

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Infektionshygiejne skal gennemsyre praksis

C O R O N A E L L E R E J

SIDE 14

NY PRAKSIS

Unge med kræft.
Samtaler hjælper unge tilbage til livet.

SIDE 10

PEER REVIEWED

KOL.
Koordineret indsats er nødvendig.

SIDE 38

FAGLIGT AJOUR

Seksualitet.
Viden om LGBT+ kan styrkes.

SIDE 50

PÅ SPIDSEN

Fremtidens sygeplejersker.
Vil ikke bare være ekstra hænder.

SIDE 75

Redaktionspanel

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



SØSERR GRIMSHAW-AAGAARD

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. Forskningsansvarlig sygeplejerske i Hjerteafdelingen, Bispebjerg & Frederiksberg Hospital. Forsker i sygeplejers vilkår og patientoplevelser. Et særligt interesseområde er understøttelse af kliniske sygeplejerskers egne publikationer om praksis. Medlem af bestyrelsen for FS K&T og Forskningsrådet under DASYS.



METTE RAUNKIÆR

Sygeplejerske, ph.d., cand.scient.soc. Forskningsleder, professor i rehabilitering og palliation i primærsektor ved REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet. Særligt fokus på praksisnær forskning, og hvordan forskning kan implementeres i primærsektoren.



KICKAN ROED

Psykiatrisk sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d.-studerende, Centre for Applied Research in Mental Health Care (CAR-MEN) ved Psykiatrisk Center Glostrup. Kvalitativ forskning med fokus på klinisk relevante udfordringer. Psykiatrisk sygepleje, psykotiske lidelser, skizofreni, borderline personlighedsforstyrrelse, ikke-suicidal selvskaade, recoveryorienteret praksis, stigmatisering i forhold til psykisk sygdom, afstigmatisering samt brugen af antipsykotisk medicin og dets indvirkning på brugere.



VIBEKE RØN NOER

Lektor og forskningsleder MSO, ph.d., Forskningscenter for Uddannelseskvalitet, Professionspolicy & Praksis. Campus Aarhus C, VIA University College. Uddannelsesforsker og optaget af overgangen fra studieliv til arbejdsliv med indgående viden om nyuddannede sygeplejersker. Forsker i studiestrategier og udvikling af en professionsfaglig identitet i vekselvirkningen mellem teori og praksis.



MARI HOLEN

Sygeplejerske, cand.cur., 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.

2021 - 2022
(ÅRET UD)

BODIL BJØRNHAVE NOE

UC Syd. Lektor, ph.d. Rehabilitering tværprofessionelt

LENE SEIBÆK

Seniorforsker, Aarhus Universitetshospital/Grønland. Klinisk sygepleje/kirurgisk sygepleje

Fag & Forskning



REDAKTION

Ansvh. chefredaktør **MORTEN JAKOBSEN**, mja@dskr.dk, Telefon: 4695 4110, Redaktionschef **KRISTINE JUL ANDERSEN**, kja@dskr.dk, Telefon: 4695 4278, Redaktionssekretær **LOTTE HAYEMANN**, lha@dskr.dk, Telefon: 4695 4179, Redaktionssekretær **HENRIK BOESEN**, hbo@dskr.dk, Telefon: 4695 4189, Fagredaktør **MAJ SIERCKE**, msi@dskr.dk, Telefon: 4695 4116, Journalist **CHRISTINA SOMMER**, cso@dskr.dk, Telefon: 4695 4264, Journalist **ANNE WITHØFFT**, awi@dskr.dk, Telefon: 4695 4108, Journalist **KRISTINE JUL ANDERSEN**, kja@dskr.dk, Telefon: 4695 4278, Journalist **MAI RATHJE SKOVGAARD**, mas@dskr.dk, Telefon: 4695 4283, Journalist **HELLE LINDBERG EMARATI**, hli@dskr.dk, Telefon: 4695 4279, Art Director **MATHIAS N JUSTESEN**, mnj@dskr.dk, Telefon: 4695 4280, Art Director **SASJA HERMANSEN**, sh@dskr.dk, Telefon: 4695 4117, Grafiker **CATHERINE T JØRGENSEN**, caj@dskr.dk, Telefon: 4695 4282

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.

Distribueret oplag: Perioden 2021 - 2022 75.631 ekspl. Medlem af Danske Medier **Tryk:** Stibo **Annoncer:** Media-Partners, Det gl. Mejeri, Alhøjvej 2, Stilling, 8660 Skanderborg, Telefon: 2967 1436, annoncer@media-partners.dk **Manuskriptvejledning:** www.dskr.dk/manuskriptvejledning **Ansvar:** Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter **Udgiver:** Dansk Sygeplejeråd, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K, Telefon: 3315 1555, redaktionen@dskr.dk, www.sygeplejersken.dk ISSN 2445-9461

Illustration side 22-35: Mathias N Justesen / Nikolai Linares / iStock // Illustration side 42, 50, 56, 62 og 70: iStock

OVERBLIK

Ny
Praksis



Samtaler hjælper unge med kræft

KRÆFT. Kræftsygdom kan have store konsekvenser for livet for en ung. ”Man skal forestille sig et tog, der efterlader den unge på perronen, mens toget kører forbi med alle vennerne,” forklarer Lisa Lyngsie Hjalgrim, ph.d., forsker og overlæge samt teamleder for Afdeling for børn og unge med kræft og blodsygdomme på Rigshospitalet.

Derfor har man på afdelingen evalueret et såkaldt ’unge tjek’-program, der skal gøre det lettere for de unge patienter at få hjælp til præcis det, de har brug for, så de nemmere kan genoptage deres ungdomsliv.

LÆS SIDE **10**

Et sikkerhedsnet til livet

REHABILITERING. Omkring 5.000 danskere rammes årligt af hjertestop uden for hospital, og i dag overlever flere end nogensinde før. Data viser, at op mod 50 pct. af alle patienter, som overlever hjertestop, er udfordret af såkaldt skjulte, kognitive vanskeligheder. Et projekt sætter fokus på udredning, opfølgning og henvisning til rehabilitering.

LÆS SIDE **14**

Spydspidsen af patientinddragelse

PATIENTINDDRAGELSE. Fælles beslutningstagning handler om at involvere patienten direkte i beslutninger om deres undersøgelser, pleje, behandling, opfølgning, liv og død – og det har stor indflydelse på deres ro og tryghed.

LÆS SIDE **18**



Covid-epidemien afslørede, at langt fra alle sundhedsfaglige medarbejdere havde tilstrækkeligt kendskab til grundlæggende infektionshygiejne.

Korrekt infektionshygiejne er nødvendig

Covid-19-pandemien afslørede, at langt fra alle sundhedsfaglige medarbejder havde styr på infektionshygiejnen, fortæller hygiejnesygeplejerske Jette Holt, ansat på Statens Serum Institut. Hun slår fast, at en korrekt infektionshygiejne er nødvendig for at sikre såvel sundhedsarbejdere som patienter og pårørende mod at blive smittet. Og kravet om korrekt infektionshygiejne for alle gælder både i kommunerne og på hospitalerne - corona eller ej.

Hygiejnesygeplejerske Hanne Hvingelby, Ikast-Brande Kommune, påpeger, at "Når vi tager os af syge og sårbare, skal vi altid tage udgangspunkt i, at jeg som sygeplejerske kan smitte dem med noget, lige som jeg kan blive forurenset med noget, som jeg igen kan give videre til andre patienter eller kolleger. Det interessante er, at tanken om,

at det er borgeren, som kan smitte mig, ofte vejer tungest hos personalet, når de vælger en forebyggende handling," siger hun.

I dag er mange borgere i eget hjem sygeplejefagligt mindst lige så behandlingskrævende som dem, der er indlagt på hospitalerne. Det stiller høje krav til den infektionshygiejniske indsats i kommunerne, for borgerne er ikke i mindre risiko for smitte og infektioner i eget hjem.

Sygeplejeprocessen, to infektionshygiejniske retningslinjer, kendskab til smittekæden og fire metoder til afbrydelse af smitteveje er nyttige redskaber, når sygeplejersker skal forebygge eller afbryde smitte.

22

ONLINE VIDEOSPIL KAN SKABE BALANCE I MAGTFORDELINGEN MELLEM PERSONALE OG PATIENTER PÅ RETSPSYKIATRISKE AFSNIT

SYGEPLEJERSKER HAR FORSKELLIGE HOLDNINGER TIL AT INVOLVERE PATIENTENS FAMILIE I PLEJE OG BEHANDLING

PÅRØRENDE EFTERSPØRGER MULIGHED FOR AT VÆRE TIL STEDE UNDER BEHANDLING I TRAUMECENTERET

KVINDER HAR BEHOV FOR STØTTE OG VEJLEDNING I FORLØB MED ONKOPLASTISK BRYSTKIRURGI

NATARBEJDE PÅVIRKER SYGEPLEJERSKER NEGATIVT

BETYDNINGSFULDE DATA OM PATIENTENS LIV OG VÆRDIER SKABER GROBUND FOR KLINISK BESLUTNINGSTAGEN I ÆLDREPLEJEN

LÆS FRA SIDE **36**

Tværfagligt blik på patienter med KOL

Borgere, som lever med svær KOL, har komplekse problemstillinger med omfattende konsekvenser for hverdagsliv og livssituation. Palliation på tværs af fag og sektorer kan bidrage til at møde disse problemstillinger. Studiet viser, at professionelle oplevelser, erfaringer og refleksioner af den palliative indsats til borgere med svær KOL handler om at have et

indgående kendskab til borgeren og at få koordineret indsatsen under udfordrende organisatoriske vilkår.

LÆS SIDE **42**

LGBT+ skal ind i sygeplejen

Forskning viser, at der er en betydelig forøget risiko for både fysisk og psykisk usundhed blandt danske LGBT+-personer. For at fremme sundhed og trivsel gennem bedre sundhedsfaglig hjælp og viden om kønsidentitetsforhold kan professionsuddannelserne arbejde med en strategi, hvor undervisere og klinikere styrker de studerendes viden i forhold til køn, seksuel orientering og mangfoldighed.

50

LÆS SIDE

Stor glæde af animationsfilm

Patienter som udredes for prostatakræft oplever, at mængden af informationsmateriale kan være overvældende og den mundtlige information være svær at huske. Et nyt tiltag med webbaseret informationsmateriale og små animationsfilm, gør at patienterne opnår større viden, mindre usikkerhed og større medinddragelse.

56

LÆS SIDE

Sundheds- pædagogik efterspørges

Et studie belyser de pædagogiske overvejelser, som sker i forbindelse med formidling af viden til patienterne. De mødes med en dialogbaseret og respektfuld tilgang, men der er behov for en mere sundhedspædagogisk tilgang, som i højere grad hjælper patienterne med at mestre sygdom og livssituation.

62

LÆS SIDE

Sygeplejestuderende med forskeren i feltet

Gabet mellem teori og praksis bliver mindre, når studerende involveres i klinisk forskning, og det skaber motivation for at arbejde med ældre. Studiet skabte ny viden om sygeplejen til ældre på plejehjem under corona-pandemien. Et overraskende fund var, at de ældre ikke følte sig ensomme, men isolerede.



70

LÆS SIDE



Med ét var den kommende sygeplejerske blevet til det, ingen vil være; et par ekstra hænder til den slunkne vagtplan.

LÆS SIDE 75

Verdens tørreste honninghjerte som tak

Afspritning.

Coronapandemien gav fornyet fokus på hygiejne, men vi glemmer hurtigt, hvordan det var, da Danmark lukkede ned. Post corona må hygiejnen fortsat være i fokus.



Tekst **MAJ SIERCKE**, sygeplejerske, ph.d., fagredaktør, *Sygeplejersken* og *Fag&Forskning*

Da jeg genså coronakampagnefilmen fra Sundhedsstyrelsen 'Tak, fordi du holder fast', virkede det nærmest rystende at gense Københavns tomme gader under nedlukningen. Og læsning af den nye bog 'Vild Virus', som gennemgår, hvad der skete bag kulisserne, førte mig fluks tilbage til pandemiens start, hvor de italienske undtagelsestilstande på sygehusene og kortegerne af ligvogne skræmte.

I foråret 2020 befandt jeg mig seks uger på Rigshospitalets Intermediære Covid-afsnit, hvor den senere så landskendte professor i infektionsmedicin Jens Lundgren holdt daglige briefinger om situationen. Jeg vidste det egentlig ikke før bagefter, at det var ham, som vi efterfølgende skulle se så meget til i pressen. Vi stod jo der i værnemidler samlet fra alle mulige specialer, og mange kendte ikke hinanden på forhånd. Vi så alle ens ud, ingen sædvanlige kendetegn. Så længe vi var på covid-afsnittet, som var uren zone, havde alle værnemidler på – hele tiden. Stor kunne overraskelsen derfor være, når man i en nødtørftig pause kom

uden for den urene zone: Store skæg, rødt hår og viltre krøller åbenbarede sig blandt unge og ældre sygeplejersker, fysioterapeuter og læger. Alle med samme mission – at hjælpe til på covid-afsnittet, som var indrettet i lynets hast i de nye afsidesliggende bygninger, som endnu ikke var taget i brug.

Tragikomisk medførte de mange specialer, som kun var "til låns", at der i patientens journal kunne stå, at de havde været tilset af pædiater, gynækolog, kardiolog, fysioterapeut, infektionsmediciner, lunge-mediciner, anæstesiolog, karkirurgisk sygeplejerske, øjenssygeplejerske, nefrolog, ortopædkirurg etc. Den stakkels patient fejlede tilsyneladende alt mellem himmel og jord.

Tal fra udlandet viste, at de fleste sundhedsfaglige medarbejdere blev smittet med covid i forbindelse med aftagning af værnemidler. På Rigshospitalets coronaafsnit viste store fotostater derfor trin for trin, hvordan værnemidler skulle tages af og på i slusezonen. Og man gjorde sig umage. I min paranoia sprittede jeg også mine tæer af, når jeg kom hjem fra vagt, for rygterne gik, at virus kunne overleve på overflader i meget lang tid.

Mange var mærket af situationen med at passe så svært syge patienter, og krisepsykologen havde ekstraordinært travlt. Frygten for smitte var ligesom hos de fleste danskere stor, og sværhedsgraden af sygdommen var skræmmende at opleve som frontpersonale. Vi blev undervejs klogere, mens virus muterede og gjorde os mindre syge.

Hygiejne fik under pandemien en helt ny betydning, og hygiejnesygeplejerskernes viden og kompetencer blev afgørende i en tid, hvor sygeplejerskerne fra hele verden blev hyldet for deres indsats under pandemien. Herhjemme blev hygiejnesygeplejerske, ph.d., Jette Holst i 2021 anerkendt med Kirsten Stallknecht-prisen for sin indsats under pandemien, mens man i Hovedstaden nøjedes med at anerkende det tyndslidte personale ved at sende verdens tørreste honninghjerte som tak. Honninghjerterne var en hån, og mange sygeplejersker sagde op.

Vi skal lære af historien og midt i alt det huske at holde fast i vigtigheden af hygiejne. Derfor har vi i dette nummer af *Fag & Forskning* sat hygiejnen i fokus 'post corona'. ●

Femarelle®

- når hormonerne spiller dig et puds

Femarelle® er et kosttilskud der anbefales verden over. Det indeholder som det eneste produkt i verden stoffet DT56a.

Recharge indeholder B6-vitamin der bidrager til at regulere den hormonelle aktivitet.



Som kvinde ønsker jeg da at være den bedste udgave af mig selv. Det giver Femarelle mig helt klart en hjælpende hånd med."

“ **METTE BLOMSTERBERG**

I FEMARELLE SERIEN FINDES OGSÅ



Femarelle® kan købes på femarelleshop.dk, apoteket, førende webshops og udvalgte helsekostbutikker

DISTRIBUTØR: Nordic Consumer Health, Denmark, info@consumerhealth.dk



Følg os på Facebook gruppen "Det er bare en overgang" eller "femarelledk" på Instagram og læs mere om vores produkter på consumerhealth.dk

Ny tilgang til unge giver dem en bedre behandling



Unge med kræft oplever, at deres ungdomsliv går i stå, forklarer Lisa Lyngsie Hjalgrim, ph.d., forsker og overlæge på Rigshospitalet. Derfor fortsætter man på afdelingen med at bruge 'unge tjek'-programmet, fordi det gør det lettere for de unge at få hjælp til det, de har brug for.

Samtaler hjælper unge med kræft med at sætte ord på alle de tanker, som kommer i kølvandet på en kræftdiagnose. Det giver mulighed for at hjælpe de unge tilbage til ungdomslivet.

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

Når et ungt menneske får en kræftsygdom, kan det have store konsekvenser for den unges ungdomsliv. "Man skal forestille sig et tog, der efterlader den unge på perronen, mens toget kører forbi med alle vennerne, festerne, fritidslivet og skolen. Det er sådan, de unge har det – de oplever, at deres ungdomsliv går i stå," forklarer Lisa Lyngsie Hjalgrim, ph.d., forsker og overlæge samt teamleder for Afdeling for Børn og Unge med Kræft og Blodsygdomme på Rigshospitalet. Derfor har man på afdelingen evalueret et såkaldt 'unge tjek'-program (se fakta) inspireret af et program i England. Det skal gøre det lettere for unge mennesker med kræft at få hjælp til præcis det, de har brug for, så de nemmere kan genoptage deres ungdomsliv. I alt 78 unge fra Rigshospitalet har de sidste 3½ år deltaget i programmet.

Store gevinster ved brug af programmet

Evalueringen bestod af individuelle interviews med 10 unge mellem 12 og 18 år i et kræftforløb og 13 forældre, der alle havde deltaget i 'unge tjek'-programmet, og af en spørgeskemaundersøgelse, hvor 77 sundhedsprofessionelles deltog.

"Resultaterne bekræftede, at gevinsterne ved 'unge tjek'-programmet er så store, at vi vil fortsætte med programmet til nydiagnosticerede unge patienter. Herudover er det med tiden vores plan at gentage 'unge tjekket' over tid efter f.eks. et halvt eller et helt år, når der er tale om lange sygdomsforløb for de unge," siger Lisa Lyngsie Hjalgrim.

I programmet har den unge en samtale med en sygeplejerske, hvor de i fællesskab laver en fortælling, som beskriver de tanker og følelser, der fylder mest for den unge. Dernæst holder et multidisciplinært team omkring den unge en konference, hvor en støttepakke sammensættes på baggrund af den unges fortælling. Endelig føres støttepakken ud i livet.

Et trygt rum

Hvad evalueringens resultater mere præcist viste, uddyber Margrethe Fogh Nielsen, sygeplejerske og master i klinisk sygepleje. Hun er den sygeplejerske, der har haft samtalerne med de unge på Rigshospitalet, hvor hun arbejder som projektleder og ungenavigator på Afdeling for Børn og Unge med Kræft og Blodsygdomme.

”Vores evaluering viste, at samtalerne form og ungevenlige kommunikation tilbød de unge et trygt rum, som fik dem til at åbne sig. Det gjorde det lettere for de unge at sætte ord på tanker og følelser, fordi de ikke skulle forholde sig til, at mor og far hørte med. De unge beskytter nemlig ofte deres forældre ved at sortere i det, de fortæller dem,” forklarer hun.

Hun understreger, at netop det, at den unge får sat ord på tanker og følelser, og som bidrager til den unges fortælling, gør det muligt at få en forståelse for den unges særlige situation. Det er nøglen, der sikrer, at de unge gennem den multidisciplinære konference kan modtage en skræddersyet støttepakke, som passer til lige præcis deres behov.

Et andet hovedresultat fra evalueringen var, at programmet fik den unge til at føle sig medinddraget i behandlingen. Det fremgik både af interviews med de unge og med forældrene.

”De unge blev mere aktive i hele processen, fordi de følte sig medinddraget og f.eks. begyndte at stille flere spørgsmål til deres behandling,” forklarer Margrethe Fogh Nielsen.

Lettelse for forældre

Også forældrene drog fordel af programmet, der viste sig at imødekomme forældrenes behov for støtte til deres teenager. Ifølge Lisa Lyngsie Hjalgrim var det et særligt interessant resultat.

”Det er interessant, fordi situationen derhjemme for mange af familierne er gået i hårdknude. Den unge teenager kan have svært ved at regulere sig selv følelsesmæssigt i sygdomsforløbet, og det skaber konflikter derhjemme. Mange forældre beskriver derfor en lettelse, når en fagperson går ind og taler med deres teenager og tager hånd om nogle af de ting, som i situationen kan være svære for forældrene at hjælpe med,” siger hun.

Fakta

’Unge tjek’-programmet er inspireret af Universitetshospitalet i Bristols Multi Disciplinære Team-konferencer (MDT-konferencer). Værktøjet indeholder 10 validerede ungeemner, som er udviklet ved en såkaldt *co-creation* mellem unge kræftpatienter, sundhedsprofessionelle, familie og venner og er omskrevet til en dansk kontekst.

Programmet skal kaste lys over de psykosociale faktorer, tanker og udfordringer, der er knyttet til det at have fået en kræftdiagnose, når man er i gang med et ungdomsliv. Det endelige mål er at skræddersy en støttepakke til den unge.

Projektet er støttet af Børnecancerfonden.

Endelig gav programmet både den unge og forældrene nye indsigter.

”Forældrene blev overraskede over nogle af de ting, som de ikke var klar over, at deres teenager gik og boksede med. Det fik dem til at se deres barn i et nyt lys, hvilket åbnede op for nye handlemuligheder. Men også de unge oplevede at få nye indsigter om sig selv ved at sætte ord på deres tanker og følelser,” siger Margrethe Fogh Nielsen.

Resultater for spørgeskemaet

En sidste del af evalueringen gik ud på – ved hjælp af et spørgeskema stilet til fagpersonalet – at evaluere værdien af at holde de multidisciplinære konferencer. Margrethe Fogh Nielsen forklarer om resultaterne:

”Overordnet set oplevede de sundhedsprofessionelle, at den unges fortælling, som blev læst op til konferencerne, gav dem en større viden om den unge. Helt konkret svarede 99 pct., at den viden, de fik gennem de unge menneskers fortællinger, enten var ’meget vigtig’ eller ’vigtig,’” siger hun.

Lisa Lyngsie Hjalgrim supplerer:

”Konferencerne har også bevirket, at der er kommet mere fokus på det at være ung og syg på vores afdeling. Og det var netop det, vi gerne ville opnå som en del af det at arbejde for et ungevenligt sundhedsvæsen. Hver eneste gang vi har en ung person, der er kræftsyg, får vi nu på en systematisk måde afdækket det psykosociale spektrum – altså deres ungdomsliv.”

Næste fase af projektet er ved hjælp af et uddannelsesprogram at udbrede programmet til andre børne- og ungeafdelinger samt voksenafdelinger, som behandler helt unge mennesker. ●

To forskningsartikler

Patterson P, Hardman F, Cheshire J, et al. *Balancing risk with resilience: using holistic psychosocial screening and assessment tools effectively with adolescents and young adults with cancer.* In: Olsen P, Smith S, eds. *Nursing Adolescents and Young Adults with Cancer: Developing Knowledge, Competence and Best Practice.* Cham, Switzerland: Springer; 2018:95–119.

Hanghøj S, Boisen KA, Nielsen MF, Pappot H, Hjalgrim LL. *A Qualitative Evaluation of the Youth-Check Program: A Psychosocial Intervention Aimed at Young People with Cancer.* *Seminars in Oncology Nursing*, 2022; vol. 38, Issue 4, 151268.

Nu 18-årige Sofie Sander Johnsen fik via 'Unge tjek'-programmet hjælp til at sætte ord på tanker om f.eks. skolearbejde, så sygeplejersker og læger omkring hende kunne hjælpe bedst muligt. Ungenavigator på Rigshospitalet, sygeplejerske Margrethe Fogh Nielsen, hjælper de unge med at få nedskrevet deres fortællinger.



Vi skal tage vare på ungdomslivet for unge med kræft

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

Fagpersonale får vigtig viden om unge i et kræftforløb i en teamkonference, hvor de unges personlige fortællinger om sygdomsforløb og ungdomsliv bliver læst op.

”Jeg har ikke så meget tillid til lægerne, for de har sagt et par gange før, at nu var min kræft væk, hvor den så ikke var væk alligevel. Så jeg er hele tiden i tvivl, om jeg nu er rask, og tænker, at det nok kommer igen lige om lidt.”

Sygeplejerske og ungenavigator Margrethe Fogh Nielsen på Rigshospitalets Afdeling for Børn og Unge med Kræft og Blodsygdomme læser op af en 14-årig piges personlige fortælling. Fortællingen handler om pigens tanker og følelser om sit ungdomsliv og sygdomsforløb. Den skal bruges som baggrund for at sammensætte en støttepakke til

den unge pige i det såkaldte 'unge tjek'-program.

Et tilløbsstykke

Oplæsningen foregår på en ungemulti-disciplinær teamkonference, der er et møde mellem de fagpersoner, som er tilknyttet pigen i hendes kræftforløb. Konferencen er tydeligvis et tilløbsstykke, for mødelokalet er fyldt godt op. De sidste af i alt 15 fagpersoner må tage til takke med en ståplads i de 20 minutter, mødet varer.

Selvom den unge pige er erklæret rask efter sin kræftsygdom og ifølge lægerne

har en så godt som ikkeeksisterende sandsynlighed for tilbagefald, fylder det med tilbagefald alligevel meget.

”Er hendes usikkerhed omkring sygdommen et vilkår, eller er det noget, vi kan gøre noget ved?” spørger Margrethe Fogh Nielsen ud i rummet.

”Vi læger skal helt klart tale med hende igen. Vi skal fortælle hende, at vi ikke kan fjerne al hendes usikkerhed, men at risikoen for tilbagefald er ekstrem lille. Og at hun kan regne med, at vi uden filter vil fortælle hende alt, som det er – godt som skidt. Så hun kan få tiltro til os igen,” siger en kvindelig læge.

Andre unge inspirerer

Margrete Fogh Nielsen er den sygeplejerske, som har samtaler med de unge og hjælper dem med at få nedskrevet deres fortælling. Hun forklarer, hvorfor det er vigtigt at have en særlig opmærksomhed på at støtte op om unge med en kræftsygdom.

”Når unge bliver ramt af en kræftsygdom, oplever de, at hele deres ungdomsliv går i stå. Der er så meget identitetsdannelse og udvikling i årene fra 12 til 18 år, og derfor bliver vi nødt til at hjælpe de unge med at tage vare på deres ungdomsliv under et sygdomsforløb. Så vi sikrer, at de kan komme ud i et normalt ungdomsliv igen.”

”De unge er forskellige steder i deres udvikling, hvor nogle længe har været i puberteten, og andre først lige er begyndt. Derfor skal et støttetilbud skræddersys ud fra en helhedsforståelse for, hvad det er for tanker, de unge går med, og hvilke processer, de er i gang med i deres liv,” forklarer hun.

Selve samtalen tager udgangspunkt i 10 forskellige emnekort med talebøller, der ved hvert emne beskriver tanker og følelser, som ofte fylder hos unge med en kræftdiagnose (se faktaboks her på siden). Kortene sikrer en struktureret fremgangsmåde og skal inspirere den unge til at sætte ord på egne tanker og følelser.

”Kortene gør det lettere at sætte ord på, hvordan den unge selv har det. Specielt de yngste drenge kan have svært ved det, og der hjælper det at se, hvad andre unge tænker. Så siger de måske ”Det kender jeg godt det der, Margrethe”. Og

så taler vi lidt om det og udfolder det,” forklarer hun.

Hjælp med kontakt

En af de unge, som har været gennem 'unge tjek'-programmet og nu er færdigbehandlet og erklæret rask fra Rigshospitalets Afdeling for Børn og Unge med Kræft og Blodsygdomme, er Sofie Sander Johnsen. Hun er netop blevet 18 år og fortæller om 'unge tjekket', som hun indgik i, da hun var 17 år.

”Det bedste var, at jeg fik mulighed for at fortælle om nogle af de ting, som jeg gik og spekulerede på, så de sygeplejersker og læger, der var omkring mig, vidste, hvordan de kunne hjælpe mig bedst muligt,” siger hun og fortæller, at det f.eks. kan være hjælp til skolearbejdet, psykologhjælp eller at møde andre unge, som også er syge.

”Det er rigtig godt, at lægerne også kan tage højde for det psykiske og ikke kun det fysiske,” mener Sofie Sander Johnsen og giver et eksempel fra sit eget forløb:

”Jeg oplevede på et tidspunkt, at mine venner ikke kontaktede mig lige så meget, som jeg kunne ønske – og det var ensomt. Jeg var godt klar over, at det var fordi, de ikke vidste, hvordan de skulle hjælpe mig. Der hjalp personalet mig til at kontakte en af mine venner, så jeg kunne sige, at de skulle tage sig sammen og komme hjem og besøge mig,” fortæller hun.

Skolen fylder mest

Ifølge Margrethe Fogh Nielsen er skolen det, der bekymrer de unge i et kræftforløb allermost. Det fremgår også af den 14-årige piges fortælling, som Margrethe Fogh Nielsen fortsætter med at læse op af på konferencen:

”Det er irriterende, at jeg ikke kan komme så meget i skole, for nu begynder vi at få karakterer. Jeg har lyttet efter i timerne og gjort mig umage for at få gode karakterer, så hvis jeg ikke får gode karakterer til eksaminerne, er det hele spildt arbejde. Og så kan jeg få lyst til at droppe det hele. Jeg vil gerne i skole på normal tid,” læser Margrethe Fogh Nielsen op.

”Hun skal da have besked om, at hun må gå i skole lige så tosset, hun vil,”

udbryder overlæge Lisa Lyngsø Hjalgrim, og der danner sig en bred enighed rundt om bordet om, at der ikke er noget i vejen for, at den unge pige går i skole på fuld tid.

Andre temaer, som fylder meget for unge med en kræftsygdom, er fertilitet – bekymringen for, om sygdomsforløbet har gjort, at den unge ikke kan få børn – og krop og udseende. Venner og familie fylder ifølge Margrethe Fogh Nielsen også rigtig meget. ●

Sådan foregår 'unge tjekket'

- **Samtale:** Afdelingens ungenavigator har en samtale med den unge, hvor den unge guides igennem 10 forskellige emnekort, der skal inspirere til at sætte ord på egne følelser og tanker.
- **De 10 emnekort:** 1. Tanker og følelser, 2. Fritid og interesser, 3. Skole, uddannelse og arbejde, 4. Medicin og bivirkninger, 5. Min sygdom, 6. Tro og religion, 7. Familie, venner og kæreste, 8. Seksualitet, 9. Ferie og økonomi, 10. Krop og udseende.
- **Den unges fortælling:** Ud fra samtalen sammenstykker ungenavigatoren sammen med den unge en fortælling, der indeholder den unges tanker og følelser om ungdomslivet med en kræftdiagnose. Den unge vurderer vha. en score, hvilke emner de har brug for støtte til.
- **MDT-konference:** Efterfølgende mødes det tværfaglige team omkring den unge til et teammøde – kaldet 'Unge Multidisciplinær Team (MDT)-konference', hvor den unge ikke deltager.
- **Støttepakke:** Til MDT-konferencen læser ungenavigatoren den unges fortælling op. Det tværfaglige team vurderer på baggrund af fortællingen og den unges score, hvordan de kan sammensætte en støttepakke til den unge.
- **Tilbagemelding:** Teamet giver den unge og forældrene en tilbage melding på, hvordan de vil støtte op om den unge. Den unge godkender støttepakken, og den føres ud i livet.

Fokuseret indsats giver bedre liv efter hjertestop



"Vi sygeplejersker skal turde tage det kliniske lederskab på os, for vi er nøglespillere, når det gælder om at forløbskoordinere. Men både litteraturen og vores fund peger på, at det her er en multiprofessionel opgave. Derfor er det vigtigt, at alle faggrupper samarbejder," siger Mette Wagner, klinisk sygeplejespecialist og ph.d.-studerende.

Flere danskere overlever et hjertestop uden for hospital, og mange oplever kognitive udfordringer efter hjertestoppet uden at være kvalificeret til hjælp i de eksisterende rehabiliteringstilbud.

Tekst **MARIA KLIT**
Foto **CLAUS BECH**

”Det vigtigste outcome efter hjertestop er naturligvis overlevelse. Men vi syntes, at vi manglende et fokus på det, der kommer bagefter. Hvad er det for et liv, vi redder til? Vi stod med store udfordringer, for rigtig mange patienter havde det svært mentalt.”

Klinisk sygeplejespecialist og ph.d.-studerende Mette Wagner beskriver de første overvejelser omkring det, der senere skulle blive Afdeling for Hjertesygdommes koordinerende arytmi-funktion.

Omkring 5.000 danskere rammes årligt af hjertestop uden for hospital, og i dag overlever flere end nogensinde før. Ifølge tal fra Dansk Hjertestopregister er overlevelsesraten steget fra 4 pct. i 2001 til 16 pct. i 2019. De flotte tal skyldes bl.a. en stærk præhospital indsats i form af offentligt tilgængelige hjertestartere, det efterhånden veletablerede netværk af hjerteløbere, ny evidens samt stærke behandlingskompetencer på sygehusene.

Men det er kun de ca. 10 pct., der får alvorlige, neurologiske mén, som tilbydes neurorehabilitering. Tilbage står en stor gruppe patienter, som tabes mellem specialerne, og hvor neurorehabiliteringen svigtes, forklarer Mette Wagner.

Problemerne viser sig først senere

Data viser, at op mod 50 pct. af alle patienter, som overlever hjertestop, er udfordret af såkaldt skjulte, kognitive vanskeligheder. Ofte ses hukommelsesproblemer og koncentrations- og

opmærksomhedsforstyrrelser. Derudover kan evnen til mere kompleks planlægning, overblik og multitasking være ramt, hvilket kan have væsentlig betydning for især tilbagevenden til arbejdet, familielivet og sociale rutiner. Adskillige rammes desuden af svær fatigue, angst, depression og PTSD-symptomer.

”Førhen gennemgik patienterne måske en neurologisk vurdering inden udskrivelsen, men de kan jo sagtens stå på ét ben og røre sig på næsen samtidig. Typisk viser udfordringerne sig først, når hverdagen rammer. Det kan skabe social isolation, besvær med at håndtere sanseindtryk, overskue madlavning og andre hverdagsaktiviteter,” siger Mette Wagner og fortsætter:

”Hvis ikke udfordringerne identificeres og tages hånd om på hospitalet, så er det pludselig op til patienten selv at opsøge udredning og hjælp, når de kommer hjem. Det har de færreste ressourcer til.”

Brug for en struktureret plan

Den udfordring blev startskuddet på både Rigshospitalets Arytmifunktion og Mette Wagners ph.d.-projekt 'Recovery after cardiac arrest survival with the focus on mental health'.

”Der var brug for en struktureret udredning og plan. Vi ønskede at forstå patienterne og deres nærmeste pårørendes reaktioner på hjertestopet, den situation, de var i, og deres oplevelser af tilbagevenden til livet. Håbet var, at vi på den baggrund kunne udvikle en klinisk, evidensbaseret vej gennem systemet efter hjertestop,” siger Mette Wagner.

I samarbejde med Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA), der afholder internatophold for hjertestopoverlevende og deres nærmeste, foretog hun sammen med koordinerende arytmisygeplejerske Camilla Dichman fokusgruppeinterview af 32 patienter og 23 pårørende for at afdække, hvor mange som oplever udfordringer efter overlevet hjertestop, og hvilke indsatser de efterlyser.

”Det, vi fandt, var, at patienterne følte sig ladt alene uden hjælp og støtte, når de blev udskrevet fra hospitalet. De havde behov for et organiseret støttesystem, der tager ansvar for og koordinerer det videre forløb. De ville gerne have en fast person tilknyttet gennem forløbet, og de ønskede, at pårørendes byrde blev adresseret og prioriteret,” fortæller Mette Wagner.

Et sikkerhedsnet

Siden er en lang række studier kommet til, og i Arytmifunktionen er udredningen og indsatser løbende blevet tilpasset på baggrund af deres fund. Resultatet er blevet, hvad Mette Wagner kalder en 'fokuseret neurokognitiv indsats', der fra indlæggel-

Patientforløbet

Sådan er patientforløbet i Arytmifunktionen:

- Alle patienter tilknyttes en fast koordinerende arytmisygeplejerske.
- Alle patienter screenes før udskrivelsen for kognitive udfordringer ved hjælp af screeningsværktøjet MoCA (Montreal Cognitive Assessment), der kan afsløre selv milde kognitive udfordringer.
- Ved behov etableres et tæt samarbejde med terapeuter for yderligere udredning, plan for fysisk træning og træning i hverdagsaktiviteter og strategier.
- Ved behov etableres samarbejde med neuropsykolog for yderligere udredning og rehabilitering.
- Ved behov udarbejdes en tværfaglig og kvalificeret genoptræningsplan, der sikrer patientens videre forløb efter udskrivelsen.
- Patienterne tilbydes telefonisk konsultation 1-2 uger efter udskrivelsen. Pårørende opfordres til at være med i samtalen, så alle perspektiver og eventuelle udfordringer belyses.
- Patienterne tilbydes fremmødekonsultation efter to måneder, hvor patienterne igen vurderes kognitivt, og genoptræningsplanen eventuelt revideres.
- Der er løbende dialog og samarbejde med relevante aktører på både hospital og i kommuner.
- Ved behov inddrages samordningskonsulenterne på Rigshospitalet, som har indgående kendskab til kommunernes arbejdsgang og tilbud.

sens start har fokus på udredning, opfølgning og henvisning til rehabilitering.

Indsatsen er baseret på patienter og pårørendes ønsker og behov og funderet i et tæt samarbejde mellem alle relevante faggrupper på tværs af sektorer.

”Målet er at kvalificere den genoptræningsplan bedst muligt, der danner rammen for det videre forløb efter udskrivelsen. Den tilpasses løbende, når nye udfordringer dukker op,” forklarer Mette Wagner og fortsætter:

”Det er dét, vi kalder sikkerhedsnettet. Vi har forsøgt at lukke alle de huller, patienten ellers kunne risikere at ryge i.”

Mette Wagner håber, at Arytmifunktionen kan inspirere andre afdelinger, for behovet for systematisk udredning og målrettet rehabilitering efter overlevet hjertestop er landsdækkende:

”Det er forholdsvis ny viden, og derfor er det et område med svag evidens. Det håber vi, at vores forskning kan bidrage til at ændre på.” ●



Det handler om ikke at føle sig ladet alene

Tekst **MARIA KLIT**
Foto **CLAUS BECH**

Arytmifunktionen er bindeleddet, der samler trådene både under og efter udskrivelsen fra hospitalet. Det skaber tryghed for overleverne efter hjertestop.



”Hvordan har du det?”

Koordinerende arytmisygeplejerske Ida Kolster smiler afventende til 54-årige Michael Arildsen. Han er til informationsmøde om den ICD-pacemaker, han fik indopereret, efter han i sommer faldt om med et hjertestop midt i en italiensk vinmark. Ida Kolster er gået ned for at hilse på.

”Jeg har det faktisk okay, men jeg er stadig meget træt. Måske er det betablokkerne, der driller, men jeg må vel bare væbne mig med tålmodighed. Det er egentlig mest lilleemor her, som dør,” siger Michael Arildsen og kigger hen på

sin kone, Mia, som også er taget med til mødet.

For både Michael Arildsen og hans kone er Ida Kolster et kendt ansigt. Hun er en af de koordinerende sygeplejersker, som varetager arbejdet i Rigshospitalets Arytmifunktion, og hun har fulgt Michael, siden han blev fløjet hjem fra Italien og indlagt på Afdeling for Hjertesygdomme.

”Du er nok nødt til at holde ud med betablokkerne, men jeg kan godt forstå, at trætheden er frustrerende,” svarer Ida Kolster. Bagefter spørger hun ind til Michaels kone, og de får en snak om,

←
Michael Arildsen fik hjertestop i juli 2022. Han er lige kommet tilbage på fuld tid på sit arbejde, men det kniber stadig med energien og kræfterne, fortæller han sygeplejerske Ida Kolster. Michael Arildsens kone, Mia, lytter med.

hvordan et forløb hos Rigshospitalets krisepsykolog hjælper parret.

Ikke længere ladt alene

Michael Arildsen var frisk og rask op til hjertestoppet, og lægerne har ikke umiddelbart kunne finde en forklaring. Takket være hurtig førstehjælp på ulykkesstedet har han ikke fået svære fysiske eller neurologiske mén.

Men trætheden har været overvældende, og især hans kone, Mia, har efterfølgende været påvirket af chokket og frygten, der fulgte med hjertestoppet. Det er nogle af de førhen oversete konsekvenser af et hjertestop, som afdelingen har fokus på i dag.

”Tidligere var det sådan for patienter som Michael, at når der var styr på medicinen og hjertet, så var alt godt, og så blev man sluppet. Men så var der til gengæld alt det andet, som ikke blev taget hånd om,” siger Ida Kolster og fortsætter:

”Hvordan skal man leve videre med det her mentalt? Hvad gør man, når man oplever kognitive udfordringer og massiv træthed? Hvad med de pårørendes bekymringer og frygten for, om man nogensinde kommer tilbage på arbejde? Der kan være så mange ting, der udfordrer og fylder,” siger Ida Kolster.

I dag har Arytmifunktionen, jævnfør europæiske guidelines (1), hånd i hanke med patienterne længe efter udskrivelsen. Der er blevet skabt en fast struktur, så patienterne i meget mindre grad oplever at falde i sprækkerne.

”Det handler i virkeligheden om, at patienterne ikke føler sig ladet alene i det her meget store og skræmmende, de har oplevet, og alt dét der følger efter,” siger Ida Kolster.

Aktiv opfølgning

I dag følger en fast specialtsygeplejerske patienterne i hele deres forløb, og Arytmifunktionen har en tilknyttet kardiolog og et tæt samarbejde med terapeuter og neuropsykolog.

Før udskrivelsen screenes alle patienter ved hjælp af værktøjet MoCA (The Montreal Cognitive Assessment, se faktaboks), så milde, kognitive udfordringer opdages så hurtigt som muligt.

Ved en for lav score er der mulighed for at henvise til ergo- og fysioterapeuterne for at udrede patientens fysiske behov og ADL-funktion bl.a. ved at identificere eventuelle funktionsnedsættelser i et testkøkken.

Patienten kontaktes telefonisk 1-2 uger efter udskrivelsen, og samtalen guides af en systematisk spørgeguide med fokus på kognitive udfordringer, der er initieret i samarbejde med Videnscenter for Neurorehabilitering. Tidligere var det op til patienterne selv at kontakte afdelingen ved behov, men det gjorde de sjældent.

”Patienterne vil ikke være til besvær. I dag er den telefoniske konsultation fast procedure, og det viser sig jo, at stort set alle har behov for støtte og vejledning i forskellig grad. Sådan en konsultation kan godt vare både halve og hele timer,” siger Ida Kolster.

Bindeled til relevante aktører

Efter udskrivelsen har Arytmifunktionen tæt kontakt med bl.a. hjerneskadecoordinatorer og andre relevante aktører i kommunerne, så både patienter og pårørende gribes bedst muligt, når de forlader hospitalet.

De tilbydes også en tværprofessionel fremmødekonsultation to måneder efter udskrivelsen. Her samles der op på det individuelle patientforløb, og behovet for yderligere udredning og kvalificering af genoptræningsplan vurderes.

”Nu har vi et organiseret støttesystem, der griber patienten, hvis de støder ind i udfordringer efter udskrivelsen. Vi er det

koordinerende bindeled. Vi kan støtte, vejlede og viderehenvise ved behov. Det giver sikkerhed og tryghed for både patienterne og deres pårørende,” siger Ida Kolster.

Arytmifunktionen har netop en intervention på tegnebrættet, der skal gribe hele familien. Det er nemlig ofte de nærmeste pårørende, som lider mest.

Michael Arildsen har f.eks. svært ved at huske hele den første uge efter hjertestoppet, hvorimod hans kone så det hele ske og har haft svært ved at bearbejde det. Hun fortæller, at sygeplejerskernes viden, styring og omsorg var afgørende for, at hun også landede ordentligt efterfølgende, og Michael Arildsen supplerer:

”Det har været en kæmpe stor hjælp for både mig og min kone, at der har været undersøgelser, opfølgning og dialog hele vejen igennem. Vi har begge følt os i meget trygge hænder.”

Screeningsværktøjet MoCA (The Montreal Cognitive Assessment)

- The Montreal Cognitive Assessment er udviklet til sundhedsprofessionelle med henblik på at identificere let, kognitiv svækkelse.
- Testen opgøres i rå-scoring, der sammentælles til en samlet score, der går fra 0-30 med 30 som det bedste (fejlfri) resultat.
- MoCA indeholder delprøver inden for seks kognitive domæner:
 - Visuospacial konstruktion (urskivetest)
 - Eksekutiv funktion (bogstavstyret ordstyring, begrebsdannelse)
 - Episodisk hukommelse (forsinket genkaldelse af fem ord)
 - Opmærksomhed (f.eks. tal-spændvidde, forfra/bagfra)
 - Sprogfunktion (benævnelser, gentagelse)
 - Orientering (tid, sted)
- Testen tager ca. 10 minutter at gennemføre.

Kilde: Videnscenter for Demens

Tværfaglig samtale giver ro og tryghed hos patienten

Fælles beslutningstagning er spydspidsen af patientinddragelse. "Den involverer patienterne direkte i beslutninger om deres undersøgelser, pleje, behandling, opfølgning, liv og død – og det har stor indflydelse på deres ro og tryghed," siger Karina Dahl Steffensen, professor, cheflæge og leder af Center for Fælles Beslutningstagning på Sygehus Lillebælt i Vejle.

Fælles beslutningstagning er spydspidsen i arbejdet med at inddrage patienten i beslutninger om bl.a. udredning, behandling og pleje.

Tekst **HELLE LINDBERG EMARATI**
Foto **MICHAEL DROST-HANSEN**

Forestil dig, at du er en patient, der kun for nylig har fået din diagnose. Du skal nu ind til lægen for at høre mere om dine behandlingsmuligheder – men i stedet for en dialog, hvor I i fællesskab finder ud af, hvad der er bedst for dig, bliver du mødt af en gramfonplade, der fortæller dig, hvad der skal ske.

"For en patient kan sådan et møde med lægen føles som at stige på et tog, hvor man hverken kan kontrollere farten eller komme af igen. Det kører bare afsted. Du bliver ikke inddraget i beslutninger, der vedrører dit liv, og du har ingen indflydelse på din behandling," siger Karina Dahl Steffensen.

Hun er professor, cheflæge og leder af Center for Fælles Beslutningstagning på Sygehus Lillebælt i Vejle. Centeret blev oprettet i 2014 som et forskningsbaseret initiativ, men blev i 2019 omdannet til et regionalt center, der står for udbredelsen og implementeringen af fælles beslutningstagning i alle specialer og diagnoser på sygehusene i Region Syd-danmark.

Det lyder en smule tørt, fælles beslutningstagning. Bag de to ord gemmer der sig imidlertid en kerneopgave for både sygeplejersker og læger.

”Definitionen er faktisk vigtig. Fælles beslutningstagning er spydspidsen af patientinddragelse. Det er et afgrænset område, der handler om at involvere patienterne direkte i beslutninger om deres undersøgelser, pleje, behandling, opfølgning, liv og død – og det har stor indflydelse på deres ro og trykthed,” siger Karina Dahl Steffensen.

Kassen skal passe til patienten

I Center for Fælles Beslutningstagning sidder også Karina Olling. Hun er sygeplejerske og funktionsleder af Enhed for Nationalt Samarbejde. Sammen med Karina Dahl Steffensen og de andre kolleger arbejder hun aktivt med at udbrede fælles beslutningstagning og uddanne sundhedspersonale i, hvordan de bedst inddrager patienter i beslutninger om deres eget liv og behandling.

”Det kræver kompetencer,” siger Karina Olling. ”Vi træner sygeplejerskerne og lægerne i at bryde de vaner, vi er blevet flasket op med. Vi har over mange år vænnet os til at arbejde under behandlingsgarantier, instrukser og krav. Som resultat har vi udviklet en tendens til ikke at se på den individuelle patient, fordi vi hellere vil have dem til at passe ned i en bestemt kasse.”

Hun fortæller, at fælles beslutningstagning i stedet beskæftiger sig med at få kassen – behandling og forløb – til at passe til patienten.

”Det handler om fordele og ulemper. En dialog om, hvad der passer bedst ind i den enkeltes liv. Ved en kræftsygdom kan det f.eks. være at inddrage patienten i, om vi skal køre hårdt på med behandlingen for at opnå kontrol så hurtigt som muligt, eller om vi skal gå lidt langsommere og mere nønsomt til værks, men med færre bivirkninger,” siger Karina Olling.

To minutter er godt givet ud

Det kan måske lyde unødigt tidskrævende at inddrage patienten direkte i vigtige beslutninger omkring deres pleje og behandling. Det er dog langt fra tilfældet, siger Karina Dahl Steffensen.

”Vi har lavet nogle målinger på det, der viser, at

Fælles beslutningstagning

Fælles beslutningstagning foregår, når patient og kliniker i forening træffer beslutning om udredning, behandling, pleje eller opfølgning på en måde og i et omfang, som patienten foretrækker.

Der anvendes evidensbaseret viden om valgmuligheder, fordele, ulemper og usikkerheder til professionel rådgivning af patienten. Herved støttes patienten i at udforske egne værdier og præferencer, så den bedste mulighed vælges i forhold til patientens præferencer.

Kilde: Center for Fælles Beslutningstagning

en patientsamtale i gennemsnit kun bliver to minutter længere, når vi aktivt bruger fælles beslutningstagning i samtalen. To minutter her og der kan selvfølgelig løbe op, men man ved fra anden forskning, at der til gengæld bliver færre klager,” fortæller hun.

Derfor er det to minutter, der er godt givet ud.

”Patienterne bliver mere trygge, føler sig hørt og er mere tilfredse med deres behandling. Undersøgelser viser faktisk også, at det fører til højere *patient compliance* – patienterne følger i højere grad deres behandlingsplan, når de bliver inddraget i beslutninger omkring den,” siger Karina Dahl Steffensen.

Det er en holdindsats

For Karina Olling er fælles beslutningstagning en tilgang til patienten, der taler direkte ind i den sygeplejefaglige grundteori.

”Virginia Henderson sagde, at sygeplejerskens ypperste opgave er at hjælpe patienterne til at træffe de beslutninger, der er bedst for dem. Ud over gevinsten for patienterne er det for en sygeplejerske også en vej tilbage til det basale – alle de grundlæggende ting, du har med i rygsækken, og som desværre ofte er det første, der gives køb på, når der er alt for travlt på afdelingerne,” siger Karina Olling.

Både hun og Karina Dahl Steffensen understreger dog, at fælles beslutningstagning er en tværfaglig holdindsats, der kræver tæt samarbejde mellem kliniker og sygeplejerske.

”Det må ikke blive sådan noget, som kun lægen gør, eller noget, som kun sygeplejersken gør. Det skal implementeres i fællesskab, ellers fungerer det ganske enkelt ikke,” siger Karina Dahl Steffensen. ●



Jeg følte mig hørt og set

Tekst **HELLE LINDBERG EMARATI**
Foto **MICHAEL DROST-HANSEN**

For Hanne Büchmann var det både overraskende og behageligt, da hun blev inddraget i vigtige beslutninger om behandlingen i sit kræftforløb.

Da Hanne Büchmann i 2016 fik konstateret kræft i æggestokkene, var det som om, hun fik luften slået ud af sig. Kræften havde allerede spredt sig til bughulen, da hun fik diagnosen. Hun følte, at hun ikke var i en position, hvor hun kunne bestemme noget som helst.

”Derfor blev jeg også overrasket, da Karina Dahl Steffensen satte sig over for mig og sagde, ”nu skal vi tale om dig, din behandling og hvad der er bedst for dit liv”. Jeg havde jo regnet med, at nu skulle jeg bare ind og have at vide, hvad der var bedst for mig,” siger hun.

Hanne Büchmann blev patient hos Karina Dahl Steffensen, som er leder af Center for Fælles Beslutningstagning på Sygehus Lillebælt i Vejle. Indtil for nylig havde hun også sit virke som overlæge i onkologien med faste, ugentlige dage i klinikken.

Her anvendte Karina Dahl Steffensen fælles beslutningstagning i praksis. Det gjorde hun også, da hun første gang sad over for Hanne Büchmann.

”Jeg har på intet tidspunkt stukket en brochure i hånden på Hanne Büchmann og sagt, ”det her er din behandling, du starter på mandag”.” I stedet var det Hanne Büchmann, der fortalte mig, hvad

Fælles beslutningstagning handler om at få behandling og forløb til at passe til patienten, fortæller Karina Olling (tv.), sygeplejerske og funktionsleder af Enhed for Nationalt Samarbejde. "At blive præsenteret for flere behandlingsforslag var en stor hjælp," forklarer Hanne Büchmann (th.), som for år tilbage fik konstateret kræft i æggestokkene



der var vigtigt for hende," siger Karina Dahl Steffensen.

Hanne Büchmann ville gerne opnå kontrol med sin sygdom hurtigst muligt. Hun valgte derfor at gennemgå et større behandlingsforløb med både operationer, forsøgsbehandlinger og skrappe kemo-behandlinger. Der var dog også en anden ting, der var vigtig for hende.

"Vi blev enige om tage det roligt med behandlingen op til min søns konfirmation, da jeg gerne ville have mit eget hår og være frisk på dagen. Det ville jeg end ikke have overvejet som en mulighed, hvis ikke Karina Dahl Steffensen havde

inddraget mig, som hun gjorde," siger Hanne Büchmann.

'Beslutningshjælperen' gav ro

Det er netop dialogen og patientens ønsker til eget liv, der er kernen i fælles beslutningstagning, fortæller Karina Dahl Steffensen.

"Det bliver ofte forvekslet med informeret samtykke, men informeret samtykke er envejskommunikation. Fælles beslutningstagen er en tovejs samtale, og det kræver både kompetencer og værktøjer, hvis sundhedspersonale skal hjælpe patienten med at træffe den bedste beslutning for sig selv," siger hun.

Ét af værktøjerne er 'Beslutningshjælperen' – et støttemateriale, der kan facilitere dialog mellem kliniker eller sygeplejerske og patient. Det er et omslag med et antal løse indstikskort, der understøtter samtalen. Hvert individuelt kort viser, hvilke valg patienten står over for: fordele, ulemper og risici, statistikker o.l.

Hanne Büchmann blev i sit sygdomsforløb præsenteret for flere 'Beslutningshjælperer', der handlede om kræft i æggestokkene og hendes behandlingsmuligheder. For hende var de en stor hjælp.

"Når du kommer ind til et møde med din læge, har du alle mulige ting i hovedet: bekymringer, tankemylder, dødsangst. Du kan måske ikke overskue at skulle træffe et valg lige dér. Det gav ro, at jeg kunne tage 'Beslutningshjælperen' med hjem, kigge den igennem og tænke over, hvad jeg havde talt med Karina Dahl Steffensen om, indtil jeg skulle ind på hospitalet igen," siger Hanne Büchmann.

Karina Dahl Steffensen nikker.

"'Beslutningshjælperen' fører ikke nødvendigvis til en beslutning, da den ikke kan stå alene, men den kan hjælpe os godt på vej. Det er dog afgørende for fælles beslutningstagning, at vi som sundhedspersonale har de rette kommunikative kompetencer, og at vi ser det som noget positivt at inddrage patienter," siger hun.

Inddragelse mindsker angst

Ifølge Karina Dahl Steffensen er det f.eks. vigtigt, at kliniker og sygeplejerske ikke lægger unødigt pres på patienten, når der skal træffes beslutninger.

"Hvis jeg lægger ud med at sige, at nu skal du træffe en stor beslutning omkring din behandling, så kan du som patient hurtigt blive utryg," siger Karina Dahl Steffensen. "Hvis jeg i stedet siger til dig, at nu skal vi tale lidt mere om dit liv og dine personlige forhold, inden vi i fællesskab lægger en plan for din behandling, så vil du til gengæld reagere positivt."

Det var også tilfældet for Hanne Büchmann.

"Jeg følte mig med det samme hørt og set. Fordi Karina Dahl Steffensen indbød til dialog, fik jeg også stillet nogle spørgsmål, jeg formentlig ellers ikke ville have turdet stille," siger hun.

Det er en tøven, som er helt normal hos f.eks. kræftpatienter, fortæller Karina Dahl Steffensen. Netop derfor er det så vigtigt, at fælles beslutningstagning bliver en del af samtalen.

"I sundhedsvæsenet opfører vi os desværre ofte som om, at patienter med alvorlige diagnoser ikke kan rumme også at skulle træffe beslutninger. Det er forkert – tværtimod viser forskningen, at patienterne er mere tilfredse, når de får lov til at vælge," siger hun. ●

'Beslutningshjælper'

Til at understøtte den fælles beslutningstagning kan patient og kliniker anvende en 'Beslutningshjælper' – også kaldet et beslutningsstøtteværktøj.

Beslutningsstøtteværktøjer:

- Er en støtte i dialogen mellem patient og sundhedspersonale, når der skal forklares om fordele og ulemper ved undersøgelse, behandling eller et forløb.
- Skal hjælpe patienten med at tænke over, hvad der er vigtigt for ham/hende, og hvilken løsning der er bedst.
- Skitserer fordele, effekter, risici og ulemper på en klar og balanceret måde og giver ingen anbefalinger.
- Gør patienterne mere tilfredse med behandlingen, idet de føler sig bedre involveret og sjældnere fortryder en beslutning.

Kilde: Center for Fælles Beslutningstagning

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



Tænk infektionshygiejne ind i alle procedurer

Pandemier som covid-19 understreger, hvor vigtig **infektionshygiejne** er som tværfaglig disciplin i sundhedsvæsenet, både på hospitaler og i hjemmesygeplejen. Det kræver dog, at medarbejderne er klædt på til opgaven, hvilket langt fra alle er.



JETTE HOLT. Sygeplejerske siden 1982. Specialuddannelse som hygiejnesygeplejerske, cand.pæd. pæd. og ph.d. Ansat i Central Enhed for Infektionshygiejne ved Statens Serum Institut siden 1998, hvor hun bl.a. været med til at etablere den nordiske flerdisciplinære diplomuddannelse i Smittskydd og Vårdhygiene i Göteborg. Modtog i 2021 Kirsten Stallknecht Prisen for at oplyse kolleger og befolkning om infektionshygiejne og sit bidrag til at mindske smitten under covid-19.



Tekst
CHRISTINA SOMMER
Journalist, Sygeplejersken og Fag&Forskning



HANNE HVINGELBY. Sygeplejerske siden 1987. Specialuddannelse som hygiejnesygeplejerske og master i sundhedsantropologi. Har bred erfaring fra både primær sektor og fra hospital og har arbejdet som sygeplejerske både i Danmark og i USA. Har været hygiejnesygeplejerske i mere end 10 år. Arbejder nu som hygiejnesygeplejerske i en funktion på tværs af alle forvaltningsområder i Ikast-Brande Kommune.

📄 Covid-19's indtog for snart tre år siden satte for alvor infektionshygiejne på dagsordenen i sundhedsvæsenet og samfundet verden over. Selvom anledningen var trist, fik hygiejnesygeplejersker som Jette Holt rig mulighed for at dele ud af deres viden om den grundlæggende men også lidt nedprioriterede tværfaglige disciplin.

”Da corona ramte Danmark, var min første tanke, at nu bør vi for alvor kunne vise alle, hvad det er, vi kan. Infektionshygiejnens *finest hour* er kommet,” siger hun.

Nogle af de generelle infektionshygiejniske forholdsregler er blevet almen viden blandt alle danskere nu, f.eks. korrekt udført håndhygiejne. Men



pandemien afslørede også, at langt fra alle sundhedsfaglige medarbejdere kunne deres infektionshygiejne, fortæller Jette Holt, der som specialuddannet hygiejnesygeplejerske, cand.pæd.pæd. og ph.d., har været ansat på Statens Serum Institut i Central Enhed for Infektionshygiejne siden 1998.

”Mine kolleger på hospitalerne og i kommunerne fortalte, at de brugte al deres tid på helt basal undervisning i brug af værnemidler – f.eks. af- og påtagning og tilpasning. De fortalte, at personalet følte sig utrygge ved at skulle passe patienter med covid-19. Og som tidligere underviser på såvel sygeplejerske- som hygiejneuddannelsen tænker jeg, at utryghed kan bunde i manglende viden om og erfaring med infektionshygiejniske metoder til forebyggelse af smitte,” siger hun (1). (Læs også artiklen ”Infektionshygiejnen er udfordret i kommunerne” side 32).

Gik med livrem og seler

Billedet af utrygheden og den manglende viden og erfaring genkender hygiejnesygeplejerske Hanne Hvingelby. I 2020 arbejdede hun på Regionshospitalet i Herning-Holstebro, hvor efterspørgslen på undervisning i infektionshygiejne var stor og kollegerne utrygge.

”Havde vores kolleger haft en større grundviden om smitteveje og smitteafbrydelse, havde de måske ikke været så utrygge. Når man er utryg, går man med livrem og seler. Og man kommer let til at fokusere på remedier som værne- og desinfektionsmidler frem for den infektionsforebyggende adfærd, som er altafgørende,” siger hun.

Begge hygiejnesygeplejersker forstår kollegernes usikkerhed. Især i begyndelsen, hvor både internationale og danske eksperter diskuterede, hvordan covid-19 skulle håndteres, og også myndighederne gik med livrem og seler. Ret hurtigt stod det dog klart, at covid-19 skulle tackles som alle andre dråbeårne vira rent infektionshygiejnisk, fortæller Jette Holt.

”Afbrydelse af smittevejene ved dråbeårne vira og kontaktsmitte er kendt viden, og det samme er værnemidlerne. Det viste sig da også, at vi langt hen ad vejen kunne holde det personale, som arbejdede med patienter diagnosticeret med covid-19, uden for smitte - netop fordi de planlagde, tilrettelagde og udførte de procedurer, der indebar risiko for smitte, korrekt.”

Hanne Hvingelby tilføjer:

”Men covid-smitten gjorde for alvor sit indtog i sundhedsvæsenet, da der var tale om udbredt samfundssmitte. Med sådan en smitsom sygdom, der også kan smitte uden, man har symptomer, bliver det for alvor svært at holde smitten ude af sundhedsvæsenet.”



HVER FEMTE INFEKTION KAN FOREBYGGES

- 7-10 pct. af alle indlagte patienter i Danmark får en hospitalserhvervet infektion (4).
- Nyeste forskning antyder, at det er muligt at forebygge op til 70 pct. af de hospitalserhvervede infektioner (5), men det kræver en ekstra hygiejneindsats.
- Det er svært at beregne, hvor meget hospitalerhvervede infektioner koster sundhedsvæsenet, men de medfører en større belastning i form af bl.a. længere indlæggelser, forringede og tabte leveår. I Danmark skønnes det f.eks., at alene sårinfektioner som følge af kirurgi koster omkring 1 mia. kr. om året (6).
- Ifølge Statens Serum Institut er den hyppigste hospitalserhvervede infektion urinvejsinfektion, dernæst kommer bakteriemier (bakterier i blodet, red.) og *Clostridioides difficile*. Statens Serum Institut overvåger de fem hyppigste infektioner i Hospital-Acquired Infections-databasen HAIBA (7).
- Ifølge Jette Holt fører de stadig kortere indlæggelser til, at ikke alle hospitalserhvervede infektioner bliver registreret, idet HAIBA kun registrerer infektioner opstået efter 48 timers indlæggelse.

Der findes ikke samme systematiske overvågning af infektioner i primær sektor. Siden 2010 har Statens Serum Institut gennemført tre prævalensundersøgelser på plejecentre, også kaldet HALT. Den seneste HALT fra 2018 (8) viser, at på en given dag har 6,8 pct. af plejehjemsbeboere en infektion, hvor urinvejsinfektioner, hud-/sår- og luftvejsinfektioner er de hyppigste. I alt 10,5 pct. af alle plejehjemsbeboere får antibiotika. Af dem får 6,8 pct. profylaktiske antibiotika, hvoraf 6,4 pct. var givet mod urinvejsinfektion.

Kilde: 5,6,7,8

Behov for mere undervisning og træning

Hver pandemi har sit læringspotentiale, fortæller Jette Holt. Som eksempel fremhæver hun de store internationale MRSA-udbrud i 1960'erne, som førte til det såkaldte SENIC-studie (2). Studiet afdækker bl.a., hvordan en velorganiseret hygiejneindsats på hospitaler i form af en infektionshygiejnisk enhed med uddannet personale, retningslinjer, systematisk overvågning af hospitalserhvervede infektioner og tilbagemelding til klinikerne om infektionstillene kan forebygge 32 pct. af alle hospitalserhvervede infektioner.

Ifølge Jette Holt og Hanne Hvingelby er læren efter covid-19 bl.a., at der er behov for mere undervisning og træning i infektionshygiejne på de sundhedsfaglige uddannelser generelt og især på sygeplejerskeuddannelsen – et budskab, de var ude med allerede i 2017 (3).

For selvom infektionshygiejne som nævnt er en tværfaglig disciplin, er det oplagt, at sygeplejerskerne går forrest.

”Historisk har området siden Florence Nightingales tid altid ligget på sygeplejerskernes bord. Det er en disciplin, der skal understøtte alle fagdiscipliner – af hensyn til patienter og borgere, men i høj grad også til de pårørende og personalet,” siger Hanne Hvingelby, som i dag er ansat som hygiejnesygeplejerske i Ikast-Brande Kommune.

Hun uddyber:

”Personalet skal heller ikke blive syge af at gå på arbejde. Men vi kan have udbrud af Roskildesyge på en afdeling, hvor der er flere medarbejdere end patienter, som bliver syge. Det kan forebygges, hvis de følger de generelle infektionshygiejniske forholdsregler og bliver hjemme, hvis de selv er syge. Det sidste er en stor udfordring i et sundhedsvæsen, der mangler personale.”

”Min patient smitter ikke”

Mikroorganismer kan ikke ses med det blotte øje, og nogle smitsomme sygdomme smitter før, de giver symptomer. Derfor skal de generelle infektionshygiejniske forholdsregler altid indtænkes i alle opgaver.

Af CHRISTINA SOMMER

Har du nogensinde tænkt tanken ”Jeg kender mine patienter, de smitter ikke,” eller ”Det er borgerens egne bakterier” og derfor ikke taget forklæde og handsker på, når du skifter bleen? Eller undladt at skifte til rene handsker efter bandagefjernelse og før håndtering af den nye bandage ved sårbehandling? I så fald er du ikke alene, men det gør det ikke mere korrekt, fortæller Jette Holt.

”Vi kan f.eks. ikke altid se, om patienten har hepatitis B, eller om du for den sags skyld er koloniseret med MRSA. Derfor er vi nødt til at følge de generelle infektionshygiejniske retningslinjer hele tiden.”

Hanne Hvingelby supplerer:

”Når vi tager os af syge og sårbare, skal vi altid tage udgangspunkt i, at jeg som sygeplejerske kan smitte dem med noget, lige som jeg kan blive forurenset med noget, som jeg igen kan give videre til andre patienter eller kolleger. Det interessante er, at tanken om, at det er borgeren, som kan smitte mig, ofte vejer tungest hos personalet, når de vælger en forebyggende handling,” siger hun og uddyber:

”Der er meget højere tilbøjelighed til at udføre håndhygiejne *efter*, man har været hos en patient, end *før* man går ind til en patient (9). Det er problematisk.”

Narkomaner er som alle andre

Ifølge Jette Holt er infektionshygiejne først og fremmest en kategoriseringsdisciplin, da personalets vurdering af smitterisiko oftest vil bygge på en

vurdering af, hvad der er rene og urene procedurer, men også af hvem der rene eller urene personer.

”Traditionelt har vi betragtet den synligt smittede patient, der har tydelige infektionstegn og et forhøjet infektionstal, som en stor smitterisiko. Men den stigende forekomst af bærertilstand (person, der har bakterien på huden eller i næsen uden tegn på infektion, red.) med resistente mikroorganismer som MRSA eller ESBL (extended spectrum beta-lactamase - enzymer, som har udviklet resistens overfor antibiotika. ESBL spredes via afføring, red.) udgør nok den største risiko for smitte i dag,” siger Jette Holt.

Vurdering af smitterisiko sker ofte også ud fra personalets kulturelle og sociale forestillinger om, hvem der er ren eller uren, fortæller Jette Holt og giver som eksempel et opkald, hun fik fra personalet på en operationsgang for nogle år siden:

”De skulle udføre operation på en patient, som også var oplyst at være stiknarkoman, og spurgte, om de skulle gøre noget særligt her. Mit standardsvar på henvendelser som den var og er: ”Er der noget, du er i tvivl om i forhold til, hvad du gør normalt?” For selvom der måske er større risiko for, at en narkoman har hepatitis B eller HIV, kan andre patienter også have det. Og vil du gøre noget ekstra i forhold til en stiknarkoman, gør du for lidt i forhold til andre patienter.”

Jette Holt tilføjer:

”Så er der sygeplejersken, som aldrig bruger handsker, fordi hendes patienter, som hun kender godt, efter hendes opfattelse ikke smitter. Men alle

patienter kan være koloniseret, det ved man jo bare ikke med mindre, vedkommende bliver podet.”

Hanne Hvingelby supplerer med et eksempel fra sin hverdag, hvor en sygeplejerske kontakter hende, fordi hendes mand er blevet testet positiv for MRSA i et sår. Hele familien bliver testet, og det viser sig, at sygeplejersken er koloniseret i næse og svælg:

”Hun kan have været uerkendt bærer af MRSA i mange år. Men følger hun de generelle infektionshygiejniske forholdsregler, udgør hun ikke en smitterisiko over for hverken sine kolleger eller borgerne.”

Retningslinje stigmatiserer ikke nogen

Vejledning om humanimmunvirus (HIV) og blodbåren smitte, som var udformet som en procedurerelateret infektionshygiejnisk retningslinje, så dagens lys i regi af Sundhedsstyrelsen i 1992 som en intervention i forbindelse med HIV-epidemien. I 2017 overtog Statens Serum Institut ansvaret for vejledningen, der blev en del af de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) og derfor opdateret og omdøbt til NIR om Generelle Forholdsregler i Sundhedssektoren (10).

Denne NIR udgør sammen med NIR om Supplerende Forholdsregler ved Infektioner og Bærrertilstand (11) de to centrale retningslinjer om infektionsforebyggelse i sundhedssektoren. De to hygiejnesygeplejersker fremhæver især én styrke ved NIR om Generelle Forholdsregler i Sundhedssektoren:

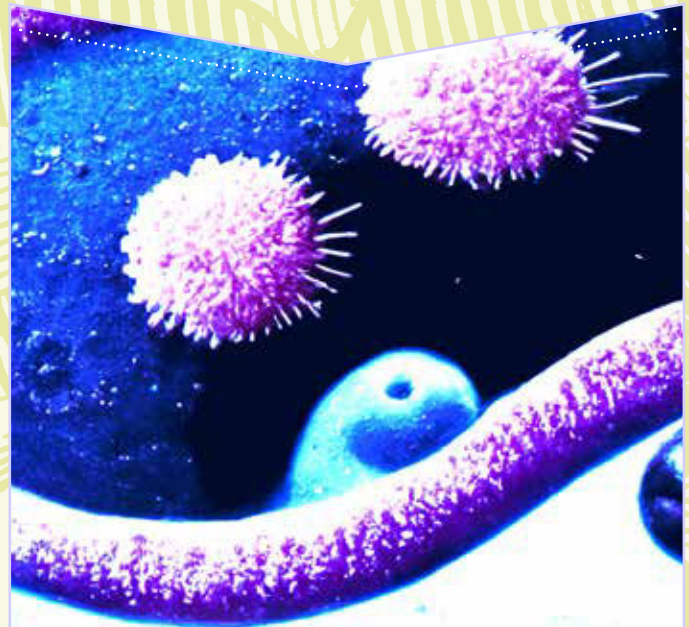
”De er procedurebaserede. De forholder sig udelukkende til de procedurer og måder, man kan smitte eller blive smittet ved og ikke til, hvilken diagnose patienten måtte have. Så retningslinjerne stigmatiserer ikke nogen, og sundhedspersonalet skal i princippet gøre det samme hos alle borgere og patienter,” fortæller Jette Holt.

Derudover findes omkring 20 andre NIR om mere specifikke områder inden for infektionshygiejnen, f.eks. forebyggelse af urinvejsinfektioner og valg af desinfektionsmetoder (12).

Alle NIR er overordnede retningslinjer, og der kan være behov for lokale tilpasninger, fortæller Hanne Hvingelby. Hun påpeger også, at retningslinjerne ikke skal læses fra den ene ende til den anden.

”Det er opslagsværker, ikke lærebøger. Men NIR om de generelle forholdsregler bør alle sygeplejersker kende hovedpointerne i og indarbejde i alle deres arbejdsrutiner – og genbesøge med jævne mellemrum,” siger hun og fortsætter:

”Jeg mener også, at sygeplejersker skal tage ansvar og løfte infektionshygiejniske dilemmaer opadtil i organisationen, hvis de oplever, at arbejdsforholdene ikke tillader, at man efterlever de generelle forholdsregler. F.eks. hvis der ikke er tid til at udføre ordentlig håndhygiejne, eller det ikke muligt at udføre korrekt genbehandling af udstyr.” ●



EN KATEGORISERINGS-DISCIPLIN

Infektionshygiejnisk kan patienter, opgaver, udstyr mm. inddeles i forskellige kategorier:

- **Rene:** Rene områder er f.eks. områder på patient, hvor der findes få potentielt sygdomsfremkaldende mikroorganismer. Ved rene opgaver er der minimal risiko for, at medarbejdere bliver forurenede med potentielt sygdomsfremkaldende mikroorganismer eller spreder dem til miljøet.
- **Urene:** Urene områder er f.eks. områder på kroppen, hvor der findes flere potentielt sygdomsfremkaldende mikroorganismer. Tarmbakterier er f.eks. uundværlige i tarmen, men kan resultere i blærebetændelse eller sårinfektion, hvis de kommer op i blæren eller såret. Urene områder er derfor et relativt begreb, som arbejdsprocedurer skal tage højde for, f.eks. i forhold til rækkefølgen af handlinger ved udførelse af nedre hygiejne, sårbehandling eller genbehandling af udstyr.
- **Forurenede:** Her er patient, medarbejder eller udstyr forurenede af fast, flydende eller flygtig organisk eller uorganisk materiale med smitstof.
- **Koloniseret:** Er patient eller medarbejder koloniseret, har man ved podning konstateret formering af en mikroorganisme på et eller flere steder på kroppen uden at give symptomer eller forårsage en infektion. Betegnes også som en bærrertilstand.
- **Inficeret:** Patient eller medarbejder har en infektion, som er formering af en sygdomsfremkaldende mikroorganisme i en værtsorganisme. Infektionen kan medføre symptomer eller forblive subklinisk og behøver ikke føre til identificerbar sygdom. Den udløser som regel et immunrespons, som kan være det eneste sikre tegn på infektion.

Kilde: 10,11

Start med sygeplejeprocessen

Sygeplejersker, som har styr på sygeplejeprocessen og smittekæden, er godt på vej i forhold til at kunne håndtere alle procedurer infektionshygiejnisk korrekt.

Af CHRISTINA SOMMER

Sygeplejeprocessen (13), to infektionshygiejniske retningslinjer (10,11), smittekæden (14) og fire metoder til afbrydelse af smitteveje er nyttige redskaber, når sygeplejersker skal forebygge eller afbryde smitte (se side 30-31). Jette Holt uddyber:

”Sygeplejeprocessen er et godt sted at starte. Den giver mulighed for en struktureret indsamling af data, hvilket man har brug for, når man skal planlægge og tilrettelægge sit arbejde og de infektionshygiejniske interventioner i henhold til retningslinjerne og den enkelte patient.”

Som eksempel giver Jette Holt en patient med demens, der har en resistent mikroorganisme, som kræver isolation under indlæggelse:

”Patienten kan måske ikke instrueres i håndhygiejne og i, at hun skal blive på sin isolationsstue, som retningslinjen foreskriver. Ved patienter med demens er det f.eks. vigtigt at være opmærksom på, hvordan isolation forstærker demens, og hvordan u hensigtsmæssigt adfærd kan sprede smitte til andre patienter. Denne patient vil kræve en anden tilgang og planlægning af plejen i henhold til retningslinjen end ved en kognitiv kapabel patient,” forklarer Jette Holt.

Smittekæden giver overblik

De to retningslinjer, der danner grundlag for valg af handling, er først og fremmest NIR om de generelle infektionshygiejniske forholdsregler (10) – som altid anvendes – og dernæst de supplerende forholdsregler (11), hvis førstnævnte ikke er tilstrækkelig. De øvrige NIR anvendes ved specifikke infektionshygiejniske forhold som f.eks. genbehandling af tekstiler og udstyr (12).

Smittekæden er systematisk indarbejdet i alle NIR og beskriver kort fortalt, hvilke betingelser der skal være til stede for, at mikroorganismer kan spredes og føre til infektion (se Figur 1 side 31).

”Smittekæden hjælper dig bl.a. med at få overblik over, hvilken mikroorganisme der er tale om, hvor den har sit reservoir, hvordan den kommer videre fra den ene person til den anden, og hvilke patientgrupper der er i særlig risiko for en infektion. Forstår du smittekæden - og helt præcist smittevejene - ved du også, hvordan du skal afbryde smitten, og hvilke værnemidler du skal bruge,” fortæller Jette Holt og uddyber:

”Er smittevejen f.eks. fækalt, skal du have fat i handsker og forklæde ved kontakt med fæces. Og ved du, at patienten har en infektion med *Clostridiales difficile*, ved du også, at denne bakterie er sporedannende med en lang overlevelsestid i miljøet og stor modstandsdygtighed over for det almindelige desinfektionsmiddel ethanol. Derfor skal håndhygiejne ske ved både håndvask og hånddesinfektion. Og rengøring af patientomgivelser og udstyr skal efterfølges af klor.”

Systematisk tilgang er vigtig

Når først der er styr på den konkrete sygeplejehandling og ikke mindst smittevejene, kan fire redskaber afbryde smittekæden: Håndhygiejne, rengøring, desinfektion og sterilisation. Ikke alle redskaber skal altid i brug, men håndhygiejne forebygger spredning ved langt de fleste procedurer.

Håndhygiejne forebygger først og fremmest kontaktsmitte og hører tæt sammen med rengøring, som

INFEKTIONSHYGIEJNE OG EVIDENS

Evidensen i de infektionshygiejniske retningslinjer bygger ofte på beskrevne cases frem for klinisk kontrollerede forsøg.

"Vi vil aldrig få lov til at lave forsøg, hvor vi i den ene gruppe gør det, vi tror/ved er rigtigt, mens vi i kontrolgruppen gør lige, hvad vi har lyst til. Og har en borger fået en infektion, finder vi sjældent *the smoking gun* i form af, at den pågældende mikroorganisme findes på både patient og f.eks. personalets hænder. Der går tit timer, før patienten får symptomer, og evt. 'beviser' er derfor ofte væk. Der er blevet gjort rent, udstyr er blevet rengjort, desinficeret eller steriliseret, og personalet har udført håndhygiejne," fortæller Jette Holt.

Som eksempel på en case i relation til håndhygiejne beskriver hun et tilfælde, hvor man i en operationssygeplejerskes negleleje finder bakterien *Pseudomonas aeruginosa*. Samme *pseudomonas* findes senere i 16 operationspatienters mikrobiologiske prøver (15,16).

"Det fund gav viden om negle som reservoir, og at smitte sker via hænder. Casen kom til at danne baggrund for en retningslinje, der sigter mod at forebygge reservoirdannelse ved negle," siger Jette Holt og fortæller, at NIR om håndhygiejne (9) med udgangspunkt i bl.a. denne case, foreskriver, at negle skal være kortklippede (2 mm.), hele, synligt rene og uden neglelak, samt at neglefalser skal holdes hele, og at kunstige negle, negleforlængere, negleforstærkning eller neglesmykker ikke må anvendes.

"Inden for infektionshygiejne findes der således meget praktisk viden kombineret med evidens. Da myndighederne f.eks. lukkede nattelivet og lavede forsamlingsforbud under corona, var det fordi, vi har en praktisk viden om, at mange mennesker samlet over længere tid giver større risiko for smitte, og at denne risiko forøges i samspil med adfærden i lokalet og lokalets størrelse," siger Jette Holt.

INFEKTIONSHYGIEJNE I REGIONERNE

Hver region har en infektionshygiejnisk enhed, hvor uddannede hygiejnesygeplejersker sammen med kliniske mikrobiologer har ansvaret for kvaliteten af hygiejnen. De fem regionale enheder har i alt 1.450 udpegede hygiejnekoordinatorer under sig, f.eks. sygeplejersker, læger, social- og sundhedsassistenter eller bioanalytikere, der refererer til de infektionshygiejniske enheder. Koordinatorerne er ansat på forskellige afdelinger og afsnit på regionens hospitaler og sygehuse og er en slags vagthunde, som Jette Holt formulerer det:

"Det er vigtigt, at de får den tid, der skal til, for at kunne arbejde med infektionshygiejne. De skal oplyse, undervise og støtte deres kolleger, og de er kontakten op i systemet til den overordnede hygiejnesygeplejerske, som kan bistå med at løse specifikke infektionshygiejniske udfordringer, f.eks. vurdering af nye procedurer, indretning af afsnit og overvågning af specifikke mikroorganismer."

minimerer forekomsten af mikroorganismer i miljøet og på udstyr, som igen kan overføres til hænder. Og omvendt forebygger håndhygiejne forurening af udstyr og miljøet via hænderne.

Netop derfor anbefales der rengøring med fast frekvens, men også at der skal gøres rent mellem hver procedure og ved synlig forurening. Rent er kun rent, indtil der kommer en uren hånd på udstyret eller i miljøet, som Jette Holt formulerer det.

"Kan du din smittekæde, og har du styr på de andre redskaber og hovedpointerne i de generelle forholdsregler, kan du håndtere alt korrekt infektionshygiejnisk," siger Jette Holt og uddyber:

"Redskaberne gør det muligt at planlægge, tilrettelægge og udføre arbejdet sikrest muligt. Når du har styr på tilrettelægning og smitteveje, vælger du dine værnemidler. Du er groft sagt fri for at huske, hvad du præcis skal gøre, hvis patienten har MRSA eller en anden mikroorganisme. Det er smittevejen og den systematiske forebyggende tilgang, der er vigtig," siger Jette Holt.

Hanne Hvingelby uddyber:

"De her redskaber gør det muligt at risikovurdere og ræsonnere fra patient til patient. Man bliver i stand til at vurdere, hvad man skal gøre infektionshygiejnisk og ikke mindst hvorfor. Det er hele humlen i det."

Korte indlæggelser udfordrer primær sektor

Endelig handler sygeplejerskernes infektionshygiejniske blik og indsatser også om klinisk erfaring og viden.

"Vores risikovurdering er i bund og grund et klinisk skøn, som lægger sig op ad den enkelte sygeplejerskes kliniske erfaring og viden. Men det kliniske skøn er under pres i de her år, hvor patienterne bliver udskrevet tidligere fra hospitalerne," siger Jette Holt og tilføjer:

"Erfaringsgrundlaget for hospitalserhvervede infektioner forsvinder, når det postoperative forløb nu stadig oftere foregår i eget hjem, hvor det er overladt til borger og pårørende at observere."

De korte indlæggelser udfordrer også de kommunale sygeplejersker, fortæller Hanne Hvingelby:

"De er ikke nødvendigvis specialiserede, som kollegerne på hospitalet er, og skal udføre infektionshygiejne under helt andre forhold. Oven i har de heller ikke lige en kollega tæt på til at sparre med." ☺

REDSKABER FOREBYGGER SMITTE

REDSKAB 1 SYGPLEJEPROCESSEN



Sygeplejeprocessen er dels teori om sygepleje og dels en systematisk metode til at identificere patientens sundhedsproblemer og planlægge sygepleje tilpasset patientens aktuelle situation.

Kilde: 13

REDSKAB 2

NIR om generelle forholdsregler i sundhedssektoren (10) og NIR om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand (11)

REDSKAB 3 SMITTEKÆDEN

For at en infektion kan spredes, skal der være en række betingelser til stede: **1.** mikroorganismer, **2.** et reservoir, **3.** en smitteudgang, **4.** en eller flere smitteveje **5.** en smitteindgang og **6.** en smittemodtager.

De seks betingelser udgør tilsammen den såkaldte smittekæde, se Figur 1 næste side (14). De mest udbredte smitteveje og tilhørende relevante værnemidler er:

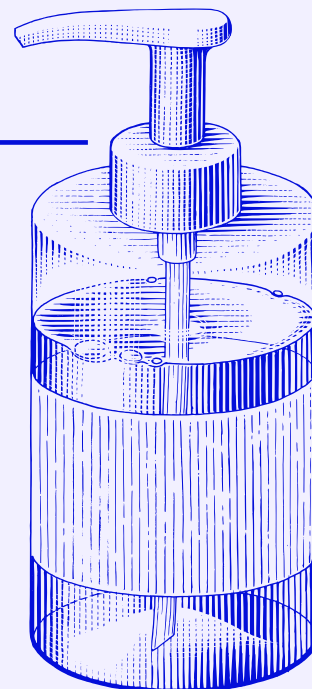
- **Kontaktsmitte:** Ved direkte kontaktsmitte er der fysisk kontakt mellem smitekilde og modtager. Smittekilde kan være f.eks. inficeret patient/borger eller rask bærer af en mikroorganisme. Ved indirekte kontaktsmitte overføres mikroorganisme til modtager via mellemlid, f.eks. personalets hænder eller utilstrækkeligt rengjort udstyr. Dette er den absolut hyppigste smitemåde. Her anvendes handsker, forklæde og evt. overtrækskittel.
- **Dråbesmitte:** Dråbesmitte sker ved spredning af dråber af forskellig størrelse, også kaldet aerosoler, der dannes ved hoste, nys, tale eller opkastning. Helt små dråber smitter via inhalation til luftvejene, som f.eks. mæslinger. Dråbesmitte med større dråber mod ansigtets slimhinder forekommer i tilfælde af stænk og sprøjt med f.eks. afføring, blod eller urin. Store dråber kan ikke holde sig i luften i mere end 1-3 sekunder, hvilket kræver, at modtager er tæt på smittespredere. Dråbesmitte med store dråber bliver dermed også til kontaktsmitte, når dråberne rammer udstyr og dermed kan overføres via hænder. Her anvendes handsker, forklæde, kirurgisk eller FFP3 maske samt visir eller beskyttelsesbriller.

- **Smitte ved stik- og skæreheld:** Kaldes også inokulationssmitte/blodbåren smitte, som sker, hvis personale stikker sig på en forurenede nål eller skærer sig på en forurenede skalpel. Sker det, kan smittestoffet, f.eks. HIV, hepatitis B og C-virus, indpodes i læsioner i modtagers væv, hud, slimhinde eller blodbane. Her anvendes handsker evt. som dobbelthandsker.

REDSKAB 4

Håndhygiejne: Håndhygiejne er den bedst dokumenterede metode til at forebygge smittespredning og skal udføres af alt personale, som har patient/borger-kontakt eller som udfører rene eller urene opgaver. Der skal altid foretages håndhygiejne:

- Før alle rene procedurer
- Før håndtering af fødevarer
- Efter alle urene procedurer
- Før patientkontakt
- Efter patientkontakt eller kontakt med patientens omgivelser
- Efter brug af handsker.



Hånddesinfektion er førstevalg, da hånddesinfektion over for håndvask f.eks. fører til betydelig større reduktion af bakterieantallet på hænderne, er mere skånsomt for hænderne, er tidsbesparende og kan udføres tæt på patient/borger. Desinfektion udføres, når hænder, håndled og evt. underarme er synligt rene og tørre.

Håndvask udføres, når hænder, håndled og evt. underarme er synligt forurenede eller våde samt ved kontakt med patient/borger med infektiøs diarre. Håndvask skal altid efterfølges af hånddesinfektion

Patient/borger, besøgende m.fl. bør instrueres i og tilskyndes til håndhygiejne og have mulighed for at gennemføre denne. Kan patient ikke dette pga. sygdom, skal personalet hjælpe.

REDSKAB 5

Rengøring: Rengøring med vand og sæbe er tilstrækkeligt i de fleste tilfælde, når det drejer sig om ikke-kritisk udstyr, inventar eller kontaktpunkter

REDSKAB 6

Desinfektion: Desinfektion er en proces, der er i stand til at dræbe patogene mikroorganismer i et sådant omfang, at det desinficerede kan benyttes uden risiko for infektion. Desinfektion fortages efter rengøring, når der er tale om et stort spild eller en særlig resistent mikroorganisme.

REDSKAB 7

Sterilisation: Sterilisation er en proces, som fører til et fuldstændigt fravær af mikroorganismer.

Kilde: 10, 11

FIGUR 1

SMITTEKÆDEN

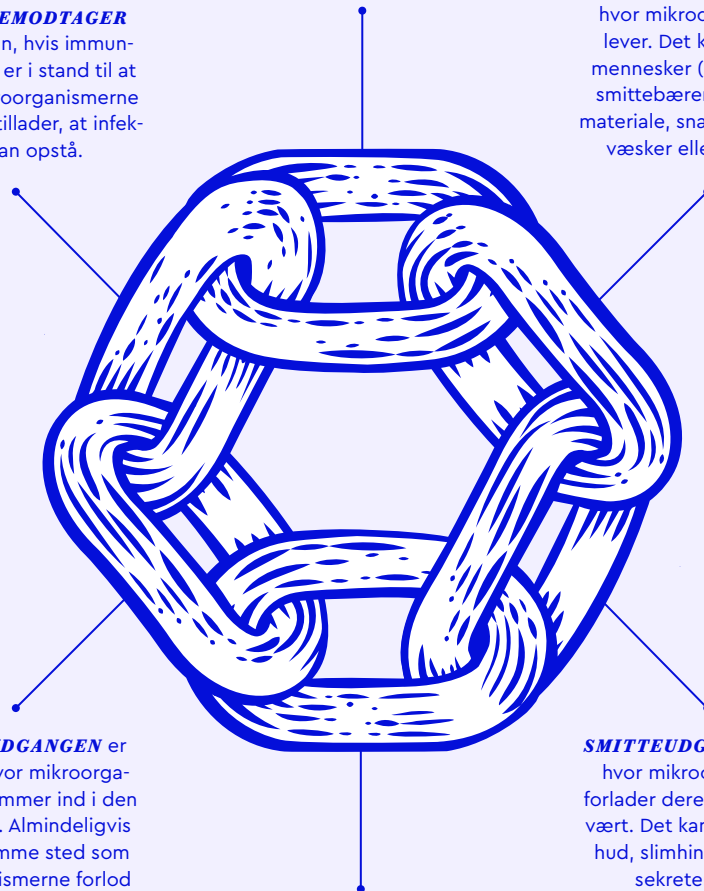
MIKROORGANISMER

kaldes også mikroflora, og de sygdomsfremkaldende mikroorganismer findes ofte i stort antal på hospitaler. Hospitalsinfektioner kan forårsages af patientens egen flora (endogen infektion) eller af flora fra omgivelserne (eksogen infektion).

SMITTERESERVOIRET

eller 'værten' er det sted, hvor mikroorganismerne lever. Det kan være hos mennesker (raske og syge smittebærere), i organisk materiale, snavs, støv, vand/væsker eller fødevarer.

En **SMITTEMODTAGER** er en person, hvis immunforsvar ikke er i stand til at modstå mikroorganismerne og dermed tillader, at infektion kan opstå.



SMITTEINDGANGEN er det sted, hvor mikroorganismerne kommer ind i den næste vært. Almindeligvis er dette samme sted som mikroorganismerne forlod den tidligere vært. Brudt hud eller en brudt slimhinde holder en indgang åben for mikroorganismer.

SMITTEUDGANGEN er der, hvor mikroorganismerne forlader deres reservoir eller vært. Det kan f.eks. være fra hud, slimhinder, ekskreter, sekreter og blod.

SMITTEVEJ angiver mikroorganismernes vej fra et sted til et andet. Smittevejen kan være kontaktsmitte (direkte eller indirekte kontaktsmitte), dråbesmitte, luftbåren, vehikelbåren eller insektbåren smitte.

Kilde: 14



Infektionshygiejnen er udfordret i kommunerne

I dag er mange borgere i eget hjem sygeplejefagligt mindst lige så behandlingskrævende som dem, der er indlagt på hospitalerne. Det stiller høje krav til den infektionshygiejniske indsats i kommunerne.

Af **CHRISTINA SOMMER**

D Pleje og behandling af postoperative patienter og kræftpatienter i kemoforløb er bare nogle af de nye opgaver, som sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere på landets plejecentre og i borgernes eget hjem har overtaget fra hospitalerne de seneste år.

På 15 år er der nedlagt 6.000 sengepladser i takt med de stadigt kortere indlæggelser (17), men mange patienter skal fortsat have pleje og behandling, nu altså i primær sektor. Og opgaveflytningen er sket, uden den infektionshygiejniske indsats for alvor er fulgt med, fortæller Jette Holt:

”Borgerne er ofte lige så syge og plejekrævende som dem, der er indlagt. Derfor skal der fortsat være opmærksomhed på infektionshygiejnen. Borgerne er ikke i mindre risiko for smitte og infektioner i eget hjem. Udviklingen er sket stille og roligt uden meget ramaskrig fra sygeplejerskernes side, desværre,” siger hun og tilføjer:

”Det er som om, vi har været sovset ind i den der diskurs om, at det er borgernes eget hjem og derfor har glemt at indtænke den infektionshygiejniske indsats – den er i bedste fald nedprioriteret. I 30 år har vi f.eks. diskuteret renhedsgrader og forsvarlig

opbevaring af medicin og udstyr på hospitalerne. Den diskussion har vi ikke haft i samme grad i kommunerne.”

Behov for en kulturændring

Hanne Hvingelby er glad for sit arbejde i en kommune, der aktivt har valgt at fokusere på infektionshygiejne ved at ansætte hende.

”Men skal det virkelig rykke i kommunerne, er det helt afgørende, at ledelsen anerkender, at det er en vedvarende indsats, der koster tid og penge,” siger Hanne Hvingelby og fortsætter:

”Det koster i forhold til den tid, sygeplejersken skal have hos den enkelte borger, det koster i forhold til indretning af biler, hjælpemiddeldepoter og plejecentre. Jeg mener f.eks., der skal indrettes skylkerum med bækkenkoger og opvaskemaskine på alle plejecentre, og at vi skal have automatiseret genbehandling af udstyr i vores hjælpemiddeldepot. Når vi står med komplekse opgaver i primær sektor, følger alt dette med.”

I hjemme- og hjemmesygeplejen stiller det også endnu højere krav til organisering af arbejdet, fortæller Hanne Hvingelby:



”Det er borgerens egne bakterier, de er ikke farlige?”

Jo. Det er ofte borgerens egne hud-, fækalie- og mundhalebakterier, der kan give infektioner og pneumonier – den såkaldte endogene smitte, hvor smitekilden er borgerens egen mikroflora (bakterier, svampe og virus) på hud og slimhinder. Der er ikke mindre risiko for infektioner i borgerens eget hjem.

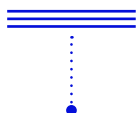
”Vi har alle brug for noget skidt?”

Der forskes en del i, at alle mennesker har brug for at blive eksponeret for forskellige patogener. Hvis ikke udvikler vi måske i højere grad autoimmune sygdomme. Det ændrer dog ikke ved, at de borgere, som sygeplejersker og andre sundhedsfaglige kommer hos, allerede er svækkede. Og det er personalets ansvar at beskytte dem mod yderligere risici, f.eks. ved ikke at bringe potentielt sygdomsfremkaldende mikroorganismer fra den ene borger til den næste via urene hænder eller arbejdsdragt eller ved ikke at adskille rent og urent i forbindelse med sårbehandling eller kateterskifte.

”Det er ikke et sygehus, det her?”

Det er lige præcis det, mange private hjem er blevet i takt med de korte indlæggelser og udskrivelse til pleje og behandling i eget hjem og på plejecentre. Det stiller lige så høje krav til den infektionshygiejniske indsats og viden som på hospitalerne, hvis ikke større krav, da de fysiske rammer ofte er en barriere i sig selv.

Kilder: Jette Holt og Hanne Hvingelby



”Medarbejderne skal i endnu højere grad forberede sig, så de kan klare uforudsete situationer på ruten og samtidig overholde kravene til korrekt opbevaring og håndtering af f.eks. rene og sterile varer i sygeplejebilen.”

Samme problemstilling kan de stå med i borgerens eget hjem, hvor også polstrede møbler, gulvtæpper, evt. husdyr og sparsom rengøring kan være en udfordring, når sygeplejersker f.eks. skal udføre kompleks sårpleje, eller borgeren er udskrevet med MRSA, PVK eller PEG-sonde.

Også her skal de generelle infektionshygiejniske forholdsregler gennemsyre alle procedurer, understreger Hanne Hvingelby, hvilket kræver opkvalificering og også en kulturændring blandt nogle medarbejdere.

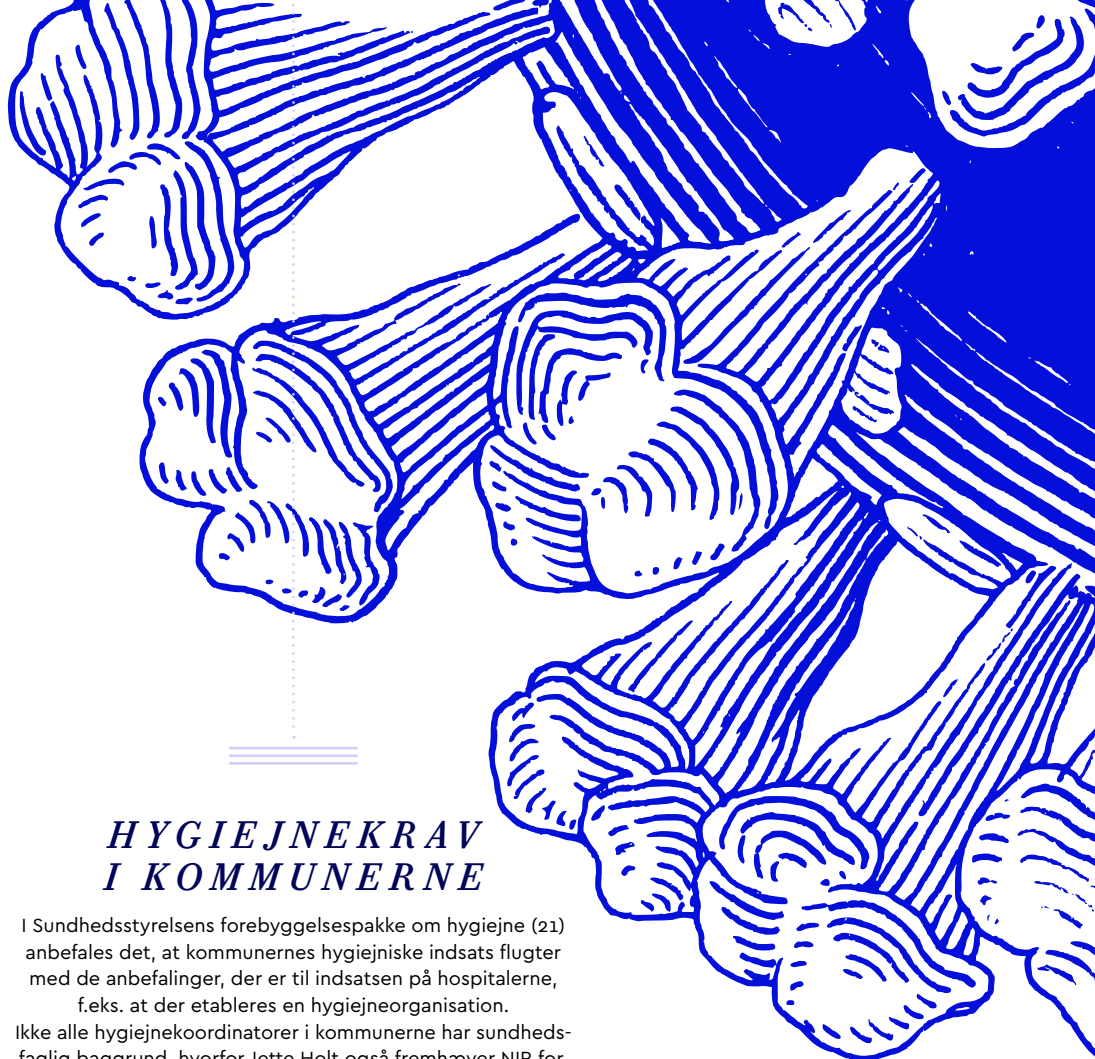
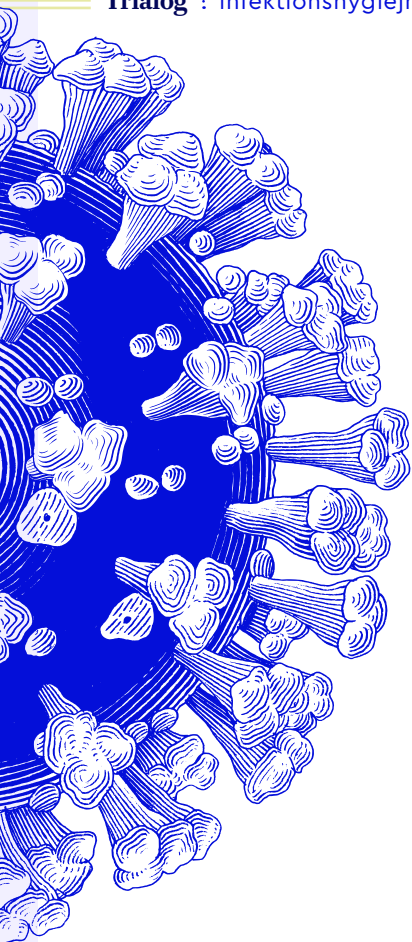
”Når jeg taler for at styrke den infektionshygiejniske indsats, får jeg nogle gange kommentarer som ”Det er borgerens egne bakterier,” ”Lidt skidt skal vi alle have,” eller ”Det skal ikke være et sygehus det her.” Men de to første udsagn er myter, som vi for alt i verden skal have aflivet, og mange private hjem er jo blevet til små minisygehuse,” siger hun (se også boksen ’ Tre myter i primær sektor’ her på siden).

Selvstyrende enheder udfordrer

Ifølge de to hygiejnesygeplejersker er en anden udfordring, at det nære sundhedsvæsen består af fem regioner og 98 selvstyrende enheder, der gør tingene på hver deres måde, f.eks. i forhold til arbejdsdragt. Langt de fleste får leveret uniformer fra centrale vaskerier, der er ansvarlige for, at tøjet vaskes ved en valideret proces. I enkelte kommuner står personalet dog selv for deres arbejdsdragt, inkl. vask, hvor det nok er mere tilfældigt, om tøjet faktisk genbehandles jf. anbefalingerne fra Statens Serum Institut, påpeger Hanne Hvingelby (18).

”Jeg har mødt medarbejdere i eget tøj, som tydeligvis ikke kunne vaskes på 80 grader – måske igen ud fra tankegangen, at borgerens eget hjem ikke skal være et sygehus. Men på hospitalerne er vi jo ikke i tvivl om, at vi skal have arbejdsdragt på,” siger Hanne Hvingelby og fremhæver her anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen om, at al sundhedsfagligt og plejepersonale i primær sektor bærer arbejdsdragt (19).

Men der er måske håb forude, tilføjer Jette Holt og henviser til en kortlægning, som Statens Serum Institut foretog i november 2020, otte måneder efter covid-19-pandemien ramte Danmark (20).



HYGIEJNEKRAV I KOMMUNERNE

I Sundhedsstyrelsens forebyggelsesplan om hygiejne (21) anbefales det, at kommunernes hygiejniske indsats flugter med de anbefalinger, der er til indsatsen på hospitalerne, f.eks. at der etableres en hygiejneorganisation.

Ikke alle hygiejnekoordinatorer i kommunerne har sundhedsfaglig baggrund, hvorfor Jette Holt også fremhæver NIR for, hvordan man uddanner hygiejnøglepersoner (22).

"Kun sådan kan vi sikre et ensartet niveau. Også her er det vigtigt at tænke kontinuerlig forebyggelse – ellers kommer man til at lave brandslukning."

Den viser bl.a., at kommuner med en formel hygiejneorganisation, som bl.a. er ansvarlig for at formidle kommunens hygiejnepolitik og samarbejde med de lokale institutioner, klarede sig bedre gennem pandemien end kommuner uden. Det sås bl.a. på ældreområdet, hvor kommuner med en hygiejneorganisation var længere tid om at nå et incidens-niveau på 100 covid-19-tilfælde blandt deres plejehjemsbeboere end kommuner uden.

Dedikerede medarbejdere gør en forskel

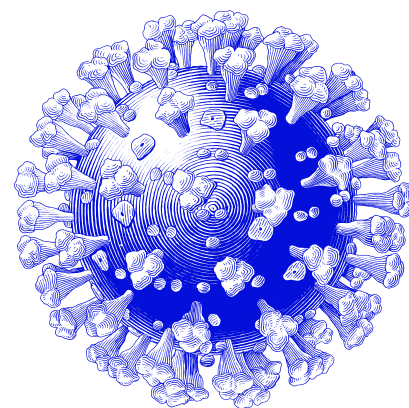
Kortlægningen viste også, at kun 45 af landets kommuner havde en formel hygiejneorganisation før pandemien, mens det seneste kendte antal var steget til 62 i november 2020.

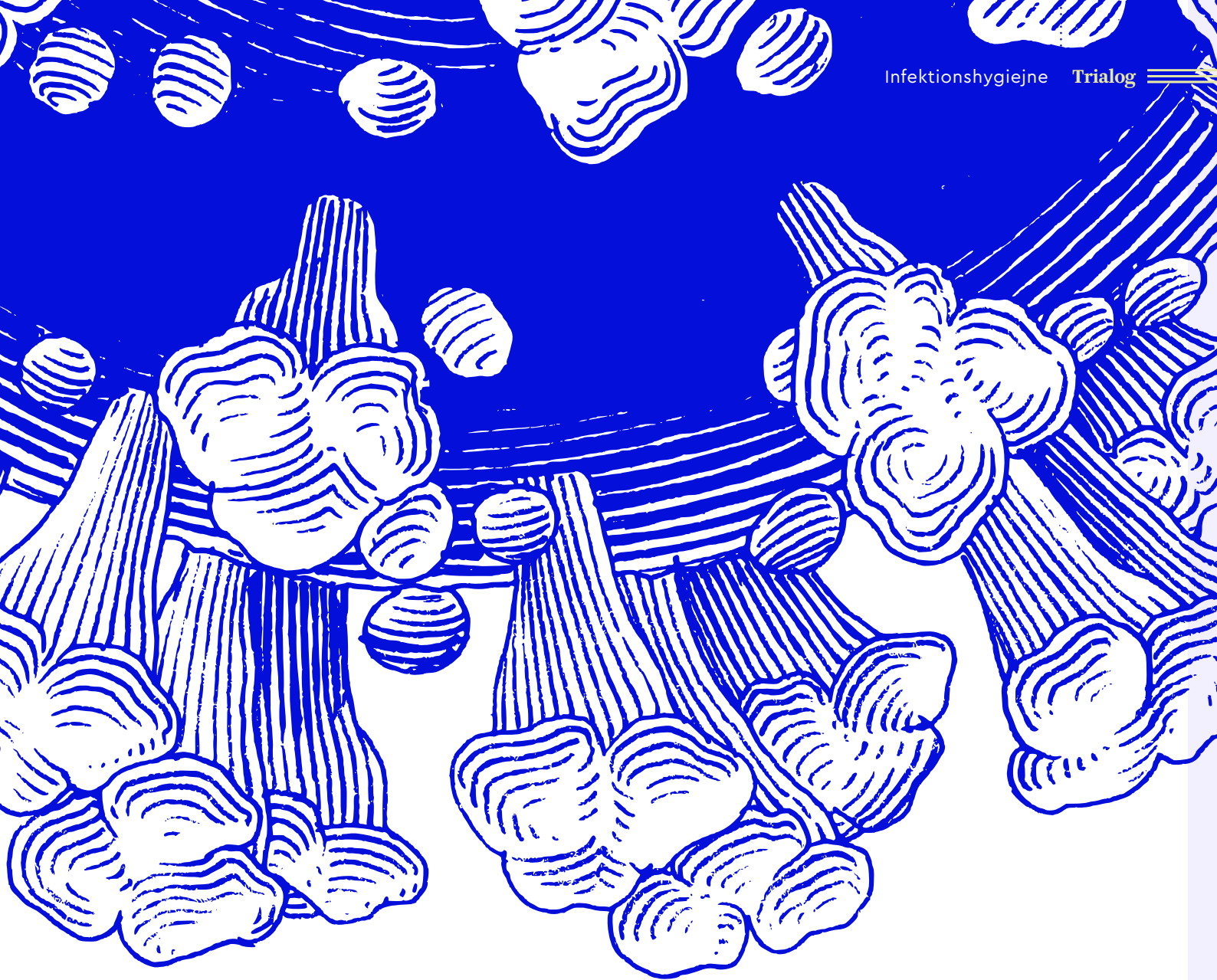
"Det viser, at organisation faktisk betyder noget. Har du dedikerede medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund, kan du udskyde tidspunktet for smitte, eller helt forebygge smitte, når der ikke er tale om udbredt samfundsmitte, som covid-19 jo var til sidst. I det tidsrum kan du i første omgang spare borgerne for en infektion og nå at uddanne

mere personale og få vaccineret borgerne, så de ikke bliver alvorligt syge, når samfundsmitten rammer," siger Jette Holt.

Rapporten viser dog også, at de infektionshygiejniske nøglepersoner i kommunerne havde travlt med at undervise 'både høj og lav', som Jette Holt udtrykker det:

"Det bekræfter mig endnu en gang i, at der er behov for at opruste undervisningen i infektionshygiejne - ikke blot på sygeplejerskeuddannelsen men på alle sundhedsfaglige uddannelser." ©





Referencer

1. Andersen KJ, Sommer C. Hygiejne i høj kurs. *Sygeplejersken* 2020;(7):20-36. **2.** Hughes JM. Study on the efficacy of nosocomial infection control. SENIC Project: results and implications for the future. *Chemotherapy*. 1988;34(6):553-61. doi: 10.1159/000238624 **3.** Kjeldsen SB. Skru op for hygiejnen. *Sygeplejersken* 2017;(9):44-7.
4. Rigsrevisionens beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. *Statsrevisorerne*. Rigsrevisionen. 5/2017. **5.** Bearman G, Doll M, Cooper K, Stevens MP. Hospital Infection Prevention: How Much Can We Prevent and How Hard Should We Try? *Curr Infect Dis Rep*. 2019 Feb 2;21(1):2. doi: 10.1007/s11908-019-0660-2. PMID: 30710181. **6.** Pedersen KM. Er der brug for fem milliarder mere i sundhedsvæsenet? Hvad kan de bruges til? *SDU. Health Economics Papers*. 2009:2 **7.** Databasen HAIBA tilgås via www.esundhed.dk/emner/patienter-og-sygehuse/HAIBA **8.** HALT 3. Overvågning af sundhedssektorerhvervede infektioner og antibiotikaudit på plejehjem. Central Enhed for Infektionshygiejne. Statens Serum Institut. Marts 2018. **9.** NIR om Håndhygiejne. Udgave 2.1: 2021. Central Enhed for Infektionshygiejne. Statens Serum Institut. **10.** NIR om Generelle Forholdsregler i Sundhedssektoren. Udgave 1:2017. Central Enhed for Infektionshygiejne. Statens Serum Institut. **11.** NIR om Supplerende Forholdsregler ved Infektioner og Bæretilstand i Sundhedssektoren. Udgave 5.1:2019. Central Enhed for Infektionshygiejne. Statens Serum Institut. **12.** Alle Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR) er samlet på Central Enhed for Infektionshygiejnes hjemmeside og kan oktober 2022 tilgås via dette link: <https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer/nir> **13.** Sygeplejeprocessen. Beskrevet på www.sygeplejelaering.dk/sygeplejeprocessen. VIA University College. Tilgået november 2022. **14.** Smittekæden. Statens Serum Institut. Version 2:2018. Fundet på www.ssi.dk **15.** McNeil SA, Nordstrom-Lerner L, Malani PN m.fl. Outbreak of Sternal Surgical Site Infections Due to *Pseudomonas aeruginosa* Traced to a Scrub Nurse with *Onychomycosis*. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 33, Issue 3, 1 August 2001, Pages 317-323, <https://doi.org/10.1086/321890> **16.** RL Moolenaar, JM Crutcher, VH San Joaquin m.fl. A prolonged outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* in a neonatal intensive care unit: did staff fingernails play a role in disease transmission? *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2000 Feb;21(2):80-5. doi: 10.1086/501739. **17.** Lyngholm B, Sandvej K. Vi har mistet 6.000 sengepladser på 15 år. *Dagens Medicin*. 14. december 2021. Fundet på www.dagensmedicin.dk november 2022. **18.** NIR om Håndtering af Tekstiler til Flergangsbrug i Sundhedssektoren. Udgave 2: 2022. Central Enhed for Infektionshygiejne. Statens Serum Institut. **19.** Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren. Sundhedsstyrelsen. Det Borgernære Sundhedsvæsen. Juni 2011. **20.** Kortlægning af kommunale hygiejneindsatser i Danmark. Organisering af hygiejnen i kommunerne 2020. Version 1. Central Enhed for Infektionshygiejne. Statens Serum Institut. Marts 2021. **21.** Forebyggelsespakke - Hygiejne. Sundhedsstyrelsen. 2. udgave. 2018. **22.** NIR om nøglepersoner/kontaktpersoner/koordinatorer i infektionshygiejne inden for det sundhedsfaglige område. Udgave 2:2019. Central Enhed for Infektionshygiejne. Statens Serum Institut.

Videospil kan afklare magtforhold mellem patient og personale

Videospil/Retspsykiatri. Online videospil som intervention kan skabe balance i magtfordelingen mellem personale og patienter på retspsykiatriske afsnit.



Terkildsen MD, Kennedy H, Jentz C og Sørensen LU. (2021). **Online video games and patient-staff power relations. A qualitative study of care and custody in forensic psychiatry.** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 00, 1-11. <https://doi.org/10.1111/jpm.12813>

Introduktion. Ansatte i psykiatrien, men især på retspsykiatriske specialafsnit, oplever ofte at stå i det dilemma at skulle yde omsorg samtidig med at skulle tage vare på den eventuelle risiko, patienten udgør over for andre patienter, personalet og samfundet. I interaktionen er der risiko for, at der skabes en skævvridning i magtforholdet mellem personale og patienter. I en kvalitativ undersøgelse blev det belyst, hvordan magtforhold kan afstemmes mellem retslige patienter og personale ved brug af online videospil som organiseret aktivitet.

Metode. På et dansk mellemsikret retspsykiatrisk afsnit med 16 sengepladser blev der ved hjælp af interviews og dialog med seks retspsykiatriske patienter i alderen 19-54 år og tre personalemedlemmer indsamlet viden, der kunne være med til at forstå magtfordelingen mellem patienter og personale i forbindelse med brug af organiseret online videospil. Igennem tre måneder indsamlede forskeren data ved at være til stede på afsnittet. Det foregik ved hjælp af dagligsobservations i miljøet og i forbindelse med online videospilssituationerne.

Resultater. Ved brug af online videospil påvirkes magtbalancen. Magtfordelingen kan forstås som værende afgrænset til to områder "in-game" og "over-game". Kort beskrevet er "in-game" selve spillesituationen, og "over-game" er det, der knytter sig til det at organisere og rammesætte selve spillesituationen. Magtfordelingen i selve spillesituationen, "in-game",

blev beskrevet som værende udvisket. Her var "dem og os" ikke-eksisterende, men her handlede det om at spille og vinde som et team. I selve organiseringen og rammesætningen, "over-game", var der en bevidsthed om hos både personale og patienter, at magtfordelingen var asymmetrisk. Personalet så det som deres opgave at sikre, at organiseringen og rammerne for interventionen blev overholdt, og at der var et rum, hvor der foregik pleje og behandling.

Diskussion. Forfatterne beskriver, at undersøgelsen er med til at understrege, at hvis online videospil er udformet som en organiseret intervention, kan den medvirke til at skabe balance i magtfordelingen mellem patienter og personale. Online videospil har også et potentiale til at skabe en meningsfuld relation mellem personale og patienter, for hvem online videospil allerede er en stor del af deres liv.

Konsekvenser for praksis. Forfatterne konkluderer, at det er muligt for plejepersonalet at balancere i opgaven mellem at yde omsorg og opretholde sikkerhed. Det understreges af forfatterne, at der skal yderligere undersøgelser til for fastslå, om disse positive resultater vil kunne aflæses i f.eks. miljøet på afsnittet.

Jacob Hvidhjelm, seniorforsker, cand.scient.san., ph.d. Sygeplejerske, Enheden for Klinisk Psykiatrisk Sundheds- og Sygeplejeforskning, Psykiatrisk Center Sct. Hans. Jacob.hvidhjelm@regionh.dk

Positiv dansk holdning til involvering af pårørende

Pårørende. Sygeplejerskers holdninger til at involvere patientens familie i pleje og behandling varierer signifikant på tværs af de europæiske lande.



Shamali M, Esandi Laramendi N, Østergaard B, Barbieri-Figueiredo M, Brødsgaard A, Canga-Armayor A et al. **Nurses' attitudes towards family importance in nursing care across Europe.** J Clin Nurs. 2022 Published ahead of print <https://doi.org/10.1111/jocn.16456>

Introduktion. Forskning har vist, at der er fordele ved at involvere patientens familie i pleje og behandling. Når et menneske møder sygdom, vil sundhedstilstanden i familien også blive påvirket. Patient og familie indgår derved i et afhængighedsforhold, og involvering af familien i pleje og behandling har betydning for oplevelse af kontrol over situationen, familiefunktion og oplevelse af støtte fra sundhedsprofessionelle. Sygeplejersker har en særlig position til at kunne involvere familier, og derfor er viden om deres holdninger hertil vigtigt.

Metode. Studiet blev designet som et cross-sectional studie, hvor der blev indsamlet data ved hjælp af et spørgeskema. I alt 8.112 sygeplejersker fra 11 lande deltog, herunder 1.720 sygeplejersker fra Danmark. Det anvendte spørgeskema var 'Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes', som er valideret på dansk.

Resultater. Der blev fundet signifikante forskelle i sygeplejerskers holdninger på tværs af de europæiske lande. Derudover var følgende faktorer associeret til flere positive holdninger: høj alder, videreuddannelse, højere anciennitet, at ansættelsesstedet havde en strategi for involvering af familier og selv at have erfaring med alvorlig sygdom i egen familie. Associeret med færre positive holdninger var: at være mand eller at arbejde på et hospital.

Diskussion. Generelt er sygeplejerskers holdninger til at involvere patienters familie i pleje og behand-

ling positive. Der findes dog også gode muligheder for at øge de positive holdninger for denne involvering, også i Danmark. Det vil være vigtigt i fremtiden, idet familien bidrager med over 80 pct. af den støtte og hjælp, der ydes til patienter med kronisk sygdom på tværs af de europæiske lande. Der findes givetvis en række forskellige faktorer, som indvirker på sygeplejerskers holdninger – faktorer, der kan udforskes i fremtidige studier.

Konsekvenser for praksis. Studiet peger på, at det er vigtigt for ledere at fokusere på sygeplejerskers holdninger til familieinddragelse, og hvordan praksis for familieinvolvering kan styrkes.

Der er også et behov for, at undervisere fokuserer på behovet for specifik undervisning i familieinddragelse på såvel præ- som postgraduat niveau.

Forfatterens kommentarer. Resultaterne viste, at danske sygeplejersker har mere positive holdninger til involvering af familie end gennemsnit. Når man kigger på specifikke undergrupper af spørgeskemaet, så scores der mere positivt i forhold til familie som en ressource, men mindre positive holdninger i forhold til familie som ressource i dialogen og familie som organisatorisk ressource i forhold til gennemsnittet af alle lande.

*Hanne Konradsen, professor i sygepleje, ph.d.,
Hanne.konradsen@regionh.dk*

Styrket pårørendeinddragelse kræver kompetenceudvikling

Traumecenter. Pårørende oplever støtte, information og inddragelse, men efterspørger mulighed for at være til stede under behandling.



Blaabjerg M, Lisby M, Ågård AS. **Tryghed – et centralt behov hos pårørende ved akut, kritiske forløb i to danske Traumecentre. Et kvalitativt studie.** Nordisk Sygeplejeforskning. 2022;12(3):1-13. <https://doi.org/10.18261/nsf.12.3.6>

Introduktion. Et pludseligt møde med sundhedsvæsenet kan være en voldsom oplevelse for pårørende til akut, kritisk syge eller tilskadekomne patienter. Samtidig indikerer den internationale litteratur, at sygeplejersker mangler viden om og kompetencer til at møde de pårørendes behov.

Formålet med studiet var at undersøge pårørendes oplevelser og behov i forbindelse med et akut, kritisk patientforløb i to danske traumecentre.

Metode. Der blev gennemført 11 semistrukturerede telefoninterviews med pårørende fra traumecentrene på Aarhus og Aalborg universitetshospitaler og foretaget systematisk indholdsanalyse.

Resultater. Tryghed var et essentielt behov. Pårørende oplevede generelt tryghed i situationer, hvor der var en høj grad af støtte, information, inddragelse og tilstedeværelse hos patienten samt forberedelse på tiden efter mødet med traumecentret.

En øget forståelse af pårørendes behov og oplevelser kan bidrage til, at sygeplejersker i højere grad kan imødekomme pårørendes behov, hvilket kan have en positiv effekt på forløbet for både patienter og pårørende. Dermed fremstår betydningen endnu tydeligere af, at sygeplejefaglige handlinger planlægges og udføres med udgangspunkt i den pårørendes behov.

F.eks. efterspørger pårørende bedre mulighed for at være til stede på stuen, mens patienten behandles, hvilket der fremadrettet bør sættes klinisk og forskningsmæssig fokus på. Undersøgelsen tyder også på,

at det er nødvendigt at forbedre personalets kompetencer, og viden fra denne undersøgelse kan anvendes til udvikling af et evidensbaseret kompetenceudviklingsprogram til danske akutsygeplejersker.

Diskussion og implikationer for praksis.

- En øget forståelse af de pårørendes behov i et akut, kritisk patientforløb kan skabe grundlag for at planlægge sygeplejefaglige handlinger og udføre disse med udgangspunkt i de pårørendes behov.
- Den pårørendes behov for at være til stede på behandlingsstuen bør imødekommes i højere grad end i dag.
- Undersøgelsens resultater kan danne grundlag for udvikling af et kompetenceudviklingsprogram til danske akutsygeplejersker.

Forfatterens kommentar. Fokus på inddragelse af pårørende i et akut, kritisk patientforløb har hidtil været sparsomt. Men den styrkede pårørendeinvolverende indsats skaber øget opmærksomhed blandt samtlige faggrupper og bidrager til et øget fokus på at gennemføre klinisk forskning med deltagelse af den akutte patients pårørende. Fokus på brug af kompetencer kan være afgørende for den enkelte pårørende, hvor det første møde sætter spor – på godt og ondt.

Mia Blaabjerg, udviklingssygeplejerske, MSc., traumekoordinator i Traumecenteret, Akutafdelingen. Projektsygeplejerske, Akutafdelingen, Center for Akutforskning; miabjn@rm.dk

Brystkirurgi påvirker kvinders kropsopfattelse

Kropsbillede. Kvinder har behov for støtte og vejledning fra specialiserede sygeplejersker i forløb med onkoplastisk brystkirurgi.



Stine Thestrup Hansen & Lene Willemoes Rasmussen. "At least there is something in my bra": A qualitative study of women's experiences with oncoplastic breast surgery. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 78 (10): 3304-19. Doi.org/10.1111/jan.15309.

Introduktion. Det er i dag muligt at tilbyde nyere operationsteknikker med onkoplastisk brystkirurgi i form af primær rekonstruktion eller omplacering af væv til kvinder diagnosticeret med brystkræft. Tilbuddet om onkoplastisk brystkirurgi samtidig med beskeden om en brystkræftdiagnose kan være overvældende, for hvad indebærer det? For kvinderne kan det at gennemgå brystkræftbehandling med onkoplastik være et længerevarende forløb.

Formålet med studiet var at undersøge 1) Kvinders oplevelser med onkoplastisk brystkirurgi og 2) Hvordan den samlede kræftbehandling påvirker kvinders kropsopfattelse.

Metode. Syv kvinder diagnosticeret med brystkræft, og som havde sagt ja til onkoplastisk brystkirurgi, deltog i to semistrukturerede interviews. Første interview var umiddelbart efter deres primære brystkirurgi, mens det andet interview blev holdt ca. seks måneder efter. Til interviewene blev anvendt en interviewguide inspireret af Bob Prices' body image-model. Interviewene blev optaget og efterfølgende transskriberet, og der blev udfærdiget en tematisk analyse inspireret af Braun and Clarke. I analysen blev Merleau-Pontys body image-begreb om tidsmæssige og kulturelle aspekter anvendt.

Resultater. Analysen afdækkede følgende temaer: 1) Kræftbehandlingen må prioriteres, 2) Patienterne er styret af lægens vurderinger, 3) At redefinere sig selv,

4) "I det mindste er der noget i min BH", og 5) Ønsket om en plan for mine nye bryster.

I deres kropsopfattelse pendulerede kvinderne frem og tilbage mellem den kropslige person, de var før deres kræftdiagnose, og hvordan de fremover skal leve med en forandret krop.

Diskussion. Fundene tyder på, at onkoplastisk brystkirurgi er et komplekst forløb for kvinderne, og at nogle fortsat er krisepåvirkede grundet brystkræftdiagnosen og et forandret kropsbillede efter et halvt år. Fundene stemmer overens med andre undersøgelser, der viser, at det har stor betydning for kvindernes mestring af forløbet, hvordan kirurgen fagligt og personligt håndterer informationen om brystkræftdiagnosen og det onkoplastiske forløb. I forhold til sygeplejerskens rolle viser fundene, samstemmende med andre undersøgelser, at der er et behov for støtte og vejledning fra specialiserede sygeplejersker i onkoplastiske forløb.

Implikationer for praksis. Tilbuddet om onkoplastisk brystkirurgi bør i samtalen mellem patient, sygeplejerske og læge tage udgangspunkt i patientens kropsbevidsthed og de sociale, kulturelle og psykologiske erfaringer patienten har med sig.

Lene Rasmussen, sygeplejerske, cand.scient. lner@regionsjaelland.dk og Stine Thestrup Hansen, sygeplejerske, ph.d., Plastik- og Brystkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital.

Nattevagter er stressende

Vagtbelastning. Natarbejde påvirker sygeplejersker negativt, men kan bedres gennem målrettet tiltag.



Julnes, S.G. & Angel, S. (2022) **The World of Night Shift: Nurses Experiences of Working in the Dark.** International Journal of Nursing and Health Care Research 5: 1301. [www.doi.org/10.29011/2688-9501.101301](https://doi.org/10.29011/2688-9501.101301)

Introduktion. Arbejde om natten er uundgåeligt i næste alle sygeplejerskers job. Udover sociale omkostninger er natarbejde forbundet med psykologiske, psykosociale såvel som fysiske helbredsproblemer, som kan påvirke det personlige liv og arbejdspræstationen. Nattevagter ser ud til at blive stadig mere travle på grund af et stigende niveau af opgaver og i øvrigt stressende arbejdsforhold.

Litteraturen viser, at natarbejde er et meget komplekst fænomen, der påvirker sygeplejerskers liv. Komplexiteten slører indsigten i sygeplejerskernes oplevelse af natarbejde og dermed, hvordan denne arbejdsbyrde kan lattes. Studiet undersøger sygeplejerskers oplevelser af natarbejde med fokus på oplevelse af at leve og arbejde natten igennem.

Metode. I en kvalitativ undersøgelse med en fænomnologisk tilgang blev 19 sygeplejersker interviewet i 2017 for at beskrive deres levede oplevelser af at arbejde i nattevagt. Med afsæt i Giorgis beskrivelse er åbenhed over for datamaterialet centralt, og analysen udførtes ved at finde meningsenhederne, som blev grupperede. Fri imaginær variation blev brugt for at komme frem til essens og konstituenten.

Resultater. Sygeplejerskernes oplevelse af arbejdet gennem natten indebar at 1) etablere en god forbindelse mellem aften- og dagvagten, 2) facilitere patienters og pårørendes hvile og søvn, 3) at være træt, men ikke desto mindre skulle være klar til det uventede, 4)

lindre smerte, frustration og dystre tanker, og 5) have brug for en allieret for at undgå at føle sig alene og sårbar om natten og kunne klare uforudsete akutte situationer.

Diskussion. På trods af at det kunne være muligt at arbejde roligt med færre afbrydelser og et tættere forhold til kolleger, så afslørede sygeplejerskers beskrivelser af nattevagter et overraskende stressende arbejde. Således påvirker arbejde om natten sygeplejersker negativt, hvilket kan reduceres gennem implementering af povernapping, opgradering af kompetencer, reducerede arbejdskrav og adgang til den nødvendige hjælp.

Da natarbejde er centralt for god og tryk sygepleje, men samtidig har store omkostninger for sygeplejerskerne, er det afgørende at reducere belastningen.

Med øget indsigt i sygeplejerskers oplevelse af at leve og arbejde i nattevagt etableres en ny forståelse for nødvendige tiltag. Flere ressourcer bør afsættes for at lette den byrde, der pålægges sygeplejersker. Endvidere kan arbejde, der ikke nødvendigvis skal udføres i nattevagten, omfordes eller gøres frivilligt. Derudover kan et tilbud om povernap reducere træthed, behandlingsfejl hos patienterne og andre fejl.

Sanne Angel, ph.d., lektor, Forskningsenhed for Sundhed og Sygepleje, IFS, Health, AU. Angel@ph.au.dk. Bartholin Alle 2, 8000 Århus C

Sygeplejestuderende involverer ældre gennem narrative interviews

Ældrepleje. Betydningsfulde data om patientens liv og værdier skaber grobund for klinisk beslutningstagen, bedre kvalitet og større interesse for sygepleje til ældre.



Nursing students' learning to involve elderly patients in clinical decision making – the student perspective. Dansk undertitel: 'Alle studerende skulle have mulighed for at prøve det'. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2022; vol. 12(12):49-59.

Introduktion. Det stigende antal ældre i befolkningen øger behovet for flere sygeplejersker til at pleje ældre, men national og international forskning viser, at sygeplejestuderende tøver med at søge mod ældreplejen, fordi de oplever at mangle kompetencer og har negative oplevelser derfra. Formålet med projektet var derfor at undersøge, om studerende kunne lære at involvere ældre i beslutning om egen pleje ved at lytte til ældres fortællinger, og hvilken betydning det fik for studerendes interesse i ældrepleje.

Metode. En fænomenologisk-hermeneutisk tilgang blev anvendt til at undersøge, hvorvidt en intervention, hvor studerende gennemfører et narrativt interview med en ældre patient, dels kunne fremme studerendes kompetencer til at involvere ældre patienter i beslutning om egen pleje og behandling og dels kunne fremme studerendes interesse for ældrepleje. De studerende blev selv interviewet før og efter interventionen, for at læringsudbyttet kunne undersøges.

Fund. De studerende oplevede en dybere relation til patienten efter det narrative interview. Patienterne viste dem mere tillid, og studerende fik betydningsfulde data om patientens liv og værdier. Data fik afgørende betydning for involvering af patienten i klinisk beslutningstagen, som de studerende implementerede i deres sygeplejepraksis. Fire temaer viste sig: 1) betydningen af narrativet for patient-sygeplejerskerelationen, 2) betydningen af at kunne involvere patienten i klinisk beslutningstagen, 3) betydningen

for personcentreret pleje og 4) betydningen for studerendes interesse for ældrepleje.

Diskussion. Analysens temaer diskuteres i forhold til international forskning. Et studie fandt, at mødet mellem ældre og studerende er en intervention, der fremmer studerendes empati for ældre og kan skabe en mere positiv attitude ift. ældreplejen. Andre studier konkluderede, at personcentreret sygepleje handler om indsigt i patientens liv, og at klinisk beslutningstagen forudsætter kendskab til patientens fortid, nutid og fremtidsønsker i forbindelse med klinisk beslutningstagen. Disse studier underbygger helt eller delvist fundet af, at det narrative interview fremmer personcentreret sygepleje, gør det lettere at tilpasse plejen til den enkelte og lettere at advokere for patienten. Projektet peger på, at de studerende oplevede en bedre kvalitet af den ydede sygepleje

Konsekvenser for praksis. Resultaterne bidrager til udvikling af geriatrisk sygepleje med fundet af det narrative interview som metode til at facilitere læring om pleje af ældre. Skabes rum for studerendes narrative interviews med ældre i geriatrisk sygepleje, kan studerende lære at involvere patienten i plejen, og det tyder også på, at det styrker interessen for ældreplejen.

Kirsten Nielsen, lektor, ph.d., cand.cur., kirm@via.dk og Jette Henriksen, lektor, ph.d., cand.cur., jhen@via.dk, Forskningscenter for sundhed og velfærdsteknologi, Forskningsprogram for sundhedsteknologi, metodeudvikling og etik, VIA University College.

TVÆRFAGLIG INDSATS TIL PATIENTER MED KOL FRA ET SUNDHEDSPROFESSIONELT PERSPEKTIV

BAGGRUND. Borgere, som lever med svær KOL, har komplekse problemstillinger med omfattende konsekvenser for hverdagsliv og livssituation, og der er behov for viden om, hvordan palliation på tværs af fag og sektorer kan bidrage til at møde disse problemstillinger.

FORMÅL. At opnå viden om sundhedsprofessionelles oplevelser, erfaringer og refleksioner over udfordringer og succeser i den palliative indsats til borgere med svær KOL for at konkretisere forslag til en fremtidig palliativ indsats.

DESIGN og metode. Kvalitativt studie med hermeneutisk tilgang. Semistrukturerede fokusgruppinterview med erfarne sundhedsprofessionelle inden for KOL og palliation.

Udfordringen er at skabe tryghed i hjemmet

KOL. Et indgående kendskab til borgeren hos de sundhedsprofessionelle er afgørende for, at der kan tilbydes den rette palliation på tværs af fag og sektorer.

I

Introduktion

Omdrejningspunktet for artiklen er de professionelles perspektiv på dét særlige, der kendetegner palliation til borgere med svær KOL, og hvordan palliation til denne gruppe borgere kan fremmes på tværs af professioner og sektorer.

Palliation kan øge livskvaliteten

Graden af KOL afhænger af, hvor meget lungefunktion borgeren har tilbage (30 pct. $<FEV1<$ = svær KOL). Borgere, som lever med svær KOL, har ofte komplekse problemstillinger med omfattende konsekvenser for hverdagsliv og livssituation (1). Hverdagen er præget af åndenød, der ofte medfører nervøsitet og angst (2). Også hoste, smerter og fatigue samt nedsat funktionsniveau bidrager til nedsat livskvalitet og social isolation (1-3).

Joshi m.fl. finder, at palliation kan øge livskvaliteten ved svær KOL (4), og studier indikerer, at det

RESULTATER OG KONKLUSION. Tre kategorier beskriver de professionelle oplevelser, erfaringer og refleksioner af den palliative indsats til borgere med svær KOL: 'At kende og anerkende', 'Udfordrende vilkår' og 'En koordineret palliativ indsats'. Et indgående kendskab til borgeren er afgørende for, at der kan tilbydes den rette palliation. Kendskabet bygger på relationen mellem borger, pårørende og professionelle og mellem professionelle på tværs af fag og sektorer. Relationen udfordres af organiseringen af den palliative indsats.

RELEVANS FOR KLINISK PRAKSIS.

Artiklen giver et indblik i den palliative indsats til borgere med KOL og peger på nogle organisatoriske udfordringer, der bør adresseres med henblik på at møde borgerens behov for palliation.

FORFATTERE



GITTE ANDSAGER SMORAWSKI

Sygeplejerske, cand. scient. san publ., lektor på Sygeplejerskeuddannelsen, UC Syd Campus Esbjerg.
gasm@ucsyd.dk



MARIANNE REVENTLOV HUSTED

Sygeplejerske, cand. cur., lektor på Sygeplejerskeuddannelsen, UC Syd Campus Esbjerg.



LISBET VESTERGAARD HANSEN

Sygeplejerske, sundhedsplejerske, Master i sundhedsantropologi, lektor på Ergoterapeutuddannelsen, UC Syd Campus Esbjerg.



BODIL BJØRNSHAVE NOE

Sygeplejerske, cand. scient. san., ph.d., docent ved Forskningsprogrammet for Sundhedsfaglig Praksis, Forskning og Udvikling UC Syd.

Dette er den sidste artikel ud af tre omhandlende palliation til borgere med svær KOL. Første artikel med titlen: 'Lyt til borgere med svær KOL og deres pårørende' blev trykt i Fag & Forskning 2021;(2):24-33. Anden artikel med titlen: 'En hverdag præget af angst' blev trykt i Fag & Forskning 2022;(3):38-47. Artiklerne skriver sig med udgangspunkt i kvalitative interviews med borgere med svær KOL og deres pårørende samt erfarne sundhedsprofessionelle ind i den stigende interesse, der er for palliation inden for andre områder end kræft. Der er et stort behov for at tilbyde et stærkt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde til borgere med KOL. Men palliation til borgere med svær KOL har en række vilkår, der gør det særligt vanskeligt. Artiklerne bidrager til indsigt i dét særlige, der er ved KOL-palliation med henblik på at kunne komme med forslag til en fremtidig palliativ indsats.

Tak

Tak til UC Syd Forskning og Udvikling for at støtte projektet økonomisk, og til sygeplejerskeuddannelsens studieleader for at bakke op om den praktiske gennemførelse af projektet og for opbakning til artikelskrivning.

Tak til Lungemedicinsk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus, og Varde Kommune for at støtte projektet og bidrage til kontakt til borgere med svær KOL og pårørende.

Der er ingen interessekonflikter.

kan have afgørende betydning for livskvaliteten, at indsatsen indsættes tidligt i sygdommen (2).

Sundhedsstyrelsen anbefaler således en proaktiv palliativ indsats tidligt i KOL-sygdomsforløbet for at lindre symptomer, afhjælpe fysiske begrænsninger samt aflaste ift. følelsesmæssige og sociale udfordringer (5,6).

Men en tidlig palliativ indsats er ikke så enkel

Studier viser, at svær KOL er kendetegnet ved et langvarigt og episodisk nedadgående forløb med adskillige alvorlige forværringer - men også overraskende forbedringer (1,2,7). Dertil er der også udfordringer mht. at kommunikere om hverdagen og fremtiden med KOL. Dette dokumenteres i et dansk studie, der viser, at borgere med KOL gerne vil tale om deres palliative behov, herunder hvordan de kan overkomme deres symptomer og øge deres livskvalitet, men disse samtaler initieres ikke i det omfang, det er relevant (8,9).

Det er vanskeligt at forudsige prognosen, og både borgeren med KOL, pårørende og professionelle er tilbageholdende med i tide at adressere palliative tiltag

herunder at tale om tanker og ønsker for den sidste tid, for at borgeren med KOL ikke mister modet (7). Palliation til borgeren med KOL er bl.a. af de grunde et komplekst område, og de palliative behov, som borgere med KOL har, bliver langt fra altid imødekommet (10).

Vi har tidligere gennemført et interviewstudie med borgere med svær KOL og pårørende, som viser, at der er behov for palliative indsatser, der tager højde for den uforudsigelighed, der præger hverdagen med KOL. Herudover er der behov for at adressere skyld, skam, stigmatisering og håb (11).

Det er imidlertid uklart, hvordan et tværprofessionelt team under de vilkår, der kendetegner et forløb med svær KOL, bedst kan samarbejde om de tværsektorielle opgaver, der anbefales ift. palliation til borgere med KOL, se Boks 1, (7).

Formålet er derfor at opnå viden om sundhedsprofessionelles oplevelser, erfaringer og refleksioner over udfordringer og succeser i den palliative indsats til borgere med KOL for at konkretisere forslag til en fremtidig palliativ indsats.

Boks 1.

"Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art." (6).



M

Metode

Design

Med en hermeneutisk tilgang er der gennemført et kvalitativt interviewstudie (12) med tre semistrukturerede fokusgruppeinterviews med i alt 16 erfarne professionelle inden for KOL og palliation.

Udvælgelse af deltagere

Vi sendte skriftlig invitation til og besøgte Sydvestjysk Sygehus herunder Lungemedicinsk afdeling og Palliativt Team samt Hospice Sydvestjylland, som alle takkede ja til at deltage. Vi kontaktede to kommuner og en række alment praktiserende læger i Sydvestjysk Sygehus' optageområde. Varde Kommune deltog, mens en kommune og almen praksis ikke ønskede at deltage.

Vi ønskede at interviewe et bredt udsnit af erfarne professionelle, som på forskellig vis er involveret i det tværprofessionelle og tværsektorielle arbejde i relation til palliation til borgere med KOL. I udvælgelse af deltagere i fokusgruppeinterview blev der lagt vægt på erfaring med pleje og behandling af og palliation til borgere med svær KOL. Vi bad lederne om at udvælge deltagerne ud fra disse kriterier.

Oversigt over deltagerne i de tre fokusgruppeinterview fordelt på fag fremgår af Tabel 1. For at sikre anonymitet angives ikke alder, køn eller anciennitet ved de enkelte fagpersoner i tabellen.

Etik

Projektbeskrivelsen er godkendt internt på UC SYD Journal nr. 4511715. Der er udarbejdet skriftlig deltagerinformation, og deltagerne gav informeret skriftligt samtykke. Interviewene er optaget digitalt og transskriberet i samarbejde med sygeplejestuderende ved UC SYD. De anonymiserede interviews er opbevaret efter gældende

GDPR-regler på UC SYD. Af hensyn til anonymisering angives ikke fagperson ved de enkelte citater, da nogle faggrupper er repræsenteret ved en enkelt person.

Interview

Tre semistrukturerede fokusgruppeinterviews blev gennemført i 2018 af forfatterne, som alle har både klinisk erfaring og undervisnings erfaring samt erfaring med at gennemføre og analysere interviewdata. Projektleder er forsker BBN.

Fokusgruppeinterview blev valgt, da vi ønskede interaktion og dialog mellem de professionelle for herigennem at opnå indsigt i deres refleksioner, erfaringer og perspektiver (12) med palliation til borgere med svær KOL.

En semistruktureret interviewguide gav mulighed for, at de professionelle kunne tale om netop dét, de oplevede som betydningsfuldt samtidig med, at moderatoren kunne sikre, at de centrale emner blev berørt (12). Der blev i alt gennemført tre fokusgruppeinterviews med henholdsvis seks, fem og fem deltagere, se Tabel 2.

Gennem interviewene havde projektdeltagerne forskellige roller. BBN var moderator, men alle forfatterne deltog i interviewene og stillede spørgsmål ud fra guiden og deltagerens udsagn.

Analyselayout

Der er anvendt induktiv indholdsanalyse, således at kategorier er identificeret som kondenserede generelle udsagn ud fra specifikke beskrivelser af palliation til borgere med svær KOL gennem en flerfaset proces (13-16). Først blev interviewene læst gentagne gange af alle forfattere for at opnå dyb indsigt i indholdet. To forfattere (GAS, BBN) foretog kodning i form af markering af ord og sætninger relateret til forsknings-

Tabel 1. Oversigt over antal deltagere i fokusgruppeinterviews

	Palliativt team	Lungemedicinsk afdeling Sydvestjysk sygehus	Varde Kommune	Sydvestjysk Hospice
Sygeplejerske inklusiv udkørende ilt-sygeplejerske		3	3	3
Ergoterapeut			1	
Præst		1		
Læge		1		
Fysioterapeut	1		1	
Psykolog				1
Socialrådgiver	1			

spørgsmålene og ud fra deltagernes erfaringer, refleksioner og perspektiver (16). Herefter deltog alle forfatterne i kondensering af de betydningsfulde enheder til kategorier. De udvalgte citater udgør dokumentation for de foretagne kodninger og kategorier (16).

R Resultater

Analysen ledte frem til tre kategorier, der beskriver de sundhedsprofessionelles opfattelse af palliation til borgere med KOL, deres oplevelser, erfaringer og refleksioner over den palliative

indsats til denne gruppe borgere og deres pårørende: 1. *At kende og anerkende borgeren*, 2. *Udfordrende vilkår og 3. En tværfaglig koordineret indsats*.

1. At kende og anerkende borgeren

Palliation indebærer at se den enkelte og kende dens unikke historie, da den rummer vedkommendes erfaringer med og forståelse af sin situation. Et indgående kendskab til borgerens og pårørendes livssituation, forhåbninger og bekymringer er således en forudsætning for at kunne imødekomme behov.

”Palliation (er) jo at kende dem ... at gå ind og se: jamen, hvad er det for et menneske, og hvorfor har de det, som de har det lige nu ... Og det er jo fordi, de har en historie.”

Palliation er alt, der kan lindre og højne livskvalitet, og det kan dække over forskellige aspekter. Det indebærer en forståelse for den enkeltes opfattelse af livskvalitet og af, hvad der er lidelsesfuldt, og hvordan det kan lindres.

”Jamen, det indebærer en hvilken som helst handling, som lindrer vedkommende ... en appetitlig tallerken ... at blive smertelindret ... mennesker omkring en, som vil det bedste ... en socialrådgiver, der kan tage sig af de pårørendes økonomiske situation, så de får jo fred og ro, og ... en (psykolog) ... en musikerapeut ... alt muligt lindrende.”

Det er vigtigt at skabe en god relation for at kunne tage udgangspunkt i individuelle komplekse sammenhænge og se, hvad der er væsentligt, og hvad der er behov for at lindre.

”Relationen bliver skabt på mange måder. Det kan være, at man tager sig tid til at tage den der hyggensnak om billederne på væggen, eller ”hvad har du lavet i dit liv?” fordi det fortæller også rigtig meget om, hvem de er, og hvad det er, vi står med, når vi skal have den her snak. Hvorfor agerer de, som de gør?”

Tabel 2. Interviewguide fokusgruppeinterview

Fokusgruppe interview formål og rammer

Formålet med fokusgruppeinterview med fagpersoner var at beskrive den aktuelle praksis i relation til den sene palliative/terminale, tværsektorielle og tværprofessionelle pleje og behandling af borgere med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) i Sydvestjylland.

Fokus var de professionelle oplevelser, erfaringer og refleksioner over udfordringer og succeser i samarbejdet om den sene palliative/terminale, tværsektorielle og tværprofessionelle pleje og behandling af borgere med KOL. Vi havde på forhånd bedt deltagerne reflektere over dette.

Hvert fokusgruppe interview varede 2 timer, og der var max. tre af forfatterne til stede ved hvert interview.

Fokusgruppeinterviewet var en drøftelse og udveksling af erfaringer og oplevelser ud fra interviewguide.

Spørgsmål

- Vil I beskrive, hvordan I opfatter/forstår 'Det sene palliative/terminale KOL-forløb'?
 - Beskriv en situation, hvor du har vurderet, at der er behov for en palliativ indsats?
 - Vil du beskrive, hvilke 'tegn' du er opmærksom på i din vurdering af behov for palliation?
 - Hvad synes du, der er kendetegnende for en KOL-borger med behov for palliation?
 - Kan du beskrive en situation, hvor du vurderer, at borgeren bevæger sig fra behandling til palliation?
-
- Kan du beskrive de tanker, forhåbninger og/eller bekymringer, som du oplever, at KOL-borgere giver udtryk for/viser?
 - Kan du beskrive, hvordan du har oplevet pårørendes tanker, forhåbninger og/eller bekymringer?
 - Hvordan viser det sig? Hvilket emne tages op, hvornår og hvordan?
-
- Kan du fortælle lidt om, hvad der sker i praksis i relation til det sene palliative/terminale forløb?
 - Kan du beskrive, hvordan I som fagpersoner taler sammen om det sene palliative/terminale forløb?
-
- Overvej det bedste samarbejde, du har haft med en borger med KOL i et palliativt forløb. Hvad gjorde det godt?
 - Overvej det bedste samarbejde, du har haft med pårørende til en borger med KOL i et palliativt forløb. Hvad gjorde det godt?
-
- Vil I hver især evt. med udgangspunkt i en konkret oplevelse/erfaring beskrive jeres oplevelse af samarbejde på tværs af fag og sektorer?
 - Hvordan ser/hvad kendetegner det ideelle samarbejde omkring det sene palliative KOL-forløb ud
-
- Kan du fortælle (evt. ud fra en situation) om dine tanker i forbindelse med at gå i dialog om den sidste tid?
 - Hvem tager initiativet til at tale om den sidste tid?
 - Ud fra hvilke parametre vurderer du, at det er tid til at tale om den sidste tid?

Palliation begynder ideelt set tidligt i et KOL-forløb, og derfor er en tidlig relationsdannelse vigtig. Den tidlige palliation har fokus på det gode liv med KOL men også fokus på at adressere, at der kan opstå svære situationer i hverdagen med åndenød, der kan lede tankerne hen på døden. Palliation er at tage hul på samtaler om forhåbninger og bekymringer i stabil rolig fase af sygdommen for at hjælpe borgeren og de pårørende med at forstå sygdommen og dens mulige konsekvenser, så de opnår et godt liv med KOL.

”Øvelsen går ud på tidligt - nærmest ved diagnosticeringstidspunktet - at give en ansporing til palliation



... Palliation handler jo for mig mere om at leve det liv, der er, fremfor at dø.”

Opsummerende handler palliation til borgeren med KOL om tidlig og varig relationsdannelse for at opnå et indgående kendskab til den enkeltes historie, sygdomsforståelse og opfattelse af lidelse og livskvalitet.

2. Udfordrende vilkår

KOL-sygdommens forløb og karakteristika giver særlige, udfordrende vilkår for rettidig palliation. Et aspekt er, at sygdomsforståelse og -accept ofte er en langsom erkendelsesproces for både borgere og de pårørende. Informanterne oplever, at borgere med KOL og deres pårørende kan have forskellige forestillinger om sygdommens sværhedsgrad, og at de ofte giver udtryk for, at sygdommen ikke er så fremskreden, som den reelt er. Dels vænner den enkelte sig over tid til begrænsninger i funktionsniveau og livsvilkår, ligesom der også kan være fortrængning eller bagatellisering både fra borgeren selv og pårørende. De professionelle balancerer derfor mellem at være de realistiske og hjælpe til erkendelse på en måde, hvor tiltro, mod og håb opretholdes. Palliation handler om at få øje på den enkeltes opfattelse af situationen og nænsomt korrigere misforståelser for at nå at tale om vigtige emner.

”... så tænker (borgeren med KOL) måske mere, at (vedkommende) er i det rehabiliterende forløb - også erkendelsesmæssigt - ikke også. Måske er der mulighed for at træne, måske skal jeg lidt mere. Fordi det har været sådan en langvarig kronisk tilstand. Når de så kommer til os, så er det ligesom bare givet: Sen terminal fase.”

Overraskelser er et centralt vilkår i palliation til borgere med KOL, fordi forløbet kan blive meget kortere end forventet eller langt længere. Det er vanskeligt at forudse og i god tid forberede borgeren og de pårørende på livets afslutning med risiko for at være ’for sent’ ude. Modsat kan de professionelle også erfare, at forløbet bliver langt længere end antaget.

”Det kan tage årevis. Sidst, så havde vi en dame liggende oppe på afdelingssengen. Alle troede jo, at nu skulle hun dø. Og vi stoppede behandlingen faktisk ... Så kommer hun på hospice og levede op. Og hun lever endnu. Hun bor hjemme nu sammen med sin mand. Så det er helt umuligt (at forudse).”

Uforudsigeligheden og overraskelserne kan undertiden bringe de professionelle i vanskelige situationer.

”... de har været tæt på at dø. Og vi har stået der og sagt, at nu tror vi, det er, og så skete det ikke alligevel. Og 4. gang, vi siger det, så kræver det altså en

hel del personligt mod at holde fast i sin faglighed og sige: ’Jeg tror det’ én gang til, selvom det ikke passede de andre gange. Det er klart, det er en personlig udfordring, eller også for systemet som sådan.”

KOL-forløb er ikke forudsigelige, nedadgående forløb. De går op og ned, og borgere med KOL har varierende behov for palliation, som måske ikke passer i rammerne af de tilbud, der er til rådighed. De professionelle nævner som eksempel på den problematik, at kun få borgere med KOL bliver terminalregistreret og derfor ikke opnår de fordele, der følger med en terminalerklæring i form af pleje og tilskud.

”Ja, men man forventer, at hvis man giver terminalerklæring, så forventer man, at folk er døde inden for et år, og det tør man ikke at sige med KOL-borgere, fordi de svinger så meget op og ned. Altså, de 6 år jeg kørte ude i hjemmesygeplejen, der har jeg haft én, der blev det (terminalregistreret).”

Også angst og følelsen af at blive kvalt er et særligt vilkår i palliation til borgere med svær KOL. De professionelle beskriver, at de gentager igen og igen, at borgere med KOL sover stille ind og ikke dør af kvælning.

”Så der er meget i den palliative del, som egentlig går på ”du dør ikke af det her lige nu, og du bliver ikke kvalt.” Det, der er deres store frygt, er, at de skal dø af at blive kvalt - og det gør de ikke. De dør ligesom alle andre ved, at de sover ind, men det ved de ikke.”

Angst i relation til svær KOL bidrager til, at der kan opstå vanskelige situationer i hjemmet. Især når angsten for kvælning tager over, og hjælpen er langt væk. De situationer kan resultere i panikagtige indlæggelser, selv om borgeren ønsker at være hjemme. Et ønske, der ifølge de professionelle ofte burde kunne lade sig gøre, såfremt trygheden i hjemmet kan etableres.

”Jeg tror bare et sted, at KOL-patienter et langt stykke hen ad vejen er en gruppe, der ikke har brug for et fysisk (pleje)hjem. De kan tit selv godt klare sig (hjemme) ... Så det er nærmest trygheden her (i hjemmet), vi efterlyser.”

I modsætning til at klare svære situationer i hjemmet kan en indlæggelse på hospice være som at komme i sikker havn. Her er der tryghed, og personalet kan hjælpe - hele tiden. Men efter udskrivning fra hospice sker der ofte hurtigt genindlæggelse på hospital, når behovet for tryghed og nærhed ikke kan imødekommes:

”Velvidende fra os som personale, de kan ikke få (samme hjælp), når de kommer hjem, uanset hvor velfungerende hjemmeplejen er ... Når de kommer hjem, så ringer de ind og bliver akut indlagt dagen efter igen ... og det har vi mange eksempler på, og det er helt forståeligt ... når angsten kommer, så ... kan man godt glemme alt om fornuft og alt det der.”

Det særlige ved palliation til borgere med KOL er således knyttet til sygdommens uforudsigelige og episodiske forløb med forværringer, forbedringer og overraskelser. De varierende behov kan være svære at imødekomme inden for de eksisterende rammer.

3. En tværfaglig koordineret indsats

De professionelle beskriver betydningen af relationer og samarbejde på tværs af fag og sektorer.

”Jeg tænker virkelig, kodeordet er ... relationer, både tværsektorielt og tværfagligt, borger/sygeplejerske. Altså det hele, det stranded på de her relationer.”

Hospice, hjemmeplejen og palliativt team har gode erfaringer med at danne relationer via tværfaglige møder, hvor den enkelte borgers behov drøftes. De forskellige faggrupper bidrager med deres perspektiv til et samlet nuanceret billede af borgeren og borgerens tanker, ønsker og behov. Det er desuden muligt at få faglig sparring relateret til de udfordringer, der er ved palliation til borgere med KOL samtidig med, at der udvikles relationer:

”Jeg synes, at det gør det positivt, fordi at vores fysioterapeut oplever noget andet, end vi oplever, og musikterapeuten oplever også noget andet, end vi oplever. Så på den måde synes jeg tit, der går ting op for mig til sådan en konference.”

En anden fordel ved tværfagligt og tværsektorielt samarbejde er fælles opbakning til for eksempel initiativer som ’Selvbehandlingsplaner’. Disse planer skal bidrage til, at borgere med KOL kan undgå indlæggelser ved en hurtig indsats i hjemmet, der inkluderer hurtig opstart af antibiotika. Initiativer som disse er dog svære at gennemføre såfremt, der ikke er et fælles fodslag blandt alle involverede:

”Jamen, det der med at de praktiserende læger hænger lidt. Mit indtryk er nok, at måske er det, fordi de har travlt. Men det er også nogle gange fordi, de er bange for at få fingrene i klemme, at de indlægger patienterne i stedet for ligesom at tænke, det er en rigtig god ide med den selvbehandlingsplan. Det er en rigtig god ide at køre ud og se til patienten, og så slipper han for at blive indlagt.”

Et fælles fagligt fundament for pleje og behandling ses som nødvendigt for i tide at imødekomme palliative behov.

De aktuelle organisatoriske rammer kan imidlertid medvirke til at vanskeliggøre den palliative indsats til borgerne med KOL. Ofte er der ikke det ønskede formaliserede samarbejde mellem de forskellige sektorer og faggrupper, og den samlede palliative indsats bliver tilfældig og ofte mangelfuld, når vigtig viden og erfaringer vedrørende borgeren går tabt sektorer og fagpersoner imellem. De forskellige aktører i kommunalt regi oplever at være langt fra hinanden fysisk, og kommunikation foregår som regel udelukkende på skrift, da mundtlig sparring over telefonen ofte fravælges, da den vurderes som for tidskrævende.

Når de professionelle ikke har tilstrækkeligt kendskab til hinanden og ikke får talt sammen, er det vanskeligt at få fat i vigtige nuancer af borgerens livssituation af betydning for at kunne lindre lidelse, ligesom det er svært at få det fulde udbytte af de kompetencer, der er på tværs af faggrupper og sektorer og stå sammen i et tværfagligt fællesskab.

”Også fordi jeg har slet ikke noget kendskab i forhold til det, du sådan arbejder med som socialrådgiver. Så der er nogle gange, så kan patienten godt lige spørge mig, hvor jeg tænker uha, der er jeg ude på et sidespor med noget, jeg bare ikke kan svare på.”

Det er vanskeligt at få opbygget relationer og medtænkt andre professioner som vigtige medspillere:

”Jeg tror bare aldrig, jeg har tænkt tanken, at man kunne jo lige ringe til palliativt team”.

Den palliative indsats indebærer samarbejde mellem en lang række professionelle. Disse professionelle kan hver især bidrage med vigtig viden, der er betydningsfuld for borgeren i den palliative indsats. For at vigtig viden ikke går tabt mellem fag og sektorer, er et fælles fagligt fundament nødvendigt i den palliative pleje og behandling.



De erfarne professionelle peger på, at palliation til borgere med svær KOL og deres pårørende bygger på en respektfuld relation og indgående kendskab til deres historie og opfattelse af lidelse.

Herunder kendskab til i hvilke svære situationer i hverdagen, der er behov for hjælp til at lindre og overkomme. Uforudsigeligheden er et vilkår for borgere med KOL, og der kan uventet opstå



akutte kritiske situationer, hvor borgerens historie, ønsker og bekymringer er vigtige at vide besked om.

Dette understreges af Maddocks m.fl. (2), som beskriver, at kendskab til borgerens behov og præferencer er fundamental, og at tidlige samtaler om sygdomsforløb, plejepreferencer og prognose er centralt i behandlingen af borgere med svær KOL (2). Åndelige aspekter anbefales som en vigtig komponent i disse samtaler (17).

At lytte til bekymringer er vigtigt

I Danmark er Advanced Care Planning (ACP) (18) omsat til 'Samtaler om Fælles Planlægning af Behandlingsmål' (FPB) (18). FPB er en kommunikationsproces mellem borger, pårørende og behandler om dét at leve med sygdommen og dens symptomer. FPB kan anvendes i de vigtige men måske svære samtaler med borgere og pårørende med svær KOL. Smallwood m.fl. beskriver, at regelmæssige samtaler om individuelle værdier og præferencer samt behandling, forventet udvikling i sygdommen og livets afslutning kan forberede patienten og bidrage til fælles beslutninger (19). At lytte til bekymringer, livsværdier og ønsker er således en vigtig del af den palliative pleje til borgere med fremskreden KOL (19) men synes sparsomt implementeret (20).

Ifølge Disler m.fl. oplever mennesker med KOL, at der ikke bliver talt tilstrækkeligt om disse emner (1). Vores tidligere interviews med borgere med svær KOL viste i lighed hermed, at der ikke gennemføres 'ACP-samtaler' i det omfang, der er behov for (11). Fund fra aktuelle undersøgelser viser, at der er en række organisatoriske udfordringer ift. det tværprofessionelle samarbejde både mellem hospital og inden for kommunal omsorg, pleje og terapi, som kan bidrage til, at den type samtaler ikke foregår i tilstrækkeligt omfang.

Denne undersøgelse understreger, at relationen mellem professionelle på tværs af fag og sektorgrænser såvel som inden for den enkelte sektor er betydningsfuldt for samarbejdet, og at det kan bidrage til et billede af borgeren med dybde og bredde. Det tyder på, at der er behov for at prioritere tid til dialog og faglig sparring, så eventuelle usikkerheder og aftaler i relation til borgerens sygdomsforløb bliver adresseret. Men også at borgernes individuelle udfordringer imødekommes med udgangspunkt i fagligt funderede drøftelser og beslutninger.

Initiativet FPB/ACP samtaler ses som et palliativt tiltag, der sandsynligvis kan bidrage hertil (18) sammen med et velorganiseret tværsektorielt samarbejde, som ifølge Bundgaard og Kjeldsen kan højne den faglige kvalitet af pleje og behandling af

sårbare borgere i eget hjem (21). I tråd med dette samt Lundell m.fl. (22) viser vores fund, at de sundhedsprofessionelle har behov for en formalisering af det tværfaglige samarbejde for dels at opnå det fulde billede af borgeren og dels for at opnå viden, overblik og indsigt i andre professioners fagområder.

Udfordringen er at skabe tryghed i hjemmet

En stor udfordring i palliation til borgere med KOL er at skabe den tryghed i hjemmet, der kan afhjælpe de svære akutte og kritiske situationer, så nogle indlæggelser kan forebygges. De professionelle beskriver, at borgere med KOL, som oplever utryghed og angst, har et stort behov for at kunne komme i kontakt med et kompetent sundhedsfagligt personale, når åndenøden og angsten melder sig. Fund fra fokusgruppeinterviewene peger på store udfordringer med at være til stede hos borgeren, når behovet opstår.

Nye teknologiske løsninger kan måske bidrage

Nye teknologiske løsninger forventes at kunne bidrage til øget tryghed i hjemmet. Aktuelt introduceres telemedicinsk hjemmemonitorering i alle danske regioner, for at borgere med KOL kan inddrages i deres eget behandlingsforløb og opnå tryghed og fleksibilitet (23). TeleKol gør det muligt for borgeren med svær KOL at følge egen sygdom og kommunikere via video eller mobil. Ifølge Lungeforeningen giver telemedicin mere tryghed, større forståelse og færre indlæggelser (24). Der er påvist positiv effekt af Telemedicin på livskvaliteten til borgere, der lever med KOL og at telemedicin kan medvirke til at skabe et velfungerende tværsektorielt samarbejde (25). Men telemedicin kan ikke stå alene.

Da palliation til borgere med KOL er komplekst og udfordret, viser vores fund, at samtaler også er en vigtig del af indsatsen. For at palliation skal lykkes, peger dette studie på vigtigheden i at skabe tryghed gennem et indgående kendskab til borgers behov, hvor livshistorierne i højere grad medtænkes. Samtidig ses et stort behov for, at hjælpen er tæt på, når behovet opstår.

Styrker og begrænsninger i studiet

Dette studie bygger på fokusgruppeinterviews med erfarne sundhedsprofessionelle med specialiseret viden, der bredt repræsenterer det sundhedsvæsen, hvor borgere med svær KOL og deres pårørende befinder sig. Deltagerne har forskellig anciennitet, men størstedelen har mange års erfaring med borgere med svær KOL og pleje- og behandling heraf. En enkelt sygeplejerske var nyere indenfor palliation men havde erfaring med borgere med svær KOL i eksacerbation.

Deltagernes erfaring med pleje og behandling af og palliation til borgere med svær KOL gav en dyb indsigt i udfordringer og succeser i palliation til borgere med KOL. På trods af adskillige forsøg lykkedes det ikke at rekruttere praktiserende læger, selvom vi gerne ville have haft deres input, da de har nøglefunktion ift. KOL.



Fokusgruppeinterviews med en bred gruppe af professionelle indenfor KOL-palliation peger på vigtige aspekter i den palliative indsats til borgere med svær KOL. Den palliative indsats begynder tidligt og har

fokus på at lindre lidelse og øge livskvalitet og samtidigt adressere den sidste tid og døden. Den gode relation til borgeren og pårørende er fundamentet for at kende og kunne anerkende borgerens livssituation og forståelse af, hvad der er lidelses-

fuldt. Relation og samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle på tværs af afdelinger og sektorer er vigtig for at kunne skabe et nuanceret billede af den enkelte borger med KOL herunder dennes behov og opfattelse af lidelse og livskvalitet.

KOL-forløb er uforudsigelige, og palliation til borgere med KOL må imødekomme de komplekse og varierende behov, der opstår i et liv med KOL. Initiativet FPB/ACP-samtaler ses som et palliativt tiltag, der kan bidrage hertil. Baseret på sundhedsprofessionelles oplevelser, erfaringer og refleksioner fordrer den palliative indsats til borgere med KOL således en tværfaglig og koordineret tilgang, hvor de professionelle samarbejder for at opnå den fornødne indsigt i borgerens livssituation og de særlige vilkår, den enkelte har - herunder de svære situationer, den enkelte oplever i hverdagen. Der er til stadighed en særlig udfordring ift. at skabe tryghed i hjemmet i de svære akutte og kritiske situationer, som kalder på nye initiativer og løsninger. ●

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

Referencer

1. Disler RT, Green A, Luckett T, Newton PJ, Inglis S, Currow DC, m.fl. Experience of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Metasynthesis of Qualitative Research. *J Pain Symptom Manage.* december 2014;48(6):1182-99.
2. Maddocks M, Lovell N, Booth S, Man WDC, Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet.* 2. september 2017;390(10098):988-1002.
3. Blinderman CD, Homel P, Andrew Billings J, Tennstedt S, Portenoy RK. Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Pain Symptom Manage.* juli 2009;38(1):115-23.
4. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Symptom burden in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *Current opinion in pulmonary medicine.* 2012;18(2):97-103.
5. Marså K, Knudsen T, Gundestrup S, Thorsen E, Larsen H, Kirkegaard N, m.fl. Dansk Lungemedicinsk Selskab: Klaringsrapport om palliation til voksne med kronisk fremadskridende non-malign lungesygdom 2015.
6. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats [Internet]. København S: Sundhedsstyrelsen ISBN: 978-87-7104-918-3; 2017. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/-/media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx>
7. Vermilyen J, Szmuiowicz E, Kalhan R. Palliative care in COPD: an unmet area for quality improvement. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* august 2015;1543.
8. Mousing CA, Timm H, Lomborg K, Kirkeveid M. Barriers to palliative care in people with chronic obstructive pulmonary disease in home care: A qualitative study of the perspective of professional caregivers. *J Clin Nurs.* februar 2018;27(3-4):650-60.
9. Mousing C, Timm H, Kirkeveid M, Lomborg K. Receiving home care and communicating about COPD-related concerns and palliative care. *Nordisk sygeplejeforskning;* 2018;8(02):107-21.
10. Schroedl CJ, Yount SE, Szmuiowicz E, Hutchison PJ, Rosenberg SR, Kalhan R. A Qualitative Study of Unmet Healthcare Needs in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Potential Role for Specialist Palliative Care? *Ann Am Thorac Soc.* november 2014;11(9):1433-8.
11. Smorawski GA, Husted MR, Hansen LV, Bjørnshave Noe B. Lyt til borgere med svær KOL og deres pårørende. *Fag&Forskning* 2021(2):24-33.
12. Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder - En grundbog. 3. udgave, 1. oplag; Hans Reizels forlag. København 2020.
13. Hsiu-Fang Hsieh, Sarah E. Shannon. Qualitative Health Research. Three Approaches Qual Content Anal. 2005;15(1277).
14. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* november 2005;15(9):1277-88.
15. Morgan DL. Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. *Qual Health Res.* februar 1993;3(1):112-21.
16. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* april 2008;62(1):107-15.
17. Gergianaki I, Kampouraki M, Williams S, Tsiligianni I. Assessing spirituality: is there a beneficial role in the management of COPD? *Npj Prim Care Respir Med.* december 2019;29(1):23.
18. Marså K. et al. Samtalen om Fælles Planlægning af Behandlingsmål, En dansk manual til sundhedsprofessionelle., Udarbejdet af CAPTAIN (Comprehensive And Prospective Treatment and Individual Nursing) projektet. Nordsjællands Hospital, Dansk Lunge medicinsk Selskabs arbejdsgruppe om palliation, psykologfunktionen på Palliativ medicinsk afdeling P20 Bispebjerg. 2015.
19. Smallwood N, Currow D, Booth S, Spathis A, Irving L, Philip J. Attitudes to specialist palliative care and advance care planning in people with COPD: a multi-national survey of palliative and respiratory medicine specialists. *BMC Palliat Care.* december 2018;17(1):115.
20. Patel K, Janssen DJA, Curtis JR. Advance care planning in COPD: Advance care planning in COPD. *Respirology.* januar 2012;17(1):72-8.
21. Tværsektorielt samarbejde kommer ikke af sig selv | Sygeplejersken, DSR [Internet]. DSR. 2017 [henvist 2. juni 2022]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2017-3/tvaersektorielt-samarbejde-kommer-ikke-af-sig-selv>
22. Lundell S, Tistad M, Rehn B, Wiklund M, Holmner Å, Wadell K. Building COPD care on shaky ground: a mixed methods study from Swedish primary care professional perspective. *BMC Health Serv Res.* december 2017;17(1):467.
23. Programbeskrivelse KOL programmet i Syddanmark [Internet]. Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Region Syddanmark; Tilgængelig hos: <https://faelleskommunalsundhed.dk/wp-content/uploads/2017/08/Programbeskrivelse-v1.0.pdf>
24. Derfor skal du glæde dig til mere velfærdsteknologi og telemedicin [Internet]. Lungeforeningen. 2020 [henvist 2. juni 2022]. Tilgængelig hos: <https://www.lunge.dk/raadgivning/viden-derfor-skal-du-glaede-dig-til-mere-velfaerdsteknologi-og-telemedicin>
25. Telemedicin - Sundhedsdatastyrelsen [Internet]. [henvist 2. juni 2022]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/strategier-og-projekter/telemedicin>

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.



BEN FARID RØJGAARD NIELSEN

Sygeplejerske, cand.cur. Lektor, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser, Det Sundhedsfaglige Fakultet Københavns Professionshøjskole.

bnni@kp.dk



JACOB GRAACK

Cand.mag. Lektor, Pædagogik. Pædagoguddannelsen, Københavns Professionshøjskole.



RIKKE VOERGÅRD-OLESEN

CEO i Normværk. Arbejder med kulturforandringer hos ledelse og personalegrupper via involverende analyser, oplæg, workshops og seminarer.



LOTTE EVRON

Sygeplejerske, cand.mag., ph.d. Lektor, Pædagogik. Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser, Det sundhedsfaglige Fakultet.

Sundhedsvæsenets møde med LGBT+-personer kræver nye initiativer

Det handler ikke om at 'komme ud af skabet', men om at bryde skabet helt ned. Undervisere og klinikere på professionsuddannelserne bør arbejde med at styrke de studerendes viden i forhold til køn, seksuel orientering og mangfoldighed.

RESUME

Forskning viser, at gruppen af LGBT+-personer ikke altid føler, at der er plads til at være autentiske i mødet med sundhedsprofessionelle, og at de ofte bliver mødt som heteroseksuelle. Det medfører en betydelig forøget risiko for både fysisk og psykisk usundhed blandt danske LGBT+-personer.

Regeringen har udarbejdet en særlig handlingsplan for LGBT+ 2022-2025, som skal fremme sundhed og trivsel

gennem bedre sundhedsfaglig hjælp og viden om kønsidentitetsforhold.

LGBT+-personer skal opleve, at sundhedsprofessionelle møder dem med viden om de særlige udfordringer og behov, som eksisterer. Strategien begynder på professionsuddannelserne, hvor undervisere og klinikere kan arbejde med at styrke de studerendes viden i forhold til køn, seksuel orientering og mangfoldighed.

Den nye sundhedsreform præciserer, at ”... vi i Danmark tager ansvar for hinanden gennem et fælles sundhedsvæsen for alle” (1). I artiklen præsenteres konkrete bud på, hvordan sygeplejerskeuddannelsen i endnu højere grad end i dag kan lykkes med at bidrage til at ud-danne kommende sygeplejersker, som kan medvirke til at indfri ambitionen om et fælles sundhedsvæsen for alle.

De blinde vinkler

Sundhedsprofessionelle kan have blinde vinkler i forhold til, hvornår en patient eller borger kan føle sig klemt af patient- eller kønsrollerne (2). Et eksempel er socialt udsatte danskere. Først og fremmest fordi de lever hårde liv, men også fordi de ikke altid bliver taget alvorligt i sundhedsvæsenet (3). Et andet eksempel er patienten med det blødende mavesår, som ikke blev opdaget, fordi de sundhedsprofessionelle kun så fuldskab. Et tredje eksempel er patienten med testikelkræft, som fik fjernet den ene testikel uden at blive smertedækket, fordi de sundhedsprofessionelle mente, at det var han allerede med sin store dosis metadon (3). Et fjerde eksempel er gruppen af LGBT+-personer, som ikke altid føler, at de bliver hørt og set i sundhedsvæsenet. Og det er denne gruppe, vi her vil tage udgangspunkt i.

Sundhed for alle – også for LGBT+-personer

LGBT+ er en engelsk forkortelse for lesbian, gay, bisexual og transgender, som er den internationale fællesbetegnelse for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner. Plusset skal vise, at flere grupper

som f.eks. queer-personer, som forholder sig kritisk til gængse forestillinger om normer for køn og seksualitet, er inkluderet.

I 2019 viste en stor rapport en betydelig forøget risiko for både fysisk og psykisk usundhed blandt danske LGBT+-personer (4). Både international forskning og mindre danske studier har tidligere peget i samme retning (4,5). Samlet set viser rapporten, at LGBT+-personer lever under forhold, der giver betydelige sundhedsmæssige uligheder som dårligere fysisk og mental sundhed og trivsel samt øget risikobetonet livsstil. Derudover har de forskellige LGBT+-grupper en øget risiko for bestemte sygdomme og tidligere død sammenlignet med den generelle befolkningsgruppe. Lesbiske og biseksuelle kvinder har således en forøget forekomst af livmoderhalskræft. Homo- seksuelle og biseksuelle mænd synes at være i væsentlig større risiko for at få diagnosen analkræft, især på grund af HIV-smitte (4,5).

Det er ikke tydeligt, hvorfor der er så stor forskel i ulighed i sundhed mellem LGBT+-personer og den generelle befolkning. Der er store forskelle internt i gruppen af LGBT+-personer, men samtidig er der også tegn på, at uligheden hænger sammen med tre overordnede faktorer (5):

- Livsstilsfaktorer; f.eks. øget tobaksrygning og alkoholindtagelse.
- Mere vold og flere risikosituationer i subkulturer.
- Minoritetsstress og mangelfuld udnyttelse af eksisterende sundhedsydelser.

Særligt gruppen af transpersoner synes at have et markant dårligere selv-vurderet helbred end de øvrige LGBT+-grupper. Sundhedsadfærdsmæssigt adskiller transpersoner sig fra den øvrige befolkning ved (4,5)

- oftere at være undervægtige
- at dyrke mindre motion og have mere stillesiddende fritidsaktiviteter
- oftere at lide af smerter og ubehag
- oftere end de andre grupper og den øvrige befolkning at benytte recept-medicin
- at lide under en negativ selvopfattelse, depression, angst, selvmordstan-ker og selvmordsforsøg
- ikke at føle sig imødekommet i sundhedsvæsenet.

Lider under mistrivsel og ensomhed

LGBT+-personer med anden etnicitet end dansk er særligt udsatte for mistrivsel. Studier viser således, at en tredjedel af minoritetsetniske LGBT+-personer har overvejet selvmord det seneste år (4,5). Ligeledes frygter flere minoritetsetniske LGBT+-personer at blive udsat for vold, hvis de er åbne om deres identitet og/eller seksuelle orientering. Ældre LGBT+-personer synes

ofte at føle sig ensomme, da de sjældnere har børn og generelt har færre tætte familierelationer. Gruppen oplever hyppigt uforståenhed og mangel på respekt i sundheds- og plejesektoren (4,5).

Svært at acceptere og forstå diversitet

Minoritetsstress er en stressbelastning, der opstår som en følge af at leve i et samfund, som har svært ved at anerkende og forstå diversitet (6). Minoritetsstress kan både bunde i direkte oplevelser af diskrimination, hadforbrydelser såvel som oplevelser af at være anderledes og at skulle forsvare sin 'anderledeshed'. Denne forestilling om at blive mødt med fordomme, blive afvist eller direkte diskrimineret imod, hvis man f.eks. åbner op om sin identitet eller seksuelle orientering, kan være en kronisk stressfaktor for LGBT+-personer. Hjemmebesøg og flytning til plejehjem kan også være en stor kilde til stress hos ældre LGBT+-personer (4,5).

Mødes som heteroseksuelle

Udover de særlige sundhedsudfordringer som gruppen af LGBT+-personer har, så viser studier også, at gruppen ofte pr. automatik bliver mødt som heteroseksuelle i sundhedsvæsenet (5). Problemet med dette er, at de aktivt selv må rette sundhedsprofessionelle for at undgå, at deres familieforhold negligeres. Det kan også betyde, at LGBT+-personer bevidst tilbageholder information om seksuel orientering for at undgå negative oplevelser. Det kan føre til u hensigtsmæssige spørgsmål og diagnoser baseret på mangelfulde eller fejlbehæftede oplysninger.

Boks 1. Citat

"På et tidspunkt kom jeg også op til en sygeplejerske, der skulle være med til at undersøge, hvor hurtigt den snurrede deroppe på første sal efter blodproppen. Og så, da jeg læste rapporten eller journalen bagefter ... Der stod til at starte med, patienten møder op i kjole og høje sko, og så kalder han mig konsekvent for han. Så sidder jeg og tænker på, om han skriver det om alle hans patienter" (Interview 3).

Citat fra informant, sygeplejestuderendes bachelorprojekt (7)

LGBT+-personers modvilje mod at være åbne over for sygeplejersken kan også være med til at vedligeholde sygeplejerskens uvidenhed om patientens identitet, hvilket kan betyde manglende afdækning af relevante sundhedsmæssige behov. Hvis ikke alle relevante sundhedsfaglige problemstillinger afdækkes, risikerer patienten at blive fejlbehandlet eller genindlagt, hvilket strider imod ambitionen om markant færre genindlæggelser i den nye sundhedsreform.

Udfordringen for gruppen af LGBT+-personer er, at de i mødet med sundhedsvæsenet oplever fordomme, uvidenhed og berøringsangst omgivet af tabu. Det skaber alvorlige barrierer mellem patienter og sundhedsprofessionelle og medvirker til LGBT+-personers negative repræsentation i sundhedsstatistikkerne.

Diskriminering og umyndiggørelse i sundhedsvæsenet

Flere studier viser således, at transpersoner udsættes for diskrimination og umyndiggørelse i sundhedsvæsenet (4,5). Grundet frygt for diskrimination opsøger nogle transpersoner slet ikke sundhedsvæsenet, og de, der gør, fortæller alt for ofte om en oplevelse af at blive modtaget negativt af sundhedsprofessionelle. Det kan f.eks. handle om, at de sundhedsprofessionelle stiller grænseoverskridende spørgsmål for at få stillet egen nysgerrighed, selv om det ikke er relevant for selve plejen.

I foråret 2022 interviewede to sygeplejestuderende på Københavns Professionshøjskole transpersoner i forbindelse med deres bachelorprojekt. Formålet var at undersøge, hvordan sygeplejersker kan styrke sygeplejen til gruppen af transkønnede personer (6). En af konklusionerne i bachelorprojektet var, at sygeplejerskers sprogbrug og ordvalg er noget, der medvirker til, at transpersoner enten føler sig - eller ikke føler sig - anerkendt i sundhedsvæsenet.

En af informanterne sagde: *"Det er virkelig de små ting, der for nogle af os gør en forskel. For sprogbrug gør bare meget, det gør det."*

Et eksempel på en transperson, som bliver miskønnet ved brug af forkert pronomen, er illustreret i Boks 1. Hvis ikke det står tydeligt i journalen, hvordan patienten ønskes at blive tiltalt, kan der opstå uheldige situationer, der medvirker til, at patienten ikke føler sig anerkendt som den person, denne nu oplever sig som.

Ord er med til at skabe virkeligheden

En viden om tidsaktuelle definitioner kan styrke sygeplejerskers ordvalg, når de f.eks. kommunikerer med gruppen af transpersoner. Det kan medvirke til, at gruppen oplever at blive taget seriøst og respekteret. God sygepleje handler selvfølgelig om mere end ord. Men ord kan være med til at skabe den nødvendige tillid mellem den sundhedsfaglige og den transkønnede person. Det kan medvirke til, at transpersoner føler sig mere velkomne, og det kan gøre det tryggere at dele fakta om deres sygehistorie og stille spørgsmål vedrørende behandling. Kommunikationen kan dermed medvirke til at reducere fejl diagnoser. At finde rundt i alle de forskellige kønsidentiteter kan være uoverskueligt. I Boks 2 er de vigtigste begreber samlet, som sygeplejersker bør kende i mødet med LGBT+-personer.

Samfundsudviklingen sætter initiativer i gang

Samfundsmæssigt har der været et stigende fokus på LGBT+-området. Der er f.eks. blevet vedtaget lovgivning, som beskytter gruppen bedre mod diskrimination og hadforbrydelser, samt lovgivning der giver øgede rettigheder

Boks 2. LGBT+ kønsbegreber – i alfabetisk orden

CISKØNNET

Er en person, som er enig i sit tildelte køn. Begrebet er et modstykke til transkønnet, således at man kan sige 'ciskønnede personer' i stedet for 'personer, som ikke er transkønnede'. Mange steder er det normalt at antage, at en person er ciskønnet, indtil det modsatte er bevist, lidt ligesom at personer bliver antaget heteroseksuelle, indtil det modsatte er bevist. Dette er udtryk for henholdsvis cisnormativitet (forestillingen om, at alle er ciskønnet) og heteronormativitet (forestillingen om, at alle er heteroseksuelle).

INTERKØNNET

Fællesbetegnelse for personer, hvis medfødte kønsanatomi og kromosom-mønstre hverken er entydigt kvindelige eller mandlige, og som derfor ikke passer med den typiske definition af hunkøn og hankøn.

KØNSDYSFORI

Følelsen af ubehag, som optræder, når krop eller CPR-nummer ikke stemmer overens med ens egen kønsforståelse. Der er dog forskellige måder at opleve kønsdysfori på. Følelsen af kønsdysforien kan f.eks. også fremkomme, når sygeplejersker miskønner eller ikke anerkender transpersoners køn. Kønsdysfori er en anerkendt medicinsk tilstand.

KØNSIDENTITET

Betegner det køn, en person identificerer sig med, og som er vedkommendes egen vedholdende indre og individuelle oplevelse af sit køn. Det kan være et andet køn end det, som er tildelt ved fødslen.

MISKØNNE

At miskønne betyder at bruge det forkerte personlige stedord (pronomen) om en person. F.eks. en transkvinde, der omtales som 'han'.

NONBINÆR KØNSFORSTÅELSE

Kønsidentitet betragtes som mere og andet end udelukkende mandligt og kvindeligt. En person kan identificere sig som begge, som hverken-eller, som noget imellem de to eller noget helt fjerde. Flere end en tredjedel af alle transpersoner identificerer sig som nonbinære personer.

TILDELTE KØN

Refererer til det ved fødslen tildelte køn. Dette afgøres på baggrund af barnets genitalier.

TRANSKVINDE

Person med kvindelig kønsidentitet, som ved fødslen blev tildelt mandligt køn. Foretrækker som regel at blive omtalt i hunkøn.

TRANSMAND

Person med mandlig kønsidentitet, som ved fødslen blev tildelt kvindeligt køn. Foretrækker som regel at blive omtalt i hankøn.

TRANSPERSON

Kønsudtryk og/eller kønsidentitet er forskelligt fra det køn, som blev tildelt ved fødslen. Ikke alle transpersoner identificerer sig som mand eller kvinde. At være transkønnet har intet med seksuel orientering at gøre. Transkønnet inkluderer derfor mere end blot to køn. Antallet af transpersoner i Danmark opgøres ikke, men studier estimerer at ca. 0,5-2 pct. af befolkningen er transpersoner.

Kilde: (8)

på familieretsområdet. Derudover har regeringen udarbejdet en særlig handlingsplan for LGBT+ 2022-2025 (9). Regeringen vil fremme lige muligheder uanset seksuel orientering eller kønsidentitet. Handlingsplanen sætter ind på fem områder, hvor et af områderne er at forbedre LGBT+ personers sundhed og trivsel gennem bedre sundhedsfaglig hjælp og viden om kønsidentitetsforhold. LGBT+-personer skal opleve, at velfærdsprofessionelle møder dem med viden om evt. særlige udfordringer eller behov. Uddannelses- og Forskningsministeriet vil således gå i dialog med lederne af professionsuddannelserne på velfærdsområdet om, hvordan undervisere og klinikere kan arbejde med at styrke de studerende viden i forhold til køn, seksuel orientering og mangfoldighed.

Konkrete uddannelsesmæssige initiativer

Ifølge regeringens nye handleplan er velfærdsuddannelserne et godt sted at starte. Hvis uddannelsesstederne vil indfri ambitionen om at uddanne sygeplejersker, som sammen med praksis skaber et sundhedsvæsen for alle, er en af nøglerne at få indskrevet kritisk refleksion over normer som et selvstændigt nationalt mål i studieordningen. I 2014 blev der på pædagoguddannelsen indført et landsdækkende obligatorisk forløb: *Køn, seksualitet og mangfoldighed*. Undervisningen handler bl.a. om at lære kommende pædagoger at undgå at kategorisere børn, unge og voksne på stereotype måder, der begrænser det enkelte individs trivsels- og deltagemuligheder.

Obligatorisk forløb på sygeplejerskeuddannelsen

Inspireret af pædagoguddannelsen foreslås det, at der indføres et landsdækkende obligatorisk forløb *'Køn, seksualitet og mangfoldighed i sygeplejen'* på sygeplejerskeuddannelsen. Forløbet ville kunne medvirke til, at sygeplejerskeuddannelsen får endnu bedre forudsætninger for kritisk at kigge på sig selv som uddannelse. Ofte er den anbefalede litteratur fyldt med konventionelle forestillinger om, hvad

der er normalt. Det kan få en afgørende betydning for de kommende sygeplejerskers selvfølelse og for deres opfattelse af, hvordan de selv eller patienterne skal opføre sig. Et eksempel er, at sygeplejersker oftest omtales med pronomenet 'hun' og patienten med pronomenet 'han'. Det signalerer, at alle sygeplejersker er kvinder, eller i hvert fald at faget primært er et kvindefag. Dette forstærkes desuden af, at titlen sygeplejerske er feminin. Et andet eksempel er de cases, der anvendes på studiet. Oftest anvendes den traditionelle kernefamilie med mor, far og børn som referenceramme. Underviseren kunne her passende udfordre de sygeplejestuderendes forståelse af mangfoldige familieformer og illustrere, hvordan de kan anvende denne forståelse i praksis.

Det betyder ikke, at alle lærebøger skal kasseres, hvis de trækker på stereotype forståelser. Men det er relevant at drøfte med de studerende, hvordan patienter og sygeplejersker f.eks. positioneres i forskellige cases. For teoretiske eller kliniske undervisere for sygeplejestuderende vil et obligatorisk forløb 'Køn, seksualitet og mangfoldighed i sygeplejen' kunne medvirke til, at uddannelsen mere systematisk træner og udfordrer de studerende til at reflektere over, hvorfor de selv, patienten, pårørende eller sygeplejersken, agerede som de nu gjorde i en given situation.

Fordomme skal nedbrydes gennem viden og uddannelse

Ville de studerende f.eks. agere forskelligt afhængigt af, om de oplever patienten som kvinde eller mand? Nysgerrighed og refleksion baner vejen for en kritisk bevidsthed om egne handlinger og holdninger og udgør det vigtigste første skridt på vejen mod et sundhedsvæsen for alle. Fordomme skal nedbrydes gennem viden og uddannelse. Undervisning i begreber som social kategorisering, positionering, repræsentation, definitionsmagt, tolerance og respekt kan f.eks. sætte patientrollen i nye perspektiver.

Normer kan alt for ofte komme til at sætte regler for, hvordan man f.eks. forventes at opføre sig som patient eller ser ud, uden at blive stigmatiseret. I høj grad

Boks 3. Fem begreber i undervisningsforløb om køn, seksualitet og mangfoldighed

BEGREB 1. Social kategorisering i sundhedsvæsn

Dækker over den sociale proces, hvor et udsnit af befolkningen grupperes på baggrund af ét enkelt fællestræk. Når sygeplejersker møder en patient, så vil patientens køn, seksualitet, familiebaggrund, bopæl, socioøkonomiske baggrund og eventuelle mentale eller fysiske funktionsnedsættelser med videre spille sammen i opfattelsen af vedkommende. Patienten må aldrig reduceres til én social kategori som enten 'mand' eller 'ældre' eller 'handicappet', da sygeplejersken i så fald risikerer at overse vigtig information, der kan have betydning for vedkommendes samlede sundhedsbillede.

BEGREB 2. Positionering i sundhedsvæsn

Handler om at få og tage plads i sociale strukturer uden nødvendigvis at være bevidst om det. Vi positionerer os alle hele tiden i relation til andre. Et eksempel på en alderspositionering kan være, at ældre personer i cases altid har dårlige digitale sundhedskompetencer. De fortællinger, sygeplejersker videregiver, er også med til at afgøre, hvilke positioner den patient, de har over for sig, kan indtage. Og minoriteter efterlades ofte med meget få positioneringsmuligheder, fordi de stereotype fortællinger om dem og deres liv er så stærke. Det risikerer at forhindre sygeplejersken i at se det individ, der er bag fortællingen.

BEGREB 3. Repræsentation i sundhedsvæsn

Sygeplejersker har en særlig forpligtelse til at repræsentere den mangfoldighed, som samfundet består af. Sygeplejersken kan have sin egen private holdning til forskellige typer af minoriteter, men i sit professionelle arbejde er det nødvendigt at kunne udvise respekt over for alle. Akutmodtagelsen og den medicinske afdeling skal således ikke bare afspejle lokalområdets og majoritetens kultur og normer – men skal gerne kunne være et vindue ud til verden og kunne vise en mangfoldig repræsentation i f.eks. informationsmaterialer.

BEGREB 4. Definitions magt i sundhedsvæsn

Definitions magten baserer sig bl.a. på de privilegier, der knytter sig til at tilhøre forskellige typer sociale majoritetskategorier. Hver gang en sygeplejerske siger "Man plejer jo at ...", så anvender vedkommende sin magt til at definere en sandhed over for patienten.

BEGREB 5. Respekt i sundhedsvæsn

En af de mere komplekse dele af normkritikken handler om et opgør med 'tolerancepædagogik' (11). Sociologen Zygmunt Baumann hævdede, at idet vi tolererer nogen, så bliver det svært at respektere dem. Det hænger sammen med, at respekt baserer sig på ligeværd mellem mennesker, mens tolerance baserer sig på et ulige magtforhold. Dette kan opstå, når sygeplejersker taler om at skulle tolerere en bestemt minoritet. 'Han er homoseksuel, og det skal han jo have lov til'. Lige så snart vi oplever at have ret til at give andre 'lov til' at føle, bo eller elske, som de gør, så placerer vi os selv i det, der kan kaldes en overmægtig position. Der ligger således en stor magt i at udpege det, der kan og ikke kan tolereres. Her positionerer majoriteten sig (ofte ubevidst) som repræsentanter for det normale, mens minoriteten positioneres som repræsentanter for det afvigende. Det risikerer at lade patienter stå tilbage med en uberettiget følelse af at være forkerte, netop fordi der skal 'bæres over med dem'.



handler det om synlighed: De patienter eller borgere, som følger normerne, skiller sig ikke ud og får ikke sat spørgsmålstegn ved deres eksistens eller levevis. Omvendt betyder det, at normbrydere bliver ekstra tydelige, når de pludselig skiller sig ud, og derfor risikerer de at blive mødt med undren og afvisning. For over 10 år siden viste Mari Holen i sin forskning, at ikke alle patienter har mulighed for at agere, som normerne tilskriver, og selvstændigt tager ansvar for egen sundhed og er aktive i deres patientforløb. Det rejser en diskussion af, om hospitalsvæsenet inddrager patienterne, og om det er med til at skabe lighed (10).

Planlægning af uddannelsesforløb og normkritisk praksis

Indholdet af et fremtidigt forløb 'Køn, seksualitet og mangfoldighed i sygeplejen' kan tilrettelægges på flere måder. Patienter, borgere, pårørende, forældrer, sygeplejersker og studerende vil kunne kvalificere tilrettelæggelsen af et uddannelsesforløb. Målet er en normkritisk praksis, som gør op med vores samfunds forventninger til, hvad der er 'almindeligt'. Det handler ikke om at komme ud af skabet, men om at bryde skabet helt ned; at gøre op med forventningerne til, f.eks. hvordan man er mand eller kvinde, er i et forhold og antagelsen af køn som binært.

I Boks 3 er der illustreret fem begreber, som et obligatorisk forløb kunne bygges op omkring. Andre begreber i modulet kunne være modighed i de kliniske beslutninger og klinisk lederskab, intensiv træning i kognitiv bias, patientinvolvering og narrative metoder. ●

Hvad tænker du om et kommende modul på sygeplejerskeuddannelsen med fokus på kritisk refleksion over begrænsende normalitetsforståelser?

●

Skaber du rum og situationer, hvor du sammen med kollegaer eller studerende kan undersøge normer og holdninger? Og i så fald hvordan?

●

Hvordan håndterer I uenighed omkring forskellige normer på din arbejdsplads?

Referencer

1. Sundhedsmysteriet. Sundhedsreformen. Gør Danmark sundere; 2022 2. Pudifoot, P. Stereotyping Patients. *Social Philosophy*. Vol 50 (1): 69-90 3. Ludvigsen, MB. Socialt udsatte rammes af sundhedspersonalets fordomme. DSR. Politik og nyheder. 14.06.2019 4. Friesh, M. et al. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-1018. 5. Egede S, Fouchard J, Frisch M et al. Danske LGBT-personers møde med almen praksis - udfordringer og muligheder. 2019. 6. LGBT+Danmark. *Lgbtsundhed*. dk. <https://lgbtsundhed.dk/minoritetsstress> Søgt 12. september 2022 7. Christensen, MF., Bjørk, E. Transpersoner oplever af mødet med sundhedsvæsenet. BA-speciale. Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser. Det Sundhedsfaglige Fakultet. Københavns professionshøjskole. 2022. 8. Amnesty.dk Amnesty-ordbog #Transrettighedenu. Søgt 12. september, 2022. <https://amnesty.dk/wp-content/uploads/media/2210/trordbog-til-hjemmeside.pdf> 9. Regeringen. Plads til forskellighed i fællesskabet. LGBT+ handlingsplan 2022-2025. <https://www.trm.dk/media/coxf3lbu/plads-til-forskellighed-i-faellesskabet-lgbtplus-handlingsplan-2022-2025.pdf> Søgt 12. september 2022 10. Holen M. 2012. Medinddragelse- en god ide. *Sygeplejersken 2012*: (7):98-9. 11. Gundersen M, Roien LA. Normkritisk seksualundervisning. I: Roien LA, Simovska V, Graugaard C (red.) *Seksualitet, skole og samfund*. Kbh. Hans Reitzels Forlag. 2018.

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.



JEANNE AVLASTENOK

Sygeplejerske 1995, MKS 2019. Klinisk sygeplejespecialist i Afdelingen for urinvejssygdomme, klinik 1, Herlev Hospital.

jeanne.avlastenok@regionh.dk



KIRSTEN RUD

Sygeplejerske 1978, SD, DLS, Ledelse med et systematisk og narrativt perspektiv (DISPUK). Chefsygeplejerske, Afdelingen for urinvejssygdomme Herlev Gentofte Hospital.

Digital platform forbedrer medinddragelse og viden

Animationsfilm og webbaseret informationsmateriale er tilpasset patienter for udredning og behandling af prostatakræft.

En grundlæggende del af det accelererede operationsforløb er medinddragelse af patienten, hvor information og kommunikation er vigtige parametre (1). Traditionelt er informationen skriftlig med mundtlig understøttelse, men litteraturen viser, at informationen ikke altid er brugbar for patienterne på baggrund af forskellige faktorer som læsefærdighed, forståelighed (Health Literacy) og situationen, som informationen gives i (2).

Informationsmaterialet på afdeling for urinvejssygdomme er målrettet patienter med begrundet klinisk mistanke om kræft i prostata, som får tilbudt ambulante biopsi for at be- eller afkræfte diagnosen. Hvis det bekræftes at dreje sig om lokaliseret kræft i prostata, kan en behandlingsmulighed være prostatektomi med en forventet indlæggelsestid på 1-2 postoperative døgn. Patienten udskrives med blærekateter, der skal ligge i 7-10 dage, og som efterfølgende seponeres ved et ambulant besøg.

RESUME

Information i forbindelse med accelererede operationsforløb er et vigtigt parameter, hvis patienterne skal medinddrages og kunne træffe valg om undersøgelser og behandling.

En undersøgelse foretaget i afdelingen for urinvejssygdomme på Herlev Hospital viste, at patienter, som skulle have foretaget prostatektomi, oplevede, at mængden af udleveret skriftlig information var overvældende. Og patienterne savnede indhold om håndtering af kateter efter udskrivelse. Desuden kunne den mundtlige information være svær at kapere og huske.

Et studie vedrørende implementering af den webbaserede digitale platform 'Mit forløb' viser, at patienter, som skal gennemgå et accelereret forløb for udredning og kirurgisk behandling af prostatakraft, opnår større viden ved at anvende den digitale platform.

Patienterne oplever større medinddragelse i eget forløb og er bedre forberedt på forestående undersøgelser og operation. Den tidligere usikkerhed i forhold til at skulle udskrives med et kateter efter operation er blevet elimineret.

Overvældende mængde af skriftligt materiale

En undersøgelse foretaget i ambulatoriet i afdelingen for urinvejssygdomme på Herlev Hospital understøtter ovenstående resultater. Her oplevede patienter, som undergik en prostatektomi, at mængden af udleveret skriftlig information var overvældende. Patienterne savnede især indhold om håndtering af kateter efter udskrivelse. Derudover var den mundtlige information for nogen svær at kapere og huske. På den baggrund blev en ny webbaseret digital platform valgt som informationskanal til brug for patienter i forløb for udredning og behandling af prostatakraft.

Animationsfilm danner samlet videns- og informationspakke

I samarbejde med firmaet *Visikon* blev der udviklet animationsfilm, som danner en samlet videns- og informationspakke til patienter og pårørende i en webbaseret digital platform kaldet 'Mit forløb' (3). Afdelingen har fået udarbejdet to forløb. Et til patienter, som skal have foretaget biopsi af prostata, og et til patienter, som skal have foretaget prostatektomi.

'Mit forløb' indeholder små animationsfilm omkring det forløb, som den enkelte patient skal igennem. Filmene er delt op i det præ-, per- og postoperative forløb. Animationsfilmene er små korte film, der kan ses enkeltvis og i den rækkefølge, patienten ønsker. 'Mit forløb' kan sættes op til at komme med notifikationer til patienten om f.eks. indtag af antibiotika, faste og lignende. Patienten har også mulighed for selv at tilføje egne noter.

Ud over de animerede tegnefilm indeholder 'Mit forløb' afdelingens tilhørende skriftlige vejledninger, en symptomguide med handleanvisninger samt ofte stillede spørgsmål. 'Mit forløb' kan tilgås via computer eller en app. Adgangen til 'Mit forløb' gives via en personlig kode, som kan deles med pårørende og kan anvendes i et år.

Patienterne inddraget gennem spørgeskema

Til at undersøge, om patienterne opnåede øget viden ved anvendelse af webbaseret informationskanal, blev patienterne inddraget ved spørgeskemaundersøgelse før og efter implementeringen af den digitale platform 'Mit forløb'. De udviklede og validerede spørgeskemaer til at belyse patientperspektivet hos patienter, som behandles i det accelererede operationsforløb, blev anvendt (4). Spørgeskemaerne til prostatektomi blev tilpasset med fokus på information og læring. Undersøgelsen omfattede tre spørgeskemaer, der belyste før og efter implementering af den digitale platform med animationsfilm som støtte til dialog mellem sundhedspersonen og patienten, der skulle have fortaget biopsi af prostata, prostatektomi og tiden hjemme med kateter. Patienterne blev informeret mundtligt og skriftligt om spørgeskemaundersøgelsen og gav samtykke til, at oplysningerne udfyldt i spørgeskema måtte anvendes.

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført på Herlev Hospital, afdeling for urinvejssygdomme i perioden 2018-2019. Patienterne, som blev inkluderet til undersøgelsen, skulle kunne forstå og læse dansk samt have adgang til pc, tablet eller smartphone. Spørgeskemaerne blev inkluderet, selv om ikke alle spørgsmål i skemaet var besvaret.

Tre målrettede spørgeskemaer

Første spørgeskema var til patienter, som skulle have foretaget biopsi. Det var en forudsætning, at der var begrundet mistanke om prostatakraft, og at patienten ikke tidligere havde fået taget biopsi af prostata. Deltagerne blev konsekutivt inkluderet før implementering af 'Mit forløb' i perioden fra juli 2018 til september 2018 og efter implementeringen fra november 2018 til januar 2019. Der blev uddelt 132 spørgeskemaer før og 91 efter implementering.

Anden spørgeskemaundersøgelse omfattede patienter, som havde fået diagnosticeret prostatakraft og skulle have foretaget prostatektomi. Patienterne blev konsekutivt inkluderet før implementering fra juli 2018 til september 2018. Inkludering efter implementering blev gennemført fra januar 2019 til juni 2019. Der blev uddelt 36 spørgeskemaer før og 58 spørgeskemaer efter implementering af 'Mit forløb'.

Tredje spørgeskema var til patienter, som efter prostatektomi blev udskrevet med kateter. Deltagerne blev konsekutivt inkluderet før implementering af 'Mit forløb' fra juli 2018 til september 2018 og efter implementeringen fra januar 2019 til juni 2019. Før implementeringen af 'Mit forløb' blev der uddelt 36 spørgeskemaer og efter 54 spørgeskemaer.

De fleste spørgsmål kunne besvares med ja eller nej. Enkelte spørgsmål havde flere svarmuligheder, og bekymringer blev målt på Numerisk Rangskala (NRS) fra 0-50, hvor 0 var ingen bekymringer og 50 var mange. Resultaterne blev opgjort samlet ved deskriptiv statistik.

Resultater

Usikkerhed elimineret

Spørgeskema 1 fra patienter, som fik foretaget biopsi, viste, at de var bedre informeret, efter at 'Mit forløb' blev en del af viden- og informationspakken til patienter og pårørende. Usikkerheden om, hvad der skulle ske, blev ved anvendelse af 'Mit forløb' helt elimineret. Patienterne foretrak den personlige og mundtlige samtale med en sundhedsprofessionel, men 'Mit forløb' var et bedre supplement til den mundtlige dialog end det skriftlige materiale. Samtidig følte patienterne sig bedre inddraget i beslutningerne om deres forløb, efter de havde anvendt 'Mit forløb'. Generelt var patienterne meget bekymrede, uanset måden de blev informeret på.

Resultaterne viste, at 84-85 pct. af mændene delte informationerne med deres pårørende, uanset hvilken informationsmåde, der blev anvendt. En gruppe på 14-15 pct. af de pårørende fik ikke kendskab til patientens undersøgelse, se Tabel 1.

Bedret informeret og mere bekymret

Spørgeskema 2 fra patienter med prostatakræft, som skulle have foretaget prostatektomi, viste, at de stadig prioriterer den personlige mundtlige samtale med en sundhedsprofessionel, men at 'Mit forløb' også her var et bedre supplement til den mundtlige dialog end det skriftlige materiale.

Patienterne følte sig bedre informeret om deres forestående operation, men

samtidig også mere bekymrede. Patienternes mulighed for at tale med en sundhedsperson om den forestående operation var høj. Patienterne følte sig mere medinddraget i beslutningen om operation, 96 pct. mod 83 pct. inden implementering af 'Mit forløb'.

95-97 pct. af mændene delte informationen med deres pårørende, uanset hvilken form for informationskilde, der blev anvendt. 3-5 pct. af de pårørende blev ikke inddraget, og fik ikke information om den forestående operation, se Tabel 2.

Højere grad af forståelse

Spørgeskema 3 fra patienter, som havde fået foretaget prostatektomi og blev udskrevet med kateter, viste, at alle patienter havde forstået, hvorfor de fik

Tabel 1. Første spørgeskema til patienter, som skal have foretaget biopsi fra prostata.

1. Spørgeskema til prostatabiopsi	Før implementering af 'Mit forløb'	Efter implementering af 'Mit forløb'
	N=131	N=89
A. Hvordan føler du dig informeret om det, der skal ske i dag		
Jeg er godt informeret	71 pct.	84 pct.
Jeg er nogenlunde informeret	24 pct.	15 pct.
Jeg er usikker på, hvad der skal ske i dag	5 pct.	0 pct.
B. Hvordan foretrækker du at få information? (sæt gerne flere kryds)		
	N=132	N=91
Samtale med læge/sundhedsperson	94 pct.	94 pct.
Skriftlige vejledninger	58 pct.	29 pct.
Hjemmeside	4 pct.	7 pct.
'Mit forløb'	-	70 pct.
Andet	3 pct.	5 pct.
C. Føler du dig inddraget i beslutningerne om dit forløb og det, der skal ske?		
	N=129	N=90
Ja	68 pct.	76 pct.
Nej	10 pct.	7 pct.
Delvist	22 pct.	18 pct.
D. Hvor bekymret er du for at få foretaget vævsprøverne?		
	N=131	N=89
Gengivet på en NRS: 0 (ikke)/50 (meget)	Gs 48	Gs 45
E. Har du haft mulighed for at tale med sundhedspersonalet om spørgsmål og/eller bekymringer?		
	N=130	N=90
Ja	55 pct.	59 pct.
Nej	35 pct.	30 pct.
Ved ikke	10 pct.	11 pct.
F. Har du delt information om undersøgelsen med pårørende?		
	N=132	N=91
Ja	86 pct.	85 pct.
Nej	14 pct.	15 pct.

anlagt et midlertidigt kateter, og flere havde forstået, hvordan blærekatetret sad fast. Der var ikke længere nogen patienter, som var i tvivl om, hvornår de skulle kontakte hospitalet. Alle patienter havde haft mulighed for at tale med sundhedsprofessionelle om spørgsmål og/eller bekymringer. Patienterne havde i et større omfang delt den webbaserede information med de pårørende end den skriftlige, se tabel 3 side 60.

Anvendelig metode

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at belyse, om webbaseret information i form af animationsfilm kunne være medvirkende til øget viden hos patienter, som har fået foretaget biopsi fra prostata, prostatektomi og håndtering af blærekateter hjemme efter operation. Spørgsmålene belyste de problemstillinger, som både sygeplejersker og læger fandt relevante.

Tabel 2. Andet spørgeskema til patienter, som skal have foretaget Radikal prostatektomi.

2. Spørgeskema til operation for radikal prostatektomi	Før implementering af 'Mit forløb'	Efter implementering af 'Mit forløb'
	N=36	N=58
A. Hvordan føler du dig informeret om det, der skal ske i dag		
Jeg er godt informeret	88 pct.	94 pct.
Jeg er nogenlunde informeret	11 pct.	7 pct.
Jeg er usikker på, hvad der skal ske i dag	0 pct.	0 pct.
B. Hvordan foretrækker du at få information? (sæt gerne flere kryds)		
	N=36	N=56
Samtale med læge/sundhedsperson	97 pct.	98 pct.
Skriftlige vejledninger	83 pct.	61 pct.
Hjemmeside	6 pct.	7 pct.
'Mit forløb'	-	70 pct.
Andet	6 pct.	9 pct.
C. Føler du dig inddraget i beslutningerne om dit forløb og det, der skal ske?		
	N=36	N=55
Ja	83 pct.	96 pct.
Nej	6 pct.	2 pct.
Delvist	11 pct.	2 pct.
D. Hvor bekymret er du for at få foretaget vævsprøverne?		
	N=36	N=57
Gengivet på en NRS: 0 (ikke)/50 (meget)	Gs 38	Gs 48
E. Har du haft mulighed for at tale med sundhedspersonalet om spørgsmål og/eller bekymringer?		
	N=35	N=56
Ja	94 pct.	98 pct.
Nej	6 pct.	2 pct.
F. Har du delt information om undersøgelsen med pårørende?		
	N=36	N=56
Ja	97 pct.	95 pct.
Nej	3 pct.	5 pct.

Den anvendte metode (5) var også anvendelig til at belyse patientperspektivet ved implementering af webbaseret information. Generelt var der flest patienter, som fik udleveret og besvarede spørgeskema 1 om biopsi, hvilket skyldes, at der laves langt flere af disse undersøgelser i forhold til operation. Samtidig foretages biopsi af prostata i ambulatoriet og håndteres af få personer.

Spørgeskema 2 og 3 blev udleveret i sengeafdelingen, hvor flere forskellige personer var ansvarlige. Der blev inkluderet flere til at besvare spørgeskema efter implementering af 'Mit forløb', hvilket skyldtes, at inklusionstiden efter implementeringen af 'Mit forløb' var 3 måneder længere end perioden før implementering.

Digital platform foretrukket

Målet med undersøgelsen var, at patienten i højere grad skulle opnå større viden og læring ved anvendelse af 'Mit forløb'. Patienterne foretrak den digitale platform 'Mit forløb' frem for det skriftlige materiale alene. Patienterne opnåede større viden og var derved bedre rustet til at indgå i dialog med sundhedsprofessionelle. Den øgede bekymring, som nogle patienter gav udtryk for i spørgeskemaerne, kan være begrundet i mere viden og derved større erkendelse af deres situation og forestående kræftoperation. Det handler nok i højere grad om selve operationens karakter, end om hvordan mændene er informeret.

Internationale studier (6,7) viser, at webbaseret information kan nedsætte angstniveauet hos operationspatienten og derved øge evnen til læring, som har betydning for patientens mulighed for medinddragelse og oplevelse af tilfredshed.

Bekymringsgraden ændrede sig heller ikke signifikant efter implementering af 'Mit forløb' ved biopsi af prostata. Fundet kan ifølge et kvalitativt studie begrundes i, at mænd ofte finder den rektale undersøgelse problematisk, idet mænds grænser for interpersonel intimitet overtrædes, og at det kan forbindes med homoseksualitet (8).

Pårørende spiller en vigtig rolle

En gruppe pårørende blev ikke inddraget af patienten i de forestående undersøgelser. Biopsi af prostata er tidligt i et forløb for

Table 3. Tredje spørgeskema til patienter, som udskrives med blærekateter efter operation for radikal prostatektomi.

3. Spørgeskema til patienter, som udskrives med blærekateter efter radikal prostatektomi	Før implementering af 'Mit forløb'	Efter implementering af 'Mit forløb'
	N=36	N=54
A. Hvorfor har du fået lagt midlertidigt blærekateter?		
For at sikre, at syningen mellem urinrør og blære heler stabilt	97 pct.	100 pct.
For at undgå blærebetændelse	0 pct.	0 pct.
Ved ikke	3 pct.	0 pct.
B. Hvordan sidder blærekatetret fast?		
Ved plastret på låret	35 pct.	19 pct.
Ved hjælp af en ballon med saltvand i blæren	55 pct.	76 pct.
Ved ikke	9 pct.	4 pct.
C. Hvornår skal du kontakte hospitalet? (Sæt gerne flere kryds)		
Hvis urinen har en let rødlig farve	6 pct.	4 pct.
Hvis der er tiltagende blod i urinen	78 pct.	87 pct.
Hvis funktionen af blærekat ophører	94 pct.	93 pct.
Ved ikke	3 pct.	0 pct.
D. Hvor længe efter blærekatetret er fjernet, er det normalt med øget vandladning og hyppigt toiletbesøg?		
	N=36	N=52
1-2 uger	11 pct.	15 pct.
3-4 uger	44 pct.	27 pct.
Flere måneder	17 pct.	37 pct.
Ved ikke	28 pct.	21 pct.
E. Har du haft mulighed for at tale med sundhedspersonalet om spørgsmål og/eller bekymringer?		
	N=36	N=53
Ja	97 pct.	100 pct.
Nej	-	-
Ved ikke	3 pct.	-
F. Har det været ro og privathed omkring dine samtaler med sundhedspersonalet?		
	N=34	N=52
Ja	85 pct.	98 pct.
Nej	9 pct.	2 pct.
Ved ikke	6 pct.	-
G. Har sundhedspersonalet vist interesse for, hvordan du ønskede at dine pårørende skulle indgå i behandlingsforløbet?		
	N=34	N=53
Ja	76 pct.	85 pct.
Nej	6 pct.	8 pct.
Ved ikke	18 pct.	7 pct.
H. Har du fået information om dit behandlingsforløb efter udskrivelsen?		
	N=35	N=53
Ja	97 pct.	96 pct.
Nej	3 pct.	4 pct.

udredning for kræft, og nogle mænd vil formentlig gerne afvente involvering af deres pårørende, til de ved noget mere faktuel.

Ved prostatabiopsierne var der 14-15 pct. af patienterne, som ikke havde inddraget deres pårørende, hvorimod det kun var 3-5 pct. af de pårørende, som ikke blev inddraget ved operation.

Den marginalt større (10 pct.) inddragelse af pårørende kunne være et udtryk for patienternes afklaring af diagnose. Pårørende spiller en vigtig rolle som ledsager, støtte og ressourceperson for patienten i et sygdomsforløb. Det ville derfor være interessant at undersøge, på hvilken måde de pårørende ville foretrække at få informationerne, samt om de pårørende bedre ville kunne støtte deres mænd under behandlingsforløbet ved 'Mit forløb' end ved den traditionelle form med mundtlig og skriftlig information.

Altafgørende, at patienter forstår sundhedsinformationen

En af sundhedsvæsenets globale udfordringer i dag er Health Literacy (HL) defineret som 'individens evne til at tilegne sig og anvende sundhedsrelateret information'. Et lavt HL-niveau er associeret med et ringere resultat af behandling med deraf følgende ekstraomkostninger for samfundet og dårligere livskvalitet for borgeren.

I den vestlige verden estimeres det, at ca. 25 pct. af befolkningerne har et lavt HL-niveau, hvilket i Danmark svarer til omkring 1 mio. voksne mennesker (9,10). Sundhedsrelateret information er samtidig ofte kompleks eller ligefrem abstrakt, når det handler om med ord at formidle konkrete praktiske forhold, beskrive usynlige tilstande eller anatomi, hvad enten det er på skrift eller i tale (2).

Det kan forklare, hvorfor patienterne i studiet prioriterede og foretrak den mundtlige samtale med sundhedsprofessionelle i kombination med animationsfilm. Det er altafgørende, at patienter forstår sundhedsinformation for at kunne opnå den bedst mulige behandling. Ved at kommunikere på en måde, som sikrer, at sundhedsinformation kan forstås på tværs af sundhedskompetencer, øges muligheden for at opnå viden om forestående forløb hos patienten.



Øget viden/uddannelse af patienten fremmer muligheden for sparring mellem patient og sundhedspersonale. Patienten oplever på den baggrund større medinddragelse og tilfredshed gennem deres forløb.

Patienterne, som havde anvendt 'Mit forløb', gav netop udtryk for større mulighed for at tale med personalet om den forestående operation. En anden årsag til dette kan skyldes, at personalet sparer tid på standardinformation, hvilket giver mere tid til at fokusere på patienternes individuelle behov. Den digitale platform 'Mit forløb' giver samtidig den enkelte patient mulighed for at få gentaget informationen eller dele af information ud fra et individuelt behov og ud fra, hvor i forløbet patienten er.

Øget viden styrker egenomsorgen

Formålet med undersøgelsen var at afklare, om ibrugtagning af webbaseret information som 'Mit forløb' i forbindelse med et accelereret udrednings- og operationsforløb for prostatakræft kan sikre, at patienterne får større medinddragelse og bedre vilkår for viden og læring. Undersøgelsen viste, at patienterne foretrak mundtlig information af sundhedsprofessionelle i kombination med animationsfilm som middel til viden, læring og medinddragelse af patienter og sekundært pårørende.

Med ibrugtagning af webbaseret informationsmateriale fremfor tidligere udleveret skriftligt materiale formåede afdelingen at øge patienternes viden og oplevelse af medinddragelse i deres forløb.

Medinddragelse i accelererede operationsforløb kræver som tidligere beskrevet, at patienterne forstår den information, de modtager. Ved at anvende 'Mit forløb' er der mulighed for at informere patienterne på flere måder ved at inddrage både billede, lyd og tekst, hvilket medfører mulighed for mange læringstilgange, og dermed gør informationen lettere at forstå. Den øgede viden styrker patienternes niveau af egenomsorg og sygdomshåndtering.

Implementering af 'Mit forløb' har skabt konsensus om procedurer og om, hvilken information der gives til patienterne i de enkelte forløb. 'Mit forløb' har skabt et fælles sprog på tværs af faggrupper og mellem sundhedspersonale og patienterne. Et fælles sprog og konsensus om information til patienterne på tværs af faggrupper er med til at øge tryk og tillid hos patienterne, idet informationen bliver ens, uanset hvor i forløbet patienten er, om det er i ambulant regi eller som indlagt på sengeafdelingen. Som en patient skrev: "Mit forløb er fantastisk - føler mig godt forberedt på hele forløbet = tryk." ●

Referencer

1. Kehlet H, Dahl J. Anesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003;362:1921-8.
2. Trykifonden, Dansk selskab for patientsikkerhed. Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet. En kvalitativ analyse blandt patienter, pårørende og sygeplejersker (2014) https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/kvalitativ_rapport_patients_oplevede_barrierer_i_kommunikationen_med_personalet.pdf (11.12.2018)
3. Visikon Mit forløb (2018): <http://www.visikon.com/#omvisikon> (11.12.2018)
4. Brodersen J. Development of adequate, relevant, and valid questionnaires for medical science. *Metodologiske indblik og udsyn. Festskrift til Benny Karpatschhof*. 2008:241-51 www.forskningsmetode.dk/forlag/metode_festskrift.pdf
5. Rud K, Egerod I, Brodersen J. Patientoplevelser af accelererede brystkræftoperationer belyst ved spørgeskemaundersøgelse. *Klinisk sygepleje* 2014;(4):46-62.
6. Bastrup Jørgensen L, Ramer Mikkelsen L, Bjørnshave Noe B et al. The psychosocial effect of web-based information in fast track surgery *Health informatics journal* 2017; Vol. 23(4):304-18
7. Tou S, Tou W, Mah D et al. Effect of preoperative 2-dimensinal animation information on pre-operative anxiety and knowledge retention in patients undergoing bowel surgery; a randomized pilot study. *Colorectal Disease* 2013;(15):256-65.
8. Kelly D. 2009. *Changed Men: The Embodied Impact of Prostate Cancer. Qualitative Health Research* 2009;(19):151-63.
9. Horsbøl A, Sørensen M. *Sundhedskommunikation på sygehuset. Aalborg Universitetsforlag, 2010;1 udgave, 1 oplag, s 17.*
10. Rosdahl A, Friberg T, Jakobsen V et al. *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark - sammenfatning af resultater fra PIAAC. KBH: Det Nationale forskningscenter for velfærd. 2013. https://www.vive.dk/media/pure/4929/275530* (11.12.2018)

Hvordan sikrer I medinddragelse af patienter, som skal igennem accelererede operationsforløb?

Diskutér, om digitalisering af information kunne være brugbart i jeres praksis?

Hvilke hindringer/barrierer ser I ved brug af webbaseret information? (sundhedsfagligt og patientmæssigt perspektiv)

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.



LEA LADEGAARD GRØNKJÆR

Sygeplejerske 2006 fra Ribe Amts Sygeplejeskole, cand.cur. 2008, ph.d. i 2016 fra Aarhus Universitet. Forskningssygeplejerske og lektor ved Medicinsk Mave- og Tarm Ambulatorium, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, Odense.

lea.ladegaard.gronkjaer@rsyd.dk

Tak til specialkonsulent ved Syddansk Universitets Universitetspædagogik Torben Jensen, som har været vejleder på udviklingsprojektet, samt lektor ved UC Syd Tine Hedegaard Bruun og speciallæge og klinisk lektor Mette Munk Lauridsen, der har fungeret som vejleder og intern mentor i forbindelse med deltagelse i universitetspædagogikum'et.

Der er efterspørgsel på viden om sundheds-pædagogik

Sundhedspædagogik kan være nøglen til at hjælpe patienter med at mestre deres sygdom og livssituation.

Regionsrådet i Region Syddanmark har valgt at sende alle sundhedsprofessionelle med patientkontakt på kommunikationskurset 'Den gode samtale', der tager udgangspunkt i Calgary-Cambridge-modellen, se Figur 1 side 64. Formålet med kurset er at forbedre kommunikationen mellem patient og sundhedsprofessionelle for at højne patienttilfredsheden og mindske antallet af patientklager (1).

Sundhedsprofessionelles formidling af viden til patienterne er en essentiel del af behandlingen og plejen i den kliniske praksis og kan bl.a. omfatte information om sygdom og behandling, vejledning i medicingivning, råd om alkohol, kost, motion og rygning samt forebyggelse af komplikationer og sundhedsfremmende tiltag eller mere formel patientuddannelse, se Boks 1.

RESUME

Sundhedsprofessionelle skal inddrage patienterne i at opnå viden, færdigheder og kompetencer til at handle i relation til sundhed og sygdom, men også fordi patienterne har ret til kvalificeret information og medbestemmelse.

En spørgeskemaundersøgelse på en medicinsk afdeling belyser de pædagogiske overvejelser, sundhedspersonalet gør sig i forbindelse med formidling af viden til patienterne. Resultaterne viser, at sundhedspersonalet møder patienterne med en dialogbaseret og respektfuld tilgang, men at formidlingen ikke altid tager afsæt i patientens situation,

behov og ønsker. Ligesom sundhedspersonalet ikke altid får vurderet, om patienterne har forstået den formidlede viden. Sundhedspersonalet angav i undersøgelsen, at patientens egne deltager- og læringsforudsætninger havde størst betydning for at forstå den formidlede viden og opnå handleevner. Over halvdelen af de adspurgte sundhedspersonaler ønskede at styrke deres pædagogiske kompetencer.

Resultaterne peger på, at der er behov for at fokusere på de pædagogiske dele af de sundhedsprofessionelles arbejde.

Formidlingen har til formål at øge patienternes viden og give dem færdigheder og kompetencer til at handle i relation til deres sundhed og sygdom, se Boks 2 side 65 (2). Der er imidlertid identificeret flere barrierer såsom manglende relationsdannelse mellem patient og sundhedsprofessionelle, patientens deltager- og læringsforudsætninger, sundhedsprofessionelles manglende pædagogiske kompetencer samt travlhed og uro, der kan have betydning for formidlingen af viden (3).

Pædagogiske udfordringer i klinisk praksis

Det er lovmæssigt bestemt, at patienten har ret til viden om behandling og pleje i forbindelse med sin sygdom. Den sundhedsprofessionelle skal tilpasse sin formidling ud fra patientens deltager- og læringsforudsætninger, så patienten opnår forståelse, har mulighed for medbestemmelse og kan give samtykke. Alligevel viser patienttilfredshedsundersøgelser og patientklager, at der ofte opstår problemer med at målrette og tilpasse formidlingen. Derfor opstår misforståelser, og patienterne mangler viden (3,4).

Den demografiske udvikling indebærer flere ældre og flere patienter med kroniske sygdomme, som har behov for viden, færdigheder og kompetencer til at mestre deres sygdom og livssituation samtidig med, at der bliver færre sundhedsprofessionelle. Derfor er der stort politisk fokus på forebyggelse og sundhedsfremme samt at inddrage patienterne i egen behandling og pleje, så patienterne aktivt kan tage ansvar for egen sundhed og sygdom. Ud over patientens egne evner eller ønske om at være aktivt deltagende i behandling og pleje er det derfor nødvendigt at have fokus på de sundhedsprofessionelles pædagogiske overvejelser og kompetencer (4).

Pædagogik skal kvalificere de sundhedsprofessionelle

Pædagogik indgår i alle sundhedsprofessionelles uddannelser og skal kvalificere de sundhedsprofessionelle til at kunne formidle, undervise og vejlede ud fra deres faglige viden samt gøre sig didaktiske overvejelser, se Boks 3 side 65 (4). Men flere studier beskriver, at sundhedsprofessionelle ikke er bevidste om deres pædagogiske kompetencer, og hvordan de kan udvikles. De koncentrerer sig om at være opdaterede på den nyeste faglige viden,

Boks 1. Forskellen på information, vejledning og undervisning mellem patient og sygeplejerske.

I daglig klinisk praksis bruges de tre pædagogiske begreber information, vejledning og undervisning uden tanke på, hvad forskellen er. Men forskellen er væsentlig at kende, da valget af begreb har betydning for patienternes mulighed for læring og tilrettelæggelse af pædagogiske tiltag.

Information er viden, som bringes videre fra sygeplejersken til patienten. Information er en envejsproces, som kun i begrænset omfang lægger op til spørgsmål og ikke umiddelbart tilgodeser patientens medbestemmelse og perspektiver.

Vejledning foregår i en gensidig relation mellem sygeplejerske og patient i et aktiv samspil. Under vejledningen er der lagt op til, at patienten gennemgår en udviklings- og læringsproces, så der opnås en ny erkendelse eller indsigt.

Undervisning er den mest omfattende af de tre begreber og kendetegnes ved at være en målrettet og planlagt samspilsproces mellem sygeplejersken og patienten, deres indbyrdes forhold og selve indholdet af undervisningen. Forinden har sygeplejersken gjort sig didaktiske overvejelser omkring undervisningen, og ud over målet med den konkrete undervisning, er der særlig fokus på, at patienten lærer noget (4).

Figur 1. Calgary-Cambridge-modellen til kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionel

- SKABE STRUKTUR**
- Synliggør struktur
 - Forhandle fælles dagsorden, hvor både patient og sundhedsprofessionelles behov inddrages
 - Er opmærksom på samtaleens flow
 - Skabe en logisk struktur i samtalen og være opmærksom på tiden og samtaleens flow

FORBEREDE OG INDLEDE SAMTALEN

- **Lægge den forrige opgave væk og fokusere på mødet med patienten**
- **Etablere kontakt til patienten**
 - Hilse på patient
 - Præsentere sig og forklare sin rolle
 - Vise interesse og respekt
- **Identificere formål med mødet**
 - Identificer problemer, som patienten ønsker og spørg direkte og åbent
 - Lytte opmærksomt uden at afbryde eller ændre fokus
 - Opsummer problemer og screene for yderligere problemer
 - Forhandle fælles dagsorden for samtalen

INDSAMLE INFORMATION

- **Indsamle og uddybe patientens problemer**
 - Opfordre patienten til at fortælle med egne ord og opmuntre til at uddybe
 - Bruge åbne og lukkede spørgsmål
 - Lytte opmærksomt uden afbrydelser
 - Opsummer med jævne mellemrum
 - Anvend et letforståeligt sprog uden fagjargon
- **Yderligere forståelse af patientens perspektiv**
 - Aktivt undersøge og spørge ind til patientens bekymringer, forventninger og tanker, samt hvilken betydning problemet har for patienten
 - Opmuntre patienten til at udtrykke følelser

EVENTUEL SOMATISK UNDERSØGELSE

- **Forklar undervejs og spørg om tilladelse**

FORMIDLE VIDEN OG UDARBEJDE EN PLAN

- **Formidle den korrekte viden i det rette omfang**
 - Undersøg, hvad patienten ved og ønsker at vide - patientens behov
 - Informér lidt ad gangen og tjek forståelsen
 - Spørg patienten om andre ønsker for supplerende information
- **Støtte patienten i at huske og forstå**
 - Organisér viden, så den er overskuelig og i logisk rækkefølge
 - Anvend tydelig vejvisning, hvor er vi nu, og hvor skal vi hen?
 - Brug gentagelser og opsummeringer
 - Anvend eventuelt tegninger eller scanningsbilleder
 - Bed patienten opsummere
- **Arbejd mod en fælles forståelse, hvor patientens perspektiv indarbejdes**
 - Relatér forklaringer til patientens perspektiv
 - Opmuntre patienten til at deltage aktivt i samtalen
 - Opfang og reager på hentydninger
 - Spørg til patientens følelser, reaktioner og tanker på den givne viden
- **Planlægning baseret på en fælles beslutning**
 - Afklar i hvor høj grad patienten ønsker at tage del i beslutningen
 - Fortæl om egne (sundhedsprofessionelles) overvejelser
 - Uddyb og forklar de forskellige valgmuligheder
 - Involver patienten: kom med forslag frem for anvisninger, og opfordre patienten til at fortælle om sine overvejelser
 - Forhandl en gensidig acceptabel plan; tydeliggør egen stillingtagen og find frem til patientens præferencer
 - Tjek med patienten, om planen accepteres

AFSLUTTE SAMTALEN

- Aftal næste skridt for patient og sundhedsprofessionel
- Aftal sikkerhedsnet: Hvad skal der ske, hvis noget går galt?
- Afslut med en opsummering (enten patient eller sundhedsprofessionel) af samtalen og plan
- Afsluttende tjek: Er der noget, vi har glemt?

Calgary-Cambridge-modellen er en evidensbaseret og praksisrelevant kommunikationsmodel, som sætter rammen for professionel sundhedsformidling. Modellen giver et overblik over samtaleens faser og indhold samtidig med, at den anviser kommunikative færdigheder (12).



mens de kommunikative og pædagogiske færdigheder anses som mindre vigtige (5,6). Men pædagogisk teori kan bidrage med en forståelse for, hvordan viden tilegnes og handlings-evner fremmes, og sundhedspædagogik kan være en nøgle til at hjælpe patienter til at mestre deres sygdom og livssituation, se Boks 4 side 66 (4).

Viden om sundhedspædagogik en nødvendighed

Sundhedspædagogik handler ikke kun om at *sende* viden fra sundhedsprofessionelle til patienterne. Det handler om at *koble* viden til det, patienten efterspørger, eller den viden, patienten allerede har, for dermed at kunne påvirke færdigheder, ændre holdninger, vække følelser og skabe kompetencer og handleevne, se Boks 5 side 66. Det kræver, at de sundhedsprofessionelle tager sig tid og får skabt en dialog og relation med patienten for at vide, hvad patienten finder betydningsfuldt (7).

Det er en traditionel opfattelse, at øget viden leder til ændrede holdninger, som igen afføder handlinger. Men ud fra ovenstående er det mere hensigtsmæssigt, at sundhedsprofessionelle kender til og tager afsæt i modellen identitet-betydning-viden-handlinger, se Boks 6 side 67. Patientens opfattelse af egen identitet er afgørende for, hvilken betydning forskellige handlinger tillægges. Identitet og betydning påvirker udvælgelsen og vægtningen af vi-

Boks 2. Taksonomi (klassifikation) for indlæringsmål

Viden omfatter både viden om et emne samt forståelse for dette. Det vil sige, om patienten kan sætte sin viden i sammenhæng og forklare den for andre. Viden kan være både praktisk og teoretisk.

Færdigheder er det, patienten kan udføre. Det kan både være praktiske, kognitive, kreative og kommunikative færdigheder.

Kompetencer er patientens evne til at anvende viden og færdigheder i en given kontekst. Her er ansvar og selvstændighed centrale begreber (2).

OPBYGGE EN RELATION

— Anvend passende nonverbal adfærd

- Øjenkontakt, placering, kropsholdning og stemmeføring
- Sørg for, at andre aktiviteter ikke forstyrrer samtalen og relationen

— Udvikle kontakten

- Acceptér på en ikke-dømmende måde patientens synspunkter og følelser
- Vis anerkendelse og forståelse for patienten
- Vær støttende, udtryk omsorg og interesse

— Involver og medinddrag patienten

- Del tanker og overvejelser med patienten
- Begrund spørgsmål/undersøgelser, der ikke er åbenlyst logiske

Boks 3. Beskrivelse af didaktik

Didaktik er den del af pædagogikken, der omhandler planlægning, udførelse og evaluering af formidling af viden i forbindelse med information, vejledning og undervisning af patienterne.

I forbindelse med formidling af viden til patienterne må de sundhedsprofessionelle være klar over, hvad de gør, hvorfor de gør det, og hvordan de gør det. Dette kaldes at gøre sig didaktiske overvejelser. Didaktik opfattes som en refleksiv proces, der foregår både før, under og efter formidlingen.

Him og Hipples helhedsmodel er en kendt model, der anskuer didaktik bredt og inddrager seks faktorer, læringsforudsætninger, rammefaktorer, mål, indhold, læreproces og vurdering, som har relation til og interagerer med hinanden samt har betydning for patienternes læring.

At stille spørgsmål til både patientens og de sundhedsprofessionelles forudsætninger, rammer for, hensigt med og indhold i formidlingen samt selve læreprocessen kan medføre, at klinisk praksis udvikles til gavn for såvel patientens som den sundhedsprofessionelles læring (4).



den, som igen indvirker på patientens tilbøjelighed til at handle.

Viden er ikke irrelevant i forhold til denne handlingsmodel. Det er stadig yderst vigtigt, at sundhedsprofessionelle formidler viden, men modellen tager højde for, at viden ikke bare afsendes af de sundhedsprofessionelle, men også modtages af patienterne (7).

Undersøg de pædagogiske overvejelser

Udviklingsprojektet blev udført i forbindelse med forfatterens deltagelse i universitetspædagogikum ved Syddansk Universitet, Odense. Udviklingsprojektet har til formål at beskrive og undersøge den pædagogiske udfordring fra deltagerens egen praksis. I forbindelse hermed blev formålet med udviklingsprojektet at undersøge de sundhedsprofessionelles pædagogiske overvejelser i forbindelse med formidling af viden til patienterne.

Metode

Der blev udarbejdet et spørgeskema i SurveyXact. Spørgeskemaet bestod af 19 lukkede og åbne spørgsmål fordelt på personoplysninger, pædagogisk efter- eller videreuddannelse, patientkontakt og formidling af viden, pædagogisk og didaktisk tilgang og overvejelser samt ønske om yderligere teoretisk viden om sundhedspædagogik. Spørgsmålene er udarbejdet af forfatteren selv med inspiration fra et andet spørgeskema om sundhedspædagogisk kompetenceudvikling (8). Spørgeskemaet blev udsendt elektronisk til sundhedspersonalet ved Medicinck Afdeling for Mave, Gigt, Blod og Palliation ved Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, efter godkendelse af afdelingsledelsen i starten af maj 2022. Analyse af data blev begyndt i juni 2022.

Resultater

Spørgeskemaet blev sendt til 101 sundhedsprofessionelle og 78 responderede, hvilket gav en svarprocent på 77. Størstedelen af de responderende var sygeplejersker (46 pct.) efterfulgt af læger (33 pct.). Det deltagende sundhedspersonale havde

været uddannet i gennemsnit 15 år, og en karakteristik af dem kan ses i Tabel 1.

Boks 4. Beskrivelse af sundhedspædagogik

Sundhedspædagogik handler om at skabe sundhedsmæssig forandring og forbedring inden for livsstil og levevilkår.

Forandringer skabes via individuelle eller fælles handlinger, hvori den pågældende patient deltager aktivt med egne forslag og ønsker.

Patientens handlinger iværksættes på baggrund af hans/hendes handlekompetencer.

Patientens handlekompetencer udvikles og kvalificeres gennem dialog med sundhedsprofessionelle (10).

Boks 5. Sundhedsformidling

FORMÅL: At påvirke patienten ved hjælp af kommunikation

— Formidling af viden til patienten

SUNDHEDS- OG SYGDOMSOPLYSNING

- Den sundhedsprofessionelle er eksperthen
- Den sundhedsprofessionelle sender viden til patienten
- Der tages udgangspunkt i et standardbehov eller problem
- Der er præfabrikeret en standardløsning
- Formidlingen foregår som envejskommunikation
- Patienten er passiv.

— Formidling af viden med patienten

SUNDHEDSPÆDAGOGIK

- Både patient og sundhedsprofessionelle er eksperter
- Den sundhedsprofessionelle kobler viden til det, patienten efterspørger, eller til den viden patienten allerede har
- Der tages udgangspunkt i patientens behov og ønsker
- Der udformes deltagerstyret løsninger med patienten
- Formidlingen er dialogbaseret
- Patienten er aktiv (7,10).

Patientkontakt og formidling af viden

90 pct. af sundhedspersonalet angav at have enten fysisk eller telefonisk kontakt med patienter 3-5 dage på en arbejdsuge. Der var intet af det adspurgte personale, som ikke havde patientkontakt i løbet af en arbejdsuge. 91 pct. af sundhedspersonalet angav at formidle viden til patienter 3-5 dage på en arbejdsuge. Der blev oftest formidlet viden om sygdom, behandling og undersøgelser i forbindelse med ambulante besøg (udredning, behandling, mindre indgreb, prøvetagning og kontroller) eller indlæggelse, se Figur 2.

Sundhedspersonalets pædagogiske aktiviteter og tilgang

Sundhedspersonalet angav oftest at praktisere vejledning til patienterne som en pædagogisk aktivitet (58 pct.) efterfulgt af information til patienterne (40 pct.). Kun 2 pct. af det adspurgte sundhedspersonale praktiserede formel patientuddannelse.

97 pct. af sundhedspersonalet angav altid eller næsten altid at møde patienterne med respekt. Ligesom 93 pct. af sundhedspersonalet angav altid eller næsten altid at have en dialogbaseret tilgang til patienterne. Lidt færre af sundhedspersonalet angav altid eller næsten altid, at deres formidling af viden tog afsæt i den konkrete patients situation (61 pct.) og patientens behov og ønsker (57 pct.).

Patienternes forståelse af den formidlede viden

Sundhedspersonalet blev spurgt, hvad de mente havde størst betydning for patienternes evne til at forstå den formidlede viden og opnår handleevner. 95 pct. angav, at patientens deltager- og læringsforudsætninger såsom erfaringer, indstilling, indsigt, motivation og sundhedskompetencer havde størst betydning. Sundhedspersonalet angav desuden, at faktorer som rolige fysiske rammer uden forstyrrelser og tilstrækkelig tid også havde betydning for patienternes evne til at forstå den for-

midlede viden. Kun få (2 pct.) angav, at sundhedspersonalets manglende pædagogiske kompetencer kunne have betydning for patienternes evne til at forstå den viden, der blev givet.

Sundhedspersonalets didaktiske overvejelser

Sundhedspersonalet blev spurgt, om de efter formidling af viden til patienterne selv eller i samråd med patienterne vurderede, om patientens havde forstået det, som var hensigten. 52 pct. af sundhedspersonalet angav, at de altid eller næsten altid havde en refleksion over, om patienten lod til at have forstået den formidlede viden. 51 pct. angav, at de altid eller næsten altid i samråd med patienten sikrede sig, at patienten havde forstået det, der var hensigten. Det gjorde sundhedspersonalet ved at lade patienten eller dem selv give en opsummering på det sagte ved at stille testspørgsmål til patienten eller ved at spørge patienten, om der var noget, de havde behov for at få uddybet eller ikke havde forstået.

Ønske om yderligere pædagogiske kompetencer

57 pct. af de adspurgte sundhedspersonaler angav at mangle teoretiske viden om sundhedspædagogik, og 64 pct. ønskede yderligere teoretisk viden for at forbedre deres pædagogiske kompetencer.

Daglig formidling af viden

Resultaterne viser, at sundhedspersonalet dagligt er i patientkontakt og i den forbindelse formidler viden om sygdom, behandling, undersøgelser, sundhedsfremme og forebyggelse. Sundhedspersonalet møder patienterne med en dialogbaseret og respektfuld tilgang, men formidlingen af viden tager ikke altid afsæt i patientens situation, behov og ønsker – ligesom sundhedspersonalet ikke altid får vurderet, om patienterne har forstået den formidlede viden.

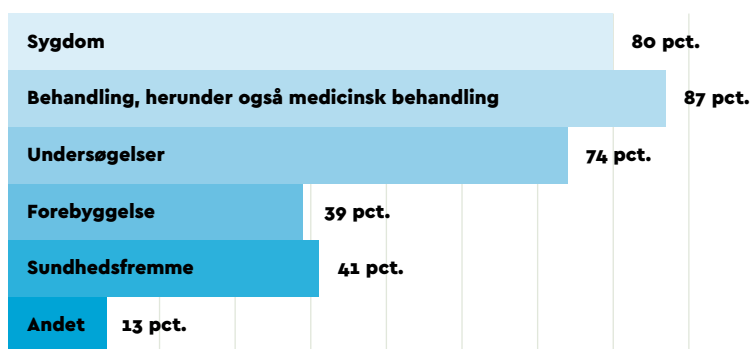
Sundhedspersonalet angav, at patientens egne deltager- og læringsforudsætninger er af størst betydning for forståelse og udvikling af handleevne. Kun få sundhedspersonaler angav, at deres egne

Boks 6. Handlingsmodel for sundhedspædagogik

To modeller til forklaring af handlinger

- a. Viden → Holdninger → Handlinger
- b. Identitet → Betydning → Viden → Handlinger (7)

Figur 2. Spørgsmål 9 i spørgeskemaet: Hvad formidler du oftest viden om? (Sæt gerne flere kryds)



Tabel 1. Karakteristika af deltagende sundhedspersonale (n = 78)

Køn (antal og pct.)	
Kvinder	62 (79 pct.)
Mænd	16 (21 pct.)
Alder (gennemsnit og range)	
	42 år (25-64 år)
Uddannelsesmæssige baggrund (antal og pct.)	
Sygeplejerske	36 (46 pct.)
Læge	25 (33 pct.)
Social- og sundhedsassistent	5 (6 pct.)
Andet (f.eks. lægesekretærer)	12 (15 pct.)
Antal år uddannet (gennemsnit og range)	
	15 år (0,5-39 år)
Har formel pædagogisk efter- eller videreuddannelse (antal og pct.)	
Ja	2 (2 pct.)
Nej	76 (98 pct.)
Har deltaget i kurser med pædagogisk indhold (antal og pct.)	
Ja	26 (33 pct.)
Nej	52 (67 pct.)
Angiver at mangle teoretisk viden om sundhedspædagogik (antal og pct.)	
Ja	44 (57 pct.)
Nej	34 (43 pct.)
Ønsker at forbedre pædagogiske kompetencer (antal og pct.)	
Ja	50 (64 pct.)
Nej	28 (36 pct.)



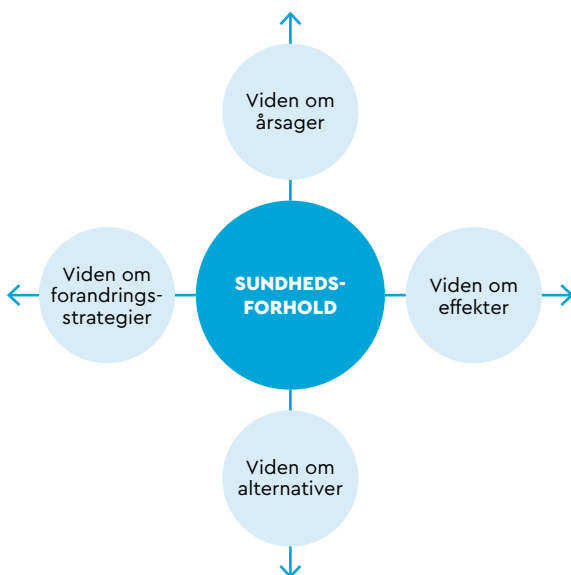
manglende pædagogiske kompetencer kunne have betydning for patienternes forståelse, selvom over halvdelen af de adspurgte sundhedspersonaler ønskede at styrke deres pædagogiske kompetencer. Resultaterne fra udviklingsprojektet er ikke generaliserbare til alle sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er resultaterne i tråd med den fundne litteratur.

Hver anden tager udgangspunkt i patientens situation

Resultaterne viser, at kun lidt over halvdelen af sundhedspersonalet tager udgangspunkt i patientens situation, behov og ønsker i forbindelse med formidling af viden. Det er i overensstemmelse med andre studier, der beskriver, at patientens behov og ønsker ikke har en naturlig plads mellem patient og sundhedsprofessionelle, samt at patienterne ikke oplever at blive hørt (3,9).

Studier viser, at patientinvolvering har en positiv virkning på behandlingsudfald, patientens handleevne og tilfredshed. Derfor ansues patientinvolvering som en væsentlig faktor i arbejdet med at højne kvaliteten såvel internationalt som i det danske

Figur 3. Dimensioner af sundhedsviden (10)



Handlingsorienteret viden kan illustreres ud fra figuren. Her er der tale om fire forskellige typer (eller dimensioner) af viden. Det er ikke nok at give patienten viden om effekten af et sundhedsproblem eller en sygdom for at skabe handling. Patienten har også brug for viden om årsag, forandringsstrategier og alternativer.

sundhedsvæsen (3). Men nogle patienter kan imidlertid opleve det som uoverskueligt, at de samtidig med sygdom skal være aktivt involveret i egen behandling og pleje. Derfor kan der som en forsvarsmekanisme opstå en barriere for læring og mod at handle hensigtsmæssigt i relation til sundhed og sygdom. Forsvarsmekanismen kan aktiveres ubevidst. De hyppigst forekomne forsvarsmekanismer i forbindelse med barrierer mod læring og handling er fornægtelse herunder undgåelse, projektion, regression, intellektualisering, drama og passiv aggression (4). Den sundhedsprofessionelles opgave er at være opmærksom på disse mekanismer og forholde sig til dem i sine didaktiske overvejelser ved at spørge ind til patienten og søge at forstå patientens forudsætninger og udvise anerkendelse og tolerance for patientens oplevelse. Den sundhedsprofessionelle kan hermed få belyst, om patienten er fokuseret på at dæmpe eller regulere følelser og tanker om sygdomme og/eller er indstillet på at ændre livsstil og vaner.

De sundhedsprofessionelles vurdering af patienternes forståelse

Resultaterne viser, at kun halvdelen af sundhedspersonalet angav at vurdere selv eller i samråd med patienten, om patienten havde forstået den formidlede viden. At vurdere patientens forståelse er en del af de sundhedsprofessionelles didaktiske overvejelser, se Boks 3 side 65.

Vurderingen bør ske før, i løbet af og efter formidlingen. Først vurderes patientens deltager- og læringsforudsætninger ud fra den sundhedsprofessionelles kendskab til bl.a. patientens kognitive funktion, tidligere erfaringer og uddannelsesniveau. Herudfra kan den sundhedsprofessionelle udarbejde mål, indhold og form for formidling. Vurdering i løbet af formidlingen har til hensigt at tilpasse og justere formidlingen i forhold til, hvad der sker undervejs. Formålet med vurderingen efter er sammen med patienten at vurdere, hvor meget patienten har forstået. En måde at gøre dette på kan være 'teach-back-metoden', hvor den sundhedsprofessionelle beder patienten om at genfortælle, hvad der lige er fortalt, se Boks 7 (4).

Patientens deltager- og læringsforudsætninger har betydning

Resultaterne viser, at stort set alle sundhedspersonaler mener, at patientens deltager- og læringsforudsætninger såsom erfaringer, indstilling, indsigt, motivation og sundhedskompetencer har størst betydning for patientens forståelse og handleevner. Der er internationalt og i det danske sundhedsvæsen stort fokus på patienternes sundhedskompetencer og betydningen af disse på sundheds- og sygdomsstatus (11).

Studier viser, at sundhedsprofessionelle bevidst eller ubevidst tolker på patientens adfærd, alder og udseende og herudfra doserer mængden og niveauet af viden i stedet for at gå i dialog med patienten. Det betyder, at patienten muligvis ikke modtager den viden, som de ønsker eller har brug for i forhold til at træffe valg om behandling og pleje (3).



Sundhedspædagogisk teori beskriver ligeledes, at typen af viden, som formidles til patienten, har betydning for forståelse og handleevner. Den formidlede viden skal nemlig være handlingsorienteret, hvilket kan illustreres ud fra de fire dimensioner af sundhedsviden i Figur 3.

Oftest formidler sundhedsprofessionelle udelukkende viden om effekten af et sundhedsproblem, f.eks. konsekvensen af et alkoholoverforbrug eller rygning. Men en sådan viden er ikke nødvendigvis handlingsfremmende. Patienten har også brug for viden om årsager, forandringsstrategier og alternativer for at kunne håndtere et sundhedsproblem eller sygdom og opnå handleevner (10).

Mangel på teoretisk viden om sundhedspædagogik

Resultaterne viser, at halvdelen af de adspurgte sundhedspersonaler angav at mangle teoretisk viden om sundhedspædagogik, og over halvdelen ønskede at styrke deres pædagogiske kompetencer.

Det er beskrevet, at de sundhedspædagogiske udfordringer i klinisk praksis med flere ældre med kronisk sygdom samt ønsket om patientinvolvering kræver fokus på de sundhedsprofessionelles pædagogiske overvejelser og kompetencer (4). Studier viser, at sundhedsprofessionelle ikke italesætter eller tænker over deres pædagogiske kompetencer. Oftest foregår pædagogiske handlinger indlejret i behandlingen og plejen af patienterne uden planlægning og pædagogiske kompetencebeskrivelser for sundhedsprofessionelle.

For at tage udgangspunkt i patientens situation og imødekomme patienternes ønsker og behov i forbindelse med formidling af viden, må der fokuseres på de pædagogiske dele af det sundhedsprofessionelle arbejde, som kan opmuntre og understøtte faglig viden på området (5,6). ●

Boks 7. Eksempler på spørgsmål sundhedsprofessionelle kan stille patienten ved teach- back-metoden

- Vi har været omkring mange ting i dag. Kan du fortælle, hvad du har hørt?
- Kan du nævne nogle ting, som du er blevet opmærksom på eller har fået afklaret?
- Hvad synes du, er det vigtigste, som du tager med herfra i dag (4)?

Italesætter I som sygeplejersker pædagogiske og sundhedspædagogiske problemstillinger i den kliniske praksis?

•

Kan I som sygeplejersker nævne konkrete eksempler, hvor formidling af viden til en patient gik godt eller mindre godt og beskrive hvorfor?

•

Har jeres arbejdsplads en pædagogisk kompetencebeskrivelse?

Referencer

1. Lindemann B. Mere end 10.000 sundhedsprofessionelle skal lære at kommunikere bedre med patienterne. *Dagens Medicin* 26.03.2021. Fremsøgt 26. juli 2022. **2.** Undervisningsministeriet. Den danske kvalifikationsramme for livslang læring. Et redskab til at få overblik over uddannelser i Danmark 2010. København. Fremsøgt 25. juli 2022. **3.** Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet. En kvalitativ analyse blandt patienter, pårørende og sygeplejersker. August 2014. Fremsøgt 21. juli 2022. **4.** Tejmers JW, Lind J. Pædagogik for sundhedsprofessionelle. Gads Forlag 2020. **5.** Hult H, Fridh ML, Falk AL, Thörne K. Pedagogical processes in healthcare: an exploratory study of pedagogical work with patients and next of kin. *Educ Health (Abingdon)* 2009;2:199-210. **6.** Friberg F, Andersson EP, Bengtsson J. Pedagogical encounters between nurses and patients in a medical ward- a field study. *Int J Nurs Stud* 2007;44:534-44. **7.** Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. Forlaget Philosophia 2005. **8.** Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning KORA. Evaluering af sundhedspædagogisk kompetenceudviklingskursus i Region Hovedstaden. September 2012. Fremsøgt 2. maj 2022. **9.** Aagaard T. Patienter og pårørende føler sig ikke hørt. *Fag & Forskning* 2016;4:56-61. **10.** Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S. Forebyggende sundhedsarbejde. *Munksgaard* 2016. **11.** Køberl S, Nielsen JB. Uddannelse af personalet kan mindske konsekvenser af lav sundhedskompetence. *Ugeskr Læger* 2018;180:V11170873. **12.** Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Radcliffe Publishing Ltd 2013.

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.



BRITTA HØRDAM

Sygeplejerske 1974, SD i undervisning 1985, cand.cur. 1994, ph.d. 2005. Underviser 1985-1994, projektleder 1994-1999, chefforsker 1999-2016, seniorforsker 2016-2020. Ekstern lektor ved Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet 2005-2015. Seniorforsker ved Statskundskab, Københavns Universitet.
britta@hordam.dk



ANNE-KATRINE RØNN MATHIASSEN

Sygeplejerske 1990, cand.cur. 2009. Klinisk specialist i neurologi, gastroenterologi, thoraxkirurgi og ortopædkirurgi 1995-2020. Adjunkt ved professionsbacheloruddannelsen i sygepleje på Diakonissestiftelsens Uddannelsescenter 2020-

Tak til projektgruppen: Rektor Kim Petersen, Diakonissestiftelsen UCD, Frederiksberg, og plejehjemsleder Hannah Hjort, Fælledgården, København Ø.

Tak til de sygeplejestuderende fra Diakonissestiftelsen for aktiv deltagelse i projektet, interviews og skriftlige udsagn, der er gengivet i artiklen: Michala Aabech Jørgensen, Emma Dreisig Brønros, Cathrine Bagge og Mia Løvbo Villadsen.



Sygepleje- studerende fulgte med forskeren i felten

Motivationen for at arbejde med ældre øges, og gabet mellem teori og praksis bliver mindre, når studerende involveres i praksisforskning.

RESUME

Ældre på plejehjem under covid følte sig isolerede men ikke ensomme. Det var et af de fund, som overraskede forsker og sygeplejestuderende i en undersøgelse af en gruppe ældres oplevelse af livskvalitet under coronapandemien.

Undersøgelsen blev gennemført i 2021-2022 i et samarbejde med Plejecenter Fælledgården, København, forsker, adjunkt og sygeplejestuderende fra Professionshøjskolen Diakonissestiftelsen. De studerende deltog med forsker i interviews og de ældres mulige aktiviteter med det formål, at der blev generet ny viden om sygepleje under coronakrisen. Samtidig erhvervede de studerende viden om interview som metode.

De ældre fandt det betryggende, at kommende sygeplejersker deltog i forskning på ældreområdet. For de sygeplejestuderende gav det mening at forene teoriundervisning med besøg hos ældre i deres plejehjemsbolig samt at være en del af dataindsamling, samvær og kommunikationen.

Gabet mellem teori og praksis bliver mindre, når studerende involveres i klinisk forskning og skaber motivation for at arbejde med ældre. Denne præsentation er første fase af undersøgelsen. Anden fase er opfølgning, analyse og præsentation af ny viden.

Artiklen præsenterer delresultater af et projekt, som undersøger dels livskvalitet og selvvurderet helbred hos en gruppe af ældre i en plejehjemsbolig under corona-nedlukningen, dels resultater af et samarbejde mellem uddannelse og klinisk praksis om involvering af sygeplejestuderende i forskning på ældreområdet.

Beboere på landets plejehjem oplevede to år med skiftevis hel og delvis nedlukning for besøg og udflugter, og at de mange andre aktiviteter, der sædvanligvis foregår på et plejehjem, var sat på pause (1,2). I pressen har der været fokus på, at de ældre som følge af coronarestriktionerne blev isoleret i deres plejehjemsboliger med ensomhed og manglende nærhed med familie og netværk som konsekvens af den forebyggende indsats for at skærme de ældre mod coronasmitte.

Samtidig blev plejepersonalet udfordret i forhold til deres faglighed og sædvanligvis tætte kontakt til beboerne. Sygeplejestuderende blev udfordret i forhold til uforudsete omstændigheder for deres praktik på sygehuse og plejehjem,

som det ikke havde været muligt at forberede undervisning til. Samlet set opstod der en krise, som ingen kunne have forudset omfanget af i forhold til befolkningen generelt, sundhedsvæsenet og især til sårbare ældre på landets plejehjem.

Ældre havde flere bekymringer

Undersøgelser udført af bl.a. Ældre Sagen, Faglige Seniorer samt Sund Aldring på Københavns Universitet (1,2) viser, at en stor del af danskerne har klaret corona-nedlukningerne, uden at det har haft konsekvenser af betydning for deres mentale helbred. Dette gælder dog ikke for alle, idet gruppen af ældre over 65 år tilsyneladende oplevede flere bekymringer samt et muligt fald i livskvalitet. De ældre mærkede desuden en stigende social isolation.

Forskellen på ældre og andre aldersgrupper begrundes ofte i, at ældre bliver kategoriseret som særligt sårbare og måske skulle udholde længere perioder med begrænsninger i deres liv på grund af corona. Men ofte rubriceres ældre som personer 65+ på trods af, at der langt fra er tale om en ensartet gruppe. Således er der stor forskel på en 66-årig, der er aktiv sportsudøver, og en 85-årig, der har behov for en bolig på et plejehjem (3,4,5).

To formål med undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen var at beskrive en gruppe ældre plejehjemsbeboeres selvvurderede helbred og livskvalitet under coronapandemien samt evaluere sygeplejestuderendes deltagelse i projektet 'Med forskeren i feltet'.

Metode

Involvering af de ældre var central i undersøgelsen, hvorfor 'Coaching to Self-care' blev brugt som model. Modellen defineres som en specifik behovsorienteret

ret sygepleje til den enkelte patient/borger baseret på en systematisk dataindsamling. Modellen illustrerer i fire faser **P** (patient/borger-involvering), **O** (observationer) **M**, (metode) og **I** (intervention). POMI-modellen, se Figur 1, understøttes af en intervention baseret på både kvantitative og kvalitative data. POMI-modellens organisatoriske ramme har en omfattende afgørelse for værdien af borgernær sygepleje, samt hvilke kliniske beslutninger det er realistiske at føre ud i praksis (6,7).

Fire plejehjemsbeboere i alderen 85-101 år deltog i undersøgelsen fra september 2021 til juli 2022. Informanterne er tre kvinder og en mand, som alle har boet i lokalområdet i deres voksenliv. Alle har været erhvervsaktive som henholdsvis sygeplejersker, skolelærer og psykolog. De har selv ønsket plejehjem og tidspunkt for indflytning.

Informanterne er alle afhængige af hjælp til deres fysiske gøremål. De bruger rollator og kørestole og er afhængige af hjælp til at komme fra boligen til andre af plejehjemmets faciliteter så som spisestue, træningssal og kirke. Besøg hos familie og venner gennemføres med Flex-trafik.

Der blev udarbejdet en interviewguide med både kvantitative og kvalitative spørgsmål (7,8) (se *interviewguiden i den elektroniske udgave af denne artikel på dsr.dk*).

De første interviews fandt sted, efter vaccinationer var udrullet, og der var en åbning af det kendte hverdagsliv på plejehjemmet. Da den enkeltes livskvalitet kan være påvirket af årstiden, er interviews fordelt over både vinter- og forårs måneder.

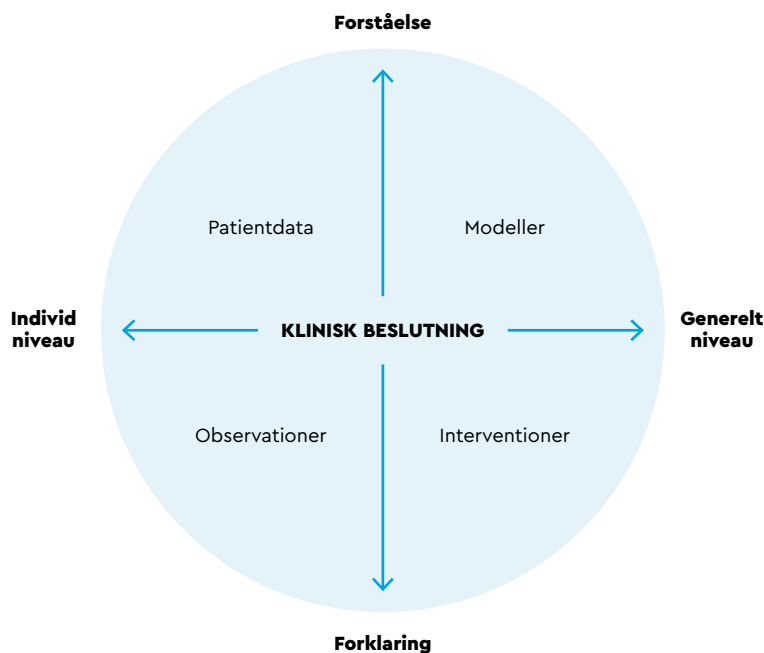
Der var informeret samtykke til at bruge data og fotos fra interviews og deltagelse i fællesaktiviteter på plejehjemmet som afsæt for vidensdeling både skriftligt og mundtligt.

Interviewguidens overordnede temaer

- Egenomsorg
- Hverdagsrehabilitering
- Selvvurderet helbredsstatus
- Netværk
- Deltagelse i plejehjemmets aktivitetstilbud
- Mestring af egen hverdag
- Viden og erfaring med covid-19.

Figur 1. POMI-modellen

POMI-modellen er en dynamisk model til patientinddragelse i praksis



© Britta Hørdam 2007, rev. 2017

Der blev ved interviews lagt vægt på den enkelte beboers opfattelse af egen hverdag på plejehjemmet samt mulighederne for at kunne gennemføre de aktiviteter, som beboeren selv ønskede, både individuelt og i sociale sammenhænge på plejehjemmet.

Baggrund for involvering af sygeplejestuderende

Landet over melder kommunerne om udfordringer med at rekruttere sygeplejersker, og manglen på sygeplejersker i det nære sundhedsvæsen ser ifølge Kommunernes Landsforening ud til at vokse. Undersøgelser viser, at sygeplejestuderende tilsyneladende ikke anser ældreområdet for attraktivt, når de ønsker praktikpladser, eller når de overvejer en kommende arbejdsplads (9).

En spørgeskemaundersøgelse udført som pilotstudie blandt sygeplejestuderende på UC Diakonissestiftelsen støtter denne tendens. Den igangværende forskning blev brugt eksemplarisk i undervisningen til et hold studerende på Diakonissestiftelsens sygeplejerskeuddannelse, hvilket førte til en kontakt til forskeren og en aftale om frivillig deltagelse i gennemførelsen af en række interviews.

Metode

Overskriften for samarbejdet med studerende fra UC Diakonissestiftelsen om deltagelse i interviews med fire beboere på plejehjemmet Fælledgården blev 'Med Forskeren i Felten'.

De sygeplejestuderendes forudsætninger var, at de havde haft undervisning i geriatri, sygepleje, forskning og udvikling i andet studieår (10). De

studerende blev introduceret til interviewguiden målrettet de ældre samt for en tidsramme, der var aftalt til ca. 60 min.

De studerende blev efterfølgende interviewet om deres erfaringer med at deltage i 'Med forskeren i feltet' via en interviewguide designet til projektet (7,8), se interviewguiden i den elektroniske udgave af denne artikel på dsr.dk.

Tre formål med involvering af de studerende

- At give studerende et indblik i, hvordan interviews gennemføres.
- At øge studerendes interesse for aldring og ældreområdet.
- At skabe sammenhæng mellem uddannelse i forskning, evidensbaseret sygepleje og klinisk praksis på ældreområdet.

De deltagende studerende havde en gennemsnitsalder på 24,5 år (22-29). Introduktion til interviews og gennemgang af interviewguide blev gennemført individuelt forud for besøgene (7). De studerende deltog individuelt på skift hos de ældre. Hvis de ældre havde planlagt at deltage i gudstjeneste, kirkekaffe eller anden aktivitet på interviewdagene, deltog forsker og studerende sammen med den enkelte beboer.

En beboer arrangerede eksempelvis for første gang i plejehjemets historie et 1. maj-arrangement med eget oplæg om den historiske baggrund samt med tale af børne- og undervisningsminister Pernille Rosenkrantz-Theil.

Sygeplejestuderende fra UC Diakonissestiftelsens deltog efter skriftligt samtykke om, at deres skriftlige tilbagemeldinger og refleksioner må være afsat for vidensdeling.

Data er indsamlet i 2021-2022. Follow-up data er på grund af den stigende coronasmitte på plejehjemmene planlagt til ultimo 2022 og primo 2023.

De ældre oplevede isolation men ikke ensomhed

Der blev gennemført i alt 30 interviews med fire informanter. De giver alle udtryk for et ønske om at holde sig fysiske så godt i form som muligt. Under pandemien har de trænet tilfredsstillende på forskellige måder. De ældre fremsatte følgende udsagn om livet med coronarestriktioner:

- *"Jeg er meget tryk ved at bo her, der bliver passet godt på os. Jeg har kontakt med min familie hyppigt. Jeg deltager i arrangementer både her og ude i byen, har faste aftaler med veninder og tidligere kolleger. Der har under coronakrisen været mere alenetid, men det er jo en overgang. Så ringer vi mere sammen, sender mails eller skyper. Det er selvfølgelig ærgerligt, men det vigtigste er sikkerhed og tryghed i hverdagen."*
(Kvinde 87 år)
- *"Jeg er skolelærer, jeg er her pga. fysiske skavanker. Jeg har stabil kontakt med min familie. Vi har mange ture ud af huset til kunststudstillinger, restaurantbesøg osv. Jeg har været mere alene under coronakrisen, men jeg læser en del, følger forskellige radio- og tv-programmer. Der har været mere alenetid, men det kunne jo ikke være anderledes, vi må passe på hinanden. Men jeg har ikke været ensom. Det har jo været periodisk."*
(Kvinde 91 år)
- *"Jeg er 94 år, uddannet psykolog, har været rektor for flere uddannelsessteder, været politisk aktiv altid og er det stadig. Jeg ser både min familie, mine venner og mit netværk, når vi ikke kan ses fysisk. Så er der mail, telefon og skype, og sådan må det jo være, så vi kan komme videre*

efter coronakrisen. Jeg har ikke følt mig ensom, jeg synes mine kontakter har fungeret under lockdown."

(Mand 94 år)

- *"Jeg har boet her efter eget ønske i 10 år, jeg er 101 år og har altid arbejdet som sygeplejerske – mest i psykiatrien. Jeg ser min familie, mine venner og tidligere naboer. Det kniber med synet, men jeg er opdateret med både litteratur/lydbøger og nyheder via radioen. Jeg er telefonisk i kontakt med andre, hvis de ikke kan komme. Nedlukning har været ærgerligt, men det har jo været nødvendigt i perioder. Jeg har selv været smittet med omikron, men jeg havde ingen symptomer. Det var den ugentlige test, der viste det, men jeg mærkede intet."*
(Kvinde 101 år)

Springet mellem teori og praksis bliver mindre

De studerende blev spurgt, om det er meningsfuldt, at teoriundervisningen efterfølges af deltagelse i dataindsamling hos ældre borgere. De studerende fremsatte følgende udsagn:

- *"Meget. Jeg kunne godt have ønsket et forskningsprojekt samtidig med den teoretiske undervisning. Vi går på en professionsuddannelse og er vant til at kunne knytte det teoretiske på noget praktisk, for mig giver det rigtig god mening at kunne bruge undervisningen på denne måde."*
- *"Ja, det synes jeg, det gør. Springet mellem teori og praksis bliver mindre, og det øger forståelsen af det teoretiske - at opleve det blive ført ud i praksis."*
- *"Ja, både undervisningen på 4. og 5. semester har været godt fulgt op af besøgene i borgernes hjem. Det var nemmere at forstå teorien og sætte det op på den specifikke situation i refleksionerne, jeg gjorde mig efter besøgene på plejehjemmet. Al teori, vi har haft om interview, virkede meget fluffy, indtil man fik noget at sætte det op imod."*
- *"Ja. At være sygeplejerske handler ikke kun om at være frontløber på det akademiske, men lige så meget om at være*





et individ med empati, forståelse og omsorg. De menneskelige kompetencer, som en sygeplejerske burde besidde, kommer ikke fra lærebøgerne men fra erfaring og oplevelser. At udvikle sine menneskelige og sociale kompetencer er en livslang læring, og disse kompetencer bliver udelukkende udviklet ved at have interesse i de mennesker, man står over for. Forskning viser, at hvis man føler ejerskab og værdighed, så bliver man mere motiveret til at gøre omstændighederne bedre. Hvis sygeplejestuderende allerede inden for det første år på deres uddannelse får en følelse af, at de kan være med til at udvikle og effektivisere sygeplejen, så prøv at tænke, hvor mange omsorgsfulde, modige og ansvarsbevidste sygeplejersker samfundet kunne skabe.

Jeg har arbejdet med ældre mennesker i 10 år, og de ting jeg har lært, ville jeg aldrig have lært igennem en lærebog. Det er en helt anden verden at være ”ude i felten” og have ”fingrene i bolledejen”. Nogle af de mest givende og smukkeste øjeblikke, jeg har haft, har været med ældre borgere – oftest med døden nær. Dét er en erfaring, alle sygeplejestuderende skal have med sig.”

De ældre følte sig passet på

Plejhjemsboere kategoriseres som særligt sårbare og skrøbelige i forhold til den øvrige befolkning, og samtidig har de udholdt længere perioder med begrænsninger i deres daglige liv pga. pandemien. Derfor forventedes det, at netop denne befolkningsgruppe oplevede større konsekvenser af restriktionerne end andre.

De ældre i denne undersøgelse har imidlertid tilkendegivet, at de er tilfredse med, at der er blevet passet på dem i en særdeles vanskelig periode med smitte og usikkerhed om fremtiden. De forstår alvoren både for dem selv og samfundet som helhed. De har været isolerede, men de har ikke følt sig ensomme. De har kunnet kommunikere med deres familie og netværk, de har kunnet foretage sig almindelige aktiviteter som læsning, telefonering med pårørende og venner, men de havde savnet nærværet og samværet. De har været tilfredse med at deltage i interview for på den måde at få sat ord på deres hverdagsliv, og mødet med de studerende har de oplevet positivt, idet de har fået en ny viden om kommende sygeplejerskers interesser, engagement og kompetencer.

De studerende blev motiveret

De studerende har angivet, at de har følt sig inkluderet i interviewsituationen. De værdsætter den viden, de erhverver gennem personlig kontakt og tilstedeværelse i de ældres bolig. De har fået ny viden om ældre, og de oplever denne gruppe ældre som mennesker med stærk livserfaring. De er motiverede til fortsat at tilegne sig viden og færdigheder gennem denne kombination af teoriundervisning og studiebesøg hos ældre. ●

Referencer

1. En befolkningsundersøgelse af coronasituationen, Ældre Sagen, marts 2021. Tilgængelig via: <https://www.aeldresagen.dk/presse/viden-om-aeldre/analyser-og-undersogelser/2021-befolkningsundersogelse-coronasituationen> 2. Danskernes mentale velbefindende under coronakrisen, Center for Sund Aldring. Københavns Universitet, 2021. Tilgængelig via: <https://coronaminds.ku.dk/resultater/danskernes-mentale-velbefindende-under-coronakrisen> 3. Pedersen JL. Sygepleje og ældre. I Hundborg S. Sygepleje og patientinvolvering. Bind 3 Kap.17. FADL's Forlag, 2019: 370-395. 4. Bakken R. Alle vil leve længe – men ingen vil blive gammel. Samfundslitteratur 2020. 5. Kirk H. Godt nyt om gamle hjerner. Gyldendal 2020. 6. Hørdam B.: Patientinvolvering – med konceptet Coaching to Selfcare. Red: Hørdam og Mathiassen. FADL's Forlag 2021. 7. Kvale S & Brinkmann S. Interview. 3. udg. Hans Reitzels Forlag, 2015. 8. Boolsen MW. Kvalitative analyser. Hans Reitzels Forlag, København, 2017. 9. Flere hænder til ældre – og sundhedsområdet 2.0, Kommunernes Landsforening, 2021. Tilgængelig via: <https://www.kl.dk/media/28808/flere-haender-til-aeldre-og-sundhedsomraadet-20.pdf> 10. Studieordning for Sygeplejerskeuddannelsen, Københavns Professionshøjskole, UC Diakonissestiftelsen og Bornholms Sundheds- og Sygeplejerskole, 2021.

Hvordan kan ældre på plejehjem involveres i sygeplejen?

•
Hvordan kan samarbejdet mellem de ældre, deres netværk og plejehjemspersonalet medvirke til at tiltrække flere sygeplejersker/sygeplejestuderende til ældreområdet?

•
Hvordan kan vi i sygeplejen anvende viden om, at ældre under corona-restriktionerne følte sig isolerede og ikke ensomme?



Hun ville bare have en sygeplejerske

At blive reduceret til en mangelvare, en knap ressource eller 'manglende hænder' er ikke særlig eftertragtet.



VIBEKE RØN NOER, forskningsleder MSO, ph.d., Forskningscenter for uddannelseskvalitet, professionspolicy og praksis, VIA University College

Nutidens sygeplejestuderende og nyuddannede sygeplejersker vælter sig i jobtilbud og har ikke umiddelbart udsigt til en fremtid, hvori arbejdsløsheden truer. Tværtimod. Men næste generation af sygeplejersker tvivler alligevel på deres fremtid i faget.

Lige nu ser de ind i et presset og nødlidende sundhedsvæsen, hvor alenlange ventelister, mangel på sygeplejersker og tempo- og effektiviseringskrav er blevet hverdagskost.

De studerende og nyuddannede sygeplejersker, jeg møder som led i min forskning, fortæller om netop disse hektiske hverdage. Om, hvordan tvivlen, travlheden og arbejdspresset kryber ind under huden på dem og sætter sig som dårlig samvittighed og skamfuldhed over ikke at kunne yde den sygepleje, de kan se, at patienten har behov for.

Næste generation er særdeles eftertragtede, og der kæmpes for deres gunst. Samtidig er de retorisk blevet reduceret til en mangelvare, en knap ressource eller slet og ret et par ekstra hænder, som kan tælle med i vagtplanen.

"Hun ville ikke have mig – hun ville bare have en sygeplejerske". Sådan falder ordene i en samtale, jeg har med en sygeplejestuderende i forbindelse med et forskningsprojekt om næsten færdiguddannede sygeplejerskers syn på fremtiden i faget.

Den studerende fortæller, at hun i sin afsluttende praktik opsøges af afdelingssygeplejersken. Hun tilbydes en stilling på afdelingen efter endt uddannelse. Bare sådan lige. I øjeblikket blev hun glad, men på vejen hjem rammes hun af en trist følelse og en modløshed. Sagen er, at hun kun lige var startet som studerende i afdelingen. Det var blot hendes anden dag.

Med ét var den kommende sygeplejerske blevet til det, ingen vil være: et par ekstra hænder til den slunkne vagtplan. Hun følte sig ikke set som den sygeplejerske, hun var ved at blive. Hun var 'bare' en sygeplejerske.

Heldigvis er den næste generation meget mere end det. De kommer med håbet om en fremtid i et fag, hvor de i en professionel omsorgspraksis kan gøre en forskel for patienter og pårørende. På helt almindelige hverdage.



De er veluddannede og har et stort potentiale. Deres ønske om at være sygeplejerske er dybtfølt. De er ikke bange for at stille krav og efterspørge forandringer, og de bærer tydeligt fagets værdier i deres hjerter.

I splitsekunder, akutte situationer og i langvarige og komplicerede forløb. Når livet begynder, når det sidste hjerteslag slår – og i alt det midt imellem.

Som forsker har jeg i mange år været tæt på såvel studerende som nyuddannede sygeplejersker. De er veluddannede og har et stort potentiale. Deres ønske om at være sygeplejerske er dybtfølt. De er ikke bange for at stille krav og efterspørge forandringer, og de bærer tydeligt fagets værdier i deres hjerter.

Det er kompliceret at svare på, hvordan vi fastholder sygeplejersker i faget. Samtidig er det også ganske enkelt, og vi har ikke noget valg. Vi skal satse på næste generation. Tillad mig derfor at komme med en appel: Se dem. Tro på dem. Giv dem håb. ●



Billeder, der giver ro i sindet og positive tanker

Silentia PhotoPanels giver både ro, afskærmning og en behagelig følelse. Forskning viser, at billeder og farver kan have en positiv indflydelse på mennesker ved at sænke blodtrykket, vække de positive tanker og lindre stress, smerte og uro. Denne viden er til stor hjælp for personalet på sygehuse, i ældreplejen og andre plejesektorer. Brug PhotoPanels som et professionelt værktøj til at stimulere mennesker. Det kan være i situationer, hvor der er brug for at skabe fred og ro, give tryghed og afskærmning eller et let genkendeligt område. PhotoPanels sikrer samtidig optimal hygiejne og afskærmning, der ikke virker indelukket.

Design din skærm på EasyScreenDesign.com

Silentia ApS • Tlf: 39 90 85 85 • info@silentia.dk • silentia.dk



Silentia®
Keep it Clean™