

# Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

## Sengeleje- komplikationer kræver kompleks sygepleje

**TROMBER OG TRYKSÅR  
– KROPPEN PÅVIRKES  
FRA DAG ET**

**SIDE 22**

**ANÆSTESI OG PARESE  
ØGER RISIKOEN**

**SIDE 30**

**LAD PATIENTEN VÆRE  
UDGANGSPUNKT**

**SIDE 32**

**BRUG TIDEN MERE SMART**

**SIDE 37**

**NY PRAKSIS**

**Blærekræft.**

Måltrettet indsats før og efter stomioperation gavner patienten.

**SIDE 10**

**PEER REVIEWED**

**Eftervirkninger.**

Evaluering af intensivophold mindsker patienternes helbredsproblemer.

**SIDE 44**

**FAGLIGT AJOUR**

**Organisering.**

Komplekse behandlingsforløb tvinger patienter til selv at koordinere forløbet.

**SIDE 54**

**PÅ SPIDSEN**

**Opgaveflytning.**

Sygeplejefprofessionen er med nye funktioner trængt ind på lægernes domæne.

**SIDE 75**



## Redaktionspanel

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



**ERIK ELGAARD SØRENSEN**

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



**HELLE SCHNOR**

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



**MARI HOLEN**

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



**KIRSTEN LOMBORG**

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

### REDAKTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Journalist  
**ANNIKA JEPPESEN**  
aje@dsr.dk  
Telefon: 4695 4279

Distribueret oplag  
Oktober 2018:  
77.117 ekspl.  
Medlem af Danske Medier

Tryk  
ColorPrint

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

Manuskriptvejledning  
www.dsr.dk/  
manuskriptvejledning

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



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

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

.....  
Illustration side 1, 4 og 22: Alexey Kashpersky / Byline-fotos side 23: Claus Bech / Grafik side 26, 27 og 31: Mathias N Justesen / Illustration, foto og grafik side 25, 26, 27, 29, 31, 36, 38, 44, 54, 58, 60, 64 og 66: iStock / Foto side 70: Lizette Kabré

# OVERBLIK

Ny  
Praksis

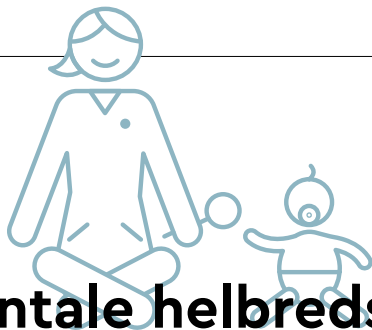
## "Blæreskolen" ruster stomipatienten til ny tilværelse

**BLÆREKRÆFT.** Patienten, som står foran en stomioperation, skal lære at leve resten af sit liv med ændrede kropsfunktioner, en potentielt svær og grænseoverskridende erkendelse. Men en målrettet indsats både før og efter opera-

tionen reducerer gener og komplikationer og lader i størst muligt omfang patienten beholde fysiske funktioner og livskvaliteten.

LÆS SIDE .....

10



## Mentale helbredsproblemer kan opdages tidligt

**SUNDHEDSPLEJE.** Et skema med 28 spørgsmål danner baggrund for en systematisk undersøgelse af det 9-10 måneder gamle barns psykiske udvikling og funktion. Sundhedsplejersken udfylder skemaet gennem samtale med forældrene og gennem egne observationer. Svarene giver mulighed for tidligt at opspore de børn, som er i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer.

LÆS SIDE .....

14

## Mød den psykiatriske patient ligeværdigt

**TVANG.** Når personalet på de psykiatriske afdelinger kommer patienten i møde på en positiv, kompetent og ligeværdig måde, forbedrer det relationen mellem patienten og personalet. Og samtidig reducerer det antallet af konflikter og reducerer brugen af tvang. Den britiske metode Safewards er indført på knap halvdelen af de danske psykiatriske afdelinger og virker gennem 10 konkrete interventioner.

LÆS SIDE .....

18



Forsiden er illustreret af **Alexey Kashpersky**, som er en prisvindende ukrainsk digital kunstner, bosiddende i New York, som har specialiseret sig i anatomiske illustrationer. Her er illustreret en trombe, som er en hel eller delvis tilstopning af et blodkar, der er en hyppig sengeleje-komplikation.



# Fundamental sygepleje forebygger sengelejekomplikationer

Et sengeleje kan resultere i, at især ældre patienter bliver endnu mere syge, end de var, før sygdom, traume eller operation tvang dem til at holde sengen. Det ufrivillige sengeleje går ofte hånd i hånd med immobilitet i større eller mindre grad, hvilket kan have store konsekvenser for patienternes evne til at få opfyldt fundamentale behov som mad og drikke, bevægelse og respiration. Efter blot få dage begynder kroppen at mærke konsekvenserne af manglende bevægelse. Tromber, tryksår, kontrakturer og pneumonier er bare nogle af de komplikationer, der kan støde til. De fundamentale behov er og har altid været

sygeplejerskernes ansvar, og sygeplejersker har derfor et stort ansvar for at forebygge eventuelle sengelejekomplikationer, påpeger Ingrid Poulsen, sygeplejerske, ph.d. og forskningsleder på Klinik for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade ved Rigshospitalet.

Indsatsen kan have trange kår i en travl hverdag, men det må ikke hindre sygeplejersker i begge sektorer at gå forrest i det forebyggende arbejde, der involverer mobilisering, korrekt lejring og fokus på patienternes fundamentale behov, styrker og svagheder, siger Ingrid Poulsen.

LÆS SIDE .....

22



**MUSIK.**

Angst hos mennesker ramt af et slagtilfælde kan mindskes gennem aktiv lytning til musik efter eget valg.

**FALDFORE-  
BYGGELSE.**

Der er høj evidens for, at balance-, gang-, koordinations- og funktionel træning virker faldforebyggende.

**RECOVERY.**

Gode intentioner om bl.a. patientinvolvering og samarbejde virker ikke altid efter hensigten.

LÆS SIDE ..... 40

# Gensyn med intensivstuen gav forklaring på mareridt

70 dage på et intensivt afsnit. Hvordan mon den kvindelige patient har det efter så lang tids indlæggelse? Få mere at vide om Post Intensive Care Syndrom (PICS) og forebyggelse af syndromet i artiklen 'Vigtigt, at patienten evaluerer indlæggelsen på intensiv'.

10 patienter deltog i et kvalitativt studie, der faldt i to dele. Et observationsstudie af en sygeplejerskeledet opfølgningssamtale tre måneder efter indlæggelsen på afsnittet og et interview baseret på disse observationer. Hensigten var dels at hjælpe patienterne med at håndtere PICS, dels at vurdere, om patienterne havde behov for yderligere hjælp og støtte.

Data blev analyseret ved hjælp af en hermeneutisk-fænomenologisk metode.

Studiet viste, at gensyn med sengestuen og dens lyde havde stor betydning for patienterne, som herved fik en forklaring på de mareridt, som nogle af dem led af. Opfølgningssamtalen kastede lys over de fysiske, psykiske og sociale symptomer, patienterne oplevede, og det betød, at patienterne efterfølgende oplevede sig som normale, men tilhørende en gruppe af tidligere intensivpatienter, idet de kunne genkende tanker og symptomer hos de øvrige patienter.

Desuden viste studiet, at pårørende spiller en væsentlig rolle både under indlæggelsen og i rehabiliteringsforløbet og derfor bør deltage i opfølgningssamtalen.

LÆS SIDE ..... 44

## Viden går tabt

Når en patient flyttes fra ét hospital til et andet og mere specialiseret, må sundhedspersonalet vide, hvad der skal foregå på det specialiserede hospital. Patienterne vil gerne involveres, men i tilfælde med kompleks sygdom og behandling kan det være vanskeligt for dem at bevare overblikket, og det fører til kvalitetsbrist.

Artiklen tager udgangspunkt i oplevelser, som patienter og pårørende har haft, da den ene part gennemgik behandling for kræft i bughulen.

LÆS SIDE .....

54

## Projektarbejde lindrede patienternes smerte

God smertelindring kræver et godt kendskab til de andre aktører i et operationsforløb, viser et projektarbejde. Hvis man knap kender effekten af sin egen indsats for at lindre en patients smerter, hvordan skal personalet så fungere som en helhed med et fælles mål? Patienten er hurtigt ude af øje og dermed ude af sind efter en rygoperation, men på et rygkirurgisk observationsafsnit besluttede en gruppe sygeplejersker at ændre på den tankegang for at smertelindre patienterne mere effektivt.

LÆS SIDE .....

60

## Lille mide skaber store problemer

Fnatmide kan man sige som et skældsord. Men har man først set krabaten på tæt hold og mærket dens kløende efterladenskaber, er det ikke sikkert, man siger det igen. Scabies, som fnat hedder på latin, kræver, at patienten omhygge-

ligt følger behandlingsvejledningen, og at denne er ensartet på nationalt plan.

LÆS SIDE .....

66

## Abstrakte teorier fremkalder stolthed

Sygeplejeteori. Hvem tænker på det i en travl praktik? Umiddelbart ikke sygeplejestuderende, viser interview med seks næsten uddannede studerende. Men gennem interviewet sker der noget. Teoriene, som først fremstod fjerne og abstrakte, får liv og mening og fremkalder endda stolthed, fordi de opfattes som brugbare til argumentation for sygeplejen.

LÆS SIDE .....

70



EFTER  
TÆNKEN

Eftertanken er en personlig tekst, der kan stille virkeligheden på hovedet og anvende humor og fortællinger i den hensigt at skabe eftertanke.

PÅ SPIDSEN



Har sygeplejefprofessionen solgt ud af arvesølvet i form af pleje og omsorg i forsøget på at opnå tålelige arbejdsvilkår og kunne overleve i sygehusvæsenet?

LÆS SIDE ..... 75

# Der er kvalitet i sygeplejen. Dårlig kvalitet.

## Fundamental sygepleje.

Kvalitet i sygepleje kan have trange vilkår, det ved sygeplejersker, og det tales der om. Men virkelig dårlig eller direkte elendigt udført sygepleje tales der ikke om.



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

I omklædningsrummet rumsteres og bakes der. Små hvide dun falder tyst mod gulvet, og en enkelt fjer eller to finder samme vej. Der lyder prøvende basken, de skal sidde ordentligt, så de ikke falder af midt i noget vigtigt. Sygeplejersker på vej til endnu en arbejdsdag spænder deres vinger på. De er engle eller helte, som udfører deres fine og samfundsvigtige arbejde til gavn og glæde for de patienter, som for en stund ikke kan klare at spise, drikke, vaske sig, komme på toilettet eller skifte position i sengen. Eller måske er ved at dø.

Men der findes også en anden virkelighed.

"Shitty nursing" – The new normal? Sådan spørger forfatterne til en forskningsartikel (1). De anerkender, at vilkårene for udøvelse af sygepleje er betrængte, og at der mangler sygeplejersker, men mener, at en moden profession må være i stand til at vurdere egen praksis, tage ansvar for den og diskutere, om sygeplejen er på vej mod afgrunden.

Artiklen er ikke opløftende læsning, men vi må spørge os selv og hinanden, om budskaberne kunne gælde i Danmark og

ikke blot skal tilskrives forhold i Sverige og UK, som forfatterne kommer fra. Det er deres egne oplevelser som patienter samt omfattende litteratur, der udgør belæg for hovedbudskaberne i artiklen. Den er interessant, fordi den beskriver nogle områder, vi sjældent diskuterer: Dårligt udført sygepleje, manglende evidens for sygepleje og manglende kvalitet af den forskning, der skulle bidrage til at højne niveauet.

Hovedparten af forskningen i sygepleje er enten irrelevant for klinisk praksis eller så dårligt udført, at resultaterne har ringe værdi, hedder det. Kun én ud af 149 forskningsrapporter havde tilstrækkelig kvalitet og relevans til at være vejledende for sygeplejepsikis, viste et review af international forskning.

Anbefalingen lyder, at der må mere pres på at undersøge effekten af fundamental sygepleje, og at interventioner med reel betydning for patienterne bliver defineret.

Sygepleje og sygeplejersker har bevæget sig væk fra fundamental sygepleje og mod mere prestigefyldt specialisering eller overtagelse af lægeopgaver. Sygepleje bliver som en konsekvens uddelegeret til andre grupper. Så meget ved vi, og det samme spor forfølger de to forfattere.

For tiden øges interessen for "Fundamentals of Care" i Danmark. En teoretisk forståelsesramme, som bygger på kendt stof, bl.a. Virginia Hendersons grundlæggende principper for sygepleje.

Begrebsrammen skal fremme kvalitet i sygeplejen, fordi den ikke altid er tilstrækkelig – selv om sygeplejersker bliver kaldt både fantastiske, positive og helte. Meget fornemt.

Men laurbærerne har ikke godt af at blive hvilet på. Min opfordring lyder: klap vingerne sammen, læs artiklen og tag stilling til, hvilken sygepleje sygeplejersker skal kendes på. Og fortæl patienterne, hvad sygeplejersker kan og gør, så de ikke blot beskriver sygeplejersker som fantastiske, positive og helte, men bemærker virkningen af dygtig sygepleje.

Shitty sygepleje? Ikke her. Vel? ☉

Læs: 1. Richards DA, Borglin G. Shitty Nursing – The new normal? International Journal of Nursing Studies. 2019; Vol 91: 148-52. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.018>



FLEKSIBELT INJEKTIONSTIDSPUNKT  
– ÉN GANG DAGLIGT<sup>1</sup>



# REDUCERET RISIKO FOR HYPOGLYKÆMI MED TRESIBA<sup>®</sup> VS INSULIN GLARGIN U100<sup>2,3\*</sup>

PATIENTER MED TYPE 1-DIABETES OG TYPE 2-DIABETES

## \*INFORMATION OM STUDIER SWITCH 1 OG SWITCH 2<sup>2,3</sup>

Formål	Undersøge om insulin degludec er non-inferior eller superior i forekomst af symptomatisk hypoglykæmi (alvorlig eller blodglukose-bekræftede < 3,1 mmol/l) sammenlignet med insulin glargin U100.	
Studiedesign	Randomiseret, dobbelblindet, treat to-target cross-over forsøg omfattende to 32 ugers behandlingsperioder, hver med en 16-ugers titreringsperiode og en 16-ugers vedligeholdelsesperiode. <b>SWITCH 1:</b> 501 voksne med type 1-diabetes og med mindst 1 hypoglykæmi risikofaktor <b>SWITCH 2:</b> 721 voksne med type 2-diabetes med mindst 1 hypoglykæmi risikofaktor, der tidligere var behandlet med basal insulin med eller uden orale antidiabetika	
Primært endepunkt	Det samlede antal alvorlige eller blodglukose-bekræftede (<3,1 mmol/l) symptomatiske hypoglykæmiske episoder under vedligeholdelsesperioden.	
Konklusion	Behandling med insulin degludec vs insulin glargin U100 resulterede i et reduceret antal af generelle symptomatiske hypoglykæmier	
Resultat	<b>SWITCH 1</b> 11% reduktion af det samlede antal alvorlige eller blodglukose-bekræftede (<3,1 mmol/l) symptomatiske hypoglykæmiske episoder under vedligeholdelsesperioden. (RR: 0,89 (95% CI: 0,85-0,94), Non-inferiority: P<0,001, Superiority: P<0,001)	<b>SWITCH 2</b> 30% reduktion af det samlede antal alvorlige eller blodglukose-bekræftede (<3,1 mmol/l) symptomatiske hypoglykæmiske episoder under vedligeholdelsesperioden. RR: 0,70 (95% CI: 0,61-0,80)

**Indikation:** Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1-års-alderen.



changing  
diabetes<sup>®</sup>

Hos Novo Nordisk ændrer vi kursen for diabetes. I vores tilgang til at udvikle behandlinger, i vores løfte om at arbejde profitabelt og etisk og i vores søgen efter en helbredelsesmulighed.

**TRESIBA<sup>®</sup>**  
insulin degludec



## Referencer:

1. Tresiba® senest godkendte produktresumé Februar 2018
2. Lane W, Bailey TS, Gerety G, et al. Effect of Insulin Degludec vs Insulin Glargine U100 on Hypoglycemia in Patients With Type 1 Diabetes: The SWITCH 1 Randomized Clinical Trial. JAMA 2017; 318(1):33–44.
3. Wysham C, Bhargava A, Chaykin L, et al. Effect of Insulin Degludec vs Insulin Glargine U100 on Hypoglycemia in Patients With Type 2 Diabetes: The SWITCH 2 Randomized Clinical Trial. JAMA 2017; 318(1):45–56.

# Tresiba® (insulin degludec) 100 enheder/ml, 200 enheder/ml

## Forkortet Produktinformation

**Lægemiddelform:** Injektionsvæske, opløsning. Klar, farveløs, neutral opløsning. **Indikation:** Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1-års-alderen. **Dosering:** Basalinsulin til subkutan indgivelse én gang dagligt på et hvilket som helst tidspunkt af dagen, fortrinvis samme tidspunkt hver dag. Hos patienter med type 2-diabetes mellitus kan dette lægemiddel administreres som monoterapi eller i kombination med orale antidiabetika, GLP-1-receptoragonister og bolusinsulin. Ved type 1-diabetes mellitus skal Tresiba® kombineres med korttids-/hurtigtvirkende insulin for at dække insulinbehovet ved måltiderne. Tresiba® doseres i overensstemmelse med patientens individuelle behov. Det anbefales at optimere den glykæmiske kontrol via dosisjustering baseret på faste-plasmaglukose. Justering af dosis kan blive nødvendig, hvis patienter udøver øget fysisk aktivitet, ændrer deres kostvaner eller under samtidig sygdom. **Tresiba® 100 enheder/ml og Tresiba® 200 enheder/ml injektionsvæske, opløsning i en fyldt pen:** Tresiba® findes i to styrker. For begge indstilles den nødvendige dosis i enheder. Dosisstrinene er forskellige for de to styrker. Med Tresiba® 100 enheder/ml kan der administreres en dosis på 1-80 enheder for hver injektion, i trin af 1 enhed. Med Tresiba® 200 enheder/ml kan der administreres en dosis på 2-160 enheder for hver injektion, i trin af 2 enheder. Dosis indgives ved brug af halvdelen af volumenet i forhold til basalinsulinpræparatet med 100 enheder/ml. Dosisstøtteren viser antallet af enheder, uanset hvilken styrke der anvendes, og dosis skal ikke omregnes, når patienten skifter til en ny styrke. **Fleksibelt administrationstidspunkt:** Hvor administration på samme tidspunkt af dagen ikke er mulig, tillader Tresiba® fleksibilitet med hensyn til tidspunktet for administration af insulin. Der skal altid gå mindst 8 timer mellem injektionerne. Der er ingen klinisk erfaring med fleksibelt administrationstidspunkt af Tresiba® hos børn og unge. Patienter, som glemmer en dosis, rådes til at tage den, når de opdager forglemmelsen, og derefter genoptage deres sædvanlige doseringsplan med dosering en gang dagligt. **Initiering:** Patienter med type 2-diabetes mellitus: den anbefalede daglige startdosis er 10 enheder efterfulgt af individuelle dosisjusteringer. Patienter med type 1-diabetes mellitus: Tresiba® skal anvendes én gang dagligt sammen med måltidsinsulin og kræver efterfølgende individuelle dosisjusteringer. **Skift fra andre insulinpræparater:** Hyppig blodglucosekontrol anbefales i overgangsperioden og i de følgende uger. Doser og tidspunkter for samtidig behandling med hurtigtvirkende eller korttidsvirkende insulinpræparater eller andre antidiabetika skal muligvis justeres. **Patienter med type 2-diabetes mellitus:** For patienter med type 2-diabetes, som tager basal-, basal-bolus-, blandings- eller selvblandet insulinbehandling én gang dagligt, kan skift til Tresiba® ske enhed til enhed ud fra den tidligere basalinsulindosis efterfulgt af individuelle dosisjusteringer. En dosisreduktion på 20% i forhold til den tidligere basalinsulindosis efterfulgt af individuelle dosisjusteringer skal overvejes når der skiftes til Tresiba® fra basalinsulin to gange dagligt, og når der skiftes til Tresiba® fra insulin glargin (300 enheder/ml). **Patienter med type 1-diabetes mellitus:** For patienter med type 1-diabetes skal en dosisreduktion på 20% ud fra den tidligere basalinsulindosis eller basalkomponent af en kontinuerlig subkutan insulininfusionsregime overvejes efterfulgt af individuelle dosisjusteringer baseret på det glykæmiske respons. **Brug af Tresiba i kombination med GLP-1 receptoragonister hos patienter med type 2-diabetes mellitus:** Når Tresiba® gives i tillæg til GLP-1 receptoragonister, er den anbefalede startdosis 10 enheder dagligt. Efterfølgende justeres dosis individuelt. Når GLP-1-receptoragonister gives i tillæg til Tresiba®, anbefales det at reducere dosis af Tresiba® med 20% for at minimere risikoen for hypoglykæmi. Dosis skal efterfølgende justeres individuelt. **Ældre:** Tresiba® kan anvendes til ældre. Monitorering af glukose skal intensiveres og insulindosis justeres individuelt. **Nedsat nyre- og leverfunktion:** Kan anvendes til patienter med nedsat nyre- og leverfunktion. Monitorering af glukose skal intensiveres og insulindosis justeres individuelt. **Børn:** Der er ingen klinisk erfaring med brugen af dette lægemiddel i børn under 1 år. Kan anvendes til unge og børn fra 1 år. Ved skift af basalinsulin til Tresiba® skal individuel dosisjustering af basal- og bolusinsulin overvejes for at mindske risikoen for hypoglykæmi. **Administration:** Kun til subkutan anvendelse. Må ikke administreres intravenøst, da det kan resultere i alvorlig hypoglykæmi. Må ikke administreres intramuskulært, da det kan ændre absorptionen. Må ikke anvendes i insulininfusionspumper. Må ikke udtages fra cylinderampullen tilhørende den fyldte pen og ind i en sprøjte. Tresiba® administreres subkutan ved injektion i låret, overarmen eller abdominalvæggen. Injektionsstederne skal altid varieres inden for samme område for at nedsætte risikoen for lipodystrofi. Patienter skal instrueres i altid at bruge en ny nål. Genbrug af nåle til insulinpenne øger risikoen for blokerede nåle, hvilket kan føre til under- eller overdosering. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** **Hypoglykæmi:** Udeladelse af et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan medføre hypoglykæmi. Kan forekomme, hvis insulindosis er for høj i forhold til insulinbehovet. Hos børn skal der udvises omhu, så insulindosis (specielt ved basal-bolus-behandlingsregimer) stemmer overens med fødeindtagelse og fysisk aktivitet for at mindske risikoen for hypoglykæmi. Anden samtidig sygdom, især infektioner og tilstande med feber, øger normalt patientens insulinbehov. Samtidige sygdomme i nyrer, lever eller sygdomme, som påvirker binyrer, hypofyse eller thyreoidea, kan nødvendiggøre ændringer i insulindosis. Den langvarige virkning af Tresiba® kan som ved andre basalinsulinpræparater forsinke normalisering af blodsukkeret efter hypoglykæmi. **Hyperglykæmi:** Utilstrækkelig dosering og/eller afbrydelse af behandlingen hos patienter, som har behov for insulin, kan føre til hyperglykæmi og potentielt til diabetisk ketoacidose. Desuden kan samtidig sygdom, især infektioner, føre til hyperglykæmi og derved et øget insulinbehov. De første symptomer på hyperglykæmi opstår normalt gradvist over en periode på timer eller dage. Symptomerne inkluderer tørst, hyppigere vandladning, kvalme, opkastning, døsighed, rødme og tør hud, mundtørhed, appetitløshed og acetoneånd. Ved type 1-diabetes mellitus fører ubehandlede hyperglykæmiske tilfælde i sidste instans til diabetisk ketoacidose, som kan være dødelig. **Skift fra andre insulinpræparater:** Skift af en patient til en anden type, et andet mærke eller en anden fabrikant af insulin må kun ske under lægekontrol og kan medføre et behov for ændring af dosis. **Kombinationsbehandling med pioglitazon:** Tilfælde af hjerteinsufficiens er blevet rapporteret, når pioglitazon har været brugt i kombination med insulin, særligt hos patienter med risikofaktorer for udvikling af hjerteinsufficiens. Dette skal tages i betragtning, hvis kombinationsbehandling med pioglitazon og Tresiba® overvejes. Hvis kombinationsbehandlingen anvendes, skal patienterne observeres for tegn og symptomer på hjerteinsufficiens, vægtforøgelse og ødemer. Pioglitazon skal seponeres, hvis der sker en forværring af hjertesymptomer. **Øjensygdom:** Intensivering af insulinbehandling med en hurtig forbedret glykæmisk kontrol kan være forbundet med en forbigående forværring af diabetisk retinopati, hvorimod forbedret glykæmisk kontrol gennem længere tid nedsætter risikoen for forværring af diabetisk retinopati. **Forebyggelse af medicineringsfejl:** Patienterne skal instrueres i altid at kontrollere insulinetiketten før hver injektion for at undgå utilsigtet forveksling af de to styrker af Tresiba® såvel som andre insulinpræparater. Patienterne skal visuelt kontrollere de indstillede enheder på pennens dosisstæller. Derfor er kravet til patienter, der selvinjicerer, at de kan aflæse dosisstøtteren på pennen. For at undgå doseringsfejl og potentiel overdosering, skal patienter og sundhedspersonale aldrig anvende en sprøjte til at udtage lægemidlet fra cylinderampullen i den fyldte pen. I tilfælde af blokerede nåle, skal patienter følge instruktionerne beskrevet i brugervejledningen, som findes sammen med indlægseddelen. **Insulinantistoffer:** Insulin administration kan forårsage dannelse af insulinantistoffer. I sjældne tilfælde vil tilstedeværelsen af insulinantistoffer nødvendiggøre justering af insulindosis for at korrigere en tendens til hyper- og hypoglykæmi. **Natrium:** Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium (23mg) per dosis. **Interaktioner:** Et antal lægemidler er kendt for at påvirke glucosemetabolismen. Følgende lægemidler kan nedsætte insulinbehovet: Orale antidiabetika, GLP-1-receptoragonister, monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere), betablokkere, ACE-hæmmere, salicylater, anabolske steroider og sulfonamider. Følgende lægemidler kan øge patientens insulinbehov: Orale kontræceptiva, thiazider, glukokortikoider, thyreoideaormoner, sympatomimetika, væksthormon og danazol. Betablokkere kan maskere symptomerne på hypoglykæmi. Octreotid/lanreotid kan enten øge eller reducere insulinbehovet. Alkohol kan øge eller reducere den hypoglykæmiske effekt af insulin. **Graviditet, amning og fertilitet:** Ingen kliniske erfaringer med anvendelse af Tresiba® til gravide kvinder eller med anvendelse af Tresiba® under amning. Det er ukendt, om insulin degludec udskilles i human mælk. Der forventes ingen metabolisk påvirkning af nyfødte/spædbørn, der ammes. Reproduktionsstudier med insulin degludec hos dyr har ikke vist nogen bivirkninger på fertiliteten. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Patientens evne til at koncentrere sig og reagere kan være svækket på grund af hypoglykæmi. Dette kan udgøre en risiko i situationer, hvor disse evner er af specielt vigtighed (f.eks. ved bilkørsel eller betjening af maskiner). **Bivirkninger:** Den hyppigst rapporterede bivirkning under behandling er hypoglykæmi. **Immunsystemet:** Overfølsomhed (hævelse af tunge og læber, diarré, kvalme, træthed og kløe), urticaria. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi. Kan forekomme, hvis insulindosis er for høj i forhold til insulinbehovet. Svær hypoglykæmi kan medføre bevidstløshed og/eller kramper og kan resultere i midlertidig eller permanent hjerneskade eller i værste fald død. Symptomerne på hypoglykæmi opstår normalt pludseligt, og kan omfatte koldsved, kold bleg hud, udmattelse, nervøsitet eller tremor, ængstelse, usædvanlig træthed eller svaghed, konfusion, koncentrationsbesvær, døsighed, overdreven sult, synsforstyrrelser, hovedpine, kvalme og hjertebanken. **Hud og subkutane væv:** Lipodystrofi. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Reaktioner på administrationsstedet (inklusive hæmatom, smerter, hæmoragi, erytem, knuder, hævelse, misfarvning, pruritus, varme samt fortykkelse på injektionsstedet), perifert ødem. **Overdosering:** En specifik overdosis af insulin kan ikke defineres, men hypoglykæmi kan dog udvikles over forskellige faser. **Opbevaring og holdbarhed:** 30 måneder. **For brugtagning:** Opbevares i køleskab (2°C-8°C), ikke for tæt på køleelementet. Må ikke fryses. **Under brug:** **Tresiba® FlexTouch® 100 enheder/ml og 200 enheder/ml:** Opbevares i højst 8 uger. Opbevares under 30°C. Kan opbevares i køleskab (2°C-8°C). **Tresiba® Penfill®:** Må ikke køles ned. Opbevares under 30°C i højst 8 uger. Opbevar **Tresiba® Penfill®** i den ydre karton og Tresiba® FlexTouch® med penhætten påsat for at beskytte mod lys. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet har generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringsstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Tresiba® FlexTouch® 100 enheder/ml 5 x 3 ml. Tresiba® FlexTouch® 200 enheder/ml 3 x 3 ml. Tresiba® Penfill® 100 enheder/ml 5 x 3 ml. Dagsaktuelle priser findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk) (Ver. 02/2018) (DK/TB/05170/190(2)). **Læs altid indlægseddelen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Ørestads Boulevard 108, 6. sal, 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også [www.novonordisk.dk](http://www.novonordisk.dk)**



changing  
diabetes®

Hos Novo Nordisk ændrer vi kursen for diabetes. I vores tilgang til at udvikle behandlinger, i vores løfte om at arbejde profitabelt og etisk og i vores søgen efter en helbreds mulighed.

**TRESIBA®**  
insulin degludec





# I bund og grund handler det jo om større livskvalitet



Seniorforsker Bente Thoft Jensen har i en årrække været formand for Den Europæiske Sammenslutning af Urologiske Sygeplejersker (EAUN), og hun er blandt initiativtagerne til den europæiske skole for urologisk sygepleje.

Otte års forskning i effekt af at forberede patienterne før en operation **præger de kommende pakker** for behandling af kræft i blæren.

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

☪ Du skal resten af dit liv leve med stomi og ændrede kropsfunktioner, og du skal lære at håndtere det. Samtidig kan det være svært og grænseoverskridende for den enkelte patient at skulle erkende realiteterne. En operation for muskelinvasiv blærekræft er nemlig en omfattende og kompleks operation med fjernelse af blæren og høj risiko for komplikationer og en lang række senfølger.

Begge konsekvenser af operationen var baggrund for et større forskningsprojekt, der nu kommer patienter over hele landet til gode.

”Jeg ville gerne i min forskning undersøge mulighederne for en effektiv præ- og postoperativ rehabilitering med vægt på emner som fysisk træning, ernæring og stomioplæring,” forklarer klinisk specialist og seniorforsker Bente Thoft Jensen, Urologisk Forskningsenhed på Aarhus Universitetshospital.

#### Udbredt til hele landet

Hun kan nu glæde sig over, at Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse og patientforeningerne har anerkendt evidensniveauet, og at elementerne fra forskningen kommer med i de nye kræft-



pakker for patienter med blærekræft. Og den implementering, der for længst er sket på Aarhus Universitetshospital, bliver hermed udbredt til hele landet. Det betyder, at perioden fra fælles behandlingsbeslutning til operationen vil blive udskudt godt en uge for at give mere tid til den præhabiliterende fase, og at der også efter operationen fortsættes med fokus på fysisk træning, ernæring og stomioplæring.

### Færre gener og komplikationer

”Med baggrund i filosofien bag accelererede patientforløb ønskede vi i blæreteamet at designe en målrettet indsats både før og efter operationen. Målet var at reducere komplikationer og gener samt i størst mulig grad at bibeholde den fysiske funktion og livskvalitet,” fortæller Bente Thoft Jensen og fortsætter:

”Den multimodale indsats bestod af flere komponenter: et fysisk træningsprogram, ernæringsindsats inklusive supplerende proteindrikke samt præoperativ stomitræning. Det skal dog ses som en pakke, hvor vi i hovedstudiet undersøgte den samlede indsats’ kortsigtede og langsigtede effekt på livskvalitet, komplikationer og self-efficacy, i dette tilfælde evnen til selv at håndtere stomien.”

Hun tilføjer, at kræftpakkerne jo både handler om at sikre bedst mulig overlevelse, og at de pågældende patienter får færre gener og en god livskvalitet efter kræftbehandlingen.

### Projekt mødt med kritiske røster

På alle punkter viste forskningen positive resultater, men da projektet begyndte tilbage i 2011, var der en vis skepsis og også kritiske røster fra egne rækker, fortæller forskeren:

”Ja, der var dem, som grinede af os og sagde, at vi løb rundt som spejdere og malede streger på gulvet i Skejby. Og der var dem, som mente, at vi stredede patienterne unødigt op til en stor operation, og at vi i stedet burde lade dem hvile sig. Men det gjorde vi ikke. Vi gav patienterne i interventionsgruppen en stor taske med træningsudstyr med hjem, så snart de var tilbudt operation, og så kunne de ellers gå i gang med at træne. Og stregerne på gulvet brugte vi til meget præcist at måle, hvor langt de kunne gå umiddelbart efter operationen og dermed, hvordan træningen og kostrådene havde virket på hurtig mobilitet,” husker Bente Thoft Jensen.

Forskningsprojektet startede, før det blev almindeligt at tale om patientinvolvering, og de patienter, som sagde ja til tilbud-

det om at være med, var glade for at blive taget med på råd og at føle, at de selv kunne gøre en indsats op til operationen. Det samme gav pårørende udtryk for, og det var med til at gøre forskningen til en succes, endnu før resultatet forelå.

### Muskelkraften forbedret før operationen

”Patienterne trænede de store muskelgrupper, og de fik orientering og råd til, hvordan de kunne få tilstrækkeligt med proteiner i kosten. Resultatet var, at vi kunne måle op til 20 pct. bedre muskelkraft umiddelbart før operationen,” siger Bente Thoft Jensen.

Dermed kunne træningen medvirke til at kompensere for følger af stress-metabolisme, sikre hurtigere og bedre mobilitet samt modvirke komplikationer. Patienterne kom ”ud på gulvet” dagen efter operationen og havde daglige ernæringsmål samt mål for fysisk træning.

### Træning med attrap

Efter operationen skal patienten leve med stomi, og det kan give anledning til en masse spørgsmål hos både patient og pårørende.

”Der er jo mange, som frygter, at det vil låse dem i forhold til deres sociale liv. Er det ildelugtende, og kan jeg finde ud af tømning og bandageskift? Her ville vi i forskningen undersøge, hvilken effekt stomi-træning før operationen har. Vi anvendte en attrap, og i stedet for urin brugte vi vand. Fordelen ved at lægge træningen før operationen var jo, at patienten ikke havde kvalme og ubehag, og der kunne måske endda grines lidt undervejs sammen med ægtefællen under træningen,” fortæller Bente Thoft Jensen.

Sammen med blæreteamet har hun til forskningen udarbejdet og anvendt en stomioplæringsskala med et pointsystem. Her gives der point for, hvor meget eller hvor lidt patienten skal have hjælp fra en sygeplejerske til at tage stomibandagen af og på, tilpasse hul i ny stomibandage, vaske og tørre huden, tømme pose samt til- og frakoble natpose. Ved alle funktioner og hele vejen igennem det første år viste det randomiserede studie med i alt 107 patienter væsentlig bedre self-efficacy hos dem, der havde fået træning før operationen sammenlignet med dem, som ikke modtog tidlig oplæring.

”Forskningen støtter også her en udvidelse af præhabiliteringsperioden, og det sker så nu. Jeg håber, at vi med yderligere forskning kan komme et skridt videre og vise, hvad vi muligvis kan opnå med en præhabiliteringsperiode på en måned. Det er muligt blandt de patienter, der får supplerende kemoterapi før operationen,” siger Bente Thoft Jensen. ●

## Stor anerkendelse

Der har været stor anerkendelse af Bente Thoft Jensens forskning i effekten af træning, stomioplæring og ernæringsindsats før en stor blærekræftoperation samt progressiv rehabilitering med de samme elementer efter operationen. Forskningsprojektet har vundet flere priser ude i verden og er bl.a. med succes blevet afprøvet og implementeret på et cancerhospital i New York.





"Og så gør du sådan her." Patienten skal opleve, at det altså ikke er raketvidenskab at håndtere stomien, siger stomisygeplejerske Berit Kisbye. Hun træner med patienter før operationen i håndtering af stomien.



Træningsøvelser er en del af programmet i Blæreskolen, og fysioterapeut Tine Toftlund Weinreich gennemgår de store muskelgrupper og øvelserne, og hun orienterer om, hvorfor det er så vigtigt at styrke muskulaturen før operationen. Patienterne forberedes også på, at de "jages ud på gulvet" allerede dag ét efter operationen.

# Og så hæfter du lige natposen på sådan her ...

Patientens reaktion på stomien er en hel anden, **når der er blevet trænet før operationen** på et tidspunkt, hvor der var overskud til det.

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

Patienten har spændt et bælte med en lamineret prøvekonvolut om maven.  
"Sådan ja. Her kommer den til at sidde," bekræfter stomisygeplejerske Berit Kisbye.

Det er Trin 1 i "Blæreskolens" undervisning i håndtering af stomi, og eleven, en midaldrende mand, er lærevillig. Om et par uger skal han opereres for blærekræft, og han er ved


at vænne sig til tanken: I sit fremtidige liv skal han opsamle sin urin i en pose og tømme den i toilettet. Og den laminerede prøvekonvolut er ikke afskrækkende, men derimod ret så uskyldig og også lidt morsom.

Stemningen er da også let, da Berit Kisbye viser ham den rigtige pose.

"Det her er dagposen, og den har du på 24 timer i døgnet. Om aftenen, når du skal i seng, hæfter du natposen på sådan her. Og så kan du sove hele natten uden at skulle op."

"Nå. Det bliver da et fremskridt," konstaterer patienten med et skævt smil.





Berit Kisbye er sammen med fysioterapeut Tine Toftlund Weinreich blandt de klinikere på hospitalets kræftafdeling, som har været med til at implementere seniorforsker Bente Thoft Jensens forskningsprojekt med mere effektiv præ- og posthabilitering i forbindelse med operation for blærekræft. Det er således Tine Toftlund Weinreich, som har udarbejdet træningsprogrammet til træning både før og efter operationen.

### Tre patienter på et hold

I projektet fik deltagerne i interventionsgruppen individuel undervisning og rådgivning i træning, ernæring og stomihåndtering. Det er ressourcemæssigt ikke muligt i implementeringen, og i stedet samles patienterne til en fælles skoledag i Blæreskolen på afdelingen.

”Holdene består af højst tre patienter med pårørende, og der er også individuelle samtaler. Vi har i det hele taget forsøgt at være så tro mod projektet som muligt i implementeringen,” forklarer Berit Kisbye.

Patienterne får mulighed for at deltage i en sådan ”skoledag” typisk et par dage efter, de har fået diagnosen og tilbud om operation. Her får de fælles introduktion, og der kan snakkes ud fra spørgsmål fra deltagerne. Der tales bl.a. om det vigtige i at få de rigtige proteiner dagligt gennem kosten, om fysisk træning, og om, at disse to indsatser går hånd i hånd.

Og så er der stomien:

### Prøver med en kuvert

”De prøver at få bæltet med en lamineret prøvekonvolut på, så de kan opleve, hvor den skal sidde. Her er stemningen nogle gange ret let, og der er jo ingen, der på nogen måde blotter sig. Det er med til at vise, at det jo ikke er raketvidenskab,” siger stomisygeplejersken.

Hvis patienten ønsker det, kan han eller hun få en stomipose med hjem og øve sig i at håndtere den, eventuelt sammen med ægtefællen.

”Bare det, at de har haft posen i hænderne, gør, at de får en helt anden tilgang til det. De føler sig ikke på bar bund, når det efter operationen er alvor,” siger Berit Kisbye.

Efter den fælles snak på Blæreskolen får den enkelte patient en individuel snak med sygeplejersken, og her er de pårørende selvfølgelig med.

”Imens tager jeg så de ledige, der venter, og laver nogle øvelser med dem enkeltvis. Her får de at vide, at vi ”jager dig altså ud af sengen fra dag et,” og vi snakker om, hvorfor det er vigtigt. Vi gennemgår de store muskelgrupper, og vi kommer gennem fem øvelser. De får desuden et lille hæfte med hjem, så de kan træne derhjemme op til operationen og markere i et skema morgenen og aften, at nu er der blevet trænet,” fortæller fysioterapeut Tine Toftlund Weinreich.

### Træningen fortsætter efter operationen

Træningen fortsætter efter operationen de dage, patienten er indlagt, og fysioterapeuten taler her med patienten om mulighederne for fortsat at træne efter udskrivelsen, eventuelt gennem et kommunalt tilbud. Også ernæringen er fortsat et tema efter operationen med daglige mål for indtag af protein og energi.

”Og når vi fysioterapeuter gangtræner med patienterne efter operationen, følger vi op og går lige sammen med patienten ned og får fat i en proteindrik,” siger Tine Toftlund Weinreich.

Den nyopererede skal nu vænne sig til stomien, og det er måske ikke så enkelt. Der har tidligere været eksempler på, at patienter efter operationen ikke ville røre ved stomien og måske ikke engang se den. Men erfaringen er, at reaktionen på stomien er en hel anden, når der er blevet trænet før operationen og dermed på et tidspunkt, hvor der var overskud til det.

### Skifter selv bandagen hurtigere

”Når vi fra dag ét træner med den rigtige stomi, kan vi mærke, at patienterne allerede er kommet et stykke vej pga. træningen før operationen. Vi ser således eksempler på patienter, der allerede på anden- eller tredjedagen selv skifter stomibandagen. Det så vi ikke førhen,” siger Berit Kisbye.

Hun tilføjer, at der også er eksempler på patienter, der fortsat en tid vil have hjemmesygeplejersken til at skifte, men hvor patienten så nærmest selv tager over og instruerer hjemmesygeplejersken i, hvordan det skal gøres.

Ernæring, fysisk træning og undervisning i håndtering af stomien: Det hele hænger sammen, når patienten skal gennemgå en operation, der indebærer risiko for komplikationer, og som på visse områder ændrer livet for den opererede. Her giver den udvidede præ- og posthabilitering resultater.

Seniorforsker Bente Thoft Jensen sidder og smiler, mens hun hører stomisygeplejersken og fysioterapeuten fortælle om, hvordan de engagerer både patienter og pårørende i den præhabiliterende fase.

”Ja, hvis ikke vi havde haft dette gode teamarbejde gennem flere år, var implementeringen ikke lykkedes så godt, som den er,” siger hun. ●

## Vidste du, at

- Hvert år får omkring 1.600 patienter i Danmark diagnosen kræft i blæren.
- Blærekræft er tre gange så hyppig hos mænd som hos kvinder. De fleste er over 60 år.
- Halvdelen har været storrygere eller ansat i asfalt- eller farveindustrien.
- En del af patienterne skal have fjernet blæren og dermed gennemgå en større operation.
- Tidligere var patienterne indlagt 21 dage efter operation, nu er de indlagt tre-fire dage.

# Tidlig indsats kan forebygge mentale helbredsproblemer



"Janni Ammitzbøll, sundhedsplejerske, ph.d., har inden for sundhedsplejen fundet et klart potentiale i forhold til at opspore børn, som er i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer.

PUF-metoden - Psykisk Udvikling og Funktion - **identificerer mentalt sårbare børn**, når de er 9-10 måneder gamle.

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

"Ved at identificere de børn meget tidligt, som er i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer – de mentalt sårbare børn – kan vi sætte ind med en forebyggende indsats med det samme," forklarer ph.d. og sundhedsplejerske Janni Ammitzbøll fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Med en ny metode kan sundhedsplejersker nu undersøge, om et barn i 9-10-månedersalderen er mentalt sårbart og derved har en højere risiko for senere hen at udvikle mentale helbredsproblemer. Metoden kan afdække f.eks. spise- og søvnforstyrrelser, adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser samt neuro-udviklingsforstyrrelser som autisme-spektrum-tilstande og ADHD.

Metoden kaldes PUF (Psykisk Udvikling og Funktion) og giver sundhedsplejersken mulighed for på en standardiseret og systematisk måde at undersøge barnets psykiske udvikling og funktion

og sætte ind med en tidlig forebyggende indsats.

"Sundhedsplejersken kan vejlede og uddanne forældrene i – og hvis muligt pædagogerne i barnets dagtilbud – hvordan de bedst muligt støtter barnets udvikling, og derved forebygge udvikling af mentale helbredsproblemer, som ellers ville vise sig senere hen i barndommen," forklarer Janni Ammitzbøll og oplyser, at mentale helbredsproblemer hos selv helt små børn er relativt hyppige:

"Mindst 15 pct. af børnepopulationen rammes af psykiske problemer, som følger dem gennem livet, og som har stor betydning for deres videre udvikling, trivsel og indlæring på den lange bane."

## Stort potentiale for at forebygge

Der ligger solid dansk forskning bag udviklingen af PUF-programmet. Det hele startede med et tæt samarbejde med databasen Børns Sundhed og studiet



Copenhagen Child Cohort 2000, der fra år 2000 har fulgt en meget stor gruppe børn født i København.

”Ved at kigge på sundhedsplejerskens tidligere observationer af de børn, der i 1½-årsalderen blev diagnosticeret med udviklingsmæssige forstyrrelser, viste studiet, at de udviklingsmæssige forstyrrelser kunne observeres langt tidligere hos børnene,” forklarer Janni Ammitzbøll.

”Både dette studie og senere studier har vist, at der er et klart potentiale inden for sundhedsplejen i forhold til at opspore de børn, der er i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer, og på den måde tidligt initiere en forebyggende indsats,” siger Janni Ammitzbøll.

”F.eks. havde tidlig regulering af spisning og søvn en sammenhæng med senere alvorlige spise- og søvnproblemer. Og tidlige udviklingsproblemer som f.eks. kontakt og kommunikation eller regulering af opmærksomhed og aktivitet havde en sammenhæng med senere udvikling af adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser, autisme-spektrum-tilstande og ADHD ved 1½- og 5-7-årsalderen,” uddyber hun.

### Børn, der ikke kan falde i søvn eller kaster op

Janni Ammitzbøll giver et eksempel på, hvilke sårbarheder hos børnene PUF-undersøgelsen kan opspore.

”Det kan være et barn, som har svært ved at regulere sig og f.eks. ikke kan falde i søvn uden at skulle have ekstra meget hjælp til det eller vågner rigtig mange gange uden at kunne falde i søvn igen. Eller et barn, der ikke viser tydelige tegn på sult og mæthed eller kaster op flere gange om ugen i forbindelse med måltidet,” siger Janni Ammitzbøll.

Hun var med til at udvikle undersøgelsesmetoden og lavede efterfølgende en ph.d., hvor hun i et studie af 2.973 børn validerede metoden, der viste, at PUF fungerede efter hensigten, og at metoden rent faktisk målte det, man ønskede.

Et samlet PUF-program, der består af PUF-undersøgelsen, tilbagemelding til forældrene, en indsats til mentalt sårbare

børn og uddannelse af sundhedsplejersken i brug af metoden, er fra årsskiftet blevet implementeret i 17 kommuner. ●

## PUF

PUF – Psykisk Udvikling og Funktion – er en metode til tidligt at identificere udviklingsmæssig sårbarhed hos helt små børn ved hjælp af en standardiseret metode, som sundhedsplejersken anvender, når hun besøger en familie med et 9-10 måneder gammelt barn.

PUF er den eneste metode, der systematisk dækker hele spektret af mentale helbredsproblemer hos det lille barn. Den er udviklet af danske sundhedsplejersker i samarbejde med småbørnsforskere og folkesundhedsforskere.

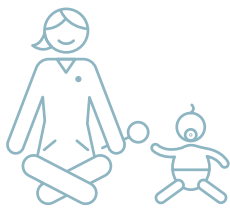
Sundhedsplejersken undersøger otte forskellige udviklingsområder på baggrund af egne observationer og dialog med forældrene og med udgangspunkt i et skema med 28 spørgsmål.

## PUF-studier og validering

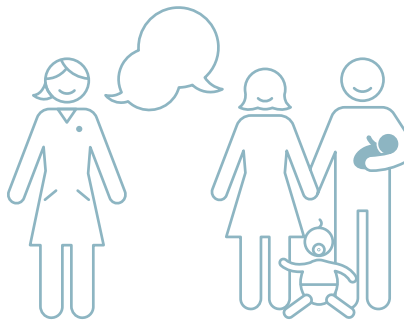
2.973 børn blev i 9-10-månedersalderen undersøgt med metoden PUF og 400 af dem igen ved 1½ år. Studierne dannede baggrund for validering af PUF-metoden.

- Studierne viste, at PUF dækker hele spektret af mentale helbredsproblemer hos det lille barn, og at der var et stort indsatspotentiale i sundhedsplejen hos børn 9-10 måneder.
- 8,6 pct. af børnene havde ved 9-10 måneder vanskeligheder med at kommunikere og interagere. 20 pct. havde problemer med at spise, 16 pct. havde opmærksomhedsproblemer, og 14 pct. havde emotionelle problemer.

## Udviklingsmæssig sårbarhed kan identificeres tidligt



1. Sundhedsplejersken undersøger barnets psykiske udvikling og funktion (PUF) ved 9-10-månedersalderen.



2. Hos de børn, der er mentalt sårbare, laver man i samarbejde med forældrene en understøttende indsats.

3. Udvikling af mentale helbredsproblemer hos børnene forebygges.

Sundhedsplejerske Anette Bryndum Larsen har god kontakt til 10 måneder gamle Emilie. Samtidig stiller hun 28 nøje forberedte spørgsmål til Emilies mor ud fra et skema. Svarene afdækker på en systematisk måde barnets psykiske udvikling og funktion.



# Det er ikke sådan, at hun tit er irriterabel?

Opmærksomhed på **28 udviklingspunkter inden for otte områder** kan forebygge mentale helbredsproblemer hos helt små børn.

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

Sundhedsplejerske Anette Bryndum Larsen sætter sig på gulvtæppet og rækker Gurli Gris hen til Emilie på 10 måneder, som grundigt undersøger tøjdyret. Hun er blevet vejet og målt og kigger nu nysgerrigt op på Anette Bryndum Larsen,

som er på hjemmebesøg hos familien Karnib i Høje-Taastrup Kommune.

”Vi er begyndt at bruge en ny undersøgelsesmetode, der kan fortælle os noget om børns udvikling af psykiske sårbarheder i en tidlig alder,” forklarer

Anette Bryndum Larsen til Emilies mor, Douaa Fouad Karnib.

”Nu vil jeg gå det her skema igennem med dig, så vi får det hele med,” siger hun, mens hun tager en kuglepen og et A4-ark op af rygsækken.

Skemaet med 28 spørgsmål danner baggrund for en systematisk undersøgelse af barnets psykiske udvikling og funktion, kaldet PUF. Sundhedsplejersken udfylder det ved hjælp af egne observationer og gennem en dialog med forældrene ved et hjemmebesøg, når barnet er 9-10 måneder gammelt.



Det skal hjælpe til at finde de børn, som har en højere risiko for senere hen at udvikle mentale helbredsproblemer som f.eks. spise- og søvnforstyrrelser, adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser, autisme-spektrum-forstyrrelser og ADHD. Derfor kan børnene drage nytte af en tidlig forebyggende indsats.

### Spørgsmål indgår naturligt i samtalen

Tilbage hos familien Karnib er Anette Bryndum Larsen gået i gang med at arbejde sig gennem PUF-skemaet, hvor de første spørgsmål om Emilie handlede om søvn og spisning, og hun er nu nået til kategorien "følelsesmæssige udtryk".

"Synes du, at Emilie det meste af tiden er glad og tilfreds?" spørger hun.

"Ja, hun er en glad pige," smiler Emilies mor.

"Så tænker du, at hun overvejende er glad og tilfreds i sin vågne tid? Kan du svare ja til det?" spørger Anette Bryndum Larsen.

"Ja. Hun er aldrig ked af det uden grund. Så er det, fordi hun er træt," fortæller Emilies mor.

Anette Bryndum Larsen sætter et kryds ved "ja" og fortsætter med at spørge. Hun fletter de mange spørgsmål ind i samtalen med Emilies mor, så det virker naturligt.



**Forbered forældrene.** Barnet skal helst være frisk og veludhvilet og have et stykke legetøj parat, der interesserer barnet.

**Udfyld skemaet til sidst i besøget** – så får du den bedste observationstid af barnet.

**Vær loyal overfor skemaet,** og vær ikke bange for at bruge skemaets ordlyd.

**Resuméér konklusionen højt** for forældrene efter hvert item.

**Lav et forum med dine kollegaer** til erfaringsudveksling om PUF.

"Det er ikke sådan, at hun tit er irriteret, og du ikke ved, hvad du skal gøre ved det?" spørger hun.

"Nej. Kun, når hun er ved at få tænder."

"Så det med at græde meget mindst en time hver dag – det er ikke lige hende?"

"Nej."

Anette Bryndum Larsen har oplevet en bekymring fra andre sundhedsplejersker for, om skemaet kan blive en stopklods for den gode samtale.

"Personligt oplever jeg, at PUF indgår naturligt i mit arbejde og ikke er en hindring for en god kontakt og samtale. Vi har hver vores måde at gøre tingene på, men jeg synes ikke, vi skal være bange for at komme ud af vores komfortzone og måske stille spørgsmål på en lidt anden måde, end vi plejer," siger hun.

### Tillidsfuld eller ukritisk kontakt?

Hos familien Karnib har Anette Bryndum Larsen været omkring spørgsmål relateret til "nysgerrighed og interesse", "opmærksomhed og koncentration" samt "motorisk udvikling og aktivitet", og hun er nu nået til "kommunikation og samspil".

Emilie er meget glad for at kravle over til Anette Bryndum Larsen, så da hun når til spørgsmål nummer 26 "barnet foretrækker tydeligt de kendte omsorgspersoner", som handler om barnets selektivitet, spørger hun ekstra grundigt ind.

"Kan hun godt lide din kontakt, hvis der er fare på færde?" spørger hun.

"Ja. Også når hun er syg eller har ondt, så er det mig, hun søger. Også selvom far er hjemme," svarer Emilies mor.

"Kan du trøste hende ved at nusse og sådan?"

"Ja, og så skal hun lige have sutten også."

Anette Bryndum Larsen svarer "ja" i skemaet til, at Emilie er selektiv i sin kontakt præcis som de fleste andre børn og summerer op for Emilies mor:

"Det er dejligt, at hun er så tillidsfuld – det vigtige er, at hun også ved, at det er mor, hun skal få trøsten fra."

Hun færdiggør undersøgelsen uden at finde nogen mentale sårbarheder hos Emilie.

### PUF hjælper til at holde fast

Anette Bryndum Larsen har arbejdet med PUF-metoden siden 2011, da hun har været med til at afprøve den i forbindelse

med, at den blev udviklet og valideret til brug i de danske sundhedsplejeordninger. Hun er glad for, at det nu er blevet en del af sundhedsplejerskens værktøjskasse.

"Det er et rigtig godt værktøj, der gør det synligt, at de her problemer er vigtige at få løst. Det hjælper mig til at være systematisk og til at holde fast i, at jeg skal tage fat i de udfordringer, jeg observerer, og få dem løst sammen med forældrene med en indsats."

Hun fremhæver, at det er vigtigt, at sundhedsplejerskerne får mulighed for at sparre med hinanden om, hvordan de bruger metoden for at mindske tvivls-spørgsmål ude ved hjemmebesøgene. ●

## PUF (Psyisk Udvikling og Funktion)-skemaet

Undersøgelsen omfatter 28 udviklingspunkter inden for otte områder:

- Regulering af søvn
- Spisning
- Følelsesmæssige udtryk
- Nysgerrighed og interesse
- Opmærksomhed og koncentration
- Motorisk udvikling og aktivitet
- Kommunikation og socialt samspil
- Sprog

Sundhedsplejersken svarer ja eller nej til, om barnet har nået de udviklingsmæssige milepæle, og hvis svaret falder uden for det sædvanlige i forhold til alderen, skal der sættes ind med en understøttende indsats.

## Implementering af PUF

Implementering i 17 kommuner startede i januar 2019, og det forventes, at der vil komme en evaluering af indsatsen. Kommunerne er: Allerød, Dragør, Egedal, Fredensborg, Gladsaxe, Glostrup, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Roskilde, Rudersdal, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

# Positiv kommunikation og ligeværd nedbringer konflikter og tvang



Jesper Bak, psykiatrisk sygeplejerske og forskningsleder: "Kom patienterne i møde på en positiv, kompetent og ligeværdig måde, det forbedrer relationen mellem patient og personale og reducerer konflikter og brugen af tvang."

Den britiske metode Safewards kan **nedbringe tvang i psykiatrien** med en fjerdedel.

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

Personalet i psykiatrien kan ved måden, de møder patienterne på, bidrage til at reducere antallet af konflikter og brugen af tvang. Og det er godt, for anvendelse af tvang i psykiatrien er et voldsomt overgreb, der kan have store konsekvenser for både patienter og personale. Derfor skal andelen af personer, som bliver tvangsfikseret, halveres frem mod 2020, og den samlede anvendelse af tvang skal reduceres.

Til det formål har en britisk udviklet metode "Safewards" indfundet sig på omkring halvdelen af de danske psykiatriske afdelinger. Safewards er en model til at forstå konflikter og tvang på psykiatriske afdelinger og handler om, hvor i dagligdagen konflikter kan opstå, og hvad personalet kan gøre for at forebygge udviklingen af konflikter.

"Vi har som personale stor indflydelse på hele miljøet i et psykiatrisk afsnit. Hvis vi kommer patienterne i møde på en positiv, kompetent og ligeværdig måde, vil det forbedre relationen mellem patient og personale og reducere konflikter og brugen af tvang, og det er i korte træk, hvad Safewards går ud på," forklarer Jesper Bak.

## 3 GODE RÅD

til brug af Safewards

Fokusér pleje og behandling på de værdier og tilgange, som de 10 interventioner bygger på.

Brug tid på konfliktforklaringsmodellen, den giver et godt og nuanceret billede af konflikters opståen og udvikling.

Vær opmærksom på, at recovery er et helt centralt begreb i arbejdet med Safewards.

Han er psykiatrisk sygeplejerske, ph.d. og forskningsleder for Enheden for Klinisk Psykiatrisk Sundheds- og Sygeplejeforskning på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Jesper Bak har beskæftiget sig med forebyggelse af tvang i hele sin karriere og har skrevet en ph.d. om emnet.

**Vi skal væk fra apparatfejlsmodellen**  
I Safewards er der til brug i hverdagspraksis udviklet 10 handlemåder og



værktøjer, kaldet interventioner, som skal hjælpe personalet med at skabe et mindre konfliktfyldt miljø på de psykiatriske afdelinger.

”Det handler bl.a. om at flytte vægten i plejetilgangen fra apparatfejlsmodellen til en mere ressourcebaseret tilgang,” forklarer Jesper Bak.

”Hver af de 10 interventioner bygger på nogle værdier og tilgange, som skaber en bedre relation mellem patient og personale, der igen medfører færre konflikter og kontrollerende handlinger. Det handler om at fokusere pleje og behandling på disse værdier og tilgange,” forklarer han og giver nogle eksempler på værdierne:

”F.eks. handler interventionen ”lær hinanden at kende” om ligeværdighed og at give lidt af sig selv. ”Hjælp hinanden” handler om at skabe et miljø, der er præget af samarbejde og hjælpsomhed, og ”positive ord” handler om, at positiv kommunikation medfører et andet og mere positivt syn på patienterne.”

Hvis en konflikt alligevel opstår, giver Safewards en konkret opskrift på, hvordan konflikten kan deeskaleres.

”Det gælder om at deeskalere konflikten, så man undgår at bruge tvang og andre handlinger, eksempelvis PN-medicinering eller skærmning, som personalet kan sætte i værk for at kontrollere patientens adfærd,” siger Jesper Bak.

### Oversatte hundredvis af sider

Det hele startede i marts 2015, hvor den britiske professor i psykiatrisk sygepleje Len Bowers blev inviteret til Danmark for at fortælle om Safewards, der er hans livsværk udviklet på baggrund af 20 års forskning. Hans foredrag vandt genklang hos både fagprofessionelle og politikere, særligt fordi metoden så ud til at være en løsning på at nedbringe tvang.

”Len Bowers havde testet modellen med fine resultater i et randomiseret og kontrolleret forsøg på 31 afdelinger på 15 hospitaler omkring London. Forsøget viste, at Safewards kunne nedbringe brugen af kontrollerende handlinger, herunder tvang, med 26 pct. og konflikter med 15 pct.,” fortæller Jesper Bak.

På det danske møde var der enighed om, at modellen skulle indføres på de danske psykiatriske centre. Det krævede dog først en oversættelse af modellen til dansk, og derfor gik Jesper Bak og hans forskningskollegaer Lene Bering og Jacob Hvidhjem i gang med oversættelsen.

”Det var et kæmpe arbejde med at oversætte hundredvis af sider. For at dobbeltsikre, at oversættelsen fungerede rent fagligt, rettede vi den danske udgave til sammen med en gruppe fagprofessionelle, inden den i slutningen af 2015 blev offentliggjort på Safewards’ hjemmeside,” fortæller Jesper Bak.

Halvandet år efter reviderede de tre forskere atter den danske version sammen med en gruppe af fagprofessionelle.

Safewards-modellen har vundet indpas på mange danske psykiatriske afdelinger, men før et afsnit kan implementere brugen af Safewards, skal al personale på afsnittet helst gennem et todages kursus for at blive oplært i modellen. ●

## SAFEWARDS

Er en britisk model skabt med henblik på at reducere konfliktniveauet og kontrollerende handlinger, herunder tvang, på psykiatriske afdelinger.

Er udviklet til voksenpsykiatrien, men har også vist sig brugbar i bl.a. ungdoms-, rets-, ældre- og socialpsykiatrien.

### Består af:

- **10 interventioner** (læs artikel side 21): Praksisnære handlemåder og værktøjer til brug i hverdagspraksis, der anviser, hvordan personalet med fordel kan tale til patienterne, inddrage og støtte dem, og hvordan man kan deeskalere konflikter.
- **En konfliktforklaringsmodel**, der beskriver:
  - **Flashpoints** – faktorer, som kan udløse en konflikt – en slags ”triggere”, som man skal være specielt opmærksom på for hver patient, f.eks. en forværring af paranoide tanker eller en krise på hjemmefronten.
  - **Seks domæner**, hvor konflikter og kontrollerende handlinger kan udspringe fra: patientfællesskabet, patientkarakteristika (patientens sygdom), rammebetingelser (samfundets rammer og love), personalet, det fysiske miljø på afdelingen og alt det udenfor hospitalet.
  - **Personale- og patientmodifikatorer**, der er forskellige tiltag, som personale eller patienter kan gøre for at forebygge udvikling af en konflikt, f.eks. at involvere pårørende eller drage ekstra omsorg for patienten.

Læs mere om modellen på: [Safewards.net](http://Safewards.net)

Læs også *Sygeplejersken* 2015;(13):89-93. En ny måde at håndtere konflikter på.

## Tvang i tal

I 2017 anvendte man i psykiatrien i hele Danmark

- Fikseringer eller anden fysisk magt på godt 3.000 personer mere end 20.000 gange i alt
- Bæltfikseringer på 1.431 personer mere end 4.000 gange i alt
- 838 personer oplevede at blive tvangsmediceret

Kilder: Årlig opgørelse over anvendelse af tvang i psykiatrien (TIP-data), Sundhedsstyrelsen 2019 og Mål om mindre tvang i psykiatrien, Danske Regioner.

*Læs mere: Bowers L, et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. Int J Nurs Stud. 2015 Sep;52(9):1412-22. • Berring, L. L. and Bak, J. En ny måde at håndtere konflikter på. Sygeplejersken/Danish Journal of Nursing 2015;(13). • Bak, J. and Hvidhjem, J. Safewards. Len Bowers’ egne kommentarer i årene efter udgivelsen af Safewards. Psykiatrisk Sygepleje 3(24), 46-49. 2017. Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker.*

"At vi har afstemt gensidige forventninger til hinanden, gør det muligt på en positiv og anerkendende måde at bede patienterne om at korrigere en uhensigtsmæssig adfærd," forklarer Lene Monwell Drews, psykiatrisk sygeplejerske på PCK Gentofte.



# Hvor er det dejligt, at du sidder her og slapper af

Den måde, personalet taler til patienterne på, har **stor betydning for udvikling af konflikter.**

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

Det hænder, at personalet indimellem bliver kaldt for "møgso", "gamle kælling" eller "luder" af patienterne i arbejdet på et psykiatrisk afsnit.

"Hvor den slags skældsord førhen kunne afføde en konfronterende reaktion

blandt personalet i stil med "sådan snakker du ikke til mig!" siger jeg "ved du hvad – her respekterer vi hinanden og prøver at tale pænt til hinanden," forklarer specialuddannet psykiatrisk sygeplejerske Lene Monwell Drews, som arbejder

på det nyetablerede lukkede afsnit 19.2 PCK Gentofte.

Hendes måde at tale til patienterne på bygger på metoden "Safewards", der er en evidensbaseret konflikthåndteringsmodel. Ved hjælp af en imødekomende, ligeværdig og anerkendende tilgang til patienterne skal metoden være med til at forebygge konflikter samt nedbringe og finde alternativer til kontrollerende handlinger, herunder tvang, i psykiatrien.

Safewards indeholder 10 konkrete interventioner, hvor den første går ud på, at personale og patienter sammen udfør-





mer en liste af gensidige forventninger til hinanden, f.eks.: ”der er en forventning om, at vi er høflige, og at vi lytter til hinandens tanker og meninger.” Ifølge Lene Monwell Drews gør det en stor forskel for det daglige arbejde.

”At vi har afstemt gensidige forventninger til hinanden, gør det muligt på en positiv og anerkendende måde at bede patienterne om at korrigerer en u hensigtsmæssig adfærd,” forklarer hun og giver et eksempel mere.

### Alternativ til løftede pegefingre

Den måde, personalet taler til patienterne på, har stor betydning for udvikling af konflikter, og det afspejles tydeligt i den intervention, der hedder ”milde ord”, hvor personalet kommunikerer imødekommende og positivt uden at bruge løftede pegefingre.

”Det kan være én, der sidder med sine beskidte sko eller sokker oppe på det bord, hvor andre sidder og drikker kaffe. Hvordan får jeg sagt til vedkommende på en ordentlig måde, at det er uhensigtsmæssigt?”

”I stedet for at sige ”du må ikke sidde med fødderne oppe,” kan jeg sige ”hvor er det dejligt at se, at du sidder her og slapper af. Skal jeg ikke hente en fodskammel til dig i stedet for?” På den måde byder man ind med alternativer til den løftede pegefingre,” forklarer Lene Monwell Drews.

Hun viser ind på personalets kontor, hvor en plakat hænger med Safewards ”deeskaleringstips”, der guider til, hvordan personalet kan tale en patient til ro i en konfliktsituation. Det handler om at få kontrol over situationen, begrænse konflikten, afklare problemet og til sidst løse problemet sammen med patienten.

### ”De skældte ud og råbte og skreg”

Den kommunikative deeskalering er særligt tydeligt i brug, da to kvindelige patienter på afdelingen kom i en voldsom konflikt, men situationen blev løst uden brug af tvang.

”De skældte ud og råbte og skreg ad hinanden ude i fællesrummet. Den ene var manisk og virkede voldsomt provokerende på den anden kvinde. Der blev trykket alarm, så folk strømmede til fra hele huset. En sygeplejerske foreslog, at patienten skulle have medicin, men vi holdt fast i, at det skulle løses uden, da vi vidste, at der ville opstå en tvangssituation, fordi kvinden ville modsætte sig medicin.”

Lene Monwell Drews forklarer, hvordan situationen blev deeskaleret.

”Først fik vi kontakt til begge kvinder. Vi kunne ikke nå ind til den maniske kvinde, så jeg endte med at klappe højt i hænderne for at få kontakt.”

”Dernæst begrænsede vi konflikten ved at få dem skilt ad. Min kollega gik med den ene kvinde ind på hendes stue, og den maniske kvinde overtalte vi til at tale med os inde på stuen. Min kollega og jeg aftalte med hinanden, at vi blev hos patienten resten af vagten. Vi prøvede med afledende samtaler og forskellige beroligende metoder som musik og massage, så hun kunne finde ro,” fortæller Lene Monwell Drews.

### Patienterne var bange for at hente kaffe

”Det, at vi fik løst konflikten uden tvang, er positivt og respektfuldt overfor patienten og skaber et mere trygt og sikkert miljø for både patienter og personale,” siger Lene Monwell Drews og forklarer, at det afgørende var, at personalet bevarede selvkontrollen og agerede roligt i den hektiske situation samt talte med patienterne på en respektfuld og anerkendende måde.

Efter sådan en konfliktfyldt episode er det vigtigt at finde tilbage til følelsen af trykthed på afdelingen – endnu en af de 10 interventioner: ”genskabe trykthed”.

”Vi oplevede, at nogle af patienterne var utrolig bange for at gå ud og hente kaffe, og her hjalp det at tale situationen igennem og høre, hvad patienterne havde oplevet, så de ikke af frygt isolerede sig på stuerne,” fortæller Lene Monwell Drews. ●

●

## Safewards 10 interventioner

### 1. Afklare gensidige forventninger

Klarhed om regler i afsnittet hjælper patienterne til at overskue deres egen situation.

### 2. Milde ord

Personalet skal opfordres til altid at anvende anerkendende kommunikation. Og finde alternativer til ønsker, som umiddelbart ikke kan efterkommes.

### 3. Kommunikativ deeskalering

Er at tale patienten til ro. Modellen er inddelt i tre faser: Begræns – Afklar – Løs.

### 4. Positive ord

Ved overlevering anvender personalet positive ord om patienten.

### 5. Støtte ved dårlige nyheder

Personalet skal yde psykologisk og social støtte til patienten ved dårligt nyt.

### 6. Lær hinanden at kende

Ved hjælp af korte præsentationer af sig selv er personalet med til at åbne op for en relation mellem patient og personale.

### 7. Hjælp hinanden-møde

Patienterne holder møder, hvor fokus er på at styrke patientfællesskabet.

### 8. Beroligende metoder

Et godt supplement og et alternativ til P.N.-medicin, f.eks. redskaber til sansestimuli, meditationsmusik eller fodbad.

### 9. Genskabe trykthed

Efter en voldsom hændelse på afdelingen holder personalet et debriefing-møde med patienterne for at mindske angst og utrykthed.

### 10. Udskrivelsehilsen

Patienten opfordres ved udskrivelsen til at skrive en besked til nyindlagte patienter for at indgyde håb og tro på bedring.

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.

# Forebyggelse af sengelejekomplikationer er kompleks sygepleje

Selv et kortvarigt sengeleje kan medføre alvorlige komplikationer for patienterne. Korrekt lejring, mobilisering og opfyldelse af fundamentale behov er afgørende for, at patienterne ikke får mén af sengelejet.





**PINA KUNSTEK**, sygeplejerske 1988. Anæsthesisygeplejerske 1997, master i voksenuddannelse i 2010. Har arbejdet inden for stort set alle specialer og hjemmesygeplejen. Arbejdede som anæsthesisygeplejerske i 18 år. Siden 2016 sygeplejefaglig leder, teamsygeplejerske og uddannelsesansvarlig på plejecentret Louise Mariehjemmet i Brønshøj.



Tekst  
**CHRISTINA SOMMER**  
Journalist



**INGRID POULSEN**, sygeplejerske 1979. Med.dr. i geriatrisk rehabilitering 2005. Har mange års erfaring som ledende sygeplejerske inden for især medicinske specialer, rehabilitering og hjemmesygeplejen. Siden 2009 ansat som forskningsleder på Klinik for Højt specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade ved Rigshospitalet. Desuden lektor på Sektion for Sygepleje under Institut for Sundhedsfremme, Aarhus Universitet.

◩ Tromber og tryksår. Kontrakturer og pneumonier. Det er bare nogle af de komplikationer, der kan støde til, når man må holde sengen ved sygdom.

Mennesket er ikke skabt til at ligge ned i længere tid, og især ældre patienter risikerer at blive endnu mere syge og i værste fald at dø, når først de ligger i sengen på hospitalet eller i egen bolig.

De ældre har ofte flere konkurrerende sygdomme og er tit svækkede, når akut opstået sygdom, traume eller planlagte operationer resulterer i sengeleje i kortere eller længere tid. Det samme gælder for patienter med parese eller paralys (delvis eller hel lammelse, red.)





Det ufrivillige sengeleje går ofte hånd i hånd med immobilitet i større eller mindre grad, hvilket igen kan have store konsekvenser for patienternes evne til at få opfyldt helt fundamentale behov som mad og drikke, bevægelse og respiration. Det er få af de i alt 14 almenmenneskelige behovsområder, som den amerikanske sygeplejerske og forsker Virginia Henderson definerede tilbage i 1960 (1), og som også danske sygeplejersker lige siden er blevet uddannet til at tage ansvar for. Det fortæller Ingrid Poulsen, sygeplejerske, ph.d. og forskningsleder på Klinik for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade ved Rigshospitalet:

”Sygeplejersker har et stort ansvar for at forebygge, at patienten erhverver sig sengelejekomplikationer under immobilitet. De fundamentale behov er og har altid været sygeplejerskerens ansvar, men der er en tendens til, at andre faggrupper har fået uddelegeret flere af områderne,” forklarer Ingrid Poulsen.

Uddelegeringen kan skyldes sygeplejerskemangel, men også at sygeplejen i både Danmark og internationalt er blevet mere specialiseret og opgavefokuseret de senere år (2,3).

Mange steder har sygeplejersker for travlt til at etablere den vigtige relation med patienten, hvilket kan resultere i, at hjælp til toiletbesøg, personlig pleje og måltider ikke ses som rehabiliteringsaktiviteter i sig selv, men blot som opgaver, der skal udføres, men ikke altid nås i en fortravlet hverdag (2,3).

Det kommer bl.a. til udtryk i, at mange patienter stadig udvikler tryksår (4) eller pådrager sig urinvejsinfektioner (5) under indlæggelse til trods for, at begge tilstande i mange tilfælde kan forebygges (4,5).

Udviklingen må dog ikke hindre sygeplejersker i at gå forrest i forebyggelsesarbejdet, pointerer Ingrid Poulsen. Flere undersøgelser viser, at det lige præcis er den såkaldte fundamentale sygepleje, der betyder forskel på liv og død:

”Tag nu sammenhængen mellem dårlig mundhygiejne og pneumoni, som kan føre til døden for en i forvejen svækket person. Her er det jo vist, at man med en enkelt intervention kan forbedre patienternes mundhygiejne og derved forebygge pneumoni (6,7),” siger Ingrid Poulsen og henviser også til, at sengelejekomplikationer medfører betydelig nedsat livskvalitet for mange patienter og koster samfundet dyrt i længere indlæggelsestider, udgifter til genoptræning m.m.

### Ikke simple opgaver

For at afdække nyeste viden og evidens om sygepleje til den immobile patient og forebyggelse af sengelejekomplikationer har *Fag&Forskning*s journalist sammen med kliniker Pina Kunstek mødt Ingrid Poulsen til en samtale om emnet.

”Nogle sygeplejersker finder ikke meget prestige forbundet med fundamental sygepleje og misforstår det og tænker, at ”det er ikke noget særligt, det kan alle udføre”,” siger Ingrid Poulsen og uddyber:

”I et af vores forskningsprogrammer arbejder vi med forståelsesrammen ”Fundamentals of Care”, som vinder mere og mere indpas herhjemme. Der er langtfra tale om simple sygeplejeopgaver. Det handler om, at man skal tage udgangspunkt i patienternes fundamentale behov” (se boks 1).

Som eksempel nævner hun beboeren på plejecenter og patienten på intensivt afsnit. De har begge et fundamentalt behov for mad. Beboeren skal måske have praktisk hjælp til at få maden skåret ud, mens der på intensivt afsnit kan være behov for, at patienten skal have ernæring intravenøst.

”Sygeplejen til de to patienter er vidt forskellig. Det samme behov hos to patienter skal opfyldes på to vidt forskellige måder. Det er kompleks sygepleje,” uddyber Ingrid Poulsen, som er en af landets førende forskere i sygepleje til den immobile patient.

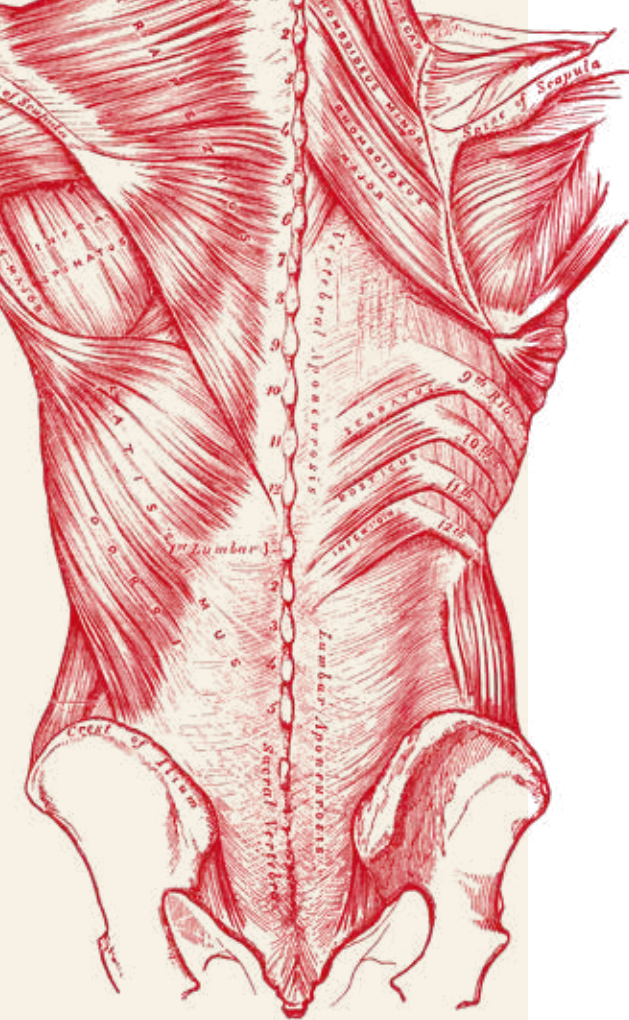
### Patienternes fundamentale behov

Pina Kunstek arbejder som sygeplejefaglig leder og uddannelsesansvarlig på Louise Mariehjemmet i Brønshøj. Hun understreger også, hvor vigtigt det er, at sygeplejersker i begge sektorer er opmærksomme på patienternes fundamentale behov, mobilisering og korrekt lejrning.

”Vi oplever nogle gange beboere, der efter kort tids sengeleje, enten hjemme eller i forbindelse med indlæggelse, har begyndende kontrakturer. De skal faktisk ikke have ligget ret længe. Og det kan for den enkelte beboer betyde en lang og svær genoptræning til det habituelle funktionsniveau,” siger hun og uddyber:

”Det kan skyldes, at personalet ikke har nok tid eller lejringsredskaber som puder eller dyner til rådighed. Skal man rende land og rige rundt for at finde dem og samtidig tage sig af den tilgrundliggende sygdom og andre opgaver som smertelindring og ernæring, kan fokus på korrekt lejrning godt glippe, tænker jeg.” ©





# Kroppen påvirkes fra dag et

Efter blot få dages sengeleje begynder kroppen at mærke konsekvenserne af manglende bevægelse. Immobilitet påvirker bl.a. hjerte, kredsløb, knogler, hud, fordøjelse og muskeltur og kan i yderste konsekvens være fatal.

[ Boks 1 ]

## FUNDAMENTALS OF CARE

"Fundamentals of Care" er en internationalt udviklet begrebsramme om sygepleje. Den skal ses i fortsættelse af Virginia Hendersons oprindelige tænkning om sygeplejefagets unikke og centrale opgaver. Begrebsrammen er et modsvar på, at der ikke altid leveres sygepleje af tilstrækkelig kvalitet.

Begrebsrammen fokuserer på, hvordan patient og sygeplejerske i en tryk og kompetent atmosfære foretager en fælles vurdering af patientens situation, sætter en fælles handleplan op, udfører samt monitorerer den hen imod en evaluering og afslutning af indsatsen inden for rammerne af Fundamentals of Care.

I Danmark blev Fundamentals of Care først introduceret på grunduddannelsen til sygeplejerske på University College Nordjylland (UCN) efteråret 2016 og har siden spredt sig til flere hospitaler og forskningsmiljøer, bl.a. på Aalborg Universitetshospital. Begrebsrammen indgår også i pensum på kandidatstudiet i sygepleje ved Aarhus Universitet.

(Kilde: 2)

☪ Mennesket er ikke skabt til at ligge ned 24/7. Kroppen skal have ro og hvile for at kunne restituere sig, især under sygdom. Men den har lige så stort behov for at blive mobiliseret – også under sygdom. Ingrid Poulsen uddyber:

"Når et menneske bliver lagt ned, sker der noget over det hele. Men der sker straks noget med konditionen og hjertefunktionen. Allerede i løbet af den første uge sker der et markant fald i konditionen og evnen til at trække vejret ordentligt igennem. Man mister også muskelstyrke, det hele hænger sammen. Har du hverken kondition eller muskelstyrke, bliver mobiliseringen endnu sværere."

Pina Kunstek tilføjer:

"Alle organer lider under det dårlige kredsløb. Blodforsyningen bliver dårligere, det er svært at få iltet blodet ordentligt, så organerne kommer til at mangle ilt."

Ingrid Poulsen har bidraget med flere artikler om sygepleje til den immobile patient samt et kapitel i lærebogen "Klinik – Grundbog i sygepleje" (8), hvor hun bl.a. beskriver immobilitetens konsekvenser i syv punkter (se boks 2 side 26-27).

I forhold til hjerte og kredsløb fremhæver Ingrid Poulsen især risikoen for, at patienten får ortostatisk blodtryksfald, som kan medføre, at patienten bliver svimmel og i værste fald besvimer. Særligt ældre og alvorligt syge har svært ved at holde deres blodtryk, hvilket bl.a. skyldes nedsat funktion af baroreceptorerne. De er primært lokaliseret i karotiderne og aorta og er meget sensitive overfor ændringer i blodtrykket.

Under normale omstændigheder sikrer receptorerne, at en person opretholder blodtrykket, da de registrerer fald i blodtrykket, hvorefter der indtræder en koordineret stigning i sympatikustonus, som får arterierne til at trække sig sammen og

**TROMBER**

Tromber er blodpropper, der udløses ved en kombination af stagnation i blodstrømmen, skade på venernes og arteriernes væg eller aktivering af patientens koagulationssystem. Risikofaktorer er især immobilitet, kirurgiske indgreb, aterosklerose og dehydrering, som giver blodet en højere viskositet, hvilket resulterer i langsommere blodgennemstrømning. Arterielle tromber dannes i kar med hurtig blodgennemstrømning, f.eks. hjertets kar. Venøse tromber dannes i blodkar med langsom gennemstrømning som i underkørlimitteternes vener. Definitionen dyb venøs trombose (DVT) dækker over blodprop i de dybe vener, typisk i læggen. River en DVT sig løs, kan den sætte sig fast i lungearterien eller i en af dens grene, og i så fald kan der opstå en lungeemboli (LE). Kliniske symptomer på DVT er hævelse, ømhed i læggen og øget hudtemperatur. Pludseligt opstået åndenød, hoste, blodig ekspektoration, smerter ved vejrtrækning, pulsstigning og feber er symptomer, der giver mistanke om LE.

[ Boks 2 ]

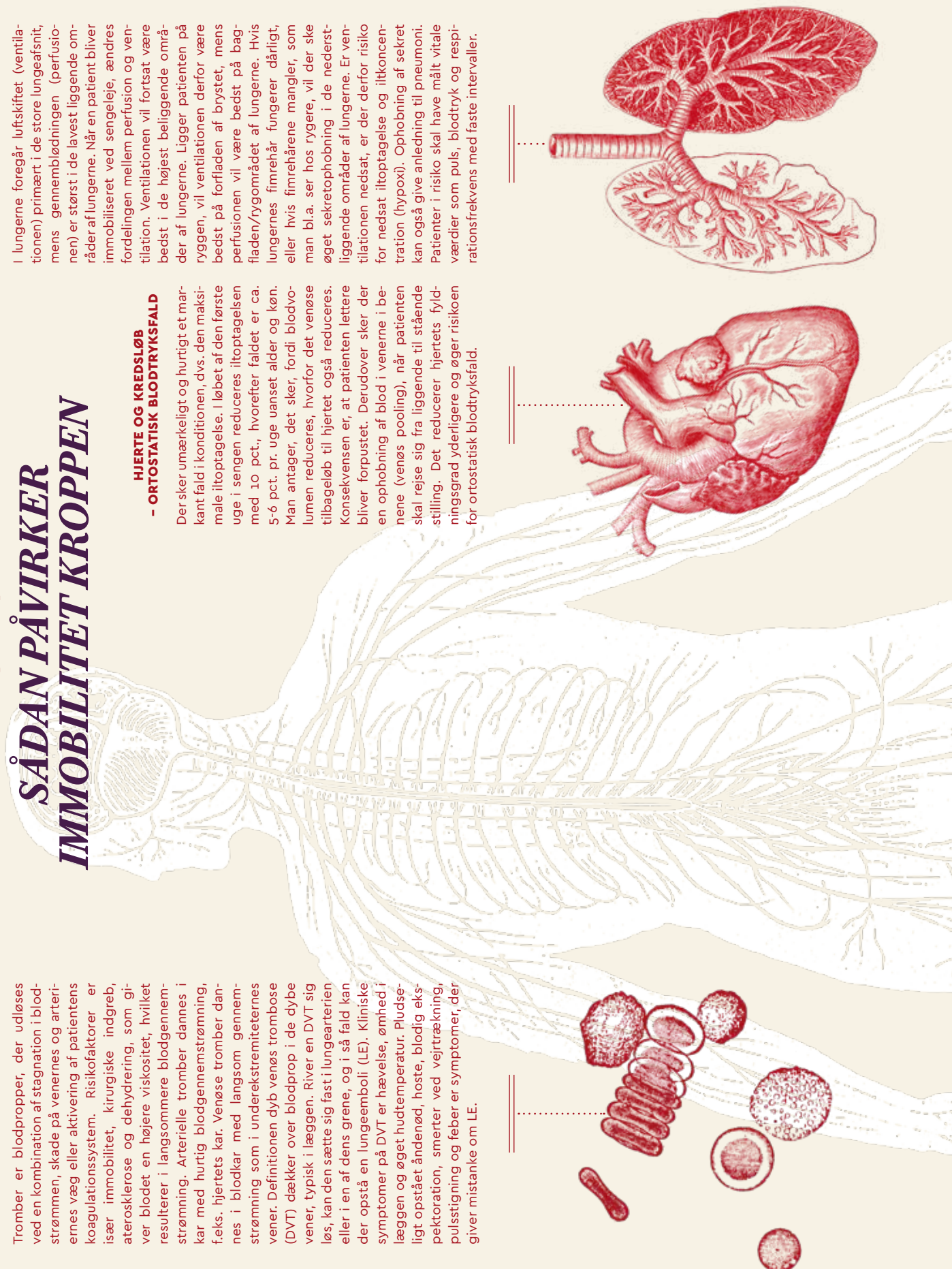
# SÅDAN PÅVIRKER IMMOBILITET KROPPEN

**HJERTE OG KREDSLØB  
- ORTOSTATISK BLODTRYKSFALD**

Der sker umærkeligt og hurtigt et markant fald i konditionen, dvs. den maksimale iltoptagelse. I løbet af den første uge i sengen reduceres iltoptagelsen med 10 pct., hvorefter faldet er ca. 5-6 pct. pr. uge uanset alder og køn. Man antager, det sker, fordi blodvolumen reduceres, hvorfor det venøse tilbageløb til hjertet også reduceres. Konsekvensen er, at patienten lettere bliver forpustet. Derudover sker der en ophobning af blod i venerne i benene (venøs pooling), når patienten skal rejse sig fra liggende til stående stilling. Det reducerer hjertets fyldningsgrad yderligere og øger risikoen for ortostatisk blodtryksfald.

**RESPIRATION**

I lungerne foregår luftsiftet (ventilation) primært i de store lungeafsnit, mens gennemblødningen (perfusionen) er størst i de lavest liggende områder af lungerne. Når en patient bliver immobiliseret ved sengeleje, ændres fordelingen mellem perfusion og ventilation. Ventilationen vil fortsat være bedst i de højest beliggende områder af lungerne. Ligger patienten på ryggen, vil ventilationen derfor være bedst på forfladen af brystet, mens perfusionen vil være bedst på bagfladen/rygområdet af lungerne. Hvis lungernes fimrehår fungerer dårligt, eller hvis fimrehårene mangler, som man bl.a. ser hos rygere, vil der ske øget sekretophobning i de nederst liggende områder af lungerne. Er ventilationen nedsat, er der derfor risiko for nedsat iltoptagelse og itkoncentration (hypoxi). Ophobning af sekret kan også give anledning til pneumoni. Patienter i risiko skal have målt vitale værdier som puls, blodtryk og respirationsfrekvens med faste intervaller.





### MUSKLER, SENER OG KNOGLER

Ved immobilitet reduceres muskelmassen pga. tab af protein i musklerne, da balancen mellem proteinopbygning og nedbrydning forstyrres. Balancen opretholdes normalt ved den vægtbæring og bevægelse, som sker hos raske mennesker. Ved sengeleje øges udskillelsen af protein med 20-45 pct. efter bare fem dage. Det er et tidligt tegn på nedbrydning af muskelvæv. Undersøgelser viser også, at muskelstyrken falder 3-4 pct. i løbet af den første uge ved sengeleje; dog aftager den faldende tendens efter den første uge. Hos mennesker, som er halvsidigt paretiske efter fæks. en apopleksi, sker der en reduktion af muskelvævet på grund af den manglende innervation til de ramte ekstremiteter, men der sker også en reduktion af muskelstyrken i den raske side. Immobilitet kan også resultere i kontrakturer, som er indskrænket bevægelighed af led pga. forandringer i leddet, skrumpning af ledkapslen eller forkortning af omgivende sener og muskler. Det er en ubehagelig komplikation, der på sigt kan føre til funktionsbegrænsning af det pågældende led, eksempelvis fodledet. Immobilitet påvirker også knoglerne negativt, da knoglevævet befinder sig i en balance mellem kontinuerlig opbygning og nedbrydning. Ved immobilisering ned sættes nydannelse af knoglevæv, og kalkniveauet i knoglerne falder tilsvarende, hvilket medfører risiko for fraktur.

### HUDEN – TRYKSÅR

Tryksår er en alvorlig komplikation til immobilitet. Det indebærer naturligvis huden, men også muskler, led og knogler i tryksårs sene stadier. Tryksår er omkostningsfuldt for både samfund og patienter. De resulterer hyppigt i længere indlæggelsestid og er ofte meget smertefulde og ubehagelige for patienterne. Tryksår opstår efter længere tids tryk på det samme vævsområde, hvor patienten ligger eller sidder på det samme sted, fordi han ikke kan flytte sig eller ikke mobiliseres af personalet. Tryksår er et område med lokaliseret skade af hud og det underliggende væv. Skaderne sker pga. tryk, vævsforskydning og friktion eller en kombination af disse. Tryksår inddeles i fire stadier afhængigt af sårets dybde. Det er ofte et samspil af mange faktorer, der øger risikoen for udvikling af tryksår.

### UDSKILLELSER – URIN-INKONTINENS OG OBSTIPATION

Urininkontinens (UI) kan opstå som følge af sygdom, men immobilitet kan også være en risikofaktor. UI defineres som ufrivillig urinlækage, der opleves som et problem. UI er hyppig også hos raske mennesker af begge køn, og risikoen stiger med alderen og ved overvægt. Ældre med urininkontinens kan opleve en forværring ved immobilitet, måske fordi de bliver afhængige af andre, som ikke hjælper dem til at komme på toilettet i tide.

Obstipation er en hyppig komplikation hos immobiliserede patienter, som kan påvirke patientens livskvalitet voldsomt. Mange mennesker har forskellige defækationsmønstre, som er vigtige at få afdekket ved indlæggelse, evt. ved hjælp af pårørende. Under alle omstændigheder skal personalet dokumentere en immobiliseret patients defækation.

### ERNÆRINGSTILSTANDEN – SÆRLIGT TAB AF PROTEIN

Ved sengeleje og immobilitet mister mange patienter appetit og får maledede, da de ofte ikke er så aktive, at de udvikler regulær sult. Sengeleje resulterer ofte i tab af fedtvæv og generelt vægttab, hvilket også kan skyldes, at spisemiljøet i afdelingen ikke er indbydende, eller at der mangler hjælp i spisesituationen. Derudover befinder størstedelen af indlagte patienter sig i en stress-metabolisk tilstand, hvor der sker et tab af protein og fedtvæv, der i værste fald kan føre til organdysfunktion og død. Personer, der er immobile eller inaktive, har et nedsat behov for energi, men et større behov for protein pga. den øgede nedbrydning af netop protein.



øge den perifere modstand. Det øger blodtryk, hjerterefrekvens og kontraktilitet, og blodtrykket og perfusion opretholdes (9).

”Mister patienten bevidstheden, når personalet forsøger at få ham på benene, lykkes mobiliseringen i hvert fald ikke denne gang,” siger Ingrid Poulsen.

### Livsfarlige tromber og embolier

Risikoen for at udvikle tromber er også stor ved længerevarende sengeleje og især i forbindelse med operationer (8) (se boks 3):

”Især patienter, som er helt immobile f.eks. i forbindelse med universel anæstesi, eller som er meget overvægtige, er i stor fare for tromber,” forklarer Ingrid Poulsen.

Tromber kan opstå i både arterier og vener, og de såkaldt venøse tromber dannes i blodkar med langsom blodgennemstrømning. Definitionen dyb venøs trombose (DVT) dækker over blodprop i de dybe vener typisk i læggen.

Nogle gange river sådanne tromber sig fri og sætter sig fast i lungearterien eller en af dens grene. Det kan medføre en lungeemboli, som er en frygtet komplikation til immobilitet i forbindelse med operation og langvarigt sengeleje. Ved opgørelser af dødsårsager under indlæggelse står lungeembolier for 10 pct. (8).

”For at forebygge de livsfarlige embolier skal patienter mobiliseres så tidligt som muligt og så meget, som deres tilstand tillader det. Bare det at komme fra liggende til siddende position dagligt er vigtigt. Andre behandlingsmæssige tiltag er blodfortyndende medicin og anti-emboli-strømper, som man kun vil anvende forebyggende ved patienter i høj risiko,” siger Ingrid Poulsen.

### Husk mundhygiejne

Ingrid Poulsen fremhæver desuden behovet for ordentlig mundhygiejne hos sengeliggende patienter:

”Nogle patienter er så syge og immobile, at de ikke kan udføre mundhygiejne selv. Det er naturligvis ubehageligt for velværet, men kan også resultere i svampe- eller anden infektion i munden, blister, pneumoni og nedsat appetit. Mange sengeliggende har i forvejen nedsat appetit, og det kan let blive en ond spiral, hvor patienten slet ikke har lyst til mad eller drikke, og hvor det at spise kan være smertefuldt pga. infektion.”

Immobilitetens konsekvenser for hhv. respiration, muskler, sener og knogler, hud, udskillelser og ernæring er også beskrevet i boks 2. Derudover påvirker langvarigt sengeleje også urinveje og tarmfunktion. Har patienten urinvejsinkontinens – midlertidigt eller permanent – kan både manglende evne til at tømme blæren helt eller brug af ble øge risikoen for urinvejsinfektion.

”Ligger man bare ned og har vandladning i en ble, eller kan patienten ikke mærke, om blæren er tømt helt ved vandladning, er der stor risiko for residualurin i blæren, hvilket øger risikoen for urinvejsinfektioner,” advarer Ingrid Poulsen.

[ Boks 3 ]

## RISIKO FOR TROMBE- DANNELSE VED OPERATION

**LAV RISIKO**  
Alder < 18 år, operation  
i lokal anæstesi

**MODERAT RISIKO**  
Alder > 17 år, operation  
i universel anæstesi

**HØJ RISIKO**  
Alder > 40 år, uanset  
operationstype, adipositas,  
tidligere tromboemboliske  
komplikationer

(Kilde: 10)



Og tarmene risikerer at gå helt i stå hos patienter, som ligger ned i længere tid.

”Tarmfunktionen er afhængig af, hvad vi spiser, men også af, at vi bevæger os. Det sidste er svært at dokumentere videnskabeligt, men det er en kendsgerning. Obstipation, som er en hyppig komplikation hos immobiliserede patienter, påvirker livskvaliteten kraftigt. Bliver man svært obstiperet, kan det i værste fald medføre ileus, der er en livsfarlig tilstand,” siger Ingrid Poulsen.

Immobilitet kan også påvirke patienterne mentalt. Ifølge Ingrid Poulsen er der ikke stor evidens på området, men hun vurderer, at det ikke kan være særligt motiverende at være placeret i en seng og have svært ved at få socialt samvær med andre:

”Jeg vil altid håndtere de fysiske udfordringer først, men ikke glemme de sociale og psykiske. Det handler om at tale med patienten, og hvis patienten ønsker det, også med de pårørende om, hvad patienten ønsker, og så planlægge sygeplejen ud fra det. Mange har brug for ro, men ikke hele tiden. Ellers risikerer mange også at få deres døgnrytme forstyrret og bytte om på dag og nat.”

### Især ældre er udsatte

For få årtier siden skulle sygeplejersker kunne alle sengelejekomplikationer fra top til tå i søvne. Både Ingrid Poulsen og Pina Kunstek advarer dog mod, at sygeplejersker lærer alle syv punkter udenad for så at tro, at den hellige grav er vel forvaret (se boks 2 side 26-27).

”Nogle gange bliver der lavet huskereglere for huskereglernes skyld. Fagligheden kan let ryge i baggrunden. Det handler om at kunne forstå og gennemskue, hvordan det hele fungerer i en sammenhæng,” siger Ingrid Poulsen, og Pina Kunstek tilføjer:

”Huskeregler og remser øger også faren for, at sygeplejerskerne overser noget. Det skal ikke være en gennemgang for gennemgangens skyld, vi skal i stedet tage udgangspunkt i patienten og patientens behov og udfordringer – hvad er særligt her, og hvilke risici er i spil?”



Patienter i alle aldre kan blive ramt af sengelejekomplikationer i mere eller mindre grad. Det afhænger først og fremmest af årsag til sengeleje – skyldes det alvorlig sygdom, operative indgreb eller noget helt tredje. Men nogle patienter er mere udsatte end andre, f.eks. kirurgiske patienter eller patienter med parese eller paralyse (læs artiklen ”Anæstesi og parese øger risikoen” side 30).

Overordnet trækker ældre dog det korteste strå, da de ofte er svækkede pga. flere konkurrerende sygdomme. Men selv ældre, som var raske og rørige før sygdom eller operation, er i større risiko for at udvikle sengelejekomplikationer end patienten på 30.

”Vi er alle født med mere fysisk kapacitet, end vi har brug for i det daglige, den såkaldte reservekapacitet. Når man når 60-årsalderen, er reservekapaciteten ikke så stor længere, og det er derfor sværere at komme op på fuld kraft efter en sygdomsperiode for ældre, end det er for yngre,” siger Ingrid Poulsen og uddyber:

”Alderen er dog ikke eneste faktor. Har man røget, haft et stor alkoholforbrug, haft et fysisk eller mentalt nedslidende arbejde, eller sover man for lidt, har det også stor indvirkning. Træner man fysisk, sætter man lidt ind på reservekontoen. Det gælder folk i alle aldre, også de ældre, der dog som udgangspunkt næsten kun har det, de skal bruge i dagligdagen.”

Pina Kunstek supplerer:

”Langvarig og forkert lejring kan få enorme konsekvenser for alle, også unge patienter. Det kan resultere i skader, der går ud over både funktions- og erhvervsevnen,” siger hun og tilføjer:

”Ældre bevæger sig hele tiden på kanten, fordi deres reservekapacitet er så lille. Bare en uge i sengen pga. influenza kan få alvorlige konsekvenser. Når først de bliver sengeliggende, taber de hurtigt gejsten, og det kan i yderste konsekvens blive deres død.” ●

# Anæstesi og parese øger risikoen

Kirurgiske patienter og patienter med hel eller delvis parese er særligt udsatte for at udvikle sengelejekomplikationer.

◡ Når en patient bliver opereret, stiger risikoen for sengelejekomplikationer markant, især hvis indgrebet udføres under universel anæstesi. Det skyldes primært, at anæstesen hindrer patienten i at bevæge sig og være mobil, fortæller Pina Kunstek, som har arbejdet som anæstesisygeplejerske i 18 år.

”I det øjeblik man bliver bedøvet, slapper hele kroppen af, og der kan opstå tryk efter ganske kort tid,” forklarer hun.

Derfor bør anæstesisygeplejersker og kollegerne på operationsgangen være ekstra opmærksomme på korrekt lejring og mobilisering både under og efter indgrebet. Det er de fleste dog også i dag, hvor fast track-forløb med fokus på mindst mulig anæstesi, det mindst mulige indgreb og hurtig mobilisering er normal procedure i forbindelse med de fleste planlagte operationer.

”Inden for kirurgien er vi blevet ret gode til fast track-forløb. Patienter, som skal have ny hofte, kommer nærmest hjem samme dag, og der bruges lokal

anæstesi, så vidt det er muligt for at mindske kirurgisk stressrespons,” fortæller Pina Kunstek.

## Tilstræb neutral stilling

I forbindelse med operationer i universel anæstesi henviser Pina Kunstek til lejringskonceptet lejring i neutral stilling (se boks 4).

Konceptet er også udbredt på afdelinger med patienter med hel eller delvis parese og/eller nedsat bevidsthedsniveau, uanset om tilstanden er permanent eller forbigående, forklarer Ingrid Poulsen. Hun fortæller, at der kun er lidt evidens for, at denne type lejring er bedre til at forebygge kontrakturer og tryksår end andre.

”Men vi bruger den. Vores patienter (med svær hjerneskade, red.) kan ofte ikke kommunikere, men vi prøver at lejre dem, så de virkelig kan finde ro og hvile. Har vi en sengeliggende patient, tilstræber vi hele tiden at lægge ham i neutral stilling både vertikalt og horisontalt. Vi lejrer og omlejrer. Ikke efter fast skema, men i teorien skal man omlejre efter højst to timer for at forebygge tryksår,” siger Ingrid Poulsen og uddyber:

”Når man tænker på, hvor dårlige patienter vi har, har vi meget få tryksår. Derfor har vi lige lavet



et observationsstudie om det – hvad er det, der gør, at vi har så få tryksår? Ét er korrekt lejring, noget andet hvad personalet gør. Og de kan gøre en stor forskel. Hos os mærker de også med deres hænder under bagdel og skuldre for at undersøge, om patienten ligger korrekt. Er der tilstrækkelig aflastning, og er der mon fugtigt, hvilket kan være tegn på sved eller vandladning? Det kan man, når man er en trænet og dygtig kliniker.”

### Korrekt lejring forebygger smerter

I forhold til korrekt lejring er det også vigtigt at indtænke, hvilket funktionsniveau patienten normalt har, især i forbindelse med universel anæstesi, understreger Pina Kunstek:

”Vi ser også på nervebaner, muskler og spørger patienterne, om de har nogle skavanker inden anæstesi. Er der normalt problemer med at løfte armene op over hovedet, skal vi ikke gøre det under operationen, medmindre indgrebet kræver det. Ellers risikerer vi at overstrække armen og lave nerveskader.”

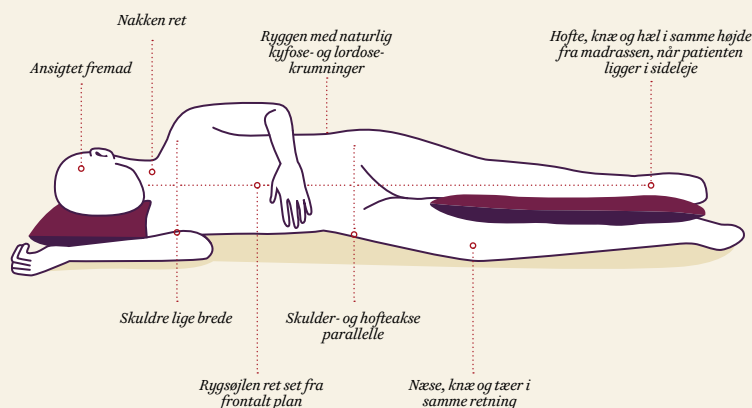
Ingrid Poulsen fastslår:

”Korrekt lejring er bare vigtigt. Det gælder alle sengeliggende patienter. Det forebygger smerter og hjælper til god hvileposition og ordentlig nat-søvn. Mange får smerter og ubehag af at ligge forkert.” ●

## [ Boks 4 ]

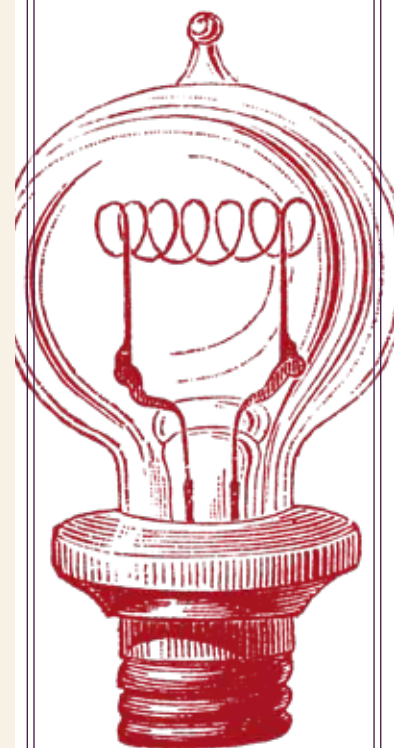
### LEJRING I NEUTRAL STILLING

Lejring i neutral stilling (LIN) kan med fordel bruges ved patienter med motorisk uro, rum- eller retningsforstyrrelse, parese, lav arousal og immobilisation samt patienter, som er tryksårstruede. Formålet er at sikre patienterne god hvile, forebygge kontraktur og tryksår samt facilitere bevægelse. Med neutral stilling menes stilling, som svarer til opretstilling, hvor alle led hverken er bøjede eller overstrakte. LIN kan gennemføres i både liggende og siddende stilling, hvor patientens naturlige kroppsstilling tilstræbes. Udgangspunktet er opretstående stilling med symmetri mellem højre og venstre kropshalvdel:



Patientens krop støttes af individuelt tilpassede puder, dyner, tæpper eller packs (firkanterede faste polstrede bokse, der bruges til støtte på samme måde som dyner og puder, red.) m.m. Det giver patientens krop en større basis og fordeler trykket mod huden.

(Kilde: Region Nordjylland, 11-13)



## TEST DIG SELV

1. Nævn tre årsager til, at sengeleje kan være livsfarligt for patienten
2. Hvordan finder du ud af, hvor mobil patienten sædvanligvis er?
3. Hvilke patientgrupper er særligt udsatte for sengelejekomplikationer?
4. Hvilken type kost har sengeliggende patienter især brug for?
5. Hvilket lejningskoncept kan med fordel bruges ved immobile patienter?
6. Hvis CPAP-behandling eller PEP-fløjte ikke er en mulighed, hvad kan så bruges til lungefysioterapi i en snæver vending?

Læs svarene på side 39

# Lad patienten være udgangspunkt

Mange sengelejekomplikationer kan mindskes eller undgås ved korrekt lejring og mobilisering. Men altafgørende er fokus på patientens fundamentale behov, styrker og svagheder.

☪ Hvad er det for en patient, som ligger her? Hvad kunne han før indlæggelse, og hvad har han af udfordringer?

Det bør være nogle af de første tanker, sygeplejersker tænker, når de står over for en sengeliggende patient, som er blevet ramt af sygdom eller traume.

”Når man bliver svækket af sygdom, bliver det sværere at komme op af sengen, og mange patienter vil ofte have brug for ekstra hjælp og motivation,” siger Ingrid Poulsen.

På mange hospitaler bruges den indledende sygeplejevurdering til at kortlægge patientens mobiliseringsniveau. I forhold til ældre, indlagte medicinske patienter kan monitoreringsredskabet Cumulated Ambulation Score (CAS) med fordel anvendes til at vurdere og visualisere patienternes aktuelle funktionsniveau (14).

Korrekt ernæring spiller også en stor rolle for, at mobilisering og rehabilitering lykkes. Sengeliggende patienter har især brug for kost, som er rig på protein. Er ønsket blødkogte æg om morgenen, er det det, der skal til, og Ingrid Poulsen anbefaler også de mange gode proteindrikke og isprodukter, der er på markedet.

”Is kan selv de fleste med nedsat appetit altid spise,” siger hun og henviser desuden til Sundhedsstyrelsens retningslinjer om screening af indlagte patienter, som også indeholder anbefalinger for den mængde af kalorier og protein, en patient bør indtage i forskellige situationer (15).

På mange afdelinger er ernæringscreening også fast procedure ved indlæggelse, dog ikke hos Ingrid Poulsen og hendes kolleger.

”Når man bliver indlagt hos os, er man så syg, at man faktisk altid er i ernæringsrisiko. Vi fokuserer derfor på at lægge en ernæringsplan. For faren ved at screene for tryksår eller ernæ-

32rings- og faldrisiko er, at man tænker ”tjek”, og så gør man ikke mere ved det,” siger Ingrid Poulsen.

Pina Kunstek er enig:

”Man kan screene for alt muligt, men hvis man ikke handler på resultaterne, kan det let tage tid fra andre vigtige opgaver og blive en sovepude. Det er en fantastisk måde at indsamle data på, men man skal hele tiden huske, hvornår man skal intervenere på det, man ser og måler.”

## Inddrag patient og pårørende aktivt

I forhold til mobilisering er det overordnede mål, at alle patienter så tidligt som muligt bliver mobiliseret det, de er i stand til. Bare det at få hævet sengegærdet, komme op at sidde på sengekanten eller stå et par minutter ved siden af gør en stor forskel. Det kræver igen, at patienten som minimum er smertedækket, veludhvilet og har spist og drukket.

”De helt fundamentale behov skal være opfyldt, før man kan mobilisere patienterne. De kommer i hvert fald ikke op, hvis de har ondt,” supplerer Pina Kunstek.



**[ Boks 5 ]****VIDEOER OM MADRO  
OG OMGIVELSER**

Sygeplejerske og postdoc Malene Beck fortæller mere om sin forskning i to videoer på YouTube. Find dem på nedenstående link:



**Madro:** Skriv "Madro Roskilde Sygehus" i søgefeltet på youtube.com



**Hospitality:** Skriv "Forskning i æstetik - Projekt Hospitality" i søgefeltet på youtube.com



Både Pina Kunstek og Ingrid Poulsen understreger, at der er størst chance for, at mobiliseringen lykkes, hvis sygeplejersker inddrager patienten og evt. pårørende aktivt. Hvad kunne han før? Plejede han at kunne gå på toilettet selv? Og er der måske børnebørn, som giver glæde og energi?

"På plejecentret kender vi oftest det menneske, vi står over for, godt. Det kan måske være en udfordring for personalet under en kort indlæggelse på hospitalet. Men her må man spørge de pårørende eller patienten selv," siger Pina Kunstek.

Ingrid Poulsen supplerer:

"Medmindre patienten har svære hjerneskader, kan de fleste godt svare på, hvad de har brug for hjælp til. Bed dem om at formulere det, inddrag dem i, hvad der er vigtigst for dem lige nu. Og så er det det, vi tager udgangspunkt i. Nogle gange har de brug for mere, end vi har tid til, og så må vi fagligt vurdere, hvad der skal komme først."

Ikke mindst hos patienter uden sprog er viden om patientens baggrund vigtig, fortæller Ingrid Poulsen.

"Står man med en ung pige, som ikke kan tale pga. et traume og ved, at hun var konkurrencerytter for et halvt år siden, kan et billede af hende på hesten ved siden af sengen være med til at motivere både patient og personale," siger hun og uddyber:

"Selv om personalet måske ikke får nogle svar til at begynde med, kan de tale med pigen om hendes fortid og det, der gør hende glad. Det handler om at skabe en relation til det menneske, man skal hjælpe."

**Prioriter ud fra patientens kræfter**

Nogle sygeplejersker kan personligt have svært ved at mobilisere patienter, som måske er ekstremt trætte eller udtrykker frygt for at falde. Medlidenhed må dog aldrig vinde over den faglige dømmekraft. Er patienten fysisk i stand til at blive mobiliseret, skal sygeplejersken insistere på, at det sker ved at forklare, hvorfor patienten skal op og ikke mindst sætte ord på, hvilke konsekvenser immobiliteten kan medføre.

Ifølge Pina Kunstek handler det om at prioritere mobiliseringen ud fra patientens kræfter:

"Har patienten brugt mange kræfter i forbindelse med et bad om morgenen, så nøjes man med det og gemmer gangtræning til om eftermiddagen," siger hun.

Ingrid Poulsen supplerer:

"Har en patient svært ved at knappe sin skjorte og bliver helt udmattet af det, giver det ingen mening at bruge 15 minutter på det. Det er langt bedre at aftale med patienten, hvad kræfterne skal bruges på, og det skal så være det, der motiverer patienten til mobilisering," siger hun.

Træthed er et af de hyppigste symptomer efter en række sygdomme og kan være direkte invaliderende, især for patienter med apopleksi eller anden hjerneskade. Denne form for træthed bliver ofte kaldt fatigue og kan få dagligdagen til at føles uoverskuelig. Den ramte har mest af alt lyst til at blive i sengen, men denne træthed forsvinder ikke ved at sove, fortæller Ingrid Poulsen.

"Der er desværre ikke megen evidens for, hvordan vi bedst afhjælper træthed efter hjerneskade, men det kan hjælpe at sætte struktur på dagen ved hjælp af passende intervaller af aktivitet og hvile. Den struktur kan sygeplejersken være med til at lave sammen med patienten ved at



lave et skema for dage, ugen osv. og skrue op for aktiviteterne over tid,” siger hun (16).

Det fysiske miljø og påklædningen spiller også en stor rolle, når mobilisering skal lykkes. Indbyrdes omgivelserne til mobilisering – er der plads til en lænestol eller kørestol eller andre hjælpemidler? Og opfordres patienten til at komme i eget tøj, så snart det er muligt?

”Omgivelserne spiller i høj grad ind på lysten til at stå op. Og det gør hospitalstøj også. Hos os bruger vi udelukkende patienternes eget tøj, så snart de skal op af sengen og mobiliseres, hvis de altså kan være med til det. Det gør også en forskel,” siger Ingrid Poulsen.

Forskningslederen henviser i denne forbindelse til et projekt på Neurologisk Afdeling på Roskilde Universitetshospital, som sygeplejerske og postdoc Malene Beck arbejder med i øjeblikket.

”Hun kigger nærmere på omgivelsernes betydning for patienterne under indlæggelse. Projektet er ikke afrapporteret endnu, men man kan få et indtryk af omgivelsernes betydning i forhold til et tidligere projekt på afdelingen om madro og det nuværende projekt om omgivelser på YouTube,” siger Ingrid Poulsen (se boks 5 side 33)

### **Vippelejetræning kan forebygge blodtryksfald**

Som tidligere beskrevet risikerer især ældre efter blot få dage på langs at blive ramt af ortostatisk blodtryksfald, når de forsøger at rejse sig op. Er det umuligt at få patienten mobiliseret løbende pga. åndenød, træthed eller intravenøs behandling, kan mobilisering med fordel ske ved såkaldt vippelejetræning med integreret stepfunktion.

”Det bliver brugt mange steder i dag, også på afdelinger som

min med patienter med svære hjerneskader. Det virker godt, fordi man kan få patienten successivt mobiliseret hver dag. Man træner langsomt kroppen til at kunne komme helt op at stå igen,” fortæller Ingrid Poulsen.

Man kan få senge med indbygget mulighed for vippelejetræning, men ofte sker det ved, at patienten flyttes over på vippelejet, som man så kan rejse f.eks. 10 grader ad gangen. Det aktiverer det kardiovaskulære system og har mange gange også til formål at øge patientens bevidsthedsniveau. Vippelejetræning indbygget i sengen er mindre effektivt, end når patienten flyttes over på et vippeleje (17):

”Alene det, at patienten skal fra seng over på et andet leje, kan gøre en forskel. Så får man også ordnet sengen og observeret patienten ordentligt efter for eksempelvis tryksår. Der sker en masse gode ting, når patienten flyttes fra sengen,” siger Ingrid Poulsen og uddyber:

”Bare det at få hovedet op eller blive løftet over på en bækkenstol eller i sin kørestol har mange gevinster. Trykket på kroppen bliver fordelt anderledes, og kommer patienten på toiletet eller bækkenstol for at tømme blæren, mindskes risikoen for residualurin i blæren og dermed også for urinvejsinfektioner,” siger hun.

### **Støttestrømper, PEP og CPAP**

Immobiliserede patienter har stor risiko for at udvikle tromber, især dybe venøse tromber. Mange kan dog forebygges (10,18), og det budskab er nået frem til næsten alle kirurgiske afdelinger, hvor en fast instruks for forebyggelse af tromber findes på 96 pct. af alle afdelinger (8).

”Der er ganske god evidens for forebyggende behandling med mobilisering, hvor behandlingen af en trombe suppleres med kompressionsstrømper og blodfortyndende medicin. Der findes ret faste regimer for, hvad man skal gøre ved de forskellige tilstande,” fortæller Ingrid Poulsen og henviser også til, at der findes en klinisk retningslinje på området i forbindelse med forebyggelse af dyb venøs trombe ved indgreb, der varer mere end 30 minutter (19).

Der er ingen evidens for, at mobilisering af patient fra seng til stol eller venderegimer har effekt på respiration og mængden af slim i lungerne (20). Det tyder dog på, at patienter med respirationsinsufficiens foretrækker at sidde oppe, gerne støttet af puder og med benene ud over sengekanten. På den måde kan patienterne bedre benytte interkostalmusklerne til at trække vejret.

For at afhjælpe respirationsproblemer og nedsætte risiko for pneumoni hos især bevidsthedssvækkede og patienter med trakeostomituber kan sygeplejersker med fordel tidligt iværksætte lungetræning med PEP-fløjte eller CPAP-behandling. Begge er såkaldte lungefysioterapiregimer, og en dansk undersøgelse har vist, at CPAP-behandling virker mest effektiv som forebyggelse af pneumoni, mens der ikke var forskel på antallet af patienter, som udviklede atelektase (21).

Hos sengeliggende patienter er PEP-fløjter eller blot sugerør dog også gode redskaber til at holde lungefunktionen ved lige, fortæller Pina Kunstek (22):

”Når man ligger ned, falder alveolerne hurtigt sammen. Men man kan forebygge mange komplikationer, hvis man lader patienterne ånde ud mod modstand, som en PEP-fløjte giver. Men bare det at puste med et sugerør, som er stukket dybt ned i vand, kan være nok til, at patienten kommer til at hoste og løse eventuel slim.”

### **Gå ikke ned på udstyr**

Uanset grad af mobilitet tilbringer mange patienter en stor del af deres sygdomsforløb liggende. For at forebygge især kontrakturer og tryksår er korrekt





## ANBEFALINGER TIL FREMME AF MOBILISERING PÅ MEDICINSK AFDELING

*Brug den indledende sygeplejevurdering til at kortlægge patientens mobiliseringssevne*

*Fortæl patienten, hvorfor mobilisering er en vigtig del af sygeplejen*

*Brug patientens interesser som motivationsfaktor*

*Sæt konkrete mål for mobilisering, f.eks. ved brug af SMART-modellen, som står for: Specifikt, Målbart, Accepteret, Realistisk og Tidsbegrænset (23)*

*Sørg for, at patienten spiser og drikker sufficient*

*Benyt scoringsredskaber til at vurdere patientens mobiliseringsevne og niveau*

*Gør brug af det tværfaglige team på afdelingen*

*Husk, at de fysiske rammer skal være attraktive og invitere til mobilisering*

*Hent inspiration i de accelererede forløb på kirurgisk afdeling*

*Hjælp patienten i sit eget tøj, det styrker identitet og selvfølelse*

*Involver altid eventuelle pårørende*

*(Kilder: 14, 23 og Ingrid Poulsen)*

lejring altafgørende, uanset om sengen står på hospitalet, i plejecentret eller i borgerens eget hjem, pointerer Ingrid Poulsen.

Udover anbefalingen om lejrning i neutral stilling pointerer Ingrid Poulsen endvidere, at korrekt lejrning kun er muligt, hvis det rette udstyr er til stede som dyner, puder, packs (se boks 4 side 31), trykafastende madrasser og hælbeskyttere. Desuden er glidestykker et uundværligt hjælpemiddel. De forebygger shear og beskytter dermed patientens hud og gør forflytning og mobilisering meget mere skånsom for både patient og personale.

”Hos os bruger vi et væld af dyner, puder og packs til patienter med nedsat bevidsthedstilstand og parese. Er sengen for lang, er det vigtigt at kunne få fødderne placeret i de rette vinkler for at forebygge kontraktur,” siger Ingrid Poulsen.

Det samme gør sig gældende på Pina Kunsteks arbejdsplads og burde også være normen ved længerevarende sengeleje i borgerens eget hjem, påpeger begge:

”Man må simpelthen ikke gå ned på godt udstyr. Det er et vanvittigt sted at spare. Lige nu har vi kig på avancerede senge, der kan hjælpe med forflytninger. De skal hjælpe de allerdårligste beboere og give dem bedre mulighed for at komme op at sidde, så de kan bidrage med det, de magter,” siger Pina Kunstek og fortsætter:

”De mest udsatte beboere har også trykafastende eller vekseltrykafastende madrasser. Det gør, at de kan ligge ret længe på deres ryg. Det kræver stadig korrekt lejrning, men de er ikke så udsatte for tryksår.”

Selv om nogle borgere måske kan stritte imod, hvis anbefalingen er en hospitalsseng i dagligstuen, er der ingen vej udenom, siger Ingrid Poulsen:

”De vil ofte gerne have, at deres hjem ser fint og ordentligt ud. Men også her er det vigtigt med det rette udstyr. Det sikrer ordentlig lejrning og skaber et bedre arbejdsmiljø.” ●

## LÆS MERE I FAG&FORSKNING

Gennem de seneste år har andre Dialoger og Fagligt Ajour-artikler i *Fag&Forskning* beskæftiget sig mere indgående med sygeplejerskernes centrale rolle i områder, som taler direkte ind i denne Dialog om sengelejekomplikationer:

### TRIALOG:

- Sommer C. Patientens søvn er grundlæggende sygepleje. *Fag&Forskning* 2016;(2):24-36.
- Sommer C. Ældre patienter lider, når obstipation er tabu. *Fag&Forskning* 2016;(3):20-32.
- Sommer C. De fleste tryksår kan forebygges. *Fag&Forskning* 2018;(2):22-35.
- Sommer C. Forebyg urinvejsinfektioner med grundlæggende sygepleje. *Fag&Forskning* 2019;(1):20-35.

### FAGLIGT AJOUR:

- Lassen BV og Bunkenborg G. Patienter skal lejres forsvarligt før operation. *Fag&Forskning* 2018;(2):68-73.
- Frederiksen GV og Jensen HI. Fra passiv til aktiv mobilisering af intensivpatienter. *Fag&Forskning* 2019;(1):66-9.

Artiklerne kan findes på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)





# Brug tiden mere smart

Forsker og kliniker opfordrer kolleger til i en travl hverdag med knappe ressourcer at udnytte ressourcerne anderledes.

Når en sygeplejerske står med 12 patienter på en vagt, kan det være svært at prioritere mobilisering på højde med opgaver som medicindosering, sårpleje og måling af vitalparametre.

Ved patienter, der ikke har så mange ressourcer til selv at kunne hjælpe til f.eks. ved forflytninger, kan det let ende med, at patienten får en ble og bliver vasket med klude i sengen, hvis sygeplejersken tænker, at hun skal klare det hele alene. Men sådan behøver det ikke at være, siger Ingrid Poulsen.

”Der er ingen tvivl om, at sygeplejersker har travlt i dag. Men i min afdeling går vi tit sammen to og to ud fra devisen, hvad har patienten brug for i dag. Vi skal ikke nødvendigvis pådutte dem et bad hver dag, hvis de ikke er vant til det eller har behov for det,” siger Ingrid Poulsen.

Her er det også vigtigt at tænke tværfagligt og så vidt muligt planlægge og udføre de plejemæssige og terapeutiske opgaver efter f.eks. IPLS-tankegangen, som Region Hovedstaden arbejder med (se boks 6). Det forekommer måske lettere på nogle afdelinger end andre, bl.a. for rehabilitering, hvor der er hø-

## [ Boks 6 ]

### IPLS

IPLS står for Interprofessionel Læring og Samarbejde. Den korte definition på IPLS er: Når to eller flere faggrupper lærer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde med involvering af patienten/borgeren. Region Hovedstaden tilbyder en række IPLS-kompetenceudviklingsforløb i form af temadage, workshops, forløb og læringsaktiviteter, som kan skræddersyes efter behov. Fagfolk fra de fire andre regioner kan også deltage i udviklingsforløb.

Læs mere på [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)  
-> Tryk på fanen "Til fagfolk"  
og skriv "IPLS kompetenceudviklingsforløb" i søgefeltet.

jere normering af terapeuter, men bør indtænkes alle steder:

”I dag er det ikke nok at være en fagligt dygtig sygeplejerske. Vi skal kunne indgå i et tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde, så patienter oplever en sammenhængende indsats. Og det er også med til at sikre optimal ressourceudnyttelse, høj sikkerhed og kvalitet i ydelserne,” siger Ingrid Poulsen og tilføjer:

”Det tværfaglige samarbejde er meget værdifuldt og kan i høj grad være med til at sikre fokus på mobilisering.”

Pina Kunstek prøver også at slå et slag for, at sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på hendes arbejdsplads følges ad to og to, når det er muligt. Det er ofte mere skånsomt for både beboere og medarbejdere. Fire øjne ser bedre end to, og det sikrer også sidemandoplæring:

”Er fru Hansen tryksårstruet, er det bedst at være to for at undgå friktion, når hun skal mobiliseres og huden efterses. Når ressourcerne er knappe, må vi tænke anderledes. Det kræver lidt planlægning og prioritering, men tager ikke dobbelt så lang tid,” siger Pina Kunstek. ©

# Fortæl hinanden om patientens behov og ressourcer

Mobilisering lykkes bedst, hvis der er god kommunikation om patientens funktionsniveau på tværs af sektorer og afdelinger.

**D** Kan hr. Olsen normalt selv bevæge sig rundt derhjemme, hvis bare han har sin stok? Det er information, som især sygeplejerskerne på hospitalet kan have stor gavn af at vide i forhold til mobilisering af indlagte patienter. Men informationen skal også gå den anden vej efter indlæggelse og mellem afdelinger. Pina Kunstek uddyber:

”Det er så vigtigt, at vi er gode til at tale sammen, når en borger bliver indlagt fra eget hjem, men også ved sektorovergange generelt. Hvordan er borgernes funktionsniveau, og har hun hjælpemidler, der med fordel kan komme med på hospitalet, som f.eks. en kørestol? Er man vant til at komme op hver dag og sidde i sin kørestol, skal det fortsætte, hvis det er muligt. Det kræver en god overlevering,” siger hun.

Ingrid Poulsen er enig:

”Det fortæller noget vigtigt om det menneske, vi står overfor, og hvad der kan motivere ham til at komme op. Hvis ikke vi professionelle sektorerne imellem kan fortælle hinanden, at denne borger normalt ikke kan komme op, medmindre

vi hjælper ham, er vi meget afhængige af eventuelle pårørende og patienten selv. Dem skal vi selvfølgelig også kommunikere med, men vi skal altid være professionelle og give den viden, vi har, videre til vores kolleger.”

Både Pina Kunstek og Ingrid Poulsen lægger ikke skjul på, at den digitale kommunikation mellem sektorerne er svær i dag. Kommunerne modtager godt nok udskrivningsjournaler fra hospitalerne, som bliver sendt videre til de rette instanser i kommunen.

”Vi kan gøre meget på hospitalet, men det er afgørende, at kommunerne får fulgt op og efterlever de lovpligtige genoptræningsplaner,” siger Ingrid Poulsen.

Og omvendt forsøger i hvert fald Pina Kunsteks arbejdsplads altid at sende et fysisk brev med, når en beboer bliver indlagt.

”Her trækker vi informationer om funktionsniveau, træningsplan og andre ting, vi mener er centrale i forhold til indlæggelsen i vores dokumentationssystem. Vi skriver det ud og sørger for, at hospitalet får det. Vi kan sagtens blive

bedre til det, også til at huske, at stok eller kørestol kommer med, men det er vores ambition hver gang,” siger hun.

Det glæder Ingrid Poulsen:

”Vi vægter jo ofte de mere lægelige områder, når en patient bliver indlagt – har de et sår, hvilken medicin får de etc.? Det sidste kan vi jo trække i FMK. Men det med funktionsniveauet – kan patienten selv spise, hvad skal de have hjælp til, ser de dårligt – det kommer desværre ofte i anden række.” ●

## DET FYSISKE ARBEJDSMILJØ

Når man udfører sygepleje, er det altid vigtigt at være opmærksom på arbejdsstillinger og bevægelser, men særligt hvis patienterne er immobile. På [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) har Dansk Sygeplejeråds arbejdsmiljøkonsulenter samlet materiale om emnet med link til relevante hjemmesider. Gå ind på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) og skriv "Arbejdsstillinger" i søgefeltet.



## RELEVANTE RETNINGSLINJER

Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen. København; 2008. Fundet på [www.sst.dk](http://www.sst.dk) den 23. april 2019.

National Klinisk Retningslinje for Ernærings- og Træningsindsatser til Ældre med Geriatrike Problemstillinger. Sundhedsstyrelsen. København; 2016. Fundet på [www.sst.dk](http://www.sst.dk) den 23. april 2019.

Derudover har Sundhedsstyrelsen p.t. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" i høring. Anbefalingerne forventes at træde i kraft i løbet af 2019.

Både regioner og kommuner har vejledninger og politikker for eksempelvis forflytning, som sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle bør kende.

## SVAR PÅ SPØRGSMÅL

Side 31

### SVAR 1

Risikoen for tromber, risiko for tryksår, risiko for ileus, risiko for pneumoni.

### SVAR 2

Ved at involvere patient eller pårørende.

### SVAR 3

Ældre samt kirurgiske patienter og patienter med hel eller delvis parese.

### SVAR 4

Kost som er rig på protein.

### SVAR 5

Lejring i neutral stilling.

### SVAR 6

Et glas vand med et sugerør, som patienten puster i. Det kan løsne eventuel slim.

### Referencer

- Henderson V. Sygeplejens grundlæggende principper. Dansk Sygeplejeråd. 2000.
- Sørensen EE, Bahnsen IB, Pedersen PU, Uhrenfeldt L. Sygepleje tilbage til det basale. *Fag&Forskning* 2017;(1):52-7.
- Sørensen EE, Kitson A. Henover kløften mellem opgavecentreret og personcentreret sygepleje. *Fag&Forskning* 2018;(2):50-4.
- Sommer C. De fleste tryksår kan forebygges. *Fag&Forskning* 2018;(2):22-35.
- Sommer C, Sommer C. Forebyg urinvejsinfektioner med grundlæggende sygepleje. *Fag&Forskning* 2019;(1):20-35.
- Pedersen PU, Larsen P, Håkonsen SJ. The effectiveness of systematic perioperative oral hygiene in reduction of postoperative respiratory tract infections after elective thoracic surgery in adults: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2016 Jan;14(1):140-73. doi: 10.11124/jbisrir-2016-2180. Review. PMID: 26878926
- Sjögren P, Wårdh I, Zimmerman M, Almståhl A, Wikström M. Oral Care and Mortality in Older Adults with Pneumonia in Hospitals or Nursing Homes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Oct;64(10):2109-2115. doi: 10.1111/jgs.14260. Epub 2016 Sep 2.
- Poulsen I. Kapitlet Sygepleje til patienten, der er immobil i bogen *Klinik Grundbog i sygepleje*. Jastrup S, Rasmussen DH (Red). København: Munksgaard; 2014.
- Vilstrup H, Schaffalitzky de Muckadell OB, Haunsø S. Medicinsk Kompendium, bind 1. 17. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009.
- Wille-Jørgensen et al. Brugen af tromboseprofylakse på medicinske afdelinger i Danmark. *Ugeskrift for læger*. 2005; Vol. 167 (32):2845 ff.
- Pickenbrock H et al. Conventional Versus Neutral Positioning in Central Neurological Disease, A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2015 Jan;112(3):35-42.
- Pickenbrock H et al. Support pressure distribution for positioning in neutral versus conventional positioning in the prevention of decubitus ulcers: A pilot study in healthy participants. *BMC Nursing*. 2017;(16):60.
- Pickenbrock H et al. Effects of therapeutic positioning on vital parameters in patients with central neurological disorders: a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*. 2015; vol 24, issue 23-24:3681-90.
- Larsen AV, Nyland AH, Rothmann MJ. Sæt mobilisering på dagsordenen. *Sygeplejersken* 2015;(13):84-8.
- Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2008. Fundet på [www.sst.dk](http://www.sst.dk) den 24. april 2019.
- Wu S et al. Interventions for post-stroke fatigue. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015.
- Riberholt CG, Lindschou J, Gludd C, Mehlen J, Møller K. Early mobilisation by head-up tilt with stepping versus standard care after severe traumatic brain injury – Protocol for a randomised clinical feasibility trial. *Trials* 2018;(19):612.
- Rasmussen HMS, Chauhan PA, Wille-Jørgensen PA. Anvendelsen af tromboseprofylakse på kirurgiske afdelinger i Danmark. *Ugeskrift for Læger* 2005;vol.167;(1):43-6.
- Søndergaard SF, Lundholm IL, Nielsen TA. Klinisk retningslinje for anvendelse af graduerede kompressionsstrømper pre- og peroperativt hos udvalgte voksne patientgrupper som forebyggelse af postoperativ dyb venetrombose (DVT) i underekstremitet. Center for Kliniske Retningslinjer. 2013. Lokaliseret på [www.cfrk.dk](http://www.cfrk.dk) den 24. april 2019.
- Dolovich M et al. Effect of continuous lateral rotational therapy on lung mucus transport in mechanically ventilated patients. *Journal of Critical Care*. 1998;vol.13(3):119-25.
- Christensen EF m.fl. Postoperative pulmonary complications and lung function in high-risk patients: a comparison of three physiotherapy regimes after upper abdominal surgery in general anaesthesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 1991;Vol.35(2):97-104.
- Lee AL, Burge AT, Holland AE. Positive expiratory pressure therapy versus other airway clearance techniques for bronchiectasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
- Bovend'Eerd TJJH, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 2009;(23):352-61.
- Beyer N, Poulsen I. Inaktivitet og immobilitet – i et tværfagligt perspektiv. København: Munksgaard 2010.



# The Journal Club

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

## DENNE GANG KAN DU LÆSE OM

- Musik:** Formålet med undersøgelsen var at afgøre, om det at lytte til musik kan reducere angst hos berørte patienter under akut rehabilitering.
- Faldforebyggelse:** Den høje effekt af træning med balanceøvelser og funktionelle øvelser kan hjælpe kommunerne til at se på sammensætningen af deres faldforebyggende programmer til hjemmeboende ældre mennesker.
- Recovery:** Undersøgelsen peger på modsætningen mellem intention og aktuel adfærd. Det er en udfordring alle steder inden for sundhedsvæsenet, at der er gode intentioner, som ikke efterleves

## VIL DIN JOURNAL CLUB BIDRAGE?

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





# Musik mindsker angst hos patienter efter slagtilfælde

*Musik. Slagtilfælde er en pludselig og livstruende tilstand, der påvirker både patienten og dennes pårørende. Der ses en højere forekomst af bl.a. angst blandt disse patienter.*



Le Danseur M, Crow AD, Stutzman S, Villarreal MD & Olson DM. (2019). **Music as a Therapy to Alleviate Anxiety During Inpatient Rehabilitation for Stroke.** Rehabil Nurs. 2019; 44(1), 29-34. doi: 10.1097/rnj.000000000000102

**Introduktion:** Musik forbedrer humør og opmærksomhed gennem det dopaminerge mesolimbiske system og forbedrer hukommelsen ved at stimulere glutamat neurotransmissionen. Desuden lindrer musik stress og angst ved at reducere kortisonniveauet og øger den cerebrale blodgennemstrømning omkring den iskæmiske eller hæmoragiske læsion og stimulerer derved den neuroplastiske genopbygning. Musik har vist at have en positiv effekt i rehabiliteringen af patienter med parkinsonisme. Formålet med undersøgelsen var at afgøre, om det at lytte til musik kan reducere angst hos berørte patienter under akut rehabilitering.

**Metode:** I et prospektivt, ublændet studie blev 50 indlagte patienter randomiseret til enten én times musik (gospel, klassisk, rock, countrymusik eller pop efter eget valg) eller ingen musik, (men de skulle fortsætte med det, de ellers foretog sig) mens de var indlagt på rehabiliteringsenheden på et hospital. Deltagerne besvarede the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) og the Hospital Anxiety Depression Score (HADS) før og efter.

**Resultater:** Efter at have lyttet til musik i en time rapporterede deltagere, der gennemførte posttesten (n = 44) signifikant mindre angst (p < 0,0001) i forhold til før interventionen. Kontrolgruppen viste ingen forskel i deres præ- og posttest angstscorer (p = 0,84). Der blev ikke fundet forskel i alder, køn eller diagnose mellem grupperne. Der var ligelig fordeling mellem grupperne af patienter, som ikke gennemførte.

**Diskussion:** Der blev ikke registreret antal dage, siden patienterne først oplevede et slagtilfælde, hvilket kan have haft en betydning for resultaterne.



**Musik kan mindske angst og bør indtænkes som en del af vores praksis, især når de manglende bivirkninger medtænkes.**

Valget af én time som intervention blev truffet af praktiske årsager, og det er uvist, om der vil være en langtidseffekt, eller om musik i længere tid er endnu mere effektivt.

**Konsekvenser for praksis:** Data tyder på, at musik kan mindske angst og bør indtænkes som en del af vores praksis, især når de manglende bivirkninger medtænkes. Patientens evne til at vælge musikgenren kan maksimere denne fordel.

**Kommentar:** Deltagerne valgte selv deres musik og var i stand til at sige, at de ønskede at medvirke i studiet. Patienter, som ikke kan dette, kan muligvis også have gavn af musikken, men vil typisk også have svært ved at sige fra.

Fra intensivområdet ved undertegnede, at umådelig musik generer en del patienter, især julemusik!

Fremtidige undersøgelser af musikkens effekt på angst bør forsøge at anvende et crossover design. ●

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

# Det nytter at forebygge fald hos hjemmeboende ældre personer

*Faldforebyggelse. Balance-, gang-, koordinations- og funktionel træning virkede faldforebyggende i et Cochrane Review baseret på søgning i seks databaser og to registre.*



Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, Clemson L, Hopewell S, Lamb SE. **Exercise for preventing falls in older people living in the community.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1, No.: CD012424. DOI: 10.1002/14651858.CD012424.pub2

**Introduktion:** Fald i alderdommen er et kendt folkesundhedsproblem med store konsekvenser for personer over 65 år og for samfundet. Undersøgelser viser, at træningsøvelser rettet mod balance, gang og muskelstyrke kan forebygge fald hos hjemmeboende personer over 65 år. Formålet var at undersøge effekt (fordele og ulemper) af forskellige træningsinterventioner målrettet forebyggelse af fald blandt ældre hjemmeboende personer.

**Metode:** Metoden er et systematisk Cochrane Review, hvor bestemte procedurer følges. Der blev søgt i seks databaser og to registre efter randomiserede, kontrollerede forsøg (RCTs), som omhandlede effekt af alle former for træning (balance, gang og styrke) med fokus på enkeltintervention i gruppen af hjemmeboende personer over 60 år. Interventionsgrupperne deltog i træningsprogrammer, mens kontrolgrupperne var inaktive (vanlig aktivitet).

**Resultater:** I alt blev 108 RCTs med 23.407 deltagere fra 25 lande inkluderet i reviewet. Gennemsnitsalderen for deltagere var 76 år, og 77 pct. var kvinder. Tilsammen reducerede de enkelte træningsinterventioner antallet af fald med 23 pct., og antallet af personer, som havde et eller flere fald i perioden, med 15 pct. i interventionsgrupperne. Der var høj evidens for, at balance-, gang-, koordinations- og funktionel træning virkede faldforebyggende. Der var ikke evidens for, at træningsprogrammer baseret på dans, gåture og styrketræning alene forebyggede fald. Også programmer, der involverede flere typer af træning (multikomponent træning med balance, funktionelle øvelser og styrketræning), så ud til at forebygge fald, ligesom der var svag evidens for, at Tai Chi reducerede antallet af fald.

**Diskussion:** Der var relativt stor variation mellem deltagerne i forsøgene, idet nogle blev rekrutteret via frivillige organisationer, mens andre blev rekrutteret gennem ambulante klinikker. Ulemper som frakturer, hospitalisering, utilsigtede hændelser og behov for lægekontakt var ofte ikke eller mangelfuldt rapporteret i forsøgene. De få forsøg, som rapporterede ulemper af træningen, omhandlede f.eks. muskelømhed og blev vurderet som ikke seriøse bivirkninger. Reviewet supplerer et tidligere Cochrane Review, som viste, at individuel og gruppebaseret træning med flere komponenter reducerede faldraten blandt hjemmeboende ældre borgere.

**Konsekvenser for praksis:** Resultaterne understøtter det stærke politiske fokus, der er på sund aldring og den positive betydning, træning har for personer med faldproblematikker. Den høje effekt af træning med balanceøvelser og funktionelle øvelser kan hjælpe kommunerne til at se på sammensætningen af deres faldforebyggende programmer til hjemmeboende ældre mennesker. I Danmark kan sygeplejersker og andet sundhedspersonale, som møder borgeren i hjemmet, være med til systematisk at registrere og belyse ulemper ved deltagelse i træningsprogrammer via fælles dokumentationsredskaber.

**Læs også:** *Dialog om faldforebyggelse i Fag&Forskning nr. 4/2017.* ©

*Lotte Evron, lektor, ph.d., cand.mag., sygeplejerske, Københavns Professionshøjskole, Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelse samt ekstern lektor på Aarhus Universitet, Institut for Sygepleje.*

# I modstrid med intentionen i patienttilgang

*Recovery. Det er en udfordring alle steder inden for sundheds-  
væsnet, at der er gode intentioner, som ikke efterleves.*



Waldemar AK, Esbensen BA, Korsbek L, Petersen L, Arnfred S. **Recovery-oriented practice: Participant observations of the interactions between patients and health professionals in mental health inpatient settings.** International Journal of Mental Health Nursing 2019;28(1):318-29. DOI: 10.1111/inm.12537

**Introduktion:** Lad det være sagt med det samme, forfatterne har gennemført et meget interessant studie, som alle kan blive inspireret af at læse. Der foreligger mange bud på antagelser om tilgang af pleje og behandling, det være sig en evidensbaseret praksis, patientcentreret praksis eller som her en praksis, der er baseret på recovery.

Med recovery tænkes i denne sammenhæng på en praksis, der integrerer en patients mål med livet, præferencer, valg og interesser i forhold til behandlings- og plejeplaner, overflytning eller udskrivelse. Disse områder er faktisk meget væsentlige, hvis der skal opnås et godt resultat af pleje- og behandlingsmæssige initiativer, men hvis intentionerne udelukkende kommer til udtryk i målsætning og ikke omsættes til handlinger i praksis, er det endnu en række hurraord. Derfor er det så inspirerende at læse en artikel, hvor sundhedsprofessionelle operationaliserer begrebet og undersøger, hvordan det forholder sig i en dansk kontekst.

Der er gennemført et etnografisk studie på to psykiatriske afdelinger, hvor det er undersøgt, hvordan samarbejde, involvering og patienters valg spiller en rolle ved beslutning om valg og planlægning af behandlings- og plejetiltag.

**Metode:** Undersøgelsen bygger på deltagerobservationer. Der blev udviklet en guide for observationer inspireret af "The Recovery Assessment Scale". Feltnoter blev foretaget og analyseret deduktivt og induktivt ved anvendelse af indholdsanalyse.

**Resultater:** Analysen viste, at interaktioner mellem sundhedsprofessionelle og patienter var karakteriseret af "det virker som samarbejde" inden for "begrænset forhandlede områder". Det var de sundheds-



**Patienter måtte navigere i en hverdag præget af "inkonsistent guidning" og blev mødt med "kontrolleret og nedladende kommunikation".**

professionelle, som havde overtaget og agerede på baggrund af krav eller påbud. Patienter måtte navigere i en hverdag præget af "inkonsistent guidning" og blev mødt med "kontrolleret og nedladende kommunikation".

**Diskussion:** Disse fund er i modstrid med intentionen i en patienttilgang, der bygger på "recovery".

Undersøgelsen er interessant, fordi den peger på modsætningen mellem intention og aktuel adfærd. Det er en udfordring alle steder inden for sundhedsvæsnet, at der er gode intentioner, som ikke efterleves.

**Konsekvenser for praksis:** Forskellen mellem intention og aktuel adfærd kan tilskrives mange forhold, men udgangspunktet må være at identificere, hvad der foregår i dagligdagen og derefter foretage en analyse af, hvad der reelt kan gøres. I nogle situationer kan man blive overrasket over, hvor få tiltag der reelt skal til. ●

*Preben Ulrich Pedersen, professor, ph.d.,  
Center for Kliniske Retningslinjer,  
Klinisk Institut, Aalborg Universitet.*



## ALLE SUNDHEDSPERSONER BØR HAVE VIDEN OM INTENSIVPATIENTERS HELBREDSPROBLEMER EFTER INTENSIVOPHOLDET

**BAGGRUND.** I de senere år er der kommet mere og mere fokus på rehabilitering efter kritisk sygdom og indlæggelse på et intensivafsnit over hele verden, og antallet af patienter, som indlægges til intensivbehandling og overlever kritisk sygdom, er stigende. Traditionelt har der været fokus på dødelighed, men ikke på senfølgerne for de overlevende efter intensivophold. Mange patienter har nye eller tiltagende fysiske, kognitive eller psykiske helbredsproblemer efter indlæggelsen, såkaldt Post-Intensive Care-syndrom (PICS). PICS, som påvirker både de overlevende og deres pårørende, reducerer livskvaliteten og øger de samlede behandlingsomkostninger.

**FORMÅL.** På et intensivafsnit på et universitetshospital i Danmark får patienterne tilbudt en sygeplejerskeledet samtale tre måneder efter indlæggelse for at hjælpe dem med at håndtere PICS og identificere muligheder for yderligere intervention. Formålet med studiet var: **1.** At beskrive tidligere intensivpatienters oplevelse af samtalen, især med hensyn til indhold og rammer. **2.** At undersøge fordelene ved samtalen i forhold til de enkelte patienters PICS-symptomer.

# Vigtigt at lade patienten evaluere sin indlæggelse på intensiv

**Post Intensive Care Syndrom.** Samtale giver patienter en forståelse af deres symptomer efter indlæggelse på intensivt afsnit.

**METODE.** Fokuseret etnografi, der kombinerer observationer og interview, blev valgt som metodologi. 10 patienter deltog i studiet, som var todelt; 1) et observationsstudie af den aktuelle opfølgningssamtale; 2) et semistruktureret interviewstudie baseret på observationer og udsagn fra opfølgningssamtalen. Data blev analyseret ved brug af hermeneutisk-fænomenologisk metode.

**RESULTATER.** Samtalens indhold og rammer havde afgørende betydning. Gensyn med afsnittet og oplevelse af omgivelserne var af meget stor betydning for patienternes håndtering af PICS. Inddragelse af pårørende var væsentligt, da de spillede en stor rolle i forbindelse med patienternes rehabilitering.

**KONKLUSIONER.** Deltagelse i samtalen og gensyn med afsnittet viste sig at være vigtigt. Det hjalp patienterne med at forstå deres symptomer og det, der var foregået under deres ophold på intensivafsnittet.

**BETYDNING FOR KLINISK PRAKSIS.** Opfølgning efter indlæggelse på intensivafsnit:

- giver patienterne en forståelse af deres PICS-symptomer.
- gensyn med sengestuen med alt det tekniske udstyr og genhør af lydene giver patienterne en forklaring på nogle af deres tanker og mareridt.
- giver patienterne en følelse af at tilhøre en gruppe normale, tidligere intensivpatienter, hvilket er et vigtigt element i den videre behandling og håndtering af intensivopholdet.
- Pårørende har en vigtig rolle og bør deltage i opfølgningen.

# I

## Introduktion

I de senere år er der kommet mere og mere fokus på rehabilitering efter kritisk sygdom og indlæggelse på et intensivafsnit over hele verden (1). Antallet af patienter, som indlægges til intensivbehand-

ling og overlever kritisk sygdom, er stigende (2). Traditionelt har der været fokus på dødelighed, men ikke på senfølgerne for de overlevende efter intensivophold (3).

Mange patienter har komplikationer efter indlæggelsen. Disse komplikationer er identificeret som Post-Intensive Care-syndrom (PICS). PICS er defineret som nye eller tiltagende fysiske, kognitive eller psykiske helbredsproblemer, der opstår efter kritisk sygdom og varer ved efter det akutte hospitalsophold (4). PICS, som påvirker både de overlevende og deres pårørende, reducerer livskvaliteten og øger de samlede behandlingsomkostninger (5,6,7).

Opfølgning efter indlæggelse på intensivafsnit varierer både nationalt og internationalt. Nogle hospitaler tilbyder ikke nogen opfølgning, mens andre har udarbejdet rehabiliteringsprogrammer og har særligt udpegede ambulatorier (1). Kvalitative studier indikerer, at patienter har gavn af opfølgning, fordi det giver dem kontinuitet, information, sammenhæng og feedback, og patienter, som får tilbudt opfølgning, har signifikant reduceret risiko for at udvikle posttraumatisk stress (PTSD) (5). I Skandinavien er formålet med opfølgning at identificere de patienter, som har behov for yderligere intervention, og fremme deres restitution ved at udfylde huller i deres hukommelse samt ved at give dem information og rådgivning for at hjælpe dem med at bearbejde deres oplevelser og minder fra intensivopholdet (1).

Opfølgning i form af sygeplejerskeledede samtaler er blevet indført som følge af eksperimentelle

initiativer i klinisk praksis. Derfor er kvaliteten af den aktuelt tilgængelige evidens generelt ret lav, og der findes ingen guldstandard for rehabiliteringsprogrammer for patienter, som har modtaget intensivbehandling (5). Med afsæt i ny viden anbefales en mere systematisk tilgang til opfølgning som en integreret del af intensivbehandling med klart definerede mål og vurderingsprogrammer (1).

## FORFATTERE



**ANN LOUISE BØDKER HANIFA**

Sygeplejerske fra Sygepleje- og Radiografskolen i Aalborg, 2001. Top-up Degree in Nursing Science: Middlesex University, Enfield, England, 2004. Specialuddannelse i Intensiv Sygepleje: University College Nordjylland, 2010. Vikar på afd. M3, Hobro-Terndrup Sygehus, 2001-2002. Crawshaw Ward (gastroenterologi), Royal Free Hampstead, NHS Trust, London, 2002-2004. 3 South (almen medicin), Cabrini Hospital, Melbourne, Australien, 2005. Intensivt Afsnit R, Aalborg Universitetshospital, 2005-



**ANNE OKKELS GLÆMOSE**

Sygeplejerske fra Sygepleje- og Radiografskolen i Aalborg, 2000. Specialuddannelse i intensiv Sygepleje, University College Nordjylland 2007-2009. Neurokirurgisk afdeling, Aalborg Sygehus Syd, 2001-2003. Intensivt Afsnit R, Aalborg Universitetshospital, 2003-



**BIRGITTE SCHANTZ LAURSEN**

Sygeplejerske, cand. cur., ph.d. Specialist i sexologisk rådgivning. Lektor. Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital Sexologisk Forskningscenter, Klinisk Institut, Aalborg Universitet.

[bisl@rn.dk](mailto:bisl@rn.dk)

### TAK

Vi vil gerne takke patienterne og deres familier for at lade os få indblik i deres liv og oplevelser. Vi takker adjunkt Karin Aagaard for kvalificeret støtte og vejledning.

### FINANSIERING

Dette projekt har ikke modtaget økonomisk støtte hverken fra den offentlige sektor, den kommercielle sektor eller non-profit-sektoren.

### INTERESSEKONFLIKT

Ingen



På et intensivafsnit på et universitetshospital i Danmark får patienterne tilbudt en sygeplejerskeledet opfølgningssamtale tre måneder efter intensivopholdet. Dette giver patienterne mulighed for at drøfte deres oplevelser fra intensivafsnittet og få en forklaring på de fysiske, psykiske og sociale symptomer, der kan forekomme efter kritisk sygdom og på den måde give anledning til en bearbejdning af disse ofte traumatiske oplevelser (8). På dette specifikke intensivafsnit indbydes patienterne og deres pårørende til en opfølgningssamtale og et gensyn med intensivafsnittet og personalet. Sygeplejerskens rolle er at lytte, give psykisk støtte og finde ud af, hvor der er behov for yderligere opfølgning. Der afsættes en time til besøget. Denne fremgangsmåde bruges også på andre hospitaler (1,9). Der er udarbejdet en lokal retningslinje til brug ved individuelle samtaler. Inspirationen til samtalestrukturen og indholdet blev hentet fra praktiske erfaringer og den nyeste forskning (1,3, 8-11).

Under samtalen besøger patienterne en sengestue, så de kan genopleve lyset og lydene fra monitorerings- og behandlingsudstyret. På nuværende tidspunkt omfatter en opfølgningssamtale efter intensivindlæggelse mulighed for at henvise patienten til intensivafsnittets ledende læger, relevante speciallæger på hospitalet eller patientens praktiserende læge. En dansk undersøgelse har vist, at næsten halvdelen af patienterne i et tværfagligt intensivcenter henvises til yderligere behandling (8). Man ved, at tværfagligt samarbejde er en forudsætning for optimal patientbehandling (11).

Formålet med dette studie var at generere viden om, hvordan patienter oplever opfølgningssamtaler med hensyn til form, indhold og betydning for deres livssituation. Denne viden letter evalueringen og videreudviklingen af et struktureret tværfagligt opfølgningstilbud til tidligere intensivpatienter. Der blev mere specifikt fastlagt følgende formål:

- At beskrive tidligere intensivpatienters oplevelse af samtalen, især med hensyn til indhold og rammer.
- At undersøge fordelene ved samtalen i forhold til de enkelte patienters PICS-symptomer.

## M Metoder

Fokuseret etnografi blev valgt som metodologi, fordi formålet med dette studie var at undersøge specifikke kliniske rammer for opfølgningssamtaler og patienternes oplevelse af samtalerne med hensyn til indhold og rammer samt den enkelte patients PICS-symptomer. Fokuseret etnografi kan bruges inden for sundhedsforskning, når forskningen er problemfokuseret og vedrører en specifik kontekst. Denne metode er velegnet til forskning, som har til formål at udvikle viden og praksis inden for sygepleje (12).

Fokuseret etnografi blev valgt som metodologi, fordi formålet med dette studie var at undersøge specifikke kliniske rammer for opfølgningssamtaler og patienternes oplevelse af samtalerne med hensyn til

Patienterne blev informeret om opfølgningssamtalen inden udskrivelse fra intensivafsnittet. To måneder senere modtog de en skriftlig invitation, som blev efterfulgt af en opringning med henblik på at aftale et tidspunkt for samtalen, hvilket er den normale procedure for opfølgning på intensivafsnittet. Under denne opringning blev patienterne oplyst om muligheden for at deltage i et studie. For patienter, som ikke var interesserede i at deltage, blev samtalen afholdt af kolleger. Patienter, som var interesserede i at deltage, fik aftalt tidspunkt for en samtale afholdt af forfatterne (ALBH og AOG). Patienterne blev rekrutteret tilfældigt fra allerede eksisterende lister over patienter, som skulle indbydes til en samtale. Rekrutteringen blev afsluttet, da vi havde opnået datamætning.

### Informanter

18 patienter blev indbudt til at deltage i studiet. Otte patienter afslog tilbuddet: To var stadig for syge til at deltage, tre ønskede ikke at deltage, to ville gerne deltage i opfølgningssamtalen, men ikke i studiet, og én patient mødte ikke op.

I alt tre mænd og syv kvinder på mellem 32 og 84 år, som havde været indlagt med almindelige intensivdiagnoser, deltog i studiet baseret på følgende inklusionskriterier:

- Interesseret i at deltage i en opfølgningssamtale
- Indlagt på intensivafsnittet i mindst fem dage
- Mekanisk ventileret i mindst 24 timer under indlæggelsen
- Bopæl i den region, hvor universitetshospitalet ligger

Disse kriterier er de samme som kriterierne for alle patienter, der deltager i opfølgningssamtaler på dette intensivafsnit.

Patienterne blev inkluderet fra december 2015 til maj 2016, se tabel 1.

### Dataindsamling

De to forfattere, ALBH og AOG, var begge til stede under alle patienters opfølgningssamtale. Den ene forfatter afholdt samtalen, mens den anden tog håndskrevne feltnoter efter hver observation. Hver patientobservation blev efterfulgt af et interview to til fire uger efter opfølgningssamtalen. Begge forfattere var til stede ved alle interview, og den forfatter, som havde afholdt samtalen, foretog også interviewet. De to forfattere stod hver for fem samtaler og fem interview. Samtlige interview var baseret på en semistruktureret interviewguide, der var udarbejdet individuelt ud fra de forudgående observationer og udsagn fra samtalerne samt relevant litteratur. Tabel 2 er et eksempel på en sådan interviewguide.

Interviewene, som havde en varighed på mellem 35 og 90 minutter, blev optaget og derefter trans-



**Tabel 1.** Patientkarakteristika

Patient nr.	Alder	Antal døgn på intensiv afd	Pårørende med til samtalen	Opfølgning efter samtalen	Køn
1	84	10	Søn	Ingen	K
2	62	23	Samlever	Liasopsyk./egen læge	K
3	32	7	Ingen	Ingen	K
4	53	25	Mand	Ingen	K
5	82	21	Bror/svigerinde	Ingen	M
6	67	15	Hustru/datter	Ingen	M
7	51	70	Mand/børn/svigerdatter	Ingen	K
8	67	10	Mand/veninde	Liasopsyk./egen læge	K
9	55	10	Ingen	Ingen	K
10	76	5	Hustru	Læggesamtale	M

skriberet ordret umiddelbart efter optagelse. Forfatterne ALBH og AOG, som både stod for interviewene og observationerne, havde deltaget i et forskningsuddannelsesprogram og modtog vejledning fra forfatteren BSL, som er erfaren forsker. Forfatterne ALBH og AOG transskriberede alle feltobservationer, feltnoter og interview til ordret tekst.

#### Dataanalyse

De transskriberede feltnoter og interview blev kodet åbent. Sideløbende med kodningen blev der skrevet memoer som støtte for udviklingen af koder, kategorier og indikatorer ud fra data (13). Efterfølgende blev data kodet induktivt med henblik på systematisk undersøgelse af ligheder og forskelle mellem de enkelte interview og feltnoter, og der blev fundet specifikke mønstre (14). Ved brug af åben kodning blev data brudt op på tværs af feltnoter og interview, og der foregik en sammenligning og begrebsliggørelse af opståede koder og kategorier udledt af data (15). Teksterne blev analyseret af alle tre forfattere ved en hermeneutisk frem- og tilbagegående proces (13). Diskussionsafsnittet er ligeledes baseret på drøftelser mellem alle tre forfattere.

#### Etiske overvejelser

Patienterne modtog både mundtlig og skriftlig information om studiets formål, og der blev indhentet skriftligt samtykke. Studiet er godkendt af Datatilsynet (nummer 2015-97).



Analysen resulterede i afdækning af fem hovedtemaer: 1) Samtalens indhold og rammer er afgørende for, om patienten har gavn af samtalen; 2) at konfrontere dæmonerne; 3) at lære at leve med at have været

kritisk syg; 4) at forstå PICS-symptomerne og 5) at genfinde en følelse af normalitet.

#### Samtale udfylder huller i hukommelsen

Inden samtalen modtog hver patient et brev med tidspunktet for samtalen og formålet med den. Samtlige patienter sagde, at brevet var forståeligt, men de udtrykte også usikkerhed over, hvad samtalen ville indebære. En patient sagde, at hun havde det, som om hun skulle til eksamen (pt. 3).

Det var forfatterens indtryk, at patienternes usikkerhed og nervøsitet opstod, fordi de deltog i en samtale på et sted, de kun havde svag eller ingen erindring om, og de derfor ikke havde mulighed for at forberede sig på, hvad der ville ske:

“Jeg spekulerede over, om jeg ville kunne svare på de spørgsmål, I ville stille. Det gjorde mig nervøs. Jeg havde aldrig været der (på intensivafsnittet) før” (pt. 1).

**Tabel 2.** Eksempel på en interviewvejledning.

Forskningsspørgsmål:	Interviewspørgsmål:
Hvordan oplever patienterne den individuelle opfølgningssamtale form og indhold?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan har du haft det siden samtalen?</li> <li>Kan du beskrive, hvordan du havde det med at modtage en invitation til at deltage i en opfølgningssamtale?</li> <li>Hvornår ville det efter din mening have været det perfekte tidspunkt for en opfølgningssamtale?</li> <li>Hvis du tænker tilbage, kan du så beskrive, hvad der gjorde størst indtryk på dig under samtalen?</li> <li>Kan du beskrive, hvordan du havde det med at gense intensivafsnittet og sengestuen?</li> </ul>
Hvordan påvirkede opfølgningssamtalen den enkelte patient med hensyn til patientens PICS-symptomer?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da du deltog i samtalen, var du bekymret over dit hårtab og dine smagsforstyrrelser. Kan du fortælle os noget mere om disse bekymringer?</li> <li>Under samtalen fortalte du, at du har haft klaustrofobiske mareridt. Kan du fortælle os mere om dette? Hvordan påvirker det dig?</li> <li>Da du deltog i samtalen, fortalte du os, at du nemt kom til at græde. Kan du beskrive, hvordan det påvirker din hverdag?</li> <li>Er der noget, vi ikke har talt om, som du gerne vil tilføje, inden vi afslutter interviewet?</li> </ul>

Patienterne var imidlertid glade for at deltage, og nogle af dem sagde, at de deltog for at udfylde hullerne i deres hukommelse, mens andre ønskede at opnå afklaring eller at sige tak. De fleste patienter var ledsaget af en pårørende, og både patienter og pårørende deltog for at få bearbejdet de svære ting, de havde oplevet. Dette kunne tyde på, at inddragelsen af de pårørende var vigtig, fordi de giver patienterne fysisk og psykisk støtte – de sørger f.eks. ofte for, at patienterne møder op til kontrol og samtaler, og de holder styr på alle patienternes aftaler.

De pårørende havde også en væsentlig rolle som patienternes øjne og ører under indlæggelsen, fordi de fleste patienter ikke kunne huske noget fra deres intensivophold. Det indgik ikke i studiets formål, men det blev tydeliggjort, at de pårørende havde en vigtig rolle som patienternes primære informanter. De pårørende havde informeret patienterne om deres intensivophold, men de pårørende var ikke altid i stand til at give patienterne den information, de efterspurgte. Årsagen var, at de ikke kendte svarene, ønskede at beskytte patienten eller selv befandt sig i en belastende og stressende situation:

“Jeg tror også på en måde, at min mand udelader visse detaljer for at beskytte mig” (pt. 4).

Samme patient gav udtryk for, at hun havde tillid til intensivpersonalet på trods af, at hun ikke kendte dem, fordi hendes mand havde fortalt hende, at hun havde modtaget den bedst mulige behandling. Mødet med medlemmer af plejepersonalet gjorde beskrivelsen af hendes intensivophold mere troværdig for hende. Patienterne gav generelt udtryk for, at det var vigtigt for dem at møde nogen, der havde set dem, da de var allermost syge.

### Uenighed om graden af påvirkning

Under samtalerne viste det sig, at patienterne og deres pårørende ikke altid var enige om, hvor meget patienternes PICS-symptomer påvirkede deres dagligdag. Flere patienter sagde, at de efter deres egen opfattelse ikke var blevet mere irritable og utålmodige, men deres pårørende var uenige. Patienterne kunne ikke altid forstå, hvordan deres irritabilitet og utålmodighed kunne påvirke deres familier. En af de pårørende sagde følgende om sin mand:

“Sommetider er det lidt pinligt. Når kassekøen i supermarkedet er lang, bliver han irriteret og begynder at tale højt og tænker ikke altid over, hvad han siger.” (Manden svarede: “Nej, det passer ikke.”) “Jo, det er jeg bange for, det gør” (pt. 6).

### Dybere forståelse af situationen

Generelt var de pårørende glade for at være med til samtalerne, fordi det gav dem en dybere forståelse af, hvordan de var havnet i den aktu-

elle situation. Efter de fleste patienters mening var tidspunktet for samtalen velvalgt. Ikke desto mindre ville størstedelen af patienterne gerne have haft information om deres PICS-symptomer inden samtalen. Det var deres opfattelse, at de så kunne have undgået unødigt bekymring. Ud fra patienternes erfaring havde sundhedspersoner uden for intensivafsnittet kun begrænset viden om de symptomer, der forekommer efter en kritisk sygdom. Det viste sig også, at patienter med mindre behov for fysisk rehabilitering havde større behov for en tidlig samtale og omvendt.

Patienterne fortalte, at de havde aflyst andre aftaler for at kunne deltage i opfølgningssamtalen:

“I dag skulle jeg have været hos min fysioterapeut. Jeg var nødt til at aflyse. Jeg må indrømme, at jeg kun kan klare én ting om dagen; ellers bliver det for meget for mig. Hvis jeg alligevel har planlagt to ting til samme dag, sommetider er jeg ikke i stand til at fravælge, og så sover jeg resten af dagen” (pt. 4).

### Vigtigt med besøg på stuen

Besøget på sengestuen viste sig at være en central og vigtig del af samtalen. Alt det tekniske udstyr på stuen gav et billede af, hvor syge patienterne havde været. Dette fund behandles mere detaljeret i et senere afsnit. Der var endvidere tegn på, at det kunne være gavnligt for mandlige patienter at besøge sengestuen ved samtalsens start snarere end som afslutning, men dette er ikke i overensstemmelse med den nuværende praksis. Derved ville der være et konkret udgangspunkt for samtalen, hvilket en af de mandlige patienter efterspurgte direkte (pt. 6).

### Yderligere opfølgning ofte nødvendigt

Efter samtalerne stod det klart, at nogle af patienterne havde brug for yderligere opfølgning. Tre patienter blev henvist til liasonpsykiatrien og speciallæger. To patienter blev rådet til at konsultere deres praktiserende læge med henblik på yderligere udredning. Under interviewene havde flere patienter stadig uddybende spørgsmål vedrørende deres intensivophold, hvilket indikerer, at nogle af patienterne havde behov for mere end én opfølgningssamtale. Det bør tages i betragtning, at flere af de deltagende patienter under deres indlæggelse havde været i kontakt med en hospitalspræst, en psykolog og liasonpsykiatri-teamet.

### Konfrontation med demonerne

Samtalen gjorde, at patienterne blev konfronteret med deres intensivophold, og det var for nogle af dem starten på en mestringsproces:

“Det kan være sundt, at kasserne er blevet åbnet. Jeg ønskede at undgå det, men det er en del af mit liv, som andre har set, og nu kan jeg bedre forstå mine omgivelser ... deres afmagt og smerte” (pt. 2).

Denne patients kritiske sygdom havde splittet hendes familie, mens hun var indlagt på intensivafsnittet. Samtalen gav hende en forståelse af, hvordan det var at være pårørende til en intensivpatient, og det gav hende efterfølgende mulighed for at genskabe kontakten til dele af sin familie. Dette udsagn støttes af en anden patient (pt. 6), som forklarede, at det at overvære andre pårørende besøge deres syge familiemedlemmer havde givet ham indblik i de bekymringer, hans kone og datter havde under hans eget intensivophold.

For andre patienter hjalp samtalen dem til at konfrontere deres dæmoner. En patient, som havde haft søvnforstyrrelser og klaustrofobiske mareridt, sagde følgende:

“Siden jeg genså afsnittet og hørte lydene, er jeg holdt op med at have mareridt. Jeg tror, jeg har lukket det kapitel i mit liv” (pt. 3).

Denne patient forbandt ophøret af sit mareridt med opfølgningssamtalen. Hun havde fået en henvisning til en psykolog, men samtalen fik hende til at beslutte ikke at bruge den. En anden patient (pt. 4) mente det samme, idet hun sagde, at samtalen for hende havde samme virkning som en samtale med en psykolog kunne have haft.

Flere patienter beskrev, at samtalen belyste forhold ved intensivbehandlingen, som de ikke havde kunnet forstå eller ikke huskede. En patient (pt. 2) sagde, at hun ikke havde været forberedt på, hvordan samtalen ville påvirke hende. Hun beskrev konfrontationen som følger:

“... ulempen ved samtalen var, at den tvang mig til at konfrontere mine følelser omkring det at have været så syg. Jeg havde lagt låg på den del af mit liv” (pt. 2).

Samtalen vækkede følelser hos hende, og under interviewet beskrev hun, at hun efterfølgende havde haft en reaktion uden at vide, hvordan hun skulle håndtere det. Dette er et eksempel på en patient, der kunne have haft gavn af yderligere opfølgning.

### **Erkendelse af at have været kritisk syg**

Samtalerne fik patienterne til at se i øjnene, hvor syge de havde været:

“Det, der gjorde størst indtryk, var erkendelsen af, hvor syg jeg har været. Jeg har nok ikke været helt klar over det” (pt. 4).

Inden samtalen havde denne patient læst sin journal og talt med sin mand om sin indlæggelse. Det var imidlertid mødet med de sygeplejersker, der havde stået for hendes pleje, der fik hende til at tro på, at oplysningerne faktisk var sande.

En anden patient (pt. 1) beskrev, hvordan besøget på sengestuen og alt det tekniske udstyr fik hende til at indse, hvor kritisk hendes tilstand faktisk havde været. Andre patienter havde tilsvarende oplevelser. En af de pårørende forklarede, at hendes mand blev følelsesmæssigt overvældet ved synet af sengestuen. Hendes mand sagde følgende:

“Det var en god oplevelse for mig at se, hvordan det har været – jeg kan slet ikke huske, hvordan det var. Jeg synes, det var imponerende, at alle de maskiner kunne holde folk i live” (pt. 6).

Flere patienter sagde, at besøget på sengestuen fik dem til at indse, hvor syge de havde været:

“Når man går forbi de stuer og tænker på, at man også selv har ligget derinde, og det går op for én, at man kunne have været død, så gør det noget ved én efterfølgende ... man bliver gladere for at være i live” (pt. 9).

Patienterne gav generelt udtryk for, at besøget på sengestuen var en væsentlig del af opfølgningssamtalen. Der blev brugt ord som “øjenåbner” (pt. 6) og “lettelse” (pt. 10).

En patient (pt. 2) gav udtryk for, at hun havde haft en følelse af forladthed på intensivafsnittet, men blev mindre bekymret, da hun med egne øjne så, at der havde været personale omkring hende hele tiden.

### **Fik forståelse af PICS-symptomerne**

Samtalerne gav patienterne en forståelse af deres PICS-symptomer. De vidste, at bestemte symptomer såsom træthed, muskelsvaghed, manglende appetit og forventning af fare kunne tilskrives deres kritiske sygdom. Disse symptomer gav ikke anledning til større bekymringer. Modsat blev patienterne bekymrede over de mere uforklarlige symptomer såsom føleforstyrrelser, ændrede spisemønstre, koncentrationsbesvær, irritabilitet, grådlabilitet, hukommelsestab og angst/mareridt, og de brugte lang tid på at spekulere over dem og forsøge at identificere årsagerne til dem:

“... men det viste sig, at jeg er helt normal. Det er ikke bare mig, der er speciel, fordi jeg ikke kan drikke kaffe mere eller spise grønne vingummier, eller hvad det kan være. Og ... jeg taber mit hår. Det er der også andre, der gør ...” (pt. 4).

Patienterne var lettede, da de fik at vide, at de symptomer, de havde, er velkendte efter kritisk sygdom: “Jeg syntes, det var godt at få at vide, at det kunne kobles til det, at jeg har ligget i koma. Her på rehabiliteringscenteret sagde de, at det kunne skyldes min type 2-diabetes” (pt. 7).

De patienter, som var nået langt med deres fysiske rehabilitering og havde færrest kognitive og sociale problemer, var begyndt at søge information om deres symptomer enten online, i deres journal eller ved at tale med sundhedspersoner. De havde





dog kun sjældent fundet korrekte forklaringer på deres symptomer. De to ældste deltagere i studiet var ikke særlig bekymrede over deres symptomer. De forventede ikke, at de ville have et helt så godt liv og helbred som tidligere, og de var taknemmelige over at have overlevet deres sygdom:

“Nu går jeg med stok. Det er der mange, der gør. Jeg sad yderst på bænken, og porten var åben, men han (Gud) lukkede den igen. Livet går videre, og jeg håber, jeg stadig har nogle gode år foran mig” (pt. 5).

Ud over deres PICS-symptomer havde patienterne også problemer i relation til deres primære diagnose. Generelt set kæmpede patienterne med deres ændrede selvopfattelse. Uanset om de havde brug for hjælp til at gå på trapper, arrene efter trakeostomien var synlige, eller de græd offentligt, følte de sig stigmatiseret, hvilket forstærkede deres sociale PICS-symptomer.

#### At genfinde en følelse af normalitet

Efter indlæggelsen havde patienterne en negativ selvopfattelse. De beskrev sig selv som “svækling” (pt. 2), “et fjols” (pt. 7), “en baby” (pt. 3), “vrælen-de” (pt. 6), “dum” (pt. 3) og “skør” (pt. 4).

Dette var baseret på, hvordan de nu opfattede sig selv, dvs. som svagere, mere sårbare, grådlabile, trætte og med mareridt. Samtalen gav patienterne en dybere forståelse af sig selv som normale, tidligere intensivpatienter med symptomer, der er normalt forekommende efter intensivbehandling, og bidrog til, at de blev klar over, at andre patienter havde oplevet det samme. Dette var en lettelse for patienterne:

“Det var en lettelse at få den viden. Det var det virkelig. Det var godt at få at vide, at jeg ikke var det eneste fjols, der drømte sådan nogle forfærdelige drømme, fordi det fyldte enormt meget for mig, mens det stod på. Det gjorde det” (pt. 7).

Når patienterne blev spurgt, hvilken del af deres deltagelse i samtalen der havde gjort størst indtryk på dem, sagde de, at det var, at de nu vidste, at de ikke var de eneste, der var endt i denne situation:

“Den klarhed, der kom omkring mine hallucinationer og smagsforstyrrelser, og at jeg ikke var alene om at have den slags oplevelser. Jeg tror, det var den største øjenåbner for mit vedkommende” (pt. 6).

Alle patienterne beskrev, at de havde følt sig isoleret, indtil de deltog i samtalen. Deres deltagelse gav dem mulighed for at tale åbent om deres problemer og at blive lyttet til af sygeplejersker, der vidste, hvad de havde været igennem. Mange af patienterne følte, at deres omgivelser var ude af stand til at forstå, hvad de havde oplevet:

“Folk ved ikke, hvad det indebærer at have været på intensiv” (pt. 9).

## D

### Diskussion

Dette studie, som er baseret på nuværende praksis på ét intensivafsnit, har resulteret i viden om vigtigheden af opfølgningssamtaler for intensivpatienter. I overensstemmelse med studiets formål

er diskussionen opdelt i to afsnit. I det første afsnit diskuteres samtalsindhold og rammer, mens det i det andet afsnit er betydningen af samtalen i relation til patienternes PICS-symptomer, der diskuteres.

#### Positivt at deltage i samtalerne

Generelt var patienterne positive omkring deltagelsen i samtalerne, og de fleste af dem var ledsaget af pårørende. Selvom de pårørende ikke var et primært fokus i studiet, blev det tydeligt, at de havde en vigtig rolle både under indlæggelsen og efter udskrivning. Samtalen blev et led i mestringsprocessen for både patienter og pårørende. Antonovsky (16) introducerede begrebet “Oplevelse af sammenhæng” (OAS) som en vigtig faktor i relation til evnen til at håndtere stress. Ud af de tre komponenter i OAS bidrager samtalen til øget begribelighed, fordi patienterne får forklaret deres symptomer og minder fra deres indlæggelse. Det er nemmere at håndtere de udfordringer og krav, man står over for som tidligere intensivpatient, når ens oplevelser og minder er helt normale, og andre har oplevet det samme. Begrebet OAS bruges af Jensen et al. (17) som en intervention i deres opfølgningssamtaler, da de forventer, at det vil fremme mestring. Ifølge Antonovsky (16) afhænger komponenten håndterbarhed af tilgængeligheden af pårørende eller andre vigtige personer. Dette understreger vigtigheden af at inddrage pårørende i samtalen.

Strategien med at inddrage pårørende i patientplejen bruges overalt i sundhedsvæsenet, men som regel har de pårørende hovedsageligt en støttefunktion (18). I studier udført på intensivafsnit (17,19,20) er de pårørende også beskrevet som kilde til information om, hvad patienterne har været igennem under deres intensivophold. Resultaterne i dette studie tyder på, at de pårørende ikke blot er én af informationskilderne, men faktisk den primære kilde for patienterne, der som regel ikke kan huske deres tid på intensivafsnittet. De pårørende er selv i en stressende situation og kan ikke forventes at udfylde rollen som eneste informationskilde (18, 21).

I litteraturen bruges udtrykket PICS-family om de psykiske symptomer, de pårørende kan opleve efter at have været vidne til kritisk sygdom (4). De pårørendes symptomer analyseres ikke systematisk i nær-

værende studie. Andre studier har imidlertid påvist en høj forekomst af PTSD blandt pårørende (7,22,23). Dette tyder på, at de pårørende i nærværende studie selv kan være ramt af PICS. Ifølge Cullbergs (24) kriseteori er det sandsynligt, at de pårørende er i reaktions- eller bearbejdningsfasen af krisen, mens de har ansvaret for at informere patienterne om, hvad der er foregået under deres indlæggelse. Dette understreger, hvor problematisk det kan være at forvente, at de pårørende er patienternes primære informanter.

### **Besøg igangsætter en mestringsproces**

Samtalen gav patienterne mulighed for at tale om, hvad der var foregået, og hvordan de har det med det og bidrager derved til deres mestringsproces. Dette er en del af reaktionsfasen (24). Som led i interviewet besøgte patienterne intensivafsnittet. Besøget på sengestuen kan tolkes som en eksponeringsbehandling, der igangsætter en mestringsproces. Denne metode bruges ved behandling af patienter med PTSD. I nærværende studie blev det ikke undersøgt, om patienterne havde PTSD. De har imidlertid symptomer på PICS, hvilket kan omfatte PTSD (4,6). Det kan måske forklare, hvorfor patienterne anså besøget på intensivafsnittet for vigtigt. Denne antagelse støttes af Storli og Lind (25), som konkluderede, at det så ud til at være væsentligt for tidligere intensivpatienter at genbesøge og ”mærke” sengestuen.

Lazarus (26) beskrev, hvordan mennesker vælger den mestringsstrategi, der giver den bedste balance mellem tanker, handlinger og ydre begivenheder i enhver given situation. Han identificerer to typer af mestringsstrategier i sin teori: problemfokuseret og følelsesfokuseret mestringsstrategi.

Problemfokuseret mestringsstrategi bruges i relation til foranderlige stressfaktorer, mens følelsesfokuseret mestringsstrategi bruges i relation til trusler, der er uforanderlige eller ser ud til at være det. Patienterne i nærværende studie syntes at revurdere truslen, da de så sengestuen, og derved blev det muligt at håndtere situationen på en problemfokuseret måde. Simonsen (27) beskriver, hvordan mænd i relation til sygdom generelt holder afstand og foretrækker ikke at tale om den. Denne antagelse støttes af Agnholt (28) i studiet af mandlige patienter og hjemmedialyse, som beskriver vigtigheden af at inddrage et kønsperspektiv i sygeplejen. Der deltog kun tre mandlige patienter i nærværende studie, men ud fra dette grundlag ser det ud til, at de kunne have gavn af at besøge sengestuen ved samtalsstart. Ifølge Simonsen (27) ville dette rette fokus mod sygdom og intensivbehandling i almindelighed – uden at have negativ indvirkning på mænds følelse af autonomi.

Kognitivt og fysisk var patienterne ikke klar til en opfølgningssamtale kort tid efter deres intensivophold. Nogle af patienterne ringede imidlertid og bad om at få deres samtale afholdt tidligere end planlagt. I andre studier beskrives det, hvordan fysisk rehabilitering går forud for psykisk restitution (19,29), og dette kan måske forklare, hvorfor patienterne med færrest fysiske symptomer havde størst behov for at få afholdt samtalen tidligere i dette studie.

### **Samtale åbner en lukket skuffe**

Resultaterne fra dette studie tyder på, at samtalen konfronterer patienterne med deres ophold på intensivafsnittet. Som tidligere beskrevet arbejder Cullberg (24) med udtrykket eksponeringsbehandling i forbindelse med PTSD. En patient i nærværende studie brugte metaforen ”åbner lukkede skuffer” om samtalen. Hun forsøgte at undgå tanker og oplevelser, der mindede hende om hendes intensivophold. I henhold til kriseteorien (24) er dette en midlertidig hensigtsmæssig brug af forsvarsmekanismer til at kontrollere kaos. Hun syntes, det var svært at deltage i samtalen, men den gav hende en ny forståelse af hendes problemer. En anden patient brugte metaforen ”lukke et kapitel” om samtalen. For hende medførte eksponeringen for lydene fra intensivafsnittet, at hun holdt op med at have mareridt.

Patienter bruger ofte metaforer, når de beskriver, hvordan de har det efter deres indlæggelse. Lakoff (30) beskriver metaforer som attributter, der gør det muligt for os at forstå og opleve én type situation ved hjælp af en anden. De kan være vendinger eller ord. ”Sad yderst på bænken” var en vending, en patient brugte for at angive, at han havde været tæt på at dø. En af patienterne brugte ordet ”baby” som et billede på at føle sig hjælpeløs.

Hallucinationer fik patienterne til at bruge nedladende metaforer om sig selv, som f.eks. ”skør”, ”dum” og ”fjols”. Det fremgår også af andre studier, at patienter bruger metaforer om sig selv efter kritisk sygdom (17,19,31). Negativt ladede metaforer kan være udtryk for patienternes ændrede kropsbillede. Price (32) beskriver kropsbillede som en subjektiv, personlig opfattelse af kroppen. Den omfatter tre komponenter: kropsrealitet, kropsideal og kropspræsentation. Der skal være balance mellem de tre komponenter. Efter kritisk sygdom er alle komponenterne påvirkede. Afstanden mellem krop og kropsideal øges på grund af ar og ændrede fysiske og kognitive evner, som forandrer kropspræsentationen.

Patienterne i dette studie gav udtryk for, at de gik med hjælpemiddel, havde brug for hjælp til at gå på trapper og de bar tøj, der dækkede deres ar. Afhæn-





gighed bliver synlig og kan føre til stigmatisering. Ifølge Price (32) tager det flere måneder at skabe et nyt kropsbillede efter kritisk sygdom. Opfølgningssamtalen hjælper patienterne til at forstå deres nye kropsbillede, fordi de får en forklaring på deres symptomer og får at vide, at andre patienter har de samme oplevelser.

### Vigtigt at være del af en gruppe

Sociologen Goffman (33) beskriver, hvordan det at være del af en gruppe er kolossalt vigtigt for livskvaliteten. Ifølge ham tilhører mennesker kategorien "normal", når de ikke afviger negativt fra de særlige forventninger, der gælder for en given situation. Dette kan måske forklare, hvorfor tidligere intensivpatienter bliver lettede over at få at vide, at de ikke er alene. De tilhører en gruppe mennesker, hvilket gør, at de er normale og ikke afvigende. Goffman (33) beskriver, hvordan mennesker bedømmer hinanden på deres umiddelbare udseende. Det betyder, at mennesker gør en hel del for at få deres udseende til at signalere det, de ønsker, omverdenen skal se. Det understreger, hvorfor det er vigtigt for patienterne i nærværende studie at gå uden hjælpemiddel og at dække deres ar. Ifølge Goffman (33) gør mennesker sig sådanne bestræbelser for at undgå stigmatisering. Han beskriver, hvordan der i samfundet bruges forskellige metaforer såsom krøbling, bastard og idiot som stigmasymboler. Mennesker, der ikke kan skjule deres stigma og forventer reaktioner fra omgivelserne, kan bevare kontrollen ved at bruge den slags metaforer om sig selv. Dette kan måske forklare, hvorfor patienterne i nærværende studie brugte nedladende metaforer om deres udseende.

### Studiets styrker og begrænsninger

Fokuseret etnografi blev anset for at være en passende metode til at undersøge tidligere intensivpatienters oplevelse af en sygeplejerskeledet samtale med hensyn til indhold og rammer. Fokuseret etnografi bruges hyppigt inden for områder med anvendt forskning såsom sygepleje. Ved at sætte fokus på patienternes oplevelser og deres nytte af samtalerne med hensyn til de enkelte patienters symptomer på Post-Intensive Care-Syndrom er det muligt at udvikle viden med relevans for sygepleje (34).

Observationerne blev bekræftet ved hjælp af interview med patienterne. Kombinationen af deltagerobservationer og interview muliggjorde en dybdegående forståelse af resultaterne. Det begrænsede antal patienter og det faktum, at de inkluderede patienter måske er de patienter, der har mest overskud, kan have påvirket resultaterne på

en sådan måde, at de kun kan bruges i forbindelse med patienter i samme situation. Patientpopulationen blev anset for at være repræsentativ for den generelle intensivpopulation.

Forfatterne ALBH og AOG er intensivsygeplejersker og forsker i deres egen kliniske praksis og har derfor en udfordring med hensyn til antagelser og forforståelse inden for deres område. Forfatteren BSL har derimod ingen forhåndsviden om intensivområdet og sikrede, at fortolkningerne blev håndteret kritisk. På den anden side er viden om konteksten afgørende for at kunne håndtere kompleksiteten hos tidligere intensivpatienter.

### Vigtigt at tilbyde opfølgning til patienter og pårørende

Resultaterne understreger vigtigheden af at tilbyde opfølgning efter intensivophold til tidligere patienter og pårørende.

Samtalen giver patienterne en forståelse af deres PICS-symptomer, som de ikke havde før. Gen-synet med intensivafsnittet, besøget på sengestuen med alt det tekniske udstyr samt det at høre lydene får patienterne til at se i øjnene, hvor kritisk syge de har været. Samtalen giver desuden patienterne en følelse af at tilhøre en gruppe normale, tidligere intensivpatienter, hvilket er et vigtigt element i den videre bearbejdning og håndtering af intensivopholdet.

Tidspunktet for samtalen er ikke altid optimalt, afhængigt af hvor langt patienterne er nået med deres fysiske rehabilitering. Generelt ville patienterne gerne have haft information om deres PICS-symptomer og hændelser på intensivafsnittet tidligere, da de sundhedspersoner, de havde mødt efter indlæggelsen på intensivafsnittet, kun havde begrænset eller ingen viden herom.

Patienternes pårørende har en vigtig rolle og bør deltage i opfølgningen. De fungerer som plejepersoner og forbindelsesled mellem patienten og sundhedspersonerne. De pårørende er desuden patienternes informanter og for mange patienter den eneste kilde til information om intensivopholdet og behandlingen.

Dette understreger vigtigheden af at formidle viden om PICS til sundhedspersoner, der er i kontakt med patienter og pårørende efter intensivbehandling. Resultaterne tyder ligeledes på, at tidligere intensivpatienter vil kunne have gavn af at møde andre patienter, der har været kritisk syge, og at nogle patienter har behov for mere opfølgning end en enkelt samtale. ●



## Referencer

1. Egerod I, Risom SS, Thomsen T, Storli SL, Eskerud RS, Holme AN, Samuelson KAM. ICU-recovery in Scandinavia: a comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden. *Intensive Crit Care Nurs* 2013; 29(2):103-11. 2. Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Hopkins RO, Iwashyna TJ, et al. Exploring the Scope of Post-Intensive Care Syndrome Therapy and Care: Engagement of Non-Critical Care Providers and Survivors in a Second Stakeholders Meeting. *Crit Care Med* 2014;42(12):2518-26. 3. Angus DC, Carlet J. Surviving Intensive Care: a report from the 2002 Brussels Roundtable. *Intensive Care Med* 2002;(29):368-77. 4. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving the long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;(40):502-9. 5. Jensen JF, Thomsen T, Overgaard D, Bestle MH, Christensen D, Egerod I. Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 2015;41(5):763-75. 6. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(5):421-34. 7. Cameroun JI, Chu LM, Matte A, Tomlinson G, Chan L, Thomas C, et al. One-Year Outcomes in Caregivers of Critical Ill Patients. *N Eng J Med* 2016;(373):1831-41. 8. Fonsmark L, Rosendahl-Nielsen M. Experience from multidisciplinary follow-up on critically ill patients treated in an intensive care unit. *Dan Med J* 2015;62(5):1-5. 9. Samuelson KAM, Corrigan I. A nurse-led intensive care after-care programme – development, experiences and preliminary evaluation. *Nurs Crit Care* 2009;14(5):254-63. 10. Jones C. Recovery post ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2014;30(5):239-45. 11. Rattray J. Life after critical illness: an overview. *J Clin Nurs* 2014;23(5-6):623-33. 12. Knoblauch H. Focused ethnography. *Forum Qual Soc Res* 2005;6(3). 13. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzel Forlag; 2009. 14. Brinkmann S. Det kvalitative interview. København: Hans Reitzel; 2014. 15. Gibson B, Hartman J. Rediscovering Grounded Theory. London: Thousand Oaks CA: SAGE Publications; 2014. 16. Antonovsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag; 2000. 17. Jensen JF, Overgaard D, Bestle MH, Christensen DF, Egerod I. Towards a new orientation: a qualitative longitudinal study of an intensive care recovery programme. *J Clin Nurs* 2016;(26):77-90. 18. Sundhedsstyrelsen (2016). Mødet med pårørende til personer med alvorlig sygdom. Anbefalinger til sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen; 2016. [Citeret 1. juni 2017]. Tilgængelig via: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/-/media/AE70549836C24B72B95E025C6603FCDD.ashx> 19. Aagaard AS, Egerod I, Tønnesen E, Lomborg K. Struggling for independence: A grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. *Intensive Crit Care Nurs* 2012;(28):105-13. 20. Stayt LC, Seers K, Tutton L. Making sense of it: intensive care patients' phenomenological accounts of story construction. *Nurs Crit Care* 2015;(21):225-32. 21. Storaker J. Sygeplejersken i mødet med patient og pårørende. I: Pedersen S, red. Sygeplejebogen 1. København: Gads Forlag; 2009. p. 163-92. 22. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med* 2004;(30):456-60. 23. Rosendahl J, Brunkhorst FM, Jaenichen D, Strauss B. Physical and mental health in patients and spouses after intensive care of severe sepsis: a dyadic perspective on long-term sequelae testing the Actor-Partner Interdependence Model. *Crit Care Med* 2013;(41):69-75. 24. Cullberg J. Krise og udvikling. København: Hans Reitzels Forlag; 2007. 25. Storli SL, Lind R. The meaning of follow-up in intensive care: patient's perspective. *Scand J Caring Sci* 2009;(23):45-56. 26. Lazarus R. Stress og følelser – en ny syntese. København: Akademisk Forlag; 2006. 27. Simonsen S. Mænd, sundhed og sygdom – ronkedorfænomenet. Århus: Forlaget Klim; 2006. 28. Agnholt H. Den mandlige patient og hjemmedialyse. *Sygeplejersken* 2014;(9):100-4. 29. Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Crit Care Med* 2010;38(12):2386-400. 30. Lakoff G, Johnson M. Hverdagens metaforer. København: Hans Reitzels Forlag; 2002. 31. Pattison N, O'Gara G, Rattray J. After critical care: Patient support after critical care. A mixed method longitudinal study using email interviews and questionnaires. *Intensive Crit Care Nurs* 2015;(31):213-22. 32. Price B. A model for body-image care. *J Adv Nurs* 1990;(15): 585-93. 33. Goffman E. Stigma. København: Gyldendals Samfundsbibliotek; 1975. 34. Higgibottom GMA, Pillay JJ, Boadu NY. Guidance on Performing Focused Ethnographies with an Emphasis on Healthcare Research. *Qual Rep* 2013;(18):1-16.

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

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



**LENE SEIBÆK**

Sygeplejerske 1982, kræftsygeplejerske, MHH, ph.d. Lektor, Institut for Klinisk Medicin Aarhus Universitet, og seniorforsker, Kvindesygdomme og Fødsler Aarhus Universitetshospital.

[leneseib@rm.dk](mailto:leneseib@rm.dk)



**HENRIETTE VIND THAYSEN**

Sygeplejerske 1993, cand.scient.san., ph.d. Klinisk sygeplejespecialist, Mave- og Tarmkirurgi Aarhus Universitetshospital, og adjunkt, Institut for Klinisk Medicin Aarhus Universitet.



**KIRSTEN LOMBORG**

Sygeplejerske 1980, SD i uddannelses-tilrettelæggelse, exam.art. i filosofi, cand.cur., ph.d. Professor med særlige opgaver i patientinvolvering, Institut for Klinisk Medicin Aarhus Universitet, seniorforsker på Steno Diabetes Center Copenhagen.

*Alle forfattere er tilknyttet Forskningsprogrammet Patientinvolvering, Aarhus Universitetshospital*

# Det svage punkt - når patienterne flyttes mellem hospitaler

Når det ene hospital ikke ved, hvad det andet laver, overlades det til patienterne selv at koordinere deres forløb, viser kortlægning af 15 patienters perspektiver på muligheder for patient-involvering.



Patienter vil gerne være involverede i deres behandling og pleje. I kompleks, specialiseret kirurgisk kræftbehandling kan det imidlertid være svært for de alvorligt syge patienter og deres pårørende at bevare overblikket og bearbejde den information, der fremlægges.

I nogle tilfælde går kræftpakkeforløbene på tværs af flere hospitaler, og så har personalet også svært ved at bevare overblikket. Overgangen

fra det ene hospital til det andet er derfor et svagt punkt i forløbet med stor risiko for kvalitetsbrist.

Som resultat af en omfattende interviewundersøgelse viser denne artikel, hvad patienter og pårørende oplever i forløb, hvor flere hospitaler er involveret, når de gennemgår specialiseret behandling for kræft i bughulen udgået fra tarmsystemet eller æggestokkene.

Først og fremmest peger undersøgelsen på, at behandlingens kompleksitet er organisatorisk udfordrende, at videndeling ikke altid lykkes, og at inkompatible sundhedsteknologiske systemer hæmmer kommunikation på tværs af regionerne.

Forholdene har konsekvenser for patienter og pårørende, for sygeplejepraksis og for den enkelte sygeplejerskes arbejde.

Pakkeforløbene er aktuelt under revision, bl.a. med henblik på at sikre bedre sammenhæng i forløbet (1).

### Et eksempel på kompleks kirurgisk kræftbehandling

Aarhus Universitetshospital (AUH) har siden 2006 været nationalt center for behandling af kræft i bughulen udgået fra tarmsystemet. Den kirurgiske behandling indbefatter fjernelse af alt synligt kræftvæv i bughulen og de involverede organer, såkaldt cytoreduktiv kirurgi (CRS).

Efterfølgende skylles bughulen med opvarmet kemoterapi, også kaldet heated intraperitoneal chemotherapy (HIPEC). Da CRS+HIPEC formodes også at kunne forbedre prognosen ved kræft i æggestokkene, tilbydes behandlingen nu også som et klinisk forsøg til udvalgte kvinder med denne sygdom.

Behandling med CRS+HIPEC er altså helbredende i tilfælde af kræft i bughulen fra tarmsystemet, men der findes endnu ikke samme grad af evidens for virkningen for patienter med kræft i æggestokkene. Fælles for begge patientgrupper er, at behandlingen kun kan gennemføres, såfremt alt synligt kræftvæv kan fjernes. Desuden skal patienten have et rimeligt godt alment helbred med en aldersgrænse på 70-75 år.

### Fysisk og psykisk krævende forløb

Der er tale om et både fysisk og psykisk krævende behandlingsforløb for patienter og pårørende.

Artiklen handler om muligheder og begrænsninger for patientinvolvering i forbindelse med kompleks kirurgisk kræftbehandling organiseret i pakkeforløb. Hvad sker der for patienten undervejs i kræftpakken? Hvordan ser indholdet ud i patientens perspektiv? Og hvilke implikationer har det for sygeplejepraksis? Disse spørgsmål førte i 2017 til en undersøgelse af muligheder og barrierer for patientinvolvering, når mennesker med kræft i bughulen gennemgår centraliseret, højt specialiseret kirurgisk behandling.

### Kræftpakkeforløb sikrer kvaliteten

Et kræftpakkeforløb udarbejdes i relation til en bestemt kræftsygdom. Det består af en systematisk beskrivelse af patientens forløb lige fra udredning og diagnostik til behandling og opfølgning. Det indeholder også anbefalinger for forløbstider inden for udvalgte delområder, vejledninger til fagfolk og patientpjecer.

Formålet med pakkeforløb på kræftområdet er at sikre en høj og ensartet kvalitet på nationalt niveau. Baggrunden for den endelige implementering i 2009 var en målsætning udarbejdet af den daværende regering og regionerne om, at kræftpatienter skulle have forløb ”uden unødigt ventetid med akut handling og klar besked”.



**Patient og pårørende ønsker overblik over forløbet og at blive støttet i at stille de spørgsmål, som de ønsker at få svar på.**



For størstedelen af patienterne indledes forløbet med, at hjemmesygehus henviser til specialiseret udredning på AUH. Når henvisningen er modtaget, planlægges den videre udrednings- og behandlingsstrategi inden for det i kræftpakken fastlagte tidsrum.

Det sker på en multidisciplinær teamkonference (MDT), hvor kirurger, sygeplejersker, radiologer, medicinske onkologer, radioterapeuter og patologer deltager.

Hovedparten af de patienter, som ud fra billeddiagnostik og andet materiale vurderes egnet til behandling, indkaldes efterfølgende til supplerende kikkertundersøgelse. Patienten er på dette tidspunkt lokalt blevet orienteret om, at en endelig behandlingsplan først kan fastlægges efter denne undersøgelse, og at behandlingen måske ikke er mulig i deres tilfælde, idet den kun kan gennemføres hos cirka en tredjedel af de henviste patienter. Det er dog langt fra alle patienter, som på dette tidspunkt har forstået denne information.

Hvis behandlingen kan gennemføres, er operationen ofte langvarig (6-10 timer) og efterfølges af ophold på intensivt afsnit i cirka et døgn samt indlæggelse på sengeafdeling i mindst syv døgn.

Patienter henvist fra andre sygehuse kan efterfølgende overflyttes til hjemmesygehus. De er i denne periode præget af manglende mave-tarm-funktion, kvalme, smerter, madlede og udtalt træthed.

Erfaringer fra opfølgingsforløbet og undersøgelser af patienternes helbredsrelaterede livskvalitet tyder på, at patienterne det første halve år efter operationen oplever øget træthed samt fysiske og psykiske begrænsninger i forhold til arbejde og daglige aktiviteter og eventuelt smerter.

### Store krav til patient og pårørende

Patient og pårørende skal tidligt i forløbet forholde sig til store mængder information og bekymringer og usikkerhed i forhold til, om behandlingen overhovedet kan gennemføres. De har derfor krav på information om alternative behandlingsmuligheder samt supplerende opfølgning, såfremt de ikke ønsker den foreslåede behandling, eller kirurgerne må afstå fra at gennemføre operationen.

Videre er der behov for at fokusere på tiden frem mod operationen, på inddragelse af netværket samt på optimering af patientens fysiske almentilstand (2-4). Der foreligger således store faglige, menneskelige og organisatoriske udfordringer i forløbet. Det var baggrunden for, at vi ønskede at kortlægge muligheder og begrænsninger for patientinvolvering.

### Klinisk praksis på patientens præmisser

Vi tog afsæt i Europa-Kommissionens definition på patientinvolvering: "The concept of patient involvement refers specifically to the right and benefits of patients to have a central position in the healthcare process." (5) (*"Begrebet patientinvolvering refererer specifikt til patienters ret til at indtage en central position i deres pleje- og behandlingsforløb."* (Forfatternes oversættelse.))

Denne definition er efterfølgende blevet reformuleret som en klinisk praksis på patientens præmisser, der både rummer patientinvolverende sygepleje med fokus på den enkelte patient og patientinvolvering på organisatorisk niveau, se boks

#### Boks 1. Patientinvolvering

Patientinvolvering er en samlebetegnelse for en klinisk praksis på patientens præmisser. Værdigrundlaget er, at patienter bør støttes i på et informeret grundlag at træffe beslutninger om behandlingen og i at integrere sygdom og behandling bedst muligt i deres livsførelse (6).

#### Boks 2. Patientcitat fra undersøgelsen

"Nej, fordi det er meget svært, når man er patient. Det er faktisk meget, meget svært at få listet ud af lægerne, hvad det egentlig er, der foregår. For du skal stille de rigtige spørgsmål, ellers får du ikke de rigtige svar. Og for at stille de rigtige spørgsmål skal du faktisk vide alt om din sygdom på forhånd, for ellers kan du jo ikke stille spørgsmålene – og hvis du så stiller de spørgsmål, så er det ikke altid, du får et svar." (Informant 1)

1, (6). Set i det perspektiv har patientinvolvering potentiale til at øge patienters helbredsrelaterede livskvalitet og handlekompetencer. Men i hvilket omfang er det muligt at indfri potentialet i organisatorisk komplekse patientforløb? Og hvilken betydning får dette for sygeplejepsikis?

#### 15 patienters perspektiver kortlagt

Via 31 semistrukturerede forskningsinterview og 37 feltobservationer i klinisk praksis gennemførte vi i 2017 en kortlægning af i alt 15 patienters (otte kvinder, syv mænd) perspektiver på muligheder og barrierer for involvering i patientforløbet med CRS+HIPEC (7). Vi identificerede en række væsentlige opmærksomhedspunkter vedrørende patienternes oplevelse af organiseringen af patientforløbene, se citatet i boks 2 og fundene i tabel 1.

Det var tydeligt, at den organisatoriske kvalitet påvirkede patientens oplevelse af den faglige kvalitet. F.eks. var det ikke alle patienter, som kunne rumme den information, der var forudsætningen for yderligere involvering. Nogle oplevede desuden, at organisering af patientforløbet i de såkaldte kræftpakker var noget, de skulle tilpasse sig, ikke omvendt. Endelig oplevede nogle af de patienter, som var henvist fra andre sygehuse og regioner, at de selv måtte koordinere dele af forløbet. I det hele taget så det ud til, at manglende koordinering og information om forløbet i væsentligt omfang lagde bånd på patienter og pårørendes tid og ressourcer og satte deres hverdagsliv på pause.

Tryghed og sikkerhed i overgange før, under og efter højt specialiseret kirurgisk kræftbehandling handler i patienter og pårørendes perspektiv både om opmærksomhed på patienten som person og om kvalitet i organiseringen. I de medvirken-

de patienters perspektiv skyldtes de oplevede kvalitetsbrist primært tre forhold:

- behandlingens kompleksitet
- manglende viden om behandlingen lokalt
- at organiseringen af patientforløbet var baseret på sundhedsteknologiske systemer, der ikke kunne kommunikere på tværs af regioner og systemer.

### Kvalitet i mødet mellem system og menneske

På trods af et standardiseret behandlingsforløb var det, der især kendetegnede det komplekse behandlingsforløb med CRS+HIPEC, en betydelig uforudsigelighed, der strakte sig helt frem til operationstidspunktet. Det er derfor vigtigt for patientens oplevelse af kvalitet, at indsatsen balanceres mellem standard og individ, så indsatsen ikke kun evalueres på forløbstider, men også justeres i forhold til patientens behov, og hvem patienten er som person.

Patient og pårørende ønsker overblik over forløbet og at blive støttet i at stille de spørgsmål, som de ønsker at få svar på. Men det kræver, at den sundhedsprofessionelle indsats er så fleksibel, at den kan tilpasses både de patienter, som selv har ressourcer til at være aktive medspillere, og de patienter, som ikke magter dette.

Her er der nogle grundlæggende forudsætninger, der skal være på plads. For det første skal sygeplejersken selv have fuldt overblik over hele behandlingsforløbet og altså ikke kun den del, hvori vedkommende selv medvirker. For det andet skal sygeplejersken have indsigt i den konkrete patients situation og behov. Kendskab og relation til patienten har fortsat afgørende betydning for, at patienten oplever sig set og mødt som menneske. Dette repræsenterer en sygeplejefaglig kvalitetsmarkør, vi som fagprofessionelle kontinuerligt må argumentere for, se tabel 1, (8).

Når der er tale om patientinvolvering, er det desuden vigtigt at være opmærksom på, at patienterne jo allerede i kraft af deres alvorlige sygdom er involverede. En målsætning om patientinvolvering står derfor ikke på nogen måde i modsætning til, at patienten modtager sygeplejerskens

**Tabel 1. Patientperspektiver på organisering – implikationer for den oplevede kvalitet**

Citater	Implikationer
"Jeg har fået den almindelige pakke, der er ikke blevet lavet "personalized medicine" på mig, vel?"	Behandlingen kan opleves som en pakke, man skal tilpasse sig.
"Det var, som om der blev åbnet for en pose, hvor man begynder at se mere og mere af, hvad det egentlig drejer sig om."	Patientforløbet bliver komplekst, når behandlingen ikke kan tilrettelægges på forhånd.
"Det kan jo ikke være meningen, at patienten skal hente oplysninger det ene sted og give det videre til det andet hospital. Fordi de ikke kan læse, hvad der sker."	Patienten må selv koordinere overgangene mellem sektorer.
"Så hele vores liv herhjemme har jo bare stået i stampe, og det har været utilfredsstillende, at vi ikke har haft en [plan]. Det er ikke godt for en patient bare at gå og vente."	Patientens hverdagsliv sættes på pause, så længe der ikke foreligger en behandlingsplan.
"Faktisk vidste vi ikke, at HIPEC skulle forudgås af en laparoskopi ... det fik vi først at vide, da sekretæren ringede. Og der tænker jeg ... kirurgen, han bør jo vide det."	Den organisatoriske kvalitet påvirker patientens oplevelse af den faglige kvalitet.

støtte. Men målsætningen fordrer, at støtten tager afsæt i patientens egne erfaringer, egen livssituation og egne ønsker i forhold til behandlingsforløbet.

### Mangelfulde it-løsninger forhindrer sammenhæng

I centraliserede, komplekse behandlingsforløb er det afgørende, at sundhedsinformationer er tilgængelige på nationalt niveau og på tværs af regioner, sygehuse og it-systemer, samt at de frembringer et retvisende billede af patientens samlede situation. Vores undersøgelse peger på, at mangelfulde it-løsninger forhindrer sammenhæng i centraliserede forløb, og at der inden for dette område ligger et stort potentiale for kvalitetsforbedring.

Samtidig vil vi gerne advare mod at betragte forbedrede it-systemer som hele løsningen på den manglende sammenhæng i patientforløbet. De påkrævede teknologiske forbedringer må ikke finde sted på bekostning af hverken arbejdet med at sikre kvalitet i organiseringen eller arbejdet med at fastholde en personlig kontakt til de patienter og pårørende, som befinder sig i overgangene mellem systemer og sektorer.

### Problemerne bør ikke overhøres

De problemer, vi har beskrevet i forhold til behandlingsforløbet: den manglende viden om behandlingen på de henvisende hospitaler, den manglende sammenhæng for patienten i overgangene mellem sygehuse, kompleksiteten i at patienten ikke altid kan rumme den relevante information, og den it-sundhedsteknologiske ineffektivitet på tværs af regioner, bør ikke overhøres. Vi tror, at gode faglige intentioner er til stede. Men med udgangspunkt i patienternes oplevelser gennem behandlingsforløbet mener vi, at der er brug for både strukturelle og faglige forbedringer.

Der er i øjeblikket stort fokus på den sårbare patient, og hvordan sårbare patienter kan inddrages i deres behandlingsforløb (9). Patienter, som er henvist til CRS+HIPEC, er ikke nødvendigvis i udgangs-



**Vores undersøgelse peger på, at mangelfulde it-løsninger forhindrer sammenhæng i centraliserede forløb.**

punktet sårbare patienter, men mødet med systemet, det komplekse behandlingsforløb og den store usikkerhed frem til det viser sig, om behandlingen kan gennemføres, kan betyde, at der opstår sårbarhed. Tryghed og tillid er her centrale forudsætninger for inddragelse af den sårbare patient (9). Men hvordan skabes tryghed og tillid i et forløb med mange overgange og kontakter?

Vi ved, at tryghed og tillid bl.a. handler om kontinuitet. Men tryghed og tillid handler også om aktivt at understøtte et ligeværdigt og rummeligt møde mellem patient og sygeplejerske med fokus på mennesket – også ud over behandlingen. Vi mener, det er vigtigt, at sygeplejersken tager ansvar for, at et sådant møde kan finde sted. Så hvis ikke de eksisterende patientforløb rummer mulighed for at etablere et ligeværdigt møde, må vi argumentere for vigtigheden med afsæt i evidens samt sygeplejefagets værdier og teorier – og blive ved, til det lykkes.

De specialiserede kirurgiske kræftbehandlingsforløb er naturligvis tværfaglige indsatser, og kirurgerne spiller en helt afgørende rolle i behandlingen. Men sygeplejerskers bidrag er også vigtige, for at patient og pårørende kan få et trygt og godt forløb. I artiklen ”Tillid, mistillid og professionsetik” (10) argumenterer H. Fink med tydelig reference til K.E. Løgstrup for, at: ”Det bedste, de professionelle kan gøre, er at lade en elementær tillid få lov til at indfinde sig af sig selv ved selv at vise tillid og undgå at give anledning til mistillid.”

### Giver anledning til mistillid

Ser man vores resultater i lyset af dette synspunkt, er det tydeligt, at for patienten giver det uvægerligt anledning til mistillid, når man på det ene hospital ikke ved, hvad man foretager sig på det andet. Kræftpakkerne har skabt et struktureret udrednings- og behandlingsforløb med fokus på at overholde behandlingsgarantien.

Desværre har pakkerne i mindre grad skabt fokus på at sikre patientens individuelle behov gennem overgange i systemet. Der er ingen grund til at tro, at en kommende sundhedsreform i sig selv opløser de krydspres, sygeplejersker står i, når de f.eks. møder patienter i et CRS+HIPEC-forløb. Men hvis vi vil bevare patienternes tillid, må vi handle selv og ikke bare overlade det til andre. For vi har som sundhedsprofessionelle brug for patienternes tillid, hvis vi skal kunne udføre vores arbejde ordentligt.

### Implikationer for sygeplejepraksis

Hvad kan der konkret gøres? For det første er den manglende viden om, hvad der sker med patienterne igennem forløbet, et signal til de specialiserede afdelinger, f.eks. os selv på AUH, om at styrke indsatsen for at udvide kendskabet til de avancerede behandlinger og behandlingsforløb både blandt sundhedsprofessionelle i hele patientforløbet og blandt patienter og pårørende.

Undervisning og skriftlige retningslinjer er oplagte løsningsforslag, men nytænkning og simpel praktisk handling er også nødvendigt. Hvad forhindrer f.eks. sygeplejersken i at tage en telefonsnak med kollegaen i den anden ende af forløbet, hvis hun er i tvivl eller har konkrete spørgsmål til



... for patienten giver det uvægerligt anledning til mistillid, når man på det ene hospital ikke ved, hvad man foretager sig på det andet.





behandlingen? Kan brobyggerpsygeplejersker være med til at skabe større tryghed og kontinuitet i det individuelle patientforløb, og hvad skal der i givet fald gøres anderledes i forhold til det, der sker i dag?

Vores systematiske undersøgelse dokumenterer patienternes perspektiv på kvalitet i et komplekst kirurgisk behandlingsforløb med CRS+HIPEC, men de samme forhold gør sig formodentlig gældende i andre komplekse behandlingsforløb. Undersøgelsen viser, at der er ømme punkter at tage fat på. Den viser også, at der er konkrete forbedringsmuligheder inden for rækkevidde, og at vi som faggruppe kan gøre en positiv forskel. Vi håber derfor, at artiklen fører til faglig og politisk diskussion, men først og fremmest håber vi, at den fører til handling. ●

*Hvor er der risiko for kvalitetsbrist i specialiserede kirurgiske kræftbehandlingsforløb?*

*Hvad er sygeplejefagets vigtigste bidrag til bedre kvalitet i forløbene?*

*Hvordan kan de faglige selskaber medvirke til bedre organisering af tværsektorielle forløb?*

#### Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer. 2018; <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb>. Tilgået 16/10, 2018.
2. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats på kræftområdet - patienternes kræftplan. 2017; <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/nationale-planer/kraeftplan-iv>. Tilgået 16/10, 2018.
3. Tsilimparis N, Bockelmann C, Raue W, Menenakos C, Perez S, Rau B and Hartmann J. Quality of life in patients after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: is it worth the risk? *Annals of Surgical Oncology* 2013;20:226-32.
4. Seibæk L, Petersen LK, Blaakaer J, Hounsgaard L. Hoping for the best, preparing for the worst: the lived experiences of women undergoing ovarian cancer surgery. *Eur J Cancer Care* 2012;21(3):360-71.
5. European Commission. Euro barometer Qualitative 2012; [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/healthcare/docs/eurobaro\\_patient\\_involvement\\_2012\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/healthcare/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf). Tilgået januar, 2018.
6. Lomborg K, Bregnballe V, Rodkjær LØ, Hanberg C, Aagård AS. Patientinvolvement - et begreb med potentialer. *Sygeplejersken* 2015;(12):70-3.
7. Thaysen HV, Lomborg K, Seibæk L. Possibilities and limits for patient involvement in comprehensive, high-risk cancer surgery (In review, *European Journal of Cancer Care* 218).
8. Seibæk L, Hounsgaard L. Patientstøtte som sygeplejefaglig intervention. I: Danbjørg DB Twistholm N, Red. *Patient Grundbog i sygepleje*. Munksgaard; 2018:369-84.
9. Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA). *Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2017*. Somatik. <https://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup/lup-2000-2014/lup-somatik-2017-landsdaekkende>. Tilgået 24/11 2018.
10. Fink H. Om tillid, mistillid og professionsetik. *Tidsskrift for Professionsstudier* 2016;12(22):6-12.

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



**KIRSTEN KAPTAIN**

Sygeplejerske 1996, intensivsygeplejerske 2002, klinisk sygeplejespecialist & opvågningsygeplejerske, MKS. Bedøvelse og Operation, Aarhus Universitetshospital.

[kirskapt@rm.dk](mailto:kirskapt@rm.dk)



**ANETTE KARSØ PEDERSEN**

Sygeplejerske 1995, anæstesisygeplejerske 2005, specialeansvarlig ryg/tumor-sektoren. Bedøvelse & Operation, Aarhus Universitetshospital.



**KAREN RANDRUP**

Sygeplejerske 1991, specialeansvarlig opvågningsygeplejerske, Forberedelse og Opvågning Nord, Bedøvelse & Operation, Aarhus Universitetshospital.



**LOTTE JACOBSEN SCHUMACHER**

Sygeplejerske 2006, specialeansvarlig sygeplejerske, SD. Ortopædkirurgisk afdeling, Rygsektoren, Aarhus Universitetshospital.



**BODIL SESTOFT**

Sygeplejerske 1981, anæstesisygeplejerske 1987, klinisk sygeplejespecialist og uddannelsesansvarlig, MHH. Bedøvelse & Operation, Aarhus Universitetshospital.

# Interdisciplinært samarbejde gør smertebehandling mere effektiv



## RESUME

Et interdisciplinært projektarbejde med implementering af en smertebehandlingsinstruks forbedrede smertebehandlingen markant i opvågningsforløbet.

Udgangspunktet var, at anæstesi- og opvågnings-sygeplejerskerne gennem længere tid havde konstateret, at patienterne havde mange smerter i det tidlige postoperative forløb.

Problemer med at samarbejde og have kontinuerligt fokus på at smertebehandle patienter sufficient efter kirurgi blev løst ved at være lydhøre over for andre fagprofessionelles erfaringer med patientforløbene. Instruksen, der var resultatet af det interdisciplinære projektarbejde, er løbende revideret på baggrund

af erfaringer fra praksis. De seneste resultater viser, at patienterne nu i langt højere grad er sufficient smertedækket.

Det er af stor betydning for patienten og dermed sygeplejen, at sygeplejersker løfter lignende problemstillinger op på et interdisciplinært samarbejdsniveau.

Smertebehandling til rygoopererede skal tage udgangspunkt i en brugbar og effektiv smertemanual. Derfor må alle parter deltage i det forberedende arbejde.

Projektarbejde i sundhedsvæsenet – Hvad kan det bruges til?

Denne artikel illustrerer, hvordan sygeplejersker kan tage initiativ til, at der sættes struktur på udvikling af patientforløb. Optimering af smertebehandling af rygkirurgiske patienter er omdrejningspunktet i udviklingen af et projektorienteret, interdisciplinært samarbejde om bedre patientforløb, se Figur 1.

Der har været en stigende interesse for smertebehandling gennem de sidste årtier, men det er stadig en betydelig udfordring at smertelindre hospitalsindlagte patienter sufficient. Undersøgelser viser, at mange patienter ikke modtager sufficient smertebehandling i den tidlige postoperative fase (1,2). Patienter med



**Sufficient smertebehandling vil næppe kunne skabes ved isoleret at justere smertebehandlingen under anæstesen eller i opvågningsforløbet.**

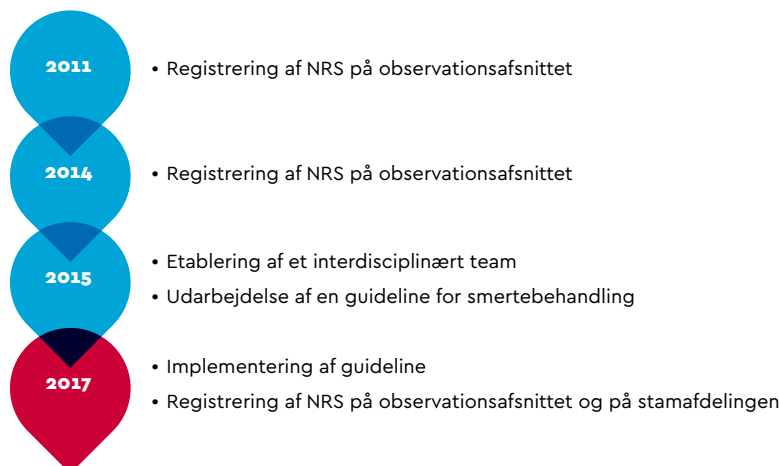
postoperative smerter efter rygkirurgi er ingen undtagelse (3).

Manglende smertelindring kan have negative fysiske og psykologiske konsekvenser samt udsætte rekonvalescens; f.eks. kan ortopædiske operationer forårsage et meget smertefuldt postoperativt forløb, idet der opereres i både muskel- og knoglevæv. Sufficient smertebehandling i forbindelse med rygkirurgi er desuden afgørende mht. til at fremme mobilisering, forebygge komplikationer og reducere risikoen for, at der opstår kroniske smerter i efterforløbet.

Smertebehandling af de akutte operationssmerter kan være vanskelig hos patienter med kroniske ryg smerter. Patienterne kan have et dagligt opioidforbrug, hvilket betyder, at de kan have et øget analgetikabehov postoperativt i forhold til den ikkekroniske smertepatient.

Sygeplejerskerne i observationsafsnittet på Aarhus Universitetshospital (AUH)

Figur 1. Projektets faser





oplevede, at patienterne havde stærke smerter og var svære at smertedække i den tidlige postoperative fase efter ryggkirurgi. Dette vises også af Sommer et al., som fandt, at 30-64 pct. havde moderate til svære smerter i hvile i den første time i det postoperative forløb, og det var ikke kun patienter, der var kendt med præoperative smerter (4).

Problemstillingen var begyndelsen på et tæt samarbejde mellem det personale, der har betydning for, hvordan den rygopererede patient smertebehandles.

## Projektfase I

### *I kontakt med mange sundhedsprofessionelle*

At være et menneske med en ryglidelse, der skal opereres, betyder, at man kommer i kontakt med mange forskellige sundhedsprofessionelle i forløbet. Bl.a. ortopædkirurgen, sygeplejersken i ambulatoriet, sygeplejersker på sengeafdelingen, anæstesi-personale og opvågnings-sygeplejersker. At designe projektet hensigtsmæssigt helt fra begyndelsen var derfor essentielt. Hvem skulle involveres? (5).

Vi valgte i projektets del I at undersøge, om patienterne havde fået deres sædvanlige smertestillende medicin på operationsdagen. Tong et al. (2) fandt, at kun en fjerdedel af patienterne fik smertestillende medicin præoperativt.

104 voksne patienter, som skulle rygopereres elektivt, blev inkluderet. Blandt disse patienter var 64 i daglig opioidbehandling præoperativt, men kun 26 af disse havde fået deres vanlige smertestillende medicin præoperativt.

På en Numerisk Rangskala (NRS), hvor 0 er udtryk for ingen smerte, og 10 er udtryk for værst tænkelig smerte, scorede de patienter, som var vant til at få opioid, højere ved ankomsten til observationsafsnittet end de patienter, der ikke fik opioid dagligt, se Boks 1.

Ryggkirurgerne på AUH havde udarbejdet en smerteinstruks i relation til ryggkirurgi. Målet var, at patienten i den postoperative fase ikke skulle opleve smerteintensitet, NRS i hvile > 4. Dette mål blev opfyldt hos de patienter, som ikke præoperativt fik opioid dagligt. I projektets første fase var den gennemsnitlige NRS 6 ved ankomsten til observationsafsnittet blandt de patienter, der var vant til at få opioid.

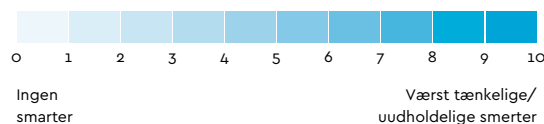
To timer efter ankomsten til observationsafsnittet viste 69 registreringer af NRS, at 34 patienter havde NRS på 4 eller derover. Resultaterne stemte således overens med opvågnings-sygeplejerskernes oplevelser af insufficiant smertedækning i den tidlige postoperative fase efter ryggkirurgi.

## Projektfase II

### *Patienterne har fortsat smerter*

Det var ikke alle patienter i vores projekt, der var tilstrækkeligt smertebehandlet. Insufficiant postoperativ smertelindring har mange årsager, f.eks. manglende viden hos de sundhedsprofessionelle. Det kan desuden være vanskeligt for sygeplejerskerne at vurdere smerteintensiteten, fordi det er svært for patienterne at beskrive deres smerter i det tidlige postoperative forløb (6).

## Boks 1. Numerisk Rangskala, NRS



NRS er en metode, hvor patienten kan udtrykke sin smerteintensitet numerisk. Nul er udtryk for, at patienten ingen smerter har, og 10 er udtryk for den enkelte patients opfattelse af den værst tænkelige smerte. Se også: "Smertemanual – Håndbog om smertelindring. For hospitaler og almen praksis i Region Nordjylland. PRI-dokument, Region Nordjylland; pri.nrn.dk/Sider/28703.aspx Besøgt april 2019.

I mange sammenhænge anbefales det "at intensivere det interdisciplinære samarbejde om det perioperative forløb – og at forbedre den postoperative smertebehandling ..." (7).

Da resultaterne fra den første del af projektet skulle følges op i fase II, blev der med baggrund i viden om, hvordan det gode projektarbejde planlægges, derfor etableret et tæt samarbejde mellem anæstesi- og opvågnings-sygeplejerskerne. Trods øget fokus på smertebehandlingen efter resultaterne fra den første fase af projektet, f.eks. indgift af morfin i afslutningen af anæstesen, fandt vi i projektets fase II ikke en markant forbedring. Mange patienter havde stadigvæk stærke smerter ved ankomsten til observationsafsnittet. Blandt de 253 inkluderede patienter kunne 224 patienter anvende smertescore to timer efter ankomst til observationsafsnittet, og af dem scorede 101 patienter deres smerter til 4 eller derover på NRS.

### Sammenfatning af monofaglig viden

Resultaterne fra fase I og II i projektet tydede på, at smertebehandlingen først ville komme patienterne til gode, når alle faggrupper med betydning for smertebehandlingen blev involveret. Det blev derfor drøftet, hvordan begrebet interdisciplinært samarbejde (8) skulle forstås i forhold til at optimere smertebehandlingen. Udgangspunktet blev fokus på anerkendelse, hvor monofaglig



**Det var tydeligt, at den enkelte faggruppe sjældent kunne se resultatet af den behandling, de selv leverede.**

viden og argumenter skulle sammenfattes og danne en fælles ramme.

### Hver faggruppe bidrager med egne kompetencer

På et indledende interdisciplinært møde, hvor ryghkirurger, anæstesi-læger, læge og sygeplejerske fra smerteteam, anæstesi-sygeplejerske, opvågnings-sygeplejersker, sygeplejersker fra kirurgisk afsnit og ambulatorium var repræsenteret, blev opgaven konkretiseret og formuleret: At optimere smertelindring hos rygopererede patienter i det perioperative forløb.

Det fordrede, at hver faggruppe bidrog med deres særlige kompetencer i patientforløbene, se Figur 2. På mødet blev de sundhedsprofessionelles perspektiver på smertebehandling i de forskellige afsnit skitseret. Indsigt i de forskellige faggruppers viden om og erfaringer med komplikationer ved smertebehandlinger blev drøftet på tværs.

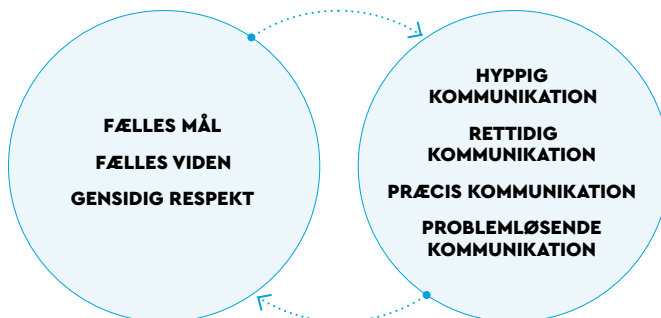
Det var tydeligt, at den enkelte faggruppe sjældent kunne se resultatet af den behandling, de selv leverede. F.eks. kunne sengeafdelingens sygeplejersker ikke umiddelbart vurdere, om patienternes smertestillende præmedicin havde effekt på de tidlige postoperative smerter, ligesom anæstesi- og opvågnings-sygeplejersken ikke kunne vurdere effekten af deres smertestillende behandling, når patienterne senere blev mobiliseret i sengeafsnittet. Resultatet af mødet blev, at alle var enige om at løfte kvaliteten på området, og at Smerteteamet skulle udarbejde et udkast til en instruks for smertebehandling, som skulle drøftes på det næste møde.

Smerteteamet samlede både viden og erfaringer fra alle deltagere i gruppen samt litteratur som afsæt for fremtidens smertebehandling.

Det indledende møde viste med al tydelighed, at det ikke er nok at være dygtig til sit fag, man skal også evne at samarbejde på tværs af både faggrænser og afsnit (9).

Det fælles mål at skabe bedre forudsætninger for sufficient postoperativ smertelindring guidede hver enkelt deltager til at afstemme deres handlinger med det, der blev iværksat i de forskellige faser

Figur 2. Koordinering



Kilde: Frit efter Relational koordinering. Gittell (2012, p 23).

i patientforløbet. Den viden og erfaring, der blev delt i gruppen, gav således deltagerne mulighed for at forstå og gensidigt respektere, hvordan deres opgaver passede sammen med de øvrige deltagers opgaver. Den viden blev delt med personalet på de respektive afsnit.

Evnen til at se helheden i smertebehandlingen af de rygopererede patienter blev større undervejs i samarbejdet (10). Det blev f.eks. tydeligt, at de forskellige smertestillende præparater påvirkede patienternes evne til mobilisering i forhold til sløvhed og balance forskelligt, samt at nogle præparater påvirker knogleheling. De overvejelser om behandlingernes konsekvenser, som de forskellige faggrupper havde øje for, var derfor et af de faste omdrejningspunkter på de følgende møder, og der blev fundet inspiration til smertebehandling på andre hospitaler med lignende operationer.

### Individuelt tilpasset smertebehandling

Resultatet af den fælles indsats blev en gennemdrøftet og gennemarbejdet instruks for hele det perioperative patientforløb (præ-, per- og postoperative), hvor der tilstræbes en individuelt tilpasset smertebehandling tilrettelagt med udgangspunkt i tre kategorier: 1) Patienter, der ikke er opioidtilvænede, 2) patienter med vanligt moderat opioidindtag (mindre end 100 mg morfin p.o. ækvi/døgn) og 3) patienter med vanlig højdosis opioidindtag (mere end 100 mg morfin p.o. ækvi/døgn) eller svære neuropatiske smerter. Hver af disse kategorier har deres behandlingsforslag præ-, per- og postoperativt, som kan danne udgangspunkt og grundlag for en individuel smertebehandling, se Boks 2.

Implementeringen af instruks er foregået med baggrund i undervisning fra Smerteteamet til de nøglepersoner, der deltog i samarbejdsgruppen. Nøglepersonerne formidlede efterfølgende undervisning til de respektive afsnit herunder ved den daglige bedside-undervisning i, hvordan instruks skal anvendes i praksis.

### Ny implementeringsfase nødvendig

At artiklens forfattere i hele projektforløbet var projektansvarlige og også i implementeringsfasen fulgte implementeringsprocessen tæt, havde uvurderlig betydning, da det også er projektledernes ansvar, at driftsfasen bliver vellykket (5). Kort efter implementeringen af den nye instruks opstod

### Boks 2. Smertebehandling

Se "Smertebehandling - forløbsplan. Ortopædkirurgisk stivgørende ryghkirurgi; e-dok.rm.dk > Aarhus Universitetshospital > skriv ESA 1 i søgefeltet. Besøgt april 2019.

der f.eks. et problem. De korttidsvirkende opioider, Remifentanyl og Fentanyl, der sædvanligvis anvendes til at vedligeholde anæstesen, kunne ikke leveres. Det betød, at patienterne over en længere periode blev bedøvet med langtidsvirkende opioider, morfin, hvilket ikke harmonerede med den postoperative smertebehandling, som var beskrevet i instruksen. Da anæstesi-personalet således måtte anvende morfin under anæstesen, betød det, at mange patienter var mere trætte og sløve postoperativt i en periode. Instruksens udgangspunkt er, at der kun gives morfin i afslutningen af anæstesen.

Der måtte derfor flere omgange implementering til, da de korttidsvirkende opioider kom tilbage på markedet.

#### **Patienterne er nu bedre smertedækket**

Der er arbejdet med optimering af smertebehandling af de rykirurgiske patienter på AUH i adskillige år.

Opvågnings- og anæstesisygeplejerskerne har erkendt, at et problem som insufficient smertebehandling skal løses i et interdisciplinært teamsamarbejde. Er man ikke bevidst om at inddrage alle de relevante professioner i de forskellige faser og afsnit, der er i patientforløbene, er det meget vanskeligt at sikre, at patienterne er sufficient smertedækket. At have fokus på forløbstækning og etablere et interdisciplinært team kræver tålmodighed, vedholdenhed og respekt for andres viden og erfaring. Kender man ikke de udfordringer, faggrupperne møder i et patientforløb, der også implicerer forskellige afsnit, er det svært at opnå optimal behandling af patienterne.

Den instruks, der var resultatet af det interdisciplinære samarbejde, er løbende blevet revideret på baggrund af erfaringer udsprunget af praksis. Og de foreløbige resultater fra projektets fase III viser, at patienterne nu i langt højere grad er sufficient smertedækket. To timer efter ankomsten til observationsafsnittet viste NRS på 80 registreringer, at 24 pct. af patienterne havde NRS på 4 eller derover. I den første del af projektet viste NRS på 104 inkluderede patienter, at 49 pct. af patienterne havde NRS på 4 eller derover.

#### **Nødvendigt med en interdisciplinær indsats**

Interdisciplinært samarbejde. Kunne vi lige så godt have kaldt det tværfagligt samarbejde? Muligvis. Vi valgte begrebet interdisciplinært, for det ord understreger, at det ikke er tilstrækkeligt at tale med én profession, som har specialviden i relation til en del af den rykirurgiske patients forløb. Tværfaglighed vil i relation til optimering af smertebehandling til rykirurgiske patienter kunne forstås som f.eks. opvågnings- og sygeplejefaglighed, anæstesisygeplejefaglighed eller lægefaglighed.

Det er nødvendigt med en interdisciplinær indsats, idet forskellig baggrund i forskellige professioner var og er et solidt og nuanceret afsæt til at skabe dialog og bane vej for en gensidig udvikling af smertebehandlingen.

Der kom således fokus på, at smertebehandling er et centralt og gennemgående element i hele det perioperative forløb. Sufficient smertebehandling vil næppe kunne skabes ved isoleret at justere smertebehandlingen under anæstesen eller i opvågningsforløbet.

Sygeplejersker kan således udmærket tage initiativ til at drøfte et problemfelt i et interdisciplinært forum på tværs af afsnit.



## **Ortopædiske operationer kan forårsage et meget smertefuldt postoperativt forløb, idet der opereres i både muskel- og knoglevæv.**

Samarbejdet med sygeplejerskerne på sengeafdelingen har spillet en stor rolle i forhold til at optimere smertebehandlingen, idet de binder forskellige faser i det perioperative forløb sammen til et patientforløb. Samarbejdet har betydet, at rutiner er blevet drøftet, og nødvendige spørgsmål stillet: Hvorfor gør vi, som vi gør? (8) og Hvad kan vi gøre bedre?

Det er planen at undersøge patientperspektivet på et senere tidspunkt.





## Debat!

*Hvilke udfordringer oplever I, der kan være med at smertedække patienterne sufficient i jeres afdeling?*

*Hvordan samarbejder I om smertebehandling med de forskellige faggrupper, der er involveret i et patientforløb?*

*Hvordan sikrer I, at patienterne bliver involveret i deres smertebehandling?*

### Referencer

**1.** Nikolajsen L. Smertesmerter – et væsentligt problem. *Ugeskr Læger* 2017;(179):1145. **2.** Tong JG, Habib AS, Miller TE et al. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *CMRO* 2014;(30):149-60. **3.** Puvanesarajah V, Liauw JA, Lo S et al. Analgesic therapy for major spine surgery. *Neurosurg Rev* 2015;(38):407-19. **4.** Sommer M, de Rijke JM, van Kleff M, Kessels AGH, Peters ML, Geurts JWJM, Gramke H-F, Marcus. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1.490 surgical inpatients. *MAE. EJA* 2008;(25):267-74. **5.** Dreyer P, Sestoft B. Projektarbejde i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard; 2016. **6.** Kaptain K, Bregnballe V, Dreyer P. Patient participation in postoperative pain assessment after spine surgery in a recovery unit. *J Clin Nurs* 2017;(26):2986-94. **7.** Blichfeldt-Eckhardt MR, Jensen JM, Møller JF. Behandling af postoperative smerter. *Ugeskr Læger* 2017;(179):1151-54. **8.** Sørensen EE. Tværfagligt samarbejde – En udfordring og en fordring i klinisk sygepleje. *Klinisk Sygepleje* 2014;(28):19-31. **9.** Gittell JH. Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. København: Munksgaard; 2012. **10.** Lauvås K, Lauvås P. Tværfagligt samarbejde. Perspektiv og strategi. Aarhus: Klim; 2006. **Supplerende litteratur:** Scher C, Meador L, Van Cleave JH, Reid, MC. Moving beyond pain as the fifth vital sign and patient satisfaction scores to improve pain care in the 21st century. *Pain Management Nursing* 2018; 19:125-29.



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



**BETTINA TRETTIN**

Sygeplejerske 2004, cand.cur. 2012. Afdelingssygeplejerske Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital (OUH). Ph.d.-studerende tilknyttet afdelingen samt Klinisk Institut, Syddansk Universitet.

[bettina.trettin@rsyd.dk](mailto:bettina.trettin@rsyd.dk)



**JETTE AMSTRUP LASSEN**

Sygeplejerske 1993. Hygiejnekoordinator og etnisk patientkoordinator Hudafdeling I og Allergicentret på OUH.



**NADJA TRIIER MUNK**

Sygeplejerske 2007, cand.cur. 2012. Adjunkt ved Odense Sygeplejerskole, UCL. Klinisk sygeplejespecialist i Hudafdeling I og Allergicentret OUH.

# Scabies er en negligeret sygdom

Forekomsten af scabies (fnat) stiger samtidig med, at vejledning og behandling er meget forskelligartet. Det går ud over patienterne.

Karl på 17 år møder sammen med sin mor til kontrol for scabies (fnat) i Hudambulatoriet. Han er tidligere behandlet hos en privatpraktiserende dermatolog, som har afvist at se ham igen. Egen læge har derfor henvist ham til Hudafdelingen på Odense Universitetshospital (OUH). Det viser sig, at familien ikke har modtaget korrekt vejledning vedrørende smørebehandling og sanering af hjemmet, og de skal derfor igennem hele forløbet igen.

Indtil videre har de brugt ca. 10.000 kr. alene på smørebehandling og lagt et enormt arbejde i at sanere hjemmet, men forgæves – et forløb, der indtil nu har strakt sig over fire måneder. Karl sidder med blanke øjne, han fortæller, det har været den værste tid i hans liv, og hvis sygdommen ikke snart forsvinder, har han ikke lyst til at leve mere.

Karls fortælling er ikke et enestående tilfælde, men hverdag i Hudafdelingen på

## RESUME

På baggrund af en markant stigning i antallet af patienter med scabies (fnat) er formålet med denne artikel at sætte fokus på sygdommen, den manglende konsensus vedrørende behandling samt den manglende forskning på området.

Der opstår forvirring blandt patienterne, som ikke får ensartet og ofte ikke korrekt information, hvilket bevirker, at de ikke bliver behandlet optimalt og har symptomer i månedsvis.

Det har ikke kun store økonomiske konsekvenser for patienterne, også fysisk, psykisk og socialt er de påvirkede. Patienterne har ulidelig kløe, de isolerer sig fra omverdenen og føler både skam, skyld og ensomhed.

Artiklen ønsker at fremme en debat om, hvordan vi i fællesskab får taget ansvar for at ensarte behandlingen og styrke forskning i scabies.

OUH, hvor der de seneste år har været en markant stigning i antallet af henviste patienter med scabies. Tallet er de seneste tre år steget med 474 pct., se tabel 1, hvilket svarer til en seksdobling af antallet af patienter, som får diagnosticeret scabies alene i Hudafdelingen på OUH.

### En mikroskopisk mide er årsagen

Scabies er forårsaget af en mide på blot 0,25 mm, og den kan ikke ses med det blotte øje. Den graver midegade i huden, hvor den lægger æg og således formerer sig. Midens fæces og æg samt døde mider er den udløsende årsag til en intens kløe, der typisk forværres om natten. Et klassisk scabiesudbrud viser sig især i den tynde hud ved fingermellemrummene og på fingre, ved albuer, bryst og i skridtet. På grund af den kraftige kløe kommer der ofte kradsningsmærker på huden. Scabies smitter primært ved tæt hudkontakt, hvorfor det ofte er hele familier, som er smittet (1).

Det skønnes, at der i Danmark er 3-8.000 tilfælde af scabies årligt. Det er ikke længere lovpligtigt at anmelde scabies, hvorfor mere præcise epidemiologiske data af nyere dato ikke eksisterer. Der foreligger epidemiologiske data fra 1900-1975 fra Danmark, som kan bekræfte, at scabies altid har været til stede i Danmark med en relativt stabil incidens på nær årene 1918 og 1945, hvor der var en stigning i antallet af tilfælde. Incidensen var den samme i byerne som på landet (2).

Ser man tilbage på de seneste årtier, har Danmark dog været ramt af flere regulære scabies-epidemier (3), senest i 2009, hvor over 40.000 danskere blev invaderet af miden. Sidenhen har der med regelmæssige mellemrum været epidemier på institutioner, hvor både beboere og ansatte har været ramt.

Der synes for nuværende at være en stigning i antallet af patienter med scabies i hele landet. Hvad stigningen skyldes, er uklart, da scabies som nævnt ikke er anmeldelsespligtig. Den samme stigning er set i Tyskland, og heller ikke her foreligger der epidemiologiske data. Stigningen i antallet af patienter med scabies vækker undren blandt sundhedsprofessionelle og forskere. Der synes at figurere tre hypoteser i forhold til stigningen:

1. manglende korrekt brug af Permethrin (et håndkøbslægemiddel til behandling af fnat)
2. re-infestation (reinfektion), formentlig pga. mangelfuld sanering eller manglende behandling af hele husstanden
3. resistens eller mindsket sensitivitet over for Permethrin (4). Der findes dog ingen studier, der har bekræftet en resistensproblematik. Blandt de sundhedsprofessionelle i dermatologien synes der blot at blive gisnet



## Scabies er forårsaget af en mide på blot 0,25 mm, og den kan ikke ses med det blotte øje.

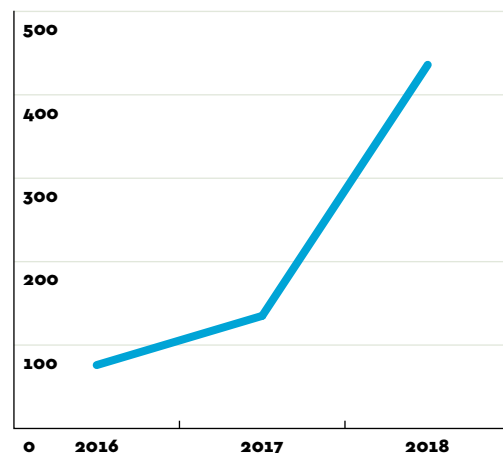
herom, hvilket skaber forvirring blandt patienterne.

### En negligeret sygdom

Ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO anslås det, at over 130 millioner mennesker på verdensplan er ramt af scabies (5). Scabies er således en almindelig hudlidelse, men omtales ofte som en negligeret sygdom, da den i udviklingslandene udgør et stort problem for folkesundheden, idet der her er ringe adgang til sundhedsvæsenet, forsinkede diagnoser og lav behandlingskomplians (6,7).

Scabies udgør en større trussel for befolkningen i udviklingslandene, men er ligeledes at finde med en lavere prævalens i industrielle lande (8). At scabies står på WHO's liste over negligerede sygdomme, kan næppe overraske, idet området igennem flere år har manglet fokus på bedre diagnostik, forebyggelse og behandling (6,9,10).

**Tabel 1.** Antal patienter med scabies på Hudafdelingen (OUH) 2016-2018





I Hudafdelingen er det vores opfattelse, at der fortsat kun er begrænset interesse for området, hvilket medfører divergerende anbefalinger på nationalt plan. Det er ikke ualmindeligt, at patienter med scabies går uhensigtsmæssigt længe, før der stilles en korrekt diagnose. Når Karl og familien oplever at have modtaget forskellige vejledninger omkring behandling og sanering, er de langt fra et enkeltstående tilfælde. Vi oplever, at fagprofessionelle fra forskellige områder giver forskellig vejledning. At vi nationalt ikke følger de samme retningslinjer, går ud over patienterne, idet de forgæves bruger tid, penge og ressourcer på bekæmpelsen af scabies.

### Moderat påvirket livskvalitet

Scabies er inden for dermatologien betegnet som en ikke akut, almindelig hudsygdom, og derfor antages den også for at være let at behandle. I Hudambulatoriet ser vi dog rigtig mange patienter, der ligesom Karl er fejlbehandlet eller har fået forkert information, hvilket forlænger deres udbrud, og dermed risikerer man spredning af smitten.

Når Karl giver udtryk for, at han næsten ikke orker at leve mere, så er han ikke alene om den følelse. Patientgruppen har en moderat påvirket livskvalitet både socialt og emotionelt (11).

Et kvalitativt studie har påvist, at denne patientgruppe ikke føler sig prioriteret, at udredningen tager for lang tid, og at informationen ikke er tilstrækkelig. Samtidig befinder patienterne sig i en tilstand af ulidelig kløe, de isolerer sig fra omverdenen og føler både skam, skyld og ensomhed.



## Vi oplever, at fagprofessionelle fra forskellige områder giver forskellig vejledning.

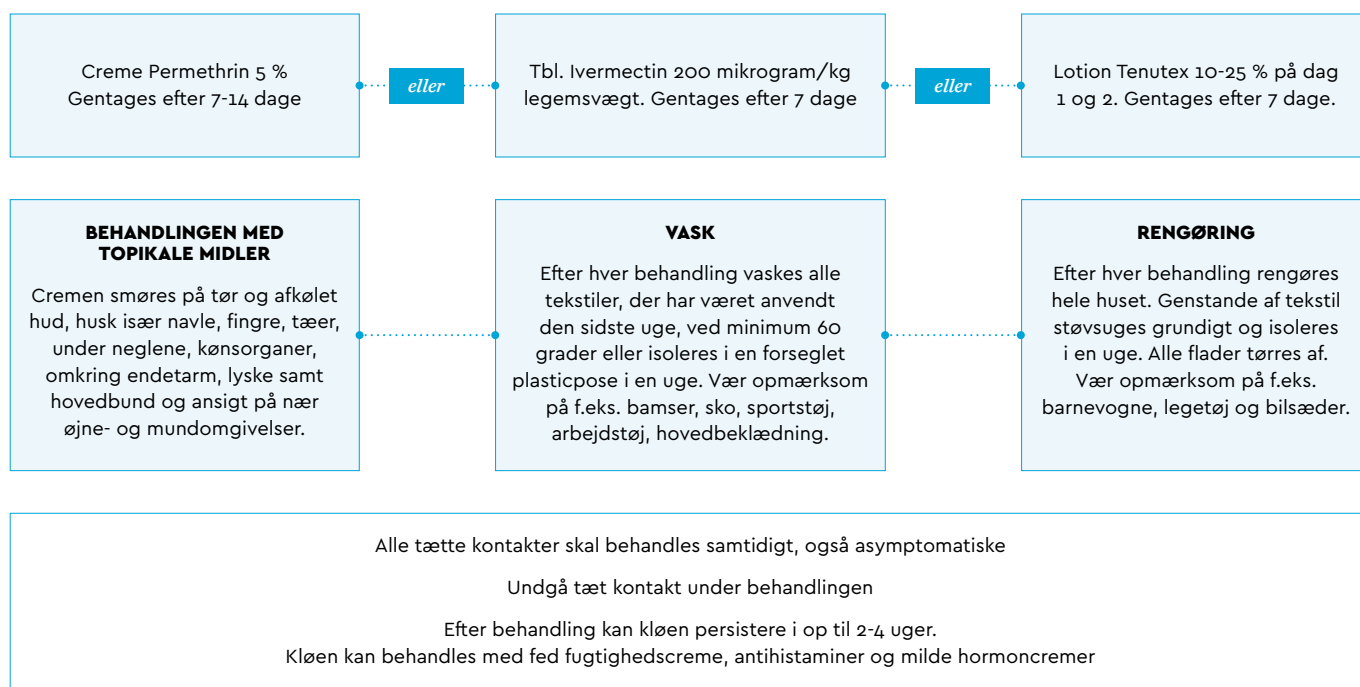
Patienter med scabies føler stor usikkerhed, idet de har svært ved at vurdere, hvornår de er helbredt (12). En konsekvens af ovenstående er ofte, at ramte familier som Karls ender med at gentage behandlingen så mange gange, at det bliver en økonomisk byrde. Vi har set eksempler på familier, som har brugt op mod 20.000 kr. på behandlinger. De har pendlet frem og tilbage mellem egen læge og hudlæge, uden at det er lykkedes dem at blive helbredt. I Karls tilfælde fortæller han, at han nu holder sig mest for sig selv, at han efter så mange måneder med kløe ikke har fået sovet om natten og derfor ikke har kunnet passe sin skole.

### En på alle måder enorm byrde

Scabies er ikke en livsfarlig sygdom i vores verdensdel, derfor er den for nuværende heller ikke anmeldelsespligtig. Dog er scabies en enorm byrde både økonomisk, fysisk, psykisk og socialt, og det kunne være ønskeligt med en overvågning af udviklingen.

I Hudafdelingen på OUH har vi valgt at udarbejde vores instruks for patientbehandling ud fra den nyeste europæiske

Figur 1. Anbefalet behandling





guideline, se figur 1 (13), hvori der indtil for nylig var markante ændringer i både behandling og vejledning, som ikke stemte overens med Sundhedsstyrelsens vejledning. Vi rettede derfor henvendelse til Sundhedsstyrelsen gennem Statens Serum Institut for at gøre opmærksom på problemet og samtidig foreslå, at scabies bør være anmeldelsespligtig. Ifølge Statens Serum Institut blev ovenstående drøftet og videreformidlet til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har på denne baggrund opdateret sin vejledning om behandling af scabies. I praksis oplever vi dog fortsat, at vejledning og behandling nationalt er meget forskellige, hvilket skaber forvirring blandt patienter og fagprofessionelle.

Desuden har vi rettet henvendelse til Lægemiddelstyrelsen, idet den økonomiske byrde ved behandlingen synes urimelig, og vi foreslår, at der gives tilskud til behandling af scabies.

Lægemiddelstyrelsen gør opmærksom på, at læger kan søge enkelttilskudsbevilling til behandling af scabies efter gældende medicintilskudsgrænser. Dette er gældende for patienter med fund af levende mider, samt personer der behandles som led i husstandsbehandling. Dog kræver det en udleveringstilladelse til Ivermectin og Tenutex for at ordinere og søge om tilskud hertil. Til trods for dette er det stadig vores erfaring i praksis, at der til tider er familier, som undlader at behandle sig tilstrækkeligt pga. de store udgifter forbundet med behandlingen.

### Scabies bør være et fælles ansvar

For at undgå de mange infestationer med scabies kræver det, at scabies bliver et fælles ansvar, og at vi på landsplan følger de samme retningslinjer vedrørende håndtering af lidelsen. Vi kan heller ikke komme uden om, at vi indimellem har familier, der tilsyneladende har behandlet sig korrekt og angiveligt har fulgt samtlige vejledninger, men som ikke formår at blive helbredt. Vel vidende, at der ikke er påvist resistens, kunne man håbe, at yderligere forskning kunne be- eller afkræfte resistens eller nedsat sensitivitet rettet mod de hyppigste behandlingsmuligheder. Forskning i nye og mere effektive diagnostiske metoder kunne yderligere bidrage til hurtigere behandling og færre smittede. Samtidig kan vi ikke ignorere, at scabies medfører stigma, og at patienterne isolerer sig. Vi bør derfor stræbe efter mere åbenhed og fokus på sygdommen i befolkningen. Spørgsmålet er så, hvem tager teten? Hvem har ansvaret? ●

### Læs mere

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside [sst.dk](http://sst.dk) > Sygdom og behandling > Fnat kan du læse mere om sygdommen; dels om behandling af enkeltpersoner, dels om behandling af beboere på døgninstitutioner, plejecentre og sygehuse samt om behandling af fnat hos børn og unge i institutioner og skoler.

### Referencer

1. SST. FNAT Sep 2018 [2018, Dec 18]. Available from: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/smitsomme-sygdomme/fnat>.
2. Christophersen J. The epidemiology of scabies in Denmark, 1900 to 1975. *Arch Dermatol*. 1978;114(5):747-50.
3. Brasholt MS, Bremmelgaard A, Danbaek L, Weismann K, Theil L. Scabies. *Ugeskr Laeger*. 2002;164(21):2748-52.
4. Sunderkotter C, Aebischer A, Neufeld M, Loser C, Kreuter A, Bialek R, et al. Increase of scabies in Germany and development of resistant mites? Evidence and consequences. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*. 2018.
5. WHO. Neglected tropical diseases, Scabies 2017 [Available from: [http://www.who.int/neglected\\_diseases/diseases/scabies/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/scabies/en/)].
6. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *The Lancet*. 2006;367(9524):1767-74.
7. Feldmeier H, Heukelbach J. Epidermal parasitic skin diseases: a neglected category of poverty-associated plagues. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87(2):152-9.
8. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world - its prevalence, complications, and management. *Clin Microbiol Infect*. 2012;18(4):313-23.
9. Thomas J, Peterson GM, Walton SF, Carson CF, Naunton M, Baby KE. Scabies: an ancient global disease with a need for new therapies. *BMC Infect Dis*. 2015;15:250.
10. Chosidow O, Fuller LC. Scratching the itch: is scabies a truly neglected disease? *The Lancet Infectious Diseases*. 2017;17(12):1220-1.
11. Jin-gang A, Sheng-xiang X, Sheng-bin X, Jun-min W, Song-mei G, Ying-ying D, et al. Quality of life of patients with scabies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2010;24(10):1187-91.
12. Trettin B, Lassen JA, Andersen F, Agerskov H. The journey of having scabies - a qualitative study. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2019;Vol 9, No 2.
13. Salavastu CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(8):1248-53.

**Hvordan sikrer vi implementering af ensartet vejledning og behandling af scabies i Danmark?**

**Hvordan får vi en negligeret sygdom som scabies italesat i befolkningen?**

**Hvordan kan sygeplejersker fremme, at forskning i scabies bliver prioriteret, så de diagnostiske metoder optimeres og en eventuel resistensproblematik bliver belyst?**

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



**ELLEN HOLMEN MOURITSEN**

Sygeplejerske, cand.cur., adjunktvikar, VIA Sygeplejerskeuddannelsen, professionsbachelor, Campus Silkeborg.

[ellm@via.dk](mailto:ellm@via.dk)



**VIBEKE LORENTZEN**

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d., forskningslektor, Center for Forskning i Klinisk Sygepleje, Viborg.

# Refleksion over sygepleje- teori styrker fagidentitet

Medvirken i et interview til et kandidatspeciale fik seks studerende til at reflektere over sygeplejeteori og sygeplejefaglig identitet.



## RESUME

Det er ikke ny viden, at sygeplejestuderende har vanskeligt ved at se meningen med sygeplejeteorier og er udfordrede, når de skal relatere teorierne til det kliniske arbejde. Men med bekendtgørelsens krav om inddragelse af sygeplejeteori i sygeplejerskeuddannelsen er det relevant at spørge næsten-uddannede sygeplejestuderende, hvordan de oplever anvendeligheden og relevansen af sygeplejeteori i det kliniske arbejde. Spørgsmålet blev stillet i en kvalita-

tiv interviewundersøgelse med seks sygeplejestuderende.

En efterfølgende analyse identificerer fire hovedtemaer: 1) Udfordringer i arbejdet med sygeplejeteori, 2) Et teoretisk afsæt i det kliniske arbejde, 3) Udvikling af faglighed gennem sygeplejeteori og 4) Det reflektive rum som katalysator for en ny forståelse for sygeplejeteori.

Undersøgelsen konkluderer, at sygeplejestuderende finder det vanskeligt at pege på anvendeligheden og relevansen af sygeplejeteorier, særligt de

filosofiske teorier med et højt abstraktionsniveau. Alligevel kan sygeplejeteori fungere som et teoretisk afsæt i det kliniske arbejde og medvirke til udvikling af sygeplejefaglig identitet.

Interviewsituationen blev et reflektivt rum, som gjorde de studerende opmærksomme på sygeplejeteori som en betydningsfuld faktor i udviklingen af fagidentiteten. Dette reflektive rum udvidede de studerendes perspektiv på anvendeligheden og relevansen af sygeplejeteori i det kliniske arbejde.

Med bekendtgørelsen som den juridiske ramme for sygeplejerskeuddannelsen (1) stilles der skarpt på at gøre landets sygeplejestuderende i stand til at "kunne forvalte fagets egne teorier og omsætte dem i praksis".

Men mange sygeplejestuderende føler sig udfordrede, når de skal relatere sygeplejeteorier til virkeligheden ude hos patienterne. Særligt de mere filosofiske sygeplejeteorier og andre sygeplejeteorier med et højt abstraktionsniveau kan være vanskelige for de studerende at se meningen med i deres kliniske arbejde.

Forskellige perspektiver på problematikken bliver ofte italesat af både studerende, sygeplejersker og undervisere på professionshøjskolerne i såvel den offentlige som i den fagpolitiske debat.

I sidstnævnte debat har den danske sygeplejerske Bente Martinsen Woythal markeret sig ved at argumentere for den naturlige tilstedeværelse af sygeplejeteorier i sygeplejens grunduddannelse (2). En påstand om, at "sygeplejeteorier skal kunne bruges til noget", vækker forundring hos Woythal, som i et modargument pointerer, at langt fra alle sygeplejeteorier skal kunne bruges konkret og handlingsanvisende i praksis, og at mange sygeplejeteorier har så højt et abstraktionsniveau, at de udelukkende kan anvendes til at reflektere over sygeplejen.

### De sygeplejestuderendes perspektiv

Denne artikel beskriver en kvalitativ undersøgelse udarbejdet i forbindelse med et kandidatspeciale på kandidatuddannelsen i sygeplejevidenskab. Der blev arbejdet ud fra følgende problemformulering: "Hvordan oplever sygeplejestuderende i 2018 anvendeligheden og relevansen af sygeplejeteori i det kliniske arbejde?"

I den forbindelse blev sygeplejeteori med udgangspunkt i Marit Kirkevolds teoretiske arbejde beskrevet som et overordnet begreb, der dækker både de meget abstrakte og filosofiske sygeplejeteorier og de mere konkrete modeller



## Interviewsituationerne blev til et reflektivt rum, som gjorde de studerende opmærksomme på sygeplejeteori som en betydningsfuld faktor i udviklingen af en sygeplejefaglig identitet.

og begrebsmæssige strukturer (3). Denne beskrivelse blev valgt i ønsket om at undersøge de studerendes perspektiv på sygeplejeteorier generelt og dermed ikke begrænse dem til at fokusere på de filosofiske sygeplejeteorier på et højt abstraktionsniveau.

### Metode

Til undersøgelsen blev valgt en hermeneutisk forståelsesramme funderet i Gadamer's hermeneutiske filosofi (4). Data blev genereret ud fra individuelle kvalitative interview med sygeplejestuderende i den afsluttende del af uddannelsen. Ud fra disse kunne der opnås en indsigt i og en ny forståelse for, hvordan sygeplejestuderende oplever at arbejde med sygeplejeteori i forbindelse med deres kliniske arbejde.

### Rekruttering og informanter

Der blev søgt efter informanter på en professionshøjskole i Danmark. Informanterne skulle være sygeplejestuderende på sjette eller syvende semester. Forventningen var, at studerende på den afsluttende del af uddannelsen har haft mulighed for at arbejde med forskellige sygeplejeteorier og dermed haft mulighed for at reflektere over deres oplevelser med sygeplejeteori i forskellige sammenhænge. Seks sygeplejestuderende meldte sig frivilligt til at deltage.

### Interview og dataanalyse

Funderet i den hermeneutiske filosofi blev der udarbejdet en semistruktur-

ret interviewguide, der udsprang af en grundig litteraturgennemgang. Intervieweren lagde op til et interview, hvor informanterne blev inviteret til at tale åbent og ærligt om deres oplevelser med sygeplejeteori. Der blev stillet åbne spørgsmål som f.eks.: ”Kan du beskrive for mig, hvad du forstår ved sygeplejeteori?” Alle interview varede omkring 45 minutter og blev efterfølgende ordret transskriberet.

Det transskriberede materiale blev analyseret ved hjælp af Kvale og Brinkmanns analysemetode: meningskondensering (5). Hensigten med analysemetoden er at fokusere på meningsindholdet i det empiriske materiale for derigennem at fremanalysere en ny indsigt i og forståelse for sygeplejestuderendes oplevelse af arbejdet med sygeplejeteori. Med undersøgelsens hermeneutiske afsæt var denne analysemetode relevant til at udlede og fortolke mening ud af informanternes udsagn.

Analysemetoden består af fem analytiske trin, hvor informanternes beskrivelser og udsagn kondenseres til temaer og hovedtemaer. Analysen blev gennemført med udgangspunkt i den hermeneutiske cirkel, hvor meningen af de enkelte dele kun kan ses i sammenhæng med deres helhed, og helheden kun kan forstås ud fra de enkelte dele, der skaber helheden (6).

#### Fire hovedtemaer afdækket

Analyseprocessen resulterede i fire hovedtemaer, som alle blev understøttet af en række undertemaer: 1) Udfordring i arbejdet med sygeplejeteori, 2) Et teoretisk afsæt i det kliniske arbejde, 3) Udvikling af en faglighed gennem sygeplejeteori og 4) Det refleksive rum som katalysator for en ny forståelse for sygeplejeteori.

#### Anvendelse på et ubevidst plan

De studerendes udsagn viste, at de havde vanskeligt ved at pege på anvendeligheden og relevansen af sygeplejeteori, særligt sygeplejeteori på et højt abstraktionsniveau. Sygeplejeteori blev ofte beskrevet anvendt på et ubevidst plan:

”Og det (at anvende sygeplejeteori) er nok noget, jeg gør ubevidst, for det (arbejdet med sygeplejeteori) er ikke noget, jeg sådan tænker, at nu går jeg det igennem slavisk (ud fra en sygeplejeteori). Det er mere ubevidst, at jeg bruger det” (informant 1).

De studerende blev først efterfølgende opmærksomme på deres arbejde med sygeplejeteori. Alligevel oplevede de studerende, at sygeplejeteori kan fungere som et relevant teoretisk afsæt i det kliniske arbejde, da

”Sygeplejeteorier giver et fælles sprog, der kan være med til at udfolde problemstillinger” (Informant 3).

#### Sygeplejeteorier integreres i undervisningen

Et fælles sprog, der udspringer af sygeplejeteori, kan dannes gennem den teoretiske og kliniske del af uddannelsen, hvis sygeplejeteorier løbende integreres i undervisningen og dermed bliver en del af den dannelsesproces, som de studerende gennemgår i løbet af uddannelsen:

”... sygeplejeteorier er med til at udvikle mig som sygeplejerske” (Informant 5).



... de studerende var ofte famlende og upræcise, når de blev opfordret til at beskrive sygeplejeteori med deres egne ord.

I løbet af denne dannelsesproces bliver sygeplejeteorierne

”... en del af én selv” (Informant 1) og er med til at skabe en følelse af faglig stolthed hos den studerende:

”Man kan godt blive lidt stolt af sit fag. At man har noget at have argumenterne i” (Informant 2).

En stolthed over at være en del af et fag, der med egne videnskabelige teorier har sin berettigelse i sundhedsvæsenet:

”Jeg synes, at vores uddannelse bliver mere værd, ved at vi har vores egne teorier. Fordi man har mere, som man kan argumentere med” (Informant 6).

#### Fra dialog til refleksion

De tre første hovedtemaer viste sig umiddelbart i analyseprocessen. Men i den grundige bearbejdning af det empiriske materiale fra interviewsituationerne kom det fjerde hovedtema om det refleksive rum til udtryk. Interviewsituationerne blev til et refleksivt rum, som gjorde de studerende opmærksomme på sygeplejeteori som en betydningsfuld faktor i udviklingen af en sygeplejefaglig identitet. Dette refleksive rum udvidede de studerendes perspektiv på anvendeligheden og relevansen af sygeplejeteori i det kliniske arbejde. Hovedtemaet ”Det refleksive rum som katalysator for en ny forståelse for sygeplejeteori” vil blive udfoldet i det følgende.

Interviewsituationen udviklede sig fra at være en dialog mellem informant og interviewer til at blive et refleksivt rum, der gav de studerende mulighed for at anskue sygeplejeteori i et nyt og anderledes perspektiv. I starten af interviewet udtrykte flere studerende en kritisk holdning til sygeplejeteoriens berettigelse i uddannelsen:

”Hvad søren kan jeg lige bruge det her til? Jeg har altid sådan tænkt lidt, når jeg har haft sygeplejefaget i skolen, at det var ikke noget, som man sådan behøvede at nærlæse. Det kunne man godt nøjes med at skimme, fordi det ikke var lige så vigtigt som anatomi og fysiologi” (Informant 1).

Desuden var de studerende ofte famlende og upræcise, når de blev opfordret til at beskrive sygeplejeteori med deres egne ord:

”Ja, sygeplejeteori det ... øhm ... (længere tænkepause) jeg vil sige, at sygeplejeteori er noget skriftligt, noget der er skrevet ned, som er en beskrivelse af eller en definition af noget” (Informant 5).

De studerende var udfordrede af at skulle beskrive sygeplejeteori, og disse vanskeligheder kom som en overraskelse for dem. Igennem interviewsituationen udviklede de studerende deres refleksivitet, hvilket gjorde dem i stand til at anskue sygeplejeteori i et nyt og anderledes perspektiv. Fra dette nye perspektiv kunne de studerende bedre og mere præcist beskrive, hvordan de tidligere har forholdt sig til sygeplejeteori, og hvordan de fremover vil arbejde med sygeplejeteori:

”Så jeg synes faktisk, at det har været lærerigt og berigende for mig (at deltage i dette interview), fordi det har sat nogle tanker i gang hos mig. For jeg har ikke rigtig tænkt så meget over sygeplejeteori i praksis. Hvordan jeg selv har anvendt det. Specielt det der med, hvor det (sygeplejeteori) er med til at støtte op omkring min sygeplejefaglige identitet. Det har jeg ikke tænkt så meget over før. Det vil jeg måske gøre noget mere af nu” (Informant 5).

### Fra vævende udsagn til præcis beskrivelse

De to citater fra den samme informant illustrerer en udviklingsproces, som de studerende generelt gennemgik i løbet af interviewsituationen. I starten af interviewet var de studerende vævende og upræcise i deres beskrivelser af sygeplejeteori, hvorimod deres beskrivelser af egne refleksioner over anvendeligheden og relevansen af sygeplejeteori i slutningen af interviewet blev mere præcise.

”Så jo mere bevidst du bliver omkring de her teorier, jo mere bevidst bliver du også i dine handlinger, også selvom du ikke tænker over det. Så derfor synes jeg, at det (sygeplejeteori) er rigtig vigtigt at have med sig” (Informant 6).

Den udvikling, som de studerende gennemgik i løbet af interviewsituationerne, illustrerer en erkendelse af egen manglende refleksion over sygeplejeteori tidligere i uddannelsen. Flere studerende gav i slutningen af interviewet udtryk for en ændret opmærksomhed på og holdning til sygeplejeteoriens tilstedeværelse i uddannelsen.

Den nye forståelse for sygeplejeteori gav et nyt perspektiv på anvendelsen af sygeplejeteori, men også en bevidsthed om sygeplejeteori i relation til dannelse af sygeplejefaglig identitet. Det refleksive rum, som interview-situationen skabte, katalyserede en refleksion hos de studerende, som gav anledning til en ny forståelse for sygeplejeteorier og deres relevans for sygeplejerskeuddannelsen og det kliniske arbejde. Igennem refleksion blev de studerende opmærksomme på, hvordan fagets egne teorier og deres anvendelse heraf har været med til at forme dem som sygeplejersker og give dem et teoretisk fundament for det kliniske arbejde.

### Tavs viden i selve handlingen

De studerende beskrev, hvordan de ubevidst anvendte sygeplejeteori i det kliniske arbejde og først i det refleksive rum blev opmærksomme på den anvendelse af deres sygeplejeteoretiske viden, der lå bag deres kliniske handlinger. Den amerikanske filosof Donald A. Schön opererer bl.a. med begrebet ”viden-i-handling”, som han karakteriserer som almindelig, praktisk viden, der ligger til grund for vores handlinger, og som kan være vanskelig at beskrive. Det vil sige en form for tavs viden, der ligger i selve handlingen (7).

Herudfra, og ud fra de studerendes egne udsagn, kan der argumenteres for, at de studerendes viden-i-handling er en form for tavs viden, når de uden nærmere refleksion arbejder med udgangspunkt i en sygeplejeteori. Det understøttes af den danske sygeplejeteoretiker Merry E. Scheel, som argumenterer for, at viden om teorier ofte er tavs og dermed indlejret i sygeplejerskens handlemønstre (7). Med reference til Scheel, som også pointerer, at det ofte ikke er nødvendigt at tydeliggøre sin teorianvendelse, kommer de studerendes tavse viden om sygeplejeteori til udtryk i de handlemønstre, de udfører i det kliniske arbejde (8).



## Undersøgelsens fund illustrerer en diskrepans mellem de studerendes oplevelse af arbejdet med sygeplejeteori og bekendtgørelsens prioritering heraf.

### Svært at sætte ord på

Undersøgelsen afdækker, hvordan de studerendes refleksion over sygeplejeteori og en bevidstgørelse af egne holdninger til sygeplejeteori fører til en refleksion over egen fagidentitet. En refleksion, som i starten af interviewet er vanskelig for de studerende at sætte ord på. Vanskeligheder ved at begribe og sætte ord på egen fagidentitet beskrives af den danske professionsforsker Steen Wackerhausen, som argumenterer for, at det langtfra er alle træk og facetter ved professionsidentiteten, der er bevidste og erkendte af den enkelte professionsudøver (9). Det kan være en forklaring på, hvorfor de studerende her i slutningen af deres uddannelsesforløb forundrede erkender, at de ikke tidligere har gjort sig tanker om emnet.

I tråd med de studerendes oplevelse af sygeplejeteori som en medvirkende faktor til udvikling af en sygeplejefaglig identitet argumenterer Wackerhausen for, at fagidentitet bl.a. skabes og udvikles i skoleriske sammenhænge (9). De studerende pointerer i un-



dersøgelsen, at der er en logisk sammenhæng mellem praktik og skoleundervisning, hvilket ifølge Wackerhausen er af stor betydning for de studerendes dannelsesrejse (9).

Det er i forbindelse med den kliniske undervisning, de studerende bliver opmærksomme på, om de med Wackerhausens ord er ”en af vores slags” (9). Med andre ord, om de føler sig optaget i og anerkendt som en del af det sygeplejefaglige kollektiv. Netop her oplever de studerende, at sygeplejeteorier kan være medvirkende til, om de føler sig som ”en af vores slags”, når de med udgangspunkt i sygeplejeteori kan forstå og deltage i de faglige diskussioner, der opstår i det kliniske arbejde.

### **Teoretisk afsæt i det kliniske arbejde**

Det kan være vanskeligt for de studerende at pege på anvendeligheden og relevansen af sygeplejeteorier, særligt de filosofiske sygeplejeteorier med et højt abstraktionsniveau. Men på trods heraf kan sygeplejeteorier fungere som et teoretisk afsæt i det kliniske arbejde. Sygeplejeteorier blev beskrevet som en betydningsfuld faktor i forhold til udvikling af en sygeplejefaglig identitet, og det refleksive rum gør de studerende opmærksomme på udvikling af faglighed igennem sygeplejeteori og forankrer de studerendes perspektiv på anvendeligheden og relevansen af sygeplejeteori i det kliniske arbejde.

Undersøgelsens fund illustrerer en diskrepans mellem de studerendes oplevelse af arbejdet med sygeplejeteori og bekendtgørelsens prioritering heraf. Det vil være interessant at inddrage de studerendes perspektiv på sygeplejeteori i fremtidig forskning, da det netop er de studerende, som skal arbejde med sygeplejeteori og sætte dagsordenen for sygeplejen i fremtiden.

Med udgangspunkt i de studerendes perspektiv vil det være interessant at afdække de studerendes udbytte af en refleksionsseance med udgangspunkt i sygeplejeteori umiddelbart inden starten på deres bachelorprojekt. I lyset af fundene i denne undersøgelse kan en sådan refleksionsseance muligvis katalysere en refleksionsproces, som de studerende kan drage nytte af i forløbet med bachelorprojektet, og efter at uddannelsen er afsluttet. ●



*Hvilke overvejelser oplever I, at sygeplejestuderende på sjette og syvende semester har om sygeplejeteori?*

*Hvilket forhold har I som personalegruppe til sygeplejeteori?*

*Hvad tænker I om en refleksionsseance med udgangspunkt i sygeplejeteori umiddelbart inden starten på bachelorprojektet?*

### **Referencer**

1. Uddannelses- og Forskningsministeriet. *www.retsinformation.dk. Bekendtgørelsen om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje.* [Online] november 2016. [Citeret: 12. november 2018.] <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181963>.
2. Woythal BM. *Har sygeplejersker brug for sygeplejeteori?* *www.dsr.dk.* [Online] 3. august 2017. [Citeret: 12. november 2018.] <https://dsr.dk/fag-og-forskning/blogs/navnlig-sygepleje/har-sygeplejersker-brug-for-sygeplejeteori>.
3. Kirkevold M. *Hvad er sygeplejeteori? Sygeplejeteorier – Analyse og evaluering.* København: Munksgaard; 2012:184-200.
4. Gadamer H-G. *Sandhed og metode. Grundtræk fra en filosofisk hermeneutik.* Aarhus: Academica; 2007.
5. Kvale S og Brinkmann S. *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk.* København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
6. Dahlager L og Fredslund H. *Hermeneutisk analyse.* In Vallgård S og Koch L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab.* København: Munksgaard Danmark; 2011:157-81.
7. Schön DA. *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder.* Aarhus: Forlaget Klim; 2004.
8. Scheel ME. *Interaktionel sygeplejepsaxis.* København: Munksgaard; 2013.
9. Wackerhausen S. *Professionsidentitet, sædvane og akademiske dyder.* In Hansen NB og Jørgen Gleerup J. *Videnteorier, professionsuddannelse og professionsforskning.* Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2011: 13-29.



# Til kamp for omsorg og pleje

Sygeplejefprofessionen er med nye funktioner trængt ind på det lægelige domæne. Samtidig synes omsorgen at være forsvundet.



**LISBETH AASKOV FALCH**, sygeplejerske, ph.d., lektor, master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling

I det ph.d.-projekt, jeg netop har gennemført, har jeg udforsket betydningen af sygehusvæsenets indretning for gamle medicinske patienters indlæggelsesforløb. Indretning skal her forstås som specialisering og styringspraksis.

I den forbindelse blev jeg udfordret på min forestilling om lægerne som centrale, toneangivende og dominerende i sygehusvæsenets indretning. Sygeplejerskerne synes at have overtaget tidligere tiders lægelige overherredømme og forrang ved at ind- og overtage et væld af centrale og styrende positioner i den aktuelle indretning i forhold til både den lægelige specialisering og væsenets styringspraksis. Det være sig alt fra behandlersygeplejersker, specialistsygeplejersker, flowkoordinatorer, kvalitetskonsulenter, lean-konsulenter og auditorer. Sygeplejerskerne synes således at gøre lægerne det efter, som de formåede i 1800-tallet, hvor de var på udkig efter og fik tilkæmpet sig en position i det spirende sygehusvæsen. For lægerne dengang og for sygeplejerskerne i dag har det betydet legitimitet, indflydelse, status og anerkendelse.

Sygeplejefprofessionen er med de nye funktioner trængt ind på det lægelige domæne og har skiftet tidligere tiders vægtning af pleje og omsorg ud med vægtning af diagnostik og behandling af lægelig art. Samtidig synes omsorgen at være forsvundet, hvilket ses i mit feltarbejde, hvor omsorg stort set er ikkeeksisterende i sygeplejerskernes sprogbrug. De nye funktioner tilbyder sygeplejerskerne en flugtvej ud af urimelige rammer og vilkår for at udøve pleje og omsorg i sygehusvæsenet i dag. Rammer og vilkår, som bliver tydelige i tv-dokumentarer og opråb fra sygeplejersker i dagspressen og på de sociale medier.

De nye funktioner levner imidlertid ikke megen mulighed for pleje og omsorg, de bidrager i stedet til at gøre de gamle patienter speciale-, historie- og interesseløse for de professionelle. Sygeplejerskerne i mit feltarbejde synes at være bevidste om dette. Mens nogle er rejst, har andre valgt at blive, tilpasse sig og lade stå til.

Spørgsmålet er blot, om sygeplejefprofessionen har solgt ud af arvesølvet i form af pleje og omsorg i forsøget på at opnå tålelige arbejdsvilkår og kunne overleve i sygehusvæsenet?

Paradoksalt nok sidder professionen samtidig med en del af løsningen på håndteringen af den stigende gruppe af gamle, som i dag og i fremtiden udgør en stigende udfordring i sygehusvæsenet med problemer som



**Sygeplejerskerne synes at have overtaget tidligere tiders lægelige overherredømme og forrang ved at indtage og overtage et væld af centrale og styrende positioner.**

multisygdom og genindlæggelser. En gensatsning og -vægtning af pleje og omsorg, som i højere grad tilgodeser og understøtter de gamles særlige vilkår, problemer og behov, ser jeg som del af det, der kan bidrage til at imødekomme og afhjælpe de gamles problematikker.

Lad os gå til kamp for at få plejen og omsorgen tilbage som professionens vartegn – og derigennem være med til at byde ind på håndtering af de store problemer, samfundet står over for at skulle løse i forhold til de gamle patienter.

”Sygeplejerskerne synes således at gøre lægerne det efter, som de formåede i 1800-tallet, hvor de var på udkig efter og fik tilkæmpet sig en position i det spirende sygehusvæsen.” ●

*Læs mere om de gamle medicinske patienter i ph.d.-afhandlingen ”Betydningen af sygehusets indretning for gamle medicinske patienters indlæggelsesforløb”. <http://edu.au.dk/fileadmin/edu/phdafhandlinger/Lisbeth-Aaskov-Falch-phd-afhandling.pdf>*

# Avelle™

Negative Pressure Wound Therapy System

## Forskellen med Hydrofiber®



Hydrofiber®-teknologien, du kender, kombineret med NPWT's helende egenskaber, i op til 30 dage.

- Hydrofiber® -teknologiens lag gelerer ved kontakt med sårveske og binder bakterier i sine fibre for at skabe et optimalt sårhelingsmiljø.
- Éngangspumpen, til brug på én og samme patient i op til 30 dage, leverer 80 mmHg ( $\pm 20$  mmHg) kontinuerlig NPWT til sårbunden.

Oplev fordelene ved NPWT kombineret med Hydrofiber®-teknologien og se, hvordan Avelle™ NPWT systemet kan forbedre din behandling samt styrke patientplejen.

[www.convatec.dk](http://www.convatec.dk)

POWERED BY



Negative Pressure Wound Therapy