

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Husk patienternes seksualitet

SEKSUALITET ER
MERE END SAMLEJE

SIDE 23

SÅDAN PÅVIRKER SYGDOM
SEKSUALITETEN

SIDE 29

BRYD TABUET MED DEN
HVERDAGSSEXOLOGISKE
SAMTALE

SIDE 32

NY PRAKSIS

Tryksår.

Topmadrasser kan erstatte
vekseltrykmadrasser.

SIDE 8

PEER REVIEWED

Genetik.

Genetik fylder forskelligt
i uddannelsen.

SIDE 40

FAGLIGT AJOUR

Samarbejde.

Sygeplejersker fra
to sektorer byttede job.

SIDE 52

PÅ SPIDSEN

Patientinvolvering.

Pas på pseudoinvolvering
af patienterne.

SIDE 75

Redaktionspanel

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



**SELINA
KIKKENBORG BERG**

Seniorforsker og professor i kardiologi med særlig fokus på klinisk sygepleje i Hjertecentret, Rigshospitalet og ved Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet. Professoratet har særligt fokus på psyko-kardiologi, dvs. sammenhængen mellem hjerne og hjerte.



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

Art Director
SASJA HERMANSEN
sh@dsr.dk
Telefon: 4695 4117

Grafiker
MARIA FRIMANN STORM
mfs@dsr.dk
Telefon: 4695 4281

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
MARIA KLIT
mkl@dsr.dk
Telefon: 4695 4120

Distribueret oplag
Perioden 2018-2019:
77.393 ekpl.
Medlem af Danske Medier

Tryk
Stibo

Annoncer
Media-Partners, Det gl.
Mejeri, Alhøjvej 2, Stilling,
8660 Skanderborg
Telefon: 2967 1436
annoncer@
media-partners.dk

Manuskriptvejledning
www.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 tilkendes i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

.....
Illustration side 1,
4, 20, 22, 23, 29,
32, 40, 50, 59, 64
og 70: iStock /
Byline-fotos side
21: Astrid Dalum og
Cathrine Ertmann /
Foto side 52: Søren
Svendsen

OVERBLIK



Ny
Praksis

En topmadras kan være lige så god

TRYKSÅR. Når det gælder forebyggelse af tryksår, kan en helt almindelig topmadras i god kvalitet i visse situationer være lige så effektiv som en vekselrykmadras. Den erfaring har man gjort sig på Odense Universitetshospital. Tryksårssygeplejerske Aase Fremmelevholm lod sig

inspirere af en artikel i et udenlandsk tidsskrift og fik iværksat et MTV-projekt, der bekræftede, at topmadrasser kan være et hensigtsmæssigt alternativ.

LÆS SIDE 8

Palliativ indsats igangsættes for sent

PALLIATION. Alt for sent i forløbet bliver der taget stilling til, hvornår patientens behov for palliativ indsats sættes i gang. Derfor er der behov for nogle ressourcepersoner, som tidligt i forløbet kan bringe palliation på banen, fremhæver klinisk sygeplejespecialist Heidi Bergenholtz, Holbæk Sygehus.

LÆS SIDE 12

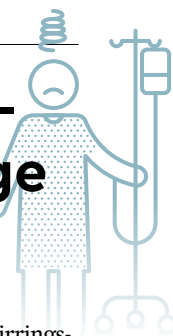
Screening forebygger alvorlige konsekvenser

SCREENING. Delirium er en akut forvirrings-tilstand hos den kritisk syge patient, og det kan have alvorlige konsekvenser, hvis tilstanden ikke opdages. Derfor har man på Rigshospitalet fundet og testet et brugbart screeningsredskab, der kan identificere delirium blandt patienter med hjerneskader.

LÆS SIDE 16



Patientens seksuelle problemer som følge af sygdom og behandling er et emne for sygeplejersker at tage sig af. Emnet kan være tabubelagt fra både patientens og sygeplejerskens side, men det kan løses.



Den vigtige sexologiske samtale

Seksualitet er et såkaldt bio-psyko-socialt fænomen, der følger alle fra fødsel til død. Næsten al sygdom og behandling kan medføre seksuelle problemer for både mænd og kvinder, som igen kan påvirke patienternes helingsproces og livskvalitet negativt. F.eks. kan nedsat lyst og manglende rejsningsevne medføre dårlig samvittighed, vrede, isolation og nedsat selvværd. Omvendt kan et velfungerende seksualliv øge trivsel og velvære og bidrage til positiv mestring af sygdom og livskriser.

Sygeplejersker er forpligtede til at tale med patienten – og også gerne part-

neren – om de seksuelle problemer og udfordringer, der kan opstå i forbindelse med sygdom og behandling. Den såkaldte hverdagssexologiske samtale er dog svær at indlede for mange sygeplejersker, da de ofte savner viden om emnet, og hvordan de skal gribe samtalen an.

Sygeplejeforsker fastslår, at sygeplejersker som udgangspunkt skal kende

de konkrete seksuelle problemstillinger og bivirkninger, der kan opstå inden for det speciale, de arbejder indenfor. Langt fra alle skal være eksperter, men sygeplejersker skal kunne berøre emnet på linje med de 11 andre sygeplejefaglige områder som f.eks. ernæring, psykosociale forhold, respiration og udskillelse af affaldsstoffer.

LÆS SIDE

20



The
Journal
Club



Peer
Reviewed

PÅRØRENDE.

Når personalet anerkender de pårørendes behov, bliver det nemmere at forstå og støtte dem.

LÆS SIDE 38



Læring om genetik i varierende omfang

Undervisning i genetik: straks ser man den smukke, snoede DNA-streng for sig. Men med muligheden for at kortlægge et menneskes samlede arvemateriale, kaldet genomet, skal der mere solid viden til. Viden, som sygeplejestuderende ikke nødvendigvis får. Når personlig medicin vinder frem, må sygeplejersker vide, hvad det betyder, og de må forholde sig til en udvikling, der først lige er begyndt.

En spørgeskemaundersøgelse på landets 26 sygeplejeskoler viser, at undervisning og eksamen i genetik bliver tilbudt i ganske forskellig målestok på landets undervisningssteder, idet antallet af lektioner i genetik varierer fra to til elleve. I en tillægsartikel peger forfatterne på årsagerne til, at de ønsker, at der kommer konkrete anbefalinger for både pensum, undervisning og test af viden indenfor genetikken. Sygeplejersker er ikke og skal ikke være eksperter i genetik, men de skal kende konsekvenserne af udviklingen inden for feltet og kunne forholde sig kritisk til den.

LÆS SIDE

40

Jobbytte med stort udbytte

Det er nærliggende, at sygeplejersker fra primær og sekundær sektor bytter job i en periode, og det har de så gjort i Vejle. Hjemmesygeplejersker har skiftet bilen ud med en afdeling på sygehuset, og hjertesygeplejerskerne er taget på arbejde i patienternes eget hjem. Til stor gavn og glæde for begge grupper, viser to efterfølgende fokusgruppeinterview.

LÆS SIDE

52

Tværgående samarbejde mellem kommune og apotek

Et samarbejde mellem kommune og apotek om at opspore sårbare borgere mhp. sundhedsfremme og forebyggelse; nyt tiltag i Danmark, men afprøvet i andre lande. Samarbejdsmodellen blev udviklet og afprøvet af sygeplejersker, folkesundhedskandidater, ergoterapeuter, farmaceuter og farmakonomer, og de pointerer, at en vigtig brik i det vellykkede projekt var halvanden dags opstartsseminar, hvor deltagerne blev ledt igennem en struktureret proces, der bl.a. førte til en fælles handleplan. Projektet er evalueret via en elektronisk survey og tre fokusgruppeinterview.

LÆS SIDE

70

Unge pårørende bliver involveret

Når et ungt menneske får udført en tonsillektomi, dvs. får fjernet mandler, tager far eller mor fri i en uges tid for at hjælpe med medicin, ernæring, mobilisering og almindelig omsorg. Derfor kan sygeplejersker ligeså godt først som sidst involvere og informere forældrene på lige fod med patienten. En fotodagbog og interview viser, at de unge har brug for detaljeret information om smerter og symptomer som f.eks. blødning, men også at deres familie er meget væsentlig under rehabiliteringsforløbet. Far eller mor stiller vækkeuret, så den unge kan få medicin om natten, og de nøder patienten til at spise, selv om lysten mangler.

LÆS SIDE

58

Dokumentation i sygeplejen er vigtig

Dokumentation af sygeplejen er for nogle et kerneområde, for andre nærmest ikke en del af sygeplejen. Det er et af de fund, "Sygeplejefaglig Dokumentationsgruppe" på Hospitalsenhed Midt gjorde i en spørgeskemaundersøgelse i 2018. Men

dokumentation har bl.a. til formål at øge kvalitet i sygeplejen, så fundet peger på, at en indsats er nødvendig.

LÆS SIDE

64



Patientinvolvering har som mange andre tiltag i sundhedsvæsenet konsekvenser både for patienterne, de pårørende og de sundhedsprofessionelle.

LÆS SIDE 75

Så hold dog mund

Tavshedspligt. Professionalisme er et positivt begreb, men kolleger må indimellem minde hinanden om, hvad det betyder.



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

Sygeplejersker er troværdige, de var i 2019 nummer to på listen i den troværdighedsmåling, der hvert år udføres af et kommunikationsbureau. Professionalisme er, med alt hvad det indebærer, rammen om troværdigheden. Troede jeg.

En ældre læser, lad os kalde ham Harald, som ringede til mig for to uger siden, fik rokket grundigt ved den forestilling. Han fortalte om en fest hos sin sygeplejerske-niece. Hun fyldte rundt og havde inviteret venner, kolleger og familie til middag. Under indflydelse af god mad og gode vine var stemningen fuld af liv og latter. Efter et par timer fortæller en sygeplejerske blandt gæsterne en drabelig historie fra sin tid på en akut modtageafdeling. Noget med en benprotese, der fløj gennem luften, dog uden at ramme den læge, som var målet. En ambulanceredder følger op med en længere fortælling om en afhugget hånd i en spand. De to kappes tydeligt om at levere den bedste, mest farverige og underholdende historie. En hjemmesygeplejerske vil være med og fortæller om sex på plejehjemmet, og fødselsdagsfestens deltagerne ler og ler.

Som aftenen går, bliver fortællingerne mere detaljerede, og der bliver nævnt fornavne og særlige karakteristika på nogle af borgerne og patienterne. Fortælleren undlader ikke at pege på sin egen rolle i historien, især ikke hvis den har været tæt på at give heltestatus.

En anden vinkel på professionalisme er uniformsetikette, et ord som dufter af malkugler, men blot dækker over, at en korrekt båret, ren uniform styrker tilliden til sygeplejerskens troværdighed og kompetencer. Påklædning drejer sig ikke kun om hygiejne. Blå negle og patient-skjorte er no go.

Til festen slår Harald på sit glas. Han er 69 år og en glimrende iagttagere af livet. Desuden er han skræmmende velformuleret og ikke bange af sig, kan jeg forstå på vores samtale.

”Jeg er den sure gæst,” siger han og fortsætter: ”Jeg har lyttet til jeres mange fortællinger fra arbejdslivet, og de chokerer mig. Er jeres arbejde meget kedeligt? Det tror jeg ikke. Og derfor må I kunne gøre det bedre. I skal arbejde på at bevare andre menneskers tillid, også når I er til fest. I skal vise, at man kan stole på en sygeplejerske, frem for at udlevere detaljer om personer, hvoraf nogle kan genkendes her i vores lille lokalområde. Ellers tænker vi borgere, at vi ikke skal sige noget til en sygeplejerske, men kun tale med lægen. I skal lære at holde jeres mund, også når I er til fest!”

Harald fortæller mig, at hans stemme dirrede af harme. Der var stille i lokalet i noget, der følte som en evighed.

Brud på tavshedspligten kan ikke gradbøjes, og det kan uniformsetikette heller ikke. Derfor er det oplagt, at kolleger henter bue og pil, når tavshedspligten ikke bliver overholdt, og uniformsetiketten knirker.

Alle sygeplejersker har passet en dirigent eller en skorstensfejer med en spektakulær sygehistorie under hospitalsskjorten. Men hold mund med den. Tavshedspligten er en patientrettighed, hvad enten sygeplejersken er på konference eller til fødselsdagsfest.

Se Sundhedsloven, kapitel 9. ●

Nyt middel i kampen mod tryksår



Tryksårssygeplejerske Aase Fremmelevholm, OUH: "Det er jo ikke sådan, at jeg nu synes, man helt skal sige farvel til vekselrykmadrasserne. De er stadig nødvendige for patienter, der ikke kan bevæge sig. Men der er fordele ved topmadrasserne, og de er lige så velegnede til at forebygge tryksår."

Almindelige topmadrasser i høj kvalitet er lige så velegnede til at forebygge tryksår som vekselrykmadrasser

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **NILS LUND PEDERSEN**

En dag læste tryksårssygeplejerske på Odense Universitetshospital (OUH) Aase Fremmelevholm en artikel i et amerikansk tidsskrift. I årevis har behandling og ikke mindst forebyggelse af tryksår ved indlæggelse været noget af en hjertesag for hende, og hun har stået for flere projekter, der har fået antallet af tryksår ned. Nu læste hun noget, der fik hende til at studse.

"Det var en artikel, der opremsede forskellige tiltag i indsatsen mod tryksår. Her blevet det nævnt, at skummadrasser i god kvalitet kan være lige så effektive som vekselrykmadrasser. Så tænkte jeg: Det må undersøges nærmere," fortæller Aase Fremmelevholm.

Forbruget af vekselrykmadrasser var steget markant på hospitalet, og hvis der kunne findes en alternativ løsning, der var lige så effektiv, kunne det være godt. Derfor fik hun i første omgang forskningsenheden og MTV-afdelingen med på at lave et litteraturstudie.

"Vi fandt nu ikke ret meget, og vi blev enige om, at der var grundlag for et egentligt forskningsprojekt. Jeg fik to afdelinger på OUH med, nemlig Geriatrisk Afdeling og Ortopædkirurgisk Afdeling, og vores mål var at lave en medicinsk teknologivurdering, hvor patienter i risiko for at udvikle tryksår afprøvede to typer topmadrasser i høj kvalitet," forklarer Aase Fremmelevholm.

Pinefuldt problem

Baggrunden for forskningsprojektet er alvorlig nok. Tryksår kan være et stort problem, og det kan tage lang tid, før

Om forskeren

Tryksårssygeplejerske Aase Fremmelevholm har i årevis arbejdet for bekæmpelse af tryksår på OUH. Hun har bl.a. været frontfigur i etablering af sår-efteruddannelse for hospitalets sygeplejersker, og hun har arbejdet på at udvikle nye metoder til at forebygge og behandle tryksår. Hendes indsats har medvirket til, at antallet af tryksår på OUH er reduceret væsentligt. I 2012 fik 10,3 pct. af de indlagte patienter i Odense tryksår. I 2018 var tallet 2,1 pct.

såret heler op. Det er meget pinefuldt og kommer oven i alt det andet, patienten har at kæmpe med. Tryksår kan opstå på bare et par timer, hvis patienten ligger helt stille. Og det gør patienten ofte, hvis det er forbundet med smerter at bevæge sig. Der kan også være tilfælde, f.eks. på intensiv, hvor patienten er bedøvet og ikke kan bevæge sig. Almentilstand spiller også ind, og det er oftest tynde og ældre patienter, hovedsageligt kvinder, som får tryksår.

”I forskningen lagde jeg ud med en observationsperiode, hvor vi i et halvt år så på, hvad vi får ud af at gøre, som vi i forvejen gør. Det vil sige enten benytte standardmadrasser eller vekseltrykmadrasser for dem, vi bedømmer som værende i risiko for at udvikle tryksår,” fortæller Aase Fremmelevholm.

En vekseltrykmadrass består af lameller, hvor en pumpe sørger for luftskifte, så patienten ikke får tryk fra madrassen på samme sted hele tiden og dermed kan udvikle tryksår. Det er dog ikke alle patienter, som bryder sig om denne løsning. Nogle bliver søsyge og føler ubehag, og der er hver gang behov for en sengehest, så patienten ikke rutsjer ud af sengen. Alligevel er det en god løsning, der har været med til at nedsætte antallet af tryksår.

Begge madrastyper testet

”Efter den første observationsperiode med registrering af, hvordan de hidtidige løsninger virker, gik vi over til at benytte topmadrasser og observerede ligeledes her resultatet over et halvt år. De patienter, som blev vurderet til at skulle ligge på vekseltrykmadrass, startede på en sådan madrass ved indlæggelsen, men blev så flyttet over på en ordinær madrass med toppmadrass. De prøvede dermed begge dele,” fortæller Aase Fremmelevholm.

Incidensen af tryksår i perioden med anvendelse af topmadrasser var 2,75 pct., men ingen udviklede tryksår efter at være kommet over på topmadrass. De valgte topmadrasser er udviklet til forebyggelse af tryksår og har en massefylde, der ligger et sted mellem den lille top på standardmadrasserne, hvor massefylden er 38 kg pr. m³, og de helt luksuriøse topmadrasser med massefylde på 78 kg pr. m³.

”Vi har valgt topmadrasser, der ligger midt imellem, for madrassen skal jo ikke skal være så tung, at den er for svær at håndtere,” siger Aase Fremmelevholm.

Observationen blev fulgt op med interviews med patienterne. Her indgår 12 interviews i undersøgelsen. De pågældende patienter havde alle ligget mindst et døgn på en vekseltrykmadrass og et døgn på topmadrass, og de var alle bevidste

Om studiet

- Studiet på OUH var et MTV-projekt (Medicinsk Teknologi Vurdering), og projektperioden var august 2017 til november 2018. Der blev bevilget 350.000 kroner fra Region Syddanmarks MTV-pulje til studiet.
- Studiet blev gennemført af tryksårssygeplejerske Aase Fremmelevholm, Plastikkirurgisk Afdeling Z, i samarbejde med Center for Innovativ Medicinsk Teknologi (CIMT), Klinisk Udvikling OUH Odense Universitetshospital/Svendborg Sygehus.
- MTV-arbejdsgruppen bestod af Aase Fremmelevholm, Mette Bøg Horup, cand.polyt., projektleder, Tue Kjølhed, Ms.C., ph.d., og Kristian Kidholm, lektor. ph.d.
- Studiet blev gennemført på sengeafsnit G1 Geriatrisk Afdeling G og sengeafsnit O2 Ortopædkirurgisk Afdeling O.
- Resultatet af observationsperioderne viste, at der ikke blev fundet tryksår blandt de 123 patienter, som lå på topmadrasserne.
- Da Aase Fremmelevholm havde afsluttet sit studie, kunne hun med tilfredshed konstatere, at et lignende studie i England i større skala bagefter kom til præcis samme resultat: Topmadrassen er lige så effektiv. Her havde 1.000 patienter ligget på vekseltryk- og 1.000 patienter på skummadrass i høj kvalitet.
- MTV'en kan rekvireres ved henvendelse til Aase.Fremmelevholm@rsyd.dk

om, hvornår de havde ligget på hvilken type madrass. De blev bedt om at svare på spørgsmål omkring hårdhed, støjgener, mobilitet og bevægelighed samt temperatur.

Patienter foretrækker topmadrassen

”Undersøgelsen viste, at patienterne foretrak at ligge på topmadrassen. De fandt den blød og behagelig, og det var nemmere for dem at bevæge sig og dermed styrke mobiliteten. Det er jo ikke uvæsentligt i dag, hvor der er meget fokus på hurtig mobilitet,” siger Aase Fremmelevholm.

I hendes konklusion efter forskningsprojektet hedder det bl.a. om resultatet, at ”topmadrasserne er et hensigtsmæssigt alternativ til vekseltrykmadrasserne for patienter i middel - høj risiko for udvikling af tryksår, da der ikke var forskel på tryksårsincidensen før og efter indførelse af topmadrasser, og da ingen patienter på topmadrasserne udviklede tryksår.”

Dertil kommer jo så det økonomiske perspektiv, tilføjer Aase Fremmelevholm:

”Der er jo en del penge at spare ved at anvende topmadrasser frem for vekseltrykmadrasser. Sidstnævnte leases, mens topmadrasserne er en engangsudgift. Men det er jo ikke sådan, at vi helt kan undvære vekseltrykmadrasserne. De er fortsat effektive for patienter, som allerede har tryksår, eller som slet ikke kan bevæge sig. Så vi skal fortsat have dem parate, dog i mindre antal end hidtil.”

Aase Fremmelevholms forskning har åbnet en ny dør, så der nu er flere alternativer: Standardmadrass, vekseltrykmadrass samt ordinær madrass med topmadrass. Nu skal brug af topmadrass så implementeres, og det er de i første omgang i fuld gang med på OUH's matrikel i Svendborg. ●

Sygeplejerske Susanne Vogn, OUH/Svendborg: "Topmadrasen er et godt alternativ, der også kan få patienten til at ligge mere blødt og på samme madras under hele indlæggelsen. Men der er stadig behov for en faglig vurdering af, hvilket underlag, vi skal vælge."



☺☺ Så bestiller vi bare en seng med topmadras ...

Sygeplejerskerne afgør, om en vekseltrykmadras eller en topmadras er den bedste løsning

Tekst **KURT BALLE JENSEN** · Foto **MICHAEL DROST-HANSEN**

☺ Mens mange mindre sygehuse landet over er blevet nedlagt, lever Svendborg Sygehus i bedste velgående som en del af Odense Universitetshospital. Her er man på Ortopædkirurgisk Afdeling spydspids i implementering af

brug af topmadrasser i høj kvalitet som et alternativ i forebyggelsen af tryksår.

Vi tager elevatoren nogle etager op og har pludselig en smuk udsigt til broen mod Tåsinge. Her møder vi sygeplejerske Susanne Vogn, som sammen med 32 andre

sygeplejersker tager sig af patienterne før og efter operation. Og så er Susanne Vogn halvdelen af ressourcegruppen for tryksår. Den anden er kollega Dorthe Møller.

"Jeg har været her siden 2007 og har gennem årene oplevet problemer med tryksår. Vi har gjort meget for at forebygge. Vi startede for flere år siden med at lægge patienter med hoftenært brud på vekseltrykmadrasser i den præoperative periode. Vi lægger puder under underbenet, så hælene er fri osv. Vi har kunnet begrænse antallet



af tryksår, men de er her stadig. For patienter med hoftenær fraktur er det smertefuldt at bevæge sig, så de ligger helt stille. Så kan tryksår opstå og det er meget smertefuldt for patienten,” fortæller Susanne Vogn.

Hun og Dorthe Møller har løbende været i tæt kontakt med tryksårssygeplejerske og forsker Aase Fremmelevholm om topmadrasser som alternativ til vekselttrykmadrasser, og fra oktober 2019 blev implementeringen sat i værk i Svendborg.

Kørte en seng rundt på afdelingen

”Vi kørte sammen med Aase en seng med topmadras rundt på afdelingen og viste muligheden i praksis. Vores kolleger kunne sætte sig på den eller lægge sig og mærke, hvordan det var. Og Dorthe og jeg arbejdede på forskellige vagter på forskellige tider af døgnet og kunne dermed gøre vores til at få implementeringen i gang,” fortæller Susanne Vogn.

For plejegruppen handlede det meget om at huske på, at der nu var et alternativ til det, de hele tiden havde gjort. Og så at komme over den tærskel, der hedder: Jamen er det nu godt nok? Medvirker det ikke til, at flere får tryksår?

Alle afdelinger har en kontaktperson vedrørende tryksår, og netværket af kontaktpersoner har ligeledes drøftet topmadrasserne som en ny mulighed.

”Heldigvis er vi en afdeling med en god kemi, hvor vi er meget omstillingsparate og åbne over for at prøve noget nyt. Og vi kan jo mærke, at patienterne gerne vil ligge på topmadrasen. De ligger komfortabelt på den,” siger Susanne Vogn.

Sygeplejerskerne drøfter ikke med patienterne, om de skal ligge på en almindelig madras, en vekselttrykmadras eller en topmadras. Det tager de en beslutning om ud fra en faglig vurdering.

”Det var da lige i starten nemt helt automatisk at komme til at bestille en vekselttrykmadras ved risiko for tryksår, indtil det blev indarbejdet, at vi nu har et nyt alternativ med topmadrasen. Vi har en fast procedure med de hoftenære frakturer, hvor patienten bliver lagt på topmadras allerede ved indlæggelsen og så kan ligge på den under hele indlæggelsen. Tidligere var det sådan, at når de lå på vekselttrykmadrasen, tog vi den fra dem, når de var førstegangsmobiliseret. Nu kan de ligge på samme madras under hele forløbet,” fortæller Susanne Vogn.

Kan medvirke til hurtigere mobilisering

Mobilisering er ikke helt så let på vekselttrykmadrasen, for her tumler patienten noget rundt i sengen. Det kan sammenlignes med bevægelserne i en vandseng, hvor det kan være svært ved at finde holdepunkt.

”De gled rundt, og det var også et problem for fysioterapeuten, når der skulle foretages mobilitetsøvelser. Patienterne kan med topmadrasen også hurtigere selv hjælpe til, når de skal ud af sengen, fordi det hele virker mere stabilt,” siger Susanne Vogn.

Det er dog ikke alle patienter, som kan komme på topmadras. Der er udfærdiget et hjælpeskema som en slags guide, når pleje-

MTV'ens anbefaling:

”Det anbefales at indføre statiske topmadrasser som alternativ til vekselttrykmadrasser til patienter i middel - høj risiko for udvikling af tryksår. Topmadrasserne er ikke egnede til alle patienter, og styregruppens klinikere anbefaler, at helt immobile patienter ligger på vekselttrykmadrasser.”

personalet skal vurdere, hvilken løsning der skal vælges. Vurderes det, at der er middel eller høj risiko for udvikling af tryksår, kan standardmadrasen forsynes med topmadras. Men har patienten i forvejen tryksår, og hvis mobiliteten er lav hos patienten, bør der anvendes en vekselttrykmadras.

Susanne Vogn oplever i praksis, at implementeringen er gået ret smertefrit, og at flere patienter får et mere komfortabelt ophold på sygehuset, hvor de ligger bedre og slipper for vibrationer og støj fra vekselttrykmadrasens pumpe, der også kan genere medpatienter.

Godt samarbejde mellem forskning og praksis

Susanne Vogn var ikke bekymret for effekten, men mere for om det ville give mere besvær med håndtering og med at pakke topmadrasen væk igen efter brug.

”Men det er jo løst på en måde, der tværtimod gør det nemmere for os i plejegruppen. Vi bestiller simpelthen en seng med topmadras, og efter brug går den ned i sengevask. Det er så personalet i vaskegruppen, der står for rengøring og for at pakke den væk. Det har de selvfølgelig fået ressourcer til, og der er set på deres arbejdsstillinger ved håndteringen.”

For Susanne Vogn er projektet med topmadrasser som et muligt alternativ til vekselttrykmadrasen et godt eksempel på samarbejde mellem forskning og praksis:

”For at implementering kan lykkes, skal der være et tæt samarbejde mellem forskere og praksis. Det har der været i dette tilfælde. Kollegerne skal løbende orienteres om, hvad der er på vej, så de er velforberejdede, og det ikke kommer fra den ene dag til den anden,” siger Susanne Vogn. ●

Vi tager snakken om palliation, når vi har tid



Den palliative indsats på et sygehus bliver ofte igangsat meget sent, og det er et problem, finder Heidi Bergenholtz, postdoc, klinisk sygeplejespecialist, Holbæk Sygehus.

Den palliative indsats bør igangsættes på diagnose-tidspunktet, men den kommer oftest alt for sent igang, fordi fokus er på selve behandlingen.

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

”Hvis vi skal få en fælles fremgangsmåde inden for basal palliation, bliver vi nødt til at have nogle ressourcepersoner, som kan gå forrest. De skal bringe palliation på banen, tage dialogen med lægerne samt være sparringspartnere for de andre sygeplejersker på afdelingen,” siger Heidi Bergenholtz.

Hun er sygeplejerske og postdoc og arbejder som klinisk sygeplejespecialist og forsker på Holbæk Sygehus og ved Videncenter for Rehabilitering og Palliation.

Hendes forskning handler netop om basal palliation på sygehusene og

viser, at man mangler et fælles fokus på palliation. Lige fra sygehusledelsen og ned til afdelingsledelsen og den enkelte medarbejder.

”På den måde bliver det op til den enkelte afdelingsledelse eller sygeplejerske at forvalte, hvordan den palliative indsats skal være. Det bliver meget forskelligt, hvad der bliver tilbudt den enkelte patient. Men den palliative indsats skal ikke afhænge af, hvem der har vagten,” siger hun.

En del af løsningen på Holbæk Sygehus blev derfor at etablere en række ressourcpersoner i palliation på kirurgisk afsnit og alle medicinske afsnit.

”Palliation er en tværfaglig indsats, og ressourcpersonernes funktion går især ud på at skubbe på for at få identificeret de personer, som kunne have glæde af en basal palliativ indsats og at bringe det videre til lægerne,” forklarer Heidi Bergenholtz, som pointerer:

”Hvor lægernes fokus ofte er på at behandle og redde liv, har sygeplejerskerne også fokus på livskvalitet og lindring – og det er jo palliationens fokus.”

Indsatsen starter for sent

En palliativ indsats bør starte tidligt ved livstruende sygdom. Heidi Bergenholtz forklarer, at de gældende anbefalinger netop siger, at patientens behov for palliation skal klarlægges tidligst muligt og gerne på diagnosetidspunktet.

”Men den tankegang er slet ikke slået igennem endnu ude på hospitalsafdelingerne. Her foregår palliation primært i forbindelse med den sidste fase, hvor patienten har fået ordineret ”kærlig pleje” og er døende,” siger Heidi Bergenholtz.

Et af de helt store spørgsmål ude på afdelingerne er derfor, hvornår og hvordan man i et sygdomsforløb bringer palliation på banen. Her kan ressourcpersonerne være med til at skubbe på for en tidlig indsats.

”Den palliative indsats på et sygehus bliver ofte igangsat meget sent, fordi fokus er på de kurative og behandlende aktiviteter. Der er en tendens til, at vi tænker, at vi tager snakken om palliation, når vi har tid til det - og når man kender sygehusvæsenet, er det sjældent, at der rent faktisk bliver tid,” siger Heidi Bergenholtz.

Hæver niveauet med udviklingsprojekter

Endelig skal ressourcpersonerne være dem, de andre sygeplejersker sparrer med.

”Det er vigtigt, at de kan dele deres viden. De skal køre undervisning og introducere de nyansatte til, hvad palliation er,” forklarer Heidi Bergenholtz.

I løbet af 2020 skal alle ressourcpersoner på Holbæk Sygehus lave et udviklingsprojekt med Heidi Bergenholtz som underviser, hvor hver afdeling vælger en problemstilling, de vil arbejde med.

”Det er en konkret måde at få hævet niveauet for, hvordan vi arbejder med palliation, hvor ressourcpersonerne lærer at arbejde systematisk og evidensbaseret,” siger Heidi Bergenholtz. ●

Tre studier om basal palliation

1. Kvantitativ undersøgelse af organisering og evaluering af den palliative indsats på et sygehus. *Bergenholtz H, Hølge-Hazelton B, Jarlbæk L. Organization and evaluation of generalist palliative care in a Danish Hospital. BMC Palliative Care 2015;14:23.*
2. Et deltagerobservationsstudie med kvalitative interviews med 18 sygeplejersker på tre medicinske afdelinger. Sygeplejerskerne blev fulgt i deres daglige arbejde over to uger. *Bergenholtz H, Jarlbæk L, Hølge-Hazelton B. The Culture of General Palliative Nursing Care in Medical Departments - An Ethnographic Study. IJPN 2015; Vol 21, nr. 4.*
3. Mixed-method studie, der kombinerer de to første studier. *Bergenholtz H, Jarlbæk L, Hølge-Hazelton B. Generalist palliative care in hospital – cultural and organisational interactions. Results of a mixed methods study. Palliative Medicine 2015; dec 7.*

Konklusioner

- Det er svært at udøve en palliativ indsats på et hospital, hvor fokus er på effektivitet og behandling.
- Den palliative indsats bliver igangsat sent i sygdomsforløbet.
- Den palliative pleje er baseret på personlige erfaringer og viden hos den enkelte sygeplejerske.
- Hospitals- og afdelingsledelse samt den enkelte sygeplejerske har ikke et fælles grundlag i forhold til den basale palliative indsats.
- Sygehusets organisatoriske rammer, evaluering af den basale palliative indsats og kulturen omkring palliativ sygepleje er ikke i overensstemmelse med de eksisterende anbefalinger.
- Den basale palliative indsats skal adresseres som en vigtig og legitim del af de ydelser, der gives på en sygehusafdeling.


Definition: Palliativ indsats

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

I Danmark bruges palliation på to niveauer:

- Specialiseret niveau (hospice, palliative teams og palliative afdelinger)
- Basalt niveau (hospitaller, kommunal hjemmepleje, plejecentre og almen praksis).

Kilde: REHPA



Sygeplejerskerne Kristoffer Tanggaard og Camilla Betzer Østergaard har som ressourcepersoner taget initiativ til at starte samtaler om palliativ behandling tidligt i et behandlingsforløb.

Palliation er ikke forbeholdt den allersidste tid

Ressourcepersoner tager initiativ til tidligt at bringe spørgsmål om basal palliation op med personalet.

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



Det hele gik sådan set som det skulle, indtil patienten begyndte at vågne op.

På Gastroenterologisk afsnit, Medicinsk afdeling på Holbæk Sygehus,

havde en yngre kvinde med leversygdom været igennem et langt og krævende behandlingsforløb med mange indlæggelser. Hun blev tiltagende dårligere og overgik til sidst til pal-

liativ behandling med gradvist øgede doser beroligende og smertelindrende medicin.

”Det gjorde, at der kom ro på for både de pårørende og personalet. Under behandlingen var patienten ikke kontakbar, men til alles overraskelse begyndte hun efter et stykke tid at vågne, og alle fik den her følelse af ”gad vide, om vi har truffet den rette beslutning”, og ”er det nu rigtigt at fortsætte den palliative behandling?””

Det fortæller sygeplejerske og sous-chef Camilla Betzer Østergaard.

Hun er sammen med sygeplejerske Kristoffer Tanggaard ressourceperson på afsnittet inden for palliation. Det betyder, at de begge har til opgave at bringe palliation på banen, når de kan se, at en patient har palliative behov, eller når der i personalegruppen er behov for at tale om palliation.

”I den konkrete situation havde vi som personalegruppe brug for at tale situationen igennem, så vi ikke hver især stod alene med vores bekymringer og de mange spørgsmål, der kunne presse sig på. F.eks. usikkerheden om, hvordan man behandler en palliativ patient, som ikke har været kontakt-

bar og begynder at vågne,” forklarer Camilla Betzer Østergaard.

”Som ressourcepersoner tog vi initiativ til, at vi fik snakket højt om den tvivl, vi alle gik rundt med, så personalet ikke gik hjem med ondt i maven,” siger hun og tilføjer:

”Selvfølgelig er det en lægelig beslutning, hvilken behandling patienten skal have, men som sygeplejersker har vi et ansvar for at reflektere – og her er det naturligt, at vi kan komme i tvivl om, hvad der er det bedste for patienten.”

Personalet fortsatte den palliative behandling af kvinden, og det endte med at være et fint forløb for både personale og pårørende, indtil hun døde.

”Vi er en slags superbrugere”

Når Kristoffer Tanggaard og Camilla Betzer Østergaard gennemgår patienterne sammen med lægerne til afsnittets klokken 9-møder, bringer de det op, når de kan se, at en patient har palliative behov.

”I går havde vi f.eks. en døende patient, og her spurgte jeg ind til, om der var lavet en vurdering af, om patienten skulle have den sidste tid derhjemme eller her på afsnittet. Min opgave var at sikre, at vi på afsnittet havde talt med patienten om hans ønsker,” siger Camilla Betzer Østergaard.

Kristoffer Tanggaard forklarer om deres funktion:

”Vi er en slags superbrugere inden for basal palliation modsat palliation på specialiseret niveau, som vi har et specialteam på sygehuset til at tage sig af. Vores opgave er at sætte fokus på basal palliation og holde øje med ny viden inden for feltet, som vi kan videregive til vores kollegaer som ressourcepersoner,” siger han.

”Vi arrangerer også undervisning og faglige møder f.eks. om, hvornår patienten er kandidat til et hospice. Og vi får inspiration fra vores netværksmøder med andre ressourcepersoner inden for palliation,” siger Kristoffer Tanggaard.

Berøringsangst for tidlig palliation

Camilla Betzer Østergaard og Kristoffer Tanggaard fortæller begge, at de på afsnittet arbejder hen imod en langt tidligere palliativ indsats til patienter med en livstruende sygdom, end det er tilfældet i dag. Bl.a. har man på afsnittet

4 GODE RÅD

Nøglepersoner skal have stor interesse og flair for arbejdet med palliation

Hav en tovholder med specialviden om palliation, som også kan bidrage med undervisning

Anerkend funktionen økonomisk i form af tillæg

Interesse og opbakning fra afdelings- og afsnitsledelse er afgørende

en del levercirrose-patienter, som har en begrænset årrække tilbage at leve i.

”Hvis vi kan tilbyde patienterne en palliativ indsats lige efter deres diagnose og gerne samtidig med deres behandling, kan de få en bedre livskvalitet gennem hele sygdomsforløbet,” siger Kristoffer Tanggaard.

”Det kunne f.eks. være med fokus på kosten – hvordan de får ordentlig mad at spise, når de kommer hjem efter et hospitalsophold. Eller i forhold til deres funktionsniveau: Hvad kan vi tilbyde af hjælp, så de bedre kan klare sig selv, når de kommer hjem?” forklarer han.

Men desværre er der et stykke vej til at få realiseret visionerne.

”Det er et stort arbejde at få vendt kulturen fra, at palliation er noget, der kun hører den allersidste tid til, og vi ser ikke en særlig stor opbakning til det fra lægerne,” siger Camilla Betzer Østergaard og uddyber:

”Der er lidt berøringsangst i forhold til tidlig palliation, fordi mange automatisk forbinder det med, at ”nu skal jeg dø”. Bl.a. derfor tror jeg, at vi har svært ved at få lægerne med på det med tidlig palliation, fordi det er svært at snakke med patienterne om.”

”Vores opgave er at bringe det op igen og igen og med tiden få indført nogle af de redskaber, som vi har til rådighed i forhold til at identificere de personer, som kan have behov for en palliativ indsats,” siger Kristoffer Tanggaard.

Blandt andet redskabet SPIC (Supportive and Palliative Care Indicator Tool) (se boks) bruges til det formål. ●

SPIC

SPIC™-skemaet hjælper sundhedspersonalet med at finde de mennesker, som er i risiko for at dø af deres sygdom, og som har behov for palliativ indsats.

SPIC™ er en guide til at afdække, hvorvidt mennesker er i risiko for, at deres tilstand forværres eller for at dø og derfor kan have behov for palliativ og understøttende indsats.

Det validerede redskab har vist sig at kunne identificere de patienter, som har brug for en holistisk behovsvurdering samt behov for planlægning af pleje og behandling.

Guiden, der fylder én side, er udviklet som et skema til brug på basalt palliativt niveau. Det vil sige i almen praksis, i hjemmesygeplejen, på plejecentre og på hospitalsafdelinger uden specialiseret palliativ indsats. Værktøjet kan bruges til alle patienter med livstruende sygdom, dvs. ikke kun kræft.

Kilde: www.rehpa.dk



Delirium er et symptom på, at noget er galt

Hvis vi ikke screener for delirium, opdager vi kun omkring en tredjedel af de delirøse tilfælde, forklarer intensivsygeplejerske, ph.d., Laura Krogh Larsen, Rigshospitalet.



ICDSC er et godt redskab til at identificere delirium hos kritisk syge med hjerneskade

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

”Patienten oplevede, at vandrørene over hans hospitalsseng var utætte, så vandet plaskede ned over ham. Han kunne høre vandet og mærke det på sine lår og kunne ikke forstå, hvorfor vi ikke gjorde noget.”

Intensivsygeplejerske og ph.d.-stipendiat Laura Krone Larsen fortæller om, hvordan en mandlig patient oplevede det at have intensivt delirium. Han lå i respirator og var indlagt på Neurointensivt afsnit på Rigshospitalet, hvor patienterne ud over at være kritisk syge også har en hjerneskade.

”Delirium er en akut forvirringstilstand hos den kritisk syge patient, hvor patienten er kognitivt forstyrret og kan opleve at have hallucinationer. Tilstanden varer som regel i timer eller dage og i mere alvorlige tilfælde i uger,” forklarer Laura Krone Larsen.

Risiko for alvorlige konsekvenser

Kritisk syge patienter har en stor risiko for at udvikle delirium under deres indlæggelse, og det kan have alvorlige konsekvenser på lang sigt, hvis ikke tilstanden opdages.

Hvad er intensivt delirium?

Intensivt delirium er en alvorlig og hyppigt forekommende konfusionstilstand, der ofte ses hos alvorligt syge og ældre medicinske patienter. Ud over kognitive forstyrrelser vil patienterne ofte udvise svære adfærdforstyrrelser og psykoselignende symptomer. Varigheden er fra timer til dage, og tilstanden er ofte forværret om aftenen og om natten.

Intensivt delirium kan medføre forlænget indlæggelsestid, yderligere funktionstab og øget brug af medicin samt i yderste konsekvens en akut og livstruende tilstand.

Der skelnes mellem hyperaktivt, hypoaktivt og blandet delirium. Hyperaktivt delirium ses i 15-47 pct. af tilfælde og hypoaktivt i 19-71 pct.

- Ved den hyperaktive form kan patienten være pillende eller motorisk urolig, højtråbende, eventuelt udadreagerende samt senge- og afdelingsflygtig.
- Ved den hypoaktive form kan patienten være sløv, eventuelt somnolent og apatisk, og der kan ses nedsat mimik og psykomotorisk hæmning.
- Den blandede form indeholder elementer af både den hypo- og hyperaktive form.

Kilde: National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium, Sundhedsstyrelsen 2016.

”Vi ved, at de patienter, som har delirium over længere tid, har sværere ved at komme ud af respiratoren, er indlagt i længere tid, klarer sig kognitivt dårligere senere hen og har en forhøjet dødelighed både efter 6 og 12 måneder,” forklarer Laura Krone Larsen videre.

Derfor har man på Neurointensivt afsnit på Rigshospitalet oversat og testet et screeningsredskab, der blandt de kritisk syge patienter med hjerneskade skal være en hjælp til at identificere patienter med delirium.

”Vi er optaget af at finde de patienter, som har delirium, så vi kan reducere varigheden af tilstanden og forebygge de langsigtede konsekvenser. Men vi har manglet gode validerede screeningsredskaber til patienter med hjerneskade,” fortæller hun og fortsætter.

”Delirium er et symptom på, at noget er galt. Ved at identificere tilstanden, kan vi forsøge at finde den udløsende årsag, som kan være patientens medicin, en infektion, eller måske for meget uro og larm på afdelingen, så patienten ikke får sovet.”

Opdager kun en tredjedel

De to redskaber, der i dag bruges til at screene for delirium hos kritisk syge patienter – CAM-ICU og

ICDSC – er ikke valideret i forhold til patienter med hjerneskade. Det gjorde Laura Krone Larsen derfor i sin ph.d.

”Vores studie viste, at ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) ser ud til at være et velegnet redskab til at vurdere delirium hos hjerteskadede patienter, hvorimod CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units) ikke ser ud til at være det,” forklarer hun.

At det er en god idé systematisk at screene for delirium, er Laura Krone Larsen ikke i tvivl om:

”Et hollandsk studie viser, at hvis vi ikke screener for delirium, opdager vi kun omkring en tredjedel af de delirøse tilfælde. Derfor anbefaler alle de store faglige selskaber for intensiv medicin, at alle kritisk syge – inklusiv dem med hjerneskade – bliver screenet.”

Nyt at tale om delirium

Da Laura Krone Larsen startede som intensivsygeplejerske på Neurointensivt afsnit for 11 år siden, var delirium ikke et ord, man brugte:

”Vi snakkede i stedet om, at patienten var konfus eller desorienteret, urolig, sengeflygtig eller havde vrangforestillinger. Det at tale om delirium er relativt nyt i forhold til patienter med hjerneskade,” siger hun og uddyber:

”At tale om delirium gør os opmærksomme på, at patienterne har en tilstand, som ikke nødvendigvis alene skyldes deres hjerneskade, men kan være en komplikation til den behandling, vi udsætter dem for – f.eks. respiratorbehandling, sedation, afbrudt søvn eller hospitalsinfektioner. På den måde kan vi forsøge at forebygge og behandle tilstanden.”

STUDIET

Metode

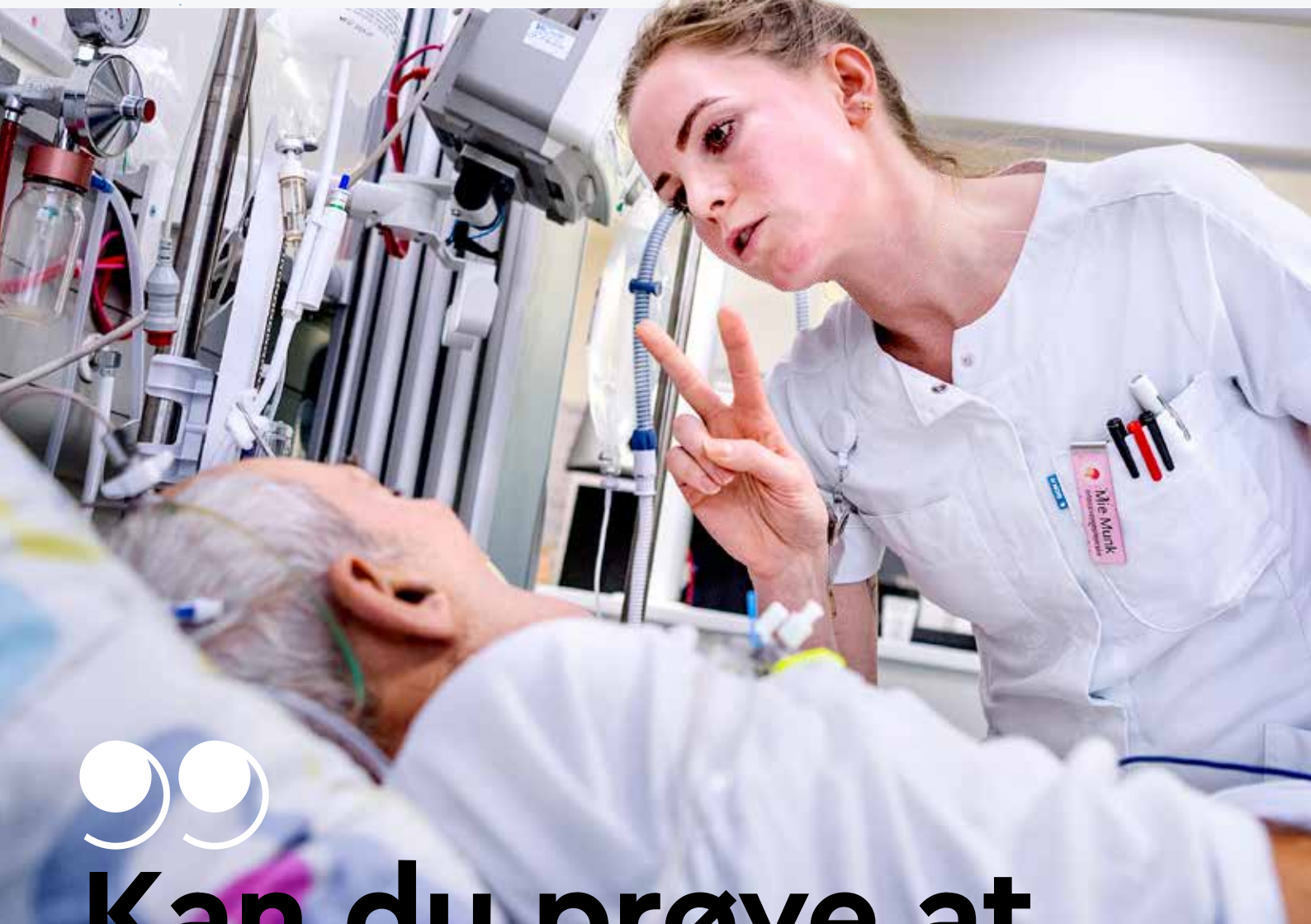
74 kritisk syge patienter med hjerneskade blev screenet for delirium to gange i døgnet af i alt 10 sygeplejersker med de to screeningsredskaber CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units) og ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist). Resultatet blev sammenlignet med en psykiaters vurdering.

Resultater

- CAM-ICU var enig med psykiateren i 59 pct. af deliriumtilfælde og ICDSC i 85 pct. (sensitivitet).
- CAM-ICU var enig med psykiateren i 56 pct. af de tilfælde, der ikke var delirium og ICDSC i 75 pct. (specificitet).

Konklusion

ICDSC ser ud til at være et velegnet redskab til at vurdere delirium hos kritisk syge patienter med hjerneskade, og CAM-ICU er mindre velegnet.



Kan du prøve at tage to fingre op?

Screeningsværktøj for intensivt delirium til patienter med hjerneskade vækker begejstring.

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



”Kan du åbne øjnene? Prøv at åbne øjnene. Åh, det er strengt, hva? De er tunge, de øjenlåg. Nu tager jeg lige din hånd her. Kan du vågne lidt op?”

Intensivsygeplejerske Mie Munk står ved sengen hos en ældre mandlig patient, som efter en hjerneblødning er indlagt på Neurointensivt afsnit på Rigshospitalet.

Hun er ved at udfylde et skema til screening for delirium kaldet ICDSC (Intensive

Care Delirium Screening Checklist og er ved at undersøge, hvor vågen patienten er.

Delirium er en tilstand, hvor patienten har kognitive forstyrrelser, ofte med adfærdsforstyrrelser og psykoselignende symptomer. Det kan komme til udtryk som en udad- eller en indadreagerende adfærd eller en kombination af de to.

Efter et stykke tid åbner patienten lige så stille øjnene og kigger direkte på Mie Munk.

"Når vi screener for delirium, fanger vi nogle af de patienter, som vi ellers ikke ville have fanget," forklarer intensivsygeplejerske Mia Munk, Rigshospitalet.

"Nu flytter jeg mig lidt – kan du kigge på mig?" spørger hun patienten.

Han følger hende med øjnene, men lukker dem igen efter et par sekunder.

"Han kan godt holde øjenkontakt, men det er i meget få sekunder. Så han er kontaktbar, men det er ikke i særlig lang tid," fortæller Mia Munk om patienten.

Han får et enkelt point på screenings-skemaet.

"Det bedste er, hvis patienten er vågen, rolig og samarbejdende, så får han ikke noget point. Men fordi han er kontaktbar, men ikke kan holde kontakten ret længe, får han 1 point. Han havde også fået 1 point, hvis han havde været urolig eller agiteret, altså i den anden ende af skalaen," forklarer hun.

Patienten har delirium

Hun går videre og gennemgår i alt otte punkter på ICDSC-skemaet. Det næste, Mia Munk undersøger, er, om patienten kan følge en instruks og udføre en simpel opgave.

"Kan du prøve at tage to fingre op?" spørger hun.

Der er intet respons, så han får endnu 1 point.

"Jeg kunne også i stedet lave en bogstavtest, hvor jeg siger ti bogstaver,

og patienten skal klemme min hånd, hver gang jeg siger 'a,'" forklarer hun.

"Hvis man kan udføre opgaven og samarbejder godt, får man 0 point. Men hvis man lige som patienten her ikke kan samarbejde, er det, fordi man ikke er opmærksom nok, og så får man 1 point," siger Mia Munk.

Patienten får endnu 1 point for at være desorienteret, fordi han ikke vidste, hvorfor han befandt sig på sygehuset, samt 1 point for psykomotorisk sløvhed, fordi patienten stort set ikke bevægede sig.

En samlet score på i alt 4 viser, at patienten har delirium.

Han havde ingen hallucinationer eller vrangforestillinger og ingen upassende tale eller sindsstemning, da han for det meste lå sløvt hen. Han sov fint om natten, og hans symptomer på delirium svingede ikke mellem dag og nat, så for de punkter fik han 0 point.

Dejligt at kunne gøre noget

Når en patient har fået konstateret delirium, er der forskellige handlemuligheder, sygeplejerskerne kan benytte sig af for at afhjælpe tilstanden.

"Vi kan skærme patienten eller komme patienten på enestue, hvis det er en mulighed. Eller vi kan sørge for at opretholde en nogenlunde normal døgnrytme. Ro om natten er vigtigt, så hvis patienten ikke kan sove af sig selv, giver vi noget at sove på. Vi sørger også for at holde patienten i gang om dagen, så patienten kommer ud af sengen og ikke ligger og sover hele dagen," forklarer Mia Munk.

Hun fortæller, hvad det betyder for hende som sygeplejerske at bruge skemaet:

"Det er en måde, vi kan bruge vores faglighed på og udtrykke vores observationer. Når vi screener for delirium, fanger vi nogle af de patienter, som vi ellers ikke ville have fanget. Delirium kan man i yderste konsekvens dø af, så det er dejligt at kunne gøre noget for patienterne. Og så er redskabet let at bruge, og det gør, at det bliver brugt."

Mia Munk har været med til at validere ICDSC-skemaet, så hun er en af dem, som de andre sygeplejersker kommer til, hvis de skal læres op.

"Her underviser jeg ved, at vi sidder sammen ved siden af patienten og gennemgår skemaet," fortæller hun. ●

3

GODE RÅD

Implementering tager tid.

Information om redskabet skal være enkel og tydelig.

Inddrag det kliniske personale i implementeringen.

Hvad er ICDSC?

ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) er et screeningsværktøj til at identificere kritisk syge patienter med delirium.

Skemaet består af otte punkter, hvor patienten kan opnå en score på 0 eller 1 point for hvert punkt. En score på 4 eller større betyder, at patienten har delirium.

Skemaet udfyldes én gang for hver vagt.

De otte punkter er:

1. **Ændret bevidsthedsniveau:** Hvor vågen er patienten?
2. **Opmærksomhed:** Kan patienten følge en simpel instruks?
3. **Desorienteret:** Er patienten klar over, hvor han er, og kan han genkende folk?
4. **Hallucinationer eller vrangforestillinger:** Oplever patienten ting, der ikke er der eller er bange for mennesker og ting omkring sig?
5. **Psykomotorisk agitation eller sløvhed:** Er patienten hyper- eller hypoaktiv eller en blanding deraf?
6. **Upassende tale eller sindsstemning:** Siger patienten upassende ting, eller passer deres reaktion ikke til situationen?
7. **Søvn/vågen-cyklus:** Sover patienten mere end fire timer om dagen eller mindre end fire timer om natten?
8. **Svingende symptomer:** Svinger delirium-symptomerne fra vagt til vagt?

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.

Husk patienternes seksualitet

Mange sygdomme og behandlinger medfører seksuelle problemer, som kan påvirke patienternes helingsproces og livskvalitet negativt. Omvendt kan et velfungerende seksualliv øge trivsel og velvære og dermed bidrage til positiv mestring af sygdom og livskriser. Det ved mange patienter dog ikke, da sygeplejersker ofte finder den obligatoriske samtale om patienternes seksualitet svær. Mere viden og mindre blufærdighed er vejen frem, påpeger forsker.



BIRGITTE SCHANTZ LAURSEN. Lektor, cand.cur., ph.d. og specialist i sexologisk rådgivning ved Sexologisk Forskningscenter ved Aalborg Universitet og underviser bl.a. på masteruddannelsen i sexologi ved Klinisk Institut på Aalborg Universitet. Er også ansat på Sexologisk Center på Aalborg Universitetshospital, hvor hun bl.a. rådgiver patienter med seksuelle problemer i længerevarende ambulante forløb. Arbejder desuden ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital. Har gennem årene delt sin viden om sexologi og publiceret artikler i både danske og internationale tidsskrifter og bøger (1).



Tekst
CHRISTINA SOMMER
Journalist



BIRGITTE TINGSKOV ANDERSEN. Sygeplejerske, kontinenssygeplejerske og klinisk vejleder på Urologisk Ambulatorium Sydvestjysk Sygehus Esbjerg. Uddannet sygeplejerske i 1990 og har arbejdet med urologien siden 1991. Først på sengeafdeling fra 1991-1998 og herefter urologisk ambulatorium siden 1998. Master i Sexologi fra Klinisk Institut på Aalborg Universitet i 2017. Har gennem årene mødt mange patienter og pårørende, som gerne vil tale om seksualitet og dysfunktioner, hvis fagpersoner inviterer til samtalen. Har siden januar 2018 rådgivet patienter med seksuelle problemer i Sydvestjysk Sygehus Esbjergs sexologiske klinik.

⌋ Manglende rejsning, tørre slimhinder og smerter ved samleje er bare nogle af de seksuelle problemer, som mange patienter oplever i forbindelse med sygdom og behandling. Og som om det ikke er slemt nok, kan de seksuelle problemer føre til isolation samt skyld og skam, hvilket heller ikke gavner patienternes sygdomsmestring og livskvalitet.

Seksualiteten bliver især påvirket ved sygdomme og indgreb i underlivet og kønsorganerne, men i princippet kan al psykisk og somatisk sygdom, behandling og medicin direkte eller indirekte påvirke patienternes seksualitet. Det fortæller Birgitte Schantz Laursen, lektor, cand.cur., ph.d. og specialist i sexologisk rådgivning fra Sexologisk Forskningscenter ved Aalborg Universitet:

”Selv en glædelig begivenhed som en fødsel påvirker jo forældrenes seksualitet og samvær. Er barnet

VIDSTE DU ...

... at **21 pct.** af alle danske kvinder har haft potentielt udredningskrævende seksuelt funktionsbesvær de seneste fire uger? Andelen stiger med alderen fra 12 pct. blandt de 15-24-årige til 51 pct. blandt kvinder på 75 år og op.

Kilde: 4

f.eks. for tidligt født, kan et langt forløb på neonatal-afdelingen også få store konsekvenser for forældrenes sex- og samliv. Det har de krav på, at vi sygeplejersker som minimum oplyser dem om. At vi opfordrer dem til at passe på hinanden og intimiteten,” siger sygeplejeforskeren, som også er ansat i Sexologisk Center på Aalborg Universitetshospital, hvor hun bl.a. rådgiver patienter med seksuelle problemer i længerevarende ambulante forløb.

Kræver basal viden

Samtaler om patienternes seksualitet er dog langt fra rutine for mange sygeplejersker, hvilket igen kan resultere i, at patienterne aldrig får hjælp til at mestre de seksuelle udfordringer, de kan opleve i forbindelse med sygdom og behandling².

Ifølge en ny analyse beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 1/2020 anerkender flertallet af sygeplejerskerne, at de har ansvar for at tale seksualitet med patienterne. Men over halvdelen synes, at det er svært, og finder også, at emnet generelt er tabu blandt både sygeplejersker og patienter – det såkaldte tovejstabu. Derudover føler fire ud af 10 sygeplejersker sig ikke rustet til at tale med patienterne om deres seksualitet, bl.a. fordi de mangler viden om seksualitetens betydning i forbindelse med sygdom (3).

Birgitte Schantz Laursen har stor forståelse for, at samtaler om patienternes seksualitet kræver et vist niveau af viden, tid og de rette fysiske rammer. Men hun understreger, at den obligatoriske opgave som udgangspunkt bør være overkommelig for alle sygeplejersker, uanset om de er ansat i en kommune, lægekonsultation, på et hospital eller et helt fjerde sted.

”I langt de fleste tilfælde er det ikke sværere end at tale om død eller afføring. Det kræver selvfølgelig, at man har basal viden om seksualitet og ved, hvordan en given sygdom eller behandling kan påvirke patientens seksualitet,” siger hun og tilføjer:

”Langt fra alle sygeplejersker skal være specialister. Det er helt legitimt at sige, at man ikke ved nok om en given problemstilling for så at opsøge informationerne andetsteds og vende tilbage eller henvise patienten videre.”

Indtænk det i alle patientforløb

Det scenarie genkender sygeplejerske Birgitte Tingskov Andersen fra Urologisk Ambulatorium på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg. Med en master i sexologi

er hun den, som kolleger, andre afdelinger og praktiserende læger henviser patienter til, når problemerne med sex- og samliv kræver et specialiseret og ofte længere rådgivnings- og behandlingsforløb.

Birgitte Tingskov Andersen deler opgaven med ambulatoriets afdelingslæge, og rådgivningen finder sted på sygehusets sexologiske klinik, som har åbent en gang om ugen. Hun er meget bevidst om, at hun qua sin masteruddannelse har fået større viden om, hvor grundlæggende og vigtig seksualitet er for de fleste menneskers sundhed og trivsel. Hun har også fået flere redskaber til at hjælpe patienterne bedst muligt på vej og ved, at hun er privilegeret, da patientsamtalerne ofte varer en time og finder sted under fire, helst seks øjne, da hun altid inviterer en eventuel partner med.

Hun opfordrer alligevel alle sygeplejersker til at indtænke patienternes seksualitet i alle patientforløb fra start til slut, da hun ofte møder patienter, som aldrig er blevet oplyst om, at en given sygdom eller behandling f.eks. kan påvirke rejsningsevnen, og derfor har gået med problemet alene alt for længe uden at søge hjælp.

”Det påvirker ikke kun manden fysisk – også psykisk kan det betyde, at han føler skyld og skam og begynder at isolere sig og afvise sin hustru. Det er så vigtigt, at patienterne så tidligt som muligt får hjælp til at mestre eventuelle seksuelle problemstillinger,” siger hun.

Birgitte Schantz Laursen tilføjer:

”For mange patienter kan det være nok og være hjælp til selvhjælp at få at vide, at sygdom, medicin eller behandling kan påvirke deres sexliv: Måske får du et rejsningsproblem, måske ikke. Men gør du, så gå til egen læge eller tal med sygeplejersken, næste gang du kommer til kontrol i ambulatoriet. Mere skal vi ofte ikke fortælle patienterne.”

I denne Dialog har *Fag&Forskning* mødt sygeplejeforsker og specialist i sexologisk rådgivning Birgitte Schantz Laursen og sygeplejerske og master i sexologi Birgitte Tingskov Andersen til en samtale om, hvad seksualitet er, og hvordan sygdom, behandling og medicin kan påvirke patienternes sex- og samliv og livskvalitet.

Læs artiklerne på de følgende sider, bliv klogere på området og få redskaber til, hvordan du kan italesætte patienternes seksualitet på en professionel måde. ●



Seksualitet er mere end samleje

Kort fortalt er seksualitet et bio-psyko-socialt fænomen, der følger alle fra fødsel til død. Et velfungerende sex- og samliv er vigtigt for de fleste menneskers sundhed og trivsel og vice versa.

◻ Som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 1/2020 (3) har Per på 66 haft type 1-diabetes i 60 år og stille og roligt mærket, hvordan den kroniske sygdom påvirker hans krop og seksualitet. Først mistede han evnen til at få rejsning og dernæst også orgasme. Han har dog formået at lytte til sine behov og selv opsøgt professionel hjælp flere gange.

”Sådan en skide sygdom skal ikke slå mig ud. Jeg har stadig lyst til sex. Det er godt for mange ting og tager trykket, og det bekræfter mig i, at jeg er en mand. Jeg har verdens dejligste kone, og vi har et meget aktivt sexliv,” fortæller han.

Pers fortælling afspejler i høj grad det, mange undersøgelser viser: At seksualitet i sin bredeste forstand, dvs. intimitet, nærhed, kærtegn og samleje er vigtigt for, om folk oplever at have et godt liv.

I den nye danske befolkningsundersøgelse Projekt SEXUS angiver 88 pct. af mændene og 73 pct. af

kvinderne således, at det er vigtigt, meget vigtigt, eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv (4). Ifølge Maslows berømte behovspyramide fra 1954 er sex et basalt fysiologisk behov på linje med luft, vand, føde, søvn og varme, mens seksualitet også kan være en integreret del af behov længere oppe i hierarkiet (5) (se Figur 1 side 24). Birgitte Schantz Laursen uddyber:

”Ønsker vi at se det hele menneske og yde helhedssygepleje, er der ingen vej udenom. Patienternes seksualitet er et grundlæggende behov og derfor en del af den grundlæggende sygepleje.”

Projekt SEXUS (4) understreger desuden, at seksualiteten har mange ansigter. For nogle mennesker er nærhed og blide kærtegn det mest seksuelle i verden, mens det for andre giver sommerfugle i maven at eksperimentere og afprøve grænser. Desuden kan ens seksuelle lyster og behov forandre sig fra situation til situation og fra én livsfase til den næste.

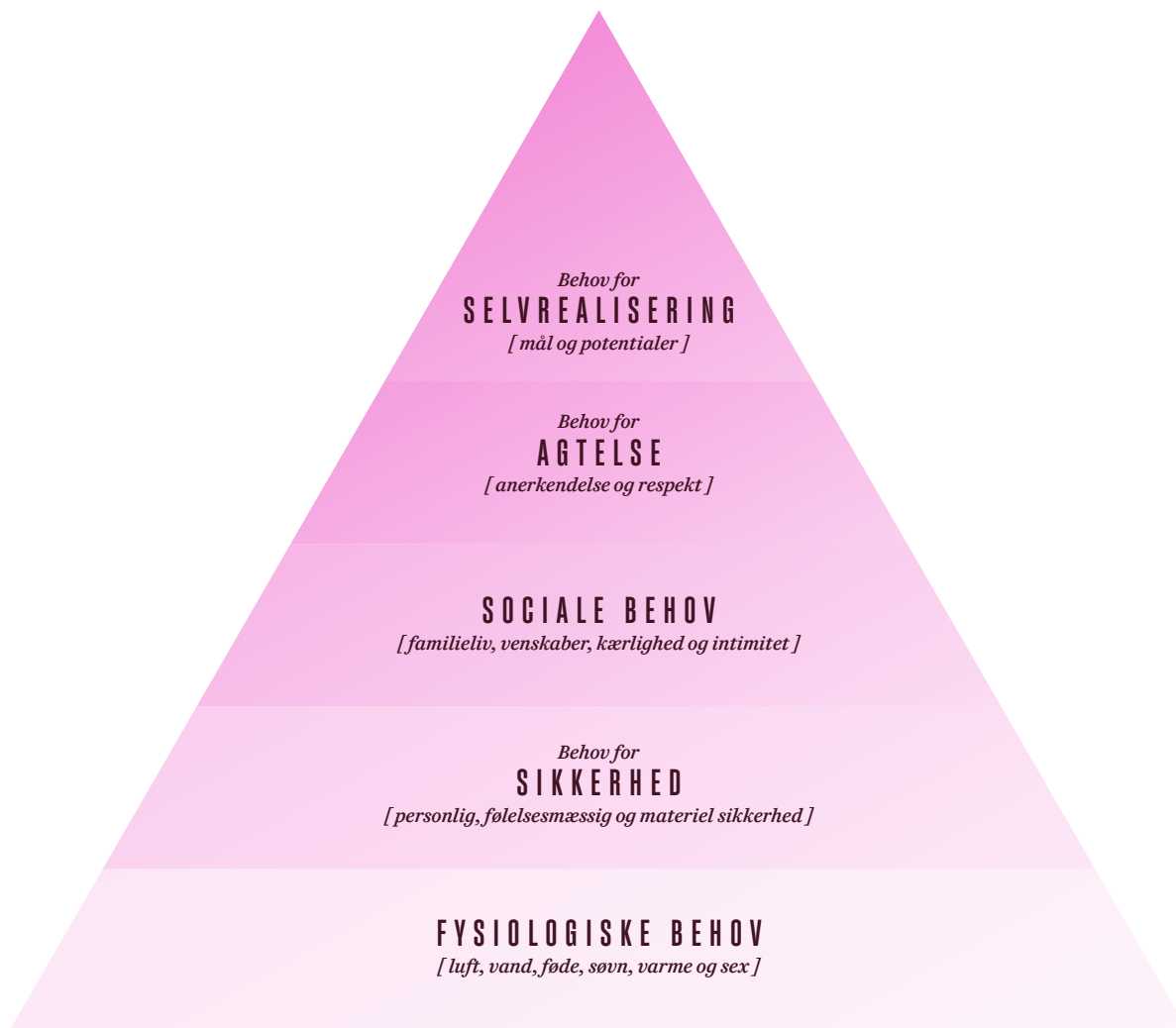
Birgitte Schantz Laursen tilføjer:
”Undersøgelser viser, at et velfungerende seksualliv kan øge trivsel og velvære og dermed også bidrage til positiv mestring af sygdom og livskriser. Både forskning og den kliniske hverdag peger på, at et godt og berigende intimt liv kan udgøre en raskhedsfaktor, som kan gøre det enkelte menneske mere robust over for fysiske og psykiske udfordringer. Og omvendt kan et utilfredsstillende seksualliv

medføre forringet livskvalitet og nedsat sygdomsmestring (se også Figur 2).”

Kram og kys kan meget

I forhold til seksualitet som en såkaldt raskhedsfaktor findes der endnu ikke meget evidens, men Birgitte Schantz Laursen henviser til et italiensk studie af mænd med type 2-diabetes, som ofte eller undertiden havde rejsningsproblemer. Det medførte

[Figur 1] **MASLOWS BEHOVSPYRAMIDE**



Abraham Maslow udviklede i efterkrigstiden et hierarki af menneskelige behov, og han mente, at behovene måtte opfyldes nedefra. Ifølge Maslow er sex et basalt fysiologisk behov, ligesom seksualitet kan være en integreret del af behov længere oppe i hierarkiet.

Kilde: 5 (Bragt med tilladelse fra forfatterne, red.)

[Figur 2]

SAMMENHÆNGE MELLEM SEKSUALITET OG SUNDHED



Eksempler på positive og negative sammenhænge mellem seksualitet og almen sundhed.

Kilde: 2 (Bragt med tilladelse fra forfatterne, red.)

bl.a. sygdomsrelateret stress, dårlig sygdomsaccept og mestringsevne, hvilket igen førte til dårlig metabolisk kontrol. Men da der blev taget hånd om rejsningsproblemerne, faldt den sygdomsrelaterede stress, og mændene accepterede og mestrede deres sygdom bedre, hvilket førte til bedre metabolisk kontrol (6).

I den nye lærebog "Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet" (7) oplistes der også en række for helbredet gavnlige biologiske, psykologiske, sociale og relationelle effekter af seksuel aktivitet (Tabel 1).

Og Birgitte Schantz Laursen refererer desuden til studier (8), som viser, at hormonet oxytocin ikke bare udskilles ved kram, kys og samleje men også, når en mor ammer sit barn. Oxytocin giver en følelse af lykke og velvære og menes derfor at have betydning, når mennesker knytter tætte bånd til hinanden, det såkaldte kærlighedshormon.

"Oxytocin beskrives ofte som et bonding-hormon, der er med til at sikre, at en mor føler sig bundet til barnet. Samme hormon bliver frigivet hos mænd og kvinder ved samleje, nærhed, hudkontakt og berøring. Har man haft samleje eller nærhed, er man

ofte mere overbærende. Små hverdagsskærmydsler fylder ikke så meget, og kan en patient af en eller anden årsag ikke have et fysisk sexliv, er det vigtigt at erstatte det med noget berøring – gå hånd i hånd, danse eller noget helt tredje," siger Birgitte Schantz Laursen.

Det genkender Birgitte Tingskov Andersen fra sin rådgivning i den sexologiske klinik på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg:

"Jeg havde bl.a. et ægtepar midt i 80'erne. De ville så gerne have noget, der lignede et samleje. Som konen sagde: "Jeg tænker, vi har et tættere bånd og en anden samhørighed i dagene efter, det er lykkedes for os." Hun anede intet om hormonet, men beskrev det alligevel så fint."

Den bio-psyko-sociale tilgang

Når talen falder på seksualitet, tænker de fleste måske netop på samleje. Og selv om det som beskrevet ovenfor er et vigtigt element, rummer et menneskes seksualitet både biologiske, psykologiske og sociale elementer, der alle kan rammes ved somatisk eller psykisk sygdom og dermed påvirke

patientens seksualitet negativt (Tabel 2). Og den bio-psyko-sociale tilgang er vigtig at inddrage i arbejdet med patienternes seksualitet, fortæller Birgitte Schantz Laursen (Figur 3):

”Seksualitet er et fænomen, der følger os hele livet fra vugge til grav, og der er en tæt kobling mellem vores seksualitet og identitet. Seksualitet og seksuel sundhed (9) (se også Boks 1) er et samspil

mellem kropslige, emotionelle, relationelle og kulturelle faktorer. Det er vigtigt at have for øje, når man som sygeplejerske arbejder med patienternes seksualitet,” siger hun og uddyber:

”Man skal ikke udelukkende arbejde med et af elementerne, f.eks. en mandlig patients rejsningsproblem, men se patientens seksualitet i en helhed. Alle dimensioner af tilværelsen påvirkes ved sygdom. Selv om en somatisk sygdom tit er biologisk defineret, har den ofte også psykiske og sociale implikationer. Og seksualitet og parforhold bliver næsten altid berørt ved sygdom.”

Det er Birgitte Tingskov meget enig i.

”Jeg rådgiver primært mænd, som kommer for at få løst deres problemer med manglende rejsning. Men spørger jeg deres hustruer, er det faktisk ikke rejsning, de efterlyser. Bare det at ligge i ske om natten, et lille kys i nakken eller en gåtur hånd i hånd er nok for mange af dem. Seksualitet er så meget andet end samleje, og flere hustruer giver verbalt udtryk for, at de alene er med i klinikken for at støtte deres mands ønske om igen at kunne

[Boks 1]

SEKSUEL SUNDHED

Seksuel sundhed er en tilstand, hvor et menneske oplever seksualiteten som en meningsfuld og berigende del af tilværelsen og under givne livsomstændigheder kan realisere sine seksuelle lyster og behov, alene eller i et ligeværdigt samspil med andre.

(Kilde: 9)

[Tabel 1]

MULIGE GAVNLIGE EFFEKTER AF SEKSUEL AKTIVITET

Mulige gavnlige effekter af seksuel aktivitet. Det skal pointeres, at evidensen for de oplistede sammenhænge generelt er under opbygning.

BIOLOGISKE EFFEKTER

- Længere levetid
- Beskyttelse mod hjerte-kar-sygdomme, diabetes og visse kræfttyper
- Symptomlindring ved menstruationsbesvær og endometriose
- Smertelindring
- Bedre søvn
- Udskydelse af seksuelle aldersforandringer.

PSYKOLOGISKE EFFEKTER

- Øget livsglæde, selvværd og trivsel
- Større oplevelse af mening i livet
- Mere positivt kropsbillede
- Stressreduktion
- Mindre depression og angst
- Regulering af aggression, frustration og vrede
- Bedre mestringsevner og behandlingsmotivation ved sygdom.

SOCIALE EFFEKTER

- Styrkelse af parforhold og intimitet
- Øget social deltagelse.

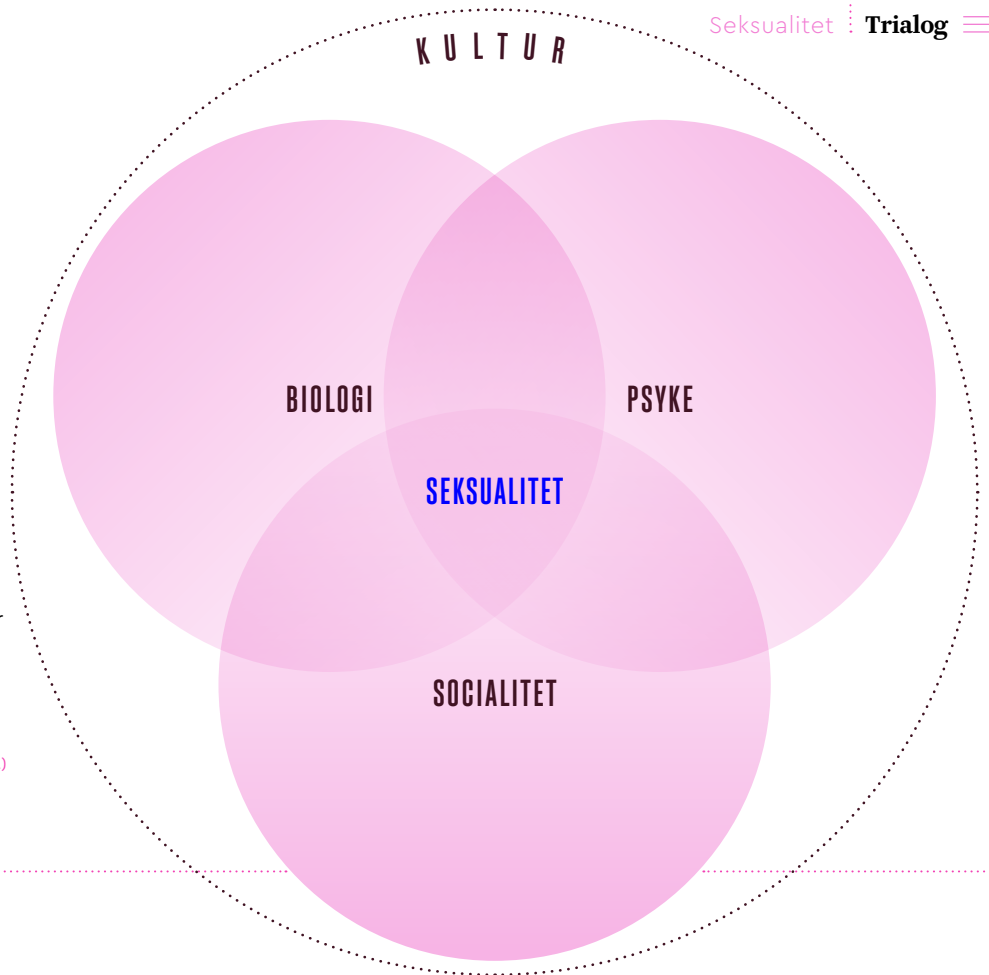
Kilde: 2 (Bragt med tilladelse fra forfatterne, red.)

[Figur 3]

DEN BIO- PSYKO- SOCIALE MODEL

Den bio-psyko-sociale model: Menneskers seksualitet findes i spændingsfeltet, samspillet eller dialektikken mellem biologiske, psykologiske, relationelle og kulturelle kræfter

Kilde: 5
(Bragt med tilladelse fra forfatterne, red.)



[Tabel 2]

FAKTORER AF BETYDNING FOR DEN SEKSUELLE FUNKTION

Biologiske, psykologiske og sociale faktorer af betydning for den seksuelle funktion ved svær eller kronisk sygdom.

BIOLOGISKE FAKTORER

Kropslige forandringer, f.eks. vægttab, ar, hævelser, hårtab, hudfarve og lugt

Træthed, energiløshed

Smerter

Kvalme

Åndenød

Bevægelsesindskrænkninger

Sanseforstyrrelser

Forstyrret seksuel respons

Lægemiddelbivirkninger.

PSYKOLOGISKE FAKTORER

Krise, vrede og frustration

Depression

Frygt for forværring, recidiv og død

Sårbarhed

Nedsat selvværd, følelsen af at være anderledes eller "ulækker"

Skyld, skam og dårlig samvittighed

Forstyrret kropsbillede

Undgåelsesadfærd

Forstyrret maskulinitet/feminitet.

SOCIALE FAKTORER

Udtyndet netværk

Social isolation

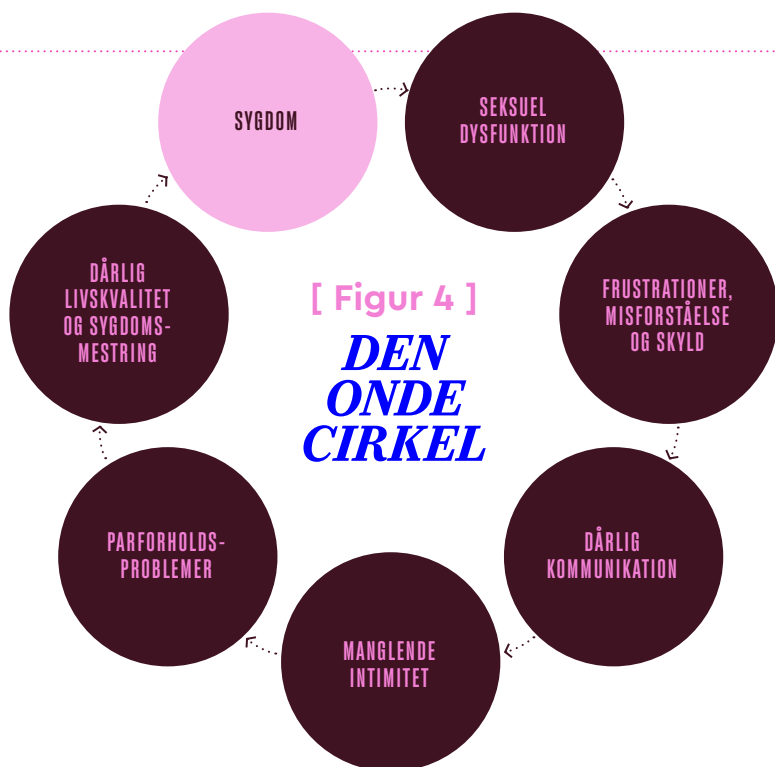
Marginalisering og stigmatisering

Mistet status f.eks. pga. sygemelding, ledighed og pensionering

Relationelle belastninger, f.eks. frygt, utryghed eller manglende viden hos partner, kommunikationsproblemer, ændret rollefordeling og afhængighed

Strukturelle forhindringer, f.eks. manglende viden eller negativ attitude hos sundheds- og plejepersonale.

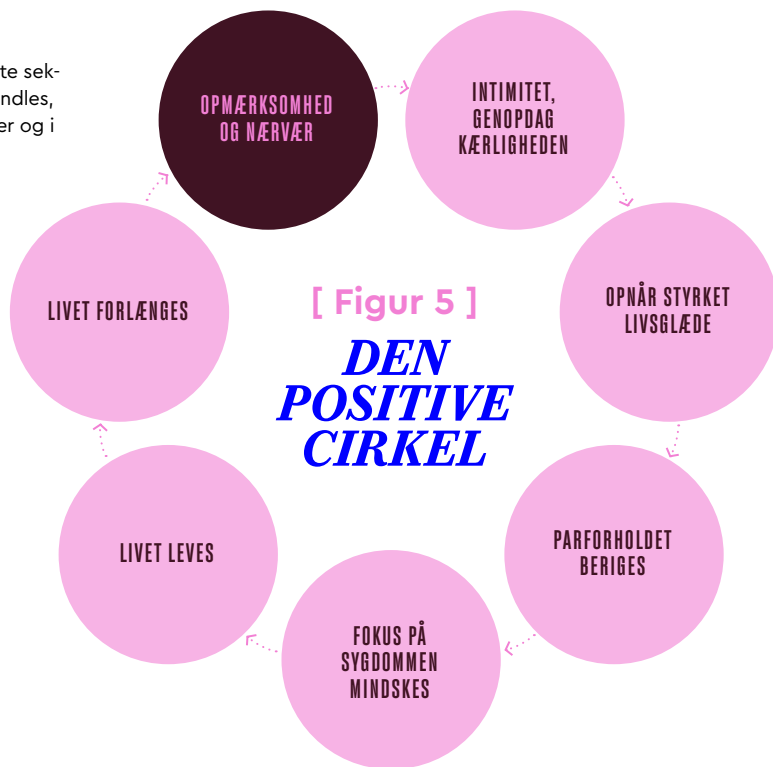
Kilde: 10 (Bragt med tilladelse fra forfatterne, red.)



[Figur 4]
DEN ONDE CIRKEL

En klinisk velkendt ond cirkel, hvor sygdomsudløste seksuelle problemer, som ikke italesættes eller behandles, kan føre til manglende intimitet, samlivsproblemer og i sidste ende dårlig sygdomsmestring.

Kilde: 2 (Bragt med tilladelse fra forfatterne, red.)



[Figur 5]
DEN POSITIVE CIRKEL

Den positive cirkel har Birgitte Schantz Laursen fået af en hustru til en patient med prostatakkræft, som forskeren havde undervist på en patientskole. Dagen efter undervisningen, hvor den onde cirkel blev introduceret (se Figur 4), fik hun en mail med den positive cirkel. Hustruen skrev, at parret havde talt om undervisningen om aftenen. Og da de selv oplevede, at sygdommen havde beriget deres samliv, sexliv og intimitet, syntes de, at det var vigtigt at få det med: Altså hvis man er opmærksom på udfordringerne, kan man faktisk få et berigende og livsbekræftende seksualliv med de begrænsninger, sygdommen nu sætter, fortæller Birgitte Schantz Laursen.

VIDSTE DU ...

... at **27 pct.** af alle danske mænd har haft potentielt udredningskrævende rejsningsbesvær de seneste fire uger? Andelen stiger med alderen fra 9 pct. blandt de 15-24-årige til 70 pct. blandt mænd på 75 år og op.

Kilde: 4

Sådan påvirker sygdom seksualiteten

De fleste sygdomme og behandlinger påvirker patienternes seksualitet direkte eller indirekte i kortere eller længere tid, hvilket kan påvirke sygdomsmestring og livskvalitet negativt.

D Mange patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom vil opleve åndedrætsbesvær i mere eller mindre grad, akkurat som 62-årige Pia Lindqvist, der i *Sygeplejersken* nr. 1/2020 (3) fortalte om, hvordan sygdommen stille og roligt satte en stopper for, at hun havde samleje med sin mand.

Det er bare et eksempel på, hvordan en sygdom kan påvirke en patients seksualitet. I samme kategori er træthed, kvalme, uoplagthed og smerter alle sammen biologiske følger af sygdomme, som indirekte kan være med til at lægge en dæmper på den seksuelle aktivitet, fortæller Birgitte Schantz Laursen og fortsætter:

”Selvfølgelig påvirkes patienternes seksualitet ofte direkte ved sygdom og behandling i underliv og kønsorganer. F.eks. kan en operation for prostatakræft medføre nerveskader, der kan påvirke mænds erektionsevne. Og kvinder, som får fjernet æggestokkene pga. forstadier til kræft, kan efterfølgende opleve nedsat lyst til sex.”

Derudover medfører en lang række sygdomme også psykiske reaktioner som modløshed, angst og mindreværdsfølelser, som jf. den bio-psyko-sociale model kan påvirke både seksualitet og relationer med familie, venner og omverdenen generelt.

”Patienter ser altid deres sygdomssituation som en totalbegivenhed, hvor vi måske er tilbøjelige til at fokusere mere snævert på sygdommen i forhold

HVAD SIGER LOVEN?

Både Sundhedsloven (gældende i sundhedsvæsenet) og Socialloven (gældende i kommuner og regioner) lægger op til, at sygeplejersker og sundhedsprofessionelle skal se på det hele menneske og derved komme omkring de temaer i forebyggelse, sundhedsfremme og behandling, som er relevante for den enkelte borger og patient. Og her kommer seksualiteten også ind.

til vores speciale, f.eks. diabetes. Det påvirker patientens liv på mange fronter: Hverdagen skal planlægges til mindste detalje, og sygdommen får betydning for både parforhold, arbejde og familien,” forklarer Birgitte Schantz Laursen og giver et andet eksempel:

”Tænk på en kvinde, som har fået fjernet sit ene bryst. Hun ændrer måske tøjstil og stopper med at gå i svømmehallen. Det at blive syg eller overleve en sygdom påvirker så mange ting, og her taler vi ikke kun kræft og katastrofer. Patienter med psoriasis, hvor huden skæller, og det kan gøre ondt. Eller patienter i dialyse, som ofte oplever, at de lugter efter nogle dage. Det påvirker også deres seksualitet. Mange sygdomme griber voldsomt ind i patienternes liv.”

Mange problemer går igen

I et af kapitlerne i den over 1.000 sider lange nye lærebog ”Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet” (7) gennemgår Birgitte Schantz Laursen sammen sin kollega på Sexologisk Center på Aalborg Universitetshospital, overlæge Astrid Højgaard, en række hyppige somatiske lidelser og deres typiske seksuelle

og relationelle konsekvenser ud fra den bio-psyko-sociale tilgang (10).

De kigger bl.a. nærmere på kræft, diabetes, hjerte-kar-sygdomme, muskel- og ledsygdomme samt gynækologiske sygdomme, lunge- og nyresygdomme, hudsygdomme og kroniske smerter.

HVAD MED SINGLERNE?

Et aktivt sexliv som single er også vigtigt for at have et godt liv (2). Så selvom patienten er enke(-mand), fraskilt eller på anden måde alene, er det også her vigtigt at have fokus på de seksuelle problemstillinger, en given sygdom eller behandling kan have.

”Med årene vil patienter med f.eks. diabetes ofte få problemer med både rejnsning og orgasme pga. nerveskader. Og her kan en vibrator hjælpe både enlige mænd og kvinder til at få et godt sexliv med sig selv,” siger Birgitte Schantz Laursen.

[Tabel 3]

PROBLEMER AF SEKSUEL RELEVANS VED KRÆFTSYGDOMME

Hyppige problemer af seksuel relevans ved kræftsygdomme

BIOLOGISKE ASPEKTER

- Rejnings/lubrikationsbesvær
- Manglende mulighed for sædvanlige seksuelle praktikker
- Forstyrret udløsning/orgasme
- Forstyrret hudsensibilitet
- Tørre slimhinder/samlejesmerter
- Beskadigede eller amputerede kønsorganer/bryster
- Smerter
- Nedsat fertilitet

PSYKOLOGISKE ASPEKTER

- Manglende seksuel lyst og motivation
- Krise, tristhed, depression
- Forstyrret maskulinitets-/feminitetsfølelse
- Body image disorder

SOCIALE ASPEKTER

- Relationelle konflikter
- Undgåelsesadfærd
- Social marginalisering
- Ensomhed

Kilde: 10 (Bragt med tilladelse fra forfatterne, red.)

Og selvom konsekvenserne af de forskellige sygdomme varierer, går mange af dem igen. For mænd er de typiske problemer rejsningsbesvær, forstyrret udløsning/orgasme, smerter, manglende lyst, forstyrret maskulinitetsfølelse, relationelle konflikter og ensomhed. Og kvinder kan opleve lubrikationsbesvær, manglende orgasme, tørre slimhinder, smerter, manglende lyst, forstyrret femininitetsfølelse og også relationelle konflikter og ensomhed (se også Tabel 3). Birgitte Schantz Laursen uddyber:

”Problemerne afhænger selvfølgelig af sygdommen, og man skal være opmærksom på, at en del af problemerne også kan opstå som led i naturlige aldersforandringer. Vores seksualitet - både lyst, evner og behov - ændres også med alderen. Men omvendt kan alvorlig eller kronisk sygdom fremkalde eller forværre seksuelle eller relationelle problemer, som fandtes før sygdom.”

Hun understreger dog endnu en gang, at en velfungerende seksualitet er vigtig for mange mennesker uanset alder (4). Og også, at seksualiteten kan påvirkes af sygdom og behandling uanset patientens alder. Forskning viser f.eks., at unge med kræft har bekymringer og spekulationer om sex, følelser, kærester, familieliv og reproduktion, men at sådanne emner kun sjældent tages op af behandlere (2).

Og Birgitte Tingskov Andersen er også blevet overrasket over, hvor mange unge mænd, som bliver henvist til rådgivning hos hende i den sexologiske klinik på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, pga. stress:

”Når man er presset, frigives der adrenalin, som kan dæmpe niveauet af testosteron. Det kan give mindre lyst hos både mænd og kvinder og påvirke rejsningsevnen hos mænd. Mange bliver henvist til mig, fordi de ikke kan få rejsning. Og det kan hurtigt ende i en ond cirkel med skyld, skam og præstationsangst over for eventuelle kærester, hvilket ikke hjælper, men tværtimod gør problemet endnu større.”

Bivirkninger fra medicin

”Behandling”, som kan påvirke patienternes seksualitet, dækker over både operative indgreb og medicin. Medicinske bivirkninger opdeles også i direkte (f.eks. påvirkning af hudsensibilitet, sexlyst, rejsnings- og lubrikationsevne og orgasme) og indirekte (f.eks. vægtøgning, træthed og kvalme) (10) bivirkninger, fortæller Birgitte Schantz Laursen:

”Meget medicin påvirker seksualiteten, noget kan endda medføre hyperseksualitet. En del hjerte-kar-medicin kan medføre nedsat sexlyst og problemer med rejsning, lubrikation, orgasme og ejakulation. Det samme kan en del blodtryksænkende præparater. Og så er der hele psykofarmaka-området, især de såkaldte SSRI-præparater (Selective Serotonin Reup-



take Inhibitor, red.), som udskrives i forbindelse med depression,” uddyber Birgitte Schantz Laursen og henviser til en mere detaljeret beskrivelse af en lang række medicinbivirkninger i bogen ”Krop, Sygdom og Seksualitet” (11).

Det er selvfølgelig også vigtigt, at den udskrivende læge informerer patienten om den pågældende medicins eventuelle seksuelle bivirkninger. Men det skal sygeplejersker også uanset, hvor de er ansat, siger sygeplejeforskeren:

”Alle sygeplejersker skal som minimum kende de sexologiske bivirkninger af de sygdomme eller kirurgiske og medicinske behandlinger, som patienten, de møder, har modtaget. Og de skal huske at informere patienterne om dem.”

Birgitte Tingskov Andersen tilføjer:

”Mange af de patienter, jeg rådgiver, har ikke fået noget at vide. Derfor sætter jeg mig også altid ind i patientens præparater før en konsultation. Får de præparater, jeg ved, påvirker sexlivet negativt, råder jeg dem til at tale med deres læge om at skifte præparat, hvis det er muligt,” fortæller hun og fortsætter:

”Og så er der hele emnet om compliance. Jeg har siddet over for psykiatriske patienter, som har rendt deres læger på døren for at få medicin, der ikke går ud over deres potens. Det gider de ikke. Hvis vi overhører eller negligerer denne patientgruppe, risikerer vi, at de helt dropper deres medicin. Der er tale om en patientgruppe, som kan være nok så velmedicineret på deres aktuelle behandling, men som risikerer tilbagefald ved en eventuel selv-seponering.”

Birgitte Schantz Laursen er enig og tilføjer:

”Jeg kan møde kolleger, som mener, at patienternes seksuelle problemer er luksusproblemer, vi ikke skal tage os af i det offentlige sundhedsvæsen. Det, selv om det ofte er os, der påfører dem de sexologiske bivirkninger. Vi skal tage os af alle bivirkningerne, også de seksuelle, og jeg tænker, at kolleger, der siger andet, er blufærdige og mangler redskaber og viden.” ●

Bryd tabuet med den hverdagssexologiske samtale

Der er ofte vigtige sundheds- og trivselsgevinster at hente, når sygeplejersker indtænker seksualiteten i forskellige faser af patientforløbene.

[Boks 4]

SYGEPLEJERSKER SKAL TAGE STILLING

Ifølge Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" skal det som "minimum fremgå af journalføringen om den sygefaglige pleje og behandling, at der er taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for følgende 12 sygeplejefaglige problemområder."

Punkt 8 lyder: Seksualitet, f.eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler.

Hvis området ikke er aktuelt for patienten, skal det også fremgå af journalen. Aktuelle problemområder skal beskrives nærmere "i relevant omfang med hensyn til de identificerede og bedømte behov og problemer, planlægning, udført pleje og behandling og opnåede resultater."

Uanset om du som sygeplejerske er ansat på et hospital, i en kommune, på et plejecenter, i almen praksis eller et helt femte sted, skorter det ikke på møder med patienterne.

Derfor er der rig mulighed for at tage patienternes seksualitet op minimum én gang i forløbet og dermed bryde det såkaldte tovejstabu, hvor patienten ofte fortier seksuelle emner, fordi den sundhedsprofessionelle virker uinteressert, mens

den sundhedsprofessionelle fortier emnet, fordi patienten virker uinteresseret (10).

Sygeplejersker skal først og fremmest tage emnet op, fordi det som beskrevet i artiklen "Husk patienternes seksualitet" side 20 er en del af den grundlæggende sygepleje. Og jf. Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" (se Boks 4) har sygeplejersker pligt til at tage stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer med seksualiteten.

Derudover kan samtalerne afhjælpe eller mindske seksuelle problemer, hvilket igen kan styrke patientens livsmotivation og mestringssevner, fortæller Birgitte Schantz Laursen.

"Tag f.eks. patienter med kroniske sygdomme. Her kan der være vigtige sundheds- og trivselsgevinster

forbundet med at indtænke seksualiteten i alle faser af sygdommen, lige fra diagnosefasen over behandlings- og konsolideringsfasen til rehabiliteringsfasen. Ja, selv i den terminale fase kan et velfungerende intimt liv forbedre patientens livskvalitet (10)," siger hun og uddyber:

"Her er det fysiske sexliv parkeret. Nærhed og intimitet er det vigtigste. Jeg har lige hørt om et hospital, der har fået dobbeltsenge, netop så patienten kan ligge tæt med sin partner."

Vær professionel og personlig

Nogle tidspunkter og fysiske rammer egner sig naturligvis bedre til at spørge ind til patienternes seksualitet end andre. Og Birgitte Schantz Laursen

[Boks 5]

De TRE P'er

Agerer du Professionelt, Personligt eller Privat? De såkaldte tre P'er er vigtige at være opmærksomme på i ethvert patientmøde, også når samtalen handler om seksualitet. Som udgangspunkt skal sygeplejersker og andre fagpersoner aldrig bringe det private område i spil, fortæller Birgitte Schantz Laursen.

"Det er uprofessionelt. Man bliver let sårbar og usaglig og risikerer at blive blufærdig. Det professionelle og personlige bør altid være omdrejningspunktet i det relationelle arbejde. Selv om patienten påvirker sygeplejerskens private sfære, skal der ikke noget tilbage til patienten herfra.

P ROFESSIONEL

Grundlag

- Faglighed

Viden/Indsigt

- Reflekterede erfaringer
- Teoretisk viden

Handlingspræg

- Analyser
- Metoder
- Evaluering
- Objektivitet

Samarbejde

- Faglighed
- Tværfaglighed

Behov

- Andres behov

P ERSONLIG

Grundlag

- Saglighed

Viden/Indsigt

- Bearbejdede erfaringer
- Selvindsigt

Handlingspræg

- Intuition, situationsbestemmelse
- Empati
- Personprofil
- Personlige kompetencer

Samarbejde

- Samarbejdsvilje

Behov

- Andres/egne behov

P RIVAT

Grundlag

- Usaglighed

Viden/Indsigt

- Egne erfaringer, mere eller mindre ubearbejdede

Handlingspræg

- Følelser
- Tilfældigheder
- Egenrådighed
- Personlige holdninger
- Subjektivitet

Samarbejde

- Kæphesterytter

Behov

- Egne behov

[Boks 6]

PLISSIT- OG EX-PLISSIT- MODELLEN

Begge modeller bygger på de fire lag:

- 1. Permission (tilladelse):** Den sundhedsprofessionelle tilkendegiver, at det er trygt og tilladt at tale om seksuelle situationer.
- 2. Limited Information (begrænset oplysning):** Den sundhedsprofessionelle giver faktuelle oplysninger om f.eks. seksuelle bivirkninger af medicin eller behandling.
- 3. Specific Suggestions (konkrete forslag):** Den sundhedsprofessionelle kommer med forslag, som kan hjælpe patienten til at håndtere specifikke seksuelle problemer, f.eks. tørhed i skeden eller rejsningsproblemer.
- 4. Intensive Therapy (samtaletterapi):** Tilbydes patienter med langvarige eller komplekse seksuelle problemer, evt. suppleret med f.eks. urologisk eller gynækologisk behandling. Behandleren skal have specialuddannelse.

PLISSIT-modellen er udviklet i 1970'erne, hvor der var mindre vægt på patientens kompetencer og evne til selvforvaltning end i dag. I 2007 blev modellen videreudviklet til Ex-PLISSIT-modellen, hvor de sundhedsprofessionelle, uanset om de arbejder inden for lag 2, 3 eller 4, hele tiden skal vende tilbage til Permission (Tilladelse) for derved at aktivere og ansvarliggøre patienten (3,12) (Bragt med tilladelse fra forfatterne, red.)

PLISSIT-modellen er beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 6, 2007 og nr. 9, 2014. Derudover har *Sygeplejersken* i 2014 offentliggjort en video på YouTube om PLISSIT-modellens fire lag. Søg på "Sygeplejersken PLISSIT" på YouTube eller følg linket: youtu.be/BEYcvhZ7fXY

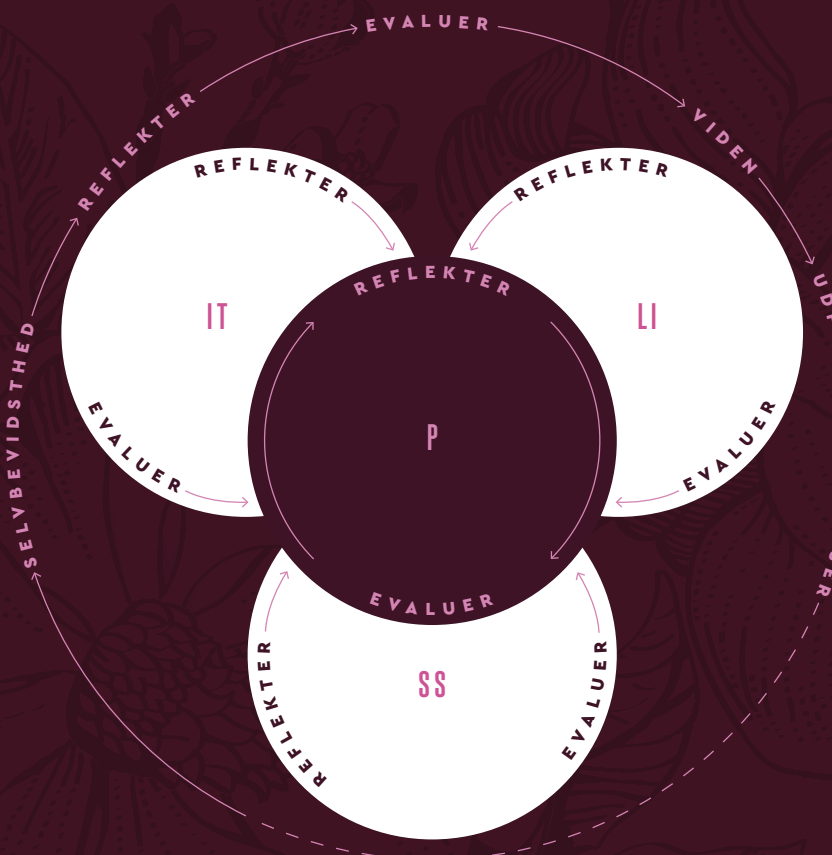


P: PERMISSION
[Tilladelse]

LI: LIMITED INFORMATION
[Begrænset oplysning]

SS: SPECIFIC SUGGESTIONS
[Konkrete forslag]

IT: INTENSIVE THERAPY
[Samtaletterapi]



VIDSTE DU ...

... at **92 pct.** af den danske befolkning finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at kysse? Blandt de 15-24-årige gælder det 98 pct., mens andelen falder til 82 pct. blandt danskere på 75 år og op.

Kilde: 4

har forståelse for, at emnet kan være svært at tale om, hvis de sygeplejefaglige optegnelser foregår på en firesengsstue. Men, som hun siger, bør det ikke være sværere at berøre og spørge ind til, end det er i forhold til psykosociale forhold eller områder som inkontinens, obstipation eller diarre:

”Står man i en situation, hvor det gælder liv eller død, er det ikke her, emnet skal tages op. Men er man med, når en patient får en diagnose, bliver sat i behandling, kommer til opfølgning i ambulatoriet eller til kontrol i en lægepraksis, er det naturligt at informere om bivirkninger eller langsigtede bivirkninger også i forhold til seksualitet,” siger hun og understreger, at læger også har et stort ansvar her.

For at løfte opgaven skal sygeplejersker som minimum sætte sig ind i de konkrete seksuelle problemstillinger og bivirkninger, der kan opstå i forbindelse med det speciale, de arbejder inden for, eller den sygdom som de plejer eller behandler en given patient for.

”Har man ikke basal viden, risikerer man spørgsmål, man ikke kan svare professionelt på, og så er man tilbøjelig til at søge svar i sin egen seksualitet. Her bevæger man sig over i det, jeg kalder det private, og det er ikke holdbart (se Boks 5). Man bliver let sårbar og usaglig og risikerer at blive blufærdig,

og patienten kan ikke bruge andres erfaringer og oplevelser,” siger sygeplejeforskeren og tilføjer:

”Sygeplejersker kan deres anatomi og fysiologi. De skal kende de mest almindelige bivirkninger, også de seksuelle.

Det forventes ikke, at de skal kunne fortælle, hvad vi så kan gøre ved problemerne.

Flertallet skal primært bevæge sig rundt i PLISSIT-modellen to øverste lag,” siger hun med reference til en af de mest udbredte modeller, der kan hjælpe sundhedsprofessionelle med at systematisere og inddrage patienterne i samtalen om seksualitet (se Boks 6)(12).

Birgitte Tingskov Andersen tilføjer:

”Når vi i sundhedsvæsenet foreslår en given behandling – det kan være operation, sprøjte- eller strålebehandling – skal vi jo give patienterne alle informationer, så de kan tage et reelt, oplyst og kvalificeret valg. En sjælden gang imellem har vi patienter, som vælger en behandling fra, fordi de hører, at det kan gå ud over potensen. Det kan være en ældre mand, der har et godt sexliv. Det er en stor og alvorlig beslutning, og det er derfor enormt vigtigt,

[Boks 7]

HENVISNINGSMULIGHEDER

I dag er det muligt at henvise patienter til de to sexologiske centre på henholdsvis Rigshospitalet og Aalborg Universitetshospital. Derudover har mange sygehuse sexologiske klinikker, som er knyttet til de enkelte specialer, men som ofte også tager patienter fra andre specialer. På Dansk Forening for Klinisk Sexologis hjemmeside er der en liste over autoriserede behandlere, som man kan henvise til. Nogle af dem har privat praksis, hvor patienten selv skal betale, dette skal man huske at oplyse patienterne om. Det er også her, man kan læse mere om de uddannelser i sexologi, som Dansk Forening for Klinisk Sexologi udbyder.

Læs mere på www.klinisksexologi.dk → "Find-behandler" og → "Uddannelser"

TEST DIG SELV

1. Hvorfor er patienternes seksualitet en del af den grundlæggende sygepleje?
2. Hvem har ansvar for at tage initiativ til at tale seksualitet med patienten?
3. Hvad står bogstaverne PLISSIT for i modellen af samme navn?
4. Skal alle sygeplejersker mestre PLISSIT-modellens 3. og 4. lag?
5. Hvad beskriver den bio-psyko-sociale model?
6. Nævn tre seksuelle problemer, som kan skyldes sygdom og behandling hos hhv. mænd og kvinder?
7. Nævn mindst to grunde til, at et velfungerende sex- og samliv styrker patienternes sygdomsmestring og livskvalitet.

Læs svar på side 37.

10

GODE RÅD

10 gode råd, når der skal tales seksuelle muligheder og problemer med den kronisk syge patient og eventuelle partner:

- 1** Inviter til dialog om seksualitet og intimitet. Tag aldrig for givet, at patienten er ligeglad med sex og fysisk aktivitet.
- 2** Vær åben, nysgerrig og konstruktiv. Fokuser på muligheder frem for begrænsninger.
- 3** Vær direkte konkret, pak ikke tingene unødigt ind. Spørg ind, hvis du er i tvivl.
- 4** Afdæk patientens ønsker. Tal åbent om barrierer for privatliv og intimitet.
- 5** Vær generaliserende og brug formuleringer som "Jeg ved fra andre patienter med din sygdom, at kærtegn og fysisk nærhed er vigtigt, men svært. Er det noget, du/I har lyst til at tale om?"
- 6** Undgå at overfokusere på det genitale. Gå fra mindre følsomme emner (f.eks. kærtegn og nærhed) til mere følsomme emner (f.eks. samleje).
- 7** Undgå moraliseren, bedrevenhed og normativitet. Tag ikke for givet, at patienten er heteroseksuel eller har konventionelle erotiske interesser.
- 8** Giv plads til at lade patienten fortælle. Foreslå, at eventuel partner medinddrages.
- 9** Respektér patientens grænser og sprog. Gør opmærksom på, at han/hun altid kan vende tilbage til emnet, hvis patienten pt. ikke ønsker at diskutere det aktuelt.
- 10** Respektér egne grænser og begrænsninger. Brug dine kolleger. Kend relevante henvisningssteder.

Kilde: 10

at han er grundigt informeret om, hvad han vælger til og ikke mindst fra," siger hun og fortsætter:

"Omvendt møder jeg nogle gange patienter, som efterfølgende siger, at de ville have valgt behandlingen fra, hvis de havde vidst, at de blev impotente. Det kan godt ske, at jeg personligt ville vælge behandling, men den holdning skal jeg jo ikke belemre patienterne med."

Hverdagssexologisk rådgivning

Langt flertallet af sygeplejerskerne skal altså ikke vide alt om, hvordan patienterne kan få et bedre sex- og samliv. Det vil ofte kræve specialistviden, som den Birgitte Tingskov Andersen har erhvervet sig på masteruddannelsen i sexologi ved Aalborg Universitet, lige som Dansk Forening for Klinisk Sexologi f.eks. også har uddannelser, der giver sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle mulighed for at opdatere deres viden og sygdom



[Boks 8]

DEN HVERDAGS-SEXOLOGISKE SAMTALE

Som hovedregel er det fagpersonen, der tager initiativet til samtalen om sex. På den måde signalerer man, at det er i orden at tale om samt, at man tager emnet alvorligt. Den hverdagssexologiske samtale kan med fordel indeholde:

PSYKOEDUKATION, hvor formålet er at undervise patienten, så han/hun får forståelse for, hvorfor og hvordan den seksuelle dysfunktion er opstået, og hvordan den påvirker seksualiteten.

ORIENTERING OM BIVIRKNINGER til sygdom og behandling (medicinsk eller kirurgisk).

KRAM: orientere om KRAM-faktorens indflydelse på seksualiteten. Der er evidens for, at overvægt, inaktivitet, rygning og et for stort alkoholforbrug har en negativ påvirkning på seksualiteten.

FORTÆLLE PATIENTEN, at han/hun ikke er alene med problemet, da seksualitet og det at have seksuelle dysfunktioner ofte er tabuiseret. Patienten skal vide, at det er en kendt bivirkning, han/hun oplever.

HJÆLP TIL SELVHJÆLP: Det er vigtigt at give patienten redskaber til, hvad han/hun selv kan gøre og dermed selv tage ejerskab og ansvar.

Kilde: Birgitte Schantz Laursen

SEKSUALITET OG PSYKISK SYGDOM

og seksualitet (se Boks 7). Og nogle gange skal der ligefrem terapeuter med ind over et patientforløb.

Men flertallet af sygeplejerskerne skal ifølge Birgitte Schantz Laursen kunne varetage ”hverdagssexologisk” rådgivning og behandling (se Boks 8) og derudover kende til eksisterende behandlingstilbud og henvisningsmuligheder (se Boks 7).

”Den hverdagssexologiske samtale skal handle om, hvordan en given sygdom kan påvirke patienten bio-psyko-socialt på et basalt niveau. En mandlig patient, som lige har fået konstateret diabetes, skal f.eks. have at vide, at der er evidens for, at sukkersyge i så og så mange år kan medføre seksuelle problemer for mange. Herved tilkendegiver vi, at det er trygt og tilladt at tale om seksuelle problemer. Det er første lag i PLISSIT-modellen,” siger hun (se også Boks 6 side 34) ●

Omkring hver tredje dansker får i løbet af livet en let eller svær psykisk lidelse, det kan være depression, angst og stress. Psykiske lidelser vil ofte gøre det vanskeligt at fungere i intime relationer, og psykisk syge kan desuden være belastet af seksuelle bivirkninger i forbindelse med medicinsk behandling. Psykisk sygdom og seksuelle problemer kan desuden påvirke både livskvalitet og sygdomsmestring negativt i betydelig grad. Også dette emne er der afsat et kapitel til i den nye lærebog ”Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet”¹³.

Her kan man bl.a. læse, at seksualiteten hos mennesker med psykiske udfordringer også skal anskues ud fra den bio-psyko-sociale synsvinkel. F.eks. kan en lang række biologiske mekanismer som forskydning i hjernens neurotransmittersystemer påvirke mænds rejsningsevne, mens behandling med psykofarmaka kan hæmme sexlysten, ophidselsen og orgasmen. I forhold til psykologiske og sociale mekanismer, der kan påvirke psykisk syges seksualitet, nævnes hhv. følelser af usikkerhed og nedsat selvværd og kulturel marginalisering, isolation og ensomhed.

Og forfatteren pointerer også, at seksuelle problemer og dysfunktioner i sig selv kan føre til psykiske lidelser. F.eks. har mænd, som udvikler rejsningsbesvær, øget risiko for også at udvikle depression. Og omvendt kan aktiv behandling af rejsningsproblemer føre til bedring af den depressive tilstand.

Kilde: 13

SVAR PÅ TEST

1. Patienternes seksualitet er et grundlæggende behov og derfor en del af den grundlæggende sygepleje. Ifølge ”Vejledning i sygeplejefaglige optegnelser” (se Retsinformation) skal sygeplejersker tage stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for 12 sygeplejefaglige problemområder med seksualitet som punkt 8. Derudover har alle fagpersoner inklusive sygeplejersker pligt til at tage sig af alle de bivirkninger, sygdom og/eller behandling kan medføre – inklusive de sexologiske. 2. En fagperson, f.eks. en sygeplejerske. 3. Permission, Limited Information, Specifik Suggestions, Intensive Therapy. 4. Svar: Nej, de skal primært arbejde inden for modellens 1. og 2. lag. 5. At et menneskes seksualitet opstår i et samspil mellem og påvirkes af en lang række biologiske, psykologiske og sociale faktorer. 6. Mænd: Rejsningsbesvær, forstyrret udløsning og manglende lyst. Kvinder: Tørre slimhinder, smerter ved samleje, manglende lyst. 7. Det kan bl.a. sikre en bedre søvn og lindre symptomer ved menstruationsbesvær og endometriose. Derudover kan det øge patientens livsglæde, selvværd og trivsel og reducere stress, depression og angst. Det kan også styrke parforholdet, så man står sammen mod sygdommen og ikke havner i en ond cirkel (se Figur 4).

Referencer

1. For oversigt over Birgitte Schantz Laursens publikationer: Gå ind på Aalborg Universitets hjemmeside www.aau.dk -> Forskning -> Personer -> Skriv ”Birgitte Schantz Laursen” i søgefeltet -> Publikationer 2. Graugaard C, Giraldi A. Sundhed, sygdom og seksualitet – et overblik. I: Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet. (Graugaard C., Giraldi, A., Møhl, B. red.). 1. udg. København: Munksgaard. 2019: 409-427. 3. Sommer C. Sygeplejersker har svært ved at tale om sex. Sygeplejersken 01.2020. 4. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB og Graugaard C. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018. 28. oktober 2019. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet, 2019. Find rapporten på www.projektsexus.dk 5. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Hvad er seksualitet og seksuel trivsel? I: Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet. (Graugaard C., Giraldi, A., Møhl, B. red.). 1. udg. København: Munksgaard. 2019: 39-61 6. De Berardis G, Franciosi M, Belfiglio M, m.fl. Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: A serious problem too often overlooked. Diabetes Care 2002;25: 284-91. 7. Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet. Graugaard C, Møhl B, Hertoft P red. 1. udg. 1. oplag. København: Munksgaard. 2019. 8. Khajehi M, Behroozpour E. Endorphins, oxytocin, sexuality and romantic relationships: An understudied area. World J Obstet Gynecol 2018; 7(2): 17-23 9. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet og Sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2015:1-43 10. Laursen BS, Højgaard AD. Seksualitet og somatisk sygdom. I: Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet. (Graugaard C., Giraldi, A., Møhl, B. red.). 1. udg. København: Munksgaard. 2019: 429-459 11. PO Lundberg. Lægemidler og seksualitet. I: Krop, sygdom og seksualitet (Graugaard C, Møhl B, Hertoft P red.). Gyldendal 2006: 37-57. 12. Møhl B, Giraldi A, Graugaard C. At arbejde klinisk sexologisk. I: Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet. (Graugaard C., Giraldi, A., Møhl, B. red.). 1. udg. København: Munksgaard. 2019: 687-709. 13. Kristensen E. Seksualitet og psykisk sygdom. I: Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet. (Graugaard C., Giraldi, A., Møhl, B. red.). 1. udg. København: Munksgaard. 2019: 501-525.

Tre måder at være pårørende på

Pårørende. Når klinisk personale anerkender pårørendes forskellige positioner under rehabiliteringsprocessen, bliver det nemmere at forstå og støtte de pårørende og tilgodese deres behov.



Guldager R, Willis K, Larsen K, Poulsen I.

Relatives' strategies in subacute brain injury rehabilitation: The warrior, the observer and the hesitant.

J Clin Nurs. 2019 Jan;28(1-2):289-299. doi: 10.1111/jocn.14598.

Introduktion: Involvering af pårørende er afgørende i rehabilitering af patienter med kognitiv og funktionel dysfunktion. Undersøgelser har imidlertid vist, at dette er komplekst på grund af forskellige forståelser af betydningen af involvering såvel som forskellige behov hos dem, der skal involveres. Formålet med denne undersøgelse var, gennem en teoretisk-empirisk analyse, at identificere pårørendes strategier og praksis i rehabiliteringsprocessen, som det fremgår i møder med de professionelle.

Metode: Med udgangspunkt i den franske sociolog og antropolog Pierre Bourdieus teori anvendte forskerne en kvalitativ tilgang. Data blev genereret ved hjælp af deltagerobservation af interdisciplinære møder (ved indlæggelsen og hver 3. uge indtil udskrivelse) og efterfølgende semistrukturerede individuelle interview med de pårørende. Deltagerne var 11 pårørende til 9 patienter med en alvorlig traumatisk hjerneskade, som modtog specialiseret rehabilitering på en subakut afdeling på et dansk hospital. Patienterne var indlagt fra 9 til 12 uger.

Resultater: Med udgangspunkt i Bourdieus teori om strategi blev der identificeret tre pårørendepositioner: krigeren (proaktiv og engageret i beslutningstagning), observatøren (samarbejdende og villig til at gøre, hvad der af de professionelle beskrives som bedst for patienten) og den tøvende (usikker på sin rolle og reaktiv i beslutningsprocessen). Disse positioner illustrerer, hvordan pårørende indtager forskellige positioner, og hvordan de dertil knyttede dispositioner påvirker de strategier, de bruger. Det

fremgår, hvordan de fysisk og verbalt handler, deltager i og forholder sig til både patienten og de professionelle i løbet af rehabiliteringen.

Diskussion: Behovet for individuel tilpasning af information og støtte til pårørende er ikke nyt, og det er beskrevet i andre kontekster med lidt andre typologier. Men netop i rehabiliteringen af patienter med alvorlig traumatisk hjerneskade er inddragelsen af pårørende ekstra vigtig, og hvis de professionelle ikke ser de særlige behov, pårørende har, risikerer patienten et ringere udbytte af rehabiliteringen.

Konsekvenser for praksis: Resultaterne kan guide klinikere til, hvordan de møder, interagerer med, kommunikerer med og involverer pårørende til voksne patienter med traumatisk hjerneskade i beslutningstagningen under rehabilitering. Klinikerne foreslog selv at anvende resultaterne i oplæring/undervisning af personale inden møder med pårørende.

Kommentar: Kun én patient var kvinde, og tre af de pårørende var mænd. Det kunne være interessant, om forfatterne havde forholdt sig til en evt. differentiering i strategierne blandt hhv. mænd og kvinder som pårørende. ●

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



SAMMEN SKABER VI LANDSKURSER & TEMADAGE, DER INVOLVERER OG INSPIRERER!

- Lad os hjælpe jer med at sammensætte et program, som giver deltagerne både leg, inspiration og ny energi, til jeres næste landskursus eller temadag.
- Mulighederne er der til at gøre næsten hvad som helst. Derfor tænker vi både på helheden og har fokus på alle aspekter af mødeoplevelsen, helt ned i detaljen.
- Perfekte rammer til landskurser og temadage med plads til udstillere
- Attraktive priser via konferenceaftale med DSR

Dansk Sygeplejeråd



Se mere på LEGOLANDconference.dk



Vi er nomineret til:



Vi har faciliteterne til at afholde dit arrangement uanset størrelse

LEGOLAND® Hotel & Conference er et af landets mest moderne og fleksible udbydere af faciliteter til møder, konferencer og virksomheds-events. Desuden får du mulighed for at inddrage LEGOLAND® Parken, hvis dit arrangement skal være noget helt ud over det sædvanlige.

LEGO, the LEGO logo, the Brick and Knob configurations, the Minifigure and LEGOLAND are trademarks of the LEGO Group. ©2020 The LEGO Group.



TØRRE ØJNE? Fugt alene er ikke nok

Danmarks mest solgte øjendråbe mod tørre øjne
DU MI nov 2019

Med trehalose – naturens egen måde at beskytte sig på



Unik kombination, der beskytter cellerne, fugter og smører

thealozduo.dk

Uden konserveringsmiddel

THEALOZ® DUO

ØJENDRÅBER TIL TØRRE ØJNE

THEALOZ® DUO

STOR VARIATION I UDBUDET AF LEKTIONER I GENETIK PÅ LANDETS SYGEPLEJESKOLER

BAGGRUND. Det er almindeligt anerkendt, at genetik spiller en større og større rolle inden for sundhedsområdet. Dette har affødt en løbende diskussion om de genetiske kompetencer, som sundhedspersonale bør besidde. Sygeplejersker er nøglepersoner inden for sundhedsområdet, og adskillige internationale studier har vist, at den aktuelle undervisning i genetik i sygeplejerskeuddannelsen er utilstrækkelig. Andre studier har vist, at mange sygeplejersker har meget begrænset viden om genetik.

FORMÅL. At få indblik i indholdet og omfanget af genetik i den danske sygeplejerskeuddannelse.

METODE. Vi har udført en spørgeskemaundersøgelse, der inddrog én underviser i naturvidenskab fra hver af de 26 danske sygeplejerskoler. Informanterne blev adspurgt om status for genetik på deres sygeplejerskole, bl.a. pensum, antal undervisningslektioner og eksamen.

Store forskelle i undervisningen i genetik

Genetik. Omfang og indhold af undervisningen i genetik i den danske sygeplejerskeuddannelse er begrænset og med store variationer fra skole til skole, viser studie.

RESULTATER. Med en responsrate på 100 pct. fandt vi stor variation mellem de forskellige skoler med hensyn til, hvor mange genetiklektioner der blev udbudt; fra to til 11 lektioner. Der var ligeledes stor variation med hensyn til pensum. De fleste skoler benyttede den ene af to lærebøger skrevet på dansk, og klassiske genetikemner såsom DNA-struktur, proteinsyntese, enkeltgenssygdomme, stamtræer og kromosomafvigelser var en del af pensum på næsten alle skoler, med variation i detaljeringsgraden. Genetiske emner af særlig relevans for sygepleje og sundhedsområdet som f.eks. farmakogenetik og cancergenetik var kun en del af pensum på nogle skoler. Genetik var kun et mindre eksamensemne (hvis overhovedet), og inkludering af etiske og sociale aspekter af genetik varierede betydeligt.

KONKLUSION. Dette studie giver et unikt indblik i situationen med hensyn til genetik i den danske sygeplejerskeuddannelse, og vi argumenterer for, at det er vigtigt med nationale anbefalinger vedrørende genetikundervisning i sygeplejerskeuddannelsen for at udnytte det fulde potentiale af genetik i sundhedsvæsenet.

I

Introduktion

Færdiggørelsen af det humane genomprojekt i 2003 [1] har accelereret udviklingen inden for genetisk og genomisk viden, diagnostiske muligheder og farmakogenetiske behandlingsperspektiver (personlig medicin).

Mens forskningen inden for genetik tidligere fokuserede på sjældne monogene sygdomme, som kun er relevante for en mindre del af patienter, er fokus nu skiftet til hele genomet og de mangfoldige genetiske faktorer, der i samspil med miljømæssige faktorer forårsager genetisk mere komplekse sygdomme i større dele af befolkningen. Denne udvikling giver nye muligheder og udfordringer for sundhedsvæsenet og vil uden tvivl kræve nye færdigheder og kompetencer af sygeplejersker. Derfor er det meget vigtigt, at genetik er en integreret del af pensum i sygeplejerskeuddannelsen. Bemærk, at vi i denne artikel bruger genetik i en bred betydning, der indbefatter 'genomics'.

Adskillige internationale studier har beskrevet og diskuteret utilstrækkeligheden af den aktuelle genetikundervisning i sygeplejerskeuddannelsen [2-7]. Kirk et al. fremhævede vigtigheden af og udfordringerne ved at gøre sygeplejefprofessionen, herunder erfarne undervisere i sygepleje, til aktive og bevidste deltagere i de innovationer, der er sket på genetikområdet inden for vores sundhedsvæsen [8]. De betragter sygeplejerskers aktive involvering som en nødvendig forudsætning for integrationen af genetiske kompetencer i sygeplejerskeuddannelsen. Endvidere anser de implementeringen af regulatoriske standarder på nationalt niveau som et nødvendigt middel til at fremme dette mål.

Ingen officielle standarder

I Danmark er der imidlertid på nuværende tidspunkt ingen officielle standarder, anbefalinger eller

retningslinjer for undervisningen og læringsmålene for genetik i sygeplejerskeuddannelsen, som angiver, hvilke genetiske kompetencer uddannede sygeplejersker skal have. European Society of Human Genetics har udviklet et sæt af kernekompetencer for sund-

FORFATTERE



KARI KONSTANTIN NISSEN

Cand.scient., molekylærbiologi (2009) og ph.d., human genetik (2013) fra Aarhus Universitet. Lektor ved VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Aarhus. Har siden 2014 undervist i anatomi og fysiologi, genetik og biokemi. Forskningsmedarbejder i VIA Forskningscenter for Sundhed og Velfærdsteknologi, Program for Sundhedsteknologi, metodeudvikling og etik.



THOMAS RAUNDAHL MIKKELSEN

Cand.scient., biologi, fra Aarhus Universitet (1991), og ph.d., naturvidenskab, fra Københavns Universitet (1996). Lektor på VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro. Har siden 1997 undervist i natur- og sundhedsvidenskabelige fagområder i sygeplejerskeuddannelsen, bl.a. anatomi og fysiologi, genetik, biokemi, mikrobiologi og sygdomslære. Først på Roskilde Amts Sygeplejerskole (1997-1998) og siden 1998 på sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro, VIA University College. Forskningsmedarbejder i VIA Forskningscenter for Sundhed og Velfærdsteknologi, Program for Sundhedsteknologi, metodeudvikling og etik.



KARIN CHRISTIANSEN

Cand.mag. fra Aarhus Universitet, ph.d. i filosofi fra University of Melbourne (2004). Adjunkt og senere lektor på Center for Sundhed, Menneske og Kultur, Afdeling for Filosofi, Aarhus Universitet. Har siden 2014 været ansat som docent og forskningsleder ved Forskningscenter for Sundhed og Velfærdsteknologi, VIA University College, Program for Sundhedsteknologi, metodeudvikling og etik. Har i en lang årrække undervist i medicinsk videnskabs-teori og etik på Aarhus Universitet og senest på Sygeplejerskeuddannelsen i Horsens. Fokus for forskning: bl.a. etiske implikationer af bl.a. DNA-diagnostik, personlig medicin, genetisk forbedring, brugen af sundhedsdata til sygdomsprædiction, sociale robotter og AI. kach@via.dk

Tak

Tak til Camilla Bader Breer og Grete Moth for råd og for vurdering af manuskriptet. Tak til Judith Bishop for hendes nyttige korrekturlæsning af manuskriptet. Derudover er vi taknemmelige over for alle de undervisere, som besvarede spørgeskemaet.

Erklæring om interessekonflikt

Forfatterne erklærer, at der ikke er nogen interessekonflikt.



hedspersonale [9], som nationale sammenslutninger for sundhedspersonale kan bruge som et udgangspunkt for vejledning om pensum og nye initiativer inden for professionsuddannelse. Dette angivne sæt af kompetencer er dog ikke lovmæssigt bindende. Det synes ikke at have haft nogen indvirkning på den danske sygeplejerskeuddannelse og synes at være ukendt for undervisere af sygeplejersker i Danmark. Vi har ikke fundet nogen referencer til disse forslåede kernekompetencer i officielle danske dokumenter om sygeplejerskeuddannelsen. Ifølge Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, udfærdiget i 2008 [10] (som var gældende i vores undersøgelsesperiode), skal danske sygeplejestuderende være i stand til at “redegøre for den menneskelige organismes opbygning og funktion herunder genetiske aspekter”. Denne vage og upræcise formulering er det eneste læringsmål i bekendtgørelsen, der nævner genetik, og det giver plads til talrige fortolkninger og beslutninger med hensyn til indholdet, niveauet og antallet af lektioner med undervisning i genetik på hver enkelt sygeplejeskole.

Mens genetikkens rolle i sygepleje herunder sygeplejerskeuddannelsen har været genstand for betydelig opmærksomhed internationalt [5,11–15], har dette ikke været tilfældet i Danmark. En litteratursøgning udført af forfatterne har ikke påvist nogen nævneværdig professionel, politisk eller samfundsmæssig debat om emnet i Danmark. Der er en igangværende debat i Danmark om implementeringen og effekten af nye teknologier i sygepleje, men den synes at fokusere på teknologier såsom velfærdsteknologi og forskellige digitalt medierede løsninger.

Der har ikke hidtil været udgivet artikler, der vurderer og diskuterer indholdet og omfanget af genetik i den danske sygeplejerskeuddannelse, men som nævnt er der grund til at tro, at indholdet og antallet af lektioner kan variere betydeligt mellem sygeplejerskoler.

Formålet med vores studie var derfor at undersøge genetik i relation til pensum, antallet af lektioner og eksamenerne, der gennemføres i den danske sygeplejerskeuddannelse. Vi betragter dette studie som en del af den fremtidige kvalitetssikring af den danske sygeplejerskeuddannelse og tilsigter på baggrund af vores resultater at fremme en diskussion om behovet for uddannelsesstandarder på nationalt niveau for at imødekomme behovene i det fremtidige sundhedsvæsen.

Sygeplejerskoler sammensætter eget pensum

Der er i Danmark 26 sygeplejerskoler (heraf 4 netbaserede), der tilbyder uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje [16]. Siden 1990 har den danske sygeplejerskeuddannelse været en del af det videregående uddannelsessystem, og udbydes aktuelt på professionshøjskoler [17], hvorved en

mere akademisk tilgang har erstattet den tidligere mesterlære. Hver sygeplejerskole sammensætter sit eget pensum baseret på den nationale bekendtgørelse udfærdiget af Uddannelses- og Forskningsministeriet, der udstikker en bred ramme for den danske sygeplejerskeuddannelse [10]. Ifølge bekendtgørelsen for uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje varer uddannelsen 3½ år og har 210 ECTS-point [18] fordelt mellem teoretisk og klinisk undervisning og forskellige videnskabelige områder som vist i Tabel 1. (ECTS-point (European Credit Transfer and Accumulation System) er et standardmål til sammenligning af læringsvolumen baseret på de definerede læringsudbytter og den tilknyttede arbejdsbyrde for videregående uddannelse i EU).

Tabel 1.

Uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje

VIDENSKABELIGT FAGOMRÅDE	ECTS-POINT
Sygeplejefaget	120
Sundhedsvidenskabelige fag	40
Naturvidenskabelige fag	25
Humanistiske fag	15
Samfundsvidenskabelige fag	10
I alt	210
Hvorfø:	
Teoretiske point	120
Kliniske point	90
Bachelorprojekt	20

Med en bachelorgrad forventes sygeplejestuderende at være i stand til at arbejde reflekterende, give helhedsorienteret pleje til patienter, udvikle metoder til vurdering, refleksion, planlægning, udførelse, evaluering og udvikling af sygepleje og assistere ved medicinsk behandling [17].

Genetik er kun nævnt to gange i 2008-bekendtgørelsen. I beskrivelsen af modul 3 (ud af 14 moduler) i studieordningen er det anført, at “Anatomi og fysiologi herunder genetik” er et fagområde, der udgør 5 ECTS-point i dette specifikke modul. Det samme modul har blandt dets læringsmål, at de studerende skal være i stand til at “redegøre for den menneskelige organismes opbygning og funktion herunder genetiske aspekter”. Der tildeles således ingen ECTS-point specifikt for genetik. I stedet betragtes det som en del af emnerne anatomi og fysiologi.

I Danmark arbejder en lille gruppe af specialsygeplejersker på én af de seks kliniske genetiske afdelinger i landet, hvor de assisterer speciallæger i genetik ved genetisk rådgivning. Disse genetiske sygeplejersker har fået specialundervisning, -kurser og

-uddannelse på de kliniske genetiske afdelinger. Deres uddannelse er ikke fokus for denne undersøgelse.

Så vidt vi ved, har langt størstedelen af almene sygeplejersker i Danmark indtil videre kun været ganske lidt involveret i genetiske aspekter af pleje- og behandlingsforløb. Danske sygeplejersker kan derfor mangle den nødvendige indsigt, viden og motivation til at omstille sig til de hurtige forandringer i forbindelse med den hurtige genetiske udvikling inden for sundhedsvæsenet.

Der er identificeret adskillige barrierer for integrationen af genetik i sygeplejerskepraksis [3,4,6,19]. I Storbritannien fandt Kirk, Lea og Skirton betydelige barrierer i form af manglende viden og bevidsthed om genetik og forståelsen af dens relevans for praksis blandt britiske sygeplejersker [19]. Dette kan ligeledes tænkes at være gældende for danske sygeplejersker.

Ekspertter inden for området har beskrevet nødvendigheden af uddannelsesmæssige ændringer inden for sygeplejefaget i forhold til fremskridtene inden for genetisk videnskab og teknologi, der forandrer sundhedssektorer på verdensplan [3,4,11,20,21]. Det er en generel forventning, at fremtidige sundhedsydelse i stigende grad vil fokusere på screening og forebyggelse, og at behandling vil blive meget mere individualiseret, baseret på genetiske profiler [22]. For at danske sygeplejersker kan yde fyldestgørende pleje i denne nye genetiske kontekst, er det derfor nødvendigt, at de bliver uddannet til en passende grad af genetisk forståelse, så de kan videregive, forklare og oversætte genetiske testresultater, angive årsager til en ordineret behandling og er i stand til at håndtere patienter og pårørendes bekymringer i denne forbindelse.



Studiedesign

Forfatterne udviklede et spørgeskema bestående af åbne spørgsmål, hvor de fleste krævede kvantitative svar. Dette spørgeskema blev anvendt til udførelse af en spørgeskemaundersøgelse.

Der blev anvendt åbne spørgsmål for at opnå præcise og fyldestgørende udsagn, der var baseret på respondenternes egne ord og ikke var begrænset af vores forforståelse og mulige forudindtagetethed.

Spørgeskemaet omfattede spørgsmål om respondenterne og dennes sygeplejerskole (såsom navn, institution, telefonnummer og navn på den underviser, der var ansvarlig for undervisning i genetik i den specificerede periode) og ni spørgsmål, der specifikt omhandlede genetikindhold og -undervisning (se Tabel 2). På grund af det relativt begrænsede antal responderende institutioner (26 sygeplejerskoler) og

muligheden for at kontakte respondenterne igen for uddybende information lavede vi ingen pilottest før spørgeskemaundersøgelsen.

Et spørgsmål handlede om et kvalitativt emne og søgte at indfange respondentens egen mening om, hvorfor og i hvilken udstrækning genetik burde være en del af den danske sygeplejerskeuddannelse. Med det spørgsmål ønskede vi at spørge dybere ind til respondentens personlige mening om betydningen og vigtigheden af genetik i sygeplejerskeuddannelsen nu og i fremtiden.

Tabel 2. Spørgeskema

De ni spørgsmål i spørgeskemaet vedrørende genetikindholdet og -undervisningen i det første halvår af 2016.

1. Hvor mange lektioners genetikundervisning blev der samlet udbudt i 1. halvår 2016?
2. På hvilke(t) modul(er) var disse lektioner placeret? (Angiv antal lektioner på hvert modul).
3. Blev der afviklet andre undervisningsaktiviteter vedrørende genetik end lektioner (f.eks. workshop, casearbejde, e-tiviteter eller andet)?
Hvis ja: Beskriv hvilke.
4. Hvad var pensum i genetik i 1. halvår 2016 på dit uddannelsessted? (Angiv pensum så præcist som muligt, dvs. lærebog/lærebøger/andet undervisningsmateriale, herunder udgave, og sidetal).
5. Hvilke emner blev der primært fokuseret på i genetiklektionerne og de eventuelle andre undervisningsaktiviteter vedr. genetik?
6. Omfattede genetikundervisningen etiske, sociale, økonomiske og/eller juridiske aspekter ved anvendelsen af genetisk viden i sundhedsvæsenet?
Hvis ja: Beskriv kort hvilke aspekter.
7. Indgik genetik i en prøve (eller flere) i 1. halvår 2016 på dit uddannelsessted?
Hvis ja: Beskriv kort hvilke(n) prøve(r) og hvordan.
8. Er det planen (eller forventningen), at undervisningsudbuddet i genetik i 2016-uddannelsen på dit uddannelsessted fortsætter med samme antal lektioner og samme indhold som i 2008-uddannelsen?
Hvis nej: Beskriv kort de planlagte eller forventede ændringer.
9. Beskriv kort, hvorfor og i hvilken udstrækning fagområdet genetik efter din opfattelse bør indgå i sygeplejerskeuddannelsen.

Deltagere

En underviser fra hver af de 26 danske sygeplejerskoler blev valgt som respondent baseret på målrettet udvælgelse, hvor deltagerne vælges specifikt og tilsigtet (på en ikke-vilkårlig måde) på baggrund af deres meritter [23]. Inklusionskriteriet var, at respondenterne skulle være undervisere i naturvidenskabelige fagområder i sygeplejerskeuddannelsen. Der var ingen eksklusionskriterier. Vi identificerede passende respondenter til spørgeskemaet ved hjælp af et uformelt netværk af undervisere i naturvidenskab på danske sygeplejerskoler. To af forfatterne har deltaget regelmæssigt i netværksmøder. Respondenternes uddannelsesmæssige baggrund blev identificeret enten via LinkedIn-profiler eller Professionshøjskolernes Videndatabase (UC Viden).





Udvælgelsesstrategi

Underviserne blev kontaktet individuelt via e-mail i maj 2017. De blev informeret om omfanget af studiet og spurgt, om de ville deltage. E-mailen indeholdt også et link til online-spørgeskemaet understøttet af Quia [24].

Hvis underviseren mente, at en anden person på den pågældende institution ville egne sig bedre som respondent, havde han/hun lov til at videre-sende spørgeskemaet. Respondenter blev bedt om at besvare spørgeskemaet udelukkende med henvisning til perioden første semester (dvs. halvår) af 2016. Der blev undervist i alle 14 moduler i sygeplejerskeuddannelsen i denne periode, da der optages nye sygeplejestuderende hvert halve år. I tilfælde af manglende besvarelse blev der rykket for svar efter én uge. Vi modtog spørgeskemabesvarelser i løbet af maj og juni 2017. I de tilfælde, hvor vi havde brug for præcisering af svar, blev respondenterne kontaktet igen for yderligere information.

Dataanalyse

Databehandling blev udført i Quia. Frekvenser af kvantitative data blev beregnet og præsenteret i tabeller. Hvad angik respondenternes svar på spørgsmålet om genetikpensum (Tabel 2, spørgsmål 4), udførte vi en indholdsanalyse af de lærebogskapitler og andre tekster, der blev nævnt af respondenterne. Teksterne blev undersøgt med henblik på at identificere, hvilke større genetikemner der var dækket. Efter denne emneidentificering gennemgik vi alle teksterne igen for at finde ud af, hvilke af emnerne der blev nævnt i det pensum, der blev anvendt på hver af de 26 skoler.

Etik

Hver person, som blev udvalgt til dette studie, blev før undersøgelsen informeret fyldestgørende om undersøgelsens formål, baggrund, omfang, metode

og etik. Hvis den kontaktede person besvarede spørgeskemaet, blev dette betragtet som et samtykke til deltagelse i undersøgelsen.

Respondenterne blev lovet anonymitet i den efterfølgende forsknings- og publikationsproces i henhold til principperne i Helsinki-deklarationen. Det vil sige, at ingen respondent kan identificeres ud fra vores publicerede data. Det blev ydermere oplyst, at alle personoplysninger, såsom navne, e-mails og telefonnumre slettes ved slutningen af undersøgelsen. Studiet efterlever "Ethical Guidelines for nursing Research in the Nordic countries" [25] og "Det danske kodeks for integritet i forskning" [26].

En godkendelse af dette studie af en etisk komité var ikke nødvendig i henhold til dansk lovgivning. Forskerne var ikke ledere eller lignende på nogen af de 26 sygeplejerskoler i studiet, og der var således ingen interessekonflikt mellem forskere og respondenter.



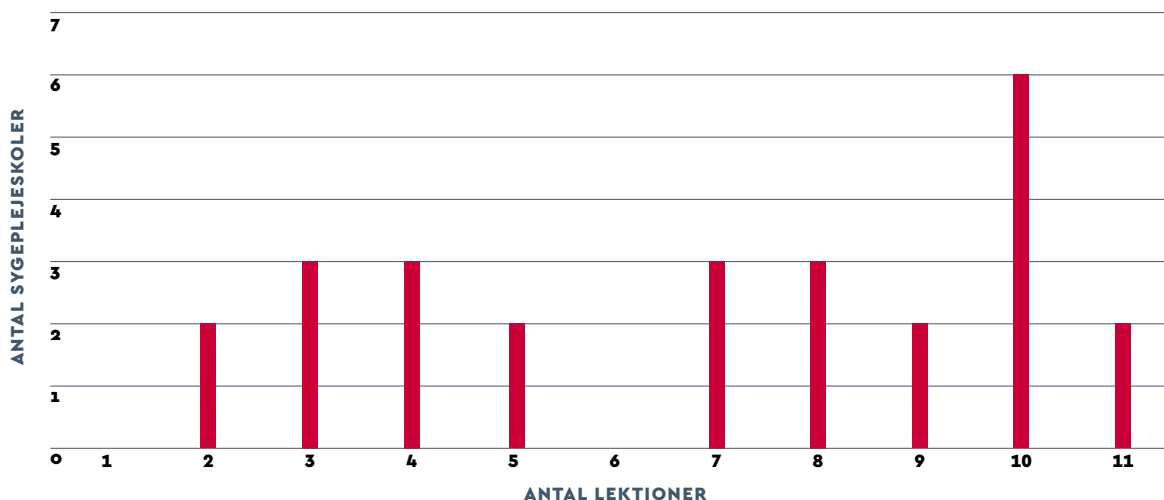
Response rate

Vi fik svar fra alle 26 danske sygeplejerskoler, herunder de fire netbaserede. Vores response rate var således 100 pct. 19 af respondenterne underviste i genetik i undersøgelsesperioden, syv respondenter underviste ikke selv i genetik i undersøgelsesperioden.

Antal lektioner i genetik

Antallet af lektioner i genetik, som blev rapporteret af respondenter, varierede væsentligt mellem skolerne fra to til 11 lektioner (én lektion = 45 minutters undervisning). Ti af de 26 skoler udbød fem eller færre lektioner i genetik, og kun otte skoler udbød ti eller flere lektioner i genetik (se Figur 1).

Figur 1. Antal lektioner i genetik på danske sygeplejerskoler



Andre undervisnings-

og læringsaktiviteter vedrørende genetik

Adspurgt om andre undervisnings- og læringsaktiviteter, der dækkede genetik, ud over lektioner nævnte respondenterne workshops, casearbejde, videopræsentationer, film og anvendelse af interaktivt online-materiale.

Pensum i genetik

De fleste skoler benyttede kapitler fra den ene eller begge lærebøger skrevet på dansk [27–30]. Nogle skoler benyttede andre tekster såsom tidsskriftsartikler, typisk som supplement til kapitler fra de nævnte lærebøger.

En indholdsanalyse af de benyttede tekster af dækkede, hvilke overordnede genetikemner der blev dækket på hver enkelt skole. Tabel 3 opsummerer resultaterne af denne indholdsanalyse ved angivelse af, hvor mange af skolerne der dækkede hvert genetikemne i deres pensum.

Som vist i Tabel 3 var traditionelle genetikemner såsom enkeltgenssygdomme og stamtræer, kromosomer og kromosomafvigelser og DNA-struktur, transskription og translation en del af pensum på næsten alle skoler. Emner såsom almindelige sygdommes genetik, herunder cancertgenetik, farmakogenetik og bærerscreening, dvs. sundhedsrelaterede emner af specifik relevans for sygeplejerskepraksis, var kun til stede i pensum på nogle skoler. Bemærk, at farmakogenetik kun var en del af pensum på otte skoler og cancertgenetik kun på 13.

Vi spurgte også respondenterne "Hvilke emner blev der primært fokuseret på i genetiklektionerne og de eventuelle andre undervisningsaktiviteter vedr. genetik" for at få indsigt i, hvilke genetikemner der blev prioriteret. Respondenternes svar på dette spørgsmål var meget forskellige og spændte fra "Det hele" til meget lange og detaljerede beskrivelser af indholdet. Tre repræsentative svar var "Først generelt om gener og arvelighed. Dernæst kromosomsygdomme, gensygdomme og fosterdiagnostik", "Det var en bred introduktion til genetik med fokus på sygeplejerelevante emner" og "Basisforståelse af kromosomer, gener, mutationer, arvegang. Forståelse for genetiske og multifaktorielle sygdomme. Screeninger. Epigenetik. Ethiske dilemmaer".

På baggrund af indholdet, den store diversitet og i nogle tilfælde meget generelle karakter af svarene på dette spørgsmål fandt vi, at der ikke var tilstrækkeligt grundlag for at udføre yderligere analyser, og vi besluttede at undlade at forfølge svarene vedr. det primære fokus yderligere.

Genetik i eksamen

Genetik var et eksamensemne på 17 af de 26 sygeplejerskoler. På 10 skoler var genetik en del af det pensum, der blev opgivet til en mundtlig eksamen, på syv skoler var

Tabel 3.

Antallet af danske sygeplejerskoler, der dækkede hvert genetikemne i deres pensum

GENETIKEMNE	ANTAL SKOLER MED EMNET I DERES PENSUM (PCT.)
Begreber: genotype, fænotype	25 (96,2)
Enkeltgenssygdomme	25 (96,2)
Kromosomafvigelser	
- numeriske	25 (96,2)
- strukturelle	20 (76,9)
Kromosomer	23 (88,5)
Biokemisk genetik (DNA-struktur, transskription, translation)	22 (84,6)
Mutationer	21 (80,8)
Stamtræer	20 (76,9)
Genetisk variation	18 (69,2)
Prænatal genetisk diagnostik	17 (65,4)
Begreber: penetrans, ekspressivitet, codominans og relaterede	14 (53,8)
Cancergenetik	13 (50,0)
Andre almindelige sygdommes genetik (f.eks. diabetes, hypertension, depression, aterosklerose)	12 (46,2)
Præventive foranstaltninger (bærerscreening, præsymptomatisk genetisk analyse og relaterede)	10 (38,5)
Genterapi	9 (34,6)
Farmakogenetik	8 (30,8)
Epigenetik	8 (30,8)
Ethiske, sociale, økonomiske og/eller juridiske aspekter	2 (7,7)

det en del af en skriftlig eksamen. På alle disse 17 skoler dækkede eksamenerne, der omfattede genetik, også mange andre og større emner (f.eks. fysiologi, sygepleje, sygdomslære m.m.), og genetik var overvejende et mindre emne. Syv ud af disse 17 respondenter angav, at de fleste af deres studerende ikke fik spørgsmål om genetik, selv når det var et eksamensemne, da der var så mange andre emner, der skulle dækkes ved eksamenen.

Genetik var ikke et eksamensemne på syv skoler. På én skole var det kun et eksamensemne, hvis det blev valgt af den studerende. Én respondent besvarede ikke spørgsmålet om eksamen.

Ethiske, sociale, økonomiske og/eller juridiske aspekter

Otte af de 26 respondenter svarede enten, at undervisningen i genetik ikke omfattede etiske, sociale, økonomiske og/eller juridiske aspekter, at de ikke vidste det, eller undlod at besvare spørgsmålet. De øvrige 18 respondenter gav mange forskellige svar, hvor de primært nævnte etiske og sociale aspekter.

Nogle udvalgte svar, der viser diversiteten, var “Anvendelse af stamceller: etiske overvejelser i forbindelse med dette. Genetisk rådgivning: etik i vejledningen, hvad skal patienten vide?”, “Ja, da grupperne blev opfordret til at medtage jura og etik i deres bearbejdning af diverse artikler (aktiv dødsbistand i relation til Huntington, screening og gentest i forhold til BRCA-gener ved mammacancer, abortlovgivning i relation til Downs Syndrom og etik i forhold til designerbaber)”, og “Ja. Aspekter om etiske overvejelser i forbindelse med screeninger, ægsortering m.m.”.

Andre nævnte etikken i forbindelse med salg af genetisk materiale, arvelig cancer, brystcancer (diagnostik og operation), problemer ved tilsigtet indblanding i den naturlige selektion, debatter om kromosomsygdomme og arvelig cancer samt etikken i forbindelse med genmanipulation.

Forventninger og planer for fremtiden

Respondenterne blev spurgt om deres forventninger eller viden om planer med hensyn til antallet af lektioner i genetik på deres skole fremover under en ny bekendtgørelse for sygeplejerskeuddannelsen med ikrafttrædelse fra september 2016. Otte respondenter svarede, at de forventede det samme antal lektioner i genetik. Otte svarede, at dette stadig ikke var afklaret, eller at de ikke vidste det, og syv respondenter forventede eller vidste, at deres institution planlagde færre genetiklektioner.

Kun tre respondenter forventede eller kendte til planer om en forøgelse af antallet af lektioner i genetik på deres skole.

Respondenternes egen mening

Alle 24 respondenter, som besvarede punktet i spørgeskemaet vedrørende deres egen mening om genetik i sygeplejerskeuddannelsen (to respondenter besvarede ikke dette punkt), udtrykte et positivt syn, idet de fandt det vigtigt, at genetik er en del af sygeplejerskeuddannelsen. Adskillige af respondenterne svarede, at de mente, genetik burde have en højere prioritet.

D

Diskussion

Responsraten i denne spørgeskemaundersøgelse var 100 pct. Studiet giver således bred indsigt i den undervisning i genetik, der udbydes på sygeplejerskoler i Danmark.

Vores studie viser en bemærkelsesværdig variation mellem de forskellige danske sygeplejerskoler i forhold til antallet af lektioner i genetik. Intet curriculum udbød mere end 11 lektioner i genetik, 10 skoler havde fem eller

færre genetiklektioner, og to skoler havde så få som to lektioner i genetik. Vi finder det bekymrende, at nogle danske sygeplejerskoler har meget få lektioner i et emne, som internationale eksperter betragter som værende af stor betydning for den fremtidige sygepleje [6,13,14].

Respondenternes svar med hensyn til pensum i genetik viste, at klassiske genetikemner såsom DNA-struktur, enkeltgenssygdomme og stamtræer og numeriske kromosomafvigelse var en del af pensum på de fleste skoler. De to lærebøger, der benyttes af størstedelen af skolerne, dækker dog ikke emnerne i Tabel 3 lige detaljeret. Selv om 25 skoler f.eks. har numeriske kromosomafvigelse i deres pensum, undervises de studerende på disse skoler således ikke nødvendigvis lige detaljeret i dette emne. Som et forbehold skal det bemærkes, at nogle emner kan være kategoriseret forskelligt af de forskellige skoler. F.eks. kan DNA-struktur, transskription og translation på nogle skoler være kategoriseret som biokemiemner og ikke genetikemner. Tilsvarende kan mitose og meiose betragtes som emner inden for cellebiologi. Derfor udelukker det fravær af specifikke emner i genetikpensum, vi finder på nogle skoler, ikke, at disse emner kan være dækket ind under andre emner, f.eks. biokemi eller cellebiologi.

Adskillige genetikemner med specifik relevans for sundhedsområdet og sygepleje såsom cancertgenetik, farmakogenetik og prænatal screening og bærerscreening for genetiske sygdomme var på den anden side kun en del af pensum på nogle skoler. F.eks. var farmakogenetik, som er et emne med større og større betydning inden for sundhedsområdet og sygeplejen [31], kun en del af pensum i genetik på otte af de 26 danske sygeplejerskoler.

Vi finder dette mønster bekymrende, da det synes at indikere, at pensum i genetik på nogle skoler ikke er tilpasset specifikt til målgruppen – altså sygeplejestuderende, som vil støde på genetik i deres fremtidige kliniske virke.

Vores studie giver ingen information om årsagen til denne tilsyneladende udbredte mangel på klinisk relevante genetikemner. Faktorer såsom den meget begrænsede tid, der er tildelt genetik på mange skoler, kan dog være en årsag, ligesom det faktum, at mange af underviserne i genetik ikke er sygeplejersker, men biologer eller tilhører andre faggrupper med en ikke-klinisk baggrund, også kan være det.

Da der ikke er noget fælles nationalt pensum, skal hver sygeplejerskole sammensætte deres eget indhold og pensum i genetik. De enkelte undervisere har derfor muligvis en betydelig indflydelse på genetikindholdet, hvor individuelle interesser og præferencer i høj grad kan påvirke deres valg.

Endvidere kan flere undervisere på hver sygeplejerskole undervise i genetik samtidig, og underviserne

kan skifte fra det ene semester til det næste. Blandt respondenterne i den foreliggende undersøgelse så vi en overvægt af undervisere med en naturvidenskabelig baggrund (mindst 17), et mindre antal af undervisere med en sygeplejegrade (mindst fem), mens et udsnit af disse havde en kombineret uddannelsesmæssig baggrund med både sygeplejegrade og naturvidenskabelig grade (to undervisere). For nogle få af respondenterne er den uddannelsesmæssige baggrund ukendt.

Kirk et al. har tidligere påpeget vigtigheden af, at undervisere med en sygeplejegrade udviser interesse for genetik, for at området kan få større fodfæste i sygeplejerskeuddannelsen [8]. Vores resultater kan muligvis understøtte denne tankegang, da det kunne føre til udformningen af et genetikpensum, der passer bedre til målgruppen – dvs. et pensum, som er specifikt tilpasset sygeplejefprofessionen. Der er således et behov for tværfagligt samarbejde og engagement for at dække alle aspekter i den fremtidige undervisning i genetik.

Det begrænsede antal genetiklektioner ser ud til kun at levne en smule plads til prioritering af de etiske, juridiske og sociale implikationer (ELSI). I vores undersøgelse rapporterede otte skoler, at ingen ELSI-aspekter var inkluderet i genetikundervisningen. Overraskende nok angav 18 skoler, at de i nogen udstrækning inkluderede sådanne aspekter i deres genetikundervisning, til trods for at kun to skoler anførte sådanne aspekter i deres pensum.

Det synes paradoksalt. De sygeplejeetiske retningslinjer [32] fastlagt af Sygeplejeetisk Råd under Dansk Sygeplejeråd understreger specifikt, at ethvert forhold mellem patient og sygeplejerske skal være baseret på tillid og respekt og særligt, at sygeplejersken skal "beskytte patientens liv og integritet i forbindelse med indførelsen af nye metoder og nye teknologier". Sygeplejerskerne undervises i at navigere i deres sygeplejepsikis i henhold til disse ideer.

Ydermere er der ingen tvivl om, at veluddannede og it-kompetente patienter i fremtiden vil forvente, at sygeplejersker er informeret om videnskabelige fremskridt og i det mindste har indsigt i de etiske, juridiske og sociale problemstillinger, der udspringer af anvendelse af genetik indenfor sundhedsområdet. De vil (med rette) forvente fyldestgørende og personcentreret kommunikation og pleje i forhold til deres problemstillinger.

Ikke alle blev testet ved eksamen

Vores studie viser, at genetik formelt var et eksamensmne på størstedelen (17) af de danske sygeplejerskoler. På alle disse skoler var genetik dog en del af en integreret eksamen, der dækkede mange andre emner, især større emner, såsom sygepleje, patofysiologi og anatomi og fysiologi. På syv af de 17 skoler

indikerede respondenterne svar, at mange sygeplejerskestuderende ikke blev testet med hensyn til deres genetiske viden til eksamen, da genetik kun var et meget lille emne, der let blev overset ved en eksamen, der dækkede adskillige andre større emner.

For studerende på syv danske sygeplejerskoler var genetik ikke en del af nogen eksamen.

Denne manglende afprøvning kan medføre, at de studerende nedprioriterer genetik og fokuserer deres studietid på andre eksamensrelevante emner. Det er sandsynligt, at denne manglende overensstemmelse mellem afprøvning på den ene side og læringsmål og undervisning på den anden har en negativ indvirkning på de studerendes motivation og læringsudbytte [33]. Denne situation sammenholdt med det lave antal af lektioner i genetik, mener vi, er uholdbar på baggrund af den hastigt voksende relevans af genetik i klinisk praksis.

De 24 respondenter, som beskrev deres egen mening om genetik i sygeplejerskeuddannelsen, fremhævede vigtigheden og værdien af undervisning i genetik for sygeplejerskestuderende. Mange understregede, at genetik burde gives en højere prioritet.

Der er dog tydeligvis institutionelle udfordringer med hensyn til implementering af dette mål. Adskillige respondenter påpegede det faktum, at de skal nå til enighed med deres kolleger ved beslutninger om tildeling af lektioner til forskellige emner. Endvidere beskrev nogle af respondenterne, at det var udfordrende at samarbejde og skabe forbindelse med andre videnskabelige områder end naturvidenskab med det formål at undervise i genetik. Respondenter pegede på, at emnets kompleksitet kunne være årsagen til dette.

Selv om den enkelte underviser i genetik finder emnet yderst relevant for sygeplejersker, kan holdningen blandt undviserne som helhed på en skole og i sygeplejerskeprofessionen generelt være en hindring for tilstrækkelig implementering af ny viden og nye fremskridt inden for området.

En af de faktorer, der har indflydelse på indholdet af genetik i pensum i sygeplejerskeuddannelsen, er undvisernes parathed til at integrere det [3,21]. Jenkins og Calzone undersøgte paratheden hos undvisere ved amerikanske sygeplejerskeuddannelser i forhold til at integrere genetik i deres pensum [34]. De fandt, at flere end 75 pct. af de adspurgte undvisere var enige i, at genetik sandsynligvis blev relevant for sygeplejepsikis inden for de næste 5 år (et svar, der blev givet i 2008). Paradoksalt nok hævdede 75 pct. også, at de betragtede det som meget usandsynligt, at der ville blive foretaget ændringer i sygeplejepsikum og undervisningen for at gøre plads til genetik. Færre end 5 pct. af undviserne var enig i, at det at forberede sygeplejersker på brugen af genetisk viden er en vigtig rolle for dem, der uddanner sygeplejersker,



og at det var på tide at påbegynde undervisningen af den næste generation af sygeplejersker i genetik [34]. Selv om sygeplejerskeunderviseres generelle holdning til genetik endnu ikke er blevet undersøgt i en dansk sammenhæng, ville det være interessant at undersøge holdningen i Danmark.

Åbne spørgsmål en styrke

Vi betragter det som en styrke, at der er blevet anvendt åbne spørgsmål i vores spørgeskemaundersøgelse. Brugen af denne type af spørgsmål har i modsætning til lukkede spørgsmål med prædefinerede svarkategorier muliggjort indsamlingen af nuanceret information fra respondenterne, der passer bedst til formålet i vores studie.

Lukkede spørgsmål med prædefinerede svarkategorier har været anvendt i tilsvarende studier i andre lande [35]. En af ulemperne er, at sådanne spørgeskemaundersøgelser kan begrænses af en specifik faglig eller personlig forudindtagethed. Respondenterne tvinges da muligvis til at vælge fra et sæt af prædefinerede svar, som ikke nødvendigvis afspejler kompleksiteten i den faktiske situation.

På den anden side kan svar på åbne spørgsmål være sværere at kategorisere og analysere, hvilket vi har oplevet i vores studie f.eks. i forbindelse med spørgsmålet om primært undervisningsfokus og integrationen af etiske, juridiske og sociale aspekter af genetik. På grund af svarenes karakter var det således ikke muligt at udføre en analyse af temaer i forbindelse med disse punkter i spørgeskemaet.

Ydermere synes et antal respondenter at have misforstået et af vores spørgsmål (spørgsmål 3). Her spørger vi eksplicit om andre undervisnings- og læringsaktiviteter end lektioner. En del respondenter besvarede dette spørgsmål ved at beskrive aktiviteter, der fandt sted i lektioner, men ikke var traditionel forelæsning (f.eks. casearbejde eller visning af en film).

Der er andre begrænsninger ved vores undersøgelse, som kan medføre en vis risiko for videnskabelig ensidighed og snæverhed (informationsbias). Respondenternes indsigt i deres institutions genetikundervisning afspejler muligvis ikke det fulde billede af undervisningen i genetik. 19 af de 26 respondenter underviste selv i genetik som en del af kurset i anatomi og fysiologi. Syv respondenter underviste ikke i genetik i det første halvår af 2016 og svarede på vegne af andre undervisere, f.eks. eksperter undervisere. Deres besvarelse kan således bære præg af manglende præcision.

Endvidere kan vi ikke udelukke muligheden for, at der kan være undervist i genetiske emner i andre kurser på sygeplejerskeuddannelsen, selv om genetik kun er nævnt i forbindelse med anatomi og fysiologi i bekendtgørelsen. Dette kunne være kurser som f.eks. sygdomslære (der potentielt omfatter genetikemner

såsom cancertgenetik og genetik i forbindelse med andre almindelige sygdomme), farmakologi (der kunne dække farmakogenetik), folkesundhed og etik.

På otte sygeplejerskoler underviste mere end én underviser i genetik i undersøgelsesperioden. Derfor kunne andre undervisere have været relevante respondenter, og dette kunne muligvis have givet anledning til andre svar på nogle af spørgsmålene, f.eks. spørgsmål 8 og 9. Vores studie har således den begrænsning, at det er baseret på svar fra en enkelt underviser fra hver skole.

Endvidere kan vores relativt tætte kontakt med respondenterne (på grund af netværket) have haft en positiv indflydelse på motivationen til at deltage. Dette kan også have resulteret i et ønske om at bekræfte undersøgerens formodede ønsker og præferencer (social desirability bias) [36].

Paradoksal udeladelse

I sommeren 2016 trådte den nye bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje i kraft [37]. I alle tidligere tilsvarende bekendtgørelser fra 1957 og frem har genetik været nævnt som en del af det naturvidenskabelige indhold i uddannelsen. I modsætning hertil er genetik slet ikke nævnt i 2016-bekendtgørelsen, som er en bred vejledning, der kun anfører læringsmål. Denne nylige udeladelse er paradoksal i betragtning af den aktuelle udvikling inden for præcisionsmedicin og vigtigheden af genetisk viden i fremtidens sundhedsvæsen.

Konsekvenserne af udeladelsen er svær at forudsige, da danske sygeplejerskoler stadig er i gang med udvikling og implementering af den nye uddannelse. Nogle sygeplejerskoler vil muligvis stadig betragte genetik som en naturlig del af anatomi og fysiologi og vil måske endda bruge udviklingen af et nyt pensum som en mulighed for at prioritere dette område i lyset af de vigtige fremskridt inden for det genetiske område. Andre kan på den anden side tolke udeladelsen som et tegn på, at området genetik er irrelevant for sygeplejefprofessionen, og det kunne give dem anledning til at se bort fra genetik i deres fremtidige undervisningsprogram.

Mange respondenter svarede, at konsekvenserne af den nye bekendtgørelse stadig var ukendte, eller at de forventede mindre ændringer i forhold til genetikundervisningen. Syv respondenter forventede dog et fald i antallet af lektioner i genetik, og kun tre forventede en forøgelse på deres skole. Dette resultat understreger vigtigheden af at implementere nationale standarder med henblik på at udstikke mål og retning for skoler [8].

Som en del af de fremtidige planer for vores forskning håber vi derfor at kunne udføre en opdateret spørgeskemaundersøgelse om integreringen af genetik i den danske sygeplejerskeuddannelse, når den nye bekendtgørelse er fuldt implementeret.

Endvidere planlægger vi at interviewe praktiserende sygeplejersker, patienter og pårørende om deres oplevelse af sygeplejerskers rolle i forhold til genetik. Disse interviews vil fokusere på en forståelse af det specifikke behov for genetiske kompetencer hos sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen nu og i fremtiden.

Vores håb er at bidrage til en øget bevidsthed om genetik og at starte en diskussion om vigtigheden af at integrere genetik i uddannelsen af danske sygeplejersker.



På trods af den hastigt voksende betydning af genetik inden for sundhedsområdet og sygepleje-professionen viser dette studie, at integrationen af genetik i den danske sygeplejerskeuddannelse på nuværende tidspunkt er

begrænset. Både omfanget og indholdet varierer mellem sygeplejerskolerne. Selv om undervisere mener, at genetik er vigtig for sygeplejestuderende, er der ingen nationale bestemmelser, der sikrer, at uddannelsen dækker genetik i et omfang, der vil forberede sygeplejersker tilstrækkeligt til det fremtidige sundhedsvæsen. Vores resultater understøtter behovet for initiativer for at sikre, at den danske sygeplejerskeuddannelse opfylder de aktuelle og fremtidige behov for genomiske kompetencer inden for sygepleje. ●

Læs også kommentaren "Den nødvendige viden om genetik" på de næste to sider.

www.ug.dk/uddannelser/professionsbacheloruddannelser/socialog sundhedsuddannelser/sygeplejerske 17. Råholm MB, Hedegaard BL, Löfmark A, et al. Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden-from Bachelor's degree to PhD. *J Adv Nurs*. 2010;66(9):2126-37. 18. Education and training-European Commission. European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) [Internet]. Education and training 2018 [cited 2018 Apr 9]; Available from: https://ec.europa.eu/education/resources/european-credit-transfer-accumulation-system_en 19. Kirk M, Lea D, Skirton H. Genomic health care: is the future now? *Nurs Health Sci*. 2008;10(2):85-92. PMID:18466380 <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00374.x> 20. Calzone KA, Jenkins J, Culp S, et al. Introducing a New Competency Into Nursing Practice. *J Nurs Regul*. 2014;5(1):40-7. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30098-3](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30098-3) 21. Donnelly MK, Nersesian PV, Foronda C, et al. Nurse Faculty Knowledge of and Confidence in Teaching Genetics/Genomics: Implications for Faculty Development. *Nurse Educ*. 2017;42(2):100-4. PMID:27454055 <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000297> 22. Bancroft EK. How Advances in Genomics are Changing Patient Care. *Nursing Clinics of North America*. 2013;48(4):557-69. PMID:24295187 <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2013.08.002> 23. Gentles S, Charles C, Ploeg J, et al. Sampling in Qualitative Research: Insights from an Overview of the Methods Literature. *The Qualitative Report*. 2015;20(11):1772-89. 24. QuiaWeb. Quia [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 27]; Available from: <https://www.quia.com/web> 25. Northern Nurses' Federation. Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries [Internet]. 2003. Available from: <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf> 26. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Danish code of conduct for research integrity. Ministry of Higher Education and Science; 2014. 27. Nielsen O, Springborg A. Biokemi og genetik. 5. udg. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag: I samarbejde med Dansk Sygeplejeråd; 2011. 28. Nielsen O, Bojsen-Møller MJ. Biokemi og genetik. 6. udg. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag: I samarbejde med Dansk Sygeplejeråd; 2016. 29. Mikkelsen TR. Menneskets genetik: en grundbog for sygeplejestuderende. 1. udg. Århus: Nucleus; 2005. 30. Mikkelsen TR. Menneskets genetik: en grundbog for sygeplejerskestuderende. 2. udg. Århus: Nucleus; 2015. 31. Cheek DJ, Bashore L, Brazeau DA. Pharmacogenomics and Implications for Nursing Practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015;47(6):496-504. PMID:26470020 <https://doi.org/10.1111/jnu.12168> 32. Dansk Sygeplejeråd, Sygeplejeetisk Råd. De sygeplejeetiske retningslinier: vedtaget af Dansk Sygeplejeråds kongres den 20. maj 2014. Kbh.: Dansk Sygeplejeråd; 2014. 33. Biggs J. Assessing learning quality: Reconciling institutional, staff and educational demands. *Assessment & Evaluation in Higher Education*. 1996;21(1):5. <https://doi.org/10.1080/0260293960210101> 34. Jenkins J, Calzone KA. Are Nursing Faculty Ready to Integrate Genomic Content into Curricula? *Nurse Educ*. 2012;37(1):25-9. PMID:22158000 <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31823836ec> 35. Nicol MJ. The teaching of genetics in New Zealand undergraduate nursing programmes. *Nurse Education Today*. 2002;22(5):401-8. <https://doi.org/10.1054/nedt.2002.0744> 36. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches. Fourth edition. Los Angeles: SAGE; 2017. 37. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181963> [Internet]. 2016 [cited 2018 May 15]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181963>

Referencer

1. National Human Genome Research Institute (NHGRI). An Overview of the Human Genome Project [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 9]. Available from: <https://www.genome.gov/12011238/an-overview-of-the-human-genome-project/> 2. Skirton H, O'Connor A, Humphreys A. Nurses' competence in genetics: a mixed method systematic review. *J Adv Nurs*. 2012;68(11):2387-98. PMID:22607038 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06034.x> 3. Calzone KA, Kirk M, Tonkin E, et al. The Global Landscape of Nursing and Genomics. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(3):249-56. PMID:29608246 <https://doi.org/10.1111/jnu.12380> 4. Aiello LB. Genomics Education: Knowledge of Nurses Across the Profession and Integration Into Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2017;21(6):747-53. PMID:29149120 <https://doi.org/10.1188/17CJON.747-753> 5. Flowers E, Martin M, Abid H, et al. Pairing pedagogical and genomic advances to prepare advanced practice nurses for the era of precision health. *BMC Med Educ* [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6480661/> PMID:31014332 <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1542-x> 6. Jenkins JF. Genomic Health Care Today and Tomorrow: Expert Perspectives. *Semin Oncol Nurs*. 2019;35(1):131-43. PMID:30683551 <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.12.006> 7. Rogers MA, Lizer S, Doughty A, et al. Expanding RN Scope of Knowledge-Genetics/Genomics: The New Frontier. *J Nurses Prof Dev*. 2017;33(2):56-63. PMID:28252482 <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000340> 8. Kirk M, Calzone K, Arimori N, et al. Genetics-genomics competencies and nursing regulation. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(2):107-16. PMID:21605314 <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01388.x> 9. European Society of Human Genetics: Core competences in genetics for health professionals in Europe [Internet]. [cited 2019 Sep 10] Available from: <https://www.eshg.org/index.php?id=139> 10. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje [Internet]. 2008 [cited 2018 May 15]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114493> 11. Burke S, Kirk M. Genetics education in the nursing profession: literature review. *J Adv Nurs* 2006;54(2):228-37. PMID:16553709 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03805.x> 12. Callier S, Toma I, McCaffrey T, et al. Engaging the next generation of healthcare professionals in genomics: Planning for the future. 2014. 13. Camak DJ. Increasing importance of genetics in nursing. *Nurse Educ Today*. 2016;44:86-91. PMID:27429334 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.018> 14. Skirton H, Lewis C, Kent A, et al. Genetic education and the challenge of genomic medicine: development of core competences to support preparation of health professionals in Europe. *Eur J Hum Genet*. 2010;18(9):972-7. PMID:20442748 <https://doi.org/10.1038/ejhg.2010.64> 15. Daack-Hirsch S, Dieter C, Quinn Griffin MT. Integrating Genomics Into Undergraduate Nursing Education. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011;43(3):223-30. PMID:21884367 <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01400.x> 16. Undervisningsministeriet. Sygeplejerske Uddannelses-Guiden. 2018 [cited 2018 Apr 17]; Available from: <https://www.ug.dk/uddannelser/professionsbacheloruddannelser/socialog sundhedsuddannelser/sygeplejerske>

Genetik. Personlig medicin vil blive tiltagende aktuell i behandlingen af en række sygdomme, og sygeplejersker må derfor kende både etiske, juridiske og sociale aspekter af genetikken. Derfor er det relevant med nationale anbefalinger for sygeplejerskeuddannelsen i genetik.

Den nødvendige viden om genetik



THOMAS RAUNDAHL
MIKKELSEN



KARI KONSTANTIN
NISSEN



KARIN CHRISTIANSEN

Læs venligst side 41 om forfatterens baggrund og beskæftigelsesområde



Internationale forskningsartikler og rapporter fra bl.a. USA og Storbritannien efterlader ingen tvivl: Genetik kommer til at spille en stadig større rolle i sundhedsvæsenet. Både i forbindelse med forebyggelse, diagnostik, behandling og pleje.

Sygeplejersker spiller en afgørende rolle i forhold til at implementere og gennemføre denne genetiske revolution i sundhedsvæsenet, ikke mindst så den bliver til størst mulig gavn for patienterne og deres pårørende.

Men har sygeplejersker den nødvendige viden om genetik? Adskillige internationale undersøgelser viser, at det halter på området. En vigtig årsag er sandsynligvis, at der ikke er tilstrækkeligt fokus på genetik under sygeplejerskers uddannelse.

Som det fremgår af den peer reviewede artikel "Store forskelle i undervisningen i genetik" på side 40, er situationen mht. genetik i sygeplejerskeuddannelsen i Danmark ikke opmuntrende.

I vores undersøgelse fandt vi bl.a., at man mange steder i landet kun tilbyder de studerende fem eller færre lektioner i genetik i løbet af sygeplejerskeuddannelsen. Der er på mange sygeplejerskoler primært eller udelukkende fokus på den basale genetik. Så den del af genetikken, der er mest relevant for sygeplejersker, f.eks. cancergenetik, farmakogenetik og genetikken bag almindelige sygdomme, undervises der mange steder ikke i. Også de etiske, juridiske og sociale aspekter i anvendelsen af genetisk viden i sundhedsvæsenet synes at være fraværende mange steder. Undersøgelsen viser også, at genetik fylder meget lidt, hvis overhovedet noget, i prøver og eksaminer på uddannelsen.

I flere lande er der diskussioner om, hvad sygeplejersker bør vide og kunne, hvad angår genetik, og der er blevet udarbejdet anbefalinger og retningslinjer i bl.a. USA og Storbritannien.

I Danmark er sådanne principielle diskussioner helt fraværende, og der findes ingen danske retningslinjer eller anbefalinger om, hvad sygeplejersker bør vide og kunne, hverken fra statslige eller andre offentlige institutioner eller fra interesseorganisationer eller foreninger.

I vores egen verden oplever vi, at mange undervisere på sygeplejerskeuddannelsen er usikre på, hvad de skal stille op med emnet genetik. Resultatet er en tendens til, at genetik bliver nedprioriteret i forhold til andre fagområder.

I den gældende bekendtgørelse for sygeplejerskeuddannelsen forekommer ordet genetik slet ikke (det gjorde det i den foregående bekendtgørelse). Så der er formentlig ikke grund til at forvente, at genetik er blevet opprioriteret i sygeplejerskeuddannelsen siden vores undersøgelse fra 2017.

Vi arbejder derfor målrettet for, at danske sygeplejersker fremover får en fyldestgørende og professionsrelevant undervisning i genetik, som ud over den naturvidenskabelige indsigt også medtager etiske, juridiske og sociale aspekter af genetikken. Skal sygeplejerskerne være klædt ordentligt på til fremtidens sundhedsvæsen, så haster det med at komme i gang. Vi opfordrer til, at man tager fat på diskussionen om, hvad sygeplejersker bør vide og kunne hvad angår genetik, og at der udarbejdes nationale anbefalinger. ©

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.



CHARLOTTE GAD TOUSIG

Sygeplejerske 2002, Suppleringsuddannelse i Sygepleje 2003, Sundhedsfaglig diplomuddannelse i sundhedsformidling og klinisk uddannelse 2016. Siden 2012 ansat som hjerterehabiliteringssygeplejerske ved Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus, og fra 2013 som praktik- og uddannelsesansvarlig samme sted, fra 2019 klinisk uddannelses- og læringspecialist.



TANJA CHRISTIANSEN

Sygeplejerske 2001, Diplomuddannelse i modulerne forandrings- og læreprocesser 2016, metoder i klinisk kvalitetsudvikling 2015, Klinisk vejleder 2012. Uddannet simulationsinstruktør 2017. Siden 2007 ansat på Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus.



ANNETTE PONIKOWSKI

Sygeplejerske 1982, Diplomuddannelse i undervisning og uddannelse 2000, cand. cur. 2005. Siden 2012 været ansat som klinisk vejleder i Vejle Kommune Senior.



REGNER BIRKELUND

Sygeplejerske 1974, cand.cur. 1994, ph.d. 1998, dr.phil. 2008. Siden 2013 ansat som professor i patientcenteret kræftbehandling ved Vejle Sygehus og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet.

regner.birkelund@rsyd.dk

RESUME

Ældre patienter oplever ofte, at der mangler sammenhæng i deres pleje- og behandlingsforløb i overgangene mellem primær og sekundær sundhedssektor. Problemet bekræftes af forskningslitteraturen, der peger på, at samarbejdet er præget af mangelfuld kommunikation.

Med det overordnede formål at forbedre samarbejdet blev otte sygeplejersker fra Vejle Sygehus og Vejle Kommunes hjemmepleje udvekslet mellem de to sektorer i to uger. Efterfølgende blev udvekslingen evalueret via to gruppeinterview.

Der var enighed om, at udvekslingen havde haft stor betydning for deltagerne. De havde fået større indsigt i

hinandens arbejdsvilkår og i forhold med betydning for samarbejdet og kvaliteten af plejen. Afstanden mellem "os og dem" var blevet mindre.

Sygeplejerskerne pegede på, at de var blevet bevidste om, at deres egen kommunikation ikke var så entydig og konkret, som de selv troede. De oplevede desuden, at den skriftlige information ofte er mangelfuld, bl.a. fordi de elektroniske systemer ikke taler godt nok sammen. De pegede på det problematiske i, at de sygeplejersker, som har den direkte patientkontakt i hjemmeplejen, sjældent deltager i udskrivningskonferencerne på sygehuset.

Sygeplejersker samarbejder på tværs

At bytte sygeplejeverden for en periode kan kvalificere patientens pleje- og behandlingsforløb og være en øjenåbner for sygeplejerskerne.

📄 Kan udveksling af sygeplejersker mellem primær og sekundær sektor forbedre samarbejdet mellem sektorerne og øge plejekvaliteten til gavn for patienterne? Artiklen beskriver et udvekslingsprojekt med hjemmeplejen i Vejle Kommune og Hjerterafdelingen ved Vejle Sygehus som initiativtagere. Projektet blev en succes for både sygeplejersker fra hjemmeplejen og fra den specialiserede hospitalet, viser evalueringen.

Manglende sammenhænge ved overgang

Mange ældre patienter oplever, at der i overgangen fra sygehus til kommunal hjemmepleje og omvendt mangler sammenhæng i deres pleje- og behandlingsforløb. Patienterne giver udtryk for ofte at føle sig utrygge, og de oplever, at der ikke er styr på samarbejdet mellem de to sektorer. I



Otte sygeplejersker fra hver af de to sektorer deltog i projektet. Sygeplejerskerne havde alle mindst et halvt til et års praksiserfaring.



litteraturen beskrives, at patienterne føler, at de ikke bliver set med deres individuelle behov, og at overlevering af viden og information ikke sker i tilstrækkeligt omfang (1).

Patienterne udskrives hurtigere end tidligere, og det stigende antal kronisk syge og ældre borgere fører mere komplekse opgaver med sig i primær sektor. Mange genindlæggelser opstår som følge af et mangelfuldt samarbejde (2).

Årsagen til barrierer i samarbejdet kan desuden være, at sygeplejersker i modsatte sektor ikke har tillid til den givne information og mangler forståelse for modsatte sektors perspektiver. Derfor er der behov for, at det specialiserede sygehusvæsen og det nære sundhedsvæsen arbejder tættere sammen for at skabe vellykkede og sammenhængende patientforløb (3). En kvalificeret håndtering af overgange vil kunne øge patientsikkerheden og påvirke patientens oplevelse af forløbet i positiv retning (4).

Der er med andre ord brug for større viden om hinandens arbejdsfelter på tværs af sektorer og et mere tillidsfuldt samarbejde. Det er vigtigt, at sygeplejerskerne på tværs af sektorerne har fælles mål og fælles viden i forhold til den opgave, der skal løses, og at de respekterer hinandens faglighed og oplever sig anerkendt i samarbejdet (5).

For at imødegå udfordringer i samarbejdet mellem de to sektorer, der erfaringsmæssigt gør sig gældende, og som er velbeskrevet i litteraturen, blev der i 2018 igangsat et udvekslingsprojekt.

Denne artikel beskriver projektets udførelse og den betydning, udvekslingen havde for de involverede sygeplejersker.

Udveksling og efterfølgende fokusgruppe-interview

Otte sygeplejersker fra hver af de to sektorer deltog i projektet. Sygeplejerskerne havde alle mindst et halvt til et års praksiserfaring. Under udvekslingen fulgte sygeplejerskerne i to uger en kollega fra den modsatte sektor i det daglige arbejde med særligt fokus på samarbejde og kommunikative processer.

Efterfølgende blev der foretaget to fokusgruppeinterview, så hver gruppe bestod af to sygeplejersker fra hver af de to sektorer, dvs. i alt fire personer. Interviewene varede halvdelen time hver. De tog udgangspunkt i en interviewguide med spørgsmål om samarbejde, relation og kommunikation. Interviewene blev optaget digitalt og efterfølgende transskriberet og analyseret.

Øget respekt for hinandens arbejde

Interviewene viser, at sygeplejerskerne oplever udfordringer i samarbejdet på tværs af sektorerne, og at udvekslingen bidrog til større respekt, tolerance og forståelse for hinanden. At mærke modsatte sektors rammer og arbejdsvilkår på egen krop har ifølge sygeplejerskerne øget forståelsen og respekten for hinandens arbejde og givet anledning til at kvalificere sygeplejen i egen praksis.

Af interviewmaterialet blev der fremanalyseret to markante temaer, 1) Indsigt i den anden sektors arbejdsvilkår, og 2) Udfordringer med kommunikationssystemer.

Tema 1: Indsigt i den anden sektors arbejdsvilkår

Alle otte sygeplejersker tilkendegav, at det var en positiv, inspirerende og lærerig udviklingsproces at være udvekslet til modsatte sektor. De vidste på forhånd kun lidt om modsatte sektors arbejdsvilkår og havde svært ved at forestille sig

dem. Sygeplejerskerne fra sygehuset oplevede udvekslingen som at blive taget ud af én virkelighed og placeret i en anden. De fortalte, at de ved at opleve, hvordan forholdene for sygeplejen i patientens eget hjem var, opnåede en erkendelse og viden, som de ikke kunne have fået på anden måde. En af sygeplejerskerne udtrykte det på denne måde:

”Pludselig forstår jeg det! Ting, jeg har fået fortalt eller har hørt om på temadage, forstår jeg pludselig ved at mærke det på egen krop. Patienten har en yndlingslænestol med drejefod, der ikke kan hæves, og patienten kan ikke rejse sig selv, men siger: ”Kan du ikke lige tage ved den arm her?” Og det må man ikke. Så siger jeg: ”Kan vi ikke bruge en hestetømme, for det bruger vi jo tit på sygehuset.” Men der var jo ikke en hestetømme i hjemmet og heller ikke noget, vi kunne spænde den fast i, jo et sofabord, men det ville jo flytte sig. Jeg har fået øje på, at I gør mange ting, inden patienten kommer hjem, hvor vi på sygehuset er vant til at starte, når vi ser patienten. På den måde arbejder vi forskelligt. Det havde jeg ikke tænkt over før.”

Sygeplejerskerne opnåede således en erkendelse af, hvor svært det kan være at planlægge en udskrivelse, når de ikke er bekendt med rammer og vilkår herunder de arbejdsmiljøregler, der arbejdes under i patientens eget hjem. Her findes ikke hjælpemidler som på sygehuset, hvor de er lige ved hånden. Derfor må der en anden form for planlægning til i hjemmet, og den erkendelse betød, at sygeplejerskerne fremadrettet ville bestræbe sig på at give besked om udskrivelse i god tid for at sikre tryghed og sammenhæng i forbindelse med patientens udskrivelse.

Sygeplejerskerne fra kommunen for-



I forbindelse med udvekslingen er sygeplejerskerne blevet bevidste om, at de ikke formulerer sig så præcist og tydeligt, som de selv troede.

talte, at det er vigtigt for planlægning og udøvelse af sygeplejen, at hjemmet forberedes på patientens hjemkomst:

”Det er vigtigt for os at få forløbsplanen rettidigt - helst et par dage før udskrivelse - for at vi kan planlægge efter det. Så kan hjemmet blive vurderet, og vi kan skaffe hjælpemidler, f.eks. en seng eller en lift, inden patienten er hjemme.”

Vilkår, sygeplejerskerne blev opmærksomme på

De fysiske afstande er et vilkår, som har betydning for sygeplejen i hjemmet. Sygeplejerskerne fra sygehuset fortalte, at de ikke tidligere havde tænkt over, at afstande kan sætte begrænsning for, hvor ofte der kan tilbydes besøg i hjemmet. De havde nu mødt patienter og pårørende, der havde fået stillet noget i udsigt fra sygehuset, som den kommunale hjemmepleje ikke havde mulighed for at indfri, hvilket kom til udtryk på følgende måde:

”Det er os, der modtager borgerne, når de kommer hjem. De er voldsomt frustrerede, fordi de har fået at vide, at vi kommer otte gange i døgnnet, og så kommer vi måske kun tre gange. Det første besøg er efter fire timer, og de har fået at vide, at vi ville stå der og tage imod, når de kom hjem. Det handler om sygehuspersonalets manglende viden om, hvilken hjælp man kan få i kommunen, tænker jeg.”

Sygeplejerskerne fra begge sektorer fortalte, at det havde været godt at se de muligheder og kompetencer, der findes i modsatte sektor. Den viden, mente de, kan bruges til gavn for patienterne fremover. F.eks. fandt de kommunale sygeplejersker ud af, hvordan undersøgelser og operationer foregår, hvilket de kunne bruge i kontakten med patienten.

Sygeplejerskerne fra sygehuset gav tilsvarende udtryk for, at de nu havde fået indblik i de muligheder og kompetencer, der findes i den kommunale hjemmepleje, hvilket ville komme dem til gavn i forbindelse med den information, patient og pårørende skal have ved udskrivelsen. De gav desuden udtryk for at have fået større respekt for hinandens arbejde. De kommunale sygeplejersker fortalte, at de ofte har følt, at samarbejdet ikke var ligevær-

digt på grund af sygehus-sygeplejerskernes dybe specialistviden. Udvekslingen bidrog til, at sygeplejerskerne blev bevidste om, at der i begge sektorer findes vigtig viden og mange forskellige kompetencer.

Tema 2: Udfordringer med kommunikationen

Sygeplejerskerne oplevede udfordringer med kommunikationen, især i komplekse pleje- og behandlingsforløb, hvor der er brug for særlig stor grad af koordinering, bevågenhed og mulighed for feedback.

De otte sygeplejersker beskrev tre måder at kommunikere med hinanden på i samarbejdet om en patient på tværs af sektorerne: skriftlig kommunikation, som foregår via elektroniske systemer, direkte kontakt i forbindelse med udskrivelse af en patient samt den uformelle telefonsamtale.

Sygeplejerskerne oplevede, at de forskellige kommunikationsformer hver især har sine styrker og begrænsninger. De havde erfaring for, at de ikke altid kunne sætte sig ind i det, den anden sektor ville kommunikere til dem, idet der bruges forskellige udtryk om det samme. Udvekslingen bidrog til refleksion over den type udfordringer, men også over mulige måder at forbedre kommunikationen på.

Kommunikationssystemer taler ikke sammen

Sygeplejerskerne oplevede, at det primært var den elektroniske kommunikation, der blev anvendt i praksis. Systemet er standardiseret med regler for, hvad der skal udfyldes, hvilket ikke gør det muligt at tage højde for særlige individuelle behov eller for vidensdeling på tværs af sektorerne. De udtrykte, at de var glade for at kommunikere skriftligt, fordi oplysningerne kan hentes, når de har tid til det, og når de har behov for dem. De havde dog erfaring for, at det kan være svært at finde relevante oplysninger om patienterne, fordi de to sektors it-systemer ikke taler godt sammen. Derfor kan de ikke altid finde de oplysninger, der er behov for. Det skrevne opfattes desuden ofte forskelligt i de to sektorer og giver anledning til misforståelser:

”Hos jer står det i fine kolonner og er meget overskueligt. Det gør det ikke inde hos os. Det står i en lang smøre, og meget står i koder. Det er svært, hvis man leder efter en bestemt ting.”

Distance i kommunikationen

Sygeplejerskerne er desuden blevet opmærksomme på, at det ofte er uklart, hvem de skriver til: ”Hvor havner det, der er skrevet? Er det hos visitatoren, hos en sygeplejerske eller den anden fagperson. Er det overhovedet den, der passer patienten, der læser det?”

Det skaber distance i kommunikationen, når det ikke er klart, hvem der modtager informationen.

I forbindelse med udvekslingen er sygeplejerskerne desuden blevet bevidste om, at de ikke formulerer sig så præcist og tydeligt, som de selv troede. Et eksempel: Når en patient skal vejes dagligt efter udskrivelse, er det vigtigt at skrive, hvorfor og hvad der skal handles på. Er det vægtøgning eller vægttab,



Et fælles mål var fraværende, og den viden, den ene gruppe var i besiddelse af, blev ikke formidlet til den anden.



der fokuseres på hos patienten, og hvad kan accepteres, før der handles? Sygeplejerskerne fra sygehuset oplevede, at der i den kommunale hjemmepleje er ansat flere forskellige faggrupper med forskelligt vidensniveau, hvilket måtte medtænkes i de kommunikative processer i større udstrækning, end det hidtil er blevet gjort, mente de.

Sjældne konferencer på sygehuset

Sygeplejerskerne fra den kommunale hjemmepleje oplevede, at der sjældent afholdes udskrivningskonferencer på sygehuset, og at det primært er med en kommunal visitator som deltager i de tilfælde, hvor en udskrivningskonference finder sted. Den måde at gøre det på fandt de problematisk, idet visitatorer ikke kommer i patientens hjem og ej heller har det samme kendskab til patienten som de sygeplejersker, der jævnligt kommer i hjemmet.

”Vi mangler virkelig at være tilstede hos de komplekse patienter, der kommer hjem. For ikke så længe siden fik vi meldt en terminal patient hjem med en tryghedskasse. Vi kendte overhovedet ikke vedkommende! Vi modtager en forløbsplan, hvor der står, at patienten lige er blevet terminalerklæret og formentlig kun har få levedøgn. Skulle vi ikke lige have været med til det møde? Visitator sagde, at det var der ikke nogen grund til. Jeg synes, det er synd for den patient, der måske er utryk ved at skulle dø, når de ikke kender os og ikke ved, hvad vi kan stille op med. Vi havde brug for at vide, hvordan borgeren og de pårørende havde det med situationen.”

Sygeplejerskerne fra begge sektorer var enige om det hensigtsmæssige i, at det er de sygeplejersker, som har den direkte kontakt med patienterne, der skal deltage i udskrivningskonferencerne. Hensigten er at sikre, at den viden, der er vigtig i forbindelse med patientplejen, bliver overleveret og forstået, og at det, der er stillet patienten og pårørende i udsigt, kan indfries. De henviste til øvrigt til patientens krav på tryghed og sikkerhed.

Uformelle telefonsamtaler foretrækkes

Sygeplejerskerne fortalte, at de til tider kunne have brug for at få afklaret eller uddybet en skriftlig information, og at de nogle gange kunne have behov for et hurtigt svar eller for at få noget forklaret i forbindelse med den skriftlige kommunikation. Telefonisk kontakt blev foretrukket, men de havde samtidig en oplevelse af, at det kunne være vanskeligt at få kontakt med hinanden af den simple grund, at de havde svært ved at finde de relevante kontaktoplysninger. I de tilfælde, hvor det lykkedes at få kontakt, oplevede de til gengæld hjælpsomhed og imødekommenhed.

Perspektiv: En proces med mange misforståelser

Ved overlevering af patienter mellem sektorer er det velkendt fra litteraturen, at mange informationer ikke bliver overleveret, og at patienterne derfor ikke oplever tilstrækkelig sammenhæng i deres forløb. Ifølge Høgsgaard præges udskrivelsesprocessen ofte af misforståelser, manglende og utilstrækkelig dialog og af og til af en form for mistroiskhed over for hinanden begrundet i manglende viden.

Høgsgaard peger på, at de informationer, der sendes på tværs af sektorer, ofte

er skrevet sådan, at de kun kan forstås af den sektor, de kommer fra (6). Høgsgaards forskningsbaserede iagttagelser svarer i stort omfang til det, der gør sig gældende i vores undersøgelse. Udfordringerne hang her sammen med, at den skriftlige kommunikation ofte ikke er præcis og tydelig, og at faggrupperne i hver sektor har forskellig specialviden og derfor kan opfatte informationerne forskelligt.

Den amerikanske forsker, Jody Gittell, argumenterer i sin teori om relationel koordinering for, at grupperne er gensidigt afhængige af hinanden i bestræbelserne på at udføre et arbejde med høj faglig kvalitet. Hun anfører, at det nødvendige samarbejde må understøttes af fælles mål, delt viden og gensidig respekt (7). Ifølge Gittell defineres relationel koordinering som at koordinere og handle med henblik på at integrere egen opgaveløsning ind i den store opgaveløsning. I opgaver præget af gensidig afhængighed, uforudsigelighed og tidspres, som også det danske sundhedsvæsen er underlagt, har dette betydning for både kvalitet og produktivitet, betoner hun (7).

Et lysende eksempel på mangelfuld relationel koordinering og kommunikation om et fælles mål de to sektorer imellem handler om, at hjemmesygeplejerskerne havde fået besked fra hospitalet om, at en patient skulle vejes dagligt, men ikke hvorfor og ved hvilke afvigelse, der skulle handles. Et fælles mål var fraværende, og den viden, den ene gruppe var i besiddelse af, blev ikke videreføret til den anden, hvilket kunne have haft alvorlige konsekvenser for patienten.

Hvis hjemmesygeplejersken havde deltaget i udskrivningskonferencen, evt. sammen med visitatoren, havde hun haft mulighed for at stille afklarende spørgsmål og få andel i den viden, hospitalssygeplejerskerne var i besiddelse af. En mundtlig dialog mellem parterne kunne med andre ord have forebygget misforståelser og øget patientsikkerheden.

Da sygeplejerskerne i de to sektorer ikke tidligere var bevidste om, hvilke muligheder og begrænsninger der er i modsatte sektor, har det været svært for dem at gøre brug af hinandens ressourcer og



Udvekslingen har ifølge deltagerne bidraget til viden om nye tværsektorielle samarbejdsmuligheder.

3

ANBEFALINGER

vedrørende udveksling

Find to grupper sygeplejersker, som I vurderer, kan have udbytte af en udvekslingsperiode

Overvej, om grupperne skal komme fra hver sin sektor eller f.eks. kan komme fra somatik og psykiatri

Forbered udvekslingen grundigt og beslut på forhånd, hvordan I vil evaluere udvekslingen

skabe sammenhæng i patientens forløb. Udvekslingen har ifølge deltagerne bidraget til viden om nye tværsektorielle samarbejdsmuligheder. Den har til lige bidraget til forståelsen af, hvordan de enkelte ydelser afhænger af hinanden og ikke kan stå alene, hvis patientforløbet skal være af kvalitet.

Kommunikation af varierende kvalitet

Sygeplejerskerne fra begge sektorer var af den opfattelse, at respekten for hinanden blev øget via udvekslingen. De er blevet bevidste om, at skal der skabes de bedst mulige forhold for sygeplejen i modsatte sektor, har de selv en opgave i at give tilstrækkelige, uddybende og præcise informationer. Ud over den direkte dialog i forbindelse med udskrivningskonferencer er skriftlig kommunikation et nødvendigt middel, der dog har sine begrænsninger, bl.a. fordi der arbejdes med it-systemer, der ikke i alle sammenhænge taler ordentligt sammen.

I forhold til ukomplicerede forløb, der følger vanlige procedurer, var sygeplejerskerne af den opfattelse, at skriftlig, digital kommunikation ikke bare er anvendelig men også nødvendig.

Gittell har givet udtryk for, at man i princippet ikke behøver at tale sammen for at koordinere. Man kan følge formelle og uformelle procedurer, der automatisk koordinerer overgangen mellem de enkelte faglige funktioners opgaveløsning. Dog vil en sådan koordinering være af varierende kvalitet, hvilket er blevet bekræftet af vores materiale. Gittell skriver, at selv når de bedste arbejdsprocesser bliver opstillet, vil de ikke udmønte sig i praksis, hvis der ikke kommunikeres ordentligt. Velfungerende arbejdsprocesser, skriver Gittell, afhænger af positive samarbejdsrelationer og deltagernes evne og vilje til respektfuld dialog (7).

Konklusionen er, at udvekslingsprojektet har vist sig at have et potentiale til både at forbedre relationen og kommunikationen mellem de to forskellige sektorer til gavn for et bedre og mere sammenhængende patientforløb. Udvekslingen har med andre ord medført, at afstanden mellem os og dem er blevet mindre. ●

Referencer

1. Fælles økonomi skal skabe sammenhæng i patientforløb <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/faelles-oekonomi-skal-skabe-sammenhaeng-i-patientfoerloeob>. Accessed 21-03-2017, 2017. 2. Bengtson J. Hver 5. gamle patient indlægges igen. *Sygeplejersken* 2011;(16-22). http://www.sum.dk/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Indblik-i-sundhedsvaesens-resultater-maj-2016/Indblik-i-sundhedsvaesens-resultater-maj-2016.ashx Accessed 21-03-2017, 2017. 3. KL-udspil. Sammen om sundhed, 2015 https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_75048/cf_202/Sammen_om_sundhed_2015-.PDF Accessed 21-03-2017, 2017. 4. Fælles Velfærd – Pejlemærker for fremtidens offentlige sektor. Finansministeriet. http://quickpaper.rosendahls.dk/Finansministeriet/Faelles_velfaerd/#/6/ Accessed 21-03-2017, 2017. 5. Bryde M, Koch Hess C, Bjerregaard T. Relationel koordinering - ledelse af et effektivt Samarbejde. *Væksthus for ledelse*; 2016. 6. Høgsgaard DM. ”Tværsektoriel samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle når ældre patienter udskrives”: Aktionsforskning om forandringslyst, kompleksitet og styring i et sundhedsvæsen under pres. Roskilde Universitet; 2017. 7. Gittell JH. *Relationers betydning for høj effektivitet - styrken ved relationel koordinering*. København: Dansk psykologisk forlag 2016.

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.



ANN WOLFF BREGENDAHL

Sygeplejerske 2003 fra Vejle Amts Sygeplejeskole, cand.cur. fra Århus Universitet i 2015. Klinisk sygeplejespecialist ved Øre-Næse-Halsafdelingen, Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt.

ann.wolff.bregendahl@rsyd.dk



REBECCA DÆHNELDT NÆSBY

Sygeplejerske 2005 fra Hovedstadens Sygehusfællesskab. Sygeplejerske ved Øre-Næse-Halsafdelingen, Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt.



KATRINE RASMUSSEN

Sygeplejerske 2004 fra Hovedstadens Sygehusfællesskab. Sygeplejerske og Praktik- og Uddannelsesansvarlig sygeplejerske ved Øre-Næse-Halsafdelingen, Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt.

Involvér unges pårørende efter tonsillektomi

Unge, som får fjernet mandler, har brug for forældrene i det postoperative forløb, fordi de bl.a. har smerter og synkebesvær

Et projekt med fokus på unge, som får fjernet mandler, dvs. undergår en tonsillektomi, peger på, at de unge trods information om smertestillende behandling, forholdsregler, kost og væske ikke klarer at være udskrevet fra sygehuset uden hjælp fra familien. Så mor eller far holder fri fra arbejde og flytter ind, eller den unge flytter hjem til forældrene i det postoperative forløb.

Ikke-planlagt kontakt førte til undersøgelse

Tonsillektomi er en af de hyppigste operationer, der udføres, grundet tilbagevendende infektion og forstørrede tonsiller. Postoperativt viser operationen sig ofte at forbedre patientens livskvalitet (1). På Øre-Næse-Halsafdelingen, Vejle Sygehus, er der i 2018 foretaget godt 300 tonsillektomier, hvoraf de unge i alderen 12-25 år udgør ca.45 pct. af det samlede antal opererede (2).

De unge synes særligt interessante, da sygeplejerskerne oplever, at de og deres pårørende ofte har ikke-planlagte kontakter til afdelingen postoperativt på grund af stærke smerter, utilstrækkeligt væske- og fødeindtag samt symptomer, der skaber grund til bekymring. Vi ved fra litteraturen og fra praksis, at tonsillektomi er en af de mest smertefulde operationer, der udføres. Smerteintensiteten er høj og stiger med alderen for at toppe omkring de 16-20 år (1,3). Den postoperative rekreationsproces beskrives

RESUME

På Øre-Næse-Halsafdelingen, Vejle Sygehus oplever sygeplejerskerne, at unge tonsillektomipatienter (patienter, som har fået fjernet mandler) ofte kontakter afdelingen postoperativt pga. smerter og symptomer, der skaber bekymring.

Internationale studier viser, at tonsillektomipatienter eller deres pårørende ofte har ikke-planlagte

kontakter til sundhedsvæsnet postoperativt, fordi de mangler information. Derfor er det interessant at få indsigt i unges oplevelse af forløbet for at belyse, om der opstår problemstillinger, som kan forebygges eller minimeres gennem sygepleje.

En fotodagbog- og interviewundersøgelse peger på, at unge bedre kan mestre smerte og opleve symp-

tomer, når de er forberedt på disse, hvorfor et højt informationsniveau er betydningsfuldt for patientens mestring under rekreationsforløbet.

Involvering af pårørende er betydningsfuldt for udfaldet af unges rehabiliteringsforløb, og derfor bør personalet invitere til dialog og tilbyde både patient og pårørende støtte og vejledning.

ofte som problematisk med stærke smerter samt symptomer som blødning og utilstrækkeligt væske- og fødeindtag som væsentligste potentielle problemer, der kan vare op til 14 dage (1,3). Et dansk studie fra 2016 med deltagelse af godt 600 tonsillektomerede patienter viser, at 23 pct. af patienterne havde ikke-planlagt kontakt til sundhedsvæsnet postoperativt (3).

En undersøgelse foretaget på Øre-Næse-Halsafdelingen, Vejle Sygehus, understøtter overstående resultater. Her viser gennemgangen af 128 journaler på unge tonsillektomipatienter et år tilbage, at godt 30 pct. af patienterne havde ikke-planlagt kontakt til afdelingen postoperativt pga. smerter og symptomer, de ikke var forberedt på (2).

En litteratursøgning efter forskningsbaseret viden, se boks 1, som kunne belyse unges oplevelse og håndtering af rekreationsforløbet efter tonsillektomi, herunder viden om de ikke-planlagte kontakter til sundhedsvæsnet, giver sparsomme resultater og omhandler børn og forældres plejebehov i det postoperative forløb. Det synes derfor interessant at undersøge, hvordan de unge klarer sig igennem rekreationsforløbet, og om der opstår problemer, der kan forebygges eller minimeres ved øget fokus på sygeplejefaglige interventioner i det postoperative forløb.

Unge patienter lavede fotodagbog

Undersøgelsen omfatter syv patienter, seks unge piger og en ung mand i alderen fra 16-21 år. Ønsket var at følge patienternes daglige udvikling, og patienterne blev derfor bedt om at udarbejde en fotodagbog. De 14 dage rekreationsforløbet stod på, har de dagligt skulle tage et billede med deres mobiltelefon af en situation, som har fyldt særligt for dem den pågældende dag, positiv som negativ. Billedet er efterfølgende sendt til os med en lille tekst, der beskriver, hvad billedet illustrerer, se boks 2.

Godt 14 dage efter operationen er patienterne blevet ringet op og interviewet om deres oplevelse og håndtering af rekreationsprocessen. Interviewene tog afsæt i de billeder og beskrivelser, patienten har sendt samt i en semistruktureret interviewguide. Interviewene er optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. Analyse af interviewene er foretaget med baggrund i Kvale & Brinkmanns fortolkningskontekster; selvforståelse, kritisk-commonsense-forståelse samt teoretisk forståelse (4), se boks 3. Patienterne er tilfældigt valgt ud fra det planlagte operationsprogram og er informeret mundtligt og skriftligt om undersøgelsen på operationsdagen. Samtykkeerklæring er underskrevet inden udskrivelse. Der er indhentet tilladelse hos Datatilsynet til gennemførelse af undersøgelsen. Patientdata er anonymiseret og behandlet fortroligt.

Ønske om indsigt i de unges oplevelse

Formålet med analysen af fotodagbøger og interview var at få større indsigt i de unges oplevelse og håndtering af rekreationsprocessen. Analysen

Boks 1. Litteratursøgning

Der er ud fra problemstillingen i første omgang søgt på bibliotek.dk, hvor den fremsøgte litteratur er brugt som baggrundsviden og inspiration til relevante søgeord. Derefter er der systematisk søgt efter forskningsartikler i de sygeplejefaglige databaser Cinahl, Pubmed, Svemed+ samt PsycINFO på følgende søgeord: *patient experience, patient management, patient complianc, patient perception, tonsillektomy, tonsillectomi, tonsillect, young, youngadults, postoperative period, recovery, postoperative, rehabilitation*. Emneord er fundet ved Major subjectHeadings (mH) og MeSH ord. Søgeperioden er udvidet til 10 år, dvs. fra 2009-2019 pga. sparsomme fund. Sneboldsmetode er desuden anvendt, hvor referencer fra udvalgte artikler er fundet.



Vi ved fra litteraturen og fra praksis, at tonsillektomi er en af de mest smertefulde operationer, der udføres.

peger på tre temaer, der udgør en helhed, og vil blive præsenteret ud fra en teoretisk forståelse med underbygning af patientudsagn.

Tema 1: Pårørende, en vigtig medspiller i rekreationsprocessen

Tema 2: At opleve en smerte og symptomer, man ikke er forberedt på

Tema 3: At holde ud trods smerter

Tema 1: Pårørende, en vigtig medspiller i rekreationsprocessen

Et noget overraskende fund fra analysen er betydningen af de pårørendes hjælp og opbakning i rekreationsforløbet. De første fem-syv dage af forløbet tilkendegiver patienterne, at de har haft en eller flere pårørende omkring sig for at hjælpe til og tage vare på dem. Line, 19 år, fortæller:

”Min mor var ved min side den først uge og havde taget fri.”

Flere udsagn peger på, at de pårørende dels har stået for indkøb, tilberedning og servering af mad og drikke, som patienterne har haft lyst til. Dels har de hentet de ting, patienterne har manglet, så de ikke skulle stå ud af sengen, har hjulet dem i bad, og har haft dem overnattende i soveværelset, så de var under opsyn. Analysen peger desuden på, at der har været et gensidigt afhængighedsforhold pårørende og patienter imellem. Et gensidigt afhængighedsforhold som til tider skabte problemer, da de pårørendes tilskyndelser og gode hensigter kunne blive for meget for patienterne og i stedet blev opfattet som et irritationsmoment. Line, 19 år, siger:

”Jeg blev mega sur, når min mor prøvede at presse på med maden, fordi jeg bare ikke havde lyst. Jeg vidste jo godt, at det var det, jeg skulle, men jeg har bare igno-

reret hende, når hun sagde, at jeg skulle spise. Jeg lod som om, jeg ikke kunne høre hende.”

Flere patienter fortæller, at deres pårørende således har presset på for at få dem til at spise og drikke, selvom de har givet udtryk for manglende lyst og stærke smerter forbundet hermed. På trods heraf tilkendegiver patienterne, at de pårørendes tilskyndelser har været berettigede og motiverende, og at det har hjulpet dem igennem forløbet. Dan, 17 år, beretter:

”De (forældre) blev ved med at presse på, hvilket var ret irriterende, men det var jo godt, for så blev du jo nødt til at prøve, og jeg kunne jo mærke, at jeg fik det bedre, når jeg fik lidt at spise og drikke.”

Fundene fra interviewene stemmer overens med resultater af andre undersøgelser (5,9,10). Pårørendedeltagelse angives at have særlig betydning for patientens rekreativ forløb, da patientens indtagelse af sufficient føde og væske ses at være afhængig af, at pårørende tager ansvar for og aktiv del heri. Det er en pårørendedeltagelse som ofte fordrer, at forældre, større søskende, venner eller bedsteforældre har mulighed for at blive hjemme og tage vare på patienten eller telefonisk har mulighed for at skabe kontakt til patienten flere gange dagligt for at høre til vedkommende (5,9,10).

Patienterne beretter desuden, at de pårørende har taget aktiv del i smertebehandlingen, idet de har sat vækkeuret til at ringe om natten, har kontaktet afdelingen for råd og vejledning ift. smertehåndtering, er taget hjem fra arbejde eller har ringet hjem for at minde patienten om at tage smertestillende medicin. Dan, 17 år fortæller: ”Min far arbejder næsten lige ved siden af vores hus, så han har været hjemme for at give mig smertestillende, så jeg ikke skulle til at stå ud af min seng.”

Lignende resultater genfindes i andre undersøgelser, hvor det fremgår, at det i høj grad er forældrene, som den første tid står for udlevering og koordinering af smertebehandlingen (5,8,9,10). Flere af undersøgelserne opfordrer til forbedret samarbejde mellem pårørende og sundhedspersonale, så pårørende infor-

meres både skriftligt og mundtligt om smerte- og symptombehandling og dermed bedre kan støtte patienten i rekreativ forløbet (5,8,9,10).

Der tegner sig således et billede af, at pårørendedeltagelse er af stor betydning for udfaldet af patientens rekreativ forløb, og derfor kan pårørendes med fordel inddrages og medtænkes af sundhedspersonalet i det præ- og postoperative forløb.

Tema 2: At opleve en smerte og symptomer, man ikke er forberedt på

Patienterne fortæller, at de føler sig godt informeret om efterforløbet, og at det kun er ganske få spørgsmål, de har savnet svar på derhjemme. Analysen peger dog på, at smerteintensiteten og symptomerne overraskede flere af patienterne, og at de derfor er i kontakt med afdelingen én eller flere gange for at søge råd og hjælp. Patienterne beretter om smerter i ører, mund, kæbeparti, tunge og drøbel. Smerter, de som udgangspunkt ikke er forberedt på, men som kommer til at fylde rigtig meget for dem i efterforløbet. Sofie, 20 år forklarer: ”Så derfor ringede vi ind for at spørge, om det var normalt at få så ondt i ørerne, for det havde vi ikke fået nogen advarsel om.”

Flere patienter overraskes af smerteintensiteten og symptomerne efter tonsillektomi, viser undersøgelser. (3,5,6) Det overraskende moment fører

Boks 2. Udsnit af fotodagbøger

Her vises et lille udsnit af tilsendte fotodagbøger. Til hvert billede er medsendt en billedtekst.

”Billedet er taget i formiddags. Allerede dér vidste jeg, hvad der ville fylde mest i dag. I dag er en af de dårligere dage. Det føles, som om der er en kæmpe slåskamp i gang i min hals med både sværd og knive. Af den grund har jeg sagt ca. 10 ord i dag. Jeg har knap nok rejst mig fra sofaen og faktisk bare puttet med min meget tykke kat hele dagen. Trods smerten er det super hyggeligt med put fra min kat og min mor, der er hjemme. Jeg håber, dagen i morgen bliver bedre. Jeg vil bruge resten af aftenen på at spise vaniljeis og isterninger”

Billede og beskrivelse sendt af Signe, 21 år, på tredje dag postoperativt.

”Har i dag opdaget at jeg har en tråd til at sidde i halsen, den har været med til at irriterer helt vildt, og gør det endnu. Vidste ikke at jeg var blevet syet i munden.”

Billede og beskrivelse sendt af Line, 19 år, på ottende dag postoperativt.

”Nu er smerten for alvor begyndt. Det her er en pille morfin, som den dag var min eneste redning fra smerten”

Billede og beskrivelse sendt af Anne, 21 år, på fjerde dag postoperativt.



ofte til ængstelse og usikkerhed hos patienten pga. manglende kendskab til, at smerter eller symptomer er normale efter operationen (5,6,7)

Analysen peger desuden på, at patienterne langt bedre har kunnet håndtere smerter og oplevede symptomer i situationer, hvor de har været forberedt på, at de kunne forekomme, og hvor de har fået indgående viden om og kendskab til, hvordan de skal tackle situationen, f.eks. en efterblødning.

Sofie, 20 år, fortæller: "Blødning har ikke fyldt særlig meget. Jeg har følt mig ret tryk ved, at vi har fået så meget info fra sygehuset om, hvad skal du gøre, hvis det bløder."

Det er væsentligt for patienter i håndteringen af det postoperative forløb, at de kan genkende oplevede symptomer og har de nødvendige færdigheder og tillid til at kunne takle situationen, fordi det styrker efterforløbet for patienten, viser undersøgelser (1,6,7). Realistiske forventninger til rekreationsforløbet synes derfor betydningsfulde for patientens oplevelse og håndtering af efterforløbet. Derfor kan detaljeret mundtlig og skriftlig vejledning og information om efterforløbet med fordel tænkes ind i den præ- og postoperative samtale.

Tema 3: At holde ud trods smerter

Patienterne tilkendegiver, at de som udgangspunkt føler sig godt informeret om, hvordan og hvor ofte de skal tage den smertestillende medicin ud fra det udleverede smerteschema og egen døgnrytme. På trods heraf peger analysen på, at patienterne slavisk har fulgt tiderne på det udleverede smerteschema pga. frygten for smertegennembrud. Flere af patienterne forklarer, hvordan de eller deres forældre den første uge har sat vækkeuret til at ringe hver sjette time. Anne, 21 år fortæller: "Jeg satte vækkeuret, fordi jeg var meget bange for, at jeg ikke havde mere smertestillende i min krop, og så var jeg bange for at få sindssygt mange smerter."

Patienterne beretter, at de ikke altid har oplevet tilstrækkelig virkning af den smertestillende medicin, de har haft til rådighed, og at de derfor på forskellig vis har prøvet at klare sig igennem bl.a. ved hjælp af med non-farmakologiske metoder, herunder kolde væsker og is. Dan, 17 år beskriver: "Man lå jo vågen om natten, og så har du ondt, og så skal du lige op og gå lidt rundt, og så tager du en kold smoothie, for at se om det kan hjælpe, og så forsøger du igen at lægge dig til at sove, og så vågner du efter en halv time. Jeg vågnede tit meget tidligt, og så lå jeg kiggede på klokken og bare ventede på, at jeg måtte tage det smertestillende, og så tænkte jeg bare fuck mit liv. Fuck der er lang tid til endnu."

Manglende specifik information om forventelige smerter og smertebehandling postoperativt er associeret med højere smerte i efterforløbet, viser undersøgelser (1,3,6,8). Den hyppigste årsag til ikke-planlagte kontakter til sundhedspersonalet postoperativt blandt tonsillektomipatienter er som en følge heraf smerter (2,4,6). Patienterne beskriver desuden, at halssmerterne er meget intense, især den første uges tid, og værst omkring 3. - 6. dagen. De fortæller, hvordan de i perioder bevidst undgår at synke ved at spytte mundvandet ud i håndvasken, undlader at spise og drikke og skriver, når de skal kommunikere med andre, fordi det er for smertefuldt at tale. Signe, 21 år fortæller:

"Det var en lortedag. Det gjorde mega ondt, og jeg kunne slet ikke sige noget, for så gjorde det ulideligt ondt. Så jeg forsøgte slet ikke at snakke.



Undersøgelsen omfatter syv patienter, seks unge piger og en ung mand i alderen fra 16-21 år.

Så jeg havde et stykke papir, som jeg skrev på, når jeg manglede noget."

På 7. - 8. dagen viser analysen, at patienterne overraskes over oplevet bedring i smerteintensiteten, og at de allerede omkring 11. - 14. dagen oplever at være klar til at vende tilbage til hverdagen.

Urealistiske forventninger til efterforløbet, mangelfuld information om håndtering af smertebehandling samt insuffICIENT smertedækning er medvirkende til mange ikke-planlagte kontakter postoperativt, viser undersøgelser (3,6,8). Flere studier anbefaler derfor også optimering af samt mere detaljeret og omfattende information om smertebehandlingen, da det styrker patienters håndtering og mestring af det postoperative forløb (3,6,8). Der tegner sig således et billede af, at et højt informationsniveau vedr. håndtering af smerter samt optimering af smertebehandling postoperativt med fordel kan tænkes ind i det præ- og postoperative forløb.

Brugbar viden om unges oplevelser

Undersøgelsen har i særlig grad bidraget med viden på to områder. Det ene er, at pårørendedeltagelse er af betydning for udfaldet af patientens rekreationsforløb, og at sundhedspersonalet derfor med fordel kan være opsøgende, invitere til dialog og tilbyde støtte og vejledning til både patient og pårørende. Det andet,

Boks 3. Analyse af interview

Analyse af interviewene er foretaget med baggrund i Kvale & Brinkmanns fortolkningskontekster; selvforståelse, kritisk-commonsense-forståelse samt teoretisk forståelse. Gennem selvforståelse er meningen med informantens udsagn kondenseret ud fra informantens egen opfattelse af, hvad udsagnet betyder, sådan som vi har forstået det. Gennem kritisk commonsense-forståelse er der anlagt en bredere forståelsesramme, som rækker ud over informantens selvforståelse. Vi har således forholdt os kritisk over for, hvad der bliver sagt samt personen, som har fremsat det. Gennem teoretisk forståelse er der med afsæt i litteraturen anlagt en teoretisk ramme, så der er skabt en ny forståelse af mening med informantens udsagn.

3

ANBEFALINGER

involvering af forældre til unge patienter efter tonsillektomi

Overvej, om ikke-planlagte kontakter med afdelingen postoperativt bør minimeres eller kan erstattes af f.eks. en opringning fra afdelingen.

Unge mennesker og deres forældre skal involveres i det postoperative forløb efter tonsillektomi. Beskriv, hvordan involveringen kan foregå.

Vurder, om unge menneskers smertebehandling og behov for information bliver tilgodeset i tilstrækkelig grad på jeres afsnit.

som synes særligt værd at bemærke, er, at sundhedspersonalets informationsniveau om efterforløbet har væsentlig betydning for patienters og pårørendes oplevelse af trykthed, herunder oplevelsen af bedre at kunne mestre rekreationsprocessen.

Undersøgelsen førte til forbedringer

Viden fra undersøgelsen og litteraturen peger på, at der er flere faktorer, der har indflydelse på de unges oplevelse og håndtering af rekreationsprocessen efter tonsillektomi. F.eks. har patienter og pårørende brug for optimeret smertebehandling og solid skriftlig og mundtlig information om rekreationsforløbet. På baggrund af undersøgelsens resultater er der i afdelingen udarbejdet en ny instruks for smertebehandling af unge tonsillektomipatienter over 12 år, hvor bl.a. dosis af smertestillende medicin er øget. Derudover udskrives patienterne i dag med et personligt udskrivelsesbrev tilpasset den enkelte patient. Udskrivelsesbrevet beskriver bl.a. forholdsregler, mulige symptomer og håndtering af disse samt tilrådet smertebehandling med afsæt i smerteske-maet. I afdelingen arbejdes desuden med, hvordan sundhedspersonalet i højere grad kan medtænke de pårørende, når der skal tages beslutning om operation og informeres om rekreationsforløbet. ●



På baggrund af undersøgelsens resultater er der i afdelingen udarbejdet en ny instruks for smertebehandling af unge tonsillektomipatienter over 12 år, hvor bl.a. dosis af smertestillende medicin er øget.

Referencer

1. Guntinas-Lichius O, Geissler K, Komann M, et al. Inter-hospital variability of postoperative pain after tonsillectomy: prospective registry-based multi-centre cohort study. *PloSone* 2016;11. 2. Bregendahl A. Når unge tonsillektomipatienter kontakter afdelingen postoperativt grundet bekymring. Abstrakt fra Katalog for excellent sygepleje, Sygehus Lillebælt. 2019 [cited 2019 Aug 21] <https://intra.slb.rsyd.dk/afd/lru/rup/splr/katalog/Sider/default.aspx> 3. Kamarauskas A, Dahl MR, Hlidarsdottir T, et al. Need for better analgesic treatment after tonsillectomy in ear, nose and throat practices. *Danish medical journal* 2013;60 4. Kvale S & Brinkmann S. Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk. København: Hans Reitzel; 2015. 5. Le T, Drolet J, Parayno E, et al. Follow-up phone calls after pediatric ambulatory surgery for tonsillectomy: what can we learn from families? *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2007;(22). 6. Ovesen T, Kamarauskas G, Dahl M, et al. Pain and bleeding are the main determinants of unscheduled contacts after outpatient tonsillectomy. *Danish medical journal* 2012;59. 7. Berg K, Årestedt K, Kjellgren K. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *Int J Nurs Stud* 2013;50. 8. Howard D, Davis FK, Phillips E, et al. Pain management for pediatric tonsillectomy: an integrative review through the perioperative and home experience. *Journal for Specialist in Pediatric Nursing* 2013;19. 9. Nascimento CA, Warnock F, Pan R, et al. Parent's participation in managing their children's postoperative pain at home: an integrative literature review. *Journal of Pain Management Nursing* 2018;10. 10. Wiggins SA. Family exemplars during implementation of a home pain management intervention. *Issues in comprehensive pediatric nursing* 2009;32.

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.



MAJ-BRITT BRINKMANN

Sygeplejerske 2001. Master of Health Science (Nursing) fra Viborg Sygeplejeskole/Deakin University, Australien 2012. Klinisk sygeplejespecialist i Neurologi, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenhed Midt.

Maj-Britt.Brinkmann@Viborg.RM.dk



BIRGITTE BRASK SKOVGAARD

Sygeplejerske 1994. Master i Læreprocesser, specialiseringslinje: Didaktik og professionsudvikling, Aalborg Universitet, 2009. Projektleder, PRINCE2. Klinisk sygeplejespecialist, Forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt.



RAYMOND KOLBÆK

Sygeplejerske 1982. SD i Undervisning og Uddannelsesplanlægning 1988, Cand. Cur. 1995, Aarhus Universitet. Ph.d. 2013, Københavns Universitet. Forskningslektor, Sygeplejerskeuddannelsen, Campus Viborg - VIA. Ekstern lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet og School of Nursing and Midwifery, Deakin University, Melbourne, Australien. Leder af Center for Forskning i Klinisk Sygepleje ved Hospitalsenhed Midt og Sygeplejerskeuddannelsen, VIA.

Dokumentation er en væsentlig del af sygeplejen

Dokumentation anskues ikke som en del af sygeplejen, viser en spørgeskemaundersøgelse. Der synes at være opstået en form for dokumentationstræthed, som hæmmer udvikling af sygeplejen.

Resultater fra en spørgeskemaundersøgelse om sygeplejersker og social- og sundhedsassistenters oplevelser af dokumentation på Hospitalsenhed Midt (HE Midt) tyder på, at respondenterne bidrager til en retorik, der adskiller dokumentation fra at være en del af det sygeplejefaglige arbejde til at være noget, som er udenfor. Denne artikel argumenterer for, at dokumentation er et sygeplejefagligt kerneområde, og at dokumentation medvirker til øget patientsikkerhed og kvalitet.

Sygeplejefaglig Dokumentationsgruppe (SDG), se boks 1, på HE Midt gennemførte i 2018 en spørgeskemaundersøgelse om sygeplejerskers og social- og sundhedsassistenters dokumentationspraksis; herefter betegnet "sygeplejegruppen". Idéen til undersøgelsen opstod blandt de af dokumentationsgruppens medlemmer, som deltog i en national dokumentationskonference i 2017, hvor resultater fra en dansk undersøgelse om sygeplejerskers oplevelser med dokumentation blev præsenteret (1).

RESUME

Sygeplejefaglig Dokumentationsgruppe på Hospitalsenhed Midt gennemførte i 2018 en spørgeskemaundersøgelse om sygeplejerskers og social- og sundhedsassistenters dokumentationspraksis. Formålet var at opnå indsigt i, hvad der kunne forbedre kvaliteten af dokumentationspraksis til gavn for sygepleje og patientsikkerhed og skabe et fundament for en strategi for sygeplejefaglig dokumentation.

Tre resultater adskilte sig væsentligt fra undersøgelsens øvrige resultater: "Inddragelse af patienten i dokumentationen", "Muligheden for at dokumentere under

den direkte patientkontakt" og "Oplevelsen af mangelfuld dokumentation, der har medført utilsigtede hændelser og/eller fejl".

Resultaterne tyder på, at undersøgelsens respondenter bidrager til en retorik, der adskiller dokumentation fra at være en del af det sygeplejefaglige arbejde til at være noget, som er udenfor.

Artiklen argumenterer for, at dokumentation er et sygeplejefagligt kerneområde, og at dokumentationen medvirker til øget patientsikkerhed og kvalitet.

Resultaterne vakte interesse for at undersøge, om lignende erfaringer kunne genfindes på HE Midt. Sundheds-it-enheden, HE Midts daværende oversygeplejersker og sygeplejefaglige direktør bakkede op om at gennemføre en lignende undersøgelse blandt HE Midts sygeplejegruppe.

Formålet var dels at opnå indsigt i sygeplejegruppens oplevelse af den sygeplejefaglige dokumentationspraksis, dels at undersøge hvad der kunne forbedre kvaliteten af dokumentationspraksis til gavn for sygepleje og patientsikkerhed samt at skabe et fundament for en strategi for sygeplejefaglig dokumentation.

To kliniske sygeplejespecialister udførte undersøgelsen på vegne af dokumentationsgruppen med bistand fra HR Kvalitet og Center for Forskning i Klinisk Sygepleje, HE Midt.

Spørgsmål dækkede syv temaer

1.875 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fik tilsendt et elektronisk spørgeskema med 20 spørgsmål. De inkluderede informanter var fastansat i basis- og specialstillinger, udførte klinisk arbejde med daglig patientkontakt og dokumenterede i Midt EPJ, Region Midts elektroniske patientjournal.

Spørgsmålene blev inspireret af den nationale undersøgelse fra 2017, som er omtalt ovenfor (1), og afspejler syv temaer om dokumentation; herunder formål og indhold i dokumentation, involvering af patienter i dokumentation og ledelsesprioritering af dokumentation, se boks 2 på næste side. Sygeplejegruppen kunne angive graduerede svar og enkelte steder supplere med fritekstbesvarelser.

53 pct. (N=995) besvarede alle undersøgelsens spørgsmål. 2 pct. (N=35) besvarede delvist spørgsmålene, mens 45 pct. (N=848) ikke svarede. 88 pct. (N=875) af respondenterne var sygeplejersker, 12 pct. (N=120) var social- og sundhedsassistenter.

Klinisk relevante spørgsmål

Deskriptiv analyse blev anvendt med frekvenstabeller. 106 supplerende fritekstbesvarelser i temaerne 1-6 blev beskrevet og sammenfattet i analysen. 800 fritekstbesvarelser i tema 7 blev kategoriseret i 5 temaer, se boks 3 på næste side.

Boks 1. Sygeplejefaglig Dokumentationsgruppe, HE Midt

Fakta om Sygeplejefaglig Dokumentationsgruppe, HE Midt

- Gruppen er sammensat af dokumentationsansvarlige klinikere, kliniske sygeplejespecialister og sygeplejefaglige ledere med repræsentanter fra alle oversygeplejerskeområder. Desuden Kvalitet, Center for Forskning i Klinisk Sygepleje og Sundheds-IT.
- Gruppen refererer til Rådet for Patientregistrering og Dokumentation, som har en besluttende og koordinerende rolle i forhold udvikling og tilpasning af det sundhedsfaglige indhold i Midt EPJ og dokumentationspraksis på HE Midt.
- Gruppens formål er at medvirke til, at nationale, regionale og lokale retningsgivende dokumenter og love om sygeplejefaglig dokumentation efterleves og overholdes på HE Midt.
- Gruppens opgave er at sikre sammenhæng mellem lokale og regionale dokumentationsråd. Herunder skal gruppen f.eks.
 - Identificere indsatsområder for sygeplejefaglig dokumentation
 - Medvirke til implementering og monitorering af sygeplejefaglige kliniske retningslinjer
 - Synliggøre og viderebringe identificerede problemstillinger til Rådet for Patientregistrering og Dokumentation.

Kilde: Kommissorium for Sygeplejefaglig Dokumentationsgruppe, HE Midt.

Boks 2. . Spørgeskemaundersøgelsens syv temaer og spørgsmål

Oversigt over spørgeskemaundersøgelsens syv temaer og spørgsmål (indledende spørgsmål om stillingsbetegnelse, ansættelsessted m.v. er ikke medtaget):

Tema 1: Sygeplejegruppens oplevelser af formål med dokumentation samt enighed og klarhed over, hvad der skal dokumenteres

- Hvad, mener du, er formålet med at dokumentere sygepleje?
- Er det klart for dig, hvad du skal dokumentere?
- Er der generel enighed i din faggruppe på din afdeling/dit center om, hvad der skal dokumenteres?

Tema 2: Indhold i sygeplejegruppens dokumentation

- Hvad bruger du tid på at dokumentere?
- Mener du, at de sygeplejefaglige handlinger beskrives tilstrækkeligt i dokumentationen?

Tema 3: Sygeplejegruppens involvering af patienter i dokumentationen

- I hvilken grad involverer du patienten i din dokumentation?
- Er det muligt at dokumentere i den direkte kontakt med patienten?

Tema 4: Rammer og vilkår for dokumentation

- Giver Midt EPJ et overblik over patienten og dennes forløb?
- Er der tilgængelige IT-pladser på din arbejdsplads?
- Har du tilstrækkelige IT-kompetencer til at dokumentere sygepleje?

Tema 5: Sygeplejegruppens muligheder for at anvende og afgive dokumentation

- I hvilken grad har du mulighed for at sætte dig ind i egen eller dine kollegers dokumentation for den patient, du har ansvar for?
- Har du mulighed for at dokumentere din sygepleje hos den patient, du har ansvar for?
- Har du indenfor den sidste måned oplevet mangelfuld dokumentation?

Tema 6: Ledelsesprioritering af dokumentation

- Prioriterer din ledelse dokumentationsarbejdet?

Tema 7: Sygeplejegruppens forslag til forbedring af dokumentationspraksis

- Hvad mener du, der skal til for at forbedre dokumentationspraksis på din arbejdsplads?

Kilde: Sygeplejegruppens dokumentationspraksis 2018 – en spørgeskemaundersøgelse på Hospitalsenhed Midt (HEM).

Der er ikke testet for statistisk signifikans, da undersøgelsen ikke havde til hensigt at identificere forskelle hverken i sygeplejegruppen eller blandt de fire regionshospitalet Hammel, Silkeborg, Skive og Viborg, som på undersøgelsestidspunktet udgjorde HE Midt. Der blev i stedet lagt vægt på, at undersøgelsens resultater skulle være klinisk relevante og forståelige at arbejde med på afdelings- og hospitalsniveau. Derfor blev der også udarbejdet individuelle rapporter på afdelings- og centerniveau, så afdelingerne kunne arbejde målrettet med deres egne resultater.

Tre fund skilte sig ud

For temaerne 1-6 er der særligt tre fund, der skiller sig væsentligt ud, se boks 4 på næste opslag. Disse er ”Involvering af patienten i dokumentationen”, ”Muligheden for at dokumentere under den direkte patientkontakt” og ”Oplevelsen af mangelfuld dokumentation, der har medført utilsigtede hændelser og/eller fejl”. De tre fund bliver uddybet i det følgende.

Hvad betyder det at involvere patienten i dokumentation?

Spørgeskemaet definerer ikke, hvad det vil sige at involvere patienten i dokumentationen. Dog angav 45 pct. af sygeplejegruppen, at de i høj eller nogen grad involverer patienten i dokumentationen. Tallet kan måske forklares ud fra en undersøgelse fra 2018 om læger og sygeplejerskers holdning til patientinvolvering, hvor det beskrives, at stigende krav til registrerings- og dokumentationspraksis i sundhedsvæsenet opfattes som en væsentlig barriere for at involvere patienter (2). Undersøgelsen identificerer også arbejdspress og organisatoriske vilkår som barrierer, der kan betyde, at patientinvolvering nedprioriteres. Nedprioriteringen foregår, selvom både læger og sygeplejersker ønsker at involvere patienterne og konkret foreslår, at dokumentation skal foregå sammen med patienten (2).

Tilsvarende ønsker og barrierer for patientinvolvering i dokumentationspraksis kan genfindes i HE Midts undersøgelse. Fritekstudsagn fra undersøgelsen illustrerer dette:

”Mere tid!! Travlhed og mange akutte patienter gør, at dokumentationen til tider nedprioriteres (...)!” (3, s. 69).

”Bedre tid og vilkår, så der kan dokumenteres sammen med patienterne, det vil sige flere bærbare computere, som kan tages med på stuen” (3, s. 74).

”Flere bærbare computere. Hurtigere netværk og opstart af pc. Eventuelt iPads til alle, så man hele tiden kunne være opdateret på/sammen med patienten. Kunne så svare på spørgsmål fra patienten omkring medicin, blodprøver, behandling osv.” (3, s. 30).

”At vi bliver bedre til at anvende de computere, som står på patientstuerne, så vi involverer patienten i dokumentationen (...)” (3, s. 67).

Udsagnene udtrykker forskellige opfattelser om dokumentationspraksis og dokumentation sammen med patienter. Der synes at være enighed om, at tid, travlhed og mangel på computere er vilkår, der påvirker sygeplejegruppens dokumentationspraksis negativt, uanset om dokumentationen foregår sammen med eller uden patienten. Udsagnene kan dog ikke dokumentere, at formuleringer som ”sammen med patienten” og ”involvering af patienten” er udtryk for en fælles forståelse af, hvad det vil sige at involvere patienten i dokumentationen.

Involvering af patienter er et prioriteret indsatsområde i sundhedsvæsenet og en del af den politiske dagsorden (4). I det nationale kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet har regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening opstillet indikatorer til at måle patienters tilfredshed og patienters oplevelse af involvering (4). Målingerne tager dog ikke højde for, at det er individuelle forståelsesrammer, der betinger resultatet (5-7).

Når udgangspunktet ikke er entydigt, bliver patientinvolvering vanskelig at måle på, og kriterierne for succesfuld patientinvolvering uklare - også når det drejer sig om at involvere patienter i sygeplejefaglig dokumentation.

Hvad betyder det at dokumentere i den direkte patientkontakt?

50 pct. angiver, at det i høj eller nogen grad er muligt at dokumentere i den direkte patientkontakt. Undersøgelsen afklarer dog ikke, hvad formuleringen ”dokumentation i direkte patientkontakt” betyder, og resultatet kan derfor fortolkes tvetydigt. I undersøgelsen fremkommer f.eks. to udsagn, hvor ”dokumentation i den direkte patientkontakt” kan fortolkes som dokumentation, der ikke nødvendigvis involverer patienten, men sikrer, at dokumentationen er tidsvarende og foregår så tæt på den dokumenterede hændelse som muligt, uden unødigt forsinkelse. I fagsprog kaldes dette tidstro registrering.

”Vi er meget opmærksomme på tidstro dokumentation og har pc’er på patientstuerne, hvor vi dokumenterer sammen med patienterne. Vi bliver dog alt for ofte forhindret i denne proces på grund af travlhed og overbelægning ... I et presset sundhedssystem med svært syge og behandlingskrævende patienter er der brug for flere hænder til de daglige plejeopgaver. Det vil forbedre alles mulighed for at dokumentere tidstro og tilstrækkeligt” (3, s. 56).

I dette udsagn foregår tidstro dokumentation sammen med patienten, og det kan ikke udelukkes, at patienten i en eller anden udstrækning involveres i dokumentationen. I det nedenstående udsagn kan det ikke afgøres, om patienten involveres i dokumentationen eller blot er til stede på stuen, mens dokumentationen udføres:

”Flere mobile arbejdsstationer. Dette vil give mulighed for at tage computeren med ind til patienten og dermed dokumentere med det samme frem for senere på dagen” (3, s. 61).

Det fremgår i ”Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser”, at journalføring skal foregå løbende og i umiddelbar tilknytning til planlægning og udførelse af den pleje og behandling, der gives til patienten (8). Udsagnene tyder på, at vejledningen efterleves i praksis, men den angiver ikke, at journalføring skal eller bør foregå i den direkte patientkontakt.

I et inspirationskatalog om patientinvolvering i dokumentation anfører en patient, at involvering i journalføring kan bidrage til trykke patientforløb og et større medansvar for egen behandling (9). Patienten anfører også, at involvering kræver tid og ressourcer, hvilket genfindes i vores undersøgelse, hvor travlhed, overbelægning og for få mobile arbejdsstationer identificeres som barrierer for dokumentation sammen med eller hos patienten. Barriererne kan være forklaringer på, at resultatet ikke overstiger 50 pct., men manglende konsensus om, hvad ”dokumentation i den direkte patientkontakt” vil sige, kan også bidrage til, at resultatet ikke er højere.

Mangelfuld dokumentation, utilsigtede hændelser og/eller fejl

56 pct. af sygeplejegruppen har inden for den seneste måned oplevet mangelfuld dokumentation, hvoraf 6

pct. førte til utilsigtede hændelser og/eller fejl. Resultatet er lavere end resultatet i den nationale dokumentationsundersøgelse fra 2017, hvor 73 pct. af de adspurgte oplevede mangelfuld dokumentation, og der blev fundet sammenhæng mellem mangelfuld dokumentation og sygeplejerskernes tid til dokumentation (1). Tilsvarende sammenhæng kan genfindes i HE Midt undersøgelsen:

”Ofte er vi så få på arbejde, at der ikke er tid til at dokumentere tilstrækkeligt. I nattevagt kan der ofte gå flere timer, inden vi når at læse om patienterne på EPJ, og vi har ingen mundtlig overlevering. I dagvagterne er det ofte et stort problem at få adgang til en computer, da vi er mange plejepersonaler og læger. Så bedre

Boks 3. Forslag til forbedring af dokumentationspraksis

Oversigt over Tema 7: Fem temaer, der kan forbedre dokumentationspraksis.

Tema 1: Hvad skal dokumenteres? Hvor og hvordan?

Sygeplejegruppen oplever behov for afklaring af hvad, hvor og hvordan der dokumenteres. Behovet er monofagligt, tværfagligt og på tværs af specialer.

Tema 2: Rammer for dokumentation

Sygeplejegruppen oplever behov for at ændre rammerne for dokumentationspraksis, så gruppen oplever

- tid, ro og rum til dokumentation, der støtter involvering af patienter
- mulighed for at anvende og aflevere dokumentation til gavn for patientsikkerheden og den sygeplejefaglige kvalitet
- flere kollegaer
- it-udstyr, der støtter dokumentationspraksis.

Tema 3: Prioritering og værdi af dokumentation

Sygeplejegruppen oplever behov for at afklare og sikre forudsætninger for, at den enkelte sygeplejerske og social- og sundhedsassistent oplever at kunne anvende og aflevere meningsfuld dokumentation, der bidrager til en patientsikker praksis og sygepleje af høj faglig kvalitet.

Tema 4: Midt EPJ – systemiske/tekniske udfordringer

Sygeplejegruppen oplever behov for at afklare, hvordan Midt EPJ i højere grad kan bidrage til kvaliteten i den sygeplejefaglige dokumentationspraksis i forhold til

- at favne hospitalets forskellige specialer og sygeplejefaglige indsatser
- at give relevante og overskuelige indblik og overblik over patienters forløb på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer
- at det sundhedsfaglige indhold i MIDT EPJ afspejler behovet for dokumentation i den enkelte afdeling
- at adgangen til dokumentationssystemet er hurtigere
- at kommunikation med andre systemer bliver muligt, f.eks. Klinisk logistik
- at minimere dobbeltdokumentation.

Tema 5: Undervisning og dokumentationskompetence

Sygeplejegruppen oplever behov for undervisning og diskussion om dokumentation af sygepleje på afdelings- og hospitalsniveau, så gruppens dokumentationskompetence fastholdes og udvikles.

Kilde: Sygeplejegruppens dokumentationspraksis 2018 – en spørgeskemaundersøgelse på Hospitalsenhed Midt (HEM).

normering og flere computere på afdelingen vil gøre en stor forskel og øge patientsikkerheden” (3, s. 54).

”Jeg mangler tid til at dokumentere uforstyrret. Jeg bliver ofte afbrudt så mange gange, mens jeg dokumenterer, at jeg glemmer ting, jeg gerne ville have dokumenteret. Jeg prioriterer ofte at dokumentere de vigtigste ting først og ser så, om jeg har tid til mindre vigtige ting; f.eks. er det vigtigt at dokumentere givet medicin/udført behandling og mindre vigtigt at dokumentere patientens funktionsniveau. Det er meget tidskrævende at skulle ind i et utal af små firkanter for at dokumentere, at man har set patienten efter for tryksår, tjekket indstiksstedet for cvk, skiftet en stomipose osv. Jeg har en oplevelse af, at nogle ting tager længere tid at dokumentere end at udføre, f.eks. når man tager plastret af et sår; det tager fem sekunder at tage af og vurdere, om det er inficeret, men det tager et par minutter at dokumentere” (3, s. 21).

”Jeg har meget tit overarbejde (hver anden dag ca.) for at få det sidste dokumenteret, så mine kollegaer har vigtig viden om patienten at arbejde ud fra (...)” (3, s. 56).

Udsagnene kan være et udtryk for, at mangelfuld dokumentation opstår på baggrund af manglende tid, men kan også være forårsaget af aktuel normering, adgang til computere, muligheden for at tilegne sig viden om patienterne, muligheden for at afgive meningsfuld information om patienterne, antallet af afbrydelser i forbindelse med dokumentation samt et dokumentationssystem, der ikke altid effektivt understøtter den sygeplejefaglige dokumentation.

Mangelfuld dokumentation kan også være påvirket af den prioritering, der foretages, når dokumentation skal udføres. Hvis der kun opleves mulighed for at dokumentere det mest vigtige, som det beskrives i et af udsagnene, kan der opstå tvivl om, hvad der er vigtigst at dokumentere. Ifølge undersøgelsen på HE Midt oplever knap hver tredje i sygeplejegruppen i høj grad, at der er enighed i egen faggruppe om, hvad der skal dokumenteres, mens 63 pct. i nogen grad oplever enighed. Auditresultater om sygeplejefaglig dokumentation finder, at der ikke er tilstrækkelig viden og enighed om, hvad sygeplejefaglige vurderinger skal indeholde, og dokumentationen bliver derfor mangelfuld, uden stringens og systematik (10).

Mangelfuld dokumentation har betydning for patientsikkerheden, men mangelfuld dokumentation kan også være en konsekvens af sygeplejegruppens opfattelse af dokumentation. Nedenstående udsagn kan give anledning til at overveje, om dette er tilfældet.

”Lidt flere computere og mere tid til sygeplejen (flere i sygeplejen, så vi ikke skal passe patienter samtidigt med, at vi skal dokumentere)” (3, s. 58).

Dokumentation er også sygepleje

Dokumentation er en del af sygeplejen (11) og har historisk set været det, siden Florence Nightingale i 1800-tallet systematisk begyndte at indsamle data om sundhedsmæssige og sanitære forhold (12,13). Sygeplejefaglig dokumentation bidrager i dag til kontinuitet, kvalitet og sikkerhed i patienters forløb, er en

uundværlig del af sygeplejens virksomhedsområde og et fundament for udvikling af sygeplejefprofessionen (14).

De senere års retorik om dokumentation af sygepleje kan dog give indtryk af, at dokumentation forbindes med noget besværligt, krævende og endda farefuldt. F.eks. anfører en artikel, at der er opstået dokumentationstræthed i sygeplejen, og at denne træthed medvirker til, at dokumentation ikke længere opfattes som en del af fagets kerneopgave (15). En anden artikel angiver, at sygeplejefaglig dokumentation er til fare for patienterne, fordi en undersøgelse har fundet sammenhæng mellem mangelfuld dokumentation og tid til dokumentation (16). En tredje kalder dokumentationen for en ”ven” og fortæller historien om, hvordan en hospitalsafdeling er lykkedes med sygeplejefaglig dokumentation (17).

Tiden til at udføre sygepleje opleves som knap, og et debatindlæg i et sygeplejefagligt tidsskrift bærer et sundhedspolitisk ønske om at effektivere dokumentationen, så kun det mest nødvendige dokumenteres, og mest mulig tid kan bruges på patienter og borgere, mens sygeplejersker ønsker vilkår, der kan forbedre deres dokumentationspraksis (18).

Boks 4. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsens resultater, tema 1-6:

- 99 pct. af sygeplejegruppen angiver, at det i høj eller nogen grad er klart, hvad der skal dokumenteres.
- 92 pct. angiver, at der i høj eller nogen grad er enighed om, hvad der skal dokumenteres.
- 88 pct. de adspurgte angiver, at sygeplejefaglige handlinger i høj eller nogen grad beskrives tilstrækkeligt i dokumentationen.
- 45 pct. af angiver, at de i høj eller nogen grad involverer patienten i dokumentationen.
- 50 pct. angiver, at det i høj eller nogen grad er muligt at dokumentere i den direkte patientkontakt.
- 89 pct. af sygeplejegruppen oplever i høj eller nogen grad, at Midt EPJ bidrager til et overblik over patienterne og deres forløb.
- 83 pct. oplever i høj eller nogen grad tilgængelige it-pladser på deres arbejdspladser.
- 97 pct. angiver tilstrækkelige it-kompetencer til at dokumentere sygepleje.
- 93 pct. af sygeplejegruppen oplever i høj eller nogen grad mulighed for at sætte sig ind i egen eller kollegaers dokumentation om relevante patienter.
- 97 pct. angiver i høj eller nogen grad mulighed for at dokumentere egne sygeplejefaglige handlinger, og 74 pct. oplever i høj eller nogen grad at have den nødvendige tid til at dokumentere sygepleje.
- 56 pct. af sygeplejegruppen har indenfor den seneste måned oplevet mangelfuld dokumentation, hvoraf 6 pct. førte til utilsigtede hændelser og/eller fejl.
- 95 pct. oplever i høj eller nogen grad, at deres ledelse prioriterer dokumentationsarbejdet.

Kilde: Sygeplejegruppens dokumentationspraksis 2018 – en spørgeskemaundersøgelse på Hospitalsenhed Midt (HEM).

3

ANBEFALINGER

om dokumentation

Involvér patienten i dokumentation.

Tænk over, at dokumentation indebærer, at data skal kunne genkendes, genfindes og genbruges.

Vær opmærksom på, at dokumentation bidrager til kontinuitet, kvalitet og sikkerhed i patienters forløb.

Retorikken afspejler den offentlige og tværfaglige debat om manglende overensstemmelse mellem vilkår for dokumentation i sundhedsvæsenet og sundhedspersoners juridiske pligt til at dokumentere. F.eks. kan det komme til udtryk ved overdokumentation på grund af usikkerhed om, hvor og hvad der skal dokumenteres samt uoverskuelige patientjournaler, hvor vigtig information let kan overses (19).

Herudover kan retorikken bidrage til, at dokumentation måske ikke længere vurderes som tilstrækkeligt vedkommende i sygepleje, hvis den opleves som et ansvarsområde, der bruges unødigt tid på, fordi vilkår for sygeplejefaglig dokumentationspraksis ikke altid understøtter sygepleje meningsfuldt. En sådan forståelse forstærkes af, at der ikke er enighed om, hvad det f.eks. betyder at involvere patienter i dokumentationen, at dokumentere i den direkte patientkontakt og at dokumentere mangelfuldt.

Der synes at være opstået behov for at afklare, hvad sygeplejefaglig dokumentation betyder, og at ændre retorikken, så sygeplejefaglig dokumentation igen ses som en integreret del af den sygeplejefaglige kerneopgave. ●



... respondenterne bidrager til en retorik, der adskiller dokumentation fra at være en del af det sygeplejefaglige arbejde til at være noget, som er udenfor.

Referencer

1. Dansk Sygeplejeråd, Dansk Sygepleje Selskabs Dokumentationsråd. *Sygeplejerskers dokumentationspraksis 2017 - En undersøgelse udført i samarbejde mellem Dansk Sygeplejeråd og Dansk Sygepleje Selskabs Dokumentationsråd.* Dansk Sygeplejeråd; 2017. dasys.dk > publikationer > sygeplejerskers dokumentationspraksis (2017) (27.9.2019). **2.** TrykFonden, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Selskab for Patientsikkerhed. *Læger og sygeplejerskers holdning til og arbejde med patientinddragelse - En spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalsansatte læger og sygeplejersker.* Defactum; 2018. patientsikkerhed.dk > publikationer > læger og sygeplejerskers holdning til og arbejde med patientinddragelse (27.9.2019). **3.** Brinkmann M, Skovgaard B. *Sygeplejegruppens dokumentationspraksis 2018 - en spørgeskemaundersøgelse på Hospitalsenhed Midt, BILAGSRAPPORT.* 2018. **4.** Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner. *Nationale mål for sundhedsvæsenet.* Sundheds- og Ældreministeriet, KL og Danske Regioner; 2019. sum.dk > temaer > 8 nationale mål for sundhedsvæsenet > status-publikationen »Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019« (6.11.2019). **5.** Frølund JC, Bruun H. *Det relationelle aspekt er vigtigst i et patientforløb.* *Fag & Forskning* 2018;(3):60-7. **6.** Nielsen SN, Kolbæk R. *Sundhedskompetence - et begreb med betydning for patientinvolvering.* *Fag & Forskning* 2018;(3):76-81. **7.** Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, KL. *Forløbsbeskrivelse - Det nationale ledelsesprogram i sundhedsvæsenet.* Implement Consulting Group, Lead +, KORA, Zeuthen og Co.; 2017 sum.dk > nyheder > søg i nyheder > god ledelse skal forbedre patienternes behandling > læs mere om Det Nationale Ledelsesprogram (PDF) (27.9.2019). **8.** Sundheds- og Ældreministeriet. *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser.* Sundheds- og Ældreministeriet; 2013. retinformation.dk > feltsøgning > Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser > VEJ nr 9019 af 15/01/2013 Gældende (27.9.2019). **9.** Dansk Sygepleje Selskabs Dokumentationsråd. *Patientinvolvering i dokumentation - Inspirationskatalog.* Dokumentationsrådet, Dansk Sygepleje Selskab, 2019. **10.** Sigaard L, Andreassen A, Poulsen MB. *Efterlysning: Dokumenterede sygeplejefaglige vurderinger.* *Sygeplejersken* 2014;(14):88-93. **11.** Dansk Sygepleje Selskab, Dansk Sygeplejeråd. *Dokumentation af sygepleje - en statusrapport.* Dansk Sygeplejeråd; 2012. **12.** Hansen TCB, Bunkenborg G. *Sygeplejerskers dokumentation var mangelfuld.* *Fag & Forskning* 2017;(4):68-74. **13.** Hall EOC, Harder I. *Teoriudvikling i sygeplejen.* I: Frederiksen K, Glinsvad B (ed). *Fag Grundbog i sygepleje.* København: Munksgaard; 2018. p. 269-297. **14.** Langkilde P, Mainz H. *Dokumentation.* I: Jastrup S, Rasmussen DH, (ed). *Klinisk Grundbog i sygepleje.* København: Munksgaard; 2018. p. 127-163. **15.** Kristensen PK, Christensen IP. *Dokumentationstræthed truer patientsikkerheden og hindrer udvikling.* *Sygeplejersken* 2015;(2):60-61. **16.** Tram E. *Til fare for patienterne.* *Sygeplejersken* 2017;(11):22-5. **17.** Mammen D. *Her er dokumentationen en ven.* *Sygeplejersken* 2017;(11):30-1. **18.** Christensen G. *Det vigtige arbejde med dokumentation.* *Sygeplejersken* 2017;(11):3. **19.** Sundheds- og Ældreministeriet. *Af rapportering fra arbejdsgruppen om journalføring.* Sundheds- og Ældreministeriet; 2019. **Følgende interne dokumenter kan rekvireres hos hovedforfatter** • *Sygeplejegruppens dokumentationspraksis 2018 - en spørgeskemaundersøgelse på Hospitalsenhed Midt.* 2018. • *Sygeplejegruppens dokumentationspraksis 2018 - en spørgeskemaundersøgelse på Hospitalsenhed Midt, BILAGSRAPPORT.* 2018.

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



GITTE R. HUSTED

Sygeplejerske 1989, SD, cand.cur. 2006, ph.d. i sundhedsvidenskab ved KU 2014, Forsker på Steno Diabetes Center, Gentofte, 2014-2016, Forskningsassistent Børne- og Ungeafdelingen NOH 2017, Udviklingskonsulent på Pharmakon A/S, Apotek og Primær Sundhedssektor 2017 -

grh@pharmakon.dk



NICOLAJ HOLM FABER

Cand.mag. 2006, Chefkonsulent i Komiteen for Sundhedsoplysning. Arbejder med kommunal forebyggelse, rehabilitering og kommunikation i primær og sekundær sundhedssektor.



CHARLOTTE ROSSING

Cand.pharm. 1998, ph.d. 2003 fra Københavns Universitet, udviklingschef på Pharmakon A/S, Apotek og Primær Sundhedssektor, med det overordnede ansvar for forskning, udvikling og kompetenceopbygning i den danske apotekssektor.

TAK

... til alle borgere, som har deltaget i projektet og til de deltagende kommuner og apoteker for konstruktiv deltagelse i projektet.

Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsen, Pharmakon, Komiteen for Sundhedsoplysning samt Danmarks Apotekerforening.

Det lange lys sat på forebyggelse

En tværsektoriel samarbejdsmodel mellem kommuner og apoteker blev afprøvet med succes til gavn for både borgere og personale.

Det tværsektorielle samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse har i de seneste år været i fokus. I 2014 fremlagde regeringen en plan for danskernes sundhed. Planen omfatter syv nationale mål, der skal danne rammen for en ambitiøs forebyggelsespolitik (1). Et af de centrale elementer i planen var, at forebyggelsesarbejde skal tage afsæt i samarbejde og partnerskaber mellem offentlige sundhedsudbydere, erhvervsliv, private organisationer og foreninger (2).

Uudnyttet potentiale

Erfaringer fra udlandet viser, at der findes et uudnyttet potentiale i at inddrage apotekerne som partnere i forebyggelsesarbejdet og knytte dem tættere til forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaverne i det nære sundhedsvæsen (3). I det seneste årti er der publiceret et stigende antal forskningsartikler om apoteket som samarbejdspartner og udbyder af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag (4). De tre mest afgørende argumenter for at benytte apoteket til at samarbejde om at levere kommunale forebyggelsesindsatser er,

- at apoteket har høj tilgængelighed for borgerne og er den enhed, som er tættest på borgernes hverdagsliv
- at apoteket har lokal forankring
- at apoteket allerede ser størstedelen af befolkningen (94 pct. (5)). Dermed kan apoteket være en naturlig partner for borgerne i forhold til hverdagsmestring.

Mangel på danske erfaringer

Der mangler danske erfaringer med, hvordan kommuner/sundhedscentre og apoteker kan samarbejde om levering af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til sårbare borgere.

I 2016 undersøgte Komiteen for Sundhedsoplysning, Institut for Folkesundhed på Syddansk Universitet samt Forsknings- og Udviklingsafdelingen på Pharmakon (uddannelses- og udviklingscenter for farmaceutisk praksis) med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen muligheder og barrierer for et samarbejde mellem tre kommuner/sundhedscentre og syv apoteker om forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser (6). Projektet viste, at kommunerne ønsker, at apotekerne får en rolle i tidlig opspo-

RESUME

Det kan være svært at nå sårbare borgere, som har brug for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i primær sektor. Men erfaringer fra udlandet viser, at der findes et uudnyttet potentiale i at inddrage apotekerne som partnere i forebyggelsesarbejdet og knytte dem tættere til forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaverne i det nære sundhedsvæsen.

Derfor blev der udviklet og afprøvet en samarbejdsmodel mellem fem danske kommuner og apoteker sammen med sygeplejersker, folkesundhedskandidater, ergoterapeuter, farmaceuter og farmakonomer.

Syv sundhedsfremmende og forebyggende indsatser blev iværksat hos 54 sårbare borgere. De udtrykte glæde over

at få adgang til tilbuddene. Kommune og apotek fik øjnene op for hinandens kompetencer og tilbud til gavn for borgere, som kan være svære at nå eller hjælpe.

Samarbejdet mellem kommune og apotek blev en forlænget arm for sundhedsvæsenet. Sammen er de i stand til at hjælpe flere borgere. Især apoteket er effektivt til at rekruttere borgere til kommunens tilbud.

ring blandt sårbare borgere. Kommunerne ser et uudnyttet potentiale i apotekets adgang til sårbare borgere, som kommunen har svært ved at nå.

Projektet viste også, at kommuner og apoteker gerne vil samarbejde, men at parterne har behov for støtte til at etablere et samarbejde.

Pharmakon har derfor i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning og med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen gennemført projektet ”Samarbejde mellem kommuner og apoteker om

lokal forebyggelse og sundhedsfremme – afprøvning af muligheder”.

Formålet var at udvikle og afprøve en samarbejdsmodel mellem sundhedscentre/kommuner og apoteker, hvor parterne skulle samarbejde om sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til sårbare borgere. Det var et krav fra Sundhedsstyrelsen, at midlerne skulle gå til projekter for sårbare borgere, men der var ikke en definition på, hvad det vil sige at være en sårbar borger.

Opstartsseminar med handleplan

Fem sundhedscentre/kommuner og fem apoteker – et par fra hver region i Danmark - deltog i et 1½-dags opstartsseminar. Semistrukturerede arbejdsark guidede deltagerne til at nå til enighed om valg af indsats samt definere, hvem der for dem blev oplevet som sårbare borgere. Desuden hjalp de til at definere mål for indsatsen og organisering af samarbejdet mellem parterne for at kunne levere indsatsen.

Opstartsseminaret resulterede i et fælles aftaleark og en fælles handleplan for, hvordan hvert par bestående af et sundhedscenter og et apotek skulle arbejde sammen om en sundhedsfremmende og forebyggende indsats til 20 sårbare borgere.

I handleplanen havde parterne beskrevet i detaljer, hvordan de skulle identificere og dernæst invitere borgere, hvordan samarbejdspartnerne fik videregivet kontaktinformationer til hinanden om borgere, hvem der skulle kontakte den enkelte borger, og hvornår.

Rekruttering af borgere på apoteket foregik ved, at borgere, som faldt indenfor den valgte patientgruppe, f.eks. borgere med type 2-diabetes, som parterne havde defineret som sårbare, blev inviteret mundtligt og skriftligt til at deltage, når de hentede medicin på apoteket.

Tabel 1. Levering af indsats

Tabellen viser en oversigt over rekrutteringssted, og hvor den sundhedsfremmende og forebyggende indsats blev leveret.

Rekrutteringssted	N 54 (pct.)	Indsats leveret, N 54 (pct.)
Apotek	44 (82 pct.)	17 (32 pct.)
Kommune	10 (18 pct.)	37 (68 pct.)

På sundhedscenteret/kommunen blev borgere, som faldt indenfor de valgte patientgrupper, f.eks. borgere med KOL, også inviteret mundtligt og skriftligt enten i forbindelse med besøg af hjemmeplejen, ved genoptræningsforløb, i patientskoler hos fysioterapeuter eller hos sygeplejersker på sundhedscenteret.

Den detaljerede handleplan for samarbejdspartnerne betød, at borgerne ikke selv skulle kontakte apotek eller kommune for at komme i gang med et sundhedsfremmende eller forebyggende tilbud, når de havde takket ja til at deltage. De blev ringet op af den sundhedsfaglige person, som stod for tilbuddet, og indgik konkrete aftaler om tid og sted.

Projektperioden varede i tre måneder fra november 2017 til og med januar 2018. I perioden deltog parterne i telefonmøder hver 14. dag med projektlederen, Gitte R. Husted, fra Pharmakon.

Dataindsamling og deltagere

Efter endt projektperiode skulle deltagerne fra kommune og apoteker besvare en elektronisk survey (medarbejdere n=16, ledere n=11) efterfulgt af tre fokusgruppeinterviews af 1-1½ times varighed med tre af samarbejdspartnerne: to kommuner og apoteker, som havde deltaget i det første projekt (6), og hvor den ene samarbejdspartner havde envejshenvist borgere fra apotek til kommunens tilbud, og den anden havde krydshenvist borgere til hinandens tilbud. Tredje deltager var en kommune og et apotek, som ikke havde samarbejdet før. Desuden blev der indsamlet demografiske data på borgerne, da de blev rekrutteret mhp. at beskrive populationen.

Projektet er godkendt af datatilsynet (Jr. Nr. 2017-41-5260, Dok. Nr. 446567).

Data fra survey og demografiske data fra borgere blev behandlet deskriptivt med analyseværktøjet SPSS. Data fra fokusgruppeinterview blev transskriberet ordret, hvorefter softwareprogrammet NVivo blev brugt til at strukturere analysen. Principper fra Braun & Clarks tematiske analyse blev anvendt (7) i kombination med en virkningsevaluering (8).

De fleste rekrutteret på apoteket

I alt blev der rekrutteret 54 borgere til projektet. Over halvdelen af borgerne var kvinder (n=34, 63pct.), gennemsnitsalderen var 63,6 år (variation 24-91 år), lidt over halvdelen var pensionister (n=29, 54pct.), og lidt under halvdelen havde en gymnasial eksamen (n=23, 46 pct.).

På trods af intentioner om at henvise til hinandens sundhedsfremmende og forebyggende indsatser hos fire ud af fem samarbejdspartnere blev borgerne primært rekrutteret på apoteket og henvist til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i kommunalt regi. Det var sværere at rekruttere borgere i kommunalt regi og henvise til apotekets indsatser. Det skyldtes bl.a., at rekrutteringen var uddelegeret til f.eks. personale, som ikke var primære aktører i projektet, se tabel 1, der viser en samlet oversigt over rekrutteringssted, og hvor den sundhedsfremmende og forebyggende indsats blev leveret.



**Mange borgere
havde svært
ved selv at finde
sundheds-
fremmende og
forebyggende
tilbud i primær
sektor.**

Borgerne blev rekrutteret til syv forskellige sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Den hyppigst forekommende målgruppe var sårbare borgere med type 2-diabetes (TD2), se tabel 2, der illustrerer fordelingen af borgere på de syv forskellige indsatser, og hvor indsatsen blev leveret.

Opstartsseminaret var afgørende

Resultaterne fra surveyen viste, at opstartsseminaret havde stor betydning for både etablering og samarbejde i projektperioden. Især processen med at udarbejde aftaleark og handleplan, hvorved relationer mellem samarbejdsparterne blev etableret, havde været værdifuldt for samarbejdet.

I det følgende præsenteres resultaterne fra de tre fokusgruppeinterview. Tre overordnede temaer blev identificeret: 1) *”Vi fik projektet med hjem”*, 2) *”Samarbejdet har været en øjenåbner – vi kan bruge hinanden til gavn for borgerne”* og 3) *”Vi har sat det lange lys på – det giver mening at fortsætte samarbejdet”*.

”Vi fik projektet med hjem”

Det var altafgørende for samarbejdet, at parterne havde været samlet til 1½-dags opstartsseminar. Deltagerne oplevede, at de var blevet guidet igennem en struktureret proces, hvor de fik indblik i hinandens fagområder, kompetencer og praksis på henholdsvis et sundhedscenter/kommunalt regi og på et apotek. Gennem drøftelserne med afsæt i arbejdsarkene fik de opbygget relationer, valgt målgruppen for deres samarbejde, udarbejdet fælles aftaleark og handleplan. Hermed fik de sammen skabt en klar og fælles model for samarbejdet. Modellen gav et godt overblik over deres individuelle og fælles opgaver fremadrettet. Her illustreret ved følgende citat:

”Vi kendte hinanden, da vi tog derfra. Vi havde en klar fornemmelse af, hvad hinanden skulle og gerne ville ... det var en fælles opgave, vi stod over for.”

Samarbejdet har været en øjenåbner

I løbet af projektperioden medførte samarbejdet, at parterne fik øje på hinandens kompetencer og forskellige tilbud til gavn for borgerne. Det var deres oplevelse, at mange borgere havde svært ved selv at finde sundhedsfremmende og forebyggende tilbud i primær sektor. Ved brug af samarbejdsmodellen

Tabel 2. Samarbejde om indsatser og levering

Tabellen viser en oversigt over, hvilke indsatser apotek og kommune har samarbejdet om, og hvor indsatsen er leveret.

Sundhedsfremmende og forebyggende indsats	Antal borgere (pct.)	Indsats leveret i kommunalt regi	Indsats leveret i apoteksregi
Type 2 diabetes undervisning	14 (26 pct.)	X	
Rygestop (gruppe eller individuelt forløb)	13 (24 pct.)	X	X
Lær at tackle *)	9 (17 pct.)	X	
Medicinsamtale	6 (11 pct.)		X
KOL **) rehabiliteringsforløb	4 (7 pct.)	X	
Afklarende samtale***)	4 (7 pct.)	X	
Forebyggende hjemmebesøg	4 (7 pct.)	X	

*) Lær at tackle forløb med kroniske smerter

**) Kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL)

***) Samtale, som afdækker udfordringer og ressourcer hos borgerne; funktionsevne, hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation, og som afdækker behov og motivation for sundhedsfremme og forebyggelse.

afdækkede enten apotek eller kommune borgernes behov, og dernæst sørgede de for, at vedkommende blev kontaktet af den rette fagperson. Det motiverede borgerne, hvilket medførte, at de oplevede en mere helhedsorienteret omsorg:

”Borgerne har over for os på apoteket og på forebyggelsescenteret udtrykt glæde over et samlet tilbud i forbindelse med deres kroniske sygdom.”

Især deltagerne fra kommunerne oplevede, at det, at borgerne blev henvist fra apoteket til kommunens sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, gav en slags blåstempling af sundhedscenterets tilbud i borgernes optik. Det skyldtes, at borgerne havde stor tillid til apotekets vejledning. Samarbejdet mellem apotek og kommune blev en slags forlænget arm for sundhedsvæsenet, da kommunen fik adgang til borgere, som ellers var svære for dem at nå. Her illustreret med følgende citat:

”Der er også kommet borgere til de her ”lær at tackle kroniske smerter”, og de har givet udtryk for, at de slet ikke vidste, at der var det her tilbud, og de har været glade for at få opfordringen fra apoteket og er blevet ringet op, det har hængt godt sammen for dem.«

”Vi har sat det lange lys på”

Vi har sat det lange lys på – det giver mening at fortsætte samarbejdet til gavn for alle parter.

Alle ønskede at fortsætte samarbejdet efter endt projektperiode, fordi det gav god mening for parterne. Erfaringerne fra projektet havde givet et ”et set-up for samarbejde, der også kan bruges i andre sammenhænge”. Der var spirende idéer, som f.eks. at apotek og sundhedscentre skulle flytte fysisk sammen i et sundhedshus til konkrete aftaler om fremadrettet at holde fælles møder for rygestopkonsulenter. Parterne havde opdaget, at der var mange naturlige snitflader mellem kommune og apotek, som kunne komplementere hinanden og skabe større sammenhæng i det nære sundhedsvæsen for borgerne. Her illustreret med følgende citat:

”Det er det lange lys. Apoteket er meget mere end et udsalg. Det er jo en kæmpe kontaktoverflade og noget vejledning, og vi (sundhedscenteret) er også meget mere end et af-

grænset tilbud. Vi er også forløb, og hvis vi integreres med hinanden, så kan vi ligesom nå noget mere ... vi er et indspark i alt det her med det nære sundhedsvæsen.”

Det viste sig, at personalet automatisk fortsatte med at tænke hinandens sundhedsfremmende og forebyggende indsatser ind i deres praksis efter endt projektperiode. Samarbejdsmodellen var således blevet en naturlig del af deres mind-set, og personalet var glade for, at de nu reelt havde mulighed for at hjælpe borgere, som de førhen ikke vidste, hvordan de kunne hjælpe. Her illustreret med følgende citat:

”Jeg er jo hjertesygplejerske, så det er også en del af mit kursus nu, at jeg lægger en pjece og fortæller, at de kan få denne her medicinsamtale på apoteket, plus at jeg har talt med hende, som står med de her ’lær at tackle-kurser’ om, at hun også kunne introducere til medicinsamtaler. Så det at have været med i projektet, det har sat noget i gang”

Barrierer for samarbejdet

Resultaterne viste forskellige barrierer for at afprøve samarbejdsmodellen. Barrierer var f.eks. manglende viden om den valgte målgruppes behov og faktiske tilstedeværelse på henholdsvis sundhedscentre/kommunen og apoteket før opstart af samarbejdet. Det viste sig, at antallet af ny-udskrevne borgere +65 år fra sygehuse, som havde brug for forebyggende hjemmebesøg, var begrænset. Derudover viste det sig, at opbakning fra ledelsen havde stor betydning for mulighederne for afprøvningen af samarbejdsmodellen i projektperioden.

Samarbejdsmodel udviklet og afprøvet

Det lykkedes at udvikle og afprøve en samarbejdsmodel mellem alle fem kom-

muner og apoteker om levering af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til 54 sårbare borgere.

Kommuner og apoteker fik påbegyndt et partnerskab og ser nu sig selv som sundhedsvæsenets forlængede arm, idet de er i stand til sammen at hjælpe flere borgere i primær sektor.

Især apoteket ser ud til at være en ny og effektiv kanal til at identificere og rekruttere borgere til kommuners sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Kommunerne er gennem projektet blevet opmærksomme på apotekets mange tilbud, som borgere i deres regi kan drage fordel af.

Til etablering og gennemførelse af en praksisnær samarbejdsmodel er følgende elementer vigtige:

Organisering

- Ledelsesopbakning og ledelsesinddragelse i hele processen
- Struktureret, brugerinvolverende og eksternt styret workshop opstartsseminar
- Prioritering af tid til relationsdannelse på opstartsseminar.

Værktøjer

- Skriftlige samarbejdsaftaler mellem kommune og apotek
- Semistrukturerede arbejdsark, der faciliterer etablering af samarbejde og deltagerinvolvering samt afdækker realistisk valg af indsats og målgruppe
- Fælles aftaleark og handleplaner med klar rollefordeling for samarbejdet
- Løbende eksternt opfølgning i projektperioden i form af fælles telefonmøder og skriftlige referater. ●

3

GODE RÅD

Tre gode råd, hvis I vil etablere et samarbejde mellem apotek og kommune

Planlæg et opstartsseminar, der gør det muligt at etablere relationer mellem deltagere fra apotek og kommune.

Brug semi-strukturerede arbejdsark som samarbejdsredskab mellem apotek og kommune.

Diskutér og definér betegnelsen ”sårbare borgere”.

Referencer

1. Larsen M, Rantala R, Koudenburg OA, Gulis G. Intersectoral action for health: the experience of a Danish municipality. *Scand J Public Health* 2014 Nov;42(7):649-657. 2. Nationale mål. Sundheds- og Ældreministeriet. Findes på: https://www.sum.dk/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal.ashx (besøgt d. 5.december 2019). 3. The Role of the Pharmacist in the Health Care system (1994). Findes på: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2995e/1.6.2.html> (besøgt d. 5.december 2019) 4. Brown D, Portlock J, Rutter P. Review of services provided by pharmacies that promote healthy living. *Int J Clin Pharm* 2012 Jun;34(3):399-409. 5. Sammen forebygger vi bedst. Apotekerforeningen. Findes på: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/publikationer/apotekets-folder-sammen-forebygger-vi-bedst.pdf> (besøgt d. 5.december 2019). 6. Samarbejde mellem kommuner og apoteker om lokal forebyggelse og sundhedsfremme. 2017. Findes på: <https://www.pharmakon.dk/media/1501/fokal-rapport-med-bilag.pdf> (besøgt d. 5.december 2019). 7. Braun V & Clark V. Using thematic analysis in psychosociology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3:77-101. 8. Pawson Ray & Tilley Nick. *Realistic Evaluation*. London: Sage; 1997.



Patientinvolvering – must eller mantra?

Patientinvolvering har skyggesider, som må frem i lyset. Ikke alle patienter kan læse spillet i sundhedsvæsenet. Derfor er det nødvendigt at overveje rammer og sammenhænge, så resultatet ikke bliver pseudoindvolvering.



HELLE PLOUG HANSEN, professor, ph.d. og mag.scient. i antropologi, sygeplejerske. Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.

Vi skriver nu 2020, og syv år er gået, siden jeg holdt mine første kritiske oplæg om patientinvolvering. Dengang skrev fagredaktør Jette Bagh i *Sygeplejersken*: ”Jeg er optaget af ordet ”patientinddragelse” for tiden. Et klodset, sammensat ord, der lover medindflydelse og dialog og synes at være det nye mantra i et demokratisk sundhedsvæsen”.

Selv om diverse tiltag i forhold til patientinvolvering i praksis og i forskning har vundet indpas – og det er positivt – savner jeg nysgerrige og undersøgerende artikler blandt andet i *Sygeplejersken* om patientinvolvering. Indtil nu har artiklerne ofte været centreret om at beskrive, hvad denne eller hin afdeling eller forsker har gjort i forbindelse med patientinddragelse. Men er det tilstrækkeligt?

Nej, det mener jeg ikke.

Kritiske spørgsmål og emner står i kø for at blive taget alvorligt. Hvorfor ser vi ikke artikler i *Sygeplejersken*, der forholder sig til begrebet patientinvolvering i forhold til brugerinvolvering eller borgerinvolvering? Eller artikler, der problematiserer, at involvering af patienter i høj grad handler om sociale relationer og om, hvordan magt og ansvar fordeles mellem sundhedsprofessionelle og patienter?

Og har alle patienter ressourcer til at leve op til krav om at deltage, engagere sig, opsøge viden og blive taget med på råd? Er det sådan, som professor Pernille Tanggård, Syddansk Universitet, skrev i Altinget for et stykke tid siden, at der er en fare for polarisering mellem de patienter, som kan læse spillet i sundhedsvæsenet, og som har kræfter til at stille krav, og de, som ikke har de nødvendige ressourcer til bl.a. at forstå og anvende sundhedsinformation?

Mit ønske for de næste 10 år er, at fagbladet *Sygeplejersken* og andre sundhedsfaglige tidsskrifter sætter patientinvolvering på dagsordenen. Hvis involvering af patienter i fremtiden ikke blot skal være et mantra for de sundhedsprofessionelle, forskerne og de ressourcestærke patienter, er det helt centralt at erkende, at patientinvolvering ikke kan forstås uafhængigt



... har alle patienter ressourcer til at leve op til krav om at deltage, engagere sig, opsøge viden og blive taget med på råd?

af økonomiske, politiske, relationelle og kulturelle kontekster og rammer.

Involvering af patienter handler også om køn, alder, livsstil, geografi, etnicitet, uddannelse og erhverv, lidelses- og sygdomshistorie, nære og fjerne sociale relationer i hverdagen og meget andet. Derudover har patientinvolvering på samme måde som mange andre tiltag i sundhedsvæsenet konsekvenser både for patienterne, de pårørende og de sundhedsprofessionelle.

Det er vigtigt at reflektere over, at viden, som skabes og genskabes gennem patientinvolvering, altid er set fra en bestemt position, og at viden altid er afgrænset og begrænset.

Patientinvolvering rummer således skyggesider, der må løftes frem i lyset, for at involvering af patienter i fremtiden ikke bliver til pseudoindvolvering, men reel involvering der, hvor det giver mening. ●

BLIV MASTER I SEXOLOGI

Opgradér din professionelle profil. Vær med til at inddrage seksuelle aspekter i det sundhedsfaglige arbejde. Du arbejder forskningsbaseret – med afsæt i din hverdag.

- **Seksualitetens mange ansigter**
- **Seksualitetens grænser og jura**
- **Sexologisk kommunikation**
- **Sexologiske aspekter af sundhed og sygdom**
- **Sexologiske udrednings- og behandlingsstrategier**



AALBORG UNIVERSITET

WWW.EVU.AAU.DK

STUDIESTART SEPTEMBER 2021