

# Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

F A T I G U E

## Trætheden der ikke kan soves væk

SIDE 14

### NY PRAKSIS

**Åreforkalkning i benene.** Fem gode råd, der forebygger.

SIDE 10

### PEER REVIEWED

**Palliation i hjemmet.** Sygeplejersker efterspørger hjælp og vejledning.

SIDE 28

### FAGLIGT AJOUR

**Sygepleje-dokumentation.** Klinisk hverdag forstyrres.

SIDE 38

### PÅ SPIDSEN

**Palliation.** Risiko for, at patienten lades i stikken.

SIDE 67

## 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.



**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 af fremtidens sygeplejerskeuddannelse.



**BODIL  
BJØRNHAVE  
NOE**

Sygeplejerske, lektor, ph.d., UC Syd. cand. scient.san. og ph.d. fra Aarhus Universitet. Min særlige interesse er, hvordan mennesker klarer sig og kommer sig efter sygdom eller skade, og rehabilitering er overskriften for min forskning. Jeg er optaget af tværprofessionelle og tværsektorielle udfordringer og samarbejde, herunder brug af ICF-modellen som ramme og konkret værktøj.



**LENE SEIBÆK**

Seniorforsker v/ Kvinde-sygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital, samt professor i sygepleje v/ Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik Grønlands Universitet. Specialuddannet kræftsygeplejerske og ph.d. i klinisk sygepleje. Forsker i grundlæggende og specialiseret kirurgisk sygepleje, samarbejdet med patient og familie samt forebyggelse af og rehabilitering efter kræft.

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

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

Fagredaktør  
**MAJ SIERCKE**  
msi@dsr.dk  
Telefon: 4695 4116

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

Art Director  
**HANNE GRØNLUND**  
hgr@dsr.dk  
Telefon: 4695 4106

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

Distribueret oplag  
Perioden 2020 – 2021  
78.501 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, 14, 16, 19, 20, 23,  
38 og 60: Mathias  
N Justesen / iStock  
// Illustration side  
29, 47 og 53: Hanne  
Grønlund / iStock

# OVERBLIK

Ny  
Praksis



## "Gå en tur - pres dig selv"

**ÅREFORKALKNING.** Patienter med åreforkalkning i benene har godt af at være fysisk aktive og spise sundt. Men det kan være noget af en udfordring at få patienten til dette, især fordi det er kendt viden, at træning giver smerter i benene.

"Det ligger i vores natur, at når noget gør ondt, stopper vi op og sætter os til at hvile. Men ved gentagne gange at gå over smertegrænsen, vil der over tid bl.a. dannes kollateraler i benene. Som patient med åreforkalkning i benene skal du vide, at det ikke er farligt, når det begynder at gøre ondt. Faktisk skal du forsøge at presse

dig selv, og det er en kæmpe mental ting at sætte sig ind," forklarer Maj Siercke, sygeplejerske, ph.d. og master i sundhedspædagogik samt cand. mag. i læring og forandringsprocesser.

Derfor har hun på baggrund af resultaterne af sin ph.d.-afhandling udviklet fem råd til patienter med åreforkalkning i benene. Hensigten er, at de karkirurgiske sygeplejersker kan bruge rådene som udgangspunkt ved en patientsamtale.



**Fatigue** er en tilstand af bl.a. vedvarende fysisk træthed og er kendt for patienter i akutte behandlingsforløb, som lider af gig, hjertesvigt, KOL og især kræft.

LÆS SIDE .....

10



# Trætheden, der ikke kan soves væk

Fatigue er en belastende og vedvarende fysisk, følelsesmæssig og/eller kognitiv træthed eller udmattelse, som påvirker personens normale funktionsniveau.

Tilstanden er især kendt fra kræftområdet, hvor hovedparten af patienterne oplever fatigue i det akutte behandlingsforløb. Men også patienter med f.eks. gigt, hjertesvigt og KOL oplever tilstanden.

Sygeplejersker kan vejlede patienter i behandling af fatigue. Målet er at give patienten et kærligt skub i retning af at få patienten til selv at gøre en indsats for at håndtere dagligdagen med fatigue.

Fysisk aktivitet og kognitiv behandling har en positiv virkning på at mindske følgerne af fatigue. Men det er også vigtigt at tage hånd om hele familien, som oplever, at der bliver byttet rundt på roller og opgaver i familien.

LÆS SIDE .....

# 14



**SUNDHEDS-  
KOMPETENCER.**

CHAT er et redskab, der kan øge sundhedsprofessionelles bevidsthed om patientens evne til at finde, forstå og anvende tjenester til sundhedsrelaterede beslutninger og handlinger for sig selv og andre.

LÆS SIDE

26

# Videokonsultationer i palliative forløb styrker inddragelse af borger og pårørende

Et systematisk litteraturreview viser, at videokonsultationer kan skabe tryghed, styrke kommunikationen og fremme tidlig opsporing af symptomer. Borgere og pårørende involverer sig mere aktivt i forløbet på en måde, som ikke tidligere har været mulig pga. geografiske afstande.

Videokonsultationer gør det nemmere at observere og iværksætte tidlig specialiseret sygepleje fremfor udelukkende at

få information via telefonen. Sygepleje på distancen, og hvem som trøster og erstatter den umiddelbare tilstedeværelse og 'stilletid', bør nøje overvejes.

LÆS SIDE

28

## Sundhedsplatformen udfordrer sygeplejedokumentationen

En undersøgelse vedrørende kirurgiske patientforløb viser, at dokumentationen efter indførelse af den elektroniske patientjournal Sundhedsplatformen er suboptimal og vanskeliggør fortolkning og mulighed for optimering af sygeplejen.

Sygeplejedokumentationen ved overgangen til anvendelse af Sundhedsplatformen er i flere afdelinger ændret fra tidligere daglig afkrydsning i de detaljerede planer til mere generiske vurderingsskemaer uden mulighed for at inkludere fortrykte, evidensbaserede kliniske sygeplejeplaner og faste udskrivelseskriterier.

Der er behov for løbende optimering og implementering af evidensbaserede, kirurgiske sygeplejeplaner til sikring af et optimeret operationsforløb.



LÆS SIDE

38

## Lær af dagkirurgiske forløb

Studier peger på, at faktorer, som opleves værdifulde for patienter i dagkirurgiske forløb, adskiller sig fra det, som opleves værdifuldt af patienter, der gennemgår længere forløb under indlæggelse. Mænd og kvinder vægter forskellige faktorer, og det, som opleves værdifuldt af dagkirurgiske patienter, stemmer ikke nødvendigvis overens med det, som sundhedsprofessionelle vurderer, er vigtigt.

Derfor må sundhedsprofessionelle insistere på, at man ved opbygning af dagkirurgiske patientforløb inddrager viden om og ønsker fra patienter, som har erfaring fra denne type forløb.

LÆS SIDE

46



## Sundhedsfaglig indsats for erhvervsaktive med kræft

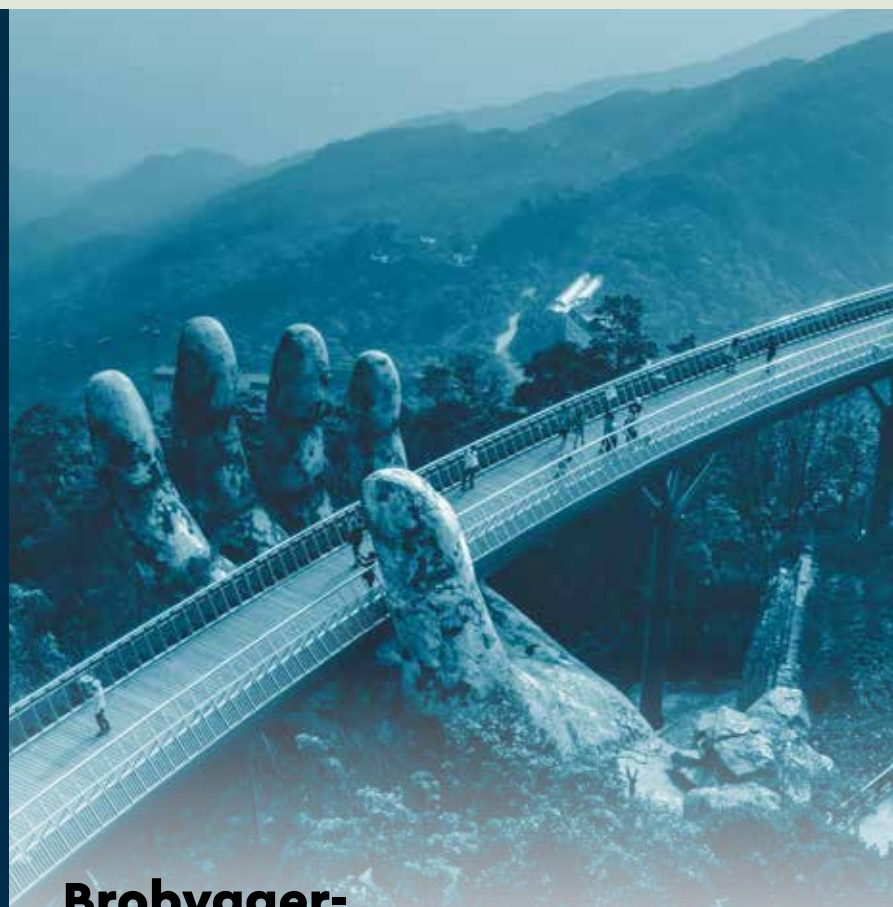
Når kræftdiagnosen rammer, vendes hverdagen på hovedet fra den ene dag til den anden. Følelsesmæssigt kaos, lange behandlingsforløb, smerter, træthed og bivirkninger kan medføre en kamp for at vende tilbage til arbejdet. Helhedsorienterede indsatser, der er baserede på et koordineret samarbejde mellem fagprofessionelle på tværs af sektorer, er nødvendigt for at rehabilitering lykkes.

Sygeplejersken har en vigtig rolle i forhold til behovsvurdering, information og vejledning.

Borgerinterviews, forskning og rapporter viser nogle af de udfordringer og muligheder, der er koblet til tilbagevenden til arbejdsmarkedet efter en kræftdiagnose. Konceptet 'Individuelt Planlagt job med Støtte' kan være vejen frem.

53

LÆS SIDE .....



## Brobygger-sygeplejersker har signifikant betydning

Ny forskning viser, at brobygger-sygeplejersker, som etablerer tværsektorielle overgangsforløb for ældre borgere med multisygdom, medvirker til en signifikant reduktion af genindlæggelser, forbedring af livskvalitet, større tilfredshed hos ældre borgere og færre økonomiske udgifter.

Brobygger-sygeplejersker styrker tværsektorielle forløb gennem specifikke sygeplejefaglige handlinger, samarbejde og koordinering. Det medfører en højere andel af udskrivningsrapporter og plejeforløbsplaner, som forbedrer sygeplejen markant.

Det viser resultaterne fra Brobygger-projektet i Region Sjælland.

62

LÆS SIDE .....



Hvis ingen ser det som deres ansvar, er det svært at få planlagt den sidste tid på bedste måde, og patienterne lades i stikken.

LÆS SIDE ....

75

# Som at glide i en bananskræl

## Fatigue.

Opgaveglidning lyder som forvarsel om en kommende ulykke. Der findes andre og bedre måder at beskrive fænomenet på.



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

På fransk betyder fatigue "træthed" eller "udmattelse". Jeg kender det godt - jeg bliver ofte ramt af en form for ordfatigue. Vi skal tage vare på sproget for ikke at blive ramt af ordfatigue, for ord skaber virkeligheden på godt og ondt, og sygeplejersker har et særligt ansvar for at formidle på en forståelig måde. Engelske ord sniger sig ind, og danske ord udvandes.

TV-avisen er for nyligt begyndt at bruge ordet 'explain' i stedet for forklaring. Og lige dér får jeg ordfatigue, for passer vi ikke på, står det i patient-pjecen næste gang.

Jeg kan ikke sige mig fri for selv at bruge engelske ord. 'Gamechanger' og 'nice' har sneget sig ind i vokabulariet sammen med en række andre ord, som vi end ikke tænker over. Vi kan lære noget af norsk sprogpolitik, som gør en dyd ud af at oversætte engelske ord. Airbag kaldes for en luftpude, og

elbilist-ordet rækkeviddeangst rammer plet - se YouTube og få et godt grin.

Inden for sygeplejen er der for tiden danske ord, som forplumrer fagligheden. Ordet opgaveglidning minder om at glide i en bananskræl, hvilket sjældent fører til noget godt. Man lægger ikke mærke til det, før skaden er sket, og så er det for sent. I stedet skal vi bruge ordet 'opgavedeling', som er langt mere fagligt. Her kan vi dele vigtige og relevante opgaver, men også give opgaven tilbage og sige tak for lån, f.eks. de rengørings- og oprydningsopgaver som fejlagtigt i diverse sparerunder er havnet hos sygeplejerskerne.

Hvorfor er 'varme hænder' blevet et dagligdags-ord? Varme hænder kan sidde på hvem som helst. Vi har brug for kloge hoveder, som er veluddannede sygeplejersker - og de har faktisk ofte kolde hænder pga. håndhygiejnen.

Mundtlig og skriftlig information er et helt kapital for sig. Det oplevede jeg fra første parket, da jeg fulgtes med en veninde til hendes brystkræftforløb. Informationsmaterialet viste en uforståelig oversigt over behandlingsforløbet. Sygeplejersken blev ved med at tale om behandlingsserier og uforståelige medicinske navne. Som min ellers kloge veninde efterfølgende sagde: "De kunne lige så godt tale russisk til mig."

Som patient har man især behov for en ting: at tælle ned, f.eks. ved at bruge et målebånd, hvor man klipper af for at overskue, hvor mange gange man har igen af sin kemoterapi. Når man ikke ved det, skaber det utryghed. Jeg tør slet ikke tænke på, hvordan patienter, som har nedsat sundhedskompetence, finder vej i den jungle. Noget tyder på, at de slet ikke finder vej, idet ulighed i sundhed er stigende.

Det må der gøres noget ved, og der er hjælp at hente. Innovationscentre som f.eks. Copenhagen Health Innovation formidler kontakt til retorik-, design- og kommunikationsstuderende, som gerne i praksis hjælper med at udvikle kommunikationsmateriale. Sygeplejersker må være bevidste om ord og begreber som bruges, så vi selv og patienterne ikke snubler og bliver ramt af svær ordfatigue. ●





# PATIENTER KAN GØRE DET DIGITALT

Digitale sundhedsværktøjer der hjælper til en smidigere diabetes håndtering



Scan QR-koden og tilmeld dig vores nyhedsbreve om diabetes



**VIS**

Sundhedspersonale har sikker adgang til patienters glukoserapporter via cloud-løsningen LibreView<sup>1</sup>



**SKAN**

Personer med diabetes kan på bekvæmmelig vis tjekke deres glukoseniveau ved brug af mobiltelefon<sup>2</sup>



**FORBIND**

Omsorgspersoner kan følge en brugers glukosedata og tendenser på deres smartphone<sup>3</sup>



Læs mere på  
[www.FreeStyle.Abbott](http://www.FreeStyle.Abbott)



Billederne udgør udelukkende et illustrativt formål. Det er ikke virkelige patienter.

1. LibreView websiden er kun kompatibel med visse operative systemer og browsers. Tjek [www.LibreView.com](http://www.LibreView.com) for yderligere information. 2. FreeStyle LibreLink appen er kun kompatibel med nogle mobil enheder og operativsystemer. Tjek venligst websiden for mere information om mobilitetskompatibilitet for anvendelse af app. For at kunne anvende FreeStyle LibreLink appen skal den registreres hos LibreView. 3. LibreLinkUp appen er kun kompatibel med nogle mobil enheder og operativsystemer. Tjek venligst [www.LibreLinkUp.com](http://www.LibreLinkUp.com) for mere information om mobilitetskompatibilitet for anvendelse af app. For at kunne anvende FreeStyle LibreLink og LibreLinkUp appen skal den registreres hos LibreView. LibreLinkUp mobil appen er ikke ment som primær glukosemonitoring; private brugere skal konsultere deres primære måleudstyr og konsultere lægefagligt personale før de drager medicinske tolkninger eller tager beslutninger relateret til deres behandling ud fra data i appen. Lægefagligt personale bør bruge data fra appen i sammenhæng med anden klinisk data.

© 2021 Abbott. FreeStyle, Libre og relaterede varemærker ejes af Abbott. Andre varemærker tilhører deres respektive ejere. ADC-42286 v4.0 11/21.

[www.FreeStyle.Abbott](http://www.FreeStyle.Abbott) · +45 3977 0190 · Abbott Laboratories · Emdrupvej 28C, 2100 København Ø



# Det skal gøre ondt



"Vi har ambitioner om, at vores patienter med åreforkalkning i benene skal blive mere fysisk aktive og begynde at spise sundere. Men det formår de fleste bare ikke," siger Maj Siercke, sygeplejerske, ph.d. og master i sundhedspædagogik samt cand. mag. i læring og forandringsprocesser.

Kaffe og mørk chokolade får gangtræning og hjemmeøvelser til personer med åreforkalkning i benene til bedre at glide ned.

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

”Gå ture – pres dig selv: ’Det skal gøre ondt, før det bliver godt’ – brug skridttæller.”

Sådan lyder det første af fem råd til patienter med åreforkalkning i benene – *claudicatio intermittens* – når de kommer til patientsamtale med en sygeplejerske.

”Det kan godt være, at vi har ambitioner om, at vores patienter med *claudicatio intermittens* skal blive mere fysisk aktive og begynde at spise sundere. Men faktum er, at det formår de fleste bare ikke,” siger Maj Siercke, sygeplejerske, ph.d. og master i sundhedspædagogik samt cand. mag. i læring og forandringsprocesser.

Derfor har hun på baggrund af resultaterne af sin ph.d.-afhandling (se fakta om lodtrækningsstudie) udviklet fem råd til patienter med åreforkalkning i benene. Hensigten er, at de kirkirurgiske sygeplejersker kan bruge rådene som udgangspunkt ved en patientsamtale.

”Ideen er at hjælpe patienterne til varige ændringer, som er til at overskue og nemme at implementere i hverdagen. Og hvor flest mulige patienter får glæde af det,” siger Maj Siercke.

Og her kommer det ind – det med "at presse sig selv".

Ifølge Maj Siercke er det gammel viden, at vi kan behandle *claudicatio intermittens* med motion. Alligevel er det et kendt problem, at det er svært at få patientgruppen med åreforkalkning i benene til at træne, fordi de får smerter i benene, når de går.

”Det ligger i vores natur, at når noget gør ondt, stopper vi op og sætter os til at hvile. Men ved gentagne gange at gå over



smertegrænsen, vil der over tid bl.a. dannes kollateraler (omkørsler, red.) i benene. Som patient med åreforkalkning i benene skal du vide, at det ikke er farligt, når det begynder at gøre ondt. Faktisk skal du forsøge at presse dig selv, og det er en kæmpe mental ting at sætte sig ind,” forklarer Maj Siercke.

### Skridttæller motiverer

De fem råd er udviklet på baggrund af to fokusgrupeinterviews med i alt 10 deltagere og 43 individuelle evalueringer hos patienter med åreforkalkning i benene. De havde alle gennemgået et 12-ugers rehabiliteringsforløb i et randomiseret studie (se fakta).

Her blev deltagerne bl.a. spurgt om, hvad der havde betydning for, om de lykkedes eller ikke lykkedes med at blive mere fysisk aktive.

”Meldingen fra deltagerne var, at viden om sygdommen og hvordan de skulle træne, var afgørende. Flere fortalte også, at de ofte ikke kom ud at gå, når det var dårligt vejr. Derfor udviklede vi råd nummer to, der handler om at lave hjemmetræning ved at koble træningen op på nogle rutiner – f.eks. når der er tv-reklamer,” forklarer Maj Siercke.

Det tredje af rådene handler om, at blodfortyndende og kolesterolsænkende medicin er vigtigt at tage, fordi det forebygger blodpropper i hele kroppen og øger gangdistancen.

”Det er vigtigt viden, fordi mange ikke er opmærksomme på at tage deres medicin. Og fordi åreforkalkning i benene er et udtryk for, at der er åreforkalkning i hele kroppen,” siger Maj Siercke.

### Nødder er populære

Råd nummer fire handler om dagligt at spise seks mandler, seks hasselnødder og seks halve valnødder, fordi nødder forebygger åreforkalkning ved at sænke kolesteroltallet. Rådet er inspireret af lodtrækningsstudiet, hvor deltagerne blev vejledt af en diætist, og hvor deres kostændringer blev registreret ved hjælp af et såkaldt 'Hjertekostskema'.

I studiet blev det tydeligt, at diætistens råd om dagligt at indtage nødder var brugbart.

”Deltagerne tog i den grad rådet om nødder til sig. Gennemsnitligt spiste de også mere fisk, mere groft og mere grønt, men langt flest deltagere lykkedes med rådet om nødder. Min tolkning er, at nødder er en god snack, der er let at implementere, fordi den ikke kræver store ændringer i de daglige madvaner,” siger Maj Siercke.

Med inspiration i nødderne, og at ændringer skal være lette at implementere, kom et femte råd til. Nemlig at spise havregryn, der også virker kolesterolsænkende pga. et højt indhold af fuldkorn og dermed kostfibre.

”Rigtig mange har et godt forhold til havregryn og har spist det tidligere i deres liv. En skål havregryn

## FAKTA

**De fem råd** til patienter med åreforkalkning i benene er baseret på resultaterne af et lodtrækningsstudie med 118 patienter. Fokusgrupeinterviews med 10 patienter og 43 individuelle evalueringer. Designet er baseret på et oplæg fra studerende fra Copenhagen Health Innovation, og indholdet er udviklet af en rehabiliteringsgruppe på tværs af ambulatorium og sengeafsnit. Se boks med de 5 råd side 13.

### Lodtrækningsstudie

Patienterne fik sædvanlig behandling (rygestopvejledning, medicin og information om gangtræning) eller et 12 ugers kommunalt rehabiliteringsforløb med træning to gange om ugen, undervisning og kostvejledning. Patienterne blev fulgt gennem et år.

### Studiet viste

Efter seks og 12 måneder havde patienterne i rehabiliteringsgruppen forbedret deres gangdistance med 37 pct., øget deres fysiske aktivitetsniveau og bedret deres kost og livskvalitet sammenlignet med kontrolgruppen.

### Reference

Siercke M et al. *Trials*. 2020 Jan 21;21(1):105.

**Forskningsprojektet var et samarbejde** mellem Rigshospitalets Karkirurgiske Afdeling, Københavns Universitet, Syddansk Universitet og Albertslund Kommune med borgere fra Vestegnskommunerne.

### Projektet er støttet af

Danske Regioner, Sundhedskartellet 'Tværspuljen' Region Hovedstaden, Dansk Sygeplejeråd og Novo Nordisk Fonden.

eller havregrød om morgenen kræver ikke, at du laver ret meget om på dine madvaner. Hvis du f.eks. skifter en hvid bolle ud med havregryn til morgenmad, er du nået langt,” siger Maj Siercke.

### Chokolade som tilvalg

Og så er der det med kaffen og den mørke chokolade, som også er en del af det femte råd. Ifølge Maj Siercke kan det nemlig være lettere at ændre sine madvaner i en sundere retning ved at blive præsenteret for nogle bedre alternativer til usunde snacks.

”Det er godt at have nogle tilvalg. Studier har vist, at mørk chokolade sænker blodtrykket. Hvis mørk chokolade kan træde i stedet for en pose chips eller vingummi, har det en positiv effekt på helbredet. Ligesådan med kaffe. Her har et studie vist, at hvis du drikker kaffe – svarende til koffeinindholdet i seks kopper inden en gåtur – kan du gå en længere distance før claudicationssmerterne indtræder,” forklarer hun.

### Skridttæller motiverer

I lodtrækningsstudiet fik hver deltager også en skridttæller udleveret. Den viste sig at være vigtig for deres motivation.

”Skridttælleren motiverende til et højere aktivitetsniveau. De fleste brugte stadigvæk skridttælleren efter et år, og derfor indgår den i de fem råd,” fortæller Maj Siercke.

I alt får 100 patienter på Rigshospitalet udleveret en skridttæller sammen med de fem gode råd. De 100 patienter bliver fulgt op efter seks måneder, hvor de skal evaluere hvordan det er gået. ●

"Fem gode råd gør forebyggelsen spiselig for patienten," forklarer sygeplejerske Eva Sylvest Simonsen. Hun understreger dog, at de fem gode råd ikke kan stå alene.



# Rart at vide, hvad man må

Fem korte råd til patienter med åreforkalkning i benene gør det lettere at rumme den nødvendige information.

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

● "Gangtræningen - hvordan går det med den?"

Sygeplejerske Eva Sylvest Simonsen kigger spørgende på Ingrid Lorentzen, som lider af åreforkalkning i benene og er til kontrol på Karkirurgisk Afdeling på Rigshospitalet.

"I dag gik jeg fra Trianglen til Rigshospitalet i det gode vejr, men jeg måtte ned at sidde tre gange. Efter fem til ti minutter kunne jeg gå lidt igen," svarer Ingrid Lorentzen og anslår, at hun kan gå omkring to hundrede meter, før hun får smerter.

Eva Sylvest Simonsen er i gang med at gennemgå fem gode råd til, hvordan Ingrid Lorentzen kan forebygge, at

sygdommen forværres. De to første råd handler om, at hun skal presse sig selv til at gå, selvom det gør ondt. Og at hun skal skabe en rutine med indendørs øvelser, så hun får trænet, selv når vejret er for dårligt til en gåtur.

"Jeg vil anbefale dig at gå, indtil det gør ondt i benene. Og så lige gå lidt længere. Det skal selvfølgelig være en balance, så du ikke overdriver. Men det er vigtigt, at du klør på og ikke mister modet, fordi alternativet er en meget stor operation," siger Eva Sylvest Simonsen og supplerer:

"Det vil også være en god idé at få en rutine med at lave øvelser indendørs. Hvis du f.eks. stiller dig op og vipper lidt på fødderne hver gang, der

er TV-reklamer, eller du skal sætte kaffe over. En lille aktivitet mange gange i løbet af dagen kan virkelig gøre en forskel.”

### Gør det spiseligt

Eva Sylvest Simonsen forklarer, hvordan hun som sygeplejerske oplever at bruge de fem råd i rådgivningen af sine patienter.

”Der er grænser for, hvad en patient kan rumme i løbet af en konsultation. Her gør de fem korte råd det spiseligt for patienten.”

Hun understreger, at de fem råd ikke kan stå alene. Derfor sker rådgivningen altid sammen med tilbud om henvisning til rygestop og gangtræning og råd om kosttilskud. De fem råd, som patienten får udleveret på et lille kort, følges af links til bl.a. videoer og podcasts (se fakta).

”Kortet med de fem råd ansporer os til at tænke KRAM-faktorerne ind i samtalen med patienten. Ved gennemgang af kortet har vi mulighed for at komme hele vejen rundt om rygning, kost, alkohol, motion og den psykologiske del af det at være syg,” siger Eva Sylvest Simonsen.

## 5 GODE RÅD

til dig med åreforkalkning  
i benene

**Gå ture - pres dig selv:** ”Det skal gøre ondt - før det bliver godt” - brug skridttæller.

**Når TV-reklamen lyser:** Stå med flad fod og flex op på tæer og ned igen, indtil max smerte. Gentag x 3.

**Kolesterolsænkende medicin** mindsker åreforkalkningen og øger gangdistancen. **Blodfortyndende medicin** forebygger blodpropper.

**Spis dagligt 6 mandler, 6 hasselnødder og 6 halve valnødder** - det forebygger åreforkalkning.

**Spis havregryn** (sænker kolesterol) og **mørk chokolade** (sænker blodtryk). Kaffe før en gåtur øger udholdenhed.

Hun oplever også, at henvisningerne til det materiale, som patienten kan kigge videre på derhjemme, bliver taget godt imod.

”Det er brugbart for patienterne at gå hjem og se en film med en alderssvarende patient med samme symptomer eller lytte til en podcast med den nyeste viden om forebyggelse af sygdommen. Det føler jeg er en bedre hjælp end en pjece,” fortæller hun.

### En portion nødder

Tilbage til patientsamtalen er Eva Sylvest Simonsen nået til det tredje af de fem råd til at forebygge åreforkalkning i benene. Det handler om, at det er vigtigt at tage kolesterolsænkende og blodfortyndende medicin.

”At du tager de her tabletter sammen med noget blodfortyndende, er en af de ting, vi anbefaler for at nedsætte din risiko for, at åreforkalkningen bliver værre. Så du passer på dit hjerte og din hjerne. Når du har åreforkalkning i benene, har du øget risiko for problemer med åreforkalkningssygdom andre steder i kroppen,” forklarer hun.

De to sidste af de fem råd handler om madvaner. I stedet for at tale om fedtindhold og grøntsager, får Ingrid Lorentzen nogle simple råd, der er lette at implementere i hverdagen.

”Hvis du spiser en portion nødder dagligt, har det en forebyggende gavnlig effekt på åreforkalkning. Ligesådan med havregryn, der sænker kolesteroltallet. Og mørk chokolade, der sænker blodtrykket. Det er i hvert fald noget, du godt kan tillade dig selv,” siger Eva Sylvest Simonsen.

Ingrid Lorentzen siger om rådene.

”Det med nødderne kan jeg i hvert fald godt bruge. På et tidspunkt spiste jeg en håndfuld mandler hver dag, så det vil jeg da gå i gang med igen. Og også chokoladen. Det er rart at vide, hvad man må og ikke må,” siger hun.

Rådene om nødder, chokolade og kaffe giver faktisk rigtig god mening, oplever Eva Sylvest Simonsen.

”Mange af patienterne synes, det er hårdt at skulle træne, og de stejler, når vi taler rygestop. Her kan det være et positivt indspark, at det er fint at drikke kaffe, fordi det øger udholdenheden ved gangtræning, og at det er ”tilladt” at spise

mørk chokolade. Det kan gøre det lettere at kapere de nødvendige ændringer.”

### Griber rygende patienter

At henviser til rygestop ved hjælp af metoden Very Brief Advice (VBA) og til kommunal gangtræning, er nye tiltag i afdelingen, som følger sammen med de fem råd. Ifølge afdelingssygeplejerske Lise Westerlin udfylder det et velkendt hul i overgangen mellem hospital og kommune - i det ambulante patientforløb eller når patienten udskrives.

”Det sikrer, at kommunen griber patienterne, og det sikrer et langt mere sammenhængende patientforløb. Tidligere skulle patienterne selv tilmelde sig rygeafvænning eller træning hos en fysioterapeut, men kontakten etablerer vi nu på hospitalet,” siger Lise Westerlin.

VBA-metoden er en evidensbaseret metode, hvor personalet informerer om ulemperne ved rygning og spørger patienten om lov til at henviser til et rygestopkursus. De henviste patienter bliver efterfølgende kontaktet af kommunen indenfor tre hverdage.

Hver enkelt sygeplejerske er trænet i at gennemgå de fem råd med patienterne og har gennemgået et e-learningprogram om VBA-rygestopmetoden. ●

## DET FÅR PATIENTERNE OGSÅ

- I tillæg til de fem råd tilbydes patienterne henvisning til rygestoptilbud via VBA-metoden og kommunal fysioterapi.
- Der gives links til:
  - evidensbaseret onlinemetode til behandling for angst og depression.
  - behandling for alkohol-overforbrug.
  - træningsvideo fra Hjerte-foreningen.
  - film om patienterfaringer
  - podcast med information om sygdommen.
- Patienterne får vejledning om kosttilskud - vitamin D, calcium og multivitamintablet - og får udleveret pjece om forebyggelse af åreforkalkning.
- En graf viser, hvordan gangtræning mere effektivt forbedrer gangdistancen end operation.



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

---

---

**DEFINITION PÅ  
F A T I G U E**

En belastende og vedvarende fysisk, følelsesmæssig og/eller kognitiv træthed eller udmattelse, som påvirker personens normale funktionsniveau (4).

---

---



# Trætheden der ikke kan soves væk

**Fatigue** er kronisk træthed, især kendt fra kræftområdet. Men lidelsen er også hyppig i forbindelse med gigt, hjertesvigt, KOL, efter apopleksi, ved visse mave-tarmlidelser og efter covid-19-infektion.



**KARIN BROCHSTEDT DIEPERINK.** Sygeplejerske siden 1993, ph.d. og professor i kræft og familiesygepleje på Onkologisk afdeling på Odense Universitetshospital og Klinisk Institut på SDU, hvor hun også er viceinstituttleder. Hun forsker i patient- og familieinddragelse i forbindelse med senfølger, rehabilitering eller palliation relateret til kræftforløb.



Tekst  
**SUSSE BOBERG BÆCH**  
Journalist, cand.scient., ph.d.



**LINNEA FECHNER.** Har været sygeplejerske i otte år – de sidste fire år på Onkologisk afdeling på Odense Universitetshospital. Halvdelen af tiden arbejder hun på en klinik for senfølger, som hun har været med til at starte op sammen med blandt andre Karin Brochstedt Dieperink. Læser en master i sexologi på Aalborg Universitet.

**D** Fatigue er en kronisk træthed, der især er kendt fra kræftområdet, hvor hovedparten af kræftpatienter oplever fatigue i løbet af det akutte behandlingsforløb. Lidelsen er også hyppig i forbindelse med gigt, hjertesvigt, KOL, efter apopleksi, ved visse mave-tarmlidelser og efter covid-19-infektion.

Men fatigue optræder ikke kun i det akutte forløb.

F.eks. oplever flere end halvdelen af kræftpatienter fortsat træthed som en senfølge to et halvt år efter

afsluttet kræftbehandling (1). Og efter ti år kæmper mellem en tredjedel og en fjerdedel af kræftpatienter stadig med træthed som en kronisk lidelse (2).

Sygeplejerske Linnea Fechner fortæller om de konsekvenser fatigue kan have. Hun har været med til at starte en klinik for senfølger op for kræftpatienter, og til daglig møder hun patienter med fatigue i sit arbejde på kræftambulatoriet på Odense Universitetshospital:





”I vores senfølgeklinik har vi f.eks. en 35-årig kvinde, som for mere end 10 år siden blev behandlet for en hæmatologisk cancer. Hun er fortsat plaget af en så voldsom træthed, at det udfordrer hendes tilknytning til arbejdsmarkedet. Særligt efter hun fik en søn for to et halvt år siden, har hun været ekstremt påvirket og har haft svært ved at få hverdagen som enlig mor til at hænge sammen,” siger Linnea Fechner.

Kvindens tilstand vurderes til at være af kronisk karakter, og hun er derfor tildelt diagnosen ”følgetilstand med træthed efter kræftbehandling”.

### Stammer fra fransk

Selve ordet fatigue betyder træthed eller udmattelse på fransk, men det er ikke en træthed, som vi normalt kender den.

”Fatigue er en sygelig træthed – en træthed, du ikke kan sove dig fra. Vi bliver alle sammen trætte, og det er normalt. Men fatigue er en ikke-normal træthed,” forklarer Karin Brochstedt Dieperink. Hun er professor i kræft og familiesygepleje på Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital, og Klinisk Institut på SDU.

Linnea Fechner uddyber:

”Almindelig træthed kan vi mærke, når vi er udmattede efter en lang dags arbejde, hvor vi mangler overskud og ikke kan koncentrere os på samme måde om eftermiddagen. Det manglende overskud gør måske, at vi begynder at skændes med børnene eller manden, når vi kommer hjem. Men efter et kort hvil eller en kop kaffe er vi typisk klar igen,” siger Linnea Fechner.

”Fatigue er derimod en uoverskuelig træthed, der ikke ændrer sig, selvom du sover om natten eller tager en lur om dagen (3). Hele kroppen er påvirket, og det opleves typisk som en massiv træthed og udmattelse med koncentrationsbesvær, dårlig korttidshukommelse, søvnproblemer, forstærkning af smerter og risiko for depression (4),” siger hun.

### Skal tilpasse hverdagen

Der er mange gode grunde til, at det er vigtigt at have fokus på behandling af fatigue, så tilstanden ikke udvikler sig yderligere.

”Først og fremmest forringes patienternes livskvalitet som regel, fordi fatigue medfører, at de ikke længere kan gøre det, som de ønsker i deres daglige liv (5). Fatigue kan decideret være invaliderende.

I nogle tilfælde fører fatigue til, at patienterne ikke kan gennemføre deres behandling,

fordi de simpelthen er for dårlige (2),” forklarer Karin Brochstedt Dieperink.

Herudover kan lidelsen udvikle sig i negativ retning og blive endnu værre. Her taler vi om en jævn udvikling – et kontinuum – der spænder fra ”træthed” til ”fatigue” og i sidste ende til ”udmattelse” (se illustration ”Tilpasningsmodel: Fra træthed til udmattelse”) (6).

”Hvis du ikke er opmærksom på at tilpasse din hverdag og din energi til din nye situation med fatigue, risikerer du at sætte kursen den forkerte vej mod en endnu værre tilstand – den totale udmattelse, hvor du ikke kan overskue noget som helst,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Og det er rigtig uheldigt, forklarer Linnea Fechner:

”Hvis du når den totale udmattelse, er du ikke i stand til at tage ordentligt vare på dig selv. Du spiser og drikker ikke ordentligt, du taber muskelmasse, og din risiko for at blive indlagt er stor,” siger hun.

Derfor er patienter med fatigue nødt til at indrette deres liv, så hverdagen bliver tilpasset den nye livssituation, forklarer Karin Brochstedt Dieperink.

”Det kan f.eks. være kun at sige ja til en enkelt ting i weekenden, så du ikke ligger brak i tre dage bagefter. Jo mere du tilpasser din hverdag til din energi, jo længere kan du komme væk fra tilstanden fatigue og tættere på en normal træthed. Omvendt – jo mindre, du tilpasser dig, jo tættere kommer du på en tilstand af udmattelse.”

### Kvinder har dobbelt risiko

Nogle patienter har større risiko for fatigue end andre.

”Personer, som i forvejen har et dårligt funktionsniveau på grund af komorbiditeter eller fremskreden cancer, har seks gange større risiko for at få fatigue (7),” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Udover kroniske lidelser kan andre risikofaktorer være søvnproblemer, infektioner, dårlig ernæring, anæmi og hormonelle forstyrrelser (8). Kombinationsbehandling med både kemoterapi og strålebehandling, kroniske smerter og depression giver en dobbelt så stor risiko for fatigue (7).





Endelig har kvinder en dobbelt så stor risiko for fatigue som mænd (7).

”Man kender ikke forklaringen på, at kvinder hyppigere får fatigue end mænd. Måske er det fysiologisk betinget, men en anden mulighed er, at kvinder ofte har mange opgaver i hjemmet, som de måske bliver overvældet af, hvis der ikke er nogen, som tager over. Eller hvis de er dårlige til at lægge opgaverne over på andre,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

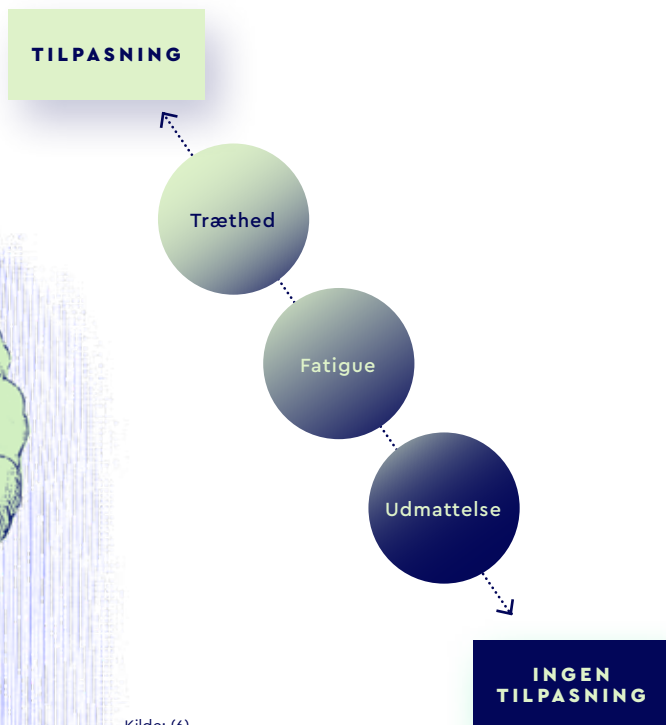
Symptomerne optræder næsten altid flere ad gangen, og det kalder man “symptomklynger”.

”F.eks. optræder fatigue oftest sammen med smerter, følelsesmæssig belastning, anæmi og søvnproblemer. Hvis du har smerter, sover du dårligere og har lettere til depression (4). Det bliver en form for ond cirkel, hvor det er svært at sige, hvad der kom først,” forklarer Karin Brochstedt. Dieperink.

Hvad fatigue mere præcist skyldes, er ikke klart.

Rent patofysiologisk har man ikke helt fundet en forklaring på fatigue. Forskning viser, at et øget niveau af proinflammatoriske cytokiner muligvis er relateret til fatigue (4). Cytokiner er signalstoffer, der er med til at regulere cellevækst og celledød, og som både kræft og kræftbehandling kan øge udskillelsen af. ●

### TILPASNINGSMODEL FRA TRÆTHED TIL UDMATTELSE



Kilde: (6)

## IKKE KUN KRÆFT

Selvom fatigue ofte forbindes med kræftbehandlinger, er lidelsen også udbredt indenfor andre sygdomsområder som f.eks. gigt, hjertesvigt, KOL, efter apopleksi og ved visse mave-tarmlidelser.

- F.eks. oplever mellem 40 og 80 pct. af alle med leddegigt fatigue (9).

Med covid-19 er fatigue blevet højaktuelt, da det er en hyppig senfølge til covid-19 (10,11,12). Med covid-19 har begrebet ”senfølger” fået en helt ny opmærksomhed.

- Knap hver anden covid-19-patient oplever fatigue (10,11,12).

## SYMPTOMER PÅ FATIGUE

De mest almindelige symptomer er:

- en massiv og pludselig indsættende træthed, der ikke kan soves væk
- koncentrationsbesvær
- dårlig korttidshukommelse
- nedsat udholdenhed
- følelsesmæssig påvirkning med risiko for depression
- forstærket oplevelse af smerter
- øget følsomhed over for sanseindtryk
- søvnforstyrrelser
- nedsat arbejdsevne
- må spare på energien for at indgå i sociale aktiviteter

Kilde: (4)

## KLINISKE RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AF KRÆFT

Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats har udgivet tre kliniske retningslinjer:

- 'Klinisk retningslinje om farmakologisk behandling af patienter i tidlig og sen palliativ fase med Cancer Relateret Fatigue (CRF)'
- 'Klinisk retningslinje om fysisk træning til lindring af Cancer Relateret Fatigue (CRF) hos patienter over 18 år, der har kræft og er i tidlig og sen palliativ fase'
- 'Klinisk retningslinje om psykosociale interventioner til lindring af Cancer Relateret Fatigue (CRF) hos patienter over 18 år, der har kræft og er i tidlig eller sen palliativ fase'

Læs retningslinjerne på [www.dmcgpall.dk](http://www.dmcgpall.dk) → *Skriv Fatigue i søgefeltet* → *Godkendte retningslinjer*

# ”Frem og tilbage til æbletræet kan være nok”

Sygeplejersker kan uddanne og vejlede patienter i behandlingen af fatigue. De kan give et kærligt skub, så patienterne selv kan gøre en indsats for at håndtere et hverdagsliv med fatigue.

Af **SUSSI BOBERG BÆCH**, journalist, cand.scient., ph.d.

Udredningen af fatigue starter allerede ved det første møde med patienten. Her spiller sygeplejersken en stor rolle for, at patienten bliver bekendt med mulighederne for at behandle eller leve med fatigue.

”Kræftpatienter bliver ved første behandling altid gjort opmærksomme på, at træthed er en almindelig bivirkning ved kræftbehandlingen. Men de færreste bliver på det tidspunkt bekymrede, fordi deres opfattelse af træthed relaterer sig til den normale træthed, som de kender,” forklarer Linnea Fechner.

Når behandlingen er overstået, kommer det til gengæld bag på mange af patienterne, at de forsat oplever en kronisk træthed.

”De bliver overraskede over, at trætheden ikke forsvinder, og at deres liv stadigvæk er påvirket af træthed. Mange bliver også overraskede over, at trætheden er så massiv,” fortæller Linnea Fechner.

”Derfor har vi sygeplejersker en vigtig opgave med at uddanne patienterne til at være opmærksomme på senfølger og med at identificere patienter med fatigue (se også faktaboksen ’Har patienten fatigue?’). Vi skal gøre opmærksom på mulighederne for behandling og på vigtigheden af at indrette hverdagslivet til den nye situation,” siger hun.

I den forbindelse er det vigtigt at involvere familien og gøre patient og familie opmærksomme på, at træthed er en problematik, hele familien skal tage alvorligt.

”Det kan være svært for de pårørende helt at forstå, hvad det indebærer at være kronisk træt, fordi man ofte ikke kan se det på patienten. Men det er

vigtigt, at familien og de nære relationer forstår, at det er en helt normal bivirkning af behandlingen, og at man ikke kan deltage i de samme ting, som man plejer,” forklarer Linnea Fechner.

## **Ikke noget vi lige kan fikse**

Linnea Fechner ved kun alt for godt, at det er lettere sagt end gjort at hjælpe de patienter, som har fatigue.

”For os sygeplejersker er fatigue et svært emne, fordi det ikke er noget, vi bare kan fikse. Men vi kan rådgive og vejlede patienterne og give dem et kærligt skub til, at de selv kan gøre en indsats.”

”Derfor skal vi prioritere at tale med patienten om, hvad der kan give patienten energi, og hvad der får patienten til at tabe energi. Og hvem i omgangskredsen de har mulighed for at trække ressourcer på,” siger Linnea Fechner og giver nogle eksempler.

”Vi skal spørge ind til hverdagslivet, til ønsker og hvor meget patienten kan overkomme f.eks., ’Er der noget, der udmatter dig fuldstændigt? Kan nogle af dine nære hjælpe dig med indkøb? Har du brug for hjælp til rengøring eller til at skifte sengetøj? Kan din ven eller veninde komme hver mandag og gå en tur sammen med dig?’”

Linnea Fechner fortæller, at det handler om at komme i øjenhøjde med patienten.

”Alle patienter har et forskelligt udgangspunkt for at komme gennem en behandling. Vi skal lære patienten at kende og finde ud af, hvem patienten er som menneske, og hvilke ressourcer patienten har at trække på i hverdagslivet. Nogle patienter har f.eks.

levet et aktivt liv, mens andre har levet et liv med fysisk inaktivitet,” siger hun.

”Det nytter ikke noget at sige, at patienten skal træne hårdt to gange om ugen, hvis personen har været fysisk inaktiv og siddet i sofaen det meste af dagen. I det tilfælde kan det måske være udfordrende nok at gå frem og tilbage til æbletræet eller til postkassen to gange om dagen,” siger Linnea Fechner.

### Registrering ikke tilstrækkelig

Men allerførst skal patienten udredes for eventuelle bagvedliggende årsager til fatigue, der måske kan reguleres farmakologisk. Det foregår i dag som en del af det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker og skal danne beslutningsgrundlag for behandlingen.

”Vi skal have afdækket, om fatigue kan bunde i smerter, stress, anæmi, søvnforstyrrelser, dårlig ernæringstilstand eller depression. De tilstande skal reguleres, før vi kan behandle trætheden non-farmakologisk. Vi laver en form for detektivarbejde, hvor vi f.eks. spørger ind til, hvordan patienten sover om natten, og om patienten spiser eller har smerter (13),” siger Linnea Fechner.

På de onkologiske afdelinger foregår der i dag en registrering af bivirkninger ved hjælp af Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Men registreringen er slet ikke tilstrækkelig til at følge udviklingen i fatigue, forklarer Karin Brochstedt Dieperink:

”CTCAE fanger ikke nuancerne, fordi skalaen er for grov. European Society for Medical Oncology (ESMO) guideline anbefaler derimod en skala fra 0 til 10, og den vil kunne fange en ændring i udviklingen af fatigue, så det vil være en stor fordel at få den implementeret på afdelingerne (13).”

At implementere ESMO guidelines i det kliniske miljø på afdelingerne vil give anledning til på en systematisk måde at tale med patienterne om fatigue:

”Det kan f.eks. være svært at vurdere, om det har hjulpet at gå en tur ud til æbletræet hver dag, så vi savner at få implementeret et redskab, der kan måle resultatet af vores arbejde og på en systematisk måde kan følge patienternes udvikling,” siger Linnea Fechner.

### Kontinuitet er afgørende

Selvom Karin Brochstedt Dieperink godt ved, at det er en stor udfordring, understreger hun, at kontinuitet er helt afgørende i den ambulante behandling af patienter med fatigue.

”Det handler om kontinuitet og om at opbygge et tillidsforhold, hvor patienten tør sige, at han eller hun har det bedst med at sidde i sofaen.”

Men det er svært at få skabt plads til det ikke-farmakologiske arbejde, så både kontinuitet og det sygeplejefaglige arbejde med at rådgive og uddanne patienterne i behandling af fatigue tilgodeses.

”Det kan kun lade sig gøre, hvis vi bliver ved med at sætte ord på vigtigheden af vores sygeplejefaglighed over for vores afdelings- og oversygeplejersker. Så vi får skabt plads til de nødvendige samtaler med patienter og pårørende med hensyn til, hvordan de kan håndtere deres træthed og andre senfølger. Og så vi får implementeret et screeningsredskab og evidensbaserede retningslinjer, der kan betyde en systematisk opfølgning på patienter med fatigue,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Undersøgelser peger netop på, at systematisk opfølgning ikke finder sted.

”I et kandidatspeciale så vi fra interviews med 16 patienter med fatigue på en hæmatologisk afdeling, at alle patienterne var overraskede over, hvor voldsomt de oplevede trætheden (14). Det generelle billede var, at patienterne ikke havde en oplevelse af, at sygeplejersken havde talt med dem om træthed på en systematisk måde eller havde fulgt op på udviklingen i deres oplevelse af træthed,” forklarer Karin Brochstedt Dieperink. ●



**H A R  
P A T I E N T E N  
F A T I G U E ?**

**RELEVANTE  
SPØRGSMAÅL:**

**Oplever du træthed?**

*Hvis ja, hvor udtalt var trætheden i gennemsnit i sidste uge på en skala fra 0 til 10?*

**Oplever du træthed som et problem?**

**Hvilken indflydelse har trætheden på din hverdag?**

Afdæk desuden altid smerter, følelsesmæssigt stress, anæmi, søvnforstyrrelser, ernæringstilstand, aktivitetsniveau og komorbiditet.

Kilde: (13,15)

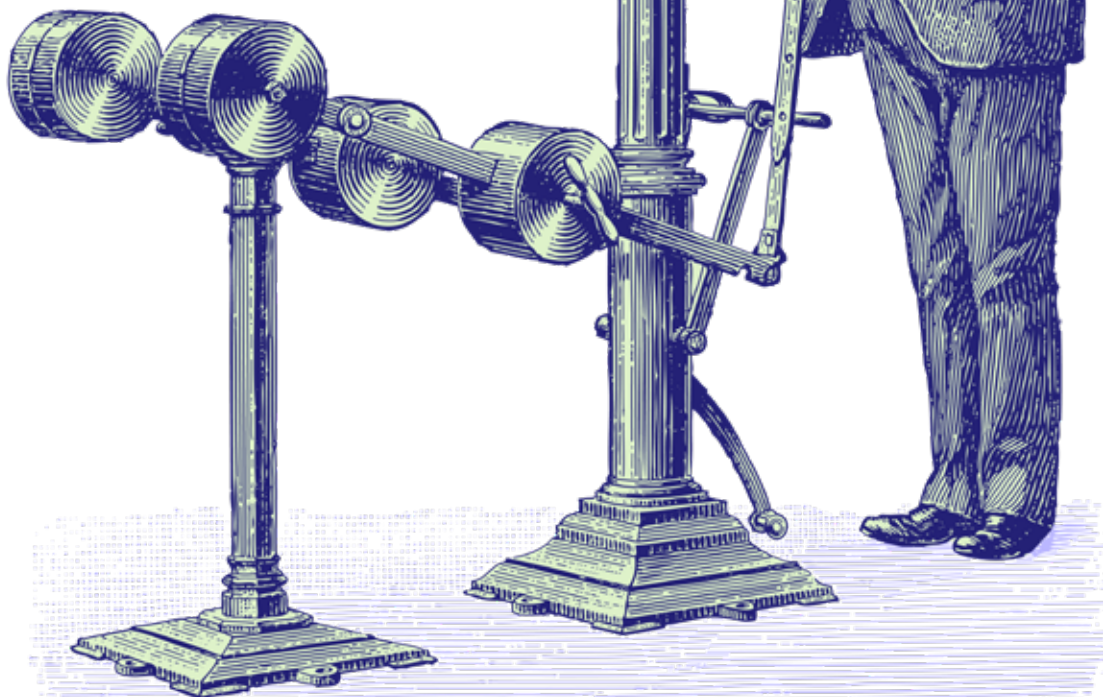


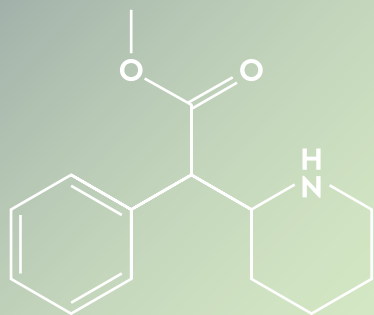
# ”Fysisk aktivitet virker”

Fysisk aktivitet og kognitiv behandling har med stor sikkerhed en positiv virkning på fatigue.

Af **SUSSI BOBERG BÆCH**, journalist, cand.scient., ph.d.

Der findes ingen standardbehandling for fatigue. Når sygeplejersker skal vejlede og hjælpe en patient med at behandle fatigue, er det derfor vigtigt at holde sig fagligt opdateret, understreger Karin Brochstedt Dieperink:





## M E D I C I N S K B E H A N D L I N G A F F A T I G U E

Forskning indikerer, at patologisk træthed hos patienter med kræft i solide tumorer kan afhjælpes ved indtag af Methylphenidat (23). Men større studier er nødvendige, før noget sikkert kan konkluderes om virkning og bivirkninger i forhold til medicinsk behandling af fatigue (8).

”Vi ved fra randomiserede studier, at information og uddannelse virker på fatigue både generelt og med hensyn til intensitet og påvirkning af hverdagslivet. Sygeplejersker har derfor en vigtig opgave med at rådgive patienterne korrekt på baggrund af den eksisterende evidens om, hvad der hjælper på fatigue. Vi skal kende til og løbende være opdateret på den eksisterende viden,” siger hun (16).

Selvom evidensen bag ikke-medicinsk behandling af fatigue generelt set er sparsom, er der bl.a. solid evidens for, at fysisk aktivitet har en positiv virkning.

”Vi ved, at fysisk aktivitet med stor sikkerhed har en positiv effekt på fatigue (17,18). Studier viser, at det ikke er så vigtigt, hvilken form for fysisk aktivitet det er – om det er en gåtur, yoga, cykling eller styrketræning (19). Det er op til den enkelte, hvad han eller hun bedst kan se sig selv i – det vigtige er, at det er lystbetonet.”

Eksempler på aktiviteter, som man kunne foreslå familien at gøre sammen, er gå- og cykelture, bowling og svømmehal, men det er vigtigt at tage udgangspunkt i patientens ressourcer.

### Krop og kræft

Evidensen for træning til kræftpatienter er nu så stor, at der som et fast tilbud kører et seks ugers landsdækkende program ’Krop og Kræft’ til kræftpatienter i kemoterapi. Det består hver uge af tre dages hård fysisk træning og én dags afspænding.

”Tilbuddet er blevet til på baggrund af Lis Adamsens kliniske studier, der viser, at trætheden mindskes væsentligt, hvis du indgår i et fysisk træningsforløb under din kemoterapi (17,18). Den ople-

## G O D E R Å D O M S Ø V N T I L P A T I E N T E N M E D F A T I G U E

Mange mennesker med kræft oplever søvnproblemer. Din træthed kan medføre en trang til at sove hele tiden. Selvom du er meget træt, kan det alligevel være svært at sove f.eks. pga. spekulationer og bekymringer. Det er derfor vigtigt at prøve at opretholde en normal søvnrhythme.

**Stå op og gå i seng på samme tidspunkt hver dag.**

**Skriv dine tanker ned, hvis de forstyrrer din nattesøvn.**

**Motionér og gå ture i løbet af dagen.**

**Brug eventuelt ørepropper for at dæmpe lydindtryk.**

**Undgå eventuelt lys i soveværelset.**

**Hold en behagelig temperatur i soveværelset.**

**Begræns stimuli fra tv, og dæmp lyset, eller sluk for computer, iPad og telefon.**

**Drik varm mælk eller kamille te ved sengetid.**

**Undgå stimulanser som f.eks. kaffe, te, alkohol og cigaretter i timerne inden sengetid.**

**Begræns søvn og hvile til under en time i løbet af dagen.**

**Prøv ved sengetid at slappe af så godt som muligt – f.eks. ved at læse, høre musik, lave afslapningsøvelser eller tage et varmt bad.**

**Stå eventuelt op, hvis du ikke kan sove, og foretag dig noget andet.**

**Få hjælp til at afhjælpe symptomer, der kan forstyrre nattesøvnen.**

Kilde: (25)

Læs også Trialogen ’Den helende søvn’ i Fag&Forskning nr. 2/2016

vede træthed bliver bl.a. en positiv form for træthed, fordi man godt må være træt, når man har trænet,” forklarer Karin Brochstedt Dieperink.

Og så skal det psykiske aspekt ved at deltage i et træningsforløb ikke underkendes.

”Det kan være vigtigt at møde andre i samme situation, der også kæmper med en kræftsygdom og med bivirkninger af behandlingen. Det giver en mestringskompetence, at man kan gøre noget godt for sig selv, selvom man er syg,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Hvor meget fysisk aktivitet, der skal til for at have en positiv effekt på trætheden, er ikke tilstrækkeligt godt undersøgt, men nogle studier peger på, at mellem tre og fem timers moderat ugentlig aktivitet kan være gavnligt (20).

”Men vi har stadig ikke mange data på, hvilken slags motion der er bedst, men alle former for aktivitet er bedre end at sætte sig i sofaen,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

### Oversætte for patienter

Mange patienter har også gavn af kognitiv terapi.

”Kognitiv terapi virker lige så godt som fysisk aktivitet (19). Men lige præcis her er der stor forskel på, hvilke tilbud de forskellige kommuner har. Hvis den enkelte kommune ikke tilbyder kognitiv terapi, er patienten henvist til egenbetaling, og så kan vi tale om en stor social ulighed i forhold til kognitiv terapi,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Selvom fysisk træning er en del af forskellige eksisterende kommunale rehabiliteringstilbud, har specielt yngre personer ofte svært ved at se sig selv i de tilbud, der ligger i kommunerne.

”Derfor har vi en opgave med at ”oversætte” for patienterne, hvilke tilbud vi tror vil passe til dem. Tilbuddene varierer fra kommune til kommune, men der er rigtig mange gode tilbud derude, som vi kan hjælpe med at gøre patienterne opmærksomme på,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Det handler også om at finde det rigtige tidspunkt for patienten.

”Måske har patienten ikke overskud lige nu, men når der er gået nogle måneder, og hverdagslivet presser sig på, har patienten måske fundet motivationen. Her skal patienten gerne vide, hvilke muligheder der er, og hvor han eller hun skal henvende sig,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Endelig kan nogle patienter have gavn af musikterapi (21). Akupunktur er der også lavet forskning på, men resultaterne er inkonklusive (22).

### Hjælp til at sove

Ifølge Linnea Fechner lider mange patienter med fatigue af søvnproblemer. Derfor råder hun til, at man

## GODE RÅD TIL PATIENTEN, SOM LIDER AF UDTALT TRÆTHED

*Vær opmærksom på, hvornår du har mest energi. Er du f.eks. mest frisk om morgenen, er det på det tidspunkt, du skal gøre de ting, du synes er vigtigst og giver dig mest glæde.*

*Planlæg ikke flere aktiviteter, end du kan overkomme.*

*Prioriter, hvad du vil bruge din energi på, så du bruger din energi på dét, der giver bedst mening for dig.*

*Læg mærke til, hvad der giver dig energi, og hvad der udmatter dig, så du bedre kan prioritere i hverdagen.*

*Vær fysisk aktiv i det omfang, du kan, og spis sundt.*

*Hvis du har mulighed for det, bed om hjælp til nogle af de daglige gøremål. Køb evt. madvarer online, og få dem bragt ud.*

*Brug hjælpemidler som badebænk, gribehåndtag i badet, skammel i entreen og skohorn. Måske har du mulighed for at få tilskud til nogle af hjælpemidlerne.*

Kilde: (24)

som en af de første ting i en samtale med en patient, som har fatigue, spørger: Sover du dårligt?

”Vi skal hjælpe patienterne med at få ryddet op i dårlig søvn. I mange tilfælde vil det være til gavn, hvis vi kan hjælpe dem til at skabe mellem fire og fem timers sammenhængende søvn ved hjælp af god søvnhygiejne,” siger hun (se også fakta).

”Søvnproblemerne kan skyldes mange ting lige fra fysiske gener af operation eller behandling til følelsesmæssig stress, spekulationer og bekymringer i forbindelse med sygdommen,” siger Linnea Fechner. ●



# Når hele familien er ramt

Kronisk træthed rammer hele familien og bytter rundt på familiens roller og opgaver.

Af **SUSSI BOBERG BÆCH**, journalist, cand.scient., ph.d.



◻ Når en patient lider af kronisk træthed, rammer det for det meste hele familien.

Det forandrer de roller, som familiemedlemmerne hver især har, og derfor skal man – ifølge Karin Brochstedt Dieperink – se på familien som en samlet enhed.

”Mit budskab er, at vi skal udvide vores opfattelse fra, at vi har en patient, der er ramt af fatigue, til at vi har en hel familie, der er ramt af fatigue.”

”Vi skal gå i dialog med familien og hjælpe dem med at finde ud af, hvad det betyder for balancen, dynamikken og for opgaverne i familien, at patienten nu har fået den her træthed. Belastningen for de pårørende, der overtager opgaver, kan blive for stor, hvis det varer ved i længere tid. Og så kan det ende med, at de selv bliver syge (26),” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Rollerne i familien bliver nemlig næsten altid forandret, når et familiemedlem får kræft.

”De pårørende oplever, at familien gradvist begynder at fungere dårligere (27), og derfor tager de mere og mere over for den syge (28). Det sker glidende, ofte uden at familiemedlemmerne taler om det. Patienten har travlt med at gå gennem sit sygdomsforløb og ser måske ikke altid de små ting, der sker i familien,” forklarer Karin Brochstedt Dieperink.

Og netop det med at tale om forandringerne er vigtigt, pointerer hun.

”Det handler om at legalisere, at trætheden er der. Det bliver lettere for familien at håndtere, hvis de taler om det. De pårørende spiller en afgørende

rolle for den syge, og sygeplejersken kan derfor være en vigtig person til at facilitere samtalen om, hvordan hverdagslivet skal leves med de nye udfordringer (29),” siger Karin Brochstedt Dieperink.

”Familiemedlemmer er en del af mange patienters hverdagsliv og er ofte den vigtigste støtte for patienten under og efter et sygdomsforløb (30,31). De pårørende er dem, der holder styr på det hele, og vi har mere og mere evidens, der peger på, at de pårørende kan gøre en forskel, også for at patienten kommer godt igennem et forløb (31),” siger hun.

## Initiativ til sex

Linnea Fechner fortæller, hvordan hun oplever i praksis, at de pårørende til en syg med fatigue ofte kæmper med nye roller, som de ikke tidligere har stået med.

”Alle familier deler deres roller mere eller mindre op, så en bestemt person i familien f.eks. skifter dæk, slår græs, ordner vasketøj, skifter sengetøj eller vander blomster,” siger Linnea Fechner.

”Når et medlem af familien bliver syg og pga. fatigue ikke kan overkomme sine opgaver, står de andre familiemedlemmer med helt nye opgaver, de ikke har været vant til at lave. Det kan være at have styr på økonomien eller at lave aftensmad. Det kan





påvirke alle aspekter af et familieliv - også på områder, man måske ikke umiddelbart tænker over. F.eks. hvem der tager initiativ til sex, eller hvem der køber fødselsdagsgaver,” siger Linnea Fechner.

”For den syge kan der ligge skyld og skam forbundet med ikke at kunne varetage de samme opgaver som tidligere, og det kan føre til distancering og tab af intimitet parterne imellem. De pårørende føler sig måske overvældet af de nye opgaver, og her har vi en rolle som personale i forhold til at hjælpe de pårørende med at komme godt gennem forløbet,” siger hun.

Og for de patienter, som bor alene, er det et helt kapitel for sig, fortæller Karin Brochstedt Dieperink.

”Du kan godt bo alene og have et godt netværk. Her er det vigtigt at afdække, hvem i netværket der kan hjælpe - f.eks. voksne børn, anden familie eller venner. Men hvis du ikke har nogen i netværket, som kan hjælpe dig, er du afhængig af det kommunale system, og der skal du altså være ret dårlig i dag for f.eks. at få hjælp til rengøring, skift af sengetøj eller indkøb,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

### Beskytter hinanden

De pårørende vil næsten altid gerne hjælpe, og der ligger derfor et stort potentiale i at inddrage de pårørende.

”Vi skal huske at henvende os til og inddrage familiemedlemmerne, fordi der er langt større chance for, at de sygeplejefaglige tiltag virker, når det er noget, familien kan gøre sammen,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

”F.eks. kan vi vise de pårørende nogle konkrete handlemuligheder. Det kunne være at gå en fast aftenur sammen med den syge eller at lave mad sammen (13).”

Det er ikke altid, at de pårørende er til stede på afdelingen eller ambulatoriet sammen med den syge. Og her er det vigtigt at invitere de pårørende ind.

”Nogle patienter prøver at skåne de pårørende. Vi sygeplejersker har en stor rolle i forhold til at være opmærksomme på de pårørende og opfordre patienterne til at tage de pårørende med, når de kommer ind til behandling eller lægesamtale. Hvis ikke familien møder op, kan vi spørge ind til ’hvem har du omkring dig’, ’hvem er vigtig for dig?’ Og ’tror du ikke, at du skal tage dem med herind’,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Både den syge og eventuelle sårbare pårørende som børn og unge kan have gavn af at tale om, hvordan de ændrede roller påvirker de sårbare i familien.

”Sygeplejersker kan facilitere samtalerne og have et øje på hvert familiemedlem. Også dem, der ikke er til stede, f.eks. sårbare pårørende som børn og unge. Det er vigtigt at gå i dialog med patienterne om deres børn og opfordre dem til at tage dem med,

så sygeplejersken også kan tale med børnene. For børnene er fantasien ofte værre end virkeligheden, og derfor kan det være godt at se, hvor mor eller far bliver behandlet,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Linnea Fechner supplerer:

”Vi kan tale med den syge om, at man godt kan være en god forælder på en nærværende måde, selvom man måske laver andre aktiviteter, end man plejer. Det kan f.eks. være, at fodbolden skal skiftes ud med Lego, hvis det er for krævende at spille fodbold, siger Linnea Fechner.

### Kærlighedens skjold

Det kan også være vigtigt at tale med de pårørende alene uden den syge.

”Det kan være vigtigt, fordi vi ikke altid får hele sandheden at vide, når f.eks. et ægtepar sidder sammen. Patient og pårørende beskytter til tider hinanden - det, vi kalder kærlighedens skjold - og det kan gøre, at den pårørende måske ikke får sagt, hvor galt det står til derhjemme,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Hvis ikke vi passer på de pårørende, er der en risiko for, at trætheden manifesterer sig ud i næste led, påpeger Linnea Fechner.

”Det er blevet et livsvilkår for den pårørende at skulle passe på en partner, som er syg samtidig med at skulle håndtere rengøring, indkøb, økonomi og gaver til moster Odas fødselsdag. Det gør, at man som pårørende ikke har mulighed for at skabe det rum, hvor man selv får energi til at håndtere den andens sygdom.”

”Så er det pludselig hele familien, der ikke fungerer, fordi den pårørende er kørt ned. Vi havde f.eks. en familie, hvor konen var syg med træthed til følge og samtidig havde faldtendens. Det havde den konsekvens, at manden var bange for, at hun skulle falde og derfor hele tiden holdt fysisk fast i sin kone. Her var et af vores sygeplejefaglige tiltag at sige til manden, at han havde brug for en pause,” forklarer hun.

Nogle pårørende skal også takle en sorgproces samtidig med, at de fungerer som ryggrad i hjemmet.

”Vi har et begreb, der hedder ’ventesorg’. Det handler om at være pårørende til en dødeligt syg patient, hvor man ved, at der på et tidspunkt kommer en dødelig udgang. Det kan være voldsomt at se sin partner sygne hen og blive dårlig og samtidig skal være den, der klarer tingene i hjemmet,” siger Linnea Fechner.

### Der er en grænse

Nogle gange er udfordringen, at den nærmeste pårørende også er syg.

”Så er det en helt anden situation, hvis vi har to partnere, der er syge. Her kan vores rolle være at



spørge ind til, hvordan de klarer det derhjemme og undersøge, om familien har behov for hjælp,” siger Karin Brochstedt Dieperink.

Hun erkender, at der også er en grænse for, hvad man kan gøre som sygeplejerske ansat på en sengeafdeling eller et ambulatorium.

”Vi kan tage initiativ til at tale med patienterne og sikre, at der laves behovsvurderinger og sende dem til kommunen – men så er det svært at gøre meget mere.”

”Hvis vi har at gøre med en sårbar familie, f.eks. hvor flere er syge, eller hvor familien har ansvar for børn og unge mennesker, kan vi efter aftale med patienten sende en henvisning til hjemmesygeplejen, der herefter kan tage ud at tale med familien. Men de enkelte kommuner har forskellige retningslinjer for, hvem der har ret til at få hjælp,” siger Karin Brochstedt Dieperink. ●

## Referencer

1. *Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, København, 2019.*
2. Bower JE. Cancer-related fatigue--mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol.* 2014 Oct;11(10):597-609.
3. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart WS, Carpenter KM, Cella D, et al. National comprehensive cancer network. Cancer-Related Fatigue, Version 2.015. *J Natl Compr Canc Netw.* 2015 Aug;13(8):1012-39.
4. Zachariae R, Mehlsen MT. Livet efter kræft. Senfølger og andre udfordringer efter afsluttet kræftbehandling. Kapitel 4: Kræftrelateret træthed s.53-65. FADL 's Forlag, Roskilde 2020.
5. Scott JA, Lasch KE, Barsevick AM, Piau-Louis E. Patients' experiences with cancer-related fatigue: a review and synthesis of qualitative research. *Oncol Nurs Forum.* 2011 May;38(3):E191-203.
6. Olson K. A new way of thinking about fatigue: a reconceptualization. *Oncol Nurs Forum.* 2007 Jan;34(1):93-9.
7. Ma Y, He B, Jiang M, Yang Y, Wang C, Huang C, Han L. Prevalence and risk factors of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020 Nov;111:103707.
8. Mücke M, Mochamat, Cuhls H, Peuckmann-Post V, Minton O, Stone P, Radbruch L. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 May 30;2015(5):CD006788.
9. Gigtforeningen. Træthed (fatigue) er værre end smerterne – tag kontrol over din træthed. Tilgået 05-04-2022: <https://www.gigtforeningen.dk/nyheder/2020/1-halvaar/traethed-fatigue-er-vaerre-end-smerterne>
10. Sandler CX, Wyller VBB, Moss-Morris R, Buchwald D, Crawley E, Hautvast J, et al. Long COVID and Post-infective Fatigue Syndrome: A Review. *Open Forum Infect Dis.* 2021 Sep 9;8(10):ofab440.
11. Ceban F, Ling S, Lui LMW, Lee Y, Gill H, Teopez KM, et al. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2022 Mar;101:93-135.
12. Stavem K, Ghanima W, Olsen MK, Gilboe HM, Einvik G. Prevalence and Determinants of Fatigue after COVID-19 in Non-Hospitalized Subjects: A Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 19;18(4):2030.
13. Fabi A, Bhargava R, Fatigoni S, Guglielmo M, Horneber M, Roila F, et al. ESMO Guidelines Committee. Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. *Ann Oncol.* 2020 Jun;31(6):713-723.
14. Clausen AM. Kandidatspeciale. Et udsnit af studiet MICRO-KVAL - En undersøgelse af hvilken indvirkning kræftrelateret fatigue har på hæmatologiske kræftpatienters hverdagsliv. 2020.
15. Riis-Pedersen KA og Gyldenvag H. Sygeplejemæssige udfordringer ved fatigue hos mennesker med kræft. *Kræftsygepleje i et forløbsperspektiv, kap. 16, s.301 -314, 2020.*
16. Bennett S, Pigott A, Beller EM, Haines T, Meredith P, Delaney C. Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 24;11(11):CD008144.
17. Adamsen L, Midtgaard J, Andersen C, Quist M, Moeller T, Roerth M. Transforming the nature of fatigue through exercise: qualitative findings from a multidimensional exercise programme in cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2004 Sep;13(4):362-70.
18. Adamsen L, Quist M, Andersen C, Møller T, Herrstedt J, Kronborg D, Baadsgaard MT, Vistisen K, Midtgaard J, Christiansen B, Stage M, Kronborg MT, Rørth M. Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: randomised controlled trial. *BMJ.* 2009 Oct 13;339:b3410.
19. Hilfiker R, Meichtry A, Eicher M, Nilsson Balfe L, Knols RH, Verra ML, Taeymans J. Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2018 May;52(10):651-658.
20. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, et al. Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: A Meta-analysis. *JAMA Oncol.* 2017 Jul 13;3(7):961-968.
21. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Aug 15;(8):CD006911.
22. Han Q, Yang L, Huang SY, Yeung JWF, Chen XH, Xue H, Xu LP, Suen LKP. Effectiveness of auricular point therapy for cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2020 May 19.
23. Escalante CP, Meyers C, Reuben JM, Wang X, Qiao W, Manzullo E, et al. A randomized, double-blind, 2-period, placebo-controlled crossover trial of a sustained-release methylphenidate in the treatment of fatigue in cancer patients. *Cancer J.* 2014 Jan-Feb;20(1):8-14.
24. *Kræftens Bekæmpelse: Træthed (Fatigue).* <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/bivirkninger-senfølger/traethed>. Tilgået d. 10. marts 2022.
25. SIG Kræft/fatigue, Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker 2017. Træthed når du er ramt af kræft. <https://www.auh.dk/siteassets/afdelinger/kraftafdelingen/pjecer/pjeece-traethed-sept-2017-1.pdf>. Tilgået d. 05-04-2022.
26. Danske Patienter 2019. Tilgået d. 25. marts 2022: 30 organisationer: Pårørende skal have bedre vilkår | Danske Patienter.
27. Dieperink KB, Coyne E, Creedy DK, Østergaard B. Family functioning and perceived support from nurses during cancer treatment among Danish and Australian patients and their families. *J Clin Nurs.* 2018 Jan;27(1-2):e154-e161.
28. Dolgoy ND, Krishnasamy M, McNeely ML. Uncertainty and sense-of-self as targets for intervention for cancer-related fatigue. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2019 Jul;28(4):e13048.
29. Voltelen B og Bjerre J. Familiedialog og refleksion ved alvorlig sygdom - En guide for sundhedsprofessionelle: Samfundslitteratur, Frederiksberg 2018.
30. Coyne E, Heynsbergh N, Dieperink KB. Acknowledging cancer as a family disease: A systematic review of family care in the cancer setting. *Eur J Oncol Nurs.* 2020 Dec;49:101841.
31. Andersen NI, Nielsen CI, Danbjørg DB, Møller PK, Brochstedt Dieperink K. Caregivers' Need for Support in an Outpatient Cancer Setting. *Oncol Nurs Forum.* 2019 Nov 1;46(6):757-767.
32. Nielsen LV, Petersen GS. Temaanalyse om senfølger og sundhedsvæsenets indsats - Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse. *Kræftens Bekæmpelse* 2021.





# The Journal Club

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



## VIL DIN JOURNAL CLUB BIDRAGE?

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

# Et værktøj til vurdering af sundhedskompetencer

*Sundhedskompetencer. CHAT er et redskab, der øgede professionelles bevidsthed om kompetencer, men angav ikke muligheder for at styrke dem hos den enkelte borger.*



Jensen NH, Aaby A, Ryom K, Maindal HT. **A CHAT about health literacy – a qualitative feasibility study of the Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT) in a Danish municipal healthcare centre.** Scand J CARING SCI december 2021;35(4):1250-8. <https://doi.org/10.1111/scs.12943>

**Introduktion.** Den personlige sundhedskompetence udtrykker, i hvilken grad individet har evnen til at finde, forstå og bruge information og tjenester til sundhedsrelaterede beslutninger og handlinger for sig selv og andre. Lav sundhedskompetence er i flere studier vist at hænge sammen med lav indkomst og uddannelse samt dårligt helbred. Der har ikke tidligere været systematiske redskaber til at afdække sundhedskompetencer, hvorfor forfattergruppen ønskede at undersøge implementeringen og anvendelsen af CHAT, dets evne til at øge bevidstheden om sundhedskompetence blandt de ansatte samt om CHAT kunne vurdere individuelle behov for at styrke sundhedskompetencerne.

**Metode.** På en dansk rehabiliteringsenhed i kommunalt regi blev 23 sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, som arbejdede med borgere med forskellige kroniske sygdomme, introduceret til CHAT bl.a. gennem workshops og senere interviewet i fokusgrupper vedr. deres oplevelse af rækkevidde, effektivitet, adoption, implementering og fastholdelse af CHAT.

**Resultater.** Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT) viste i dette kvalitative feasibility-studie at være et lovende værktøj til at vurdere borgeres individuelle sundhedskompetencer (health literacy) og behov for hjælp dertil. Studiet øgede bevidstheden om dette blandt personalet. CHAT kan fungere som et værktøj til at forbedre organisatorisk sundhedskompetence,

men er mindre velegnet til at opsummere den nødvendige støtte. Derfor er der behov for andre værktøjer for effektivt at forbedre de organisatoriske sundhedskompetencer.

Alle deltagerne havde anvendt CHAT i mindst 10 forløb. Der er i artiklen overskuelige tabeller over resultaterne af de kvalitative analyser.

**Diskussion.** Lave sproglige evner og borgere, som ikke kan beskrive deres vanskeligheder detaljeret, er en barriere for CHAT. De professionelle rapporterede, at disse patienter også var dem med det højeste behov for individuel støtte. Mere erfaring i brugen af CHAT og evne til at tilpasse spørgsmålene til den enkelte borger vil gøre det lettere at indsamle mere dybdegående data blandt disse patienter.

**Konsekvenser for praksis.** For at implementere CHAT med succes anbefaler forfatterne, at der udvikles et implementeringsprogram, herunder en introduktion til sundhedskompetence som koncept i praksis og en oversigt over mulighederne for at handle på CHAT-resultater.

**Kommentar.** Artiklen er publiceret på engelsk, men forskerne har anvendt den danske oversættelse af CHAT, som kan fås ved henvendelse til [naje@ph.au.dk](mailto:naje@ph.au.dk) ●

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

## DIGITALISERET SAMARBEJDE OM PALLIATIV PLEJE I EGET HJEM: EN KVALITATIV METASYNTSE

**BAGGRUND.** Udviklingen i sundhedsvæsenet bevirker, at flere borgere med komplekse problemstillinger modtager sygepleje i eget hjem. Dette gør sig også gældende for borgere, som modtager palliative indsatser, og i relation hertil efterspørger kommunale sygeplejersker en fleksibel adgang til specialiseret, palliativ rådgivning døgnet rundt.

**FORMÅL.** Digitalt samarbejde beskrives som en mulighed for at imødekomme dette rådgivningsbehov. Derfor er formålet med artiklen at syntetisere den videnskabelige viden om brug af telemedicin i palliativ rådgivning til borgere, pårørende samt sundhedsprofessionelle, som yder basal palliativ pleje til borgere i eget hjem

# Nødvendigt med et velfungerende samarbejde

**Palliation.** Kommunale sygeplejersker efterspørger fleksibel adgang til palliativ rådgivning døgnet rundt.

## I

### Introduktion

Omdrejningspunktet i artiklen er vejledning fra palliative specialister til kommunalt plejepersonale, borgere og pårørende omkring palliative forløb i eget hjem.

Emnet er relevant for sygeplejersker, som er direkte involveret i palliativ sygepleje, men relaterer sig også til den mere generelle udfordring med at videreudvikle sundhedsvæsenet, så det matcher den omfattende opgaveflytning fra sekundær til primær sundhedssektor.

Der er brug for et velfungerende samarbejde mellem sundhedsprofessionelle med højt specialiseret

viden og kommunalt ansatte sygeplejersker, som skal varetage tiltagende komplekst pleje- og behandlingsbehov i borgerens eget hjem. De har behov for en adgang til faglig sparring og rådgivning fra alle specialer i alle vagter alle dage (1).

Kort sagt handler det om at sikre tilgængelighed og forenelighed (2). Dvs. at borgere har adgang til pleje af høj kvalitet, og at tiltag fra forskellige aktører arbejder harmonisk sammen på det udførende niveau i sundhedsvæsenet.

### Adgang til palliation

I takt med at befolkningen bliver ældre, lever mange borgere med livstruende sygdomme, hvor den palliative indsats spiller en væsentlig rolle.



**METODE.** Der blev gennemført en systematisk litteratursøgning efterfulgt af en kvalitativ metasyntese, der viser, at der er begrænset forskning på området.

**RESULTATER.** En foreløbig konklusion er, at digitalt samarbejde via videokonsultationer kan styrke kommunikationen i palliative forløb og modvirke oplevelsen af soloarbejde. Desuden kan det fremme tidlig opsporing af symptomer og borgerinddragelse i især den terminale fase.

**KONKLUSION.** Borger og pårørende involverer sig mere aktivt i forløbet uafhængigt af geografi, og det opleves som trygt, at man kan se hinanden.

## FORFATTERE



### LINE KROG

Uddannet sygeplejerske, har en Sundhedsfaglig Diplomuddannelse samt en Fagområdegodkendelse inden for det specialiserede, palliative felt på C-niveau. Har erfaring fra mave-tarmkirurgien, hjemmesygeplejen og er aktuelt ansat ved Hospice Limfjord i Skive. Derudover fungerer hun som underviser og instruktør i Sidstehjælp udbudt af Foreningen for Palliativ Indsats

linekrog82@gmail.com



### ANNE DØSSING

Ph.d., cand.cur., sygeplejerske. Lektor ved VIA UC Efter- og videreuddannelse. Aktuelt er hun uddannelsesansvarlig for Specialuddannelsen i Borgernær Sygepleje samt modulansvarlig/underviser på den sundhedsfaglige diplomuddannelse. Den forskningsmæssige interesse er især rettet mod tværsektoriel koordinering i sundhedsvæsenet samt organisatoriske kompetencer hos professionelle.

**Tak:** Tak til ledelse og kollegaer på Hospice Limfjord for altid at bakke op om, at efteruddannelse, fordybelse i og udvikling af faget er vigtigt.

\*) Citater er oversat af forfatterne



De nationale anbefalinger for den palliative indsats blev revideret i 2017, og her var formålet bl.a. at skabe lighed i adgangen til palliative behandlingstilbud samt at løfte kvaliteten i indsatsen med særligt fokus på den basale indsats (3).

I 2020 fremlagde Rigsrevisionen imidlertid en rapport til Folketinget, der konkluderer, at borgere ikke i tilstrækkelig grad er sikret adgang til specialiserede tilbud. Herved risikeres, at borgerne ikke lindres optimalt mod livets afslutning, og deres sidste levetid forringes (4). Endvidere øger det risikoen for akutte indlæggelser, som kan skabe usikkerhed eller medføre, at borgere, som ønsker at dø hjemme, ikke får opfyldt deres ønske herom (5).

Den basale palliative indsats er rettet mod borgere med afgrænsede palliative problemer og behov og ydes af fagpersoner, der ikke har palliation som deres hovedopgave. Indsatsen foregår som oftest på sygehusafdelinger og i kommunerne, hvorimod den specialiserede indsats bl.a. foregår på hospice og i palliative teams.

Den specialiserede indsats varetages af fagpersoner, der udelukkende har palliation som hovedopgave, og ydes til borgere med palliative problemer og behov af høj sværhedsgrad. Det er således borgerens behov og intensiteten heraf, der afgør, om indsatsen skal ydes på basalt eller specialiseret niveau (3).

Forudsætningen for, at det basale område kan yde palliativ indsats af høj kvalitet, er, at det specialiserede område har mulighed for at understøtte det (3). I samklang hermed udtrykker hjemmesygeplejersker et ønske om tværsektoriel sparring med kollegaer med specialviden samt klare og tilgængelige kommunikationsveje (1). Dette udfoldes ligeledes i et nyt norsk studie, som konkluderer, at hjemmesygeplejersken står meget alene med et stort, overordnet ansvar, og flere giver udtryk for faglig usikkerhed og for at føle sig utrygge, fordi de mangler opbakning og støtte fra andre fagprofessionelle hos borgere, som ønsker at dø hjemme.

Egen læge og palliativ team beskrives som vigtige samarbejdspartnere for hjemmesygeplejersken, men studiet påpeger også det problematiske i, at palliative teams typisk ikke er tilgængelige i aften-, nat- og weekendvagter (6). Altså efterspørges der adgang til specialiseret palliativ rådgivning døgnet rundt.

### Digitalisering af palliativ pleje

Der er udarbejdet nationale strategier af Sundhedsstyrelsen, regeringen, KL og Danske Regioner, og heri vurderes det, at digitalisering bliver et centralt

redskab til at skabe et mere borgernært og sammenhængende sundhedsvæsen. Det digitale sundhedsvæsen skal styrke mødet mellem borgere og sundhedspersoner med effektive, digitale muligheder, hvor ambitionen er, at borgeren bliver en aktiv medspiller med redskaber til at forstå og håndtere sin tilstand.

I den nationale strategi for digital sundhed 2018-2022 er det overordnede sigte desuden at understøtte sundhedsaktører i at skabe sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet. Borgere, pårørende og medarbejdere skal således opleve en hverdag, hvor ny teknologi skaber bedre sammenhæng, samarbejde og øget kvalitet i behandling (7).

På det palliative område er det især telemedicin, som er blevet fremhævet. Ordet refererer til talrige former for telekommunikation (stemme, lyd, video, billede, tekst) gennem en række teknologiske medier, f.eks. telefon og internet. Direkte oversat betyder det medicin-over-afstand, men telemedicin er i dag nærmest synonymt med de muligheder for diagnostik, pleje og behandling, der ligger i informations- og kommunikationsteknologier. Ifølge Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin lyder den præcise definition "Tid-, sted- og rumafhængige, digitalt understøttede sundhedsydelser leveret over afstand med potentiale til at skabe målbar sundhedsmæssig gevinst eller værdi" (8).

Ifølge Georg Bollig, ph.d. og overlæge i palliation, er telemedicin et muligt redskab til at sikre palliativ omsorg i eget hjem. Han vurderer, at telemedicin i form af videokonsultationer mellem borgere, pårørende, læger, sygeplejersker og palliative teams kan gøre det muligt i højere grad at opfylde borgeres ønske om at dø hjemme (9). Videokonsultationer kan i palliative indsatser anvendes til bl.a. kommunikation, klinisk vurdering og symptomkontrol og forventes at kunne medvirke til at undgå unødige indlæggelse (10).

### Involvering af hospice

Behovet for adgang til palliativ rådgivning døgnet rundt på specialiseret niveau og udviklingen mod digitale løsninger afspejler sig også i ambitionerne på hospice. F.eks. er der på Hospice Limfjord en vision om at medvirke til at forbedre adgangen til specialiserede palliative tilbud og udvikle en stærk organisering på tværs af enheder og sektorer. Mere specifikt er målet at være til rådighed døgnet rundt for medarbejderne i kommunen, som yder palliative indsatser på det basale niveau.

På Hospice Sydlyn har man gjort sig konkrete erfaringer med telemedicin i samarbejde med

Sygehusenheden Ærø, hvor man på Ærø har indrettet en telemedicinsk hospicestue. Her kan borgere fra Ærø blive indlagt og via videokonsultationer få specialiseret rådgivning fra personalet på Hospice Sydlyn (11).

I forlængelse heraf finder vi det relevant at samle og formidle den eksisterende videnskabelige viden om brug af telemedicin i form af videokonsultationer i palliativ rådgivning til borgere, pårørende samt sundhedsprofessionelle, der yder basal palliativ pleje til borgere i eget hjem – med særligt fokus på, hvordan det opleves af de involverede parter. Formålet hermed er at understøtte den aktuelle udvikling mod et digitaliseret samarbejde mellem kommuner og hospice/palliative specialister.

## M Metoder

En kvalitativ metasyntese er velegnet til at opnå et helhedsbillede og vurdere det videnskabelige grundlag inden for et forskningsområde. Vi følger her Bøtcher og Sørensens metode (12) til metasyntese, som er

inspireret af Sandelowski og Barroso. Metoden består af 1) Systematisk litteratursøgning, 2) Metodisk vurdering, 3) Klassificering og 4) Syntetisering.

Imellem trin 3 og 4 finder det kvalitative metasummary sted, som består af udtrækning, redigering, gruppering og abstrahering af fund fra de inkluderede artikler samt udregning af frekvens og intensitet (12).

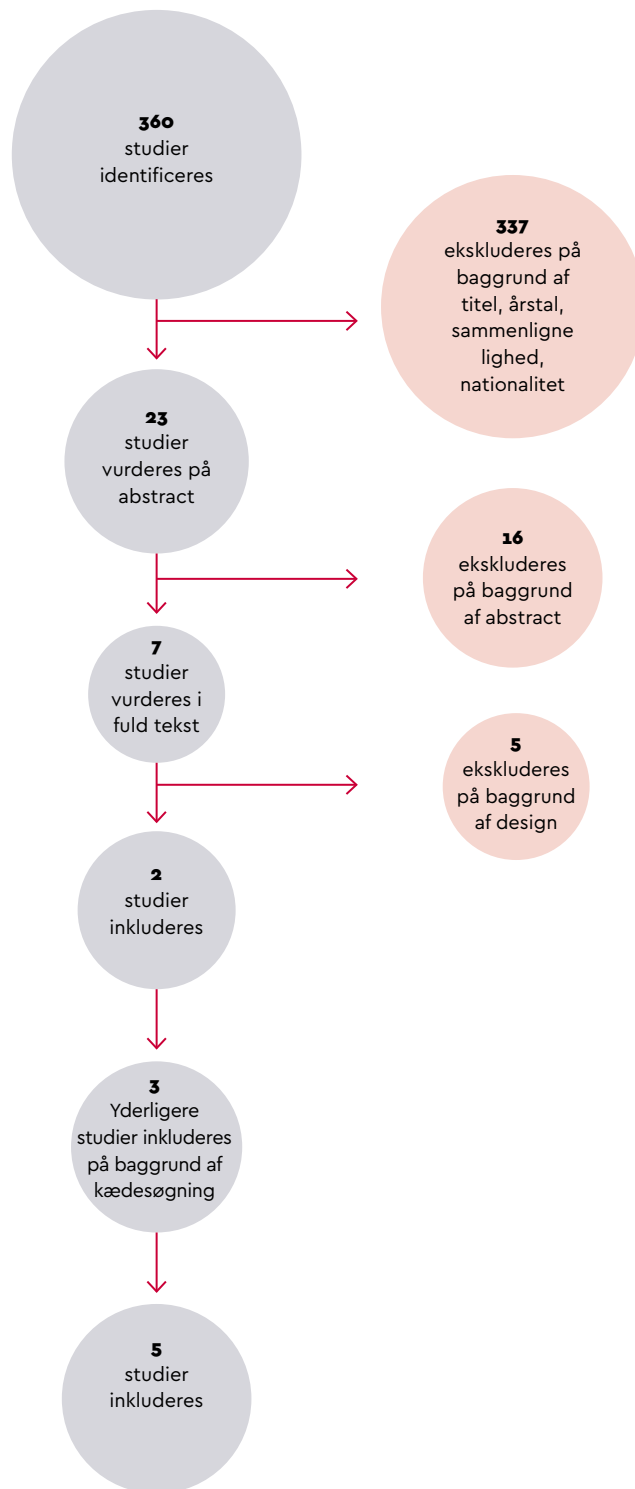
Litteratursøgningen er udført i foråret 2021 og omfatter de sundhedsvidenskabelige databaser Cinahl, PubMed, SveMed og Idunn. Kombinationer af følgende søgeord er anvendt: *telecare, telehealth, telemedicine, e-health, hospice, hospice care, hospice and palliative nursing, palliative care og palliasjon*.

Søgningen samt udvælgelse af kontrollerede emneord og fritext-ord blev assisteret af en fagbibliotekar og dækker perioden 1. januar 2000 til 1. januar 2020. Studier fra lande, der vurderes ikke at være sammenlignelige med det danske sundhedsvæsen, er ekskluderet.

Herudover er der foretaget kædesøgning i referencelister med henblik på at få så udtømmende en søgning som muligt, hvilket resulterede i yderligere tre studier. I alt inkluderes fem kvalitative studier – som illustreret i figur 1.

De inkluderede studiers relevans og videnskabelige kvalitet blev efterfølgende vurderet af første-forfatteren med anvendelse af CASP-tjeklisten til vurdering af kvalitativ forskning.

Figur 1. Flow i litteratursøgning





Tabel 1. Komparativt overblik over de inkluderede studier

Forfatter Udgivelsesår	Land	Informanter	Metode	Resultater	Videnskabelig kvalitet jf. CASP
Van Gurp, J m.fl. 2015	NL	18 borgere 17 pårørende 15 alm. læger	Kvalitativt studie med data fra: Observation af videokonsultationer Semi-strukturerede interviews Åbne interviews	Videokonsultationer kan lette og fremme et computerformidlet og empatisk forhold mellem borger og specialist.	10/10
Van Gurp, J m.fl. 2016	NL	18 borgere 17 pårørende 15 alm. læger 12 pall. specialister	Kvalitativt studie med data fra: Observation af videokonsultationer Semi-strukturerede interviews Åbne interviews	Videokonsultationer letter samarbejdet mellem almen praksis og palliative enheder	10/10
Funderskov, KF m.fl. 2019a	DK	11 borgere 3 pårørende (86 videokons.)	Kvalitativt studie med data fra: Deltagerobservation Semi-strukturerede interviews	Videokonsultationer til palliative borgere i eget hjem er mulige og medfører en styrket involvering og kommunikation mellem borger, pårørende og specialister	10/10
Middleton-Green, L m.fl. 2019	UK	8 borgere 5 pårørende	Mixed methods. De kvalitative data vurderes separat og består af: Semi-strukturerede interviews	Videokonsultationer kan give værdifuld støtte til palliative borgere og pårørende i eget hjem og reducere unødige indlæggelser	6/10
Funderskov, KF m.fl. 2019b	DK	5 hjemmesygeplejersker 1 palliativ læge 1 palliativ fysioterapeut 1 palliativ sygeplejerske	Kvalitativt studie med data fra: Feltnoter fra selvbiografisk dagbog Deltagerobservation Semi-strukturerede interviews	Brugen af videokonsultationer letter direkte palliativ pleje og styrker samarbejde mellem hjemmesygeplejerske og palliative teams	8/10



Resultatet af vurderingen fremgår af tabel 1, som viser, at kvaliteten af de inkluderede studier er middel til høj. I samtlige studier er der indhentet relevant samtykke og videnskabsetisk godkendelse.

Klassificeringen skal bevidstgøre om, hvordan data i de inkluderede studier er bearbejdet og fortolket (12). Det fremgår af tabel 1, at fire ud af de fem inkluderede studier har anvendt en kombination af observationsstudie og interviews, hvorved studierne opfattes som sammenlignelige, og yderligere klassificering heraf er derfor fravalgt.

De næste trin er udtrækning, redigering og gruppering af fund, som betyder, at relevante fund i de inkluderede studier er blevet lokaliseret, oversat til dansk og grupperet i indholdsmæssige, meningsfulde kategorier. I den efterfølgende abstrahering laves generelle beskrivelser af kategorierne, og der identificeres subkategorier, som udspecificerer indholdet.

Beregning af frekvens og intensitet er her udeladt på baggrund af for få studier

## R

### Resultater

Ud fra metasyntesen udledes tre kategorier: 1) Samarbejde og kommunikation, 2) Aktiv involvering og 3) Tryghed – med dertil hørende subkategorier.

#### Kategori: Samarbejde og kommunikation

Kategorien 'Samarbejde og kommunikation' beskriver, hvordan videokonsultationer skabte mulighed for et bedre samarbejde og styrket kommunikation mellem palliative specialister, hjemmesygeplejersker, terminale borgere og pårørende. Subkategorierne består af 'Samarbejde med borger og pårørende', 'Samarbejde mellem fagpersoner' og 'Korrekt, rettidig råd og information'.

#### *Samarbejde med borger og pårørende*

Selvom de palliative specialister ikke var fysisk til stede hjemme hos borgeren men med via en skærm, viste det sig alligevel, at dialogen var åben, og

samarbejdet blev lettet, når både borgeren og pårørende kunne deltage i samtalen med de palliative specialister. Borgerne oplevede, at videokonsultationerne gav mulighed for en klarere kommunikation med specialisterne.

Skærmen åbnede for muligheden for at stille uddybende spørgsmål, da man, når man kan se den andens ansigtsudtryk, lettere opfanger, hvis man misforstår noget. De pårørende havde ligeledes lettere ved at deltage i samarbejdet, når de ikke behøvede at tage fri fra arbejde eller køre langt for at deltage i samtalen med borger, hjemmesygeplejerske og en palliative specialist (13).

#### *Samarbejde mellem fagpersoner*

Samarbejdet mellem fagpersoner bliver overvejende positivt beskrevet i de inkluderede studier. Især samarbejdet mellem de palliative specialister og hjemmesygeplejerskerne. Erfaringen er, at deres samarbejde lettes ved, at hjemmesygeplejersken deltog i samtalerne uanset geografisk placering, da fysiske fællesmøder var svære at planlægge i en ofte uforudsigelig hverdag (13,14).

Et enkelt studie undersøgte, hvordan de praktiserende læger så på videokonsultationer som redskab i palliative forløb. Nogle af de praktiserende læger fandt det rart, at man var sammen om forløbet med de palliative specialister, og dette blev særligt beskrevet af de yngre læger.

(Citat fra studie): Alment praktiserende læge: ” ... jeg får følelsen af ikke at være alene om det. Den følelse, man nogle gange får som alment praktiserende læge i de sidste stadier (af nogens liv) \*)” (15, p. 263).

Det bliver endvidere beskrevet, hvordan samarbejdet om borgeren hæmmede 'soloarbejde' og styrkede den palliative indsats, da flere fagpersoner sammen kunne tilse borgeren via skærmen og dermed hurtigere kunne opspore symptomer (15).

#### *Korrekt, rettidig råd og information*

Den direkte kontakt til den palliative specialist og deraf umiddelbart tilgængelige råd og information var højt værdsat af borgere og pårørende. Særligt uden for almindelige åbningstider var den direkte kontakt og støtte meget påskønnet. Man erfarede, at når borger og pårørende brugte muligheden uden for gængse telefontider, var det for at få praktiske råd og støtte, hvilket var med til at forebygge udviklingen af akutte situationer og gav anledning til rettidig og passende intervention. Dette medførte ydermere, at unødige indlæggelser kunne undgås,

og absolut nødvendige indlæggelser blev rolige og velovervejede (16).

#### **Kategori: Aktiv involvering**

Kategorien 'Aktiv involvering' beskriver, hvordan borgeren på trods af livstruende sygdom tog aktivt del i eget forløb. Desuden oplevede de pårørende, at de kunne deltage aktivt, uanset om de boede sammen med borgeren eller befandt sig i en anden landsdel. Subkategorierne hedder 'Aktiv borgerinvolvering' og 'Aktiv pårørendeinvolvering'.

#### *Aktiv borgerinvolvering*

Ved brugen af videokonsultationer indtog borgerne en mere central rolle i eget forløb, og de fremhævede det gode i, at når kameraet blev slukket og samtalen var forbi, så befandt de sig i deres eget hjem (17).

De palliative specialister oplevede ligeledes, at borgerne tog aktivt del i forløbet, når kameraet var tændt, i modsætning til de vanlige telefonkonsultationer. Borgeren var velforberedt og sad klar ved skærmen – i nogle tilfælde med nedskrevne spørgsmål. Tidligere var de palliative specialister vant til at tale meget med hjemmesygeplejersken i telefon uden megen borgerdeltagelse, men nu blev borgeren inddraget aktivt på skærmen som en del af samtalen (13).

Når borgeren blev svagere og sygdommen mere fremskreden, plejede hjemmesygeplejersken eller de pårørende at tage over og tale med specialisterne, men ved brugen af videokonsultation kunne borgeren stadig være en aktiv part uden at skulle bruge energi og kræfter på at tale og stadig føle sig set og involveret (13,14).

(Citat fra studie): "Sygeplejersken fra det palliative team fandt, at muligheden for den direkte kommunikation med borgeren og de pårørende styrkede patientens autonomi ... og muligheden for den visuelle samtale styrkede inddragelsen af borgeren og de pårørende" \*) (13, p. 3970).

#### *Aktiv pårørendeinvolvering*

Muligheden for online deltagelse gav de pårørende større mulighed for at være aktive i forløbene. Specialisterne oplevede, at de pårørende tog aktiv del i forløbet, og de brugte muligheden for at stille spørgsmål direkte til specialisterne, fremfor at borgeren efterfølgende skulle redegøre for samtalen.

(Citat fra studie): ” ... en pårørende, der deltog i videokonsultationen via app'en på en mobiltelefon, var begejstret over muligheden. På trods af, at den pårørende boede og arbejdede i en anden del af landet, gjorde app'en det muligt at deltage (...) \*) (14 s 9).



Borgeren oplevede det positivt, at de pårørende blev involveret, da nervøsiteten for at have misforstået noget tidligere resulterede i opfølgende telefonsamtaler. Samboende pårørende er beskrevet som en vigtig part i det palliative forløb. Specialister og hjemmesygeplejersker fik ofte relevante informationer om borgerens velbefindende af de pårørende, og derudover var de ofte behjælpelige med medicin og koordinering af diverse aftaler (21).

### Kategori: Tryghed

Den sidste kategori beskriver, hvordan videokonsultationer kan være med til at skabe en følelse af støtte og beroligelse for borgeren og hjemmesygeplejersken samt fordelene ved det visuelle. Subkategorierne består af 'Følelsen af støtte og beroligelse' og 'At kunne se hinanden'.

#### *Følelsen af støtte og beroligelse*

Borgerne beskriver, hvordan den direkte kontakt og billedet på skærmen kunne virke beroligende, fordi specialisten nøjagtigt kunne se, hvordan de havde det.

(Citat fra studie): "Borger: Skærmen er uvurderlig for mig. Jeg går i panik, når jeg ikke kan få luft ... Så ringer jeg op på skærmen, og de kan se, hvor svært det er at få luft ... Du ved, at der er nogen i den anden ende (af skærmen), som svarer med det samme. Det er fantastisk, det har gjort mit liv pokkers meget lettere. Uvurderlig er den (skærmen)" \* (16, p. 4).

Hjemmesygeplejerskerne fandt ligeledes stor støtte i muligheden for at inddrage den palliative specialist. Hvis hjemmesygeplejersken var i tvivl eller usikker, kunne specialisten inddrages via skærmen og støtte hjemmesygeplejersken, som måske var usikker på tolkning af symptomer, eller at en alvorlig forværring kunne være undervejs (13,14).

#### *At kunne se hinanden*

Muligheden for at kunne se hinanden havde store fordele for såvel specialister som hjemmesygeplejersker, borgere og pårørende.

Videokonsultationen gav de palliative specialister et unikt indblik i borgerens hverdag, hvilket på sigt kunne give et tillidsfuldt og endda empatisk forhold på trods af, at interaktionen var computerformidlet (13).

Det beskrives, at det over tid blev nemmere at se og opfange fysiske og/eller mentale forandringer i borgerens tilstand ved brugen af videokonsultationer i modsætning til vanlige telefonsamtaler. Specialisterne kunne f.eks. lettere observere ødemer, vægttab og mentale forandringer, når de jævnligt kunne tilse borgeren over skærmen fremfor udeluk-

kende at få information via telefonen, hvilket også illustreres i nedenstående:

(Citat fra studie): "Overlæge i palliativt team: Kommunikationen bliver faktisk forbedret pga. skærmen og tager ikke nødvendigvis længere tid ... vi får tonsvis af information. Vi opfanger noget, som vi ikke ville have set (ved telefonsamtale). Det er jeg ret sikker på" \* (13, p. 3972).

Den visuelle mulighed medførte ligeledes en tryghed for hjemmesygeplejersken, der oplevede det som en fordel at kunne bruge skærmen til at fremvise eventuelle fysiske symptomer hos borgeren.

(Citat fra studie): Palliativ specialist: "Hun viste mig benet (via skærmen), hvilket faktisk ledte til hospitalsindlæggelse pga. en dyb venetrombose" \* (13, p. 3972).

En anden fordel ved videokonsultationen var, at den gav plads til det nonverbale sprog. Specialisterne kunne se, hvis borger eller pårørende så utrygge ud, rystede på hovedet eller kneb en tåre. Ydermere kunne borgere med svag stemme eller trakeostomi stadig føle sig inddraget på trods af, at de intet sagde.

(Citat fra studie): Borger: "Hun kan se kuløren i mit ansigt, eller når jeg er træt eller skidt tilpas" \* (14, p. 8).

(Citat fra studie): Pårørende: "Især, når han (borgeren) har den type kræft, som gør det svært at tale. Det har stor værdi, at man kan se hinanden" \* (14, p. 9).

I et enkelt studie beskrives det dog, at specialisterne undgik at komme ind på sensitive og følsomme områder. De følte sig ikke tæt nok på til at kunne give den rette støtte og trøst. De holdt sig i stedet til samtaler af mere medicinsk karakter og med fokus på fysiske symptomer (17).

Tekniske udfordringer med udstyret er ikke beskrevet som noget, der har påvirket forholdet eller samarbejdet i negativ retning – tværtimod beskrives det, at fleste allerede havde kendskab til brugen af digitale redskaber (13,14).

## D

### Diskussion

Metaanalysen viser, at digitalt samarbejde via videokonsultationer kan virke fremmende for det tværsektorielle samarbejde omkring palliative forløb i borgerens eget hjem. I lighed hermed fandt Christensen (18) i

et dansk studie af telemedicin til borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), at kommunikationen og samarbejdet mellem sygeplejersker og



praktiserende læger blev styrket ved brug af telekommunikation. Imidlertid viste samme studie, at samarbejdet mellem primær og sekundær sundhedssektor ikke blev styrket, hvilket står i modsætning til vores fund.

En mulig forklaring herpå kan være, at de palliative videokonsultationer primært har været tilrettelagt med samtidig deltagelse af repræsentanter fra primær og sekundær sektor, hvilket ikke er tilfældet i KOL-studiet, hvor borger – måske sammen med hjemmesygeplejerske – indberetter data, som sekundærsygeplejersken senere følger op på. Altså er der tale om synkron versus asynkron digital kommunikation.

Et andet væsentlig pointe fra KOL-studiet er, at det er vigtigt at få afklaret samarbejdsrelationer på tværs af sektorer i forbindelse med digitalt tværsektorielt samarbejde (18). Dette vurderes også at være væsentligt i relation til samarbejde om palliative forløb. Et særligt forhold vil her være en afklaring af, hvordan og hvornår forskellige palliative specialister/enheder bidrager til rådgivningen. Aktuelt har palliative teams en primær rolle heri, og hvis dette tilbud skal suppleres af medarbejdere på hospice, kunne det f.eks. omhandle specialiseret rådgivning i aften-, nat- og weekendvagter, så der opnås en samlet løsning med 24/7-adgang til rådgivning.

### Digitale kompetener skal udvikles

I forlængelse af van Gurp et al.s beskrivelse af palliative specialister, som holdt sig til samtaler af medicinsk karakter og ikke kom ind på sensitive områder, er det vigtigt at være opmærksom på begrebet 'digital nærhed'.

Digital nærhed skabes ved, at sygeplejersken under videokonsultation lærer at skærpe sit blik og hørelse på en anden måde end ved det fysiske møde. Sygeplejersken må sørge for at kigge ind i webkameraet og fortælle borgeren, hvad der sker, hvis vedkommende bliver uopmærksom eller kigger væk.

Desuden er det vigtigt at huske smalltalk om andet end sygdom. Det ville man have gjort i det fysiske møde, hvor man kommenterer på en ny frisure eller vejr og vind, hvilket også er med til at skabe tillid og nærhed (19). Via digital nærhed kan specialisten således nærme sig andre emner end de fysiske og medicinske, men jævnfør ovenstående fordrer det, at de palliative specialister udvikler deres digitale kompetencer.

### Videokonsultationer forbundet med tryghed

I forhold til borgernes oplevelse af videokonsultationer viser metaanalysen, at det i høj grad er forbundet med tryghed hos borgere med palliative behov,

hvilket stemmer overens med Frichs studie af telemedicin til borgere i eget hjem med KOL, hjertesvigt og diabetes, som konkluderer, at det fra borgernes perspektiv er trygt at være hjemme (19). Det synes derfor velunderbygget, at videokonsultationen kan fremme trygheden hos borgere i eget hjem, hvilket yderligere understøttes af erfaringer med brug af videokonsultationer internt i kommunerne.

F.eks. har Viborg kommune gode erfaringer med såkaldte skærmopkald. Borgerne værdsatte skærmopkaldene, fordi medarbejderne var mere præcise omkring tidspunktet for aftalen, antallet af forskellige medarbejdere i hjemme blev reduceret, og de undgik naboenes blik, når hjemmeplejebilen holdt i indkørslen.

I nogle tilfælde kunne der endvidere tilbydes en 'behandlerknop', som gav både borger og pårørende tryghed, da de efter behov kunne få fat på en hjemmesygeplejerske via skærmen. Det er ikke beskrevet, at man har afprøvet skærmopkald til terminale borgere, men det er foreslået i rapportens idekatalog (20).

### Svagthed ved metaanalyser

Det må betragtes som en generel svagthed ved metaanalyser, at fund samles på tværs af kontekster, som ikke nødvendigvis er sammenlignelige. Vi vurderer dog, at de inkluderede studier er fra relativt sammenlignelige lande.

Derudover må det betragtes som en svagthed, at denne metasyntese udelukkende er baseret på fem studier. Denne udfordring forstærkes af, at de to inkluderede studier fra Danmark bygger på samme datasæt, og det samme er gældende for de to studier fra Holland.

Det må også medtænkes, at det ikke er nærmere beskrevet eller afgrænset, hvor i den palliative fase borgeren befinder sig, da det kan have betydning for evnen til at involvere sig i videokonsultationen.

Følgelig er det relevant at iværksætte yderligere følgeforskning i relation til fremtidige initiativer med digitalt samarbejde om palliative forløb.



Der er begrænset forskning om digitalt samarbejde om palliative forløb i eget hjem, men metasyntesen viser, at videokonsultationer inden for palliativ rådgivning har potentiale til at styrke det

tværsektorielle samarbejde og kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle, borgere og pårørende. Ydermere involverer borgere og pårørende sig



mere aktivt i forløbet uafhængigt af geografi, og det beskrives som trygt, at man kan se hinanden.

For de sundhedsprofessionelle kan samarbejde via videokonsultationer modvirke oplevelsen af soloarbejde, og fra et fagligt perspektiv kan det have en positiv effekt i form af hurtigere symptomsporing og en bedre inddragelse af borgere og pårørende i især den terminale fase af det palliative forløb.

Overordnet kan erfaringer med digitalt samarbejde således betegnes som positive, men det er fortsat vigtigt at være opmærksom på, at det kræver kompetencer til at skabe 'digital nærhed' samt afklaring af opgavefordeling mellem palliative specialister/enheder. ●

### Læs også

*Trialog: Palliativ hjemmepleje. Fag & Forskning* 2020;(3):20-35.

### Referencer

- 1.** Rasmussen RCB, Larsen KL, Højgaard K, Dybbro KL. Når patienter indlægges til pleje og behandling i eget hjem øges den sygeplejefaglige kompleksitet. *Nordisk Sygeplejeforskning* 2021;11(2):141-54. **2.** Alter C, Hage J. *Organizations working together*. SAGE Publications; 1993. **3.** *Anbefalinger for den palliative indsats*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2017. **4.** Thorup H, Frandsen K, Christensen V, Aaen F, Bager B, Mortensen FM. *Adgangen til specialiseret palliation*. Rigsrevisionen; 2020. **5.** Bæch SB, Raunkjær M, Stenbjerg M. En værdig død hjemme kræver en velforberedt indsats. *Trialog: Palliativ hjemmepleje. Fag & Forskning* 2020;(3):20-35. **6.** Aamold K, Grov EK, Rostad HM. *Hjemmesygepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme*. *Klinisk Sygepleje* 2020;(1):3-15. **7.** Ét sikkert og sammenhengende sundhedsnettverk for alle. *Strategi for digital sundhed 2018-2022*. Kbh.: Sundhedsdatastyrelsen; 2018. **8.** *Telemedicinstrategi*. Danske Regioner. *Regionernes Sundheds-IT*; 2011. **9.** Bollig G. ALLE mennesker bør kunne gi omsorg for alvorlig syke og døende. *Omsorg*, 2019;(4):11-15. **10.** Jess M, Bollig G, Dieperink KB, Timm H. *Videokonsultationer I palliation*. *Omsorg* 2019;(2):27-31. **11.** Rayce K, Lee A, Christensen MW, Fæsterholdt I, Horup MB. *Telemedicinsk hospice. Evaluering af projektets fase 1*. Center for Innovativ Medicinsk Teknologi; 2020. **12.** Bøtcher AS, Sørensen D. *Den kvalitative metasyntese*. *Klinisk Sygepleje* 2020;(1):30-42 **13.** CASP Checklists. Tilgængelig fra: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Accessed 30-03-2021, 2021. **14.** Funderskov KF, Danbjørg DB, Jess M, Munk L, Zwisler A, Dieperink KB. *Telemedicine in specialized palliative care: Healthcare professionals' and their perspectives on video consultations – A qualitative study*. *J Clin Nurs*. 2019b; 28:3966-76. **15.** Funderskov KF, Raunkjær M, Danbjørg DB, Zwisler A, Munk L, Jess M Dieperink KB. *Experiences With Video Consultations in Specialized Palliative Home-Care: Qualitative Study of Patient and Relatives Perspectives*. *J Med Internet Res. (Internet) Marts* 2019a;21(3):1-10. Tilgængelig fra: [https://findresearcher.sdu.dk:8443/ws/porta/files/porta/150686648/Experiences\\_With\\_Video\\_Consultations\\_in\\_Specialized\\_Palliative\\_Home\\_Care.pdf](https://findresearcher.sdu.dk:8443/ws/porta/files/porta/150686648/Experiences_With_Video_Consultations_in_Specialized_Palliative_Home_Care.pdf) **16.** Van Gorp J, van Selm M, Vissers K, van Leeuwen E, Hasselaar J. *Teleconsultation for integrated palliative care at home: A qualitative study*. *Palliative Medicine*, 2016;30(3):257-69. **17.** Middleton-Green L, Gadoud A, Norris B, Sargeant A, Nair S, Wilson L, Livingstone H, Small N. "A Friend in the Corner": Supporting people at home in the last year of life via telephone and video consultation – an evaluation. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2019;9:e26. **18.** Van Gorp J, van Selm M, Vissers K, van Leeuwen E, Hasselaar J. *How Outpatient Palliative Care Teleconsultation Facilitates Empathic Patient-Professional Relationships: A Qualitative Study*. *PLoS ONE* 2015;10(4): e0124387.doi:10.1371/journal.pone.0124387 **19.** Christensen JKB. *Does Telecare Improve Interorganizational Collaboration? International Journal of Integrated Care* 2016, 16(4): 14, pp. 1–10 **20.** Frich BH. *Omsorg i teknologien? Teknologi i omsorgen? – Et STS studie af telepraksis*. Fællestrykkeriet Aarhus Universitet; 2017. **21.** Ballegaard SA, VIVE, Kamp A. *Skærmopkald i hjemme- og sygepleje. Videosamtalers betydning for pleje- og omsorgsarbejde*. VIVE og Roskilde Universitet, 2018.

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

En fuldstændig referenceliste kan fås ved henvendelse til førsteforfatteren

# Styrk dine kompetencer i palliation

” Jeg har fået ny viden, som jeg kan anvende i mit arbejde i morgen

” Inspirerende og kompetente undervisere

Læs mere og find det rigtige kursus for dig:  
[www.sanktlukas.dk/lukaskurser](http://www.sanktlukas.dk/lukaskurser)



Sankt Lukas Stiftelsen

## MEDLEMSTILBUD

# Studietilbud på forsikringer

Bauta Forsikring tilbyder en særlig fordelagtig studieforsikring med rabat på pris og selvrisiko til dig som sygeplejestuderende

[dsr.dk/rabatter](http://dsr.dk/rabatter)



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



### MIRA SØGAARD JØRGENSEN

Uddannet sygeplejerske 2001.  
Master i klinisk sygepleje 2019,  
har været ansat i Kirurgiprojektet  
på Rigshospitalet siden 2020.  
Tidligere sygeplejerske i neuroki-  
rurgi/intensiv, ortopædkirurgi og  
øre- næse-halskirurgi 2001-2020.  
Har arbejdet med 'fast-track'  
siden 2006.

*[mira.soegaard.joergensen@  
regionh.dk](mailto:mira.soegaard.joergensen@regionh.dk)*



### DORTHE HJORT JAKOBSEN

Uddannet sygeplejerske 1983.  
Master i klinisk sygepleje 2007,  
har været ansat i Kirurgiprojektet  
på Rigshospitalet siden 2012.  
Har arbejdet med udvikling og  
implementering af evidensbaseret  
sygepleje sammen med professor  
Henrik Kehlet > 20 år både natio-  
nalt og internationalt.

## RESUME

Evidensbaserede kirurgiske sygeplejeplaner er udviklet og optimeret over de sidste to årtier og er et vigtigt redskab til både at optimere og fastholde kvaliteten i sygeplejen.

En tværsnitsanalyse på Rigshospitalet af 108 procedure-specifikke sygeplejeplaner viste varierende udformning, der spændte fra en meget overordnet og generisk information til handlingsvejledende og evidensbaserede handlingsplaner. Desuden er kriterierne for forventet indlæggelsestid og udskrivelse ofte mangelfulde.

Analysen viste også, at sygeplejedokumentationen ved

overgangen til Sundhedsplatformen i flere afdelinger er ændret fra tidligere daglig afkrydsning i de detaljerede planer til mere generiske vurderingsskemaer uden mulighed for at inkludere fortrykte evidensbaserede kliniske sygeplejeplaner og faste udskrivelseskriterier. Konsekvensen er suboptimal dokumentation og dermed vanskeliggjort fortolkning og mulighed for optimering.

Konklusionen er, at der er behov for løbende optimering og implementering af evidensbaserede kirurgiske sygeplejeplaner til sikring af et optimeret operationsforløb.

# Dokumentationen, der forsvandt i Sundhedsplatformen

Målet må være at få sygeplejeplanerne (gen-)etableret i den kliniske hverdag med dokumentation i SP – men hvordan skal det ske?

Evidensbaserede kliniske sygeplejeplaner til kirurgiske patientforløb er udviklet over de sidste to årtier. De er et vigtigt redskab til både at optimere og fastholde kvaliteten i sygeplejen præ-, per- og postoperativt, fordi de indeholder daglige mål for sygeplejen med vejledning i observationer og sygeplejehandlinger, som er med til at sikre ensrettet evidensbaseret sygepleje, øget patientsikkerhed og hjælp til oplæring af nyt personale (1). Kliniske sygeplejeplaner kan anvendes til at tilrettelægge og strukturere den daglige sygepleje, når de indeholder en plan for mobilisering, behandling af smerter og kvalme, opstart af sufficient ernæring, (tidlig) seponering af invasivt udstyr og

forberedelse til udskrivelse med faste og tydelige udskrivelseskriterier. Samtidig kan de gøre det postoperative forløb og dagens program forståeligt og overskueligt for patienten. Kliniske sygeplejeplaner kan desuden indeholde procedurespecifikke emner som måling af blodsukker, daglig vægt og faste undersøgelser som blodprøver og røntgen mv. (2).

De kliniske sygeplejeplaner tager afsæt i principperne for optimerede operationsforløb, bedre kendt som 'fast-track-forløb' eller 'Enhanced Recovery After Surgery' (ERAS) (3).

### Optimerede fast-track operationsforløb og kliniske sygeplejeplaner

Pleje og behandling til kirurgiske patienter er væsentligt ændret, siden de første studier om konceptet accelererede/optimerede forløb blev publiceret for godt tyve år siden.

Optimerede operationsforløb er en flerstrengt intervention i et multidisciplinært behandlingsteam af læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og andre relevante faggrupper, der indgår i patientens indlæggelse på hospitalet.

Konceptet om optimerede forløb er udviklet af et tværfagligt team ved professor Henrik Kehlet med udgangspunkt i kirurgisk patofysiologi og i analyser af, hvilke postoperative problemstillinger der medfører behov for indlæggelse. Det er et evidensbaseret koncept, der har ført til tidligere restitution af operationspatienter, færre medicinske komplikationer og derved et væsentlig nedsat hospitaliseringsbehov uden øgede genindlæggelser (3,4). De sidste årtiers implementering af evidensbaserede fast-track-forløb har betydet en løbende optimering af procedurespecifikke mål for sygeplejen med udgangspunkt i nyeste evidens, hvor det har været muligt (5). Det medførte evidensbaserede specifikke daglige mål for sygeplejen, se illustration i Tabel 1, og standardplejeplaner, som gav et samlet overblik over sygeplejen til specifikke patientgrupper, f.eks. som en standardplejeplan efter kolonresektion (6), se eksempel på plejeplan i den elektroniske udgave af denne artikel.

### Dokumentationsredskab med daglig tjekliste

Med henblik på at sikre bedst mulig overholdelse af de procedurespecifikke mål for sygeplejen blev kliniske sygeplejeplaner udarbejdet som et dokumentationsredskab med daglig tjekliste og afkrydsningsfelter samt plads til fri tekst ved behov for yderligere dokumentation. Dette dokumentationsredskab har vist sig at være helt essentielt i forhold til implementering og fastholdelse af en vedvarende evidensbaseret og høj kvalitet i sygeplejen, da det indeholder de daglige mål for sygeplejen og samtidig anviser de relevante procedurespecifikke observationsområder.

Figur 1 er et eksempel på en procedure-specifik handlingsvejledende sygeplejeplan for første postoperative dag (POD1) med dokumentation af sygeplejen i sygeplejeplanen.

### Kirurgiprojektet initieret

For at styrke og fastholde evidensbaseret pleje og behandling efter principperne i fast-track inden for alle kirurgiske specialer på Rigshospitalet (RH) initierede

**Tabel 1.** Mål for sygeplejen efter kolonresektion (åbent indgreb)

<b>0. operationsdag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisering: Ude af sengen ~ 1 time</li> <li>• Drikke: &gt; 1.000ml pr. os.</li> <li>• Ernæring: Fuldkost</li> </ul>
<b>1. postoperative døgn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seponere blærekateter</li> <li>• Mobilisering: Ude af sengen ~ 5 timer</li> <li>• Drikke: &gt; 2.000ml pr. os.</li> <li>• Ernæring: Fuldkost</li> </ul>
<b>2. postoperative døgn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seponere epiduralkateter</li> <li>• Mobilisering: Ude af sengen ~ 8 timer</li> <li>• Drikke: &gt; 2.000ml pr. os.</li> <li>• Ernæring: Fuldkost</li> </ul>
<b>3. postoperative døgn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisering: Ude af sengen &gt; 8 timer</li> <li>• Udskrivelse, hvis kriterier er opfyldt</li> </ul>
<b>Udskrivelseskriterier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten er sufficient smertedækket med peroral analgetika</li> <li>• Patienten er selvhjulpne (jf. præoperativ status)</li> <li>• Patienten har spontan vandladning og flatus</li> <li>• Patienten er tryk ved udskrivelse</li> </ul>

Direktionen i 2012 en enhed kaldet 'Kirurgiprojektet'. Enheden er et tværfagligt team bestående af to kliniske sygeplejespecialister, to lægefaglige professorer inden for kirurgi og anæstesi og en civilingeniør, der trækker og bearbejder data.

For at inkludere nationale data kom de oprindelige dataudtræk fra Landspatientregisteret, men pga. forsinkelser er data siden 2017 trukket via Sundhedsplatformen (SP), som er klinikernes primære digitale dokumentationsværktøj i Region H og Region Sjælland.

Kirurgiprojektet servicerer alle kirurgiske afdelinger med halvårlige dataudtræk for procedurespecifikke kirurgiske indgreb på indlæggelsestider, genindlæggelser og mortalitet inden for 30 dage og evt. auditering af problemområder (7). Aktuelt leverer Kirurgiprojektet data på >110 procedurer.

### Sygeplejespecialisternes ekspertise

De kliniske sygeplejespecialister i Kirurgiprojektet tilbyder hjælp til indsamling af data, udvikling af kliniske sygeplejeplaner, audit af patienters samlede indlæggelsesforløb præ-, per- og postoperativt samt audit af genindlæggelsesforløb med henblik på forslag til evidensbaseret optimering af pleje og behandling til kirurgiske patienter. I arbejdet med audit har det været tiltagende svært at finde dokumentation for sygeplejen, som er sparsomt beskrevet. Talværdier i vurderingsskemaer fylder mest, og der er i mindre grad mål for patientens restitution og planlagte handlinger på problemstillinger rettet mod optimeret smertebehandling, tidlig mobilisering og hurtigere restitution og dermed kortere indlæggelsestider.

På baggrund af denne observation, blev der iværksat en tværsnitsundersøgelse af eksisterende sygeplejeplaner på Rigshospitalet til kirurgiske patienter.

### Fokus på optimeret sygepleje

Formålet med tværsnitsanalysen var at danne et overblik over, hvordan sygeplejeplaner er udformet med fokus på optimeret evidensbaseret sygepleje.



**Figur 1.** Eksempel på en procedurespecifik handlingsvejledende sygeplejeplan for første postoperative dag

Standardplejeplan Kolonresektion		Patient data
<b>E 1. Postoperative dag</b>	<b>Dato:</b>	<b>Side A</b>
<b>Ordinationer:</b> Analgetika efter ordn. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tromboseprofylaxe iht instruks <input type="checkbox"/>	Vægt Sep. Forbinding <input type="checkbox"/> Sep KAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (helst af Nattevagten)	<b>Information</b> Operationsfund <input type="checkbox"/> Dagens plejeforløb <input type="checkbox"/> Planlægge udskrivelse <input type="checkbox"/>
<b>1. Bevidsthedsplan</b> ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	<b>5. Epidural</b> ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____	
<b>2. Søvn og hvile</b> ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____	<b>6. PVK</b> ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
<b>3. Smerter</b> ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VAS score: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____	<b>7. Vandladning</b> ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____	
<b>4. Tarmfunktion</b> Flatus +/- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Afføring +/- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	<b>8. Respiration/Cirkulation</b> Respiration ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BT ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sat ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Puls ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TP ia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>9. Mobilisation</b> ELS ved måltider <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ELS 2x2 timer i DV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ELS 2x2 timer i AV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gangtræning x 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pers.hyg. på badeværelse <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____	
<b>Sygeplejeobservationer/handlinger</b> Ad _____ Ad _____ Ad _____ Ad _____		
<b>Plejeplan ajourført af:</b> Init. ____ / ____    Init. ____ / ____    Init. ____ / ____		

**Tabel 2.** Oversigt over kirurgiske afdelinger på Rigshospitalet, der indgår i tværsnitsanalysen

Center	Kirurgiske afdelinger på Rigshospitalet, der indgår i tværsnitsanalysen	Antal procedurer med kliniske sygeplejeplaner som indgår i tværsnitundersøgelsen
Hjertecentret HJE	Afdeling for Hjerter- og Lungekirurgi Afdeling for Karkirurgi	23
HovedOrto Centret HOC	Afdeling for Led- og Knoglekirurgi Afdeling for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi	20
Juliane Marie Centret JMC	Afdeling for Børn og Unge med Kirurgiske Sygdomme BUKIR Afdeling for Kvindesygdomme Afdeling for Graviditet, Fødsel og Barsel	28
Center for Kræft og Organsygdom CKO	Afdeling for Nyresygdomme Afdeling for Organkirurgi og Transplantation Afdeling for Urinvejskirurgi	26
Neurocentret NEU	Afdeling for Hjerne- og Nervekirurgi	11
<b>I alt</b>		<b>108</b>

Ved gennemgang af plejeplanerne har der været fokus på, om de indeholder en tentativ udskrivesdag, og om udskriveskriterierne er beskrevet. Data til tværsnitsanalysen blev indsamlet efter ledelsens godkendelse, og afdelingerne indgik i projektet ved at tilsende relevante kliniske sygeplejeplaner, forløbsprogrammer og VIP (Vejledninger, Instruks, Politikker). Sygeplejeplanerne blev indsamlet sommer/efterår 2021.

### Procedurespecifikke sygeplejeplaner

Alle adspurgte kirurgiske afdelinger ønskede at deltage. Ud af 117 mulige procedurer blev der inkluderet 108 kliniske sygeplejeplaner med procedurespecifikke patientforløb, heraf var fire forløb i samedagskirurgi, og 104 forløb var med indlæggelse i sengeafdeling.

Ni procedurer blev ekskluderet, fordi der enten ikke fandtes en klinisk sygeplejeplan for proceduren, eller den var under revision.

Se Tabel 2 for en oversigt over kirurgiske afdelinger på Rigshospitalet, der indgår i tværsnitundersøgelsen.

Analysen viser, at de kliniske sygeplejeplaner på Rigshospitalets kirurgiske afdelinger er meget forskelligartet opbygget spændende fra oplæringsprogrammer til nyansatte, papirtjeklister med daglige mål, pilediagrammer, flowcharts og VIP.

### Analyse af sygeplejeplaner

En gennemgang af de kliniske sygeplejeplaner viser, at ud af de 108 procedurespecifikke sygeplejeplaner indeholder 81 specifikke mål for optimeret sygepleje i forhold til mobilisering, kvalme, multimodal smertebehandling, ernæring, tarmfunktion og seponering af invasive katetre. De resterende planer indeholdt mere generisk information og vejledning for forløbet, hvori sygeplejen beskrives mere generelt eller overordnet - altså ikke procedure-specifik og handlingsvejledende men alene med en overordnet beskrivelse af postoperativ sygepleje til alle afdelingens kirurgiske patienter eller med

henvisning til en række andre dokumenter, så det samlede overblik udeblev eller kun var vedrørende enkelte faktorer f.eks. sårpleje, se Figur 2a.

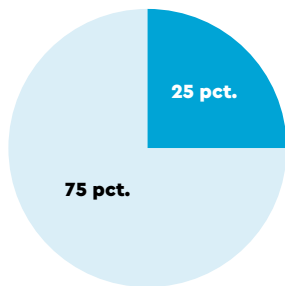
Enkelte akutte forløb blev af afdelingen beskrevet som uegnet til struktureret forløb pga. sygdommens natur med høj grad af forskelle i patienters status, afhængigt af sequelae efter sygdom og/eller længerevarende ophold på intensiv afdeling i den initiale akutte fase, hvorfor en individuel plan for pleje, behandling og videre forløb blev skønnet nødvendig.

### Tentativ udskrivesdag og faste udskriveskriterier

72 pct. af planerne beskrev en tentativ udskrivesdag, mens kun 40 pct. beskrev præcise udskriveskriterier, altså hvad skal patienten have opnået i sin restitution, og hvad er tilladelige eller forventelige symptomer ved udskrivelse. Optimale udskriveskriterier bør således beskrive de mål for pleje og behandling, som skal være opfyldt, inden det er forsvarligt at udskrive patienterne. Disse kriterier er et vigtigt redskab for sygeplejersken i den koordinerende rolle, da sygeplejersker i tiltagende grad udskriver patienter i ukomplerede forløb, når

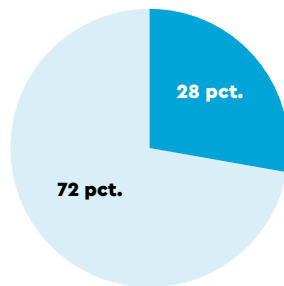


**Figur 2a.** Kliniske sygeplejeplaner med generiske vs. handlingsvejledende postoperative forløb



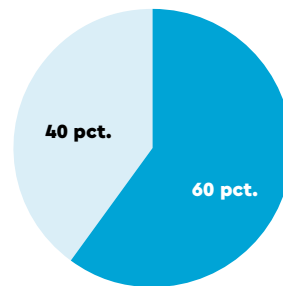
- Klinisk procedurespecifik sygeplejeplan udelukkende med generisk information og vejledning for forløbet n= 27 (25 pct.)
- Klinisk procedurespecifik sygeplejeplan med præcise daglige mål for optimeret sygepleje, mobilisering, kvalme, MTF, smerter, ernæring og seponering af invasivt udstyr n= 81 (75 pct.)

**Figur 2b.** Tentativ udskrivelsesdag = hvornår patienten forventes at kunne udskrives efter et ukompliceret procedurespecifikt forløb



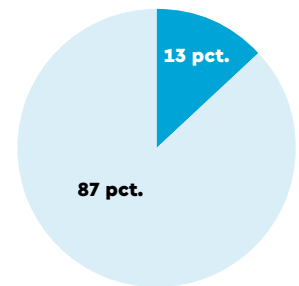
- Nej n= 30 (28 pct.)
- Ja n= 78 (72 pct.)

**Figur 2c.** Præcise udskrivelseskriterier = funktionelle og kliniske parametre, som forudsætning for en tryk og sikker udskrivelse



- Nej n= 65 (60 pct.)
- Ja n= 43 (40 pct.)

**Figur 2d.** Dokumentation af sygepleje udelukkende i SP vs. anvendelse af både sygeplejeplan på papirtjekliste + SP



- Dokumentation af sygepleje med afkrydsning på papir med daglige mål + SP n= 14 (13 pct.)
- Dokumentation udelukkende i SP n= 94 (87 pct.)

kriterierne er opfyldt f.eks. ved samedagskirurgi og medvirker således til at sikre en tryk udskrivelse for både patienter og pårørende (8,9), se Figur 2b og 2c.

### Dokumentationen i SP

Ud af de 108 procedurespecifikke sygeplejeplaner blev sygeplejen ved 94 procedurer (87 pct.) udelukkende dokumenteret i SP via vurderingsskemaer uden mål for daglige aktiviteter, og kun ved 14 procedurer (13 pct.) blev de fortrykte afkrydsningsskemaer med daglige mål fortsat anvendt i kombination med dokumentation i SP, se Figur 2d.

Med overgangen til SP er flere forhold blevet nemmere i det kliniske arbejde pga. et samlet overblik over patientens forløb, men det har ikke været muligt at konvertere de kliniske sygeplejeplaner direkte til SP, og disse er derfor mange steder enten blevet udfaset eller omformuleret til VIP-format uden tjekliste-afkrydsningsfunktionen. Desværre er dokumentationen af sygeplejen derved blevet udfordret, da sygeplejedokumentation i SP primært sker via generiske vurderingsskemaer uden daglige mål.

### Vigtige informationer går tabt i SP

Der er således en tendens til, at kun afvigelser fra standarden beskrives, hvorved vigtige observationer såsom udskillelser, mobiliseringsgrad samt indtag af mad og drikke forsvinder. Enkelte afdelinger har via deres lokale

SP-bygger fået implementeret procedurespecifikke vurderingsskemaer med målepunkter for vitale målinger som EWS, VAS, TP, kapillærrespons mv. samt mulighed for at indsætte et patientplan-notat, hvor en smarttekst indsættes afhængigt af sygeplejeproblematikken, f.eks. delirium, tryksår mv. Dette har imidlertid vist sig at være en krævende og langsommelig proces uden mulighed for de 'fortrykte' daglige mål for f.eks. mobilisering og seponering af invasivt udstyr mv.

### Generiske VIP-dokumenter

Processen har i nogle afdelinger medført en udfasning af de procedurespecifikke og handlingsvejledende kliniske sygeplejeplaner henimod konvertering til et mere ensartet og generisk VIP-format. Spørgsmålet er således, hvordan VIP-dokumenter anvendes i en travl klinisk hverdag af afdelingens sygeplejersker, social og

sundhedsassistenter, studerende, timelønnede, vikarer mv., som varetager den daglige sygepleje og giver information og vejledning i tiden efter udskrivelse til patienter og pårørende.

Er der kendskab og tid til at finde og anvende VIP-dokumenter, og hvilke krav stilles der lokalt til, at de anvendes? Hvordan kan tværfaglige sundhedspersoner (læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.fl.) orientere sig i sygeplejedokumentationen?

I takt med at de postoperative patientforløb er blevet højt specialiserede og med indførelse af minimal invasiv kirurgi med tilhørende pleje- og behandlingsprincipper, har mange afdelinger gradvist kunnet reducere patientens indlæggelsestid på hospitalet pga. optimeret og hurtigere restitution. Det er en del af fast-track-konceptets forløb, at hurtigere restitution er en forudsætning for hurtigere udskrivelse, og det kan bl.a. sikres ved at fastholde præcise og veldefinerede udskrivelseskriterier.

### Konsekvenser af overgangen til SP

SP og andre elektroniske dokumentationsredskaber er rationelle værktøjer, fordi de samler dokumentation for hele patientens indlæggelsesforløb, hvilket også har medført en bedre mulighed for at se data i en større sammenhæng i forhold til forlængede indlæggelsestider, postoperative komplikationer, genindlæggelser og død.

Imidlertid må vi spørge os selv, hvad sygeplejefaget og derved patienterne har mistet ved overgangen til SP og den nye dokumentationsform med ringere mulighed for procedurespecifikke mål og delmål for patientens restitution hen imod opnåelse af udskrivelseskriterierne og dermed en plan for, hvornår patienten er klar til udskrivelse? Endvidere, hvordan får vi sygeplejeplanerne (gen-)etableret i den kliniske hverdag med dokumentation i SP? (10).

Med denne artikel ønsker vi at henlede opmærksomheden på, at der (fortsat) er behov for løbende optimering og implementering af evidensbaserede kirurgiske sygeplejeplaner. Dette dokumentationsredskab har nemlig vist sig at være helt essentielt i forhold til implementering og fastholdelse af en vedvarende evidensbaseret sygepleje og høj kvalitet til sikring af et optimeret operationsforløb. Det er af stor vigtighed for vores fag og for patienter og deres pårørende. ●

### Referencer

1. Wainwright TW, Jakobsen DH, Kehlet H. The current and future role of nurses within Enhanced Recovery after Surgery pathways. *Nursing* 2022, (in press).
2. Dengsø KE, Sørensen CL, Jakobsen DH. Systematiske plejeplaner sikrer evidensbaseret sygepleje. *Fag & Forskning* 2017;1:58-63.
3. Kehlet H. Enhanced postoperative recovery: good from afar, but far from good? *Anaesthesia*. 2020;75 Suppl 1:e54-e61.
4. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg*. 2008;248:189-98.
5. Rønfeldt LL, Jakobsen DH, Kehlet H, Lipzak H, Wennervaldt K. A nationwide study of the quality of surgical guidelines and written patient information. *Dan Med J*. 2018;65:5.
6. Basse L, Hjort Jakobsen D, Billesbølle P, Werner M, Kehlet H. A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection. *Ann Surg*. 2000;232:51-7.
7. Jakobsen DH, Kehlet H. Fast track-koncept giver bedre pleje og behandling på Rigshospitalet. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* 2019;95:60-7.
8. Specht K, Kjaersgaard-Andersen P, Pedersen BD. Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty--a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2016;25:836-45.
9. Jørgensen M. Sygepleje ved fast track- alloplastikforløb. *Sygeplejersken* 2013;10:64-8.
10. Niels B, Jacob R. *Destruktiv digitalisering- En debatbog om Sundhedsplatformen 2016-2021*. København: FADL 's FORLAG; 2021.



***Hvad skal en procedure-specifik klinisk vejledning for sygeplejen indeholde, og hvordan anvendes evidensbaseret sygepleje i den kliniske hverdag?***

***Hvordan kan sygeplejen gøres mere synlig i SP/elektroniske dokumentationsredskaber?***

***Drøft, hvordan kliniske sygeplejeplaner med faste udskrivelseskriterier og dokumentationen er et vigtigt redskab til at beskrive observationer og handleplaner. Og om dokumentationen er tilgængelig for de tværfaglige samarbejdspartnere i jeres afdeling, herunder læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter osv.***



MEDLEMSTILBUD

# Bøger der (ra)batter

Som DSR-medlem får du  
15-20 % rabat på alle  
bogtitler fra Munksgaards  
Forlag, Gads Forlag og  
FADL's forlag.

[dsr.dk/rabatter](https://dsr.dk/rabatter)



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



HANNE FØNS

Sygeplejerske 1986, MIT 2011.  
Bestyrelsesmedlem i DSDK siden 2009,  
formand DSDK 2016-2021,  
ExCo Officer IAAS 2017-  
Afdelingssygeplejerske, Dagkirurgisk af-  
snit, Nordsjællands Hospital 2013-2021.  
Konsulent, Anæstesiologisk Afdeling,  
Nordsjællands Hospital 2021-



TINE CHRISTINA PALMBERG

Sygeplejerske 1990, SD 2016,  
MKS 2019.  
Sygeplejerske, Dagkirurgisk afsnit,  
Nordsjællands Hospital 2007-2019.  
Klinisk sygeplejespecialist,  
Operationsmodtagelse og Opvågning,  
Rigshospitalet HOC 2019-2020.  
Risikomanager/konsulent, Afdeling  
for Kvalitet og Patientforløb,  
Herlev og Gentofte Hospital 2020-  
[tine.christina.palmberg.o1@regionh.dk](mailto:tine.christina.palmberg.o1@regionh.dk)

*Tak til forskningsleder  
Palle Larsen for vejledning og sparring  
i skriveprocessen og til sygepleje-  
gruppen på Dagkirurgisk afsnit på  
Nordsjællands Hospital for hjælp til  
dataindsamling.*

# Fra patient- involvering til dagkirurgi på samlebånd

Supersygehuse bygget med fokus på driftsoptimering og stordrift fremmer umiddelbart ikke lighed i sundhed for den enkelte dagkirurgiske patient.

I forbindelse med om- og nybygning af danske hospitaler har man haft stort fokus på tilbud om enestuer og helende omgivelser særligt målrettet indlagte patienter. Indretning af omgivelser til det stadigt stigende antal patienter, som modtager ambulat kirurgisk behandling, fylder meget lidt (1). Det fører til følgende bekymringer:

Risikerer vi derved at give køb på åbenlyse gevinster og erfaringer opbygget gennem mange års arbejde med dagkirurgi, når hovedfokus i fremtidens dagkirurgiske forløb er kapacitetsoptimering, øget produktion og samlebåndsarbejde fremfor forløb med individuelle hensyn til den enkelte patient? (2).

## RESUME

Skal Danmark fremstå som foregangsland i forhold til dagkirurgi, må sundhedsprofessionelle insistere på, at man ved opbygning af dagkirurgiske patientforløb inddrager viden om og ønsker fra patienter, som har erfaring fra denne type forløb.

Studier peger på, at de faktorer, som opleves værdifulde for patienter i dagkirurgiske forløb, adskiller sig fra det, som opleves værdifuldt af patienter, som gennemgår længere forløb under indlæggelse. Samtidig ses, at mænd og kvinder vægter forskellige faktorer, ligesom det, der opleves værdifuldt af dagkirurgiske patienter, ikke nødvendigvis stem-

mer overens med det, sundhedsprofessionelle vurderer, er vigtigt.

Organisering af dagkirurgiske patientforløb må derfor på lige fod med hensyn til produktionsoptimering, omkostningseffektivitet og fleksibilitet levne plads og tid til at opbygge den relation mellem patienten og den enkelte sundhedsprofessionelle, som er grundlag for, at forløbet opleves trygt og værdifuldt for den enkelte patient, samtidig med at det gennemføres effektivt og med størst mulige faglig kvalitet.

Og risikerer vi med vægning af fleksibel indretning, produktivitet- og driftsforbedringer i de hospitalsbyggerier, der gennemføres i disse år, at hensyn til særlige behov hos patienter i specifikke undersøgelses- og behandlingsforløb må nedprioriteres?

### **Dagkirurgiske patienter blev overset**

Gruppen af dagkirurgiske patienter vil i fremtidens hospitaler i mange tilfælde være henvist til et hjørne af større opvågningsafdelinger, hvor man i indretningen ikke har taget højde for denne patientgruppes særlige behov.



For os fremmanes et billede fra et kinesisk dagkirurgisk afsnit besøgt i forbindelse med dagkirurgisk verdenskongres i Beijing i 2017. Her sad lange rækker af ventende patienter omklædt til operation som pakker på et samleband langs væggen på vej mod operationsgangen.

### Patienternes oplevelse af kvalitet i dagkirurgien

Som sundhedsfaglige har vi ofte en forventning om, at vi på baggrund af vores respektive uddannelser har viden om, hvad der er vigtigt, for at patienter oplever gode forløb. Zhao og Mourshed (3) beskrev i 2017, at de fandt brugerperspektivet på indretning af dagkirurgiske behandlingsafsnit underbelyst i litteraturen. I deres studie, som havde fokus på patienters ønsker til indretning af venteområdet i to forskellige kinesiske dagkirurgiske afsnit, fandt de ligesom i tidligere studier signifikante forskelle på præferencer relateret til patientens køn.

Østerbye Rimdal et al. (4) undersøgte i 2015 forskellige patientgruppers ønsker til mødet med sundhedsvesenet, men for at finde data, som specifikt adresserer patientperspektiv på indretningen af dagkirurgiske behandlingsafsnit, må man tilbage til 2004, hvor Hammond og Smith (5) gennemførte en kvantitativ under-



## Forskel på behov, som kan relateres til patienters køn, genfandt vi i et kvantitativt studie gennemført i 2016 ...

søgelse af dagkirurgiske patienters holdning til den fysiske indretning af behandlingsafsnittet. Man fandt her en væsentlig divergens mellem det, patienterne tillagde værdi, og de antagelser man havde, som byggede på sygeplejefaglige skøn og undersøgelse af holdninger hos patienter, som gennemgik længerevarende forløb i hospitalet.

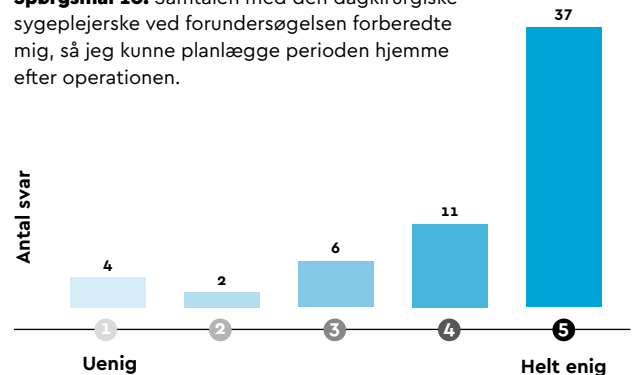
I et senere studie, som inkluderede 1.300 dagkirurgiske patienter, fandt Mitchell (6) forskelle på, hvordan patienterne foretrak at dæmpe deres ængstelse forud for operation i universel anæstesi - relateret til køn. Mitchells studie viste, at kvindelige patienter foretrak mundtlig information fra det sundhedsfaglige personale og at tilbringe ventetiden umiddelbart før operationen i selskab med pårørende. De mandlige patienter udtrykte i højere grad ønske om at dæmpe deres bekymring ved at læse om operationen og tilbringe den

Figur 1-5 er uddrag af resultater af studie i Dagkirurgisk afsnit, Nordsjællands Hospital 2016.

Kilde. Palmberg T. Har vi husket at spørge den dagkirurgiske patient?

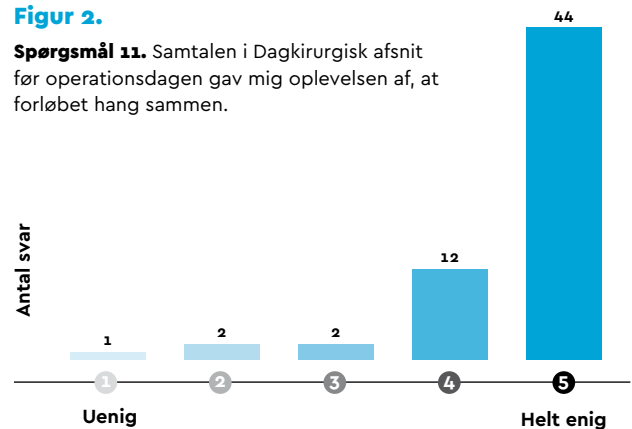
Figur 1.

Spørgsmål 10. Samtalen med den dagkirurgiske sygeplejerske ved forundersøgelsen forberedte mig, så jeg kunne planlægge perioden hjemme efter operationen.



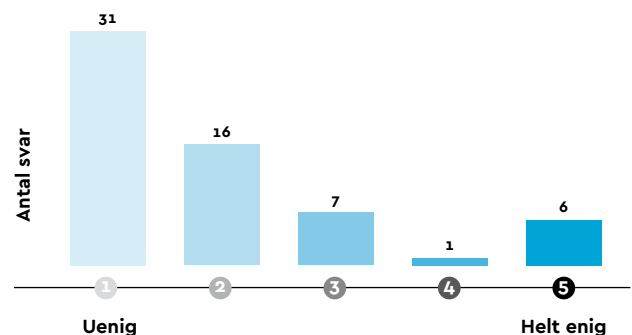
Figur 2.

Spørgsmål 11. Samtalen i Dagkirurgisk afsnit før operationsdagen gav mig oplevelsen af, at forløbet hang sammen.



Figur 3.

Spørgsmål 12. Jeg ville gerne have haft mere indflydelse på planlægning af mødetidspunkter til mine aftaler i hele forløbet.



**Tabel 1.** Forskel i mænd og kvinders besvarelser

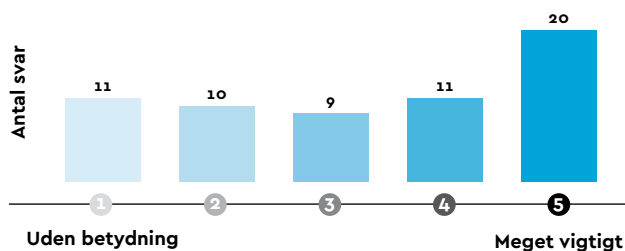
Uddrag af resultater fra studie på Dagkirurgisk afsnit, Nordsjællands Hospital, som belyser forskel i mænd og kvinders besvarelser, analyseret ved brug af Mann-Whitney test

Variabel		Kvinder n=48	Mænd n=13	P Signifikans
Spørgsmål 10	Samtalen med den dagkirurgiske sygeplejerske ved forundersøgelsen forberedte mig, så jeg kunne planlægge perioden hjemme efter operationen.	5(1-5)	4(1-5)	0,000
Spørgsmål 11	Samtalen Dagkirurgisk afsnit før operationsdagen, gav mig oplevelsen af at forløbet hang sammen.	5(2-5)	4(1-5)	0,003
Spørgsmål 12	Jeg ville gerne have haft mere indflydelse på planlægning af mødetidspunkter til min aftaler i hele forløbet.	1(1-5)	2(1-5)	0,047
Spørgsmål 14	Hvor vigtigt er det, at du selv kan have indflydelse på planlægning af operationsdatoen?	3(1-5)	5(2-5)	0,025

Data er præsenteret som median (spændvidde), og P- værdi - statistisk signifikans. Sværskala: 1 = uenig/ uden betydning - 5 = helt enig/ meget vigtig.

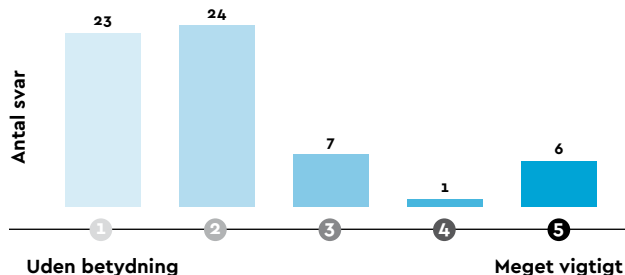
**Figur 4.**

**Spørgsmål 14.** Hvor vigtigt er det for dig, at du selv kan have indflydelse på planlægning af operationsdagen?



**Figur 5.**

**Spørgsmål 15.** Hvor vigtigt er det, at du er skærmet for lyde fra andre patienter før og efter operationen?



præoperative ventetid med at læse eller lytte til musik med et minimum af social interaktion.

Forskel på behov, som kan relateres til patienters køn, genfandt vi i et kvantitativt studie gennemført i 2016 på det dagkirurgiske afsnit på Nordsjællands Hospital. Studiet inkluderede 88 patienter opereret i afsnittet i løbet af en treugers periode. Af de 88 patienter besvarede 61 undersøgelsens spørgeskema. Baggrunden for studiet var et ønske om at afdække, hvorvidt den sygeplejefaglige vurdering af god kvalitet i dagkirurgiske patientforløb var i overensstemmelse med, hvad patienterne oplevede som god kvalitet i samme forløb.

### Resultater af undersøgelsen relateret til køn

I det følgende beskrives et uddrag af undersøgelsens fund.

I besvarelse af 4 af spørgeskemaundersøgelsens 12 spørgsmål fandt vi signifikante forskelle, som kunne relateres til respondentens køn.

I besvarelsen af spørgsmål 10, se Figur 1, om betydning af en samtale med sygeplejersken i det dagkirurgiske afsnit på forundersøgelsesdagen som forberedelse til forløbet i hjemmet efter operationen, var kvinder i højere grad end mænd enige eller helt enige i, at samtalen var betydningsfuld for forberedelsen, se Tabel 1.

Tilsvarende kønsrelateret forskel fandt vi i spørgsmål 11, se Figur 2, om samme samtales betydning for oplevelsen af sammenhæng i det samlede forløb. Der viste sig her et klart billede af, at respondenterne oplevede samtalen som betydningsfuld for sammenhængen

i forløbet. Blev besvarelsen sat i forhold til respondenternes køn, så vi også her forskel i vægtningen baseret på, om respondenter var kvinde eller mand, se Tabel 1.

I besvarelsen af spørgsmål 12 og 14, se Figur 3 og 4, fandt vi, at mandlige patienter i højere grad end kvindelige lagde vægt på muligheden for at have indflydelse på planlægning af mødetidspunkt og operationsdato, se Tabel 1.

Besvarelsen af spørgsmål 15, se Figur 5, som adresserede behov for at være skærmet fra de øvrige patienter i forløbet, frembød ikke iøjnefaldende forskel i besvarelser i forhold til respondentens køn. Svarene viste, at 47 af de 61 respondenter oplevede det mindre betydningsfuldt at være skærmet fra medpatienter i det umiddelbare præ- og postoperative forløb.

Derimod kommenterede flere, at de fandt fordele ved at kunne høre vejledning givet på opvågningsstuen til medpatienter, som havde gennemgået et tilsvarende indgreb. På den måde fik de mulighed for at få gentaget vejledningen. Andre kommenterede, at afskærmning fra medpatienter blev oplevet som mindre vigtig, fordi opholdet i det dagkirurgiske afsnit var af kort varighed.

### Begrænset plads til individuelle hensyn

Når fysiske rammer for fremtidens dagkirurgiske patientforløb indrettes med hovedfokus på effektiv udnyttelse af sengepladser og operationskapacitet, levnes begrænset plads til individuelle hensyn til den enkelte patient og patientgruppe, uanset om disse har særlige behov med udspring i køn, alder, kognitive udfordringer eller øvrige forudsætninger.

Renholm et al (7) har vist, at alene det faktum, at et patientforløb omlægges fra kirurgi under indlæggelse til dagkirurgi, kan medføre, at sundhedsprofessionelle ubevidst betragter indgrebet som mindre alvorligt og angstprovokerende for den enkelte patient, og at de i deres tilgang til patienten holder fokus på standardinformation og flow i forløbet, fremfor hvad den enkelte patient oplever som vigtigt. Tilsvarende påpeger Mitchell (8,9) en ten-

dens til, at dagkirurgiske sygeplejersker udviser en opgaveorienteret tilgang til sygeplejen, og at fokus på økonomi og produktion i de dagkirurgiske forløb begrænser sygeplejerskens mulighed for at udøve sygepleje, hvor kommunikation er et nøgleord.

### Individuelle hensyn en forudsætning

God patientoplevelt kvalitet i fremtidens dagkirurgiske patientforløb forudsætter derfor særligt fokus på muligheden for individuelle hensyn. Dette både i forhold til faktorer som at planlægning af operationsdatoer vægter hensyntagen til patientens hverdag, grundig præoperativ vejledning om efterforløbet og mulighed for individuelle hensyn til ønske om, at den præoperative ventetid på operationsdagen tilbringes i rolige omgivelser eller sammen med pårørende. Med andre ord at det prioriteres at inddrage patientens individuelle ønsker og behov i beslutninger om operationsplanlægning i den udstrækning, det er muligt, samtidig med hensynet til en omkostningseffektiv anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Betydningen af at inddrage patienternes individuelle ønsker underbygges i et studie af Jaensson et al. (10). Her beskrives, at faktorer, der påvirker patientens tilfredshed og oplevelse af kvalitet i den postoperative rekonvalescensperiode efter dagkirurgi, er, at patientens erfaring og viden inddrages i beslutninger i forløbet, og at de modtager tilstrækkelig personligt tilpasset information før og efter operation. Det påpeges, at patientens køn, alder, mentale sundhedsstatus og personlige sundhedskompetencer bør adresseres i det præoperative forløb, eftersom disse faktorer samlet eller hver for sig synes at have indflydelse på patientens postoperative forløb. Ved at identificere faktorer, som kan have negativ indflydelse på den enkelte patients tilfredshed og på kvaliteten af det postoperative forløb, får de professionelle mulighed for at understøtte

sårbare patienter og sikre, at alle patienter oplever at blive behandlet med værdighed og respekt. Dette underbygges i undersøgelsen fra Nordsjællands Hospital, hvor respondenterne vurderede muligheden for individuelle hensyn som mere vigtig, end om de var afskærmet fra medpatienter.

Samlet ses et billede af, at patienters oplevelse af god kvalitet i dagkirurgiske patientforløb udspringer af relationen mellem sundhedsprofessionelle og patient.

Samstemmende hermed beskrev Jackson et al. fra International Association of Ambulatory Surgery (11) allerede i 2014 relationen i den kortvarige kontakt som essentiel for det gode dagkirurgiske forløb. Forløb med patienten i centrum, hvor det sikres, at patienten oplever at være velinformet, tryk ved selv at skulle varetage den postoperative periode i hjemmet og vide, hvornår og hvordan de skal agere, hvis de får behov for hjælp efter udskrivelsen.

### Landsdækkende klinisk database savnes

Der savnes fortsat en landsdækkende klinisk database for dagkirurgiske patientforløb, som giver mulighed for vidensdeling nationalt og internationalt,



**Der savnes  
fortsat en lands-  
dækkende  
klinisk database  
for dagkirurgi-  
ske patient-  
forløb ...**



ligesom der mangler enighed om, hvilke parametre man ønsker at måle på. En stikprøve gennemført i 2019 af Dansk Selskab for Dagkirurgi viste, at vi i Danmark har stor national variation for andelen af dagkirurgiske indgreb i forhold til sammenlignelige kirurgiske indgreb. Denne variation kan kun delvis forklares med diskrepans i registreringspraksis og forskellige definitioner på dagkirurgi.

Manglende konsensus om definitionen på dagkirurgiske patientforløb kan begrænse muligheden for ensartet at indsamle, sammenligne og anvende viden om, hvad patienter i dagkirurgiske patientforløb lægger vægt på i forhold til fysiske rammer, metoder og rammer for information og vejledning såvel som smertebehandling og planlægning af forløb.

### **Stigende krav til kvalitet af pleje og behandling**

Man kan argumentere for, at det at kortvarig indlæggelse og ansvar for operationens efterforløb overdrages til patienten selv eller pårørende, falder fint i tråd med den politiske diskurs om øget patientinddragelse i beslutninger om eget forløb.

At patienterne opholder sig kortest mulig tid i hospitalet, vil under de rigtige forudsætninger resultere i åbenlyse fordele som øget oplevelse af kontrol, trykthed og værdighed, fordi patienten selv kontrollerer efterforløb og f.eks. smertebehandling.

Samtidig kan standardiseret opbygning af patientforløb og kortvarig kontakt til hospitalet virke som en begrænsning af muligheden for opbygning af relationen mellem patient og sundhedsprofessionelle og dermed hæmme indhentning og inddragelse af viden om det, som opleves værdifuldt af den enkelte patient.

I takt med at patienternes ophold i hospitalet afkortes, stiger kravet til, at kvaliteten af den pleje og behandling, de modtager under det korte behandlingsforløb, afspejler den enkelte patients personlige ressourcer og behov, hvis det skal lykkes at leve op til sundhedslovens mål om "lige sundhed for alle" (12).

Patienterne har værdifuld viden om, hvordan ambulante kirurgi i fremtidens sundhedsvæsen planlægges som førstevalg til elektive kirurgiske patientforløb. Forløb, hvor man kan tilgodese både økonomiske interesser og produktionsoptimering og patienternes oplevelse af høj kvalitet og veltilrettelagte forløb. Det er derfor væsentligt, at man i forhold til indretning af dagkirurgiske behandlingsafsnit i fremtidens hospitalsbyggerier inddrager denne patientgruppes særlige behov og ønsker og giver plads til individuelle hensyn.

### **Krav til Danmark som et foregangsland**

Hvis Danmark fortsat skal fremstå som foregangsland i forhold til dagkirurgi, må sundhedsprofessionelle insistere på, at man i opbygningen af dagkirurgiske og korttidskirurgiske patientforløb betragter relationen mellem den sundhedsprofessionelle og den enkelte patient som udgangspunkt for, at patientforløbet kan opleves værdifuldt af patienten samtidig med, at det gennemføres effektivt og med størst mulig faglig kvalitet. Hertil må professionelle bidrage med faglige argumenter og kritisk stillingtagen til planer for fysiske rammer og organisering af dag- og korttidskirurgiske patientforløb. Samtidig må vi fortsat søge at udvikle og udbrede viden om, hvordan standardiserede og effektive dagkirurgiske patientforløb kan indtænkes og udbredes yderligere i nye hospitalsbyggerier sideløbende med, at der levnes rum til det enkelte individ med personlige præferencer og behov. ●



**Gruppen af dagkirurgiske patienter vil i fremtidens hospitaler i mange tilfælde være henvist til et hjørne af større opvågningsafdelinger.**



## Referencer

**1.** Danske Regioner, Godt Sygehus byggeri <https://godtsygehusbyggeri.dk/inspiration> **2.** Rigsrevisionen, Beretning til Statsrevisorerne om sygehusbyggerier II, oktober 2013:17-35 **3.** Zhao, Y, Mourshed, M. Patients' Perspectives on the Design of Hospital Outpatient Areas. *Buildings* 2017;7:117. <https://doi.org/10.3390/buildings7040117> **4.** Rimdal TØ, et al, Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet? *Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne af Danske Regioner*; 2015:20-2. **5.** Hammond C, Smith I. Day unit design--Has anyone asked the patients? *The journal of one day surgery* 2004 vol. 4, no 4: 91-4. **6.** Mitchell M. Anaesthesia type, gender, and anxiety. *J Perioper Pract.* 2013 Mar;23(3):41-7. doi: 10.1177/175045891302300301. PMID: 23586187. **7.** Renholm M, Suominen T, Turtaainen AM, Leino-Kilpi H. Continuity of care in ambulatory surgery critical pathways: the patients' perceptions. *Medsurg Nurs* 2009 May-Jun;18(3):169-73. PMID: 19591363. **8.** Mitchell M. A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nurs Stand.* 2010 Jul 7-13;24(44):40-6. doi: 10.7748/ns2010.07.24.44.40.c7885. PMID: 20687290. **9.** Mitchell M. Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *J Clin Nurs* 2017;26:225-37. **10.** Jaensson M, Dahlberg K & Nilsson U. Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioper Med* 2019 May 22;8:3. <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0115-1> **11.** Jackson I, et al. IAAS, *Ambulatory Surgery Handbook 2nd Edition* 2014, s.10. [https://iaas-med.com/files/2013/Day\\_Surgery\\_Manual.pdf](https://iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf) **12.** Sundhedsloven 2019. Tilgængelig fra <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2019/903>

## Supplerende litteratur

Ikke publiceret Studie fra Dagkirurgisk afsnit på Nordsjællands Hospital.  
Palmberg, T. Har vi husket at spørge den dagkirurgiske patient? 2016, afgangsupgave Sundhedsfaglig diplom. Opgaven kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren [tine.christina.palmberg.01@regionh.dk](mailto:tine.christina.palmberg.01@regionh.dk)

Dansk Selskab for Dagkirurgi (DSDK) <https://dsk.dk/>



**At patienterne opholder sig kortest mulig tid i hospitalet, vil under de rigtige forudsætninger resultere i åbenlyse fordele som øget oplevelse af kontrol, tryghed og værdighed.**



**Hvordan kan der skabes lighed i sundhed for dagkirurgiske patienter i supersygehuse bygget med fokus på drifts-optimering og stordrift?**

**Hvordan kan sundhedsprofessionelle sikre, at standardiserede dagkirurgiske patientforløb tilrettelægges med vægt på relationen mellem professionel og patient?**

**Hvordan kan specifikke ønsker og behov fra dagkirurgiske patienter inddrages i indretning af dagkirurgiske behandlingsafsnit i igangværende og fremtidige hospitalsbyggerier?**

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



**MARIE HØYER LUNDH**

Sygeplejerske 2006, kandidat i folkesundhedsvidenskab 2009, ph.d. 2014. Tidl. ansættelser: Aarhus Universitetshospital og Regionalt Cancercenter Uppsala-Örebro. Siden 2014 ansat som adjunkt hhv. lektor på Sygeplejerskeuddannelsen/Københavns Professionshøjskole.

[malu@kp.dk](mailto:malu@kp.dk)



**NATASCHA SKOVBAK ELTVÉD**

Studentermehjælper i CanWIP-projektet 2021-2022, Sygeplejerske 2022. Ansat som sygeplejerske fra marts 2022 på Akut- og rehabiliteringsafdelingen i Tirstrup, Syddjurs Kommune.



**ANETTE SKALS**

Socialrådgiver 1996, kandidat i sociologi 2008, ph.d. 2016. Tidl. ansættelser: Arbejdet med revalidering, arbejdsfastholdelse og aktivering i bl.a. Rødovre Kommune. Siden 2008 ansat som adjunkt hhv. lektor på Socialrådgiveruddannelsen/Københavns Professionshøjskole.



**MATHIAS MEIJER**

MA Social Anthropology 2001, sociolog 2003, ph.d. 2012. Tidl. ansættelser: Kræftens Bekæmpelse, Syddansk Universitet og Region Hovedstaden. Siden 2015 ansat som docent på Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelsen/Københavns Professionshøjskole.

# Den lange vej tilbage til arbejdet efter kræft

Kræftsyge patienter har behov for et tværsektorielt samarbejde i relation til arbejdsforhold og sygemelding. Sygeplejersken har en central rolle i arbejdet.

I forbindelse med en kræftdiagnose er mange borgere ofte nødsagede til at melde sig syge på arbejdet, da de har fysiske og psykiske følger, og fordi det kan være praktisk umuligt at varetage et ar-



bejde parallelt med et behandlingsforløb. I Boks 1 præsenteres tal for, hvor mange der i den arbejdsdygtige alder får kræft, fastholdelse til arbejdsmarkedet og de konsekvenser, som en kræftdiagnose kan have for borgernes arbejdssituation.

### Kontakt til arbejdsmarkedet øger livskvaliteten

Undersøgelser har vist, at der er en tydelig sammenhæng mellem tilknytning til arbejdsmarkedet og den enkeltes sundhed, velvære og livssituation (6). På kræftområdet har forskning specifikt vist, at kontakten til arbejdsmarkedet øger livskvaliteten, og at arbejde giver en oplevelse af, at hverdagen er mere normal (4,7). Fastholdelse på arbejdsmarkedet kan medvirke til, at borgerens sociale identitet i højere grad fastholdes, og at den økonomiske situation ikke forværres. Derfor kan både korte og længerevarende sygdomsforløb have betydelige konsekvenser for den enkelte borger.

Med baggrund i denne viden blev det i et bachelorprojekt på sygeplejerskeuddannelsen på Københavns Professionshøjskole i efteråret 2021 undersøgt, hvordan borgere under og efter et kræftforløb oplever, at deres mentale sundhed påvirkes i vejen tilbage til arbejdet. Mental sundhed defineres som beskrevet i Boks 2.

### Boks 1. Fastholdelse af kontakten til arbejdsmarkedet i tal

- Blandt de ca. 45.000 mænd og kvinder, som hvert år diagnosticeres med kræft i Danmark, er ca. 14.500 i den arbejdsdygtige alder (20-64 år) (1).
- 71 pct. af de borgere, som har et arbejde ved diagnosen, oplever, at sygdommen har konsekvenser for deres arbejdsliv (2).
- 21 pct. af de borgere, som er i arbejde ved diagnosen, er tilbage på arbejdet igen 4-7 måneder senere (2).
- Næsten 40 pct. af de borgere, der vender tilbage til deres arbejde, vurderer, at deres arbejdsevne er utilstrækkelig i forhold til de fysiske og mentale krav, der bliver stillet i deres job (2).
- Ca. 1.900 borgere i den arbejdsdygtige alder, som har en kræftdiagnose, mister hvert år deres job i form af arbejdsløshed eller førtidspension (3).
- Kræftoverlevende har en øget risiko for bl.a. nedsat arbejdstid, lønnedgang og arbejdsløshed sammenlignet med personer, som ikke har fået en kræftdiagnose (4,5).

At vende tilbage til arbejdsmarkedet efter en kræftdiagnose byder på muligheder og udfordringer, viser forskning og rapporter samt interview med borgere. I den sammenhæng har sygeplejersker en vigtig rolle i forhold til at vurdere behovet for information og vejledning.

For når kræftdiagnosen rammer, vendes hverdagen på hovedet fra den ene dag til den anden. Ud over et følelsesmæssigt kaos, et langt behandlingsforløb, smerter, træthed og

bivirkninger som følge af behandlingen, starter der for mange også en kamp for at vende tilbage til arbejdet.

Traditionelt set er arbejdspladsen og jobcentret centrale aktører i forhold til at hjælpe den sygemeldte tilbage i arbejde. Men hvis ikke der også tages højde for borgerens sundhedstilstand og behandlingsforløb i et tværsektorielt samarbejde, kan den beskæftigelsesmæssige indsats meget vel blive kontraproduktiv.

Metoden og resultaterne fra bachelorprojektet bliver præsenteret i det følgende. Bachelorprojektet kan rekvireres ved at kontakte artiklens første-forfatter.

### Arbejdslivet efter kræft – en kvalitativ undersøgelse

Som led i forskningsprojektet CanWIP, se Boks 3, blev bachelorprojektet udarbejdet på baggrund af individuelle interviews med fire borgere, som havde fået en kræftdiagnose.

For at indgå i et interview skulle borgerne ved diagnosetidspunktet have en tilknytning til arbejdsmarkedet og være mellem 18 og 60 år, og være i gang med eller have afsluttet forebyggende efterbehandling for kræft. De fire interviews blev gennemført i 2019 med en semistruktureret tilgang, og en hermeneutisk analyse resulterede i tre overordnede temaer om hhv. 1) faktorer i omgivelserne, som borgerne oplevede, havde betydning for vejen tilbage til arbejdsmarkedet, 2) om de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser, som kræftsygdommen og dens behandling havde haft på arbejdsevnen og identiteten og 3) nye tanker og prioriteringer, som kræftforløbet havde ført med sig.

### Vejen tilbage til arbejdsmarkedet

Tema 1, 'Løftestænger til at komme i arbejde', dækker over de faktorer i omgivelserne, som borgerne oplevede, havde betydning for vejen tilbage til arbejdsmarkedet:

- Samarbejdet med arbejdspladsen var en beskyttende faktor for den mentale sundhed, såfremt det gav borgerne en oplevelse af et støttende og trygt arbejdsmiljø, økonomisk sikkerhed og en tiltro til egne evner.
- Sociale netværk, hvor borgerne kunne møde og spejle sig i andre i samme situation, skabte mening i en hverdag med mange spørgsmål om fremtiden.
- Information og vejledning fra hospitalet og sagsbehandleren i jobcenteret var vigtigt for at få indsigt i og forståelse for egen situation. Tilsvarende var udeblivelse af en sådan information med til at udfordre hverdagen yderligere:

Borger: "Jeg kunne godt have brugt nogen, som havde fortalt mig, hvad mine muligheder var i forhold til jobsituationen. Jeg snakkede ikke med nogen på hospitalet, og der var heller ikke nogen, der snakkede med mig om det i jobcentret. Vi snakkede bare om, at jeg skulle tilbage på arbejdet."

Borger: "Jeg har heller ikke drøftet med hospitalet om, hvorvidt det var klogt at gå på arbejde. Jeg er jo vant til at tage vare på mig selv, så jeg har ikke spurgt om alt, jeg kunne have spurgt efter. Det har jeg ikke, og det kan også være dumt, fordi så går man dér og bøvler."

Citaterne illustrerer, at borgerne oplevede, at information og vejledning fra det sundheds- og socialfaglige personale om tilbagevenden til arbejdet var

fuldstændig. Det blev derfor vanskeligere for den enkelte borger at træffe velovervejede beslutninger vedrørende deres rehabiliteringsforløb og kontakt til arbejdsmarkedet.

### Konsekvenser for arbejdsevne og identitet

Tema 2, 'Kræftens fodspor', handler om de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser, som kræftsygdommen og dens behandling havde haft på arbejdsevnen og identiteten:

#### Boks 2. Mental sundhed – en definition

Mental sundhed defineres af Sundhedsstyrelsen som: " ... en tilstand af trivsel, hvor det enkelte menneske kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress og indgå i fællesskaber med andre mennesker. Mental sundhed er altså ikke kun fraværet af psykisk sygdom, men består også af psykologiske ressourcer og evner, som er nødvendige for at kunne udvikle sig og klare de udfordringer, der dukker op i alle menneskers liv" (8).

#### Boks 3. CanWIP-projektet

De fire borgerinterviews blev foretaget som led i forskningsprojektet 'Cancer and Work – an Integrated and Patient-centered approach' (CanWIP). Projektets formål var at udvikle en tværsektoriel rehabiliteringsindsats, der kan støtte fastholdelse af kontakten til arbejdsmarkedet hos borgere med kræft.

**Samarbejdspartnere i projektet:** Onkologisk og Palliativ Afdeling, Nordsjællands Hospital, Hillerød og Halsnæs Kommuner (sundhedsafdelinger og jobcentre), Kræftens Bekæmpelse, Amsterdam University Medical Centers og Københavns Professionshøjskole.

**Finansiel støtte:** Projektet modtog i 2017 250.000 kr. i støtte fra Kræftens Bekæmpelses Psykosociale Forskningsudvalg.

Borger: "De gange, hvor jeg har været på arbejde og siddet til møder – efter halvanden time kan jeg simpelthen ikke koncentrere mig mere. Så falder jeg ud. Så kan jeg lige hanke op i mig selv, så går der lige en halv time mere. Sådan har det aldrig været før, det håber jeg da, jeg kan træne op igen."

Borger: "Det har fyldt meget, hvordan kommer man tilbage, og bliver det overhovedet det samme, og hvad kan man, og kan man overhovedet arbejde? Nogle gange tænkte jeg jo, at jeg aldrig nogensinde kommer til at arbejde som noget som helst mere. Nu skal jeg ligge her og være syg. Og så er man i sådan en proces, hvor man siger, måske kunne jeg godt lidt, og måske kunne jeg godt lidt mere."

Bivirkninger og senfølger efter kræft blev således oplevet som en hæmmende faktor for muligheden for at opretholde samme funktion og arbejde som før kræftdiagnosen. Samtidig kunne fravær og ændrede arbejdsopgaver på arbejdspladsen give en oplevelse af ændret selvværd og en følelse af identitetstab. Disse faktorer virkede hæmmende på det mentale velbefindende:

Borger: "Jeg tror, at noget af det sværeste, det er følelsen af selvværd. Det selvværd, man har fået fra sit arbejde. Jeg vil gerne beholde mit selvværd, og for mig er det lige så vigtigt som penge, og det er noget, jeg tror, arbejdspladsen også skal sætte sig ind i, når man kommer tilbage og har været syg."

Borger: "På den måde er der en hel masse ting, som flytter sig, som også har noget med identitet at gøre. [...] Jeg kan jo godt være fuldstændig kompetent på deltid, men jeg kan ikke løse alle opgaverne, og det er dét, jeg bøvler med, når jeg siger identitet."

### Nye tanker og prioriteringer

Tema 3, 'Nyt og ændret livssyn', dækker over de nye tanker og prioriteringer, som kræftforløbet havde ført med sig. På den ene side var der en overskyggende angst for, at kræften skulle komme tilbage, og en usikkerhed i forhold til evnen til at kunne beholde både job og funktion.

Borger: "Frygten for at kræften skal vende tilbage, den har man jo med sig for evigt."

Borger: "Ja altså, jeg synes, det var lidt svært at komme tilbage på job, fordi, hvis



## Bivirkninger og senfølger efter kræft blev således oplevet som en hæmmende faktor for muligheden for at opretholde samme funktion og arbejde som før kræftdiagnosen.

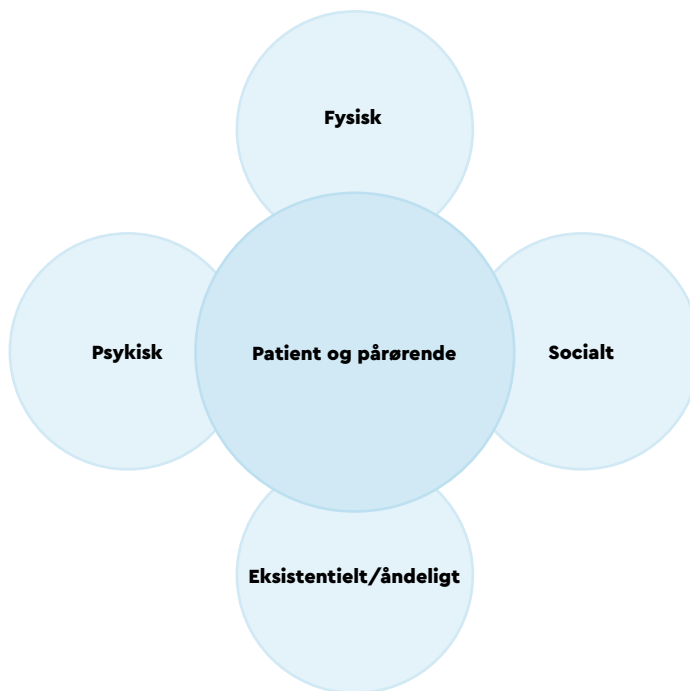
jeg var arbejdsgiver, ville jeg da vælge den raske. De vidste jo, at der kommer nogle operationer, og der kommer noget øget sygefravær."

På den anden side betød kræften i mange tilfælde, at familie og privatliv nu blev tillagt mere værdi end arbejdet:

Borger: "Jeg vil ikke skære mere ned på min familie og mit sociale liv, og så må det jo være arbejdet. Den der ugentlige fridag, hvor jeg kan få lavet de ting, jeg ikke når om aftenen, fordi jeg er for træt, er guld værd."

Borger: "Jeg har det meget carpe diem. Jeg synes, jeg vil ærgre mig meget, hvis jeg arbejdede de næste fire år. Jeg har arbejdet fuldtid i mange år. Jeg glæder mig utrolig meget til at være fri."

Figur 1. Afdækning af behovsområder



De fire behovsområder, der bør afdækkes ved vurdering af behov for kræftrehabilitering. Behovsvurderingen foregår " ... i samarbejde med patienten, er helhedsorienteret og tager afsæt i den enkelte patients liv, levevilkår, livsstil, adfærd, eventuelle samtidige sygdomme samt praktiske og økonomiske aspekter" (9).

Figuren gengives med skriftlig tilladelse fra Sundhedsstyrelsen.





## Der er fortsat behov for udvikling og forbedringer, når det drejer sig om borgernes arbejdssituation efter en kræftdiagnose.

tidligere undersøgelser (4,7) tegner sig her et billede af, at borgernes vej tilbage til arbejdet er et vigtigt indsatsområde for sygeplejersken i forhold til at informere og vejlede ud fra den enkelte borgers aktuelle og potentielle behov. I det følgende belyses de nuværende anbefalinger og indsatser på området.

### Sundhedsfaglig indsats for erhvervsaktive med kræft

I Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft' (9) lyder anbefalingen, at både borgernes fysiske, psykiske, sociale og åndeligt/eksistentielle behov afdækkes "tidligst muligt efter diagnostetidspunktet og løbende herefter", se Figur 1. Herefter skal sundhedspersonalet på hospitalet henvise til kommunal rehabilitering, der har til formål at støtte funktionsevnen og "samspil med det omgivende samfund". Bachelorprojektets resultater viste, at sundhedspersonale på hospitalet har en vigtig rolle i denne sammenhæng, men at denne rolle ikke udfyldes tilstrækkeligt i form af information og vejledning om de udfordringer, som borgerne kan møde i vejen tilbage til arbejdslivet.

At der er et manglende fokus på disse udfordringer, understøttes af en undersøgelse udført af Kræftens Bekæmpelse i 2017 (2), der viste, at der er mangler i den indsats, der er knyttet til borgernes kontakt til arbejdsmarkedet efter en kræftdiagnose. Blandt de borgere, som var erhvervsaktive ved diagnosen, oplevede 61 pct., at de 4-7 måneder efter diagnosen havde et behov for rådgivning i forhold til deres arbejdsmæssige situation i kræftforløbet. Af disse oplevede 37 pct. dog, at de i mindre grad eller slet ikke, havde fået den rådgivning, de havde behov for.

### Fremskridt - men fortsat behov for forbedringer

Der er sket store fremskridt i den danske rehabiliteringsindsats for borgere med kræft og andre sygdomsdiagnoser. Det ses i national lovgivning, forløbsprogrammer, sundheds- og kommunikationsaftaler samt i kommunale indsatser for kræftrehabilitering, der er igangsat rundt om i Danmark (7). Der er dog fortsat behov for udvikling og forbedringer, når det drejer sig om borgernes arbejdssituation efter en kræftdiagnose.

En national kortlægning af den danske kræftrehabilitering fra 2017 (10) viste, at det langt fra er alle patienter, der tilbydes en behovsvurdering. På 30 pct. af de adspurgte sengeafdelinger og ambulatorier blev alle patienter tilbudt behovsvurdering, mens 38 pct. tilbød over halvdelen af patienterne

De interviewede borgere fandt således nye måder at håndtere hverdagen på og fik et nyt syn på betydningen af familie- og arbejdslivet. Det nye syn var med til at skabe ny mening og havde dermed en positiv indvirkning på den mentale sundhed.

Resultaterne fra bachelorprojektet viste, at tilbagevenden til arbejde under og efter et kræftforløb er forbundet med udfordringer, men også hvor vigtigt arbejdet er for borgerne. Sammenholdt med

behovsvurdering. Manglende tid ansås for at være en væsentlig barriere for behovsvurderingen, men også manglende kendskab til tilbud i den kommunale sektor, manglende rutiner og besværlig henvisning til kommunerne udgjorde nogle af udfordringerne. Undersøgelsen viste også, at når det handlede om arbejdsfastholdelse, så forventede 41 pct. af de sundhedsfaglige respondenter fra sengeafdelingerne og ambulatorierne, at kommunerne varetager denne indsats. Ikke desto mindre har det sundhedsfaglige personale på hospitalet ifølge Forløbsprogrammet (9) til opgave at vurdere initiale og løbende rehabiliteringsbehov hos borgere med kræft.

### Hvad kan sygeplejersken gøre?

Sammenhængen mellem borgernes arbejdssituation og deres sygdoms- og sundhedstilstand fordrer, at den beskæftigelsesrettede indsats ses som en integreret del af den sundhedsfaglige indsats, når rehabiliteringsbehov skal vurderes. Dette gælder, både når det foregår på hospitalet og i kommunen. Sygeplejersken spiller en central rolle i borgernes forløb, men skal ikke agere socialrådgiver. Derimod skal sygeplejersken kunne identificere borgernes behov gennem systematisk vurdering og informere om de udfordringer, mulig-



## Mange borgere oplever deres forløb som usammenhængende, og at deres behov for en integreret sundhedsfaglig og beskæftigelsesrettet rehabilitering ikke bliver imødekommet.

heder og tilbud, der er i det enkelte kræftforløb (9). I Boks 4 præsenteres materiale, som sygeplejersken kan benytte sig af i denne sammenhæng, og i det følgende rettes fokus mod det tværfaglige samarbejde.

### Tværfagligt samarbejde og koordinering er centralt

Ifølge Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft (9) er det tværfaglige samarbejde en vigtig grundsten i rehabiliteringen. En grundsten, der i dén grad er udfordret, hvilket betyder, at mange borgere med kræft ikke oplever at få tilstrækkelig støtte i deres overvejelser om at vende tilbage til arbejde.

Gennem litteraturstudier, borgerinterviews og workshops har vi i forskningsprojektet CanWIP, se Boks 3, identificeret de udfordringer, der er knyttet til det tværfaglige samarbejde i og på tværs af sektorer i forbindelse med arbejdssituationen hos borgere med kræft. Både borgere, sygeplejersker, ledere, rehabiliteringskoordinatorer og jobkonsulenter peger på en manglende koordinering i borgernes forløb gennem behandling på hospitalet, rehabilitering i den kommunale sundhedsafdeling og indsatser i kommunens jobcenter. Udfordringen ligger i, at borgernes rehabiliteringsbehov hverken kan eller skal imødekommes vha. enten en sundhedsfaglig indsats eller gennem sygedagpengelovens paragraffer. Hver aktør og sektor har sit fokus og en specialiseret viden, men for de enkelte borgere er deres unikke behov vævet ind i hinanden og afhængig af den enkeltes sygdomsforløb og livssituation. Derfor er vi også nødt til at imødekomme borgernes behov med en samlet sundhedsfaglig og beskæftigelsesrettet indsats i og på tværs af sektorer.

Som det ser ud i dag, koordineres indsatserne på tværs af sektorer og kommunale forvaltninger ikke i tilstrækkelig grad, når det drejer sig om borgernes arbejdssituation i og efter et kræftforløb. De strukturelle, ledelsesmæssige og kulturelle forskelle vanskeliggør en koordineret indsats. For selv den mest ressourcestærke borger kan det være en udfordring at finde vej gennem et komplekst behandlings- og rehabiliteringsforløb i en tid, hvor livet og hverdagen samtidig er vendt på hovedet som følge af den livstruende kræftsygdom.

### 'Individuelt Planlagt job med Støtte'

Resultatet af manglende koordinering og samarbejde i og på tværs af sektorer er, at mange borgere oplever deres forløb som usammenhængende, og at deres behov for en integreret sundhedsfaglig og beskæftigelsesrettet rehabilitering ikke bliver imødekommet. Borgere risikerer at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, hvilket kan have en negativ påvirkning på borgernes generelle sundhed. Med andre ord risikerer vi at gøre kræftramte borgere mere syge, end de er i forvejen, og det kan yderligere have konsekvenser for deres sociale identitet og økonomiske situation.

Derfor er der behov for, at man både i sundhedsvæsenet og i jobcentre arbejder systematisk med koblingen mellem sundhed og arbejde. Eksempelvis kan man lade sig inspirere af den velafprøvede amerikanske model "Individual Placement & Support" (IPS) (11), som også har været og er under afprøvning på kræftområdet og inden for psykiatrien i Danmark. Gennem praksisnær forskning bør fokus netop rettes mod helhedsorienterede indsatser, der er baseret på et koordineret samarbejde mellem fagprofessionelle. Sammen har vi et fælles mål: at understøtte borgernes funktionsevne og mulighed for at deltage i samfundet, herunder støtte deres vej tilbage til arbejdet efter kræft. ●



### Boks 4. Materiale, der kan understøtte tilbagevenden til arbejde efter kræft

Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) og REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, har sammen udarbejdet en folder til sundhedsprofessionelle og en boks med tre foldere til borgere om at vende tilbage på arbejde. Den ene folder i boksen henvender sig til borgeren, der skal tilbage på arbejde. De to andre henvender sig til vedkommendes leder og kollegaer. Folderne kan findes elektronisk her: [www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/kraeft/materialer-om-rehabilitering/tilbage-til-arbejde-efter-sygdom/](http://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/kraeft/materialer-om-rehabilitering/tilbage-til-arbejde-efter-sygdom/) eller bestilles i fysisk udgave ved at kontakte CKSK. Materialet er gratis, men der er egenbetaling på porto.



## Referencer

**1.** Larønningen S, Ferlay J, Bray F, et al. *NORDCAN: Cancer incidence, mortality, prevalence and survival in the Nordic countries, Version 9.1 (27-09-2021)*. Association of the Nordic Cancer Registries. Cancer Registry of Norway. Tilgængelig på: <https://nordcan.iarc.fr/en>. Besøgt 25-03-2022. **2.** *Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017*. København: Kræftens Bekæmpelse; 2018. Tilgængelig på: <https://www.cancer.dk/fagfolk/patientinvolvering/barometerundersogelser/>. Besøgt 25-03-2022. **3.** Heinesen E, Imai S, Maruyama S. Employment, job skills and occupational mobility of cancer survivors. *J Health Econ* 2018;58:151-75. **4.** Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;77(2):109-30. **5.** Sundhedsstyrelsen. *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*. København: Sundhedsstyrelsen; 2017. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/vidensopsamling-paa-senfoelger-efter-kræft-hos-voksne>. Besøgt 25-03-2022. **6.** Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, et al. *Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. København; Sundhedsstyrelsen; 2016. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/sygdomsbyrden-i-danmark---risikofaktorer>. Besøgt 25-03-2022. **7.** Aagesen M, Tofte J, Zwisler AD, et al. *Kræft, rehabilitering og arbejde. Viden, lovgivning, praksis og fremtid*. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2019. Tilgængelig på: <https://www.rehpa.dk/borger/rehabilitering-2/tilbage-paa-arbejde/>. Besøgt 25-03-2022. **8.** Sundhedsstyrelsen. *Mental sundhed*. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/viden/mental-sundhed>. Besøgt 25-03-2022. **9.** Sundhedsstyrelsen. *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. København: Sundhedsstyrelsen; 2018. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forloepsprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kræft>. Besøgt 25-03-2022. **10.** Thuesen J, Rossau, HK, Frausing S, et al. *Kræftrehabilitering i Danmark - kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2017. Tilgængelig på: <https://www.rehpa.dk/projekter/kræftrehabilitering-kortlaegning-af-praksis/>. Besøgt 25-03-2022. **11.** Modini M, Tan L, Brinchmann B, et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *Br J Psychiatry*. 2016;209(1):14-22.

**Hvilket kendskab har du som sygeplejerske til de arbejdsmæssige udfordringer, som borgere kan møde i forbindelse med en kræftdiagnose?**

**Hvordan kan du som sygeplejerske støtte borgeren i at fastholde kontakten til arbejdsmarkedet?**

**Hvordan kan det tværsektorielle samarbejde mellem behandlende afdelinger og kommunal rehabilitering udvikles?**



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



CONNIE BERTHELSEN

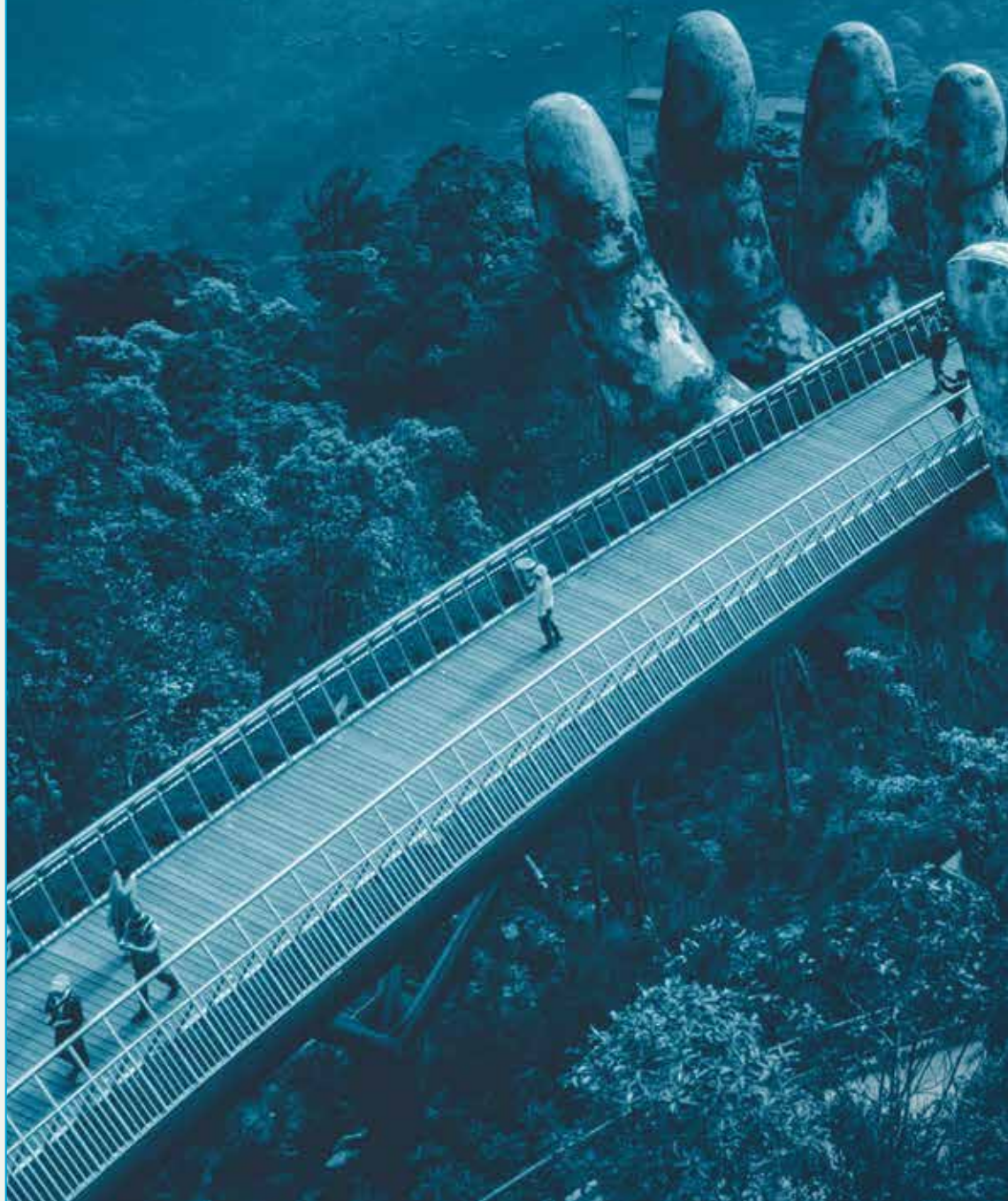
Sygeplejerske 2003, cand.cur. 2007, ph.d. 2013. Ansat som postdoc på Ortopædkirurgisk afdeling 2013-2015 og som adjunkt og lektor ved Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet 2013-2020. Fra 2020 lektor ved Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital og Syddansk Universitet.

[cobe@regionsjaelland.dk](mailto:cobe@regionsjaelland.dk)

Tak til alle, der har deltaget i udførelsen af Brobyggerprojektet (alfabetisk):

**Gitte Bunkenborg**, Holbæk Sygehus, Syddansk Universitet, **Hüseyin Çarkacı**, Sjællands Universitetshospital, **Mette Geil Kollerup**, Aalborg Universitetshospital, **Kristine Mildahl Kjærgaard**, Sjællands Universitetshospital, **Mette Pfeiffer Larsen**, Sjællands Universitetshospital, **Birgitte Lerbæk**, Aalborg Universitetshospital, **Nicoline Møller**, Sjællands Universitetshospital, **Kirsten Siig Pallesen**, Sjællands Universitetshospital, samt til alle brobygger-sygeplejersker på Sjællands Universitetshospital og i Køge, Roskilde, Greve, Stevns, Solrød, Faxe og Lejre kommuner for at gøre de tværsektorielle forløb bedre for patienterne.

# Brobygger-sygeplejersker styrker tværsektorielle forløb





## RESUME

Brobyggersygeplejersker styrker tværsektorielle overgangsforløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom gennem sygeplejefaglige handlinger og eksternt og internt samarbejde og koordinering.

Det viser resultaterne fra 'Brobyggerprojektet', der er en sammenkobling af fire forskningsstudier, udført mellem marts 2020 og februar 2022, med udgangspunkt i de 28 sygeplejersker i Region Sjælland, som udfylder funktionen som brobyggersygeplejerske.

Resultaterne af Brobyggerprojektet viste en signifikant reduktion af genindlæggelser og økonomiske udgifter. Desuden skete der en signifikant forbedring af livskvalitet og tilfredshed hos de ældre borgere ved udførelse af specifikke sygeplejefaglige handlinger i overgangsforløbene for dem.

Derudover viste resultaterne signifikant højere afsendelse af plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter til kommunerne samt en kvalitativ og kvantitativ forbedring af disse, når en brobyggersygeplejerske stod for udskrivelsen.

Ældre borgere med multisygdom har signifikant positivt gavn af brobyggersygeplejerskers forbedrede sygepleje.

I marts 2020 blev funktionen brobyggersygeplejerske oprettet som et fælles initiativ mellem direktionen og afdelingsledelserne ved Sjællands Universitetshospital og centercheferne i de syv samarbejdende kommuner Køge, Roskilde, Greve, Faxe, Solrød, Lejre og Stevns.

Funktionens overordnede virke skulle være at sikre overgangene ved komplekse patientforløb mellem hospital og kommune, så borger og pårørende kunne føle sig trygge og opleve et sammenhængende forløb.

Brobygger-sygeplejerskerne skulle samtidig indgå i 'Tværsektorielt netværk for brobygger-sygeplejersker' for at styrke deres relationer og samarbejde på tværs af sektorerne. Herved skulle brobygger-sygeplejerskerne kunne opnå større forståelse for og anerkendelse af hinandens arbejde samt optimere vidensdelingen mellem sektorerne omkring overgangsforløbene for ældre borgere med medicinsk multisygdom.

### Nyoprettet funktion med underbelyste arbejdsopgaver

Brobygger-sygeplejerskens funktion er ny og har derfor kun været overordnet beskrevet. De konkrete arbejdsopgaver har været underbelyste, hvilket kan medvirke til, at den koordinerede sygeplejefaglige indsats bliver upræcis i forhold til at støtte den ældre borger med multisygdom i overgangsforløbene.

Brobyggerprojektet blev derfor iværksat i marts 2020 med det formål at identificere viden om brobygger-sygeplejerskernes kompetencer og arbejdsfunktion, deres oplevelser med koordinering af komplekse tværsektorielle overgangsforløb, samt hvilke elementer i koordineringen der har effekt hos ældre borgere med medicinsk multisygdom.



## Brobygger-sygeplejerskens funktion er ny og har derfor kun været overordnet beskrevet.

Udgangspunktet var 28 sygeplejersker ved Sjællands Universitetshospital (n=17) og sygeplejersker fra seks af de syv samarbejdende kommuner Køge, Roskilde, Greve, Solrød, Stevn og Faxe (n=11), der fra august 2020 til marts 2021 var tildelt funktionen som brobygger-sygeplejerske som supplement til deres faste stilling.

### Fire studier danner grundlag for viden

Brobyggerprojektet (1) består af fire forskningsstudier, der samlet danner grundlag for viden om brobygger-sygeplejerskerne i Region Sjælland. Meleis' transitionsteori (2) udgjorde det teoretiske udgangspunkt i Brobyggerprojektet samt 'Transitio-

nal Care Model' (TCM) (3), der anvendes ved dataindsamlingen i Studie 1, 2, og 4.

TCM består af 10 essentielle sygeplejefaglige handlinger, se Tabel 1, der skal sikre kontinuitet i plejen og forebygge forværning af sygdom hos ældre borgere med medicinsk multisygdom i deres overgange mellem hospital og eget hjem.

Modellen blev valgt, da elementerne for sygeplejen i overgangsforløbene for ældre borgere med medicinsk multisygdom ligger tæt op ad brobygger-sygeplejerskernes funktion, men også for at få en ensartet undersøgelse, der er bygget op omkring de samme elementer og perspektiver.

### Studie 1: Brobygger-sygeplejerskernes karakteristika

Formålet var at beskrive og sammenligne brobygger-sygeplejerskernes selvrapporterede karakteristika i forhold til deres uddannelse og ansættelse, arbejdsfunktion, jobtilfredshed samt deres kompetencer og udviklingsbehov i forhold til at kunne varetage funktionen som brobygger-sygeplejerske.

Et spørgeskema på 63 spørgsmål blev sendt til de 28 brobygger-sygeplejersker gennem det webbaserede analyseværktøj SurveyXact. Af de 28 brobygger-sygeplejersker besvarede 18 (64,3 pct.) hele spørgeskemaet, hvor 23 (82,1 pct.) kun besvarede del 1 (demografisk data) og del 2 (arbejdsfunktion) (4).

### Studie 2: Brobygger-sygeplejerskernes praksis og funktion

Formålet med Studie 2 var at undersøge og beskrive brobygger-sygeplejerskernes praksis ved koordineringen af de komplekse tværsektorielle overgangsforløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom. Desuden opnå indsigt i brobygger-sygeplejerskers oplevelser i deres funktion, og hvordan den yderligere kunne styrkes.

Studiet blev udført gennem et kvalitativt etnografisk design, hvor data blev indsamlet hos 12 af de 28 brobygger-sygeplejersker gennem feltobservationerne (n=11) og gruppeinterviews (n=5), hvor fire deltog i begge.

Feltobservationerne var struktureret efter en observationsguide på baggrund af de 10 sygeplejefaglige handlinger fra TCM og foregik i fire formiddagstimer hos hver brobygger-sygeplejerske.

To gruppeinterviews blev afholdt på henholdsvis SUH Roskilde og Køge med fem brobygger-sygeplejersker fra SUH og kommunerne. Data blev analyseret gennem tematisk analyse.

### Studie 3: Den sygeplejefaglige dokumentation og genindlæggelser

Formålet med Studie 3 var at undersøge, om ansættelsen af udskrivelseskoordinatorer på Medicinsk Afdeling, SUH Køge, havde medført færre genindlæggelser for ældre borgere med medicinsk multisygdom og/eller forbedret den sygeplejefaglige dokumentation i overleveringen til kommunen.

Da der endnu er for få brobygger-sygeplejersker på SUH, valgte vi at tage udgangspunkt i stillingen som udskrivelseskoordinatorer, da Studie 1 og 2 viste tæt sammenhæng mellem de to funktioners arbejdsområde.



**Tabel 1.** De 10 essentielle sygeplejefaglige elementer i Transitional Care Model

Brobyggersygeplejerskernes sygeplejefaglige handlinger	
1.	Primær ansvarlig for overgangsforløbet
2.	Screening af borgere i risiko for forværring af tilstand
3.	Vurdere og håndtere risici og symptomer hos borgeren
4.	Fremme kontinuitet gennem samarbejde og kommunikation på tværs mellem sektorer
5.	Samarbejde med borger, pårørende og plejeteams i begge sektorer omkring handlingsplan
6.	Koordinering af tværsektoriel sygepleje mellem sektorerne
7.	Opretholdelse og vedligeholdelse af tillidsforhold med borgere og pårørende
8.	Engagere borgere og pårørende i beslutningstagen og medbestemmelse omkring handlingsplan
9.	Uddanne og forberede borgeren og pårørende til at identificere og handle på symptomer på forværrelse
10.	Levering af ydelser fra hospital til eget hjem

Udgangspunktet for undersøgelsen var afsnit M3, Medicinsk Afdeling, SUH Køge, der i februar 2020 ansatte to udskrivelseskoordinatorer. Data blev indsamlet – dels i form af en journal-audit på 45 patientjournaler og dels i form af dataudtræk fra Sundhedsplatformen – for perioden inden og efter ansættelsen af udskrivelseskoordinatorerne.

#### *Studie 4. Effekt hos patienterne ved anvendelse af Transitional Care Model*

Formålet med Studie 4 var at identificere, vurdere og beskrive den kombinerede evidens fra systematiske reviews, der evaluerede TCM-elementer anvendt i ældre borgeres overgangsforløb, for at identificere den relaterede effekt for ældre borgere

med medicinsk multisygdom i deres overgangsforløb. Der blev søgt efter systematiske reviews, der var publiceret på engelsk, dansk, svensk, norsk eller tysk i årene mellem 2010 og 2020, i databaserne PubMed/MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, ProQuest og Embase. Fem systematiske reviews, der indeholdt 62 interventionsstudier, hvoraf 59 var randomiserede kontrollerede interventionsstudier, blev vurderet egnede og inkluderet i Studie 4.

#### **Mangeartede opgaver med mange facetter**

Samlet peger resultaterne fra brobyggerprojektet på, at funktionen som brobyggersygeplejerske har



mange facetter og dækker over mangeartede opgaver afhængigt af, i hvilken stilling og sektor de har deres primære ansættelse. Selvom brobyggerpsygeplejerskernes opgaver var forskellige, havde de fokus på et fælles mål om at optimere de tværsektorielle overgangsforløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom.

### Nødvendigt med mange års erfaring

Brobyggerpsygeplejerskerne interviewet i Studie 2 mente, at det var nødvendigt at have flere års erfaring som sygeplejerske fra både primær og sekundær sektor for at kunne udfylde funktionen som brobyggerpsygeplejerske på grund af kompleksiteten i koordineringen af overgangsforløbene.

Derudover var brobyggerpsygeplejerskerne af den overbevisning, at funktionen burde varetages af sygeplejersker i specialiststillinger som udskrivelseskoordinatorer på alle hospitalsafdelinger og som visitatorer i kommunerne, da de har tiden og overblikket til at koordinere de mange opgaver i ældre borgeres komplekse overgangsforløb.

Brobyggerpsygeplejerskerne mente ikke, at man som basissygeplejerske på hospitalet havde tid til at løfte de komplekse opgaver i koordinering og samarbejde, hvilket også gav genlyd i kommunernes evalueringer af basissygeplejerskernes dokumentation ved udskrivelserne. Derudover havde hjem-

mesygeplejerskerne i kommunen ikke noget med udskrivelser at gøre, hvilket gjorde, at de også ville få svært ved at udfylde funktionen som brobyggerpsygeplejerske.

I international forskning bliver funktionen angivet som en specialistfunktion på grund af kompleksiteten i de ældre borgeres overgangsforløb (5,6). Dette blev også anerkendt nationalt, da der i Danmark i 2016 blev implementeret en national plan som svar på behovet for at styrke evidensbaserede sygeplejekompetencer blandt alle sygeplejersker, der arbejder med tværsektorielle overgangsforløb. Herunder blev to uddannelser oprettet: Kandidatuddannelsen som Advanced Practice Nurse (APN) og diplomuddannelsen som specialpsygeplejerske indenfor borgernær sygepleje.

### Kompetencer vurderet som høje

Brobyggerpsygeplejerskernes kompetencer og arbejdsfunktion blev undersøgt i Studie 1 og 4 ud fra de ti sygeplejefaglige handlinger i TCM (3). Brobyggerpsygeplejerskerne vurderede deres kompetencer som høje i forhold til samarbejde og koordinering, herunder tværfagligt samarbejde, koordinering af borgerens sygepleje og behandling, og indhentning af viden hos andre faggrupper.

De vurderede samtidig deres kompetencer i direkte klinisk sygepleje som høje, herunder at kunne identificere sårbare borgere, forholde sig kritisk reflekterende til borgerens sundhedstilstand, kunne identificere afvigelser i borgerens sundhed og sygdom samt være systematisk i indsamlingen af information omkring den enkelte borgers sundhedsressourcer.

Dette var foreneligt med de opgaver, brobyggerpsygeplejerskerne anså som de vigtigste i deres funktion, der indebar syv af de ti sygeplejefaglige handlinger fra TCM:

- at være primær ansvarlig for overgangsforløbet
- screening af borgere i risiko for forværring af tilstand
- vurdere og håndtere risici og symptomer
- fremme kontinuitet
- koordinering af tværsektoriel sygepleje
- uddanne og forberede borger og pårørende
- opretholdelse af tillidsforhold med borgere og pårørende.

### Kommunikation og samarbejde blev styrket

Resultaterne fra Studie 2 viste, at brobyggerpsygeplejerskerne arbejdede overordnet på at styrke kommunikation og samarbejde mellem to forskellige sektorer mod et fælles mål om at optimere de tværsektorielle overgangsforløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom.

Brobyggerpsygeplejerskernes praksis afhang af, hvilken sektor og stilling de var ansat i, hvilket medførte variationer i muligheder for at identificere ældre multisyge patienter med komplekse overgangsforløb og i ressourcerne til at have det fulde overblik og ansvar for overleveringerne.

Derudover viste resultaterne fra Studie 2, at brobyggerpsygeplejerskerne både indgik i et eksternt samarbejde og en intern koordinering. Det eksterne samarbejde og relationerne på tværs af primær og sekundær sektor var den vigtigste platform for brobyggerpsygeplejerskernes samarbejde om koordineringen af de tværsektorielle overgangsforløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom.

Dette blev styrket gennem deltagelse i 'Tværsektorielt netværk for brobyggerpsygeplejersker', hvor de kunne opnå en bredere forståelse for hinandens arbejdsområder, arbejdsopgaver og vilkår i den enkelte sektor



## Brobyggerpsygeplejerskerne arbejdede overordnet på at styrke kommunikation og samarbejde mellem to forskellige sektorer mod et fælles mål.

## Fem anbefalinger for brobyggerpsygeplejerske funktionen

- Funktionen som brobyggerpsygeplejerske bør varetages af specialpsygeplejersker, der er ansat som udskrivelseskoordinatorer på hospitalsafdelingerne og som visitatorer i kommunerne.
- En brobyggerpsygeplejerske bør have flere års erfaring som sygeplejerske fra både primær og sekundær sektor, da det er vigtigt at kende området, man bygger bro til.
- En brobyggerpsygeplejerske skal arbejde ud fra de ti sygeplejefaglige elementer i TCM for at styrke ældre borgeres tværsektorielle overgangsforløb.
- Brobyggerpsygeplejerskerne skal mødes kontinuerligt i et netværk på tværs af sektorer for at vedligeholde deres relationer og styrke det eksterne samarbejde.
- Brobyggerpsygeplejerskerne skal fokusere på inddragelse af tværfaglige samarbejdspartnere for at styrke den interne koordinering af overgangsforløb for den ældre multisyge borger og dennes pårørende.

og afdeling. Anden forskning viser samtidig, at direkte møder og samtaler mellem sygeplejersker på hospital og i kommunerne forbedrer samarbejdet om planlægning af overgangsforløbene (7).

Brobyggerpsygeplejerskerne anså også den interne koordinering og vidensdeling i egen organisation med andre sygeplejersker og tværfaglige kolleger som vigtig i planlægningen af de komplekse forløb. Dette stemmer overens med anbefalingerne i TCM, hvor fokus er på det tværprofessionelle samarbejde, der fremmer konsensus om plejeplaner mellem de ældre borgere og medlemmer af plejeteamet.

### Positiv erfaring ved anvendelse af TCM-elementer

Studie 4 viste, at anvendelsen af de ti sygeplejefaglige TCM-elementer i overgangsforløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom resulterede i en signifikant reduktion af genindlæggelser og økonomiske udgifter samt en forbedring af livskvalitet og tilfredshed med udskrivelsesforløb hos de ældre borgere. Yderligere international forskning viser også, at når elementerne i TCM bliver anvendt til planlægning og koordinering af tværsektorielle overgangsforløb, så sker der et signifikant fald i dødelighed (8), forbrug af sundhedsydelser (9) og indlæggelsestid (10).

### Ingen reduktion i antal genindlæggelser

Resultaterne fra journalauditten (Studie 3) viste ingen reduktion af genindlæggelser, hvilket kan skyldes den meget lille datamængde. Til gengæld viste resultaterne, at ansættelsen af udskrivelseskoordinatorer på Medicinsk Afdeling – en funktion, der svarer til brobyggerpsygeplejerskefunktionen



## Brobyggerpsygeplejerskerne bør sidde i specialistfunktioner som udskrivelseskoordinatorer på hospitalet og som udskrivelsesvisitatorer i kommunerne.

– fører til, at et signifikant højere antal plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter bliver afsendt til kommunerne i en markant højere kvalitet, end når dette udføres af basissygeplejersker.

Alle sygeplejersker er uddannet til at kunne planlægge og koordinere udskrivelsesforløb, men som basissygeplejerske på en hospitalsafdeling har man ikke nødvendigvis tiden til de opgaver, en udskrivelse af en ældre multisyge patient med komplekse problemstillinger indeholder, og kvaliteten i den sygeplejefaglige dokumentation i overleveringen kan derfor være i fare. Dette taler for, at brobyggerpsygeplejerskerne bør sidde i specialistfunktioner som udskrivelseskoordinatorer på hospitalet og som udskrivelsesvisitatorer i kommunerne.

### Funktion med mange facetter

Funktionen som brobyggerpsygeplejerske har mange facetter og kan dække over mangeartede opgaver afhængigt af, i hvilken stilling og sektor brobyggerpsyge-



plejerskerne har deres primære ansættelse. Dog er det vigtigste mål for funktionen at sikre og optimere tværsektorielle overgangsforløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom.

De sygeplejefaglige handlinger i TCM viste sig i Brobyggerprojektet at ligge tæt op ad brobygger-sygeplejerskernes arbejdsfunktion og praksis. Dette var særligt i forbindelse med at identificere ældre borgere i risiko for forværring, samt vurdere og håndtere disse risici gennem planlægning af plejeforløb og koordinering af de tværsektorielle overgangsforløb i eksternt og internt samarbejde med andre sygeplejersker og tværfaglige kolleger.

Brobyggerprojektet viste, at udskrivelser af ældre borgere med medicinsk multisygdom udført på baggrund af de ti sygeplejefaglige handlinger i TCM, medfører:

- signifikant reduktion af genindlæggelser og økonomiske udgifter
- signifikant forbedring af livskvalitet og tilfredshed med udskrivelsesforløbet hos ældre borgere med medicinsk multisygdom
- signifikant højere afsendelse og kvalitet af sygeplejefaglig dokumentation svarende til plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter. ●



**Hvordan styrker I samarbejdet mellem hospital og kommune på din arbejdsplads?**

**Hvilke initiativer tager I, der kan forbedre den ældre borgers overgangsforløb mellem hospital og eget hjem?**

**Hvilke sygeplejefaglige handlinger anvender I på jeres arbejdsplads til at styrke tværsektorielle overgangsforløb for ældre borgere?**

## Referencer

1. Berthelsen B. Brobygger-projektet. [Internet]. Region Sjælland. [www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk) > Skriv 'Brobygger' i søgefeltet > Brobygger Rapporten.pdf 2. Meleis AI. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010. 3. Naylor MD, Hirschman KA, Toles MP, et al. Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. *Soc Sci Med*. 2018;213:28-36. 4. Møller M, Kollerup MG, Lerbæk B, et al. Transitional care nurses' self-reported characteristics of work areas, job satisfaction, competencies and need for further training: A cross-sectional study. *Integr J Med Scien*. 2022;9:593. 5. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, et al. Continuity of care: The Transitional Care Model. *Online J. Issues Nurs*. 2015;20(3):manuscript 1. 6. Naylor MD, Van Cleave J. *The Transition Care Model for Older Adults*. I: Meleis AI (ed.). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010:459-65. 7. Petersen HV, Foged S, Madsen AL, et al. Nurses' perception of how an e-message system influences cross-sectoral communication: A qualitative study. *J Nurs Manag*. 2018;26:509-517. 8. Berre ML, Maimon G, Sourial N, et al. Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1597-608. 9. Weeks LE, Macdonald M, Martin-Misener R, et al. The impact of transitional care programs on health services utilization in community-dwelling older adults: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2018;16(2):345-84. 10. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, et al. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:346.



# Patienternes ønsker for den sidste tid skal kendes og efterleves

**Palliation.** Mange patienter, læger og sygeplejersker er bange for at tale om behandlingsniveauet i den sidste tid. Hvis ingen ser det som deres ansvar at tage initiativ til samtalen, lades patienterne i stikken.



**HANNE IRENE JENSEN**, professor, ph.d., sygeplejerske, Anæstesiologiske Afdelinger, Sygehus Lillebælt, Syddansk Universitetshospital/ Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet

Årsrapporten 2020 fra Dansk Palliativ Database viste, at 49 pct. af kræftpatienter blev tilbudt specialiseret palliativ behandling før dødsfald, mens dette kun var tilfældet for 2 pct. af patienter med andre diagnoser end kræft. En af årsagerne hertil er, at vi ofte ikke får identificeret de patienter, som nærmer sig den sidste del af livet, i tide.

Det er ikke, fordi der mangler evidens for indikatorer på, at patienter nærmer sig den sidste del af livet: gentagne hospitalsindlæggelser, dårligt eller forværret funktionsniveau, vedvarende vægttab og/eller vedvarende symptomer trods behandling bør være alarmklokker, der får sundhedsprofessionelle til at overveje, om patienten er ved at nærme sig den sidste del af livet. Eller man kan ganske enkelt bruge "the surprise question": Vil du blive overrasket, hvis denne patient dør indenfor 6-12 måneder?

I et projekt har vi inviteret patienter, hvor svaret på the surprise question var nej, til en samtale med deres behandlingsansvarlige læge om ønsker for behandlingsniveauet i den sidste tid, herunder forsøg på genoplivning ved hjertestop. Patienterne oplevede, at samtalen var værdifuld, at det gav dem mulighed for at være medbestemmende, og at det var vigtigt både for dem selv og for deres pårørende, at deres ønsker var kendte.

For nogle år siden var jeg opponent på en ph.d. i Norge. Titlen på afhandlingen var 'Older patients with late-stage COPD: care and clinical decision-making. A qualitative study with perspectives of patients, nurses, and physicians'. Den ph.d.-studerende havde interviewet svært syge patienter med KOL samt læger og sygeplejersker fra lungemedicinske afdelinger. Patienterne var bange for, hvordan deres sidste tid ville blive, men de havde ikke talt med sundhedspersonale om det, da de tænkte, at personalet havde travlt eller ikke ønskede at tale om det. Lægerne oplevede det svært at vide, hvor i forløbet patienterne var, og at patienterne nok ikke ønskede at vide noget, da de som læger aldrig var blevet stillet spørgsmål om den sid-



**Patienterne oplevede, at samtalen var værdifuld, at det gav dem mulighed for at være medbestemmende.**

ste tid fra patienterne. Sygeplejerskerne syntes, det var for dårligt, at lægerne ikke tog initiativ til samtalerne, men de så det ikke som deres opgave selv at påbegynde samtalen.

Ovenstående kan nok desværre også genfindes nogle steder i det danske sundhedsvæsen. Hvis ingen ser det som deres ansvar, er det svært at få planlagt den sidste tid på bedste måde, og patienterne lades i stikken. Alle i sundhedsvæsenet er medansvarlige for at sikre, at viden om patienternes ønsker for den sidste tid er kendt og bliver efterlevet, og for at sikre, at der bliver taget hånd om patienternes palliative behov uanset diagnose. ●

*Læs også Peer reviewed-artiklen 'Nødvendigt med et velfungerende samarbejde' side 28 i dette nummer af Fag&Forskning.*

# PhotoPanels™



## Billeder, der giver ro i sindet og positive tanker

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



■ Design din skærm på [EasyScreenDesign.com](https://www.EasyScreenDesign.com)

Kontakt os på 39 90 85 85 eller [info@silentia.dk](mailto:info@silentia.dk) ■ [silentia.dk](https://www.silentia.dk)