

# Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

REHABILITERING

## Borgerens motivation skal være drivkraften

TRE TING, SYGEPLEJERSKEN KAN GØRE

KONTINUITET I HJEMMET VIRKER

BILNØGLEN LÅSTE OP FOR  
MOTIVATIONEN

ET ER TEORI  
– NOGET ANDET ER PRAKSIS

SIDE 10

FAGLIGT AJOUR

**Lårbensbrud.** Projekt reducerer dødelighed og antal genindlæggelser

SIDE 34

FAGLIGT AJOUR

**Palliation.** Patienter modtager palliativt tilbud for sent

SIDE 42

PEER REVIEWED

**Urinvejsinfektion.** For få følger anbefaling om mobilisering efter operation

SIDE 26

PÅ SPIDSEN

**Identifikation.** Hvorfor være blæksprutter og ikke i stedet hajer?

SIDE 75

## Redaktionspanel

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



**SELINA  
KIKKENBORG  
BERG**

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



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

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

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

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

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

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 2019-2020:  
77.974 eksp.  
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, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20: Mathias N Justesen / iStock // Foto side 26: Bax Lindhardt // Illustration side 35, 42, 48, 56, 62, 70 : iStock



# OVERBLIK



# Rehabilitering forudsætter borgerens motivation



En vellykket rehabilitering kræver, at den enkelte borger finder frem til sin egen personlige motivation for at blive rehabiliteret.

Rehabilitering er andet og mere end blot genoptræning. Rehabilitering er også patientuddannelse, sygdomsforståelse og den psykologiske del med at komme sig efter sygdom.

Den enkelte borger skal finde sit eget potentiale og sin egen personlige motivation, for at rehabilitering kan lykkes, og i den proces spiller sygeplejersker en rolle. ICF-modellen hjælper her sygeplejersken til en bio-psyko-social-forståelse af borgernes helbred, livskvalitet og hverdagsliv.

”Som sygeplejersker har vi en forpligtelse til at hjælpe de borgere, som har svært ved at navigere rundt i vores sundhedsvæsen. Hvis vi

skal motivere de borgere, som har svært ved at se sig selv i rehabiliteringen, skal vi hjælpe dem til at blive bevidste om deres personlige værdier, og hvad der er vigtigt for dem i deres hverdag,” fremhæver sygeplejeforsker.

Rehabilitering virker bedst, når borgeren kender og er tryk ved personalet, men kontinuiteten kan være svær at fastholde i en dagligdag med f.eks. hyppige personaleskift og svære vilkår for sparring mellem de personalegrupper, som kommer i borgerens hjem.

LÆS SIDE

10

**UNGE.**

Svar fra undersøgelse bladt næsten 30.000 gymnasieelever tyder på, at trivslen kunne være bedre og de psykiske problemer færre.

**ARBEJDSMILJØ.**

Fagprofessionelle inden for den ambulante psykiatri tyer til alternative løsninger, når it-systemer og rigide arbejdsgange udfordrer dagligdagen.

**SKAM.**

Patienter med KOL er i tvivl, om de er værdige til at modtage pleje og trøst fra sundhedspersonale, familie og venner.

LÆS SIDE

22

Efterleves referenceprogram for patienter med hoftebrud i praksis? Det er undersøgt i dette mindre studie, hvis formål var at beskrive antallet af patienter, som modtog sygepleje for at forebygge urinvejsinfektion (UVI).

Studiet blev udført på Aalborg Universitetshospital, ortopædkirurgisk afdeling i Farsø og Hjørring. Referenceprogrammet anbefaler tidlig og systematisk mobilisering efter operation og at man undlader brug af permanente katetre postoperativt, idet UVI er en alvorlig trussel mod patientens rehabilitering pga. risiko for udvikling af delirium samt øget dødelighed.

Målet var specifikt at rapportere, hvor mange patienter som havde UVI ved indlæggelsen, udviklede UVI under indlæggelsen, fik fjernet permanente katetre og

blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation.

Studiet inkluderede 65 patienter, og der blev på et skema udviklet specifikt til dette studie rapporteret data om mobilisering og kateterbrug.

Der blev indsamlet urinprøver ved indlæggelse og udskrivelse med henblik på at kortlægge incidensen af UVI ved indlæggelsen og nosokomielle infektioner. 52,3 pct. af patienterne blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation, hvilket viste, at der var lav overholdelse af anbefalingerne.

LÆS SIDE

26



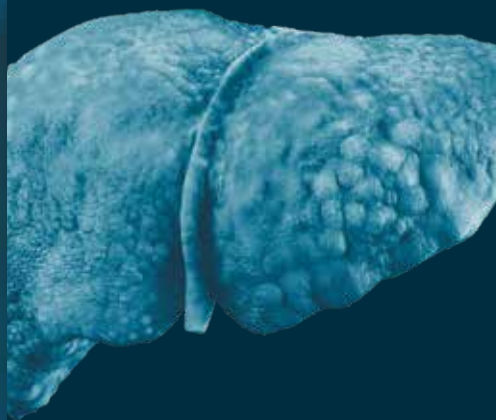
## Projekt reducerer antallet genindlæggelser

Et systematisk samarbejde mellem en sygehusafdeling og to kommuner har reduceret dødeligheden og andelen af patienter, der genindlægges efter operation for hofteært lårbensbrud. Patienterne blev udskrevet til plejecenter, men Ortogeriatrisk afsnit på sygehuset havde behandlingsansvar de første 14 dage efter udskrivelsen. Projektet 'Kom Trygt Hjem' kan med fordel overføres til andre patientgrupper.

34

LÆS SIDE .....

## Palliation igangsættes for sent



Mange patienter med levercirrose opdager ofte først sent i deres sygdomsforløb, hvor syge de er, fordi sygdommen i lang tid kan være symptomløs. I 60-70 pct. af tilfældene skyldes sygdommen alkoholmisbrug. Netværket er på det tidspunkt måske blevet mindre, og der kan derfor være behov for støtte i form af tilbud om tidlig palliation. Tilbuddet omfatter tiden fra diagnosen stilles til patienten dør. Et af redskaberne til at skabe klarhed over patientens ønsker er Advance Care Planning, som gennem dialog kortlægger patientens ønsker i den livsforlængende fase og senere for den terminale periode. Artiklen belyser via interview patienter og sundhedspersonales viden om tidlig palliation, hvad der hindrer palliation til patienterne, og de alvorlige symptomer på cirrose, der kan kræve indlæggelse undervejs i forløbet.

42

LÆS SIDE .....

## En overset patientgruppe

Unge med kræft er en overset patientgruppe. De udgør en minoritet blandt ældre patienter, og derfor har syv kirurgiske afdelinger på Rigshospitalet ved hjælp af et spørgeskema undersøgt 79 unges oplevelser og behov. Undersøgelsen viste, at de unges behov for psykosocial støtte ikke blev opfyldt i tilstrækkeligt omfang, og at sygeplejersker har brug for øgede kompetencer for at informere og tale med de unge om aldersrelaterede problemer og spørgsmål. De unge ønskede desuden et mere ungevenligt miljø på de kirurgiske afdelinger.



48

LÆS SIDE .....

## Interessen for narrativ medicin stiger

En podcast om narrativ medicin, en bog om at anvende digte, noveller og romaner i pleje og behandling, en bog om narrativ medicin og nu i tillæg en artikel om sundhedshumaniora i sygepleje. Hvor mange sygeplejersker, som praktiserer fælleslæsning, kreativ skrivning eller andet beslægtet sammen med patienter, ved vi ikke. Men at mange sygeplejersker er interesserede i feltet, afslører deres deltagelse i kurser på Syddansk Universitet – og de mange skønlitterære romaner, de fortæller om og læser. Artiklen giver et historisk overblik over den narrative medicin, sundhedshumaniora og perspektiver for fremtiden.

LÆS SIDE ..... **56**

## Fokus på ernæring ved genoptræning

En case om Vera, som lider af madlede og træthed, og en om Peter, som skal genoptræne synkefunktion efter operation for tonsilcancer, lægger op til artiklens hovedbudskaber. Der er fokus på ernæring til borgere, som deltager i et kommunalt rehabiliteringsforløb og er i ernæringsrisiko. Artiklen beskriver diætetiske indsatsområder og samarbejde mellem diætist, sygeplejerske fysio- og ergoterapeut. Vera og Peter bliver hjulpet vha. diætvejledning, sygeplejerskesamtaler og fysisk træning.

LÆS SIDE ..... **62**

## Særligt tilrettede forløb for sårbare patienter

Patienter kan have svært ved at forstå og navigere i det danske sundhedsvæsen, fordi de er kognitivt eller kommunikativt udfordrede. Ikke alle kan magte et accelereret forløb. Det har personalet på en urinkirurgisk afdeling taget konsekvensen af og tilbyder derfor disse patienter og deres omsorgspersoner (ledsagere og pårørende) et særligt tilrettet forløb med få kontakter på operationsdagen. Basis i forløbet er en telefonisk samtale mellem sygeplejerske og omsorgsperson med fokus på særlige problemstillinger hos patienten, reaktion ved hospitalsophold og andre områder, som det kan gavne patient og personale at have kendskab til. Opfølgende telefoninterview viser, at der er tilfredshed med det særlige forløb, som samtidig sparer indlæggelsestid.

LÆS SIDE ..... **70**



Hvor gode er vi til at beskrive, hvad vi er hajer til? Fortæller vi om det? Skriver vi om det? Hvem deler vi det med?

LÆS SIDE .... 75

# Folkets sundhed kan blive bedre

**Folkesundhed.** Forebyggelse og sundhedsfremme er fine ord, der trætter, for resultaterne af at omsætte dem til praksis viser sig ikke med det samme.



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

Jeg er optaget af folkesundhed. Ikke fordi den er optimal, men fordi jeg vil vide, hvordan den kan øges. Faktisk har jeg talt så hyppigt om emnet, at jeg begynder at skimte en vis træthed hos mine gode kolleger. De ser på deres mobiltelefoner og glæder sig til frokost, når jeg begynder at tale. Jeg forstår dem godt. Det kan blive for meget.

Slår man op i glemmebogen, står det klart, at sygeplejersker for år tilbage var mere optaget af folkesundhed end i dag. Eller rettere, det hed noget andet og var som begreb mere overordnet end de områder, mange sygeplejersker er optaget af i dag. Ulighed i sundhed, involvering i egen pleje og behandling. Flige af folkesundheden, som helt berettiget fylder i artikler og oplæg. Forebyggelse og sundhedsfremme er familiemedlemmer, men det er ikke så ofte, ordene får krop. Sygeplejersker ved, hvad KRAM-faktorer er, men remsen øger ikke nødvendigvis folkesundheden. Det er mit indtryk, at de

fleste mennesker udmærket ved, hvad sund kost er, at rygning er noget skidt, at der er grænser for alkoholindtag, og at motion på daglig basis er livsforlængende. Derfra til at ændre vaner er der et stykke vej. Det ved sygeplejersker af erfaring. Når den digitale badevægt afslører, at der er kommet fem kilo for meget på idealvægten, er beslutningen nem. "Jeg taber mig". I praksis er det svært. Covid-kiloene er resistente.

"Folkesundhedsvidenskab er videnskaben om befolkningens sundhedstilstand, samt hvordan man fremmer denne. Folkesundhedsvidenskaben beskæftiger sig med analyser af befolkningens sundhedstilstand, forebyggelse og sundhedsfremme samt social- og sundhedsvæsenets opbygning og funktioner" (Wikipedia).

Så er det på plads.

Når sygeplejersker og sundhedsplejersker tilrettelægger arbejdet med deres patienter og familier, er det godt at besvare spørgsmålet: Hvad ved vi allerede om de her mennesker?

Til det brug findes analyser, der beskriver sundhedstilstanden hos specifikke grupper. F.eks. 'Eldres sundhed og trivsel' fra 2019 og 'Børn og unges sundhed og trivsel' fra 2019. Et supplement er en literatursøgning, der giver et hurtigt overblik.

Mange sygeplejersker uddanner sig ud over deres grunduddannelse, afslører den danske sygeplejerskehokorte. Den er blevet undersøgt for fjerde gang og indeholder data fra flere end 50.000 sygeplejersker.

Sygeplejerskerne er gode ressourcer at trække på, når forebyggelse og sundhedsfremme skal have mere plads – og det er påkrævet. Den demografiske udvikling og den generelle sundhedstilstand i befolkningen skriger på en målrettet indsats. En opremsning af problemerne er vist ikke nødvendig.

Der er desuden vækst i det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde mellem sygeplejersker og andre faggrupper. Dette nummer af *Fag&Forskning* viser tydeligt, at holdarbejde gavner patienter. Fire ud af seks artikler har andre fagpersoner som medforfattere, og forebyggelse og sundhedsfremme indgår i nogle af teksterne. Mere af det.

Jeg insisterer: Folkesundheden kan blive bedre. ●



# SKYGGEGEARBEJDE I PSYKIATRIEN

Gennem mange år i psykiatrien har Astrid Saabye og Janni Kvam oplevet, at de fik mindre og mindre tid til svært psykisk syge patienter. For dem begge blev skyggearbejde en del af løsningen.

Skyggearbejde kan være at skippe frokostpausen, så der bliver tid til en ekstra samtale med en patient. Eller at give sit private telefonnummer til patienten. Skyggearbejde giver arbejdsglæde, men kan også føre til ensomhed, stress og kynisme. Men selv under hårdt tidspres og ufleksible rammer kan man arbejde med patientens recovery for øje. Uden at bruge sin fritid.

Lyt til podcasten her: [dsr.dk/podcast](https://dsr.dk/podcast) eller find den, hvor du plejer at lytte til podcast.



## Andre gode tilbud på Sygeplejerskens podcasthylde:







# PATIENTER KAN GØRE DET DIGITALT

Digitale sundhedsværktøjer der hjælper til en smidigere diabeteshåndtering



Skann QR-koden og læs mere om vores FreeStyle Libre 2 system



**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>



  
FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM

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

  
life. to the fullest.®  
**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 mobilenheds kompatibilitet 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 mobilenheds kompatibilitet 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 v 2.0 07/21  
[www.FreeStyle.Abbott](http://www.FreeStyle.Abbott) · +45 3977 0190 · Abbott Laboratories · Emdrupvej 28C, 2100 København Ø

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.

*REHABILITERING:*

# Borgerens motivation er drivkraften

Sygeplejersken spiller en vigtig rolle i arbejdet med at finde den enkeltes motivation for rehabilitering. Men hvilke kompetencer er det mere præcist, sygeplejersken skal have i rehabiliteringsarbejdet?





**BODIL BJØRNSHAVE NOE.** Docent, sygeplejerske og ph.d. Forsker i rehabilitering og borgernes rehabiliteringsoplevelser og var tilknyttet Marselisborg Centeret, hvor hun i 2011 færdiggjorde sin ph.d. om rehabilitering af mennesker med KOL. Er nu docent på forskningsprogrammet for sundhedsfaglig praksis på UC Syd, hvor hun også har undervist på sygeplejerskeuddannelsen. Blev uddannet sygeplejerske i 1986 og har arbejdet i praksis som sygeplejerske i ca. 10 år, bl.a. på intensiv afdeling, hvor hendes særlige interesse for mennesker med KOL opstod.



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



**LINE DUERLUND TERP.** Sygeplejerske, uddannet i 2003 og har siden 2017 været teamleder på Døgnehabiliteringen i Varde Kommune. Har arbejdet med rehabilitering af borgere som hjemme-sygeplejerske, hvor hun i fem år havde en specialfunktion som KOL-sygeplejerske. Hendes interesse for rehabilitering startede, da hun efter endt uddannelse arbejdede som lungemedicinsk sygeplejerske.

Rehabilitering er andet og mere end genoptræning.

En vellykket rehabilitering kræver, at den enkelte borger finder frem til sin egen personlige motivation for at blive rehabiliteret. Det har sygeplejerske og teamleder Line Terp oplevet så mange gange, at det for hende er blevet en selvfølge.

Hun giver et eksempel med en 73-årig mand, som efter et alvorligt trafikuheld med et frontalt sammenstød var i et langt rehabiliteringsforløb. I starten af forløbet havde manden ingen motivation for rehabilitering.

”Da han overgik til rehabilitering efter et længere sygeforløb, ønskede han sådan set bare at dø. Han var sengeliggende og fik mad via en sonde, og vi forsøgte at nå ind til ham vha. relationsdannelse og ugentlige støttesamtaler. Han kom også i behandling med antidepressiver, da han viste tegn på depression,” fortæller Line Terp.

Vendepunktet kom, da manden fik besøg af familien. På det tidspunkt var der strenge coronarestriktioner, så han måtte ikke få besøg af familien på Døgnehabiliteringen. I mellemtiden blev han dårligere og blev erklæret kritisk syg, hvilket betød, at hans sønner fik lov at komme på besøg.

”Samvær med familien blev hans motivation for at deltage i rehabiliteringen. Ved hjælp af vores støttesamtaler med sygeplejerskerne på afdelingen fik han øjnene op for, at hans børn og børnebørn var

vigtige for ham. Han kom frem til, at han ikke var parat til at give op og blev motiveret til at komme ud af sengen og over i en kørestol. Det gjorde, at han kunne starte et samarbejde op med fysio- og ergoterapeuterne,” forklarer Line Terp.

”Efter et langt forløb skiftede han kørestolen ud med en rollator og endte med at kunne spise selvstændigt,” fortæller hun.

### Meget mere end genoptræning

*Fag & Forskning* har inviteret sygeplejerske, ph.d. og docent Bodil Bjørnshave Noe og sygeplejerske og teamleder Line Terp til en samtale om sygeplejerskens rolle i rehabiliteringen. Til daglig forsker Bodil Bjørnshave Noe i rehabilitering og borgernes rehabiliteringsoplevelser, og Line Terp er teamleder i Døgnehabiliteringen i Varde Kommune.

Eksemplet ovenfor illustrer præcist det, som de to fagfolk mener, er allermost centralt for, at rehabilitering kan lykkes. Nemlig at den enkelte borger skal finde sit eget potentiale og personlige motivation for deltagelse i et rehabiliteringsforløb. Noget, der ofte mislykkes, måske fordi rehabilitering ofte sættes lig med genoptræning.

Bodil Bjørnshave Noe forklarer:

”Mange borgere har ikke den indre drivkraft til at træne og kan måske ikke se meningen eller få øje på deres eget potentiale i et rehabiliteringsforløb. De er ofte multisyge borgere (1,2) med hyppige indlæg-





gelses (2,3) og udgør på den måde en stor samfundsmæssig udgift og udfordring (3),” siger hun.

”Vi kan hjælpe de borgere ved at tilpasse indsatsen til den enkelte (4) og i den forbindelse tale med borgeren om, hvorfor de får tilbudt rehabilitering, og hvad der i sidste ende kan komme ud af rehabiliteringen,” forklarer Bodil Bjørnshave Noe.

”Og her er det vigtigt at formidle, at rehabilitering er meget mere end genoptræning. Træning er en vigtig del af rehabilitering, men det er også patientuddannelse, sygdomsforståelse og den psykologiske del med at komme sig efter sygdommen,” siger hun.

Line Terp er enig:

”Min oplevelse er, at mange – både borgere og fagpersonale – opfatter rehabilitering som fysisk træning eller genoptræning, og her er det ikke alle borgere, som føler, at de passer ind. Derfor er det vigtigt, at vores tilgang til borgerne viser, at rehabilitering handler om, hvad der giver mening for den enkelte,” siger Line Terp og fortsætter:

”En større og større gruppe mennesker oplever, at der er andre ting end deres sygdom, der fylder i hverdagen. Måske har de et misbrug, der er vold i hjemmet eller børn med problemstillinger, hvor sygdommen bliver en biting. Det kan gøre borgerens motivation for rehabilitering meget lille, og her er det endnu vigtigere at finde ud af, hvad der motiverer den enkelte. Det kunne f.eks. være at blive i stand til selvstændigt at kunne spise et måltid, selv at kunne lufte hunden eller at deltage i sit barnebarns konfirmation,” siger hun.

#### For lidt fokus på rolle

Hvilken rolle sygeplejersken mere præcist spiller for at sikre en individualiseret tilgang i rehabiliteringen, giver Bodil Bjørnshave Noe et bud på:

”Som sygeplejersker har vi en forpligtelse til at hjælpe de borgere, der har svært ved at navigere rundt i vores sundhedsvæsen. Hvis vi skal motivere de borgere, som har svært ved at se sig selv i rehabiliteringen, skal vi hjælpe dem til at blive bevidste om deres personlige værdier, og hvad

der er vigtigt for dem i deres hverdag (4). Og vi skal undervise og vejlede i de muligheder, som sundhedsvæsenet kan tilbyde den enkelte,” siger hun.

Som et redskab til at kortlægge ønsker og værdier i forhold til funktionsevnen, anbefaler Bodil Bjørnshave Noe at bruge ICF-modellen (5,6) (se også artiklen ’Bilnøglen låste op for motivationen side 16’). Hun forklarer, hvad der efter hendes vurdering skal til, for at et rehabiliteringsforløb kan lykkes:

”Det er i min optik vigtigt, at der som et minimum er en kontaktperson til borgeren, og at der er lavet en evaluering baseret på borgerens individuelle målsætninger, ønsker og præferencer. For at det kan blive en målrettet samarbejdsproces med opfølgning og evaluering forudsætter det også, at der foregår oplæring, supervision og støtte til SOSU-assistenten og -hjælperen, så fagpersonalet kan få en relation til borgeren og en indsigt i borgerens proces.”

”Sygeplejersken spiller en kolossalt stor rolle i rehabiliteringen, og der er alt for lidt fokus på, hvad sygeplejerskens rolle er,” understreger hun.

#### Svært at leve op til ideal

Det ligger Bodil Bjørnshave Noe meget på sinde at formidle til den enkelte sygeplejerske, at det kan være svært at leve op til idealet om, hvordan en rehabiliterende sygeplejerske skal arbejde.

”Min påstand er, at alle de idealer, vi har om, hvad sygeplejerskens rolle skal være i rehabiliteringen – og som jeg underviser sygeplejestuderende i – af organisatoriske grunde kan være vanskelige at føre ud i livet,” siger hun og præciserer:

”Sygeplejersken er ofte visiteret til nogle afgrænsede, konkrete sygeplejefaglige opgaver. Det kan gøre det vanskeligt at realisere alle de roller, som sygeplejersken ideelt set skal have i rehabiliteringen. At vi skal interessere os for patientens præferencer, behov og ønsker kan ryge i baggrunden, når vi f.eks. har få minutter til en medicindispensering eller få minutter til at rense et sår,” siger Bodil Bjørnshave Noe. ●



# TRE TING SYGEPLEJERSKEN KAN GØRE

(Kilde: 7)

**LAV  
INDIVIDUELT  
TILPASSEDE  
MÅLSÆTNINGER**

Benyt ICF-modellen (se artiklen 'Bilnøglen låste op for motivationen' side 16) til sammen med borgeren at lave individuelt tilpassede målsætninger baseret på borgerens personlige værdier.

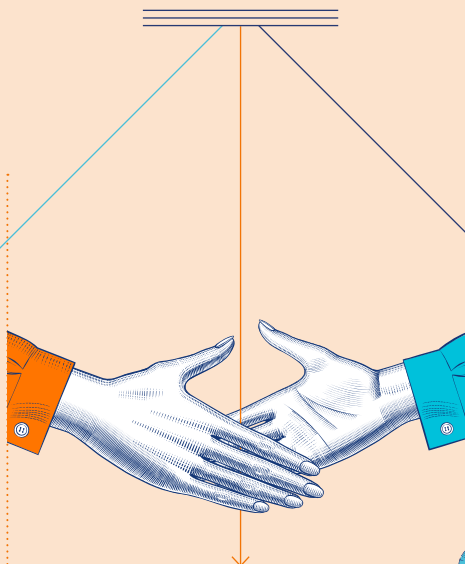
Rehabilitering skal give mening for den enkelte. Ved at bruge ICF-modellen, kan sygeplejersken hjælpe borgeren til bedre at kommunikere sine behov og sine udfordringer i hverdagslivet.

ICF-modellen kan bidrage til at tale om det, der betyder noget for vedkommendes samlede helbreds-situation og livskvalitet. Det at blive bevidst om egne personlige værdier kan være en vej til at blive motiveret for rehabilitering. Baseret på værdierne kan sygeplejerske og borger i fællesskab finde frem til, hvad der er vigtigt for netop ham eller hende at opnå at kunne gøre i hverdagen.

F.eks. er en person med KOL ikke motiveret af en forbedring i en gangtest, men er mere motiveret af at lære at turde køre med bus eller at turde gå en tur i det fri, selvom det blæser.

Sygeplejerskens rolle er at have overblik og forstå kompleksiteten af borgerens situation. Der skal være plads til at forstå reaktioner og betydningen af den ændring, sygdommen har for borgerens liv og for det, borgeren gerne vil opnå.

Generiske tests som muskelstyrke, funktionsevne og konditionsmålinger kan supplere de individuelle målsætninger og forventninger til, hvad der kan komme ud af at deltage i rehabiliteringen.



# SAMARBEJD TVÆRFAGLIGT OG FØLG OP PÅ HINANDENS INDSATSER

Det er vigtigt, at alle fagpersoner er bevidste om at følge op på de andre fagpersoners indsatser. Sygeplejersken har f.eks. en vigtig rolle i at følge op på terapeuternes arbejde og med at formidle det til både borger og SOSU-assistent og -hjælpere.

Hvis f.eks. ergoterapeut og borger har trænet spiseteknik, og borgeren har fået udleveret specialbestik, er det vigtigt for terapeutens indsats, at sygeplejersken, SOSU-assistent og -hjælpere understøtter den træning og fortsætter med at opmuntre borgeren til at træne og opnå uafhængighed i relation til spisning.

Det er også vigtigt at invitere til og følge op på eksistentielle samtaler. At lære at leve med en sygdom og måske lære at leve på helt nye vilkår kan give anledning til sorg og oplevelse af tab. Her kan det være vigtigt at forholde sig til "hvem er jeg nu, hvad vil jeg gerne, og hvad er jeg nødt til at indse, at jeg ikke kan".

## DEFINITION PÅ REHABILITERING

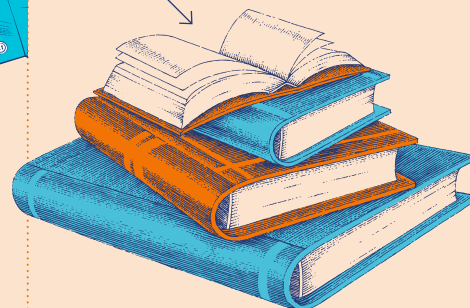
Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk.

Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

*En revideret version af rehabiliteringsbegrebet er på vej og forventes færdig foråret 2022.*

(Kilde: 9)



# GIV BORGEREN DEN NØDVENDIGE VIDEN OM SYGDOMMEN

Vær opmærksom på at give borgeren den patientuddannelse, der er nødvendig for, at borgeren kan reagere hensigtsmæssigt på sygdommens signaler, når der ikke er personale til stede.

Sygeplejersken skal hjælpe borgeren til at forstå sygdommens signaler. Det at lære om sin sygdom, dens symptomer og hvad man kan og skal gøre, er en vigtig del af rehabilitering.

En borger med KOL kan f.eks. have gavn af at vide, at når han begynder at trække vejret hurtigt, kan det være et udtryk for angst. Borgeren skal f.eks. kende til og turde tale om, at angst og åndenød ofte følges ad, og at symptomer på angst kan minde om symptomer på vejrtrækningsproblemer, f.eks. hyperventilation, svedudbrud og hjertebanken. Det er vigtigt at tale om, fordi vejrtrækningen kan forbedres, hvis der er kontrol over angsten. Og fordi en forværring af sygdommen kan ende med en akut indlæggelse, hvis angsten i kombination med åndenød resulterer i panik og insufficiet vejrtrækning.

# Kontinuitet i hjemmet virker

Rehabiliteringsindsatsen virker bedst, når borgeren kender og er tryk ved personalet, men det er langt fra altid tilfældet.

Af SUSSI BOBERG BÆCH

○ Hvis rehabilitering i hjemmeplejen skal lykkes, kræver det et stabilt team omkring borgeren, og netop det kan være en stor udfordring, har Line Terp erfaret.

”Vi kan se, at vores indsats virker bedst, når borgeren kender personalet. Kontinuitet er hele grundlaget for en god relation mellem borger og personale og for, at borgeren føler sig tryk. Hvis ikke relationen er på plads, kan vi ikke rehabiliterer. Hvis der kommer nyt personale hver eller hver anden dag, kan borgeren miste motivationen,” siger hun.

”Kontinuitet i hjemmene er noget, både sygeplejersker og SOSU-assistenten og -hjælpere efterspørger, men kendsgerningerne er desværre, at personalet mange steder skifter hyppigt ude i hjemmene. Kontinuiteten kan være svær at prioritere højt nok, fordi arbejdsplanerne skal hænge sammen, og man alle steder er ramt af udfordringer med rekruttering,” tilføjer Line Terp.

Bodil Bjørnshave Noe nikker genkendende til, at kontinuitet er vigtig for rehabilitering, og at manglende kontinuitet er et problem.

”Det er et billede, jeg genkender bl.a. fra mine egne undersøgelser. Mit sidste interviewstudie med KOL-patienter viste f.eks., at patienterne bliver mødt af mange forskellige fagpersoner og ikke føler sig forstået og mødt (10). I samme undersøgelse siger personalet, at de ville ønske, de kunne komme fast i hjemmet hos borgerne, fordi det ville give dem et godt udgangspunkt for at opdage ændringer i borgers tilstand,” siger hun.

Og netop det med ikke at opdage, når der sker ændringer, er en konsekvens af manglende kontinuitet, vurderer Line Terp.

”En vigtig del af vores job som rehabiliterende sygeplejersker er at undre os, når der sker ændringer med en borger. Men det kræver, at vi ser borgeren kontinuerligt, hvis vi skal holde øje med, om der sker de her skred, som uvilkaarligt vil ske hos en person, der er kronisk syg,” siger hun.

## Opfølgning mangler

En konsekvens af den manglende kontinuitet er manglende opfølgning på den rehabiliterende indsats. Det bliver især tydeligt, når borgeren kommer tilbage i eget hjem fra et ophold på døgnrehabiliteringen.

”Vi kan se, at mange af de borgere, som kommer fra døgnrehabilitering og har fået et løft i funktionsniveauet, i løbet af de følgende 12-24 måneder i eget hjem falder i funktionsniveau og får et øget behov for hjælp. Det kan tolkes som et udtryk for, at fokus på den rehabiliterende tilgang ikke fortsætter i eget hjem,” siger Line Terp.

Og det er der gode grunde til, vurderer hun:

”På døgnrehabiliteringen er al fokus på rehabilitering. Sygeplejerskerne er trænet i at tænke i rehabilitering, og de har et tæt samarbejde med SOSU-personalet og med ergo- og fysioterapeuter om rehabiliteringen,” forklarer hun og uddyber:

”Det er klart, at det er en stor udfordring at følge op på og koordinere rehabiliteringsarbejdet, når borgeren kommer tilbage i eget hjem, fordi arbejdet



i hjemmeplejen er organiseret anderledes, hvor de forskellige faggrupper er ansat i hver deres område til at varetage forskellige interesser, og der ofte er et tidspres indover.”

”Et stort tidspres gør, at det kan være svært at finde tid til de rehabiliterende indsatser, fordi det kræver tid at vente på, at borgeren selv henter noget at drikke i køkkenet eller selv løfter benene op i sengen, i stedet for at vi som fagpersonale fikser det for dem,” siger Line Terp.

En løsning på en bedre organisering af rehabiliteringsindsatsen kunne ifølge Line Terp være, at personalet kører i en form for 'selvstyrende rehabiliterende teams', hvor en fast gruppe af sygeplejersker, terapeuter og SOSU-assistenten og -hjælpere er allokert til en bestemt gruppe af borgere.

”Her er det vigtigt, at det bliver en fælles opgave at drive rehabiliteringen. Der ligger en forventning om, at sygeplejersken er nøgleperson i forhold til at drive rehabiliteringen, men sygeplejersken kan ikke løfte den opgave alene uden hjælp fra de andre faggrupper,” siger Line Terp.

### Ikke i hjemmet samtidig

Den naturlige faglige sparring mellem faggrupperne har svære vilkår i hjemmeplejen, og det er en medvirkende årsag til det manglende fokus på rehabilitering, forklarer Line Terp.

”Den fælles drøftelse med terapeuter og SOSU-assistenten og -hjælpere, som er med til at sikre kontinuiteten i rehabilitering, besværliggøres af, at de forskellige fagpersoner sjældent er i hjemmet på samme tid, at de ikke mødes naturligt i løbet af en arbejdsdag, og at de dokumenterer i forskellige dele af dokumentationssystemet.”

”Drøftelserne overlades til den ugentlige træffetid – som nogle steder kun finder sted hver 14. dag – og hvor der er rigtig mange borgere, som skal drøftes,” siger hun.

”Hvis ikke det lykkes med kontinuitet i personalegruppen, er det ekstra vigtigt med god dokumentation og aftaler om, hvordan tilgangen skal være til den enkelte borger,” siger Line Terp.

I Varde Kommune har man derfor indført en såkaldt 'rehabiliteringsknap', hvor knappen i overført betydning ”tændes” hos de borgere, som bliver visiteret til rehabiliteringspakken.

”En tændt knap betyder i praksis, at de borgere, som er visiteret til rehabiliteringspakken, altid skal drøftes på vores træffetidsmøder. Det er klart et skridt i den rigtige retning i forhold til at fremme det tværfaglige fokus på rehabilitering i eget hjem,” vurderer Line Terp. ●



## HVAD SIGER LITTERATUREN?

### Hvornår er der behov for rehabilitering (11)?

- Når skader eller sygdom forstyrrer livet, som det plejer at være
- Når roller og identitet er truet
- Hvis skaden eller sygdommen samt de følelsesmæssige og mentale reaktioner gør borgeren mere sårbar og afhængig
- Hvis skade eller sygdom kræver professionel pleje og behandling
- Hvis livet og dets muligheder kan være forandret for altid

### Sygeplejerskens rolle i rehabiliteringen er at (7):

- inddrage borgerens behov, ønsker og præferencer
- involvere borgeren i overvejelser og beslutninger
- støtte borgeren i at udtrykke sine behov, tanker og følelser
- undervise og vejlede borgeren om muligheder
- sigte mod et 'borgercentreret perspektiv'
  - nogle skal bevare og andre skal genvinde funktion
- have en fortolkende funktion
  - hjælpe borgeren med at tolke situation og overskue konsekvenser
  - tolke kroppens signaler
  - tolke betydning af funktionsnedsættelse for hverdagsaktiviteter
- trøste borgeren under alvorlig sygdom eller skade
  - give emotionel støtte til håndtering af eksistentiel trussel, håb og sorgbearbejdning
- have en integrerende funktion
  - hjælpe borger og pårørende med at integrere sig i hverdagslivet
  - hjælpe til et værdigt liv med ændrede vilkår

### Sygeplejerskens rolle i rehabiliteringsteamet er at (7):

- have viden om kroppens funktioner
- støtte terapeuters oplæg og integrere nye indlærte færdigheder i borgerens hverdagsaktiviteter
- formidle vigtigheden af rehabilitering
- koordinere den tværfaglige rehabiliteringsindsats i samarbejde med andre faggrupper
- tilrettelægge et rehabiliterende miljø sammen med andre faggrupper.

# Bilnøglen låste op for motivationen

En mand med rygmærskade vil lære at dreje bilnøglen, så han kan starte sin bil og selv køre til træning. ICF-modellen kan være et konkret redskab til at kortlægge ønsker og værdier i forhold til funktionsevnen.

Af **SUSSI BOBERG BÆCH**

Sygeplejersker kan have stor glæde af ICF-modellen (International Classification of Functioning, Disability and Health) i den sygeplejefaglige udredning.

”Ved at benytte den bio-psyko-sociale forståelse af helbred, livskvalitet og hverdagsliv, der er knyttet til ICF-modellen (5), kan sygeplejersken i sin sygeplejefaglige udredning finde ind til, hvilke ønsker og værdier borgeren har i forhold til funktionsevne og hverdagsliv (12),” siger Bodil Bjørnshave Noe.

”Modellen er god, fordi den er en måde at kommunikere omkring, hvad betydningen er af sammenhængen mellem krop, aktivitet og deltagelse for hverdagslivet, og hvordan omgivelser og personlige faktorer spiller ind (12),” forklarer hun.

Sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter har hver især redskaber, som de bruger til at analysere og vurdere behov og funktionsevnedensættelse hos borgeren. Derfor kan det knibe med et fælles sprog, når faggrupperne skal kommunikere med og om en borger. Men her kan ICF-modellen være en hjælp.

”ICF er en tværfaglig model, der kan bruges til at analysere og beskrive funktionsevnedensættelse, og det er min tanke, at den også kan bruges som et redskab i kommunikationen mellem fagpersoner og med borgere på tværs af sektorer (12),” siger Bodil Bjørnshave Noe.

## Træning gav håb

Helt konkret har Bodil Bjørnshave Noe med forskerkolleger analyseret individuelle interviews med

rygmærskadede vha. ICF-modellen. Formålet var at undersøge, om borgernes fortællinger om deres helbred, hverdagsliv og livssituation kan kobles til ICF-modellens forskellige komponenter (12).

Hun giver et eksempel på, hvordan hun brugte ICF-modellen i sin analyse af et interview med en mand sidst i 50'erne, som hun havde fulgt i et år, efter at han havde brækket nakken efter et fald. Skaden betød, at manden havde delvis lammelse af under- og overekstremiteter, intense neurogene smerter, spasmer i arme og hænder og svært nedsat følsomhed på huden.

”Hans fortælling viste, hvilke ting han kæmpede med i relation til sin rygmærskade, og hvilken betydning det havde for hans daglige aktiviteter og for hans personlige værdier. De kropslige udfordringer havde selvsagt store konsekvenser for hans aktivitet og deltagelse og derfor stor indflydelse på hans livskvalitet og hverdagsliv. Konkret betød det f.eks., at han ikke kunne dreje bilnøglen, når han skulle starte sin bil og køre til træning,” fortæller Bodil Bjørnshave Noe.

”Ved at bruge ICF-modellen viste min analyse, hvor vigtigt det var for ham at kunne dreje bilnøglen og køre til træning.



# HVAD ER ICF?

(Kilde: 5,16)

*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er en WHO-klassifikation, der udkom på dansk i 2003. ICF er en kompleks interaktionsmodel og en klassifikation, der omfatter biologiske, psykologiske og sociale forhold. Modellen består af to dele, hvor den ene del handler om funktionsevne og funktionsevnenedsættelse ('krop', 'aktivitet' og 'deltagelse') og den anden del handler om kontekst ('omgivelser' og 'personlige faktorer'). Ved at have en samtale med borgeren ud fra de fem komponenter, kan borgerens ønsker og præferencer klarlægges.*



## FUNKTIONSEVNE OG FUNKTIONSEVNENEDSÆTTELSE

'**Kroppens funktioner og anatomi**' refererer til de fysiologiske funktioner (herunder mentale funktioner) og kroppens anatomiske strukturer som organer og lemmer. Her beskrives henholdsvis tab eller ændringer fra normal kropsfunktion og struktur, der fører til svækkelse eller begrænsninger.

'**Aktiviteter**' refererer til en persons udførelse af opgaver eller handlinger på individniveau, hvor aktivitetsbegrænsning er de vanskeligheder, personen har i forbindelse med aktiviteten. Aktiviteter kan f.eks. være gangfunktion, madlavning og hygiejne.

'**Deltagelse**' refererer til involvering i dagliglivet f.eks. arbejde, skole og dagcenter. Begrænsninger i forhold til deltagelse er de vanskeligheder, der kan være ved involvering i dagliglivet (5,6).

## KONTEKST

'**Omgivelsesfaktorer**' er de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser, som mennesker bor og lever i. Faktorerne ligger uden for den enkelte person og kan have både positiv (fremmende) og negativ (hæmmende) indflydelse på funktionsevnen.

'**Personlige faktorer**' er ikke klassificeret i ICF, men er medtaget i figuren, fordi de er væsentlige og betydningsfulde bl.a. for personens adfærd og mestringsevne. De personlige faktorer består af træk, egenskaber og kompetencer hos den enkelte borger (hvad man har med sig i rygsækken), som ikke er en del af helbred eller helbredsrelaterede tilstande. De personlige faktorer kan f.eks. også være køn, etnisk baggrund, alder, vaner og livsstil (17,18).

*ICF-modellen indgår som redskab i klassifikation af funktionsevnetilstande i Fælles Sprog III - den fælleskommunale metode og standard for dokumentation af opgaveløsning på sundheds- og ældreområdet.*

## PRAKTISK GUIDE

Praktisk guide til brug af ICF-modellen i kommunikation med borgere i rehabiliteringsforløb:

1. Et billede af ICF-modellen kan anvendes i dialog med borgeren.
2. I dialogen kan sygeplejersken eller andre i rehabiliteringsteamet spørge ind til borgerens erfaringer og oplevelser med funktionsevne ved at spørge ind til kropslige udfordringer, problemstillinger, ønsker for og begrænsninger i forhold til daglige aktiviteter, og ønsker om eller restriktioner i deltagelse.
3. Såkaldte 'ICF Core Sets' (19,20) kan bruges i dialog med borgeren eller give inspiration. De kan guide i forhold til, hvad der konkret kan kommunikeres om inden for den enkelte ICF-komponent; krop, aktivitet og deltagelse samt omgivelses- og personlige faktorer.
4. Adressér, om og hvordan omgivelsesfaktorer påvirker helbred, hverdagsliv og livskvalitet både positivt og negativt.
5. Adressér borgerens personlige faktorer, som kan være relevante at have kendskab til for at kunne støtte borgeren (livsstil, vaner, relationer af betydning, værdier, evner, oplevelse af kontrol, prioriteter, selvværd, håb og mening, interesser, spiritualitet, adfærdsmønstre)
6. Adressér borgerens ønsker og bekymringer og det, der har personlig værdi og betydning.
7. Adressér borgerens erfaringer med og forståelse af sammenhænge mellem krop, aktivitet og deltagelse samt omgivelsesfaktorer, herunder hvordan borgeren oplever at de interaktioner kan påvirke hverdagsliv og livskvalitet.

Kilde: Bodil Bjørnshave Nøe



## MÅLET MED REHABILITERING

Målet med rehabilitering er at give mennesker med nedsat funktionsevne et selvstændigt og meningsfuldt liv med bedst mulig funktionsevne.

Fokus er på, hvordan mennesket kan udføre hverdagsaktiviteter og deltage i samfundslivet på trods af funktionsevnenedsættelse. Det handler om at bidrage til, at det enkelte menneske med symptomer, sygdom eller sociale problemer bliver i stand til at klare hverdagslivet på trods af funktionsevnenedsættelse.

- Det enkelte menneskes funktionsevne er centrum i rehabilitering.
- Rehabilitering handler om indsatser, der skal forbedre funktionsevnen.

(Kilde: 8)

Opmærksomhed på sådan en lille ting kan give indsigt i en dyb kompleksitet, som de professionelle i rehabilitering skal opdage og reagere på. At kunne dreje bilnøglen og køre, betød adgang til træning. Og træning gav håb om progression og uafhængighed.”

Borgeren var en 'handyman' og havde altid 'klaret ærterne', så for ham var uafhængighed og hjælpsomhed over for andre personer stærke personlige værdier.

”Værdier styrer vores handlinger og præferencer, og derfor var afbud til træning en stor sorg, der betød tilbageskridt i funktionsevne, og troen på at kunne komme sig og klare sig svandt ind. Det indebar yderligere en stor bekymring for de nærmeste – især hustruen – som han frygtede, ville blive overbelastet og få et sammenbrud på grund af ham. Og mellem linjerne lå en angst for, at hun skulle gå fra ham, hvis han var for afhængig af hende,” fortæller Bodil Bjørnshave Noe.

”Nøglen til hans motivation for rehabilitering – og til at komme ind bag de værdier, der styrede hans handlinger – var bilnøglen,” siger hun.

### Plads til både 'illness' og 'disease'

Bodil Bjørnshave Noe håber, at ICF-modellen giver sygeplejersker mulighed for at arbejde mere helhedsorienteret.

”Modellen er et billede på en bio-psyko-social forståelse af helbred, hvor vi ikke kun forholder os til sygdom som et naturvidenskabeligt fænomen, men at vi også forholder os til den lidelse, som sygdommen forårsager, når den griber ind i det enkelte menneskes livsførelse (13).”

”Det er mit håb, at ICF-modellen kan hjælpe os til at leve op til det ideal, vi som sygeplejersker har i forhold til at udfylde vores rolle i rehabiliteringen. Så vi øger bevidstheden om ikke kun at arbejde med sygdommen ud fra en naturvidenskabelig vinkel ('disease') men også ud fra det perspektiv, at sygdommen griber ind i vores livsførelse og påfører os lidelse ('illness') (7).

”Med ICF-modellen kan vi som sygeplejersker hjælpe med at tolke borgerens situation og overskue de konsekvenser, som sygdommen har for borgerens hverdagsliv. Ved at tolke kroppens signaler kan vi kortlægge konsekvenser af sygdommen, og hvad det har af betydning for hverdagsaktiviteter og deltagelse (12),” forklarer Bodil Bjørnshave Noe.

”Det rehabiliterende forløb skulle gerne sigte mod at få hverdagslivet til at fungere og hjælpe borgeren med at leve på de nye vilkår, som sygdommen har bragt med sig,” tilføjer hun.

Ideen med at anvende ICF i kommunikationen med borgere i rehabiliteringsforløb udspringer af en analyse af i alt 22 interviews med otte borgere i rehabiliteringsforløb (4,14,15). ●



# Et er teori – noget andet er praksis

Rehabilitering virker i klinisk praksis – men på en anden måde end forskningen viser.

Af **SUSSI BOBERG BÆCH**

**D** Forskningen viser, at rehabilitering virker. Men spørgsmålet er, om de gode resultater, der kan dokumenteres i de kontrollerede undersøgelser, også kan opnås i virkelighedens kliniske praksis?

Det har Bodil Bjørnshave Noe undersøgt i sin ph.d.-afhandling, hvor hun fulgte omkring 150 patienter med KOL, hvoraf nogle deltog i hospitals-rehabilitering og andre ikke gjorde (21-23).

”Vi fandt overraskende nok ingen forbedringer hos KOL-patienterne relateret til livskvalitet, gang- eller lungefunktion, som er nogle af de parametre, vi normalt måler og forventer at se forbedringer på i de kliniske studier (24),” siger Bodil Bjørnshave Noe.

”Til gengæld viste mine undersøgelser, at deltagerne selv oplevede, at de havde fået et godt udbytte af rehabiliteringen. De fortalte om, at de havde opnået ændringer i deres hverdagsliv, som var vigtige for dem. Det gav anledning til refleksion over vigtigheden af, at deltagerne i rehabilitering har deres individuelle mål, som de selv udpeger som vigtige at opnå for netop dem, og som vi derfor bør interessere os for at evaluere på ” siger hun.

”Det kunne være en borger, som havde som målsætning igen at turde tage bussen ud at handle eller at forstå, hvordan KOL-medicinen skulle tages. Eller det kunne være en borger, som havde fået mod til at sige til sine gæster, at de ikke måtte ryge i hjemmet.

Borgeren fik noget andet og måske endnu vigtigere ud af rehabiliteringen,” siger Bodil Bjørnshave Noe.

## Endte med at klare sig selv

At rehabilitering virker under de rigtige forhold, er Line Terp slet ikke i tvivl om. Hun giver sit bud på, hvordan man i klinisk praksis kan se, at rehabilitering virker.

”Rehabilitering virker, når borgeren igen kan klare sig selv så selvstændigt som muligt. Det er meget individuelt, på hvilke områder den enkelte har behov for at blive rehabiliteret, og hvilke parametre den enkelte forbedrer sig på i løbet af et rehabiliteringsforløb. De fleste borgere rykker sig på mange parametre samtidigt, både fysiske og psykiske,” siger Line Terp.

Hun har massevis af eksempler på rehabiliteringsforløb, der har betydet, at borgeren efter forløbet har kunne klare sig selv i en eller anden udstrækning. Hun giver et konkret eksempel med en 86-årig kvinde, som havde diabetes og havde fået amputeret det ene ben pga. dårligt kredsløb.

”Kvinden var meget nedtrykt over ikke at kunne komme i egen bolig igen, fordi der var for mange trapper i hendes hus. Derfor havde hun behov for både fysisk og psykisk rehabilitering,” siger Line Terp og forklarer:





”Hendes motivation var at komme til at klare sig selv. Ved hjælp af træning lærte hun at gå med benprotesen, og hun fik bevilget et el-køretøj, så hun selv kunne foretage indkøb og besøge venner og familie. Støttesamtaler med sygeplejersker og terapeuter gav hende motivation og mod til at sælge boligen og flytte til en ældrevenlig bolig. Kvinden endte med at klare sig selv uden hjælp fra hjemmeplejen og kom fortsat til træning ved egen hjælp,” fortæller Line Terp.

### En broget skare i klinisk praksis

Bodil Bjørnshave Noe forklarer, hvorfor rehabilitering i klinisk praksis adskiller sig fra den rehabilitering, der indgår i randomiserede undersøgelser.

”Vi har en enorm mængde af randomiserede og kontrollerede undersøgelser, der viser, at rehabilitering virker på områder som livskvalitet, funktionsevne, kondition, muskelstyrke og muskelkraft samt en række sygdomsspecifikke mål (24-26). Undersøgelserne er ofte gennemført med homogene forsøgsgrupper, hvor de personer, der har svær grad af en sygdom og som dermed kan være de svageste borgere, ikke er inkluderet i undersøgelserne.”

”I klinisk praksis er gruppen af personer, som tilbydes rehabilitering, en meget mere broget skare, der adskiller sig fra forsøgspersoner i kliniske undersøgelser på væsentlige faktorer som f.eks. alder, rygning, ernæringstilstand, BMI, motivation og skavanker i bevægeapparatet. Det er vigtige faktorer, der kan have indflydelse på, om man kan gennemføre rehabilitering, og om man kan få det ud af det, som forventes,” forklarer Bodil Bjørnshave Noe.

”Der er måske flere, som fortsat er rygere i klinisk praksis. Der er flere, som ikke møder op hver gang, de skal, og som ikke kan gennemføre træningen med den intensitet, varighed og hyppighed, der skal til for at opnå målelige resultater,” siger hun.

”Det handler altså om at målrette rehabiliteringen til den mangfoldighed af mennesker, som udgør klinisk praksis, og at evaluere effekten ved at måle udbytte på det, der er relevant for den gruppe af mennesker,” siger Bodil Bjørnshave Noe.

### Behov for mere viden

Og lige præcis det med at måle på udbyttet af rehabilitering er ifølge Bodil Bjørnshave Noe lettere sagt end gjort. Der er nemlig fortsat et stort behov for viden

om, hvordan vi bedst muligt evaluerer rehabilitering i daglig klinisk praksis.

”Vi skal vide mere om, hvad der virkelig batter i forhold til, at borgerne bliver motiverede, kommer til rehabilitering, gennemfører rehabilitering og derefter opretholder funktionsevnen og holder fast i de ændringer, de har arbejdet for under rehabiliteringen. Det er vigtigt at måle på de individuelle aspekter, da det er her, motivationen ligger, og effekten vil vise sig,” siger Bodil Bjørnshave Noe og peger på et nyere svensk studie.

”Her har forskerne anvendt deltagernes subjektive oplevelser af grad af forbedring i et studie, hvor de adresserer en række fysiske og kognitive parametre (25). Det er en måde at koble individuelle mål med valide test. Den type målinger anvendes også herhjemme, og det kan måske systematiseres yderligere, så vi kan opnå overblik og dokumentation for udbytte af rehabilitering generelt,” siger hun. ●





## REHABILITERING ITAL

- Ideelt set bør andelen af personer, som gennemfører rehabilitering, ligge på 90 pct., da der er solid evidens bag rehabilitering, og det derfor er nærliggende at satse på en høj gennemførselsprocent (24).
- For nuværende findes ikke en samlet opgørelse af danske rehabiliteringsdata, der kan give et retvisende billede af, hvor mange personer der på nationalt plan bliver tilbudt rehabilitering, hvor mange der takker ja, hvem der gennemfører og hvad de får ud af det.
- Opgørelser på rehabiliteringsdata kan i nogle tilfælde fås fra de enkelte kommuner.

I 2018 blev der i Danmark lavet 330.114 genoptræningsplaner til 'aktivitetstræning af fysisk funktion' (27). Da rehabilitering er andet og mere end genoptræning, giver genoptræningsplanerne ikke et retvisende billede. En genoptræningsplan laves efter en lægelig/terapeutisk vurdering ved udskrivning fra hospital og er borgerens adgangsbillet til kommunal genoptræning. Genoptræningsplanen siger ikke noget om, hvorvidt borgeren benytter sig af tilbuddet, og heller ikke hvad der kom ud af træningen.

**Kliniske databaser** indeholder rehabiliteringsdata fra hospitalerne, men da en stor del af rehabiliteringen foregår i kommunerne, giver det et skævt billede. Mange af årsrapporterne indeholder ikke rehabiliteringsdata.

Eksempler fra årsrapporter:

- Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom: På landsplan har 48 pct. af patienterne gennemført mindst halvdelen af det planlagte KOL-rehabiliteringsforløb på hospitalerne (28).
- Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase viser, at 46 pct. af alle patienter med iskæmisk hjertesygdom deltog i hjerterehabilitering (29).

Kilde: Bodil Bjørnshave Noe

### Referencer

- Møller SP, Laursen B, Johannesen CK og Schramm S. Multisygdom i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed 2019.
- Dansk Lungemedicinsk Selskab. KOL-Vejledning: <https://lungemedicin.dk/kol-vejledning/>. Revideret 17-11-2017. Besøgt 03-09-2021.
- Sundhedsdatastyrelsen. Borgere med KOL – kontaktføring i sundhedsvæsenet og medicinforbrug. København: Sundhedsdatastyrelsen 2016.
- Bjørnshave Noe B, Bjerrum M, Angel S. The influence of clarification and threats on life situation: patients' experiences 1 year after TSCI. *Spinal Cord Ser Cases*. 2017 Apr 6;3:17006.
- WHO og Sundhedsstyrelsen. ICF - International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbreds-tilstand. København: Munksgaard 2003.
- WHO. How to Use the ICF. A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva 2013: WHO.
- Kirkevoild M. Sygeplejerskens roller og funktioner i rehabiliteringsprocessen, kapitel 8. I: Angel S, Aadal L (red). Rehabiliterende sygepleje fra begreb til klinisk praksis. Munksgaard 2014.
- Marselisborgcenteret. Definitioner af rehabilitering. Tilgængelig på: <https://www.marselisborgcentret.dk/viden-om-rehabilitering/definitioner-af-rehabilitering/>. Besøgt 02-09-2021.
- Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcenteret. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcenteret 2004.
- Smorauski GA, Husted MR, Hansen LV og Noe BB. Lyt til borgere med svær KOL og deres pårørende. *Fag & Forskning* 2021;(2):24-33.
- Angel S. Rehabiliterende sygepleje, kapitel 4. I: Angel S, Aadal L (red). Rehabiliterende sygepleje fra begreb til klinisk praksis. Munksgaard 2014.
- Bjørnshave Noe B, Angel S, Bjerrum M. The ICF model as a practical tool to facilitate holistic communication with individuals during their rehabilitation: A qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research*. 14. august 2021;205715852110157.
- Det Etsiske Råd. Hvad er sygdom? Kolding og København: Det Etsiske Råd 2016.
- Noe BB, Bjerrum M, Angel S. Expectations, Worries and Wishes: The Challenges of Returning to Home after Initial Hospital Rehabilitation for Traumatic Spinal Cord Injury. *Int J Phys Med Rehabil* 2014;2:5.
- Bjørnshave Noe B, Mikkelsen EM, Hansen RM, Thygesen M, Hagen EM. Incidence of traumatic spinal cord injury in Denmark, 1990-2012: a hospital-based study. *Spinal Cord*. 2015 Jun;53(6):436-40.
- Sundhed.dk. Funktionsevnevurdering og ICF. Tilgængelig på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne/funktionsevne-vurdering-og-icf/>. Sidst opdateret 19-08-2019. Besøgt 13-09-2021.
- Post MW, van Leeuwen CM. Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. *Spinal Cord*. 2012 May;50(5):382-9.
- Geyh S, Müller R, Peter C, Bickenbach JE, Post MW, Stucki G, Cieza A. Capturing the psychologic-personal perspective in spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011 Nov;90(11 Suppl 2):S79-96.
- Cieza A, Kirchberger J, Biering-Sørensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post MW, Campbell R, Kovindha A, Ring H, Sinnott A, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal Cord*. 2010 Apr;48(4):305-12.
- Stucki A, Stoll T, Cieza A, Weigl M, Giardini A, Wever D, et al. ICF Core Sets for obstructive pulmonary diseases. *J Rehabil Med*. juli 2004;(44 Suppl):114-20.
- Bjørnshave B, Korsgaard J, Nielsen CV. Does pulmonary rehabilitation work in clinical practice? A review on selection and dropout in randomized controlled trials on pulmonary rehabilitation. *Clin Epidemiol*. 9. august 2010;2:73-83.
- Bjørnshave B, Korsgaard J, Jensen C, Vinther Nielsen C. Participation in pulmonary rehabilitation in routine clinical practice. *Clin Respir J*. 2011 Oct;5(4):235-44.
- Bjørnshave B, Korsgaard J, Jensen C, Nielsen CV. Pulmonary rehabilitation in clinical routine: a follow-up study. *J Rehabil Med*. 2013 Sep;45(9):916-23.
- McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 23;(2):CD003793.
- Bunketorp-Käll L, Lundgren-Nilsson Å, Samuelsson H, Pekny T, Blomvä K, Pekna M, Pekny M, Blomstrand C, Nilsson M. Long-Term Improvements After Multimodal Rehabilitation in Late Phase After Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Stroke*. 2017 Jul;48(7):1916-24.
- Momsen AH, Ørtenblad L, Maribo T. Effective rehabilitation interventions and participation among people with multiple sclerosis: an overview of reviews. *Ann Phys Rehabil Med*. 2021 Apr 30;101529.
- Sundhed.dk. Alle genoptræningsydelse. Tilgængelig på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne/funktionsevne-vurdering-og-icf/>. Tilgæ- et 13-09-2021.
- Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - DrKOL Årsrapport for 2020 - 1. januar til 31. december 2020. Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom 2020.
- Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) Årsrapport 2019. 1. juni 2019 - 31. maj 2020. Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (rkkp) og Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase 2020.



# The Journal Club

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

## DENNE GANG KAN DU LÆSE OM

**Unge:** Trivslen for op mod hver fjerde gymnasieelev kunne være bedre, og de psykiske problemer færre, viser studie.

**Arbejdsmiljø:** Ansattes oplevelse af standardiseringer og målstyring reducerer deres oplevelse af indflydelse på dagligdagen.

**Skam:** Patienter med KOL oplever ofte skam over sig selv ved at bringe sygdommen ind i deres liv pga. rygning.

## VIL DIN JOURNAL CLUB BIDRAGE?

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

# Dårlig skoletrivsel i gymnasier

*Unge. Næsten 30.000 elever er blevet spurgt til fire former for dårlig trivsel i gymnasiet. Svarene peger på, at trivslen kunne være bedre og de psykiske problemer færre.*



Santini ZI, Pisinger VSC, Nielsen L, Madsen KR, Nelausen MK, Koyanagi A, Koushede V, Roffey S, Thygesen LC, Meilstrup C (2021). **Social Disconnectedness, Loneliness, and Mental Health Among Adolescents in Danish High Schools: A Nationwide Cross-Sectional Study.** Frontiers in Behavioral Neuroscience 15 (51). DOI=10.3389/fnbeh.2021.632906

Op mod hver fjerde gymnasieelev trives dårligt socialt i gymnasiet, og det kan få alvorlige konsekvenser for deres psykiske helbred.

Dette er konklusionen bag et studie, som forskere fra Statens Institut for Folkesundhed står bag, og som trækker på data fra UNG19-undersøgelsen før corona-krisen, hvilket i sig selv er et interessant sideperspektiv.

Studiet består af data fra 29.086 gymnasieelever.

De 29.086 elever er blevet spurgt ind til fire former for dårlig skoletrivsel: 1) oplevelsen af at kunne få hjælp og støtte fra klassekammerater, 2) oplevelsen af at kunne få hjælp og støtte fra lærere, 3) om der er et godt sammenhold i deres klasse, og 4) om de føler sig som en del af det sociale fællesskab på deres skole.

Studier indikerer, at 27,5 pct. af danske gymnasieelever oplever mindst en af de fire former for dårlig social skoletrivsel og dermed er i markant højere risiko for at have psykiske problemer sammenlignet med elever, der ikke har dårlig skoletrivsel.

Ydermere viser studiet, at risikoen for psykiske problemer øges for hver ekstra form for dårlig skoletrivsel, som eleverne oplever. Altså, har eleverne bare én af de fire former for dårlig skoletrivsel, har de dobbelt så høje odds for psykiske problemer, og har de alle fire former – ja, så er risikoen faktisk fire gange så høj!

De psykiske problemer omfatter alt fra depression, angst, selvskadende adfærd, selvmordstanker, dårligt selvværd, negativt kropsbillede til søvnproblemer.

Som altid er der den begrænsning med tværsnitstudier, at man ikke kan pege på en egentlig årsags-sammenhæng. Dårlig skoletrivsel og psykiske problemer er målt på samme tid, hvorfor det ikke kan udelukkes, at det er de psykiske problemer, der leder til dårlig skoletrivsel.

Uanset, er der her publiceret et omfattende studie med mange, mange data, som understøtter en allerede eksisterende evidensbase i vigtigheden i at fremme og understøtte den sociale tilknytning og trivsel i skolen for at forhindre og forebygge ensomhed, hvilket igen kan fremme den mentale sundhed og velvære blandt unge mennesker og dermed forebygge psykiske problemer. ●

Sasja Jul Håkonsen, sygeplejerske, cand.cur., phd., Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogrammes Videncenter – Ressourcer & Innovation.



# Oplevelsen af manglende kvalitet i arbejdet fører til afmagt

*Arbejdsmiljø. Når it-systemer og rigide arbejdsgange udfordrer, tyer ansatte til alternative løsninger, f.eks. workarounds, hvor de udfører opgaver på en anden måde end foreskrevet.*



Malene Friis Andersen, Jeppe Ajslev, Lene Tanggaard & Peter Aske Svendsen.

**Skakmat – kan prisen for indflydelse blive for stor? – Skyggearbejde og workarounds blandt ansatte i psykiatrien.**  
Tidsskrift for Arbejdsliv, 2020 22 årg. Nr. 3 side 9-24.

Interview med 41 fagprofessionelle inden for den ambulante psykiatri viser, at de ansattes forsøg på at øge indflydelsen på kvaliteten har omkostninger i form af øget arbejdspress. Det har også omkostninger at løse opgaverne i modstrid med deres professionelle dømmekraft. Uanset om de følger krav om dokumentation og et bestemt antal samtaler, eller om de udfører skyggearbejde og workarounds, er der en pris at betale. Artiklen efterlader indtryk af et behov for en gennemgribende undersøgelse af arbejdsmiljøet i den ambulante psykiatri.

## En væsentlig faktor

Ansattes indflydelse på eget arbejde er en væsentlig faktor i det psykosociale arbejdsmiljø. Det er imidlertid også afgørende, at indflydelsen har afsæt i ansattes professionelle dømmekraft. Artiklen undersøger om styringen og digitaliseringen af offentlige organisationer reducerer ansattes indflydelse og mulighed for at løse opgaver med afsæt i deres professionelle skøn. Lav indflydelse kan lede til usynligt arbejde og skyggearbejde samt workarounds, hvor ansatte udfører opgaver på en anden måde end foreskrevet.

## Sat skakmat

De ansatte fandt, at der var stor skepsis omkring et arbejde reguleret af behandlingspakker, hvor særligt behov for flere tider end foreskrevet giver problemer. Selvom de ansatte har indflydelse på, hvilke opgaver de nedprioriterer, kan oplevelsen af manglende kvalitet i arbejdet føre til afmagtsfølelse og oplevelse af at være skakmat. Anvendelsen af elektroniske patientjournaler kan udfor-

dre, når unødvendige oplysninger efterspørges, og mere relevante oplysninger kan være vanskelige at indtaste. Det fører til alternative løsninger kaldet workarounds. De ansatte udtrykker dårlige erfaringer med at få beslutningstagere i tale om deres dilemma i arbejdet.

## Skyggearbejde forekommer

Anden forskning viser lignende eksempler på alternative løsninger, når it-systemer og rigide arbejdsgange udfordrer.

Studiet har nye fund: følelsesmæssige belastninger og andre arbejdsmiljøproblemer samt en udvidelse af begrebet usynligt arbejde til også at omfatte skyggearbejde, hvor ansatte søger at dække over nødvendige arbejdsopgaver.

Artiklen viser dermed, at standardisering og målstyring reducerer ansattes oplevelse af indflydelse i en sådan grad, at de må gå på kompromis med deres professionelle dømmekraft. Det afkræver stillingtagen fra beslutningstagere, som imidlertid også må tage stilling til, om der er de nødvendige ressourcer til at varetage opgaverne. ●

*Hanne Kristiansen, arbejdsmiljøkoordinator, Psykiatrisk Afdeling Esbjerg, Administrationen, og Jens Peter Hansen, forskningspsygeplejerske, ph.d., psykiatrisk afdeling, Esbjerg.*

Lyt til *Sygeplejersken* podcast no. 12 – Skyggearbejde i psykiatrien og læs anmeldelsen af podcasten i *Sygeplejersken* 2021; (10):43.

# Skyld og skam i den sene fase af kronisk obstruktiv lungesygdom

*Skam. 12 patienter med KOL i den sene fase oplevede, at sygdommen definerede deres værdi som mennesker, og det fik dem til at føle sig sårbare og socialt isolerede. De var i tvivl, om de var værdige til at modtage pleje og trøst fra sundhedspersonale og familie og venner.*



Jerpseth H, Knutsen IR,  
Jensen KT, Halvorsen K.  
Mirror of Shame:

**Patients Experiences of  
Late-Stage COPD.**

**A Qualitative Study.**

Journal of Clinical  
Nursing 30, nr. 19-20  
(2021): 2854-62.

DOI: 10.1111/  
jocn.15792

**Introduktion.** Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er et voksende og stort sundhedsproblem på verdensplan, og det anslås, at sygdommen er til stede hos omkring 11,8 pct. af mænd og 8,5 pct. af kvinder. De mest almindelige symptomer er vejrtrækningsproblemer, udmattelse og smerte forstærket af komorbiditet og psykisk lidelse. Patienter med KOL oplever ofte skam over selv at bringe sygdommen ind i deres liv på grund af rygning. Denne undersøgelse har til formål at belyse patienter med sen KOL og deres oplevelser af skam.

**Metode.** Undersøgelsen har et kvalitativt (hermeneutisk og fænomenologisk) design. 12 patienter med KOL i den sene fase blev interviewet. De havde tidligere være indlagt og var mindst 63 år og uden kognitive begrænsninger. Dataene blev analyseret ved hjælp af Kvale og Brinkmanns tre fortolkningskontekster. Punkterne fra COREQ -tjeklisten blev anvendt for at sikre refleksivitet under forskningsprocessen.

**Resultater.** Tre hovedtemaer blev defineret: 1) kroppen som et spejl af skam, 2) en følelse af at være uværdig, usynlig og magtesløs og 3) at det er for svært at dele byrden. Deltagerne oplevede, at sygdommen definerede deres værdi som mennesker, og det fik dem til at føle sig sårbare, skamfulde og socialt isolerede.

**Diskussion.** Sygeplejerskerne, som er i kontinuerlig kontakt med patienterne, har mulighed for at spørge ind til disse følelser for at imødekomme patienternes behov for

pleje. Sygeplejerskerne har en forpligtelse til at spørge patienter om deres følelser og møde dem med empati og respekt. Desuden er det nødvendigt at have tværfaglige fora i klinisk praksis, hvor sundhedspersonale reflekterer, diskuterer og udfordrer sig selv og deres holdninger til patienter med såkaldte selvforskyldte sygdomme.

**Konsekvenser for praksis.** Indsigten i, hvordan patienter med sen KOL oplever følelsen af at være uværdige til at modtage pleje fra sundhedspersonale, familie og venner kan øge sygeplejerskens opmærksomhed på invitationen til at tale om dette. Derved styrkes sygeplejerskers empati i mødet med patienter med sen KOL, og de kan sikre en pleje, der harmonerer med patienternes behov og interesser.

**Kommentar.** Deltagerne syntes at have internaliseret det moderne samfunds moralske normer og forståelse af, at sygdommen, og især en selvforårsaget sygdom, er en personlig svaghed.

Flere af forskernes spørgsmål fra interviewguiden (Tabel 2 i artiklen) vil kunne guide den mindre erfarne sygeplejerske i samtale med patienten. F.eks.: ”Hvad synes du om din egen sygdom?” eller ”Hvordan oplever du, at andre mennesker reagerer, når du fortæller dem, at du har KOL?” ●

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

## URINVEJSINFEKTION HOS PATIENTER MED HOFTEBRUD

**BAGGRUND.** Urinvejsinfektioner (UVI) er en hyppigt forekommende komplikation hos patienter med hoftebrud. 'Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud' anbefaler tidlig og systematisk mobilisering efter operation og at man undlader brug af permanente katetre perioperativt.

**FORMÅL MED STUDIET.** var at beskrive antallet af patienter, som modtog sygepleje for at forebygge UVI i overensstemmelse med anbefalingerne fra 'Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud.' Formålet var specifikt at rapportere antallet af patienter, der udviklede UVI under indlæggelse, fik fjernet permanente katetre og blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation.

**METODE.** Studiet var prospektivt, det omfattede 65 patienter og blev udført mellem oktober 2015 og december 2016. Der blev indsamlet data om mobilisering og kateterbrug på et skema udviklet til dette studie. Der blev indsamlet urinprøver ved indlæggelse og udskrivelse ved brug af steril intermitterende kateterisation. Urinprøverne blev sendt til analyse på det mikrobiologiske laboratorium. En urinprøve var positiv for UVI, hvis testen viste, at der var  $10^4$  CFU/ml (100.000) bakterier.

# Urinvejsinfektion hos patienter med hoftebrud

### Urinvejsinfektion.

UVI er en alvorlig trussel mod patientens rehabilitering pga. risiko for udvikling af delir samt øget dødelighed. Derfor er det væsentlig at vide, om referenceprogram for patienter med hoftebrud bliver efterlevet i praksis.



**RESULTATER.** I alt fem patienter pådrog sig nosokomial UVI under deres hospitalsophold (7,7 pct.), mens 29,2 pct havde en positiv urindyrkning ved indlæggelse og blev behandlet for UVI. Ved udskrivelse havde 20 pct. af patienterne en positiv urinprøve, men ingen symptomer. Postoperativt blev 52,3 pct. af patienterne mobiliseret inden for 24 timer. Relevans for klinisk praksis. Udvikling af et program kræver involvering, når patienternes perspektiver skal integreres for at sikre patientcentring.

**HOVEDKONKLUSION.** Incidensen af nosokomielle UVI svarede til det, der er fundet i andre studier (95 pct. [CI]: 0,03-0,17)). Andelen af patienter med nosokomielle UVI var 7,7 pct. Sygepleje relateret til kateterisation eller intermitterende kateterisation i hygiejnemæssig henseende var i overensstemmelse med de danske nationale kliniske retningslinjer, og 52,3 pct. af patienterne blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation, hvilket viste, at der var lav overholdelse af retningslinjerne.



**INGERLISE RØNFELDT**  
Sygeplejerske 1999, RN, Sundhedsfaglig diplomuddannelse i Sundhedsformidling og klinisk uddannelse 2010. Cand.scient. i klinisk videnskab og teknologi 2018. Sygeplejerske med særlig klinisk funktion for udvikling og undervisning, Ortopædkirurgisk afsnit, Farsø, Aalborg Universitetshospital.



**LIS KJÆR LARSEN**  
Sygeplejerske 1984, RN, diplom i sundhedsfag 2007, NLP Practitioner 2011, master i klinisk sygepleje 2015, Sygeplejerske med særlig klinisk funktion for udvikling og undervisning, Ortopædkirurgisk afsnit, Hjørring, Aalborg Universitetshospital.



**PREBEN ULRICH PEDERSEN**  
Sygeplejerske og professor, ph.d., på klinisk institut og Center for Kliniske Retningslinjer på Aalborg Universitet. Forsker i områder, der er fundamentale for sundhed og velvære herunder betydningen af mundhygiejne.

intro@rn.dk

#### Etisk godkendelse

Studiet blev godkendt af Den Videnskabetiske Komité for Region Nordjylland (anmeldelsesnummer 48.712). Patienterne fik information om studiet både skriftligt og mundtligt, og patienterne gav skriftligt informeret samtykke.

#### Erklæring om interessekonflikt

Der var ingen interessekonflikter for nogen af forfatterne til dette manuskript.

#### Finansiering

Spar Nord-Fonden støttede studiet økonomisk. Sponsoren havde ingen indflydelse på studiet og medvirkede ikke i det.

#### Tak

Forfatterne takker de patienter med hoftebrud, som deltog i studiet, og plejepersonalet på de ortopædkirurgiske afdelinger på Aalborg Universitetshospital i Farsø og Hjørring. Vi sender hermed en stor tak til Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, som venligst gav supervisor- og undervisningsstøtte.

## I

### Introduktion

Med det stigende antal svagelige, ældre mennesker i hele verden er antallet af ældre, der pådrager sig et hoftebrud, også steget. Ud over at have alvorlige følger for den enkelte borger er hoftebrud også forbundet med

væsentlige sundhedsudgifter. I Danmark, som har omkring 5,5 mio. indbyggere, pådrager 6.000–7.000 personer sig et hoftebrud hvert år, og antallet har været stigende i det seneste årti. Patienter i alderen 65 år og derover med hoftebrud har en 1-års mortalitet i intervallet 14–36 pct.

Urinvejsinfektion efter hoftebrud er en alvorlig trussel mod en patients rehabilitering, fordi UVI





betragtes som en væsentlig risikofaktor for udvikling af delir og derved forlænger hospitalsopholdet med gennemsnitligt 2,5 dage og kan øge dødeligheden (1). Prævalensen af UVI efter et hoftebrud er rapporteret i intervallet 8-52 pct.

Der er på dette område udarbejdet en national anbefaling med henblik på at øge plejekvaliteten. Evidensbaseret pleje kan reducere risikoen for komplikationer, reducere omkostninger og give patienterne de bedste muligheder for at komme tilbage til deres sædvanlige tilstand. Disse mål opnås imidlertid kun, hvis sundhedspersonalet overholder retningslinjerne.

For at forebygge UVI anbefaler referenceprogrammet for patienter med hoftebrud tidlig og systematisk mobilisering inden for 24 timer efter operation og at man undlader brug af permanente katetre. Hvis der anlægges et permanent kateter, angiver retningslinjen, at det skal fjernes inden for 24 timer efter operation (2).

Retningslinjerne, der blev offentliggjort i 2008, er implementeret på landsplan på ortopædkirurgiske afdelinger i Danmark.

### Opmærksomhed på hospitals- erhvervede infektioner

I de seneste årtier har der været meget opmærksomhed omkring hospitalserhvervede infektioner (HAI), fordi de fører til højere dødelighed, længere indlæggelse og øget brug af ressourcer til sygepleje. Den Europæiske Union har estimeret, at der opstår omkring 2,6 mio. nye HAI-tilfælde hvert år (3). Det udgør en udfordring for sundhedssystemerne at implementere initiativer, der kan reducere HAI og brugen af antibiotika, og som indebærer, at patienterne kan tilbydes sikker og omkostnings-effektiv pleje af høj kvalitet (4). Nogle studier har imidlertid vist, at implementering og brug af kliniske retningslinjer ikke fører til den ønskede kvalitetsforbedring. I Europa og USA er der i studier fundet en variation hos patienter, der modtog den relevante evidensbaserede pleje, idet nogle af patienterne også modtog unødvendig eller endda skadelig pleje (8).

### Hovedårsag til nosokomial infektion

Ikke-diagnosticerede UVI i den kognitivt svækkede ældre del af befolkningen er en risikofaktor for fald. UVI er hovedårsagen til nosokomial infektion og bliver ofte diagnosticeret hos patienter, der indlægges på hospital med hoftebrud (7). Incidensen af UVI hos patienter med hoftebrud er rapporteret i intervallet 8-52 pct. under deres hospitalsophold. UVI er forbundet med øget varighed af hospitalsopholdet og dårlige funktionsmæssige resultater og er ofte forårsaget af brug af permanente katetre.

Derfor er den væsentligste forebyggende foranstaltning at reducere brugen og varigheden af brugen af permanente urinkatetre (13).

I et stort retrospektivt kohortestudie med 35.904 patienter blev det vist, at permanente katetre, der forblev anlagt i mere end to dage postoperativt, var en signifikant prædikator for tid indtil UVI og øgede risikoen for udvikling af en UVI (hazard ratio: 1,21; 95 pct. konfidensinterval [CI]: 1,04-1,41; (10).

### Indikator for sygeplejens kvalitet

Litteraturgennemgang har vist, at hyppigheden af urinvejsinfektion var lavere hos patienter, som fik foretaget planlagt intermitterende kateterisation umiddelbart efter operation eller fik fjernet kateter morgenen efter operationen (3). UVI-incidensen kan bruges som indikator for sygeplejens kvalitet. Derfor er det vigtigt at identificere antallet af patienter, som har UVI ved indlæggelse, incidensen af UVI under indlæggelse samt at undersøge, om sygeplejersker følger instrukser i forhold til patienter, der udvikler UVI under indlæggelsen.

Hälleberg Nyman et al. fandt, at ud af de 86 patienter, der havde fået anlagt permanent kateter i henhold til den ortopædkirurgiske afdelings generelle retningslinjer, pådrog 52,3 pct. sig nosokomial UVI (12). Bandara et al. anbefalede fjernelse af permanente urinvejskatetre inden for 48 timer, fordi den estimerede risiko for en UVI steg med 5-10 pct. pr. dag efter de første 48 timer med kateter (13).

Internationalt defineres UVI hos en patient med symptomer, en positiv urindyrkning  $> 10^5$  CFU/ml (1.000.000) og en positiv urinstix for leukocyttesterase og/eller nitrat (14). I Danmark er definitionen imidlertid  $10^4$  CFU/ml (100.000) urin. UVI verificeres vha. mikrobiologiske analyser af urin i intervallet fra  $10^5$  CFU/ml urin til  $10^8$  CFU/ml (1.000.000.000) urin, hvilket komplicerer muligheden for sammenligning (14). Når incidensen af UVI under et hospitalsophold bruges som kvalitetsindikator, er det nødvendigt at kende antallet af patienter, som allerede havde UVI ved indlæggelse.

### Vigtigt at kende incidensen

Mange studier rapporterer antallet af patienter, der blev behandlet for UVI under deres hospitalsophold, men disse antal svarer ikke til antallet af patienter, der pådrog sig en UVI under deres hospitalsophold. Der findes kun sparsom information om, hvor mange patienter der har UVI ved indlæggelse, og hvor mange der udvikler UVI under deres hospitalsophold. For at implementere de relevante kvalitetsforbedrende foranstaltninger til forebyggelse af UVI og vurdere virkningen af initiativer er det vigtigt at kende incidensen af UVI (19).

En anden faktor, der kan reducere UVI hos patienter efter operation for hoftebrud, er tidlig mobilisering. Dette er baseret på evidens for, at immobilisering øger risikoen for UVI, postoperative tryksår, pneumoni, trombose, forlænget hospitalsophold og øget mortalitet (13). Tidlig mobilisering er også en grundlæggende anbefaling i forbindelse med genoptræning (1). Plejepersonalet bør tilskynde patienterne til mobilisering og egenomsorg hurtigst muligt efter operation.

### Tidlig mobilisering forebygger

Den danske nationale kliniske retningslinje for patienter med hoftebrud angiver, at UVI forebygges gennem tidlig mobilisering inden for 24 timer efter operation, hvilket defineres som at hjælpe patienten til at skifte fra at opholde sig i sengen til at stå op/gå eller hvile i en stol (17). I Region Nordjylland kræver protokollen primært en blærescanning til bestemmelse af residualurin efter vandladning samt, om nødvendigt, brug af intermitterende kateterisation i tilfælde af et urinvolumen på 400 ml. Hvis der er behov for urinvejskatetre, anbefales det, at de fjernes hurtigst muligt, fortrinsvis inden for 24 timer efter anlæggelse, og at der bør bruges engangskatetre for at minimere infektionsrisikoen (2). Personalets grad af overholdelse af de nationale kliniske retningslinjer er uklar. Der er derfor behov for oplysninger om hyppigheden af UVI, tiden indtil første mobilisering og brugen af urinkatetre som indikatorer for personalets overholdelse af de nationale anbefalinger.

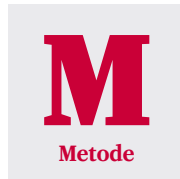
### Anbefalinger i referenceprogram

Referenceprogram for patienter med hoftebrud anbefaler brug af regional anæstesi under operation (2). Dette reducerer postoperativ forekomst af kvalme og opkastning m.m., hvilket kan have betydning for patienternes evne til at kunne mobiliseres tidligt efter operationen. Referenceprogrammet anbefaler desuden, at patienter med hoftebrud opereres inden for 24 timer. Formålet med denne anbefaling er at minimere fastetiden, eftersom reduceret fødeindtagelse perioperativt reducerer muskelstyrken, hæmmer sårhelingen og har negativ indvirkning på immunsystemet (2). Alt dette kan være en medvirkende årsag til at hindre tidlig mobilisering efter operation.

### Studiets formål

Studiets formål var at beskrive antallet af patienter, der modtog sygepleje for at forebygge UVI i overensstemmelse med anbefalingerne fra referenceprogram for Patienter med Hoftebrud og desuden at rapportere antallet af patienter,

som udviklede UVI under indlæggelse, og om den enkelte patient blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation.



Studiet blev udført fra oktober 2015 til december 2016 på to ortopædkirurgiske afdelinger på Aalborg Universitetshospital i Farsø og Hjørring. I rekrutteringsperioden modtog de to afdelinger 447 patienter med

hoftebrud, herunder 307 kvindelige patienter og 140 mandlige patienter. Gennemsnitsalderen var 82,23 år (aldersintervallet var 45-100). Ud af disse 447 patienter blev kun 65 allokeret til studiet grundet tekniske og etiske vanskeligheder med inklusion. Nogle af patienterne blev opereret øjeblikkeligt, og andre var i en forvirret tilstand pga. smerter eller sygdomstilstande, der gjorde det vanskeligt at indhente oplysninger eller informeret samtykke til deltagelse i studiet. Desuden rapporterede personalet, at det var for tidskrævende at informere patienterne om studiet og benytte intermitterende kateterisation ved indlæggelse og udskrivelse. Intentionen var, at personalet skulle notere, hvorfor patienter ikke blev inkluderet. Denne procedure blev dog kun brugt for nogle af patienterne. Så vidt vides, er dette det første studie til undersøgelse af incidensen af UVI med brug af steril intermitterende kateterisation både ved indlæggelse og udskrivelse.

### Design

Der blev benyttet et deskriptivt prospektivt design. Der blev indsamlet urinprøver ved indlæggelse og udskrivelse. Data om den enkelte patients mobilisering blev hentet fra sygeplejeturnalen.

### Deltagere

Inklusionskriterierne var patienter over 18 år, som blev indlagt til operation for intrakapsulære eller ekstrakapsulære hoftebrud. Eksklusionskriterierne var patienter, der blev overført til andre afdelinger end de ortopædkirurgiske afdelinger, og som var diagnosticeret med demens, var ude af stand til at tale eller forstå dansk, patienter med permanent urinvejskateter eller patienter, som allerede var i behandling med antibiotika ved indlæggelse.

### Dataindsamling

Demografiske data, herunder alder og køn, data om brudtype, diagnosticerede komorbiditeter, anæsthesiform og ventetid på operation blev indsamlet fra patientjournalerne. Data om plejeforløbet, herunder tidspunkt for den første mobilisering efter operation, antallet og varighed af brugen af







intermitterende kateterisationer samt fjernelse af urinvejskatetre blev registreret på et skema i hver vagt (dag, aften og nat). Den enkelte patient blev mobiliseret enten selvstændigt eller blev hjulpet ud af sengen til en stående eller gående position. Der blev indsamlet urinprøver fra samtlige patienter ved indlæggelse og udskrivelse ved brug af steril intermitterende kateterisation med aseptisk teknik i henhold til hospitalets instruks (18).

Urinprøverne ved indlæggelse skulle indsamles inden for otte timer efter indlæggelse på akutmodtagelsen, da en påvist infektion ellers ville kunne fremstå som nosokomial infektion. Definitionen fra Centers for Disease Control (19), her tilpasset danske forhold ( $10^4$  CFU/ml/ 100.000), blev brugt som definition på UVI, hvis patienten desuden havde symptomer. Til diagnosticering af UVI blev urinprøverne sendt til mikrobiologisk analyse. Hvis en

patient udviklede symptomer såsom smerter ved vandladning, hyppig vandladning, ømhed i forbindelse med vandladning, stærk vandladningstrang eller feber under indlæggelse, blev der fremsendt en ny urinprøve.

#### Statistisk analyse

Data blev behandlet i statistikprogrammet SPSS, version 23. For normale og normalt skalerede data blev der gennemført en chi-square-test. Data som hyppigheder blev angivet med et 95 pct. konfidensinterval (CI). Til risikoberegning blev data dikotomiseret, og odds ratio blev beregnet med et 95 pct. CI. Signifikansniveauet blev fastsat til 0,05.

# R

Resultater

Studiet omfattede 65 hoftebrudspatienter. Tabel 1 viser de demografiske data, brudtyper og anæstesiformer. Fem patienter (7,7 pct.), alle kvinder, udviklede UVI under deres hospitalsophold, se Tabel 2, og

blev behandlet med antibiotika. Ingen af disse patienter havde permanent kateter. Ved udskrivelse havde 13 patienter (20 pct.) UVI. 13 patienter fik anlagt permanent kateter under deres hospitalsophold. Fire patienter fik fjernet deres permanente kateter inden for 24 timer efter anlæggelsen (gennemsnitligt 14,75 t.), og ni patienter havde permanent kateter i mere end 24 timer (gennemsnitligt 93,11 t.). Ingen af patienterne med permanent kateter pådrog sig UVI under deres hospitalsophold. Der blev hos 55,5 pct. af patienterne ikke foretaget intermitterende kateterisation under deres hospitalsophold, bortset fra de to gange, der indgik i studiet, dvs. ved indlæggelse og udskrivelse. De øvrige patienter fik foretaget intermitterende kateterisation mellem 2 og 23 gange under deres indlæggelse.

Kilden til de nosokomielle UVI var uvis. I to af urinprøverne blev bakterien identificeret som *Escherichia coli* ( $10^3$  CFU/ml (10.000) og  $10^5$  CFU/ml (1.000.000)). To patienter blev behandlet for UVI baseret på symptomer og en positiv urinstix. Én patient blev behandlet med antibiotika baseret på en positiv urinstix uden urindyrkning. Fire patienter ønskede ikke at få foretaget intermitterende kateterisation ved udskrivelse. De udviste ikke nogen UVI-symptomer og afviste at deltage yderligere.

Andelen af patienter, som var i spinalanæstesi, var 57 pct og 43 pct. var i generel anæstesi, se Tabel 3. Andelen af patienter, som havde intrakapsulære brud, var 44 pct., og 56 pct. havde ekstrakapsulære brud, se Tabel 3. Der blev ikke fundet nogen væsentlige forskelle i antallet af patienter, som udviklede UVI, i forhold til anæstesiformen eller brudtypen ( $p > 0,05$ ) (Tabel 3).

**Tabel 1.** Demografiske data og brudtyper, n = 65

Benyttet*International Classification of Diseases and Related Health.	
Kvinde	87,7 pct. (n = 57)
Mand	12,3 pct. (n = 8)
Aldersgennemsnit (Aldersinterval)	80,82 (SD 9,1) 55-96
Intrakapsulært	
Lårbenshalsbrud/collum femoris-brud *DS 720	44,6 pct.
Ekstrakapsulært	
Pertrokantært *DS 721	43,1 pct.
Intertrokantært *DS 721A	3,1 pct.
Trokantært *DS 721B	0 pct.
Subtrokantært *DS 722	9,2 pct.

**Tabel 2.** Antal patienter med UVI, mobilisering og indikation for diagnosticering af UVI. n = 65

Antal patienter med	
UVI ved indlæggelse	29,2 pct. (n = 19)
UVI under hospitalsophold	7,7 pct. (n = 5)
UVI ved udskrivning	20,0 pct. (n = 13)
Mobilisering < 24 timer postoperativt	52,3 pct. (n = 34)
Ventetid på operation, timer i gennemsnit (interval [timer])	20,14 (SD 13,7) 0-72
Indikationer for behandling for UVI under indlæggelse	
<i>Escherichia coli</i> $10^3$ (n = 1)	
<i>Escherichia coli</i> $10^5$ (n = 1)	
Symptomer (n = 2)	
Positiv urinstix for leukocytetase og/eller nitrat (n = 5)	

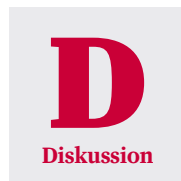
Definitioner: UVI = urinvejsinfektion, SD = standardafvigelse.

Patienterne havde mellem nul og tre typer diagnosticerede komorbiditeter. Der var 18 patienter uden komorbiditeter, 21 patienter med én type komorbiditet, 19 patienter med to typer komorbiditet og syv patienter med tre typer komorbiditet Tabel 3.

Postoperativt blev 52,3 pct. af patienterne mobiliseret inden for 24 timer efter operation, se Tabel 2. Samtlige patienter med UVI blev mobiliseret inden for 24 timer. Urin til dyrkning blev indsamlet ved ankomst fra 96,9 pct. af patienterne. Ved udskrivelse fik 83 pct. af patienterne undersøgt deres urin efter dyrkning.

Fire af patienterne med nosokomial UVI blev opereret efter at have fået anlagt spinalanæstesi, og én patient havde været i generel anæstesi. Den relative risiko for at udvikle UVI på de to deltagende afdelin-

ger var 0,1488, CI 0,026-0,033,  $p < 0,0001$ . Der blev ikke fundet nogen væsentlige forskelle i antallet af patienter, som udviklede UVI, i forhold til anæstesiformen eller brudtypen ( $p > 0,05$ ) eller for mobilisering inden for de første 24 timer i forhold til anæstesiformen eller brudtypen ( $p > 0,05$ ), se Tabel 3.



Fem patienter (7,7 pct.) udviklede UVI under deres hospitalsophold. Ingen af disse patienter havde permanent kateter. Postoperativt blev 52,3 pct. af patienterne mobiliseret inden for 24 timer efter

operation. Samtlige patienter med UVI blev mobiliseret inden for 24 timer. De fleste af patienterne i

**Tabel 3.** Antallet af patienter, der udviklede urinvejsinfektioner og blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation, i forhold til komorbiditeter, brudtype og anæstesiform

Komorbiditeter	Komorbiditeter i alt n = 65 (pct.) (95 pct. CI)	UVI Ja Antal patienter n (pct.) (95 pct. CI)	UVI Nej Antal patienter n (pct.) (95 pct. CI)	Mobilisering Ja antal patienter n (pct.) (95 pct. CI)	Mobilisering Nej antal patienter n (pct.) (95 pct. CI)
Malignitet	4 (6,2) (0,00-0,60)	0 (0) (0,00-0,60)	4 (100) (0,40-1,00)	2 (50) (0,07-0,93)	2 (50) (0,07-0,93)
Kongestivt hjertesvigt	32 (49,2) (0,00-0,16)	1 (3) (0,00-0,16)	31 (97) (0,84-0,99)	16 (50) (0,32-0,68)	16 (50) (0,32-0,68)
Moderat til svær kronisk nyresygdom	4 (6,2) (0,00-0,60)	0 (0) (0,00-0,60)	4 (100) (0,40-1,00)	2 (50) (0,07-0,93)	2 (50) (0,07-0,93)
Kronisk obstruktiv lungesygdom	9 (13,8) (0,00-0,34)	0 (0) (0,00-0,34)	9 (100) (0,66-1,00)	5 (56) (0,21-0,86)	4 (44) (0,14-0,79)
Cerebrovaskulær hændelse	5 (7,7) (0,00-0,52)	0 (0) (0,00-0,52)	5 (100) (0,48-1,00)	3 (60) (0,15-0,94)	2 (40) (0,05-0,85)
Mavesår	1 (1,5) (0,00-0,98)	0 (0) (0,00-0,98)	1 (100) (0,03-1,00)	1 (100) (0,03-1,00)	0 (0) (0,0-0,98)
Bindevævssygdom	8 (12,3) (0,00-0,53)	1 (13) (0,03-0,53)	7 (87) (0,47-0,99)	6 (75) (0,35-0,97)	2 (25) (0,03-0,65)
Perifer vaskulær sygdom	16 (4,6) (0,00-0,21)	0 (0) (0,00-0,21)	16 (100) (0,79-1,00)	14 (88) (0,62-0,98)	2 (12) (0,02-0,38)
Andre komorbiditeter	26 (40,0) (0,02-0,30)	3 (12) (0,02-0,30)	23 (88) (0,69-0,97)	9 (35) (0,17-0,55)	17 (65) (0,44-0,82)
<b>Anæstesi</b>					
Generel anæstesi	28 (43) (0,31-0,56)	1* (0,03-0,18)	27* (0,81-0,95)	14**(50) (0,30-0,69)	14**(50) (0,30-0,69)
Regional anæstesi	36 (57) (0,43-0,68)	4* (0,11-0,26)	32* (0,73-0,96)	20** (0,30-0,72)	16** (0,27-0,61)
<b>Brudtyper</b>					
Intrakapsulært	29 (44) (0,32-0,57)	1*(3) (0,00-0,17)	28*(97) (0,82-0,99)	12**(41) (0,23-0,61)	17**(59) (0,38-0,76)
Ekstrakapsulært	36 (56) (0,42-0,67)	4*(11) (0,03-0,26)	32*(88) (0,73-0,96)	22**(61) (0,43-0,76)	14**(39) (0,23-0,56)

\*/\*\*  $p > 0,05$ ,  $\chi^2$ -test



studiet var kvinder, hvilket stemmer overens med, at hoftebrud forekommer oftere hos kvinder. Fem patienter, alle kvinder, fik diagnosticeret en positiv urindyrkning under deres hospitalsindlæggelse.

Studier med brug af standarderne fra Centers for Disease Control har vist, at 8-52 pct. af patienter med hoftebrud havde en diagnosticeret UVI under deres hospitalsophold (20). Det danske kriterium for UVI er imidlertid  $10^4$  CFU/ml, hvorimod de nævnte andre studier brugte kriteriet  $10^5$  CFU/ml. Vi identificerede et lavt antal patienter med udvikling af UVI, selvom vi brugte den danske definition på UVI og ikke den internationale definition, hvor afskæringspunktet er  $10^5$  CFU/ml.

I Referenceprogram for patienter med hoftebrud anbefales spinalanæstesi (2). Der blev anlagt spinalanæstesi hos 55,4 pct. af patienterne. Det

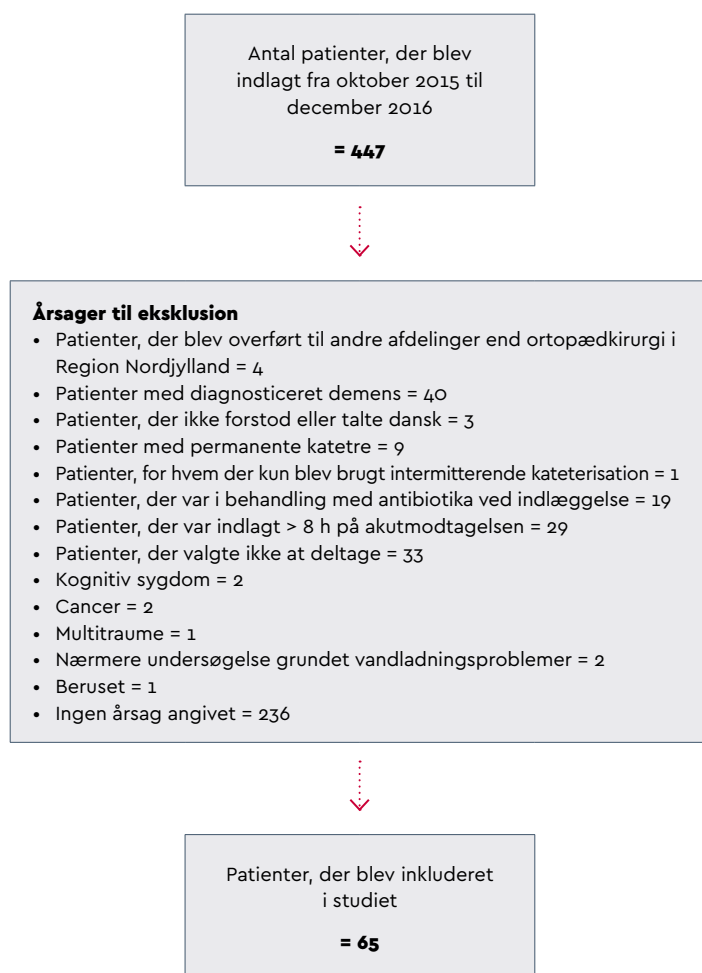
blev i dette studie ikke undersøgt, om den enkelte patients almentilstand havde betydning for valget af anæstesi. Det faktum, at en patient opereres efter at have fået anlagt spinalanæstesi, er vigtigt i relation til kvalme og opkastning, og det bør om muligt undersøges, om disse faktorer påvirker patientens evne til tidlig mobilisering og den hjælp, der ydes til patienten omkring tidlig mobilisering. Der er behov for en fremtidig vurdering af, om antallet af patienter med hoftebrud, der opereres i generel anæstesi (43,1 pct. i dette studie), kan reduceres yderligere.

Ventetiden på operation var i gennemsnit 20,14 timer, se Tabel 3. Referenceprogram for patienter med hoftebrud anbefaler, at operationen bliver foretaget inden for 24 timer (2). Formålet for dette punkt blev derfor opfyldt for de fleste patienter. En enkelt patient ventede dog på operation i op til 72 timer. Dette er væsentligt, fordi utilstrækkelig blæretømning som følge af sengeleje indebærer en risiko for residualurin, hvilket kan øge risikoen for udvikling af UVI.

Ældre patienter med hoftebrud er mere udsatte for at få postoperative komplikationer som følge af immobilisering, eftersom dette øger risikoen for postoperative tryksår, pneumoni og tromboemboliske episoder, forlænger hospitalsindlæggelsen og øger risikoen for øget mortalitet (17). I dette studie blev i alt 52,3 pct. af patienterne mobiliseret inden for 24 timer efter operation, hvilket ikke var i overensstemmelse med anbefalingen (2). Ifølge anbefalingen skal 90 pct. af patienterne mobiliseres inden for 24 timer (2). Den sene mobilisering var uventet, eftersom anbefalingen har været implementeret, siden den blev offentliggjort i 2008. I dette studie blev samtlige patienter med UVI mobiliseret inden for 24 timer efter operation. Selvom personalet på grundlag af anbefalingerne burde have viden om, hvad der er bedst for patienterne, fulgte personalet ikke retningslinjerne. Dette er i tråd med resultaterne fra et studie, der blev gennemført i USA (5), hvor der blev gennemgået interviews og journaler fra 7.528 patienter. Resultaterne viste, at patienterne modtog ca. halvdelen af det anbefalede plejeomfang mht. andet end tidlig mobilisering efter hofteoperation. Det kan betragtes som en begrænsning, at plejepersonalet ikke følger anbefalingen. En årsag til dette kan være, at nogle patienter med hoftebrud har flere komorbiditeter, så det ikke har været muligt at mobilisere disse patienter. Dette blev ikke undersøgt nærmere i nærværende studie.

En styrke ved studiet er, at der blev indsamlet urinprøver inden for otte timer efter indlæggelse, og at der systematisk blev indsamlet mobiliseringsdata i hver vagt. Det udgør en begrænsning,

**Tabel 4.** Patientrekruttering.



\*Det store antal ekskluderede patienter skyldtes tekniske og etiske vanskeligheder med inklusion. Nogle af patienterne blev opereret øjeblikkeligt, og andre var i en forvirret tilstand på grund af smerter eller sygdomstilstande, der gjorde det vanskeligt at indhente oplysninger eller informeret samtykke. Desuden rapporterede personalet, at det var for tidskrævende at informere patienterne om studiet og benytte intermitterende kateterisation ved indlæggelse og udskrivning.



at mange patienter ikke blev allokert til studiet på grund af tekniske problemer, personalerapporteret tidspres, øjeblikkelig operation eller forvirring grundet smerter eller sygdomstilstande, der gjorde det vanskeligt at indhente oplysninger eller informeret samtykke.

### Hjemmesygeplejen kan spille en rolle

Studiet viser, at nogle patienter med hoftebrud allerede har UVI på indlæggelsestidspunktet. UVI kan være en medvirkende årsag til patientfald og opståen af brud, så der bør forskes i at reducere UVI.

Det kunne derfor være en ide at undersøge muligheden for at involvere hjemmesygeplejen i forbindelse med forebyggelse af UVI og fald.

Godt halvdelen af patienterne blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation. Manglende mobilisering kan føre til øget mortalitet, hvilket tydeliggør behovet for, at plejepersonalet følger retningslinjerne. Overholdelse af retningslinjer er et område, hvor der er brug for forbedring. Nærværende studie var lille, så der er behov for at forske mere i vigtigheden af sygepleje mht. at følge retningslinjerne for mobilisering. ●



### Referencer

1. Carpintero P. Complications of hip fractures: A review. *World J Orthop* [Internet]. 2014;5(4):402. Available from: <http://www.wjgnet.com/2218-5836/full/v5/i4/402.htm>
2. Jensen CM et al. Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud. 2008;1-128. Available from: [https://www.ortopaedi.dk/fileadmin/Guidelines/Referenceprogrammer/Referenceprogram\\_for\\_patienter\\_med\\_hoftebrud2008.pdf](https://www.ortopaedi.dk/fileadmin/Guidelines/Referenceprogrammer/Referenceprogram_for_patienter_med_hoftebrud2008.pdf)
3. Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, Abu Sin M, Blank HP, Ducomble T, et al. Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLoS Med*. 2016;13(10):1-16.
4. Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, Golsorkhi M, Tingle A, Bak A, et al. Epic3: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in nhs hospitals in england. *J Hosp Infect* [Internet]. 2014;86(S1):S1-70. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0195-6701\(13\)60012-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0195-6701(13)60012-2)
5. Keesey J, Hicks J, Ph D, Decristofaro A, Kerr EA. Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med* [Internet]. 2003;349(19):1866-8. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM200311063491916>
6. Corallo AN, Croxford R, Goodman DC, Bryan EL, Srivastava D, Stukel TA. A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2014;114(1):5-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.08.002>
7. Doujak P, Iglseider B, Mikosch P, Gosch M, Muller E, Pinter G, et al. Treatment and prevention of postoperative complications in hip fracture patients: Infections and delirium. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2013;163(19-20):448-54.
8. Lo E, Nicolle L, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, et al. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2008;29(S1):S41-50. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/SO195941700027284/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/SO195941700027284/type/journal_article)
9. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2010;50(5):625-63. Available from: <https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1086/650482>
10. Wald HL. Indwelling Urinary Catheter Use in the Postoperative Period. *Arch Surg* [Internet]. 2008;143(6):551. Available from: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archsurg.143.6.551>
11. Schneider MA. Prevention of catheter-associated urinary tract infections in patients with hip fractures through education of nurses to specific catheter protocols. *Orthop Nurs*. 2012;31(1):12-8.
12. Hälleberg Nyman M, Johansson J-E, Persson K, Gustafsson M. A prospective study of nosocomial urinary tract infection in hip fracture patients. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011;20(17-18):2531-9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2011.03769.x>
13. Bandara S, Lynch G, Cooke C, Varghese P, Ward N. Using Care Bundles to Improve Surgical Outcomes and Reduce Variation in Care for Fragility Hip Fracture Patients. *Geriatr Orthop Surg Rehabil* [Internet]. 2017;8(2):104-8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2151458516681634>
14. Horan T, Andrus M DM. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control* [Internet]. 2008;36(5):309-32. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655308001673?via%3Dihub>
15. Merchant RA, Lui KL, Ismail NH, Wong HP, Sitoh YY. The relationship between postoperative complications and outcomes after hip fracture surgery. *Ann Acad Med Singapore*. 2005;34(2):163-8.
16. Symbiosis SG, Sørbye LW, Martinsen I, Grue EV. Clinical Practice and Evidence-based Knowledge: Reducing Urinary Tract Infection in Elderly Hip Fracture patients. 2016;000. Available from: [www.symbiosisonlinepublishing.com](http://www.symbiosisonlinepublishing.com)
17. Nymark T. Dansk Tværfagligt Register for Hoftebrud Dokumentalistrapport. 2014;1-29. Available from: [http://www.dksk.dk/filer/hoeringssvar/hoftebrud\\_laarbensbrud\\_dokumentalistrapport.pdf](http://www.dksk.dk/filer/hoeringssvar/hoftebrud_laarbensbrud_dokumentalistrapport.pdf)
18. Region Nordjylland: Stabe og tværgående afdelinger: Infektionshygiejnen. *Urinvejsdrainage* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <https://pri.rn.dk/Sider/22760.aspx>
19. Tambyah PA, Oon J. Catheter-Associated Urinary Tract Infection. *Curr Opin Infect Dis*. 2012;25(4):365-70.
20. García-Alvarez F, Al-Ghanem R, García-Alvarez I, López-Baïsson A, Bernal M. Risk factors for postoperative infections in patients with hip fracture treated by means of Thompson arthroplasty. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(1):51-5.

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

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



### **DORTE DALL-HANSEN**

Sygeplejerske 1983, SD i undervisning og uddannelse 1997, MSK 2006. Udviklings- og kvalitetskoordinator i Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus.

[dorte.dall-hansen@rsyd.dk](mailto:dorte.dall-hansen@rsyd.dk)



### **HEIDI GREJZEN**

Sygeplejerske 2000, SD i ledelse 2017. Afdelingssygeplejerske på Ortogeriatrisk afsnit og leder af projektet "Kom trygt hjem". Oversygeplejerske i Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus.



### **LIS RØHL ANDERSEN**

Læge 1985, Speciallæge i ortopædi 1999. Overlæge med ansvar for patienter med hoftenært brud siden 2006 på Ortogeriatrisk afsnit, Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus.



### **LISBETH FREDHOLM**

Læge 1991 speciallæge i geriatri 2005. Specialeansvarlig i geriatri, overlæge, Geriatrisk afsnit, Medicinske Sygdomme, Kolding Sygehus 2005. Deltaget i ledelsen af Ortogeriatrisk afsnit siden 2006.

## RESUME

Et tværsektorielt samarbejde mellem Ortogeriatrisk afsnit, Kolding Sygehus og Fredericia og Kolding kommuner, har reduceret dødeligheden og andelen af patienter, der genindlægges indenfor 30 dage.

Projektet 'Kom trygt hjem', der rettede sig mod patienter på 65 år og derover med hoftenært lårbensbrud, og som udskrives til plejecenter, var et ikke-randomiseret interventionsstudie. Patienterne i interventionsgruppen var genstand for systematiske observationer og målinger de første seks dage på plejecentret, handlingsalgoritme ved afvigelse, planlagte og akutte besøg fra akutsygeplejerske. Ortogeriatrisk afsnit

havde behandlingsansvar de første 14 dage efter udskrivelsen. Kontrolgruppen modtog vanlig pleje.

Der var betydende forskel på dødeligheden indenfor 30 dage i de to grupper, idet seks pct. i interventionsgruppe og 13 pct. i kontrolgruppen døde indenfor 30 dage. Der var signifikant forskel i antallet af genindlæggelser - henholdsvis 14 pct. i interventionsgruppen og 30 pct. i kontrolgruppen.

Principperne fra projektet 'Kom Trygt Hjem': systematiske observationer, højere kompetenceniveau og tværsektorielt samarbejde kan overføres til alle patienter med hoftenært brud, men også til andre patientgrupper.

# Tværasektoriel indsats forebygger genindlæggelse

Formålet med projektet 'Kom Trygt Hjem' var at reducere genindlæggelser indenfor 30 dage, reducere dødelighed indenfor 30 dage og øge livskvalitet hos patienter, som skulle udskrives efter hoftenært lårbensbrud.

Projektet 'Kom Trygt Hjem' er et samarbejde mellem Ortogeriatrisk afsnit på Kolding Sygehus og Fredericia og Kolding kommuner om udskrivelse af patienter 65+ år med hoftenært lårbensbrud. Patienterne udskrives til plejecenter. Samarbejdet har i årene 2018-2020 reduceret andelen af borgere, der genindlægges indenfor 30 dage, fra 30 pct. til 14 pct. og reduceret dødeligheden indenfor 30 dage fra 13 pct. til 6 pct.

## Samarbejde kan forbedre prognose

Hensigten med denne artikel er at vise, hvordan et samarbejde mellem en sygehusafdeling, kommunale akutteams og personalet på plejecentre kan forbedre prognosen for de ældre på 65+ år, der indlægges med et hoftenært lårbensbrud.

Afdelingens resultater fra Dansk Tværfagligt Register for hoftenære lårbensbrud gav i 2015 og 2016 anledning til, at vi gennemførte to audits, se Boks 1. I 2015 havde vi en forhøjet 30-dages dødelighed på 13,8 pct. i forhold til målet på højst 10 pct. Ikke uventet viste audit, at især dødeligheden blandt

## Boks 1. Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud

Databasen 'Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud' indgår i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Databasens formål er at monitorere og forbedre kvaliteten af diagnostik, behandling og pleje til alle patienter i aldersgruppen 65 år og ældre, som er opereret for hoftenært lårbensbrud i Danmark. Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud blev etableret i 2003, og der indberettes årligt ca. 6.500 patientforløb.

Tidligere årsrapporter kan rekvireres ved at sende en mail til [rkkp@rkkp.dk](mailto:rkkp@rkkp.dk).



patienter udskrevet til plejecentre var høj, nemlig 34 pct. Samme år var andelen af genindlæggelser forhøjet. Målet var, at højst 15 pct. af patienterne skulle opleve en genindlæggelse, men vores andel lå på 16,5 pct. Vores audit viste, at 45 pct. af de patienter, som blev genindlagt, kom fra plejecentre, og 60 pct. af genindlæggelserne var potentielt forebyggelige, idet årsagerne til genindlæggelse typisk var fald, infektioner, dehydrering og obstipation.

Et projekt fra geriatrisk afdeling i Århus i 2011 havde vist, at planlagte besøg af læger, fysioterapeuter eller sygeplejersker fra afdelingen kunne reducere antallet af genindlæggelser efter 90 dage og mortaliteten efter 30 dage. Under besøgene blev patientens tilstand vurderet i forhold til ernæring, smerter, mobilisering og obstipation. Desuden blev patienternes behandling og pleje justeret, bl.a. i forhold til infektioner, dehydrering og lav hæmoglobin. (1).

I 2015 begyndte kommunerne at etablere de nye akutfunktioner, hvis formål var at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser blandt borgere over 65 år. Samtidigt var der i kommunerne fokus

på systematiske målinger af vitale værdier og tidlig opsporing af begyndende sygdom (TOBS).

Vi så en mulighed for at bruge de nye tiltag og inviterede kommunerne til et samarbejde. Ideen var, at plejecentre, akutfunktion og Ortogeriatrisk afsnit sammen skulle tilbyde en indsats, hvor systematiske observationer, faste besøg af akutsygeplejersken og behandlingsansvar til ortogeriatrisk afdeling skulle sikre tidlig opsporing og behandling af komplikationer og dermed forebygge genindlæggelser og tidlig død.

### Principperne i projektet 'Kom Trygt Hjem'

Sammen med sygeplejersker fra plejecentrene og sygeplejersker fra akutfunktionen udviklede vi projektet 'Kom Trygt Hjem'. Formålet med projektet var at reducere genindlæggelser inden for 30 dage, reducere dødelighed inden for 30 dage og øge den sundhedsrelaterede livskvalitet. Målgruppen var patienter med hoftenært lårbenslårbrud på 65+ år, som blev udskrevet til plejecentre.

#### Bærende elementer i projektet

1. Øget observationsniveau de første seks dage efter udskrivelsen mhp. tidlig opsporing af begyndende sygdom.
2. Faste besøg af akutsygeplejersken hos borgeren dag 3, 6 og 14 og tilkald ud fra algoritme.
3. Behandlingsansvar til Ortogeriatrisk afsnit de første 14 dage efter udskrivelsen og åben indlæggelse.

For at sikre, at patienterne blev startet godt op i projektet, kontaktede akutsygeplejersken plejecenteret på udskrivelsesdagen.

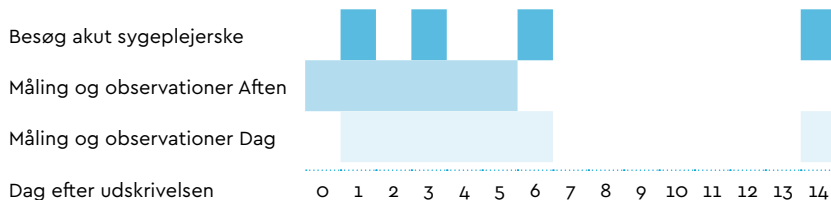
En uddybende beskrivelse af det øgede observationsniveau og opgaver på de faste besøg er beskrevet i Figur 1, og de deltagende institutioner er nærmere beskrevet i Figur 2. Et eksempel på algoritme for tilkald af akutsygeplejerske fremgår af Figur 3.

#### Behandlingsplan for patienterne

Afdelingens behandlingsansvar betød, at afdelingens læger ved udskrivelsen lagde en behandlingsplan for patienterne, der

**Figur 1.** Oversigt over de planlagte observationer på plejecentrene og besøg fra akutsygeplejersken fordelt på dage efter udskrivelsen

#### Oversigt over målinger, observationer og besøg



Plejecenter dag	Plejecenter aften	Akut sygeplejerske Dag 3 og 6	Akut sygeplejerske Dag 14
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtagelse af patient og opstart af projekt</li> <li>• Alle besøg: Måling af basale værdier dag</li> <li>• Dag 1, 2, 3, 4, 5, 6: Vurdér smerter og tarmfunktion, mobilisere til måltider, give proteindrik</li> <li>• Dag 1: Observere vandladning</li> <li>• Dag 1, 2: Væskeskema</li> <li>• Dag 1, 3: Vægt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dag 0, 1:</li> <li>• Måling af basale værdier – herefter efter ordination.</li> <li>• 0, 1, 2, 3, 4, 5: Vurdere smerter og tarmfunktion, mobilisere til måltider, give proteindrik</li> <li>• Dag 0: Observere vandladning</li> <li>• Dag 1, 2: Væskeskema dag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opfølgning på basale værdier, smertevurderinger, væskestatus og mobilisering</li> <li>• Måle: Hæmaglobin og CRP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Måle: CRP</li> <li>• Vurdere smerter, smertebehandling og funktionsniveau med CAS</li> <li>• Udfylde EQ5D</li> <li>• Registrere antal akutte besøg i forløbet, opståede komplikationer og om borgeren er mors</li> <li>• Vurdere, om genindlæggelser er forebygget</li> </ul>

Figuren viser øverst en oversigt over de forskellige besøg fordelt på de første 14 dage efter udskrivelsen. Nedenunder beskrives hvilke sygeplejehandlinger, der minimum udføres på det enkelte besøg.



## ... årsagerne til genindlæggelse var typisk fald, infektioner, dehydrering og obstipation.

som minimum omfattede smertebehandling, væskebehov, laksantia og eventuelt antibiotika.

Desuden blev det ordineret, at akutsygeplejersken skulle tage CRP og hæmoglobin på dag 3 og 6 efter udskrivelsen samt ved behov, og hun fik rammeordination til væskebehandling op til det fastsatte behov.

Akutsygeplejersken kunne på baggrund af de systematiske observationer og målinger, blodprøver og sine faglige vurderinger kontakte Ortogeriatrisk afsnit døgnet rundt med henblik på sparring om behandlingen, og lægen kunne på baggrund af dette ordinere antibiotika per os eller intravenøst, intravenøs væskebehandling, justere smerteplan og plan for opfølgning. De første 14 dage havde patienten en åben indlæggelse, så indlæggelsen kunne foregå direkte til afdelingen.

### Temaeftermiddage for personalet

Før vi startede projektet, afholdt vi to temaeftermiddage for personalet på plejecentre og akutsygeplejersker. Formålet var at give dem viden om patientforløbet under indlæggelsen, vigtigheden af at måle vitale værdier, mobilisere patienten, ernæring og observation for dysfagi efter udskrivelsen. Desuden var målet at øge deres viden om og kompetencer inden for geriatri og forebyggelse af delirium. Selve projektet og samarbejdsaftalen mellem plejecenter, akutsygeplejerske og sygehus blev præsenteret.

Undervisningen blev gennemført af de faggrupper fra Kolding Sygehus, som

**Figur 2.** Kort beskrivelse af de deltagende organisationer: Ortogeriatrisk afsnit, Kolding Sygehus, Kolding Kommune og Fredericia Kommune

<b>Ortogeriatrisk afsnit, Kolding Sygehus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienter med lavenergilårbensbrud 65+ år</li> <li>• Ca. 400 patienter med hoftenært lårbenslårbensbrud pr. år</li> <li>• Daglig stuegang med geriater og ortopædkirurg</li> <li>• Tværfagligt samarbejde om comorbiditet, polypharmaci, tidlig opsporing af komplikationer, udredning af fald og osteoporose</li> </ul>
<b>Kolding Kommune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 93.161 indbyggere</li> <li>• 11 plejehjem, 2 plejecentre og 1 center for midlertidige ophold</li> <li>• Akutteam som selvstændig enhed</li> </ul>
<b>Fredericia Kommune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 51.275 indbyggere</li> <li>• 6 plejehjem, 1 plejecentre og 1 center for midlertidige ophold</li> <li>• Akut sygeplejersker integreret i de eksisterende distrikter ved projektets start. Det er senere ændret til akutteam som selvstændig enhed</li> </ul>
<b>Vejle kommune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 118.000 indbyggere</li> <li>• 21 plejehjem, 2 centre for midlertidigt ophold</li> <li>• Akutteam som selvstændig enhed</li> </ul>
<b>Middelfart kommune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 38.500 indbyggere</li> <li>• 7 plejecentre og 1 center for midlertidigt ophold</li> <li>• Akutteam som selvstændig enhed</li> </ul>
<b>Vejen kommune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 43.000 indbyggere</li> <li>• 9 plejecentre, hvor flere har midlertidige pladser</li> <li>• Akutteam som selvstændig enhed</li> </ul>

Figuren er en kort beskrivelse af Ortogeriatrisk afsnit, Kolding Sygehus (blå boks), de to kommuner, der deltog i interventionen (grønne bokse) og kommuner, der deltog som kontrolgruppe (røde bokse).

**Figur 3.** Eksempel på monitorering og algoritme for kontakt af akutsygeplejerske

<b>Aften</b>	<b>Smertevurdering hvile</b>	Ingen smerter
		Lette smerter
Kontakt til akutteamet ved moderate til svære smerter, som ikke afhjælpes med den ordinerede PN smertestillende medicin		Moderate smerter
		Svære smerter

Figuren viser det skema i 'Dag-til-Dag-programmet', hvor observation af smerter om aftenen dokumenteres. I kolonnen til højre noterer plejepersonalet, hvordan patienten vurderer sine smerter i hvile. I det lyseblå felt i kolonnen til venstre beskrives, hvilket område der observeres og hvornår. Det mørkeblå felt beskriver algoritmen for, hvornår personalet på plejecentret skal kontakte akutsygeplejersken.



havde størst viden på området. Bl.a. underviste en af sygehusets geriater i geriatri og delirium, en ortopædkirurg underviste i behandling af en brækket hofte, mens henholdsvis en fysio- og ergoterapeut underviste i støtte ved mobilisering og dysfagi.

### 'Dag-til-Dag-program' som tjekliste

Vi valgte at lade dataindsamling og dokumentation fra alle besøg foregå i et fysisk 'Dag-til-Dag-program'. Fordelene var, at vi kunne fortrykke de relevante observationer m.m., så programmet fungerede som en tjekliste, der sikrede, at observationer og målinger blev udført, og at skemaerne gjorde det let at dokumentere dem. Samtidig indeholdt programmet algoritmer for, hvornår akutsygeplejersken skulle tilkaldes. Disse stod i umiddelbar tilknytning til data, så de var lette at finde, se Figur 3. En ulempe har været, at en del data selvfølgelig også skulle dokumenteres i det kommunale journalsystem, men fordelene har opvejet dette.

Patienterne fik Dag-til-Dag-programmet med hjem, når de blev udskrevet. Før udskrivelsen havde sygeplejersken på Ortogeriatrisk afsnit udfyldt det første skema til dataindsamling med oplysninger om patientens status ved udskrivelsen. Programmet indeholdt skemaer til dataindsamling af de målinger og observationer, som plejepersonalet på plejecentrene skulle udføre dag og aften de første seks dage, se Figur 1, og skemaer til de planlagte og akutte besøg af akutsygeplejersken. Akutsygeplejersken havde mulighed for at vurdere patientens tilstand på baggrund af de beskrevne målinger og observationer, blodprøver og egne observationer i forhold til værdier, smerter, væske og mobilisering. Det sidste skema omhandlede akutsygeplejerskens besøg dag 14. Udover en sygeplejefaglig vurdering af patientens status inde-

#### Boks 2. ASA-score

American Society of Anesthesiology score (ASA-score) bruges af anæstesiologer forud for operation til at vurdere patientens fysiske status. Skalaen inddeles i seks kategorier ASA 1-ASA 6 (2).

- ASA I** Rask patient
- ASA II** Mild systemisk sygdom. Ingen funktionsindskrænkning
- ASA III** Alvorlig systemisk sygdom. Afgrænset funktionsnedsættelse En eller flere betydende sygdomme
- ASA IV** Alvorlig systemisk sygdom, som er konstant livstruende
- ASA V** Moribund patient, som ikke forventes at overleve uden operation
- ASA VI** Hjernedød organonor

#### Boks 3. Hindsø-score

Hindsø-score er en test til vurdering af patientens hukommelsesfunktion. Patienten stilles i alt ni spørgsmål: egen alder, eget CPR-nummer, egen adresse, eget telefonnummer, egen højde og vægt, indlæggelsesdato, årsag til indlæggelsen, egen medicin (tilfredsstillende svar er for eksempel vanddrivende, hjertemedicin, beroligende medicin) og om patienten kan genkende sygeplejersken.

Hvert rigtigt svar giver et point. Når der sammenlagt er under seks rigtige svar, vurderes patienten at være i risiko for at udvikle delirium, og patienten bør observeres for dette (3).



## Der var signifikant forskel i andelen af patienter, der blev genindlagt – henholdsvis 14 pct. i interventionsgruppen og 30 pct. i kontrolgruppen

holdt dette også den afsluttende dataindsamling til projektet.

Patienterne i kontrolgruppen fik også et program med hjem. Udover patientens status ved udskrivelsen indeholdt det kun skema til dataindsamling på dag 14. Efter dag 14 dage sendte akutsygeplejerskerne i interventions- og kontrolgruppen Dag-til-Dag-programmet tilbage til Ortogeriatrisk afsnit.

### Akutsygeplejerskens besøg løftede kompetenceniveauet

Som beskrevet kom akutsygeplejersken både på faste og akutte besøg, når algoritmen i Dag-til-Dag-programmet anbefalede det. Besøgene fra akutsygeplejersken betød et løft af kompetencer, idet de dels kom de med speciel viden om akutte patienter, dels så patienten med nye øjne og dermed kunne tilføje en ny objektiv sygeplejefaglig vurdering. I starten af projektet kunne akutsygeplejersken komme ud til alment dårlige patienter, hvor plejepersonalet ikke havde opdaget borgerens dårlige tilstand, hvilket forekommer sjældent i dag, da plejepersonalet på plejecentrene i højere grad måler de vitale værdier og reagerer på disse.

De problemstillinger, der oftest blev taget op mellem plejepersonale på plejecentre og akutsygeplejersken, var smertebehandling, mobilisering, obstipation og væskeindtag.

De planlagte besøg i projektet har også betydet, at personalet på plejecentrene erfarede, hvilke kompetencer akutsyge-



plejersken kunne bidrage med, og dermed fik sygeplejerskerne i den nye akutfunktion hurtigere kontakt med personalet på plejecentrene, hvilket dannede basis for samarbejde.

### Ansvar for behandlingen var afdelingens

Når akutsygeplejersken stod hos patienten på et planlagt eller akut besøg, kunne hun kontakte en erfaren sygeplejerske på Ortogeriatrisk afsnit. Alle telefonsamtaler mellem akutsygeplejersken og sygeplejersken på Ortogeriatrisk afsnit indeholdt udveksling om de vitale værdier, CRP og hæmoglobin, symptomer fra luft- og urinveje, ernærings- og væskestatus, smerter, sårets tilstand og patientens almene tilstand. Sygeplejersken på Ortogeriatrisk afsnit konfereerede derefter med en ortopædkirurg eller geriatr, der kunne iværksætte en behandlings- og/eller opfølgingsplan.

#### Boks 4. EQ5D

I EQ5D-5L stilles patienterne fem spørgsmål om deres oplevelse af deres helbred indenfor områderne bevægelighed, personlig pleje, sædvanlig aktivitet, smerter/ubehag og angst/depression. Der er fem svar muligheder for hvert spørgsmål: fra ingen problemer til svære problemer.

EQ5D-5L score er den samlede score for patienternes svar på spørgsmålene, hvor 0 er den bedste score.

I EQ-VAS bedes patienterne vurdere, hvor godt eller dårligt deres helbred er i DAG. Vurderes på en skala fra 0-100 (4).

Lægen kunne også ordinere ekstra undersøgelser i form af blodprøver via laboratoriet, røntgenundersøgelser og foto af sår eller ordinere antibiotika til behandling af urinvejsinfektioner eller pneumonier eller anbefale, at patienten blev indlagt til vurdering.

De hyppigste problemstillinger, der er taget op af akutsygeplejersken, har været justering af den smertestillende behandling, behandling af dehydrering og pneumoni og urinvejsinfektion.

Forudsætningen for, at afdelingen kunne påtage sig behandlingsansvar, hvor lægen ordinerede behandling uden at se patienten, var den systematiske dataindsamling i plejecentrene, den faglige vurdering af akutsygeplejerskerne og den telefoniske kontakt mellem akutsygeplejerske og sygeplejersken på Ortogeriatrisk afsnit.

### Data hentet i patienternes journal

Patienter med hoftenært lårbensbrud (SKS diagnosekode DS720-DS722) på 65+ år, som blev udskrevet til plejecenter og var bosat i Kolding eller Fredericia kommuner, blev inkluderet i projektet, mens borgere bosat i Vejle, Middelfart eller Vejen kommuner udgjorde kontrolgruppen. Patienter, som var døende eller ikke ønskede at deltage i projektet, blev ekskluderet.

For at kunne sammenligne de to grupper indsamlede vi data fra patienternes journal. Vi samlede data på alder, køn, patienternes morbiditet målt ud fra American Society of Anesthesiologist classification system (ASA-score) (2), frakturtype, operationstype, indlæggelsestid og patientens mentale status målt med Hindsø-score (3) delt i to grupper: risiko for at udvikle delirium score 0-6 og normal score 7-9. For nærmere om ASA-score og Hindsø-score se Boks 2 og Boks 3.

Data om genindlæggelse og død blev også samlet via journalen.

Data om patientens oplevelse af sundhedsrelateret livskvalitet målt med EQ5D (4) samt antal akutte besøg af akutsygeplejersken blev samlet fra Dag-til-Dag-programmet dag 14. For nærmere om EQ5D se Boks 4.

Data om antallet af telefonopkald og iværksatte behandlinger blev registreret af sygeplejersker på ortogeriatrisk afsnit.

Projektet blev anmeldt til Region Syddanmark.

Læs mere om projektets metode og resultater i den videnskabelige artikel (5).

### Forbrug af ressourcer i projektperioden

Vi har opgjort forbruget af ressourcer udover de faste besøg, der var beskrevet i interventionen, se Tabel 1.

Lidt over halvdelen ud af de 100 patienter, som indgik i interventionsgruppen, har fået et akut besøg, og der har gennemsnitligt været ét akut

Tabel 1. EQ5D

	Intervention			Kontrol			p<
	n	Spredning	Range	n	Median	Spredning	
EQ5D-5L score	67	0.65	0-1	76	0.59	-0.3-1	0.045
EQ-VAS	42	61	10-90	54	53	10-100	0.709

Tabellen viser EQ5D-5L-score og EQ-VAS for de henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Der var signifikant forskel i EQ5D-5L i interventions- og kontrolgruppen. Der var der ikke signifikant forskel på de to grupper for EQ-VAS.

**Tabel 2.** Alder, køn, ASA-score, fraktur- og operationstype, kognitiv svækkelse og indlæggelsestid i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen

	Intervention		Kontrol		p<
	n	Pct.	n	Pct.	
<b>Antal patienter</b>	100	40	152	60	
<b>Gns. alder*</b>	85	83-87	86	85-87	0.358
<b>Køn (kvinder)</b>	67	68	104	68	0.902
<b>ASA-score</b>					0.951
2	16	16	25	17	
3	70	70	103	68	
4	14	14	23	15	
<b>Frakturtype</b>					0.507
Medial	41	41	73	48	
Pertrokantær	50	50	65	43	
Subtrokantær	9	9	13	9	
<b>Operationstype</b>					0.327
DHS-skinne	26	26	29	19	
Marvsøm	44	44	62	41	
Hemialloplastik	30	30	59	39	
Girdlestone	-	-	1	1	
<b>Kognitiv svækkelse#</b>	62	62	102	67	0.406
<b>Indlæggelsestid*</b>	4	4-5	5	4-5	0,432

\*95 pct. konfidensinterval.

#Hindsø score < 6

Tabellen viser karakteristika for interventions- og gruppen. Der var ingen forskel i alder, køn, ASA- score, fraktur og operationstype, patientens mentale status målt med Hindsø-score eller indlæggelsestid.

**Tabel 3.** Dødelighed og genindlæggelse indenfor 30 dage

	Intervention		Kontrol		p<
	N=100	Pct.	N=152	Pct.	
<b>Antal døde</b>	6	6	20	13	0.068
<b>Dage til død</b> (gennemsnit)	13	5-20	16	11-20	0.340
<b>Antal patienter, der genindlægges inden 30 dage</b>	14	14	45	30	0.004
<b>Dage til genindlæggelse*</b> (gennemsnit)	5	3-7	10	7-12	0.026
<b>Årsag til genindlæggelse</b>					0.328
Infektion	10	71	21	47	
Lav hæmoglobin	1	7	1	2	
Væskebalance	2	14	5	11	
Delir	-	-	1	2	
Fald	-	-	4	9	

\*95 pct. konfidensinterval.

Tabellen viser resultaterne for dødelighed og genindlæggelse indenfor 30 dage. Der var klinisk signifikant forskel på dødelighed indenfor 30 dage (p<0.068) med henholdsvis 6 pvt. i interventionsgruppen og 13 pct. i kontrolgruppen.

Henholdsvis 14 pct. og 30 pct. af patienterne i interventions- og kontrolgruppen blev genindlagt indenfor 30 dage (p<0.004). Der går færre dage til genindlæggelse i interventionsgruppen (gennemsnitligt 5 dage, 95 pct. konfidensinterval 3-7) end i kontrolgruppen (gennemsnitligt 10 dage, konfidensinterval 7-12) (p<0.026). I begge grupper var infektioner den hyppigste årsag til genindlæggelse.



besøg pr. patient med en variation fra nul til ni besøg. Der har været gennemsnitligt to opkald fra akutsygeplejersken til Orto-geriatrisk afsnit pr. patient med en variation fra nul til syv opkald. Der har været samarbejde om 80 ud af de 100 patienter, der indgik i interventionsgruppen.

I løbet af projektet blev 31 patienter behandlet i eget hjem efter ordination fra læge fra Orto-geriatrisk afsnit. 17 fik ekstra væske intravenøst, otte fik behandling med antibiotika peroralt, en fik antibiotika intravenøst og fem fik både peroral antibiotika og intravenøst væske.

Ud af de 31 patienter undgik 24 en genindlæggelse og levede efter 30 dage.

### Genindlæggelser og dødelighed reduceret

Der var ingen forskel på interventions- og kontrolgruppen i forhold til køn, alder, ASA-score, kognitiv svækkelse og indlæggelsestid, se Tabel 2.

Resultaterne for genindlæggelse og død indenfor 30 dage fremgår af Tabel 3. Der var klinisk betydende forskel på dødeligheden i de to grupper, idet 6 pct. i interventionsgruppe og 13 pct. i kontrolgruppen døde indenfor 30 dage. Der var signifikant forskel i andelen af patienter, der blev genindlagt - henholdsvis 14 pct. i interventionsgruppen og 30 pct. i kontrolgruppen, og patienterne i interventionsgruppen blev indlagt hurtigere efter udskrivelsen.

Mht. resultater for patienternes oplevelse af den sundhedsrelateret livskvalitet, se Tabel 1.

Patienterne i interventionsgruppen oplever en højere sundhedsrelateret livskvalitet i de fem områder. Dette slår dog ikke igennem i helbredsscoren EQ5D-VAS.

### Principperne i projektet fortsætter

Efter projektet er afsluttet, fortsætter interventionen i drift i alle kommuner i optageområdet. Principperne i projektet om det tværsektorielle samarbejde og sygehusets behandlingsansvar har dannet baggrund for andre samarbejdsaftaler og projekter. Principperne indgår:

- i samarbejdsaftaler med kommunerne i optageområdet i forhold til patienter



- med hoftenært lårbensbrud 65+ år, som udskrives til eget hjem og til plejecenter.
- i projektet 'Træning for livet', der er rettet mod samme patientgruppe, hvor der udover systematisk sygeplejefaglig indsats og tværsektorielt behandlingsansvar er fokus på øget træning efter udskrivelsen.
  - i projektet 'Kom trygt videre', der er rettet mod patienter, der amputeres på crus eller femur. Dette projekt foregår i samarbejde mellem terapien og Ortopædiatrik afsnit og Fredericia, Kolding og Vejle kommuner.



## **I starten af projektet kunne akutsygeplejersken komme ud til alment dårlige patienter, hvor plejepersonalet ikke havde opdaget borgerens dårlige tilstand.**

Principperne om systematiske observationer, faste og akutte besøg af akutsygeplejersken og behandlingsansvar på sygehuset kræver ekstra indsats fra plejecentre, akutsygeplejersker og sygehus, men indsatsen opvejes af reduktionen i genindlæggelser og død indenfor 30 dage. ●

### **TAK**

Vi vil gerne takke personale og ledelser i Fredericia, Kolding, Middelfart og Vejen kommuner for at bidrage til projektet og Bjarke Viberg, forskningsleder på Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus for hjælp med statistik.

*Hvordan kan I arbejde med Dag-til-Dag-program og tidlig opsporing af begyndende sygdom hos den patientgruppe, I arbejder med?*

●

*Hvordan kan I øge samarbejdet mellem sygeplejerskerne i kommunen og læger og sygeplejersker på sygehuset om den patientgruppe, I arbejder med?*

●

*Hvilke muligheder kan det give, at sygehuset får behandlingsansvar for den patientgruppe, I arbejder med, de første 14 dage?*

### **Referencer**

**1.** Gregersen M, Zintchouk D, Borris LC, Damsgaard EM. A geriatric multidisciplinary and tailor-made hospital-at-home method in nursing home residents with hip fracture. *Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation*. 2011;2(4):148-54. **2.** Sankar A, Johnson SR, Beattie WS, et al. Reliability of the American Society of Anesthesiologists physical status scale in clinical practice. *Br J Anaesth*. 2014;113(3):424-32. **3.** Hindsoe K. Prevention of hip fractures using external hip protectors. *Risk factors for falls, hip fractures, and mortality; and evaluation of the consequences of fear of falling among older orthopaedic patients.*: University of Copenhagen; 1998. **4.** Herdman M, Gudex C, Lloyd A, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20(10):1727-36. **5.** Viberg B, Claville LUE, Andersen LR, Fredholm L, Dall-Hansen D, Grejsen H. Standardized, coordinated care in nursing homes lowers rehospitalization after hip fracture. *Journal of the American Medical Directors Association*. In print.



**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).



**BIRGITTE GADE JACOBSEN**

Sygeplejerske i 2001.

Masteruddannelsen i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling 2021. Forsknings- sygeplejerske ved Medicinsk Mave og Tarm Ambulatorium, Sydvestjysk Sygehus.

*Birgitte.Gade.Jacobsen@rsyd.dk*



**METTE MUNK LAURIDSEN**

Læge i 2005, ph.d. 2016. Siden 2018 speciallæge og klinisk lektor i gastroenterologi og hepatologi på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg. Forsker og udvikler i samarbejde med medforfatterne i områder til gavn for patienter med lever- sygdom.



**LEA LADEGAARD GRØNKJÆR**

Sygeplejerske i 2006, cand. cur. 2008, ph.d. 2016 fra Aarhus Universitet. Forsknings- sygeplejerske og postdoc ved Medicinsk Mave og Tarm Ambulatorium, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, Odense.

# Patienter med levercirrose savner tilbud om tidlig palliativ indsats



## RESUME

Fremskreden levercirrose er som oftest knyttet sammen med psykiske, kognitive, og sociale problemstillinger. Det er forhold, som har indflydelse på livskvalitet, netværk, sygdoms- og behandlingsforståelse.

Patienter med fremskreden levercirrose modtager for sjældent og for sent den palliative indsats, der er behov for. Det viser sig gennem patientinterview, at patienterne mangler forståelse for deres leversygdom og ikke søger relevant hjælp selv i fremskredne sygdomsforløb.

Interview med fagprofessionelle viser, at der mangler kendskab til tidlig palliation blandt læger og sygeplejerske, og det er medvirkende til at hindre et værdigt palliativt tilbud til patienterne.

En tidlig palliativ indsats baseret på 'Advance Care Planning'-samtaler kan formentlig styrke patienternes sygdomsforståelse og sundhedskompetencer og dermed forbedre sygdoms- og behandlingsforløb og minimere ulighed i sundhed.

Sundhedsmyndighederne har gennem de senere år lagt op til, at den palliative indsats til patienter med livstruende sygdomme skal styrkes. Men virkeligheden er fortsat en anden for patienter med fremskreden levercirrose.

Tidlig palliation er for alle patienter med behov (1,2). Men praksis er en anden for patienter med levercirrose, som endnu ikke involveres tilstrækkeligt i den palliative indsats - og hvis de gør, så er det kun hen imod livets slutning i den terminale fase, se Boks 1.

Levercirrose er en kompleks sygdom, se Boks 2 på næste side. Når sygdommen bliver fremskreden, er den gennemsnitlige overlevelse uden transplantation to år (2). Patienter med fremskreden leversygdom oplever ofte ringe livskvalitet på baggrund af reducerede fysiske, psykiske, kognitive, sociale og eksistentielle ressourcer (2). En andel af patienterne med alkoholisk levercirrose bærer desuden på en stor skyldfølelse, fordi de opfatter deres sygdom som selvforskyldt (3), og levercirrose kan ofte, uanset årsag blive forbundet med stigmatisering. Samlet bevirker dette, at patienterne ofte forsømmer at opsøge rettidig hjælp hos netværk eller i sundhedsvæsenet. Dermed udgør levercirrose-

### Boks 1.

#### Den nationale strategi vedrørende palliation

Sundhedsstyrelsens opdaterede anbefaling omkring den palliative indsats beskriver, at der er et behov for at løfte kvaliteten af den palliative indsats. Desuden bør der være øget opmærksomhed på, at alle patienter med livstruende sygdomme og ikke kun patienter med kræftsygdomme kan have behov for palliativ indsats. Dette vil bevirke, at der skabes lighed i adgangen til de palliative behandlingstilbud uanset diagnose (1)

Den manglende indsats problematiseres også i Rigsrevisionens rapport 'Adgang til specialiseret palliation', da Regionerne ikke sikrer, at alle patienter med livstruende sygdomme ved behov får tilbudt specialiseret palliation. Det afspejles med al tydelighed i tallene: I 2019 blev ca. 11.000 patienter henvist til specialiseret palliation. Heraf blev 10.160 kræftpatienter henvist mod 1.133 patienter med andre livstruende sygdomme (6).





patienter en gruppe, der er i særlig risiko for ulighed i sundhed og for at leve deres sidste tid uden den psykiske, sociale og praktiske støtte, der udgør et værdigt sygdoms- og behandlingsforløb. (3)

### Boks 2.

#### Fakta om levercirrose

Levercirrose kan opstå i forbindelse med en række forskellige sygdomme i leveren og er slutstadiet i en hver form for kronisk leversygdom. I Danmark er årsagen til levercirrose: alkohol (60 pct.), fedme, kronisk leverbetændelse med infektionerne hepatitis B eller hepatitis C samt autoimmune leversygdomme. Sygdommen har en høj dødelighed og samtidig har mange patienter med levercirrose en eller flere konkurrerende kroniske lidelser (9).

De hyppigste generelle symptomer, (som kan fluktuere) ved middel til svær levercirrose, er (4):

- Ascites (væske i bughulen)
- Hjernepåvirkning udløst af svigtende leverfunktion (hepatisk encephalopati)
- Øget risiko for infektioner, blødning fra åreknuder (varicer) i spiserøret og mavesækken samt tab af nyrefunktion
- Madlede og underernæring
- Udtalt træthed, depression og angst.

### For få patienter får tilbuddet

En tidlig palliativ indsats skal identificere behov og styrke patienternes kompetencer, forbedre symptombyrden og øge livskvaliteten (1,2). Udgangspunktet i indsatsen er bl.a. samtaler med patienten og pårørende, hvor støtteredskabet Advance Care Planning anvendes, se Boks 3. Desuden kan indsatsen trække faggrupper som f.eks. socialrådgivere og psykologer ind i behandlingen ved behov, se Boks 4. Som det er i dag, findes de nævnte faggrupper kun som kommunale tilbud, når man har levercirrose. Tilbud, patienterne selv skal være aktivt deltagende og opsøgende for at få tilkendt. Status er, at alt for få patienter med levercirrose tilbydes tidlig palliation, hvilket medvirker til ulighed i sundhed (3).

Vi har via semistrukturerede interview med patienter og fagprofessionelle undersøgt, hvad der hindrer den tidlige palliative indsats i at nå leverpatienterne.

### Metode

Vi gennemførte individuelle, semistrukturerede interview med 11 patienter med levercirrose samt to gruppeinterview med hhv. fire læger og tre sygeplejersker tilknyttet afdeling for medicinske mave-, tarm- og leversygdomme på Sydvestjysk Sygehus. Fokus i interviewene var patienters og sundhedspersonales forståelse af leversygdom og at afklare, hvorfor palliation endnu ikke er en praksis, der er tilknyttet tidligere i patienternes forløb. Da ætiologien til levercirrose hyppigst er alkoholoverforbrug (4), tog vi afsæt i interview med fokus på dette.

Alle interview er transskriberet ordret, og der er foretaget en analyse på tværs af materialet med afsæt i fokusområderne.

### Boks 3.

#### Forslag til indhold i Advance Care Planning-samtaler

1. Indledning om samtalens formål.
2. Afklaring af, hvem der er nærmeste pårørende.
3. Afklaring af, hvad patienten (og de pårørende) ved om sygdommen og dens behandlingsmuligheder.
4. Afklaring af, hvad der er de vigtigste ting, patienten gerne vil gøre eller kunne i den nuværende situation.
5. Afklaring af, hvad patienten (og de pårørende) har af erfaringer i forhold til alvorlig sygdom og død. Der spørges ind til mulige bekymringer og ønsker.
6. Afklaring af patientens indstilling i forhold til behandlingsniveauet og dermed genoplivning.
7. Afklaring af patientens ønsker i forhold til, hvor pleje og behandling skal foregå aktuelt og frem til den sidste tid.
8. Afklaring af, om der i øvrigt er noget, sundhedspersonalet skal vide for at kunne give den bedst mulige pleje og behandling (8).

### Resultater

Vi identificerede følgende som mulige hindringer i den tidlige palliative indsats:

1. Manglende sygdomsforståelse hos patienterne
2. Et uforudsigeligt sygdomsforløb
3. Manglende viden blandt fagprofessionelle om tidlig palliativ indsats.

I det følgende uddybes vores fund og mulige forklaringsmodeller opstilles.

### Manglende sygdomsforståelse hos patienterne

Patient: *"Jeg ser ikke mig selv som værende helt vildt dårlig, men når jeg læser på papirerne (journalen, red.), så kan jeg godt tænke, at det handler om en anden end mig, det er ikke mine papirer det der."*

Patient: *"I opfatter mig nok som mere syg, end jeg selv gør. Men jeg ved også godt, at hvis jeg fortsætter med at drikke, så ender jeg med at få mange blomster, hvis du ved, hvad jeg mener. Jeg vil bare gerne have lov til at drikke det sidste. Det er synd at smide det ud."*





## Fokus i interviewene var patienters og sundhedspersonales forståelse af leversygdom ...

information om deres sygdom f.eks. på internettet eller i omgangskredsen.

Patient: *"Jeg behøver ikke jer til at få noget at vide. Det kan jeg da selv gøre på nettet. Jeg gider ikke al den hypokondri."*

Patient: *"Min storebrors kone, hende har jeg det godt med. Hende kan jeg ringe til, hvis der er noget, jeg er i tvivl om."*

Hos lige netop leverpatienter kan psykiske, sociale, kognitive og økonomiske problemer yderligere forringe patienternes mulighed for at opnå sygdomsforståelse og mulighed for at søge mod palliative tilbud. Patienternes færdigheder og muligheder er simpelthen ikke altid på højde med de krav, der stilles for at kunne navigere inden for det offentlige system. Flere af patienterne har svært ved at overskue aftaler eller forstå information om deres sygdom - informationer og aftaler, hvis formål netop er at styrke sygdoms- og behandlingsforståelsen og dermed give dem kontrol over sygdommen. Med andre ord er patienternes sundhedskompetencer reduceret, se Boks 5 (5).

Patient: *"Jeg fik en folder om alkoholvejledning. Jeg må indrømme, at jeg ikke har læst den, fordi det kan jeg slet ikke overskue. Der skal ikke ret meget til, så bliver jeg stresset."*

Et stærkt socialt netværk og tætte pårørende kan hos mange patienter kompensere for patientens reducerede sundhedskompetencer og evner til at op-søge sundhedstilbud. Men en relativ stor andel af patienter med alkoholisk levercirrose har ikke noget tæt netværk, hvilket yderligere forværrer chancerne for at opnå et tidlig palliativt tilbud - og efterlader initiativet til den fagprofessionelle alene.

Sygeplejerske: *"De har bare rigtigt svært ved det, fordi de skal det hele selv. De kæmper selv med det."*

Det er derfor tydeligt, at så længe der ikke er en kultur blandt sundhedsprofessionelle i forhold til at iværksætte tidlig palliativ intervention i patientforløbene, risikerer patienterne at få et uværdigt sygdoms- og behandlingsforløb.

### Et uforudsigeligt sygdomsforløb

Som nævnt kan selv ret fremskreden leversygdom have meget få symptomer, og når leversygdommen progredierer, kan symptombilledet fluktuere: I perioder kan sygdommen være livstruende med variceblødning, hepatisk encephalopati (hjernepåvirkning) m.m. (2), og efter et langt indlæggelsesforløb og optimeret behandling kan patienten igen have perioder, hvor sygdommen er stabil og under kontrol.

De to citater illustrerer en manglende forståelse for og afstandtagen til leversygdommen. En ringe sygdomsforståelse kan forklares ved, at sygdommen i begyndelsen af forløbet kun giver få symptomer (2,4) og dermed ikke føles alvorlig. Den manglende følelse af alvor ser også ud til at have indflydelse på patientens motivation for at søge information om og hjælp til sygdomshåndtering: Flere patienter udtaler i interviewene, at de sjældent rådfører sig hos personalet i ambulatoriet om sygdommen. I stedet meddeler patienterne, at de selv finder

### Boks 4.

#### Den palliative indsats

Indsatsen er rettet mod fysiske og psykiske symptomer, mod sociale og arbejdsmæssige forhold samt eksistentielle og åndelige forhold (1).

#### Man skelner mellem:

1. Tidlig palliativ fase, der kan vare år, og hvor patienten typisk fortsat vil være i livsforlængende behandling.
2. En sen palliativ fase, der typisk varer måneder, og hvor helbredende behandling er ophørt. Der er fokus på lindring og livskvalitet.
3. En terminal palliativ fase, der varer dage til uger (evt. måneder).

Der skelnes desuden mellem basal og specialiseret palliativ indsats.

#### Basal palliativ indsats:

(Hospitaler, kommunal hjemmepleje, plejecentre, almen praksis)

Gælder for: Patienter med afgrænsede palliative behov inden for få problemområder.

Ydes af: Fagpersoner i de dele af sundhedsvæsenet, der ikke har palliation som deres hovedopgave.

Er der behov for en mere omfattende palliativ indsats, henvises der til palliativt team med henblik på en specialiseret palliativ indsats.

#### Specialiseret palliativ indsats:

(Palliative teams, palliative afdelinger, hospice)

Gælder for: Palliative behov af høj sværhedsgrad.

Ydes af: Fagpersoner i de dele af sundhedsvæsenet, som har palliation som hovedopgave.

### Boks 5. Sundhedskompetencer

Sundhedskompetencer (health literacy) er betegnelsen for vores evne til at finde, forstå, vurdere og anvende sundhedsinformationer for at forbedre egen sundhed.

"De kognitive og sociale kompetencer, der bestemmer motivation og den enkeltes mulighed for at få adgang til, forstå og bruge oplysninger på en måde, der kan fremme og opretholde et godt helbred" (5).

Læge: ”Mange patienter føler sig ikke alvorligt syge, før de pludseligt tipper ud over kanten og bliver indlæggelseskrævende.”

Denne fluktuation i symptomintensiteten kan give patienten et tilbagevendende falsk indtryk af at være i bedring, når faktum er, at leverfunktionen bliver ringere og ringere efter hver akutte event, se Figur 1. Konsekvenserne af denne uforudsigelighed i sygdomsforløbet forstærkes af, at en stor andel af patienter med leversygdom har reducerede sundhedskompetencer, bor alene og har et begrænset netværk, hvorfor ændringer i symptombilledet ikke altid opdages, før symptomerne er alvorlige og eventuelt kræver indlæggelse.

Det fluktuerende forløb gør timingen af en tidlig palliativ indsats vanskelig for de sundhedsprofessionelle. For hvornår er det rigtigt at tænke palliation ind i behandlingen? Begrebet palliation kan have en negativ klang, hvor man fejlagtigt forbinder det med den sidste tid, og at palliation udelukker aktiv behandling. (2) Det kan på den baggrund være svært for den sundhedsprofessionelle at italesætte palliation, da man er bange for, at det vil tage håbet fra patienten, hvorfor man i praksis i stedet undgår samtalen.

### Manglende viden om tidlig palliativ indsats

De læger og sygeplejersker, vi interviewede, gav alle udtryk for, at en tidlig palliativ indsats med henblik på at styrke patientens livsførelse, livskvalitet og forbedre sygdoms- og behandlingsforståelse er yderst relevant for patientgruppen. Men generelt er holdningen blandt personalet på sygehuset, at det er svært at udøve en tidlig palliativ indsats, da personalet ikke ved, hvordan de skal yde indsatsen, og fokus ofte er rettet mod behandling.

Typisk er emnerne ved lægesamtalerne de biomedicinske områder som blodprøvesvar, stillingtagen til ascitestapning osv. Der er sjældent tid til at lytte til patientens historie og tage problemstillinger op af mere psykosocial karakter. Problemstillinger, som en tidlig palliativ indsats muligvis vil kunne afhjælpe (1,2),

men aktuelt er der ikke en kultur eller tradition for at tænke palliation ind tidligere i patienternes forløb (6).

Læge: ”Vi læger fokuserer meget på det biologiske. Det er ikke så tit, man når ind omkring patientens tanker og præferencer. Det er meget det praktiske. Biokemi og tal.”

Patient: ”Samtalen herinde går meget på det medicinske, hvordan man selv oplever det, om man kan mærke nogen bedring.”

Misforståelser og manglende viden blandt hepatologer beskrives i litteraturen som værende en hindring for en tidlig palliativ indsats: hepatologer oplever palliation som noget, der er forbeholdt læger med speciale inden for palliation, bestemte patientgrupper og på bestemte tidspunkter i sygdomsforløbet (2). Dette understøttes i interviewene.

Læge: ”Langt de fleste associerer palliation med kræftsygdom.”

Læge: ”Det er måske også vores manglende viden om, hvad de gør i palliativ team.”

Kendskab til definitionen på basal og specialiseret palliation eksisterer heller ikke i personalegruppen af læger og sygeplejersker. På trods af, at alle patienter med behov for specialiseret palliation kan henvises til det palliative team (1,6), praktiseres dette ikke i sygdommens tidlige og sene fase.

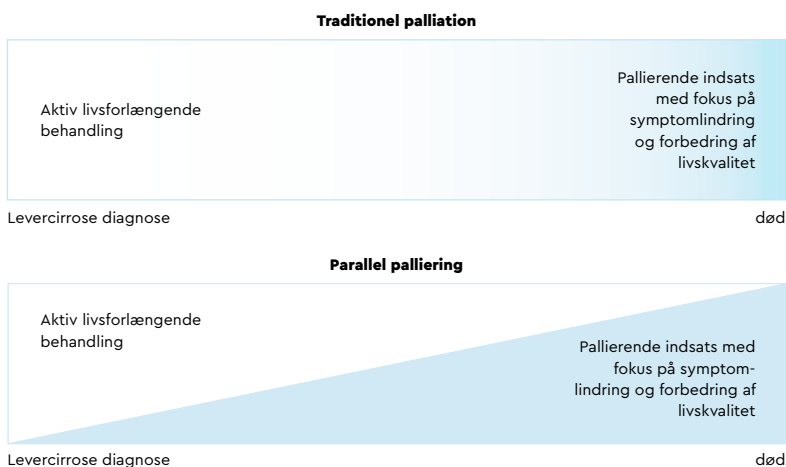
Læge: ”Som læge tror jeg ikke, vi har været opmærksomme på, at muligheden overhovedet har været der.”

### Udvikling skal føre til ændring af kultur

For at forbedre den kliniske praksis er vi på de hepatologiske afsnit i Esbjerg og Herlev (samt flere undervejs) i gang med at udvikle den palliative indsats. Indsatsen består i, at patienter med fremskreden leversygdom ved behov tilbydes tidlig basal palliation i ambulatoriet ved en sygeplejerske. Det foregår med afsæt i Advance Care Planning-samtaler

Figur 1:

Traditionel versus moderne proaktiv og parallel pallierende behandling



Kilde: Adapteret fra Patel and Ufere (Clin Liver Dis, 2020). Integrating Palliative Care in the Management of Patients With Advanced Liver Disease. Clin Liver Dis (Hoboken). 2020;Apr;15(4):136-140. Published online 2020 May 7. doi: 10.1002/cld.936

Findes på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206323/>



(2,7,8), der søges iværksat minimum 1-2 år inden patientens død - efter skøn fra patientens vanlige speciallæge. Her er sigtet at øge patienternes livskvalitet, styrke deres sygdoms- og behandlingsforståelse samt at reducere antallet og længden af indlæggelser. Hos patienter med komplicerede palliative problemstillinger inddrages en specialiseret palliativ indsats fra det palliative team. Udviklingen af området vil forhåbentligt ændre kulturen, så palliation fremover bliver en naturlig del af sygdomsforløbet allerede i den tidlige fase.

Desuden er en klinisk retningslinje om palliation til levercirrosepatienter under udarbejdelse i samarbejde mellem Mave- og Tarmambulatoriet Sydvestjysk Sygehus, Herlev Hospitals Leverklinik, Det Palliative Team og Center for Kliniske Retningslinjer. Det vil forhåbentligt være medvirkende til at ensarte og styrke den nationale indsats. ●



## ... en relativ stor andel af patienter med alkoholisk levercirrose har ikke noget tæt netværk ...

*Hvad kender jeres faggruppe til tidlig palliation og til, hvordan palliationen udføres i praksis?*

*Hvordan kan I optimere jeres praksis, så patienten med levercirrose kan modtage tidlig palliativ indsats ved behov?*

*Hvordan taler I med patient og pårørende om ønsker og behov for pleje og behandling, når sygdommen er fremskreden?*

### Referencer

1. Anbefalinger for den palliative indsats. København. Sundhedsstyrelsen, 2017. 2. Vijeratnam SS et.al. Palliative Care for Patients with End-Stage Liver Disease on the Liver Transplant Waiting List: An International Systematic Review. Springer. Digestive Diseases and Sciences 2020. Dig Dis Sci 2021 Jan 12. doi: 10.1007/s10620-020-06779-1. Online ahead of print. 3. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 - 2017. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2020. 4. Aagaard NK. Behandling af patienter med levercirrose i ambulant regi. Interessegruppe for behandling af levercirrose i Danmark. Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi 2018. (citeret 29. september 2021) Kan downloades her: [www.dsgh.dk](http://www.dsgh.dk) -> "Guidelines" -> "Lever" -> "Levercirrose i ambulant regi, vejledning i behandling af patienter med". 5. Maindal HT, Vinter-Jensen K. 2016. Sundhedskompetence (Health Literacy) - teori, forskning og praksis. Klinisk Sygepleje 2016;(1). 6. Beretning om adgangen til specialiseret palliation. Folketinget Rigsrevisionen. 2020. (citeret 29. september 2021) Kan downloades her: [www.rigsrevisionen.dk](http://www.rigsrevisionen.dk). > Beretning om adgangen til specialiseret palliation. 7. REHPA. Videnscenter for Rehabilitation og Palliation (citeret 29. september 2021). [www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk) 8. Indsats DMCG. Pakke i relation til Advance Care Planning (ACP) samtale (Internet) (opdateret 25. august 2021; citeret 29. september 2021). Kan downloades her: [www.dmcgpa.dk](http://www.dmcgpa.dk) -> "LKT-Pal (videns- og læringsforum)" -> "ACP- samtalen" -> "ACP-pakke(pdf)" 9. Lauridsen MM et al. Diagnosis and Management of Hepatic Encephalopathy - a case-based guide. Chapter 4. Impact and Diagnosis of Minimal or Grade 1 Hepatic Encephalopathy. Springer 2018.



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



**ANNE MARIE ROHOLM OLESEN**

Sygeplejerske 2007, cand.scient.san. 2014. Projektleder, Afdeling for Hjerter- og Lungekirurgi, Rigshospitalet.

[anne.marie.roholm.olesen@regionh.dk](mailto:anne.marie.roholm.olesen@regionh.dk)



**MALENE MISSEL**

Sygeplejerske 2000, cand.cur. 2008, ph.d. 2016. Seniorforsker og klinisk sygeplejespecialist, Afdeling for Hjerter- og Lungekirurgi, Rigshospitalet.



**MARINA GOLEMAC**

Sygeplejerske 2002. Forsknings-sygeplejerske, Afdeling for Led- og Knoglekirurgi, Rigshospitalet.



**KIRSTEN ARNTZ BOISEN**

Læge 1995, ph.d. 2005, speciallæge i pædiatri 2009. Overlæge, Ungdomsmedicinsk Videnscenter, Afdeling for Børn og Unge, Rigshospitalet. Formand for Dansk Selskab for Ungdomsmedicin.

# Ung med kræft – et tværgående forskningsprojekt i kirurgisk regi

Unge med kræft er en minoritet på kirurgiske afdelinger. De får ikke opfyldt deres psyko-sociale behov og oplever, at der er brug for uddannelse og kompetenceudvikling med henblik på at opnå god kontakt.

## RESUME

Hvert år får ca. 570 unge i Danmark mellem 15-29 år konstateret kræft midt i deres ungdom med den fysiske, følelsesmæssige, psykologiske og identitetsmæssige udvikling, der almindeligvis følger på dette tidspunkt.

Unge med kræft indlagt på kirurgiske afdelinger er en overset patientgruppe. De er en minoritet blandt ældre patienter med omgivelser, pleje og behandling, der er målrettet voksne. Syv kirurgiske afdelinger på Rigshospitalet er

derfor gået sammen om en spørgeskemaundersøgelse for at undersøge unge kræftramtes behov og oplevelser under indlæggelse.

Resultaterne viste, at de unge ikke fik opfyldt deres psykosociale behov i tilstrækkeligt omfang og ikke oplevede at få den hjælp og støtte, de havde brug for, hverken under indlæggelsen eller ved ambulant kontrol.

Især sygeplejerskerne informerede ikke altid på en forståelig måde og

talte sjældent om aldersrelaterede problemer og bekymringer, og de fleste unge oplevede ikke det fysiske og sociale miljø som ungevenligt. Konklusionen på undersøgelsen er, at der fremover er et reelt behov for at tilpasse de kirurgiske afdelinger til unge med kræft.

79 unge med kræft besvarede i perioden november 2017 til juli 2019 spørgeskemaet ud af de 95, som var inkluderet. Det gav en svarprocent på 83.

Ud af de ca. 35.000 kræfttilfælde, der hvert år diagnosticeres i Danmark, er der ca. 570 unge mellem 15-29 år. Der er tale om en lille, men særligt sårbar patientgruppe, hvor ungdomsliv og udviklingsproces afbrydes af livstruende sygdom og belastende kræftbehandling (1). Siden 2002 har WHO opfordret til udviklingen af et ungevenligt sundhedsvæsen, og flere retningslinjer er blevet udarbejdet for at standardisere ungevenlige sundhedsydelse (2,3), se Boks 1.

### Særlige behov opfyldes ikke altid

Undersøgelser viser, at unge med kræft har særlige behov, som ikke altid bliver opfyldt i sundhedsvæsenet, og at de sundhedsprofessionelles tilgang har en betydelig indflydelse på de unges helbredsrelaterede livskvalitet (1,4,5). Sammenlignet med ældre patienter er unge mere utilfredse med deres indlæggelsesforløb på tværs af alle aspekter af patientpleje, og de er mindre tilbøjelige til at rapportere, at de føler sig trygge, behandles med respekt og fortrolighed, har tillid til personalet og bliver inddraget i egen pleje og

behandling (6,7). Internationale erfaringer med at samle unge med kræft på særlige ungeafsnit viser, at unge her i højere grad får den fysiske, psykiske og sociale støtte, de har brug for (8). I Danmark er der kun få hospitalsafdelinger, hvor målgruppen udelukkende er unge med kræft.

### Manglende systematisk fokus

Der har indtil nu ikke været systematisk fokus på unge med kræft som en særlig patientgruppe på kirurgiske afdelinger. Derimod er de en overset minoritetsgruppe blandt ældre patienter, hvor omgivelser, pleje og behandling er målrettet voksne. Modsat har der været stigende fokus på unge med kræft

### Boks 1. Hvornår er man ung?

Ung/ungdom kan generelt defineres som en udviklingsfase i livet mellem barndom og voksenalivet karakteriseret af hurtige biologiske ændringer samt kognitiv og psykosocial modning. Begrebet 'ungdom' og 'unge' er ikke veldefineret, hverken nationalt eller internationalt og spænder bredt i forskningsartikler. WHO definerer unge som personer i alderen 10-24 (begge inkl.), mens unge/unge voksne ofte inden for kræftområdet defineres op til 29 eller 39 år. Begrebet unge eller at være ung indeholder således mange og helt forskelligartede betydninger. Det afgørende er, hvor den unge eller unge voksne er i livet; mange unge voksne i slutningen af 20'erne er i dag fortsat under uddannelse, har endnu ikke dannet familie og lever et 'ungdomsliv'. I denne undersøgelse defineres unge som personer mellem 15 til 29 år på indlæggelsestidspunktet. Undersøgelsen 'At være ung og få kræft' fra Kræftens Bekæmpelse anvender samme aldersgrænse.



på medicinske kræftafdelinger. Derfor er der behov for undersøgelser inden for det kirurgiske regi, som adskiller sig ved typisk at være fast-track forløb med hurtig udskrivelse og sparsom kontakt med lægefagligt personale. Formålet med dette projekt har derfor været at undersøge unge kræftramtes behov og oplevelser under indlæggelse på kirurgisk afdeling.

### Metode

Unge kræftramte indlagt i kirurgisk regi har fysiske, psykiske og sociale fællesnævner på tværs af diagnoser. Projektet blev derfor gennemført i et tværgående samarbejde mellem syv højt specialiserede kirurgiske afdelinger på Rigshospitalet: Afdeling for Hjerter- og Lungekirurgi, Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi, Led- og Knoglekirurgi, Hjerne- og Nervekirurgi, Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling, Organkirurgi og Transplantation samt Urinvejskirurgi.

Projektet er anmeldt til Datatilsynet med projektnummer 05617 under Region Hovedstadens paraplyanmeldelse for Sundhedsvidenskabelig Forskning.

### Deltagere

I undersøgelsen blev 95 unge med kræft mellem 15-29 år inkluderet fra november 2017 til juli 2019. Deltagerne blev inkluderet, hvis de var indlagt til et kirurgisk indgreb og/eller til mindst én overnatning med frysemikroskopisk eller histologisk verificeret kræft på én af de syv kirurgiske afdelinger.

### Dataindsamling

Data blev indsamlet via et uddrag af spørgeskemaet fra undersøgelsen 'At være ung og få kræft' fra Kræftens Bekæmpelse, som afdækker unges behov og oplevelser under sygdom og behandling (1,9). Udvalgelse af 42 spørgsmål med tilhørende underspørgsmål blev foretaget i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse. Spørgeskemaet blev herefter face-valideret på fem unge med kræft under indlæggelse i kirurgisk regi. Spørgeskemaet skulle besvares elektronisk via SurveyXact, og ved manglende besvarelse blev reminder udsendt på mail efter 14 dage. Diagnose og

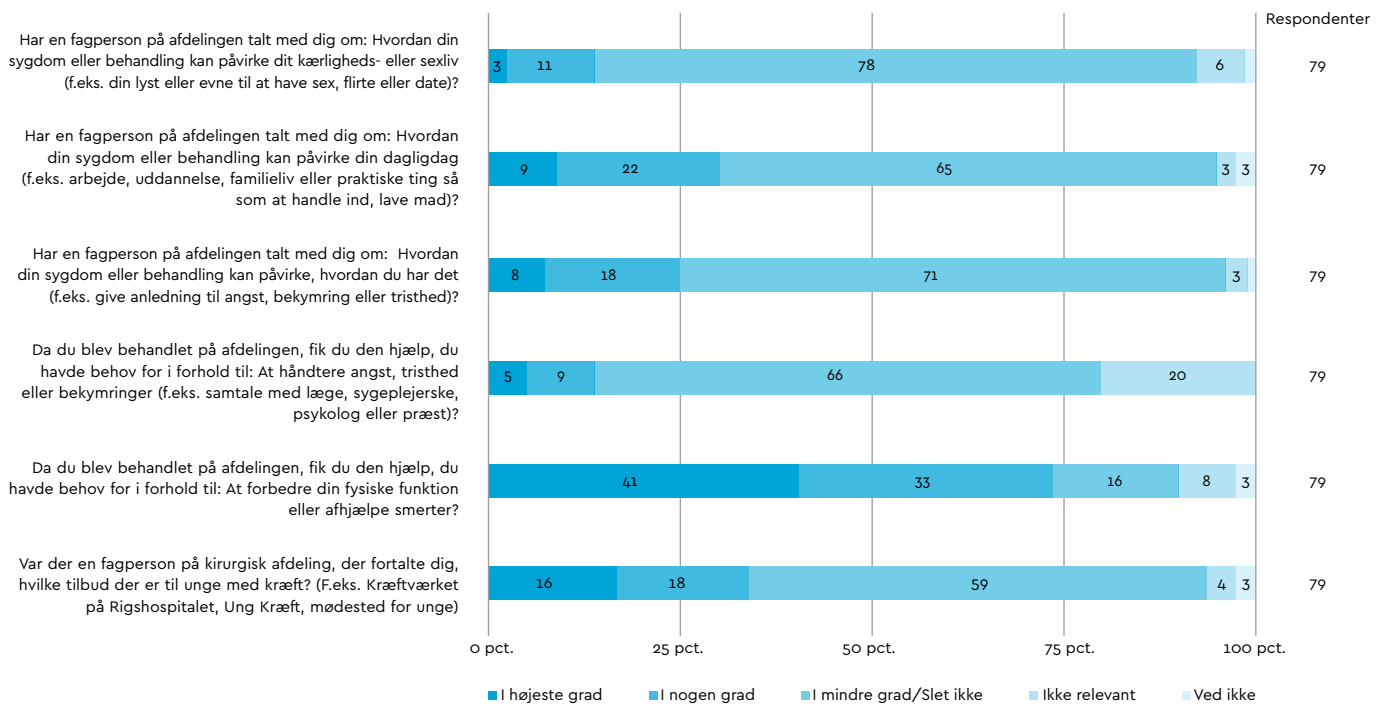
**Tabel 1.** Karakteristik af deltagerne

	n (Pct.)
Total	79 (100)
<b>Køn</b>	
Mand	50 (63,3)
Kvinde	29 (36,7)
<b>Alder</b>	
15-19 år	11 (13,9)
20-24 år	31 (39,2)
25-29 år	37 (46,8)
Mean (SD)	23,9 (3,6)
<b>Civil status</b>	
Single	31(39,2)
Kæreste	44 (55,7)
Gift	4 (5,1)
<b>Børn</b>	
Ja	8 (10,1)
Nej	71 (89,9)
<b>Bopæl</b>	
Hos mor/far	22 (27,9)
Med kæreste/ægtefælle	34 (43,0)
Alene	9 (11,4)
Sammen med andre som ikke er kæreste/ægtefælle	13 (16,5)
Andet	1 (1,3)
<b>Primær diagnose</b>	
Lungekræft	2 (2,5)
Kræft i knogler, led og bindevæv	15 (19,0)
Testikelkræft	19 (24,1)
Lymfom	4 (5,1)
Tarmkræft	1 (1,3)
Hoved-halskræft	8 (10,1)
Modermærkekræft	7 (8,9)
Brystkræft	4 (5,1)
Kræft i hjernen	9 (11,4)
Anden kræft	10 (12,7)
<b>Afdeling<sup>1</sup></b>	
Afdeling for Hjerter- og Lungekirurgi	15 (19)
Afdeling for Urinvejskirurgi	21 (27)
Afdeling for Øre-næse-Halskirurgi og Audiologi	10 (13)
Afdeling for Organkirurgi og Transplantation	3 (4)
Afdeling for Led- og Knoglekirurgi	16 (20)
Afdeling for Hjerne- og Nervekirurgi	10 (13)
Afdeling for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling	17 (22)
<b>Antal indlæggelsesdage</b>	
Median (range)	4 (1-40)

<sup>1</sup> Summerer til mere end 100 pct., da deltagerne har mulighed for at være indlagt på mere end én afdeling.



**Tabel 2.** Angivelse af i hvor høj grad der blev talt om, hvordan sygdom og behandling kunne påvirke deltagerens liv og i hvor høj grad deltagerne fik den hjælp, de havde brug for, opgjort i procent (n=79).



antal indlæggelsesdage blev indsamlet via elektroniske patientjournaler.

### Behandling af data

Deskriptiv statistik samt subgruppeanalyser fordelt på køn, alder, diagnose og indlæggelsesafdeling blev foretaget i softwareprogrammet SAS Enterprise Guide (version 7.1). Chi2-test blev anvendt til at analysere frekvensen ved de kategoriske variable. Spørgsmål med seks svarkategorier i spørgeskemaet blev ændret til fem

i analysen. De to mest negative svarkategorier f.eks. 'i mindre grad' og 'slet ikke' blev slået sammen til én kategori i overensstemmelse med undersøgelsen fra Kræftens Bekæmpelse for at gøre en sammenligning mulig. P-værdier på <0,05 blev anset for at være statistisk signifikante.

### Resultater

#### Karakteristik af deltagere

I alt 79 unge besvarede spørgeskemaet (83 pct.), hvoraf 50 (63,3 pct.) var mænd. Deltagerne havde en gennemsnitsalder på 23,9 år (SD 3,6) og de to hyppigste diagnoser var testikelkræft (n=19, 24,1 pct.) og kræft i knogler, led og bindevæv (n=15, 19 pct.). Den gennemsnitlige indlæggelsestid var fire dage, med en spredning på 1-40 dage, se Tabel 1.

#### Helhedsorienteret hjælp og støtte

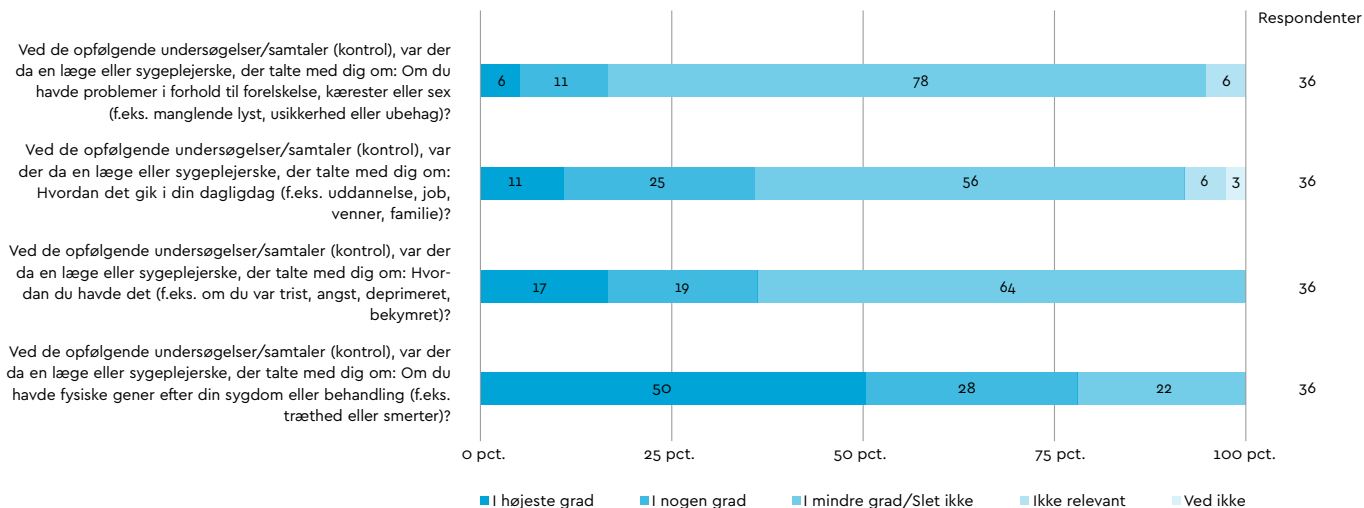
Resultaterne i Tabel 2 illustrerer, i hvor høj grad deltagerne oplevede, at de under indlæggelsen havde mulighed for at tale om, hvordan sygdom og behandling kunne påvirke deres liv.

- Over halvdelen af deltagerne angav, at personalet ikke havde talt med dem om, hvordan sygdom og behandling kunne påvirke deres kærligheds- og sexliv, deres dagligdag og hvordan de havde det, skønt kun 2-5 (3-6 pct.) af de i alt 79 deltagere gav udtryk for, at det ikke var relevant for dem at tale om. To tredjedele oplevede heller ikke at få den hjælp, de havde behov for i forhold til håndtering af angst, tristhed og bekymringer, f.eks. via samtale med læge, sygeplejerske, psykolog eller præst.

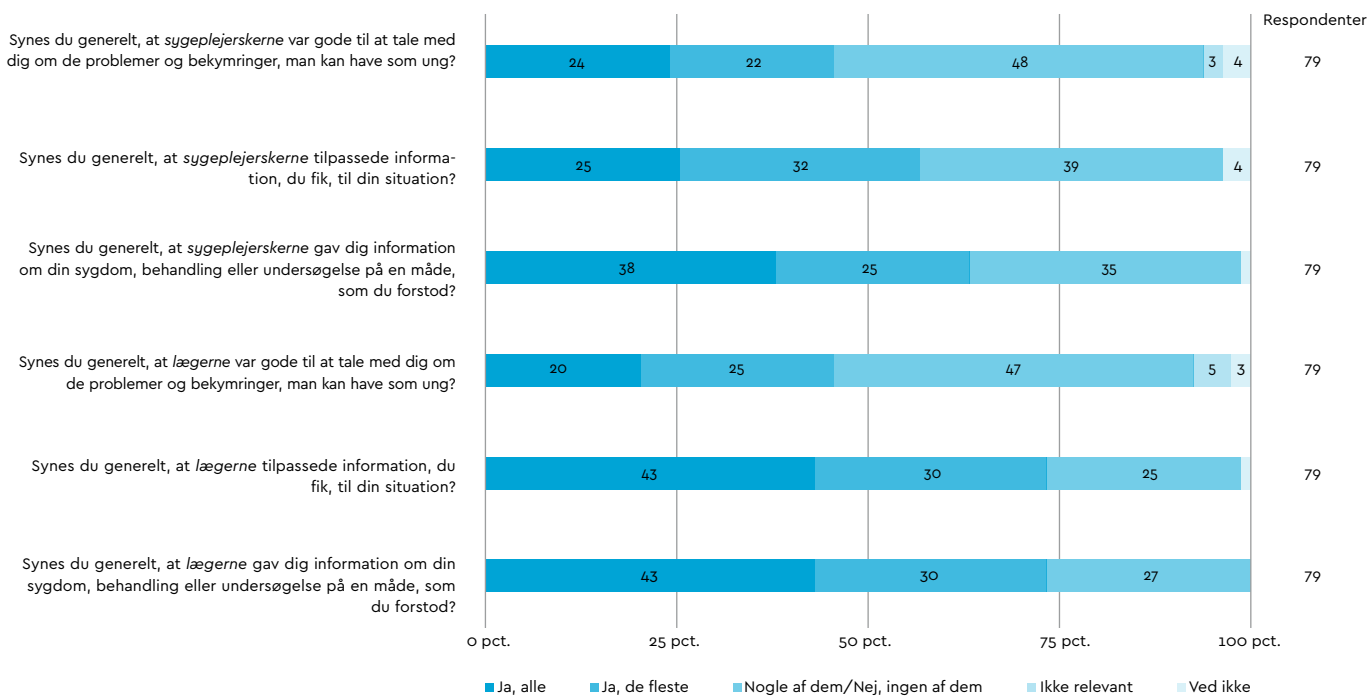


**Unge kræftramte indlagt i kirurgisk regi har fysiske, psykiske og sociale fællesnævner på tværs af diagnoser.**

**Tabel 3.** Angivelse af i hvor høj grad, der ved ambulant kontrol blev talt om, hvordan sygdom og behandling påvirkede deltageres liv indenfor fire forskellige områder, opgjort i procent (n=36).



**Tabel 4.** Angivelse af sygeplejerskers og lægers evne til at kommunikere, opgjort i procent (n=79).



• Med henblik på at forbedre fysisk funktion og afhjælpe smerter svarede deltagerne mere positivt; næsten halvdelen angav, at de i høj grad havde fået hjælp. Over halvdelen (n=47, 59 pct.) gav udtryk for, at de under behandling i kirurgisk regi ikke var blevet informeret om, hvilke tilbud der var til unge med kræft, se Tabel 2. Ud af de 47 deltagere blev der fundet

en forskel i alder; der var flest unge voksne mellem 25-29 år (n=27, 57 pct.) og færrest mellem 15-19 år (n=4, 9 pct.) (p=0,0267), som ikke havde fået information om tilbud. Ca. en fjerdedel af

deltagerne havde dog på eget initiativ opsøgt hjælp f.eks. i form af psykolog, og/eller havde benyttet sig af andre tilbud under behandling eller efter udskrivelse.

- Næsten halvdelen af deltagerne var til ambulant kontrol (n=36, 46 pct.). De fleste af de opfølgende undersøgelser og samtaler blev varetaget af en læge, som kendte deltagerne og deres behandling i forvejen (n=23, 64 pct.). Resultaterne i Tabel 3 viser, at der ikke altid ved de ambulante kontroller blev talt om, hvilke psykosociale problemer der kan opstå efter endt behandling. Størstedelen af deltagerne angav, at personalet ikke havde talt med dem om problemer vedrørende kærligheds- eller sexliv, dagligdagen eller hvordan deltagerne havde det, f.eks. om de var triste, bekymrede, angste eller deprimerede. Fysiske udfordringer, som f.eks. træthed eller smerter, blev i højere grad italesat; halvdelen af

deltagerne angav, at der i høj grad var blevet talt om fysiske gener efter sygdom og behandling, se Tabel 3.

### Sygeplejerskers og lægers evne til kommunikation

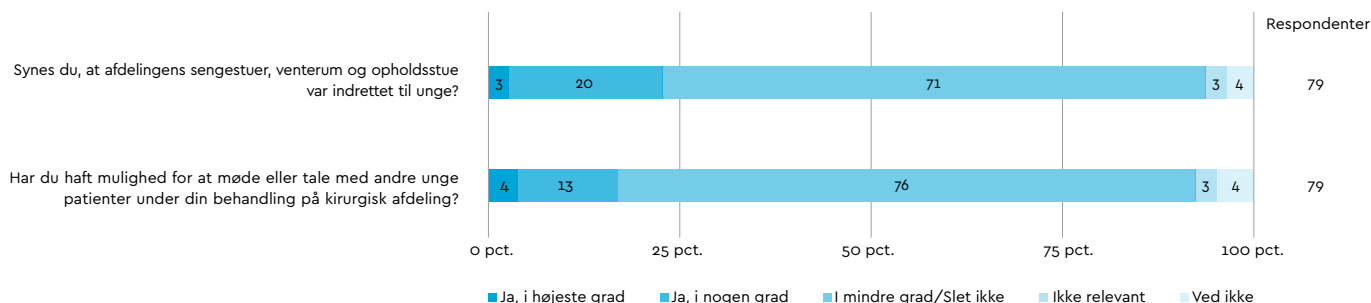
Resultaterne i Tabel 4 viser, at sygeplejerskernes evne til at kommunikere med de unge generelt blev vurderet lidt lavere end lægernes. Næsten halvdelen af de unge oplevede at få eller ingen af sygeplejerskerne var gode til at tale med dem om de problemer og bekymringer, man kan have som ung. Derudover angav over hver tredje, at få eller ingen af sygeplejerskerne tilpassede informationen til deres situation og ikke informerede om sygdom, behandling og undersøgelser på en forståelig måde. Næsten halvdelen vurderede ligeledes, at kun få eller ingen af lægerne evnede at tale med dem om deres problemer og bekymringer. Ca. en fjerdedel oplevede at få eller ingen af lægerne tilpassede informationen til deres situation og ikke gav information på en måde, som deltagerne forstod, se Tabel 4.

Kun 8 unge (10 pct.) angav, at de blev tilbudt at tale alene med en læge eller sygeplejerske uden deres pårørendes tilstedeværelse.

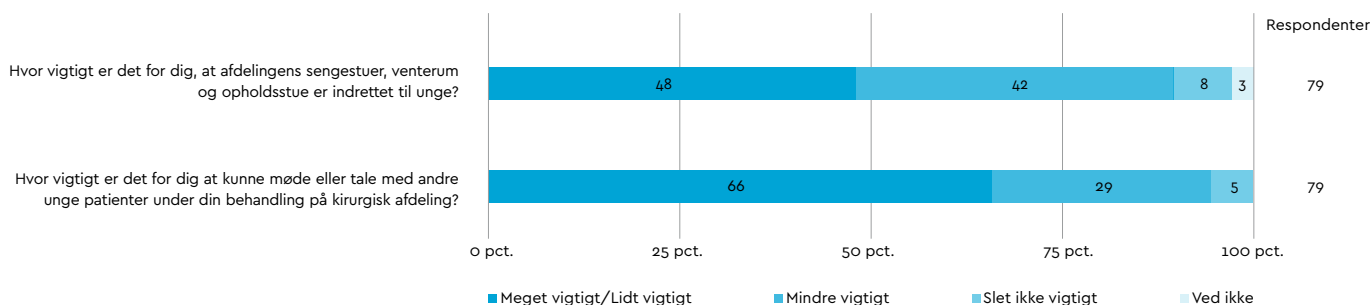
### Fysiske rammer og social kontakt med ligestillede

Deltagerne oplevede af de fysiske rammer og muligheden for social kontakt med andre unge patienter er opgjort i Tabel 5 og Tabel 6. De fleste af deltagerne syntes ikke, at de fysiske rammer som sengestuer, venterum og opholdsstuer var indrettet til unge, men gav samtidig udtryk for, at det var vigtigt. Kun 2 (3 pct.) unge ud af de i alt 79 deltagere svarede, at de i højeste

**Tabel 5.** Angivelse af i hvor høj grad deltagerne oplevede de fysiske rammer som ungevenlige og deres mulighed for social kontakt med andre unge patienter opgjort i procent (n=79).



**Tabel 6.** Angivelse af vigtigheden af ungevenlige fysiske rammer og social kontakt med andre unge patienter opgjort i procent (n=79).





grad vurderede rammerne som ungevenlige. Det samme gjorde sig gældende vedrørende social kontakt med jævnaldrende patienter, hvor størstedelen gav udtryk for, at de ikke havde haft mulighed for at møde eller tale med andre unge, men at social kontakt med jævnaldrende var vigtig for dem.

### Undersøgelsens relevans, styrke og svagheder

Den høje svarprocent på 83 i undersøgelsen kan skyldes, at vi har undersøgt et område, som de unge finder relevant, og som de derfor ønsker at være med til at belyse. Svarprocenten er højere end i andre nationale og internationale spørgeskemaundersøgelser målrettet samme aldersgruppe (1). Den anses derfor for at være tilfredsstillende og er en styrke for undersøgelsens interne validitet. Vi fandt ingen signifikant forskel på deltagere og ikke-deltagere i en bortfaldsanalyse udført på alder og køn. De unge, som ikke deltog, var dog i gennemsnit indlagt i flere dage (median 6).

Deltagerne omfatter en relativt bred gruppe af unge med forskellige kræftdiagnoser og forløb på syv forskellige kirurgiske afdelinger. Den brede studiepopulation ses som en fordel for undersøgelsens eksterne validitet med mulighed for generalisering og overførbare resultater til andre kirurgiske afdelinger. Vi fandt kun få signifikante forskelle i de udarbejdede subgruppeanalyser. En større studiepopulation ville eventuelt have påvist flere forskelle i deltagernes besvarelser på baggrund af alder, køn, diagnose og indlæggelsesafdeling.

### Psykosociale behov ikke opfyldt

Resultaterne fra undersøgelsen bidrager med væsentlig viden om de behov og oplevelser, unge med kræft har under indlæggelse på en kirurgisk afdeling. Vi fandt, at en del af de unge ikke fik opfyldt deres psykosociale behov i tilstrækkeligt omfang, og at det fysiske og sociale miljø ikke blev opfattet som ungevenligt. Sammenlignes resultaterne med fund fra den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse 'At være ung og få kræft' fra Kræftens Bekæmpelse, ses det, at det er indenfor de samme områder, de unge svarer negativt, og der således er et udviklingspotentiale (1). Deltagerne i vores undersøgelse svarede dog generelt mere negativt på størstedelen af spørgsmålene. Årsagen til denne forskel er ukendt og kan skyldes forskellige parametre. De fleste af deltagerne fra Kræftens Bekæmpelses undersøgelse havde størstedelen af deres forløb på medicinske kræftafdelinger, men om forskellen netop skyldes det manglende fokus på unge med kræft i kirurgisk regi er uvist. Resultaterne fra Kræftens Bekæmpelse udkom i 2015 for at fremme udviklingen og sikre bedre forhold for unge med kræft i sundhedsvæsenet. Resultaterne fra vores spørgeskemaundersøgelse tyder dog på, at denne udvikling ikke er forløbet planmæssigt på de kirurgiske afdelinger, og at fokus i højere grad fremover også bør rettes mod unge med kræft indlagt i kirurgisk regi.

### Udviklingstilpasset kommunikation er afgørende

Studier har vist, at de sundhedsprofessionelles tilgang har betydelig indflydelse på unge, kræftramtes helbredsrelaterede livskvalitet under og efter be-

handling (4,5). Kommunikation patient og sundhedsprofessionel imellem er beskrevet som essentiel for oplevelsen af kontrol og mestring af sygdom, ligesom alderstilpasset information påvirker oplevelsen af tillid til personalet (1).

Resultaterne fra vores spørgeskemaundersøgelse viser, at flere af de unge havde en oplevelse af, at særligt sygeplejerskerne ikke altid var gode til at tale om aldersrelaterede problemer, og at information ikke blev givet på en forståelig måde tilpasset den enkeltes situation. I undersøgelsen fra Kræftens Bekæmpelse blev sygeplejerskernes evne til at kommunikere med de unge omvendt vurderet højere end lægernes. Selvom kommunikation er et tværfagligt ansvar, er det ofte det sygeplejefaglige personale på de kirurgiske afdelinger, som taler og tilbringer mest tid sammen med patienterne, hvilket betyder, at de har mulighed for at støtte og hjælpe de unge. Det kan dog være vanskeligt at kommunikere med unge, hvis man ikke har de nødvendige kompetencer. En interviewundersøgelse med 15 af de unge indlagt på de syv kirurgiske afdelinger fandt, at de unge oplevede at blive mødt som voksne, og at der blev stillet krav, som kunne være svære at håndtere. De kunne mærke, at sygeplejerskerne ikke var vant til at kommunikere med unge, hvilket resulterede i situationer, hvor de unge blev utrygge, nervøse og/eller fik overskredet grænser (10).

Pleje og behandling af unge med kræft er ikke det samme som pleje af voksne, og uden mere opmærksomhed og træning inden for området er det svært at imødekomme afgørende aldersspecifikke forskelle.

### Behov for helhedsorienteret hjælp og støtte

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen illustrerede, at unge med kræft har behov for helhedsorienteret hjælp og støtte under og efter indlæggelse på kirurgisk afdeling. Resultaterne viste imidlertid udækkede psykosociale behov. Det stemmer overens med resultaterne fra interviewundersøgelsen, hvor de unge netop efterspurgte, at tid med det syge-



... unge med kræft har behov for helhedsorienteret hjælp og støtte under og efter indlæggelse på kirurgisk afdeling.



plejefaglige personale blev anvendt til andet end praktiske opgaver og instrumentel pleje, da det mentale og følelsesmæssige fyldte (10). Samtale om livet uden for hospitalet kunne være med til at opretholde en form for normalitet under indlæggelsen, og de unge efterspurgte derfor samtale om det normale liv (10). Helhedsorienteret behandling med fokus på hele den unges liv er således essentiel og tillige beskrevet i de fem danske anbefalinger til 'Et Ungevenligt Sundhedsvæsen' (3).

Unge indlæggelsesforløb er komplekse, og det er vigtigt, at unge med kræft får kontakt med sundhedsprofessionelle, som kender til deres særlige sociale og psykologiske behov. Der findes kun sparsomt med studier med fokus på, hvilke kvalifikationer der kræves for at arbejde med unge med kræft, men personalekompetencer, udviklingstilpasset kommunikation, inddragelse og fokus på ungdomsliv og mental sundhed er nogle af nøgleelementerne i anbefalingerne for et Ungevenligt Sundhedsvæsen (3).

### Vigtigt med uddannelse og kompetenceudvikling

På baggrund af resultaterne fra både spørgeskema- og interviewundersøgelsen (10) er nye, ungevenlige indsatser blevet udviklet og afprøvet på fem af de kirurgiske afdelinger med henblik på i højere grad at kunne imødekomme unge kræftramtes psykosociale behov under indlæggelse. Sygeplejersker på de kirurgiske afdelinger er blevet uddannet til at varetage en funktion som ungeansvarlige og står for at afholde samtaler med de unge under indlæggelse og efter udskrivelse.

Resultaterne har været med til at skabe opmærksomhed på vigtigheden af uddannelse og kompetenceudvikling inden for ungetilpasset kirurgisk sygepleje og har medført, at unge med kræft indlagt på de kirurgiske afdelinger på Rigshospitalet nu i højere grad modtager en udviklingstilpasset pleje. ●



**... de unge oplevede at blive mødt som voksne, og at der blev stillet krav, som kunne være svære at håndtere.**

*Diskuter, hvilket fokus I har på unge på jeres afdeling.*

*Hvordan sikrer I fremadrettet, at unge får opfyldt deres behov under indlæggelse?*

*Hvordan vil I fremme de unges mulighed for at tale om emner af psykosocial karakter?*

1. Sperling CD, Petersen G, Andersen A, et al. At være ung og få kræft. En spørgeskemaundersøgelse af de unges behov og oplevelser under og efter sygdom og behandling. *Kræftens Bekæmpelse*. 2015 [Cited 2021 Aug 03]. <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/5166/1450034259/at-vaere-ung-og-faa-kræft-2015.pdf>. 2. WHO. Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. World Health Organization department of Maternal, Child, and Adolescent Health (MCA). 2012. [Cited 2021 Aug 03] [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594\\_eng.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf;sequence=1). 3. Thomsen EL, Hertz PG, Blix C, et al. Danske anbefalinger til et ungevenligt sundhedsvæsen. *Fag & Forskning*. 2020;52-7. 4. Marshall S, Grinyer A, Limmer M. The Experience of Adolescents and Young Adults Treated for Cancer in an Adult Setting: A Review of the Literature. *JAYAO*. 2018;7(3):283-291. 5. Smith AW, Parsons HM, Kent EE, et al. Unmet Support Service Needs and Health-Related Quality of Life among Adolescents and Young Adults with Cancer: The AYA HOPE Study. *Front Oncol*. 2013;3:75-75. 6. Grønvold M, Pedersen C, Jensen C, et al. Kræftpatientens verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. *Kræftens Bekæmpelse*; 2006. [Cited 2021 Aug 03] <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/7/6827/1511770585/bilag-4.-patientensverdenhelerappjuli2006.pdf>. 7. Hargreaves DS, Sizmur S, Viner RM. Do Young and Older Adults Have Different Health Care Priorities? Evidence From a National Survey of English Inpatients. *J Adolesc Health*. 2012;51(5):528-32. 8. Viner RM. Do Adolescent Inpatient Wards Make a Difference? Findings From a National Young Patient Survey. *Pediatrics*. 2007;120(4):749-55. 9. Sperling CD, Petersen GS, Hølge-Hazelton B, et al. Being Young and Getting Cancer: Development of a Questionnaire Reflecting the Needs and Experiences of Adolescents and Young Adults with Cancer. *JAYAO*. 2017;6(1):171-7. 10. Olesen AMR, Missel M, Boisen KA. The Needs and Care Experiences of Adolescents and Young Adults Treated for Cancer in Adult Surgery Clinics: A Qualitative Study. *JAYAO*. 2021. doi:10.1089/jayao.2021.0010. **En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til første forfatter**

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).



**ANDERS JUHL**

**LANGSCHEIDEL RASMUSSEN**

Cand.mag. i dansk og filosofi 2008. Ph.d. i dansk litteratur 2011 og lektor i narrativ medicin ved Institut for Kulturvidenskaber, Syddansk Universitet.

[ajr@sdu.dk](mailto:ajr@sdu.dk)



**KATARINA BERNHARDSSON**

Ph.d. i litteraturvidenskab 2010. Lektor i medicinsk humaniora ved Språk- och Litteraturcentrum og stedfortrædende leder af Birgit Rausing Centrum för Medicinsk Humaniora, Lunds Universitet.



**HILDE BONDEVIK**

Ph.d. i idéhistorie 2007. Professor i medicinsk- og helsefaglig humaniora ved Institutt for Helse og Samfunn, Det Medisinske Fakultetet, Universitetet i Oslo.



**JEANETTE BRESSON  
LAEGAARD KNOX**

Ph.d. 2015, mag.art. i filosofi 1998. Lektor i medicinsk etik og humanistisk sundhedsfilosofi ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

# Sundheds- humaniora i sygepleje

Et overblik over udviklingen inden for narrativ medicin og sundhedshumaniora skaber indsigt i den historiske baggrund og tegner fremtidige muligheder for sygepleje.



## RESUME

I de senere år er fagfeltet "Narrativ medicin" vokset frem som en forlængelse af den humanistiske sundhedsforskning i Danmark og en engelsk-amerikansk bevægelse. Også i Sverige og Norge vokser medicinsk humaniora i udbredelse og indflydelse som forskningsfelt, ikke mindst på de sundhedsfaglige og medicinske uddannelser. Samtidig vinder ny interventionsforskning frem med

filosofisk dialog, fælleslæsning og kreativ skrivning for mennesker i rehabilitering, i recovery eller i risikogrupper.

Fokus har indtil videre primært været rettet mod højnelse af lægers narrative kompetence og patienters livskvalitet, men måske er tiden moden til også at udvikle en narrativ praksis for sygeplejersker.

**D** Sygeplejersker har længe interesseret sig for skønlitteraturen som en kilde til at finde nye erkendelser om og medmenneskelig indlevelse i patienter, sygdom, behandling, pleje og omsorg. På kurser om sundhedshumaniora i Danmark og i de nordiske lande deltager sygeplejersker i et stigende antal, og i 2019 udgav Dansk Sygeplejeråd podcasten 'Noveller, poesi og patienter', som inviterede indenfor til en forelæsning på Syddansk Universitet om narrativ medicin. Udgivelsen af den nye antologi 'Narrativ medicin i uddannelse og praksis' (1) markerer state of the art inden for området. (Bogen er anmeldt i *Sygeplejersken* nr. 10/2021, red.).

### Spør tilbage til midten af 1980'erne

Den humanistiske sundhedsforskning i Danmark kan spores tilbage til midten af 1980'erne, hvor bl.a. det litterære tidsskrift 'Kritik' udgav et temanummer om humaniora og medicin med bidrag fra datidens førende

psykiatere ved Rigshospitalet, Joseph Welner og Thorkil Vanggaard.

Førstnævnte havde kort forinden defineret feltet 'psykologisk medicin'. Nogle år senere definerede den kliniske psykolog Peter Elsass feltet "sundhedspsykologi" som et nyt fagfelt i Danmark. Elsass var igen 10 år senere med til at definere den humanistiske sundhedsforskning, et bredere forskningsfelt, hvor discipliner som antropologi, psykologi, filosofi, historie, sociologi og lingvistik skulle forme og præge den mere og mere naturvidenskabeligt orienterede sundhedsforskning.

Parallelt hermed var filosofen Uffe Juul Jensen hovedaktør i oprettelsen af Center for Humanistisk Sundhedsforskning på Aarhus Universitet.

Siden, i 2006, udgav den amerikanske læge Rita Charon, som har en ph.d. i litteratur, bogen 'Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness' (2). Med narrativ medicin forstod Charon en specialisering af læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle i at lytte opmærksomt, nysgerrigt og kritisk til patientens problemer snarere end at ville 'fikse' dem og udskrive medicin.

Sygdom opfattes i narrativ medicin som nært sammenhængende med psykologiske, sociale og eksistentielle forhold hos den enkelte. Denne kompetence i fordomsfri lydhørhed over for og forståelse af historiers struktur kaldes 'narrativ', og den kan ifølge Charon udvikles gennem nærlæsning af skønlitteratur og kreativ skrivning.

Med narrativ medicin er både humanioras litteraturstudier med metoder som nærlæsning eller fælleslæsning og kreativ eller refleksiv skrivning og skønlitteraturen som kunstart nu blevet en del af den humanistiske sundhedsforskning, eller hvad der nu oftere kaldes sundhedshumaniora.

I England har der sideløbende været en retning frem mod en narrativt baseret praksis, bl.a. defineret af alment praktiserende læge John Launer i f.eks. 'Narrative-Based Practice in Health and Social Care' (3).

### **Bemærkelsesværdig vækst i sundhedshumaniora**

Sundhedshumaniora oplever i disse år en bemærkelsesværdig vækst i de nordiske lande. I Sverige er der etableret tre centre i medicinsk humaniora i Linköping, Uppsala og Lund – på Lunds Universitet med et vist fokus på narrativ medicin. Både valgfag på lægeuddannelsen i medicinsk humaniora, obligatoriske elementer for alle lægestuderende og efteruddannelseskurser udbydes i Lund. Vigtige pædagogiske indsatser inden for narrativ medicin er på svensk udøvet af Merete Mazzarella og Anders Palm, begge professorer i litteratur, og fremtrædende forskere er bl.a. filosofen Fredrik Svenaeus, psykologipro-



## **Sygdom opfattes i narrativ medicin som nært sammenhængende med psykologiske, sociale og eksistentielle forhold hos den enkelte.**

I de seneste år er der opstået flere forskergrupper med en profil inden for sundhedshumaniora eller narrativ medicin på universiteterne bl.a. i Oslo og i Tromsø. Og når det gælder kreativ skrivning med relevans for ældreomsorg og sundhedsfaglige uddannelser, findes der vigtig forskning, og senest har bl.a. litteraten Oddgeir Synnes i samarbejde med Hilde Bondevik arbejdet med kreativ skrivning rettet mod sårbare grupper som unge voksne med psykose, og personer, som har været ramt af kræft.

### **Udbud af valgfag, kurser og efteruddannelse**

I Danmark udbyder både Aarhus og Københavns Universitet valgfag i humanistisk sundhedsforskning med inddragelse af litteratur og film på lægeuddannelsen, og på Syddansk Universitet er narrativ medicin indført som obligatorisk kursus på lægeuddannelsens 2. semester. Narrativ medicin udbydes desuden som et valgfag på de fem sundhedsfaglige kandidatuddannelser, som i høj grad søges af sygeplejersker med en bacheloruddannelse.

Desuden er der taget initiativ til et efteruddannelseskursus i narrativ medicin for sundhedsprofessionelle i regi af Region Hovedstaden. Yderligere påbegyndte Jeanette Bresson Ladegaard Knox i efteråret et forskningsprojekt, der vil undersøge, hvordan scenekunst og museumsbesøg kan styrke mental og social trivsel hos børn med cerebral parese.

### **Nordic Network for Narratives in Medicine**

Megen af denne nye forskning og undervisning understøttes af Nordic Network for Narratives in Medicine, et netværk, som i 2017 blev reetableret af forskere ved Syddansk Universitet. Næste år overgår ledelsen af netværket til Lunds Universitet, der med en usædvanlig stor, privat donation har skabt et center for medicinsk humaniora ledet af Martin Garwicz, professor i neurofysiologi, og litteraten Katarina Bernhardsson. Styregruppen af netværket i perioden 2017-2021 er de fire forfattere af denne artikel.

Formålet med netværket har været at skabe samling på den del af Nordens humanistiske sundhedsforskning, der har fokus på narrativer i medicin og at fremme denne forsknings kvalitet lige fra et individuelt, lokalt til et kollektivt, interskandinavisk niveau. Gennem netværkets indsats er afstanden mellem forskere, klinikere og andre interesserede blevet kortere.

### **Initiativ til internationalt netværk**

På interkontinentalt niveau har Rita Charon og hendes kolleger ved Columbia University i New York i år taget initiativ til netværket Narrative Medicine Inter-

fessor Lars-Christer Hydén, psykiateren Rolf Ahlzén samt litteraten Katarina Bernhardsson.

### **Fra teori til praksis**

I Norge har bl.a. litteraturprofessor Petter Aaslestadts arbejde med at analysere psykiateres journaler været en vigtig inspiration for mange, som arbejder inden for feltet. Ligeledes har miljøet omkring litteraturprofessor Knut Stene-Johansen og projektet 'Illness in Context' ydet væsentlige bidrag, både når det gælder forskning og undervisning.

national, et netværk som endnu er ved at finde sin form. Indtil videre er deltagerne overvejende fra europæiske universiteter i England, Frankrig, Portugal, Italien, Tyskland, Polen, Grækenland og de nordiske lande.

At narrativ medicin og sundhedshumaniora er i vækst, på trods af at sundhedsvidenskaben generelt bevæger sig imod mere biomedicinsk, kvantitativ, evidensbaseret og specialiseret laboratorieforskning, markeres ved fire nye bogudgivelser.

Parallelt med at forskere fra Lunds Universitet har samlet deres pædagogiske erfaringer med at undervise i medicinsk humaniora på lægeuddannelsen i 'Litteratur & Läkekunst' (4), har forskere overvejende fra Syddansk Universitet udgivet antologien 'Narrativ medicin i uddannelse og praksis' (1) for læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Den danske antologi med forord af Rita Charon indeholder oversatte kapitler af førende, amerikanske forskere, og de danske bidrag præsenterer narrativ medicin i undervisningen af læger og sygeplejersker, i klinisk praksis hos mennesker med f.eks. alkoholafhængighed og i eksperimentelle interventioner med filosofisk dialog, fælleslæsning eller kreativ skrivning.

Sommetider benævnes sådanne interventioner med skønlitteratur for narrativ medicin eller sundhedshumaniora, andre gange kaldes de biblioterapi. Cecilia Petterson har defineret feltet biblioterapi i Sverige, hvilket bl.a. indebærer fælleslæsning af skønlitteratur i små grupper styret af en facilitator (5).

Endelig har en antologi, 'Skrivning og sundhed' (6) redigeret af forskere fra Aarhus Universitet, samlet danske erfaringer med interventioner, hvor faciliteret, kreativ skrivning i små grupper er testet og evalueret. Fælles for biblioterapi og kreativ skrivning er, at de kan tilbydes en række vidt forskellige målgrupper lige fra socialt udsatte og ensomme ældre til mennesker i rehabilitering eller recovery.

### Narrativ medicin som tværfaglig nyskabelse

At arbejde med narrative metoder inden for humanistisk sundhedsforskning er ikke nyt. Antropolog og psykiater Arthur Kleinman introducerede

Når patienter og pårørende ikke føler sig set, hørt og forstået i sundhedsvæsenet, er det måske fordi opfattelsen af, hvad der er væsentligt, ikke er ens for professionelle og patienter. Bøger, artikler og digte kan gennem læsning og diskussion belyse, hvordan sygdom og lidelse kan tolkes og forstås, og dermed give læserne nye perspektiver på at være patient.

en narrativ opmærksomhed på patienters fortællinger allerede i slutningen af 1980'erne, og hvis man læser Peter Elsass' introduktion til sundhedspsykologien i Danmark, finder man glimrende omend kortfattede betragtninger om sygdomsnarrativer. Antropologen Cheryl Mattingly har skrevet om vigtigheden af at hjælpe mennesker til at danne narrative plotstrukturer i forbindelse med det ergoterapeutiske arbejde, og sociologen



**Overført på sygeplejen kan læsningen af litteratur give indsigt i, hvordan mennesker skaber sammenhænge og mening ...**





Arthur Frank har beskrevet den narrative typologi, der kendetegner de historier, mennesker med alvorlig sygdom fortæller.

Senest har Frank undersøgt betydningen af at læse Shakespeares dramatik med patienter og andre sårbare (1). Orienteringen mod det narrative i narrativ medicin synes egentlig ikke at være et nybrud, og så alligevel. Ingen har som Rita Charon overbevist studerende, klinikere og institutioner om, at læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle skulle have kurser i at nærlæse skønlitteratur og skrive kreativt endsige evnet at udvikle en pædagogisk model, som gør disse kurser til en succes blandt studerende og sundhedsprofessionelle.

### Boks 1. Fokuspunkter

Fokus for et narrativt baseret mindset ifølge den engelske læge John Launer. Hans hensigt er at etablere en ligeværdig samtale med patienten snarere end diagnose og behandling. Man skal i givet fald huske de syv stikord, der alle begynder med "c" på engelsk:

#### 1. Conversation (Samtale)

#### 2. Curiosity (Nysgerrighed)

#### 3. Contexts (Kontekster)

#### 4. Complexity (Kompleksitet)

#### 5. Challenge (Udfordring)

#### 6. Caution (Forsigtighed)

#### 7. Care (Omsorg)

Hendes fortjeneste er at have stillet sig i spidsen for en faglig og didaktisk udvikling af feltet, der vinder stadig større udbredelse verden over.

### Evidensbaseret narrativ medicin?

Kunne man så omvendt indvende, at sådanne kurser godt nok virker innovative, men at de i virkeligheden ikke tjener et formål på evidensbaserede uddannelser? Man kan i hvert fald indvende, at det er og nok altid vil være vanskeligt at dokumentere deres effekt i klinisk praksis. Mange, især kvalitative studier, har gennem observation, interview og med forskellige spørgeskemaer forsøgt at dokumentere effekter vedrørende empati, egenomsorg, fordomme, stigmatisering, kommunikation, kritisk refleksion og kollegialitet.

To systematiske reviews (7,8) har sammenfattet disse studier, og konklusionerne er relativt positive, men alligevel kan der fra et rent naturvidenskabeligt synspunkt sættes spørgsmålstegn ved evidensbaseringen af narrativ medicin. Det bedste forsvar for kurserne er, at hvis formålet med dem er at styrke en narrativ kompetence, der vil kunne supplere og styrke den biomedicinske kompetence, kan deres udbytte ikke måles ud fra de samme standarder.

Men den positivistiske videnskabsteori, hvis intention er at eliminere det subjektive skøn, dvs. patienters oplevelse af og historier om sygdom og lidelse, bør ikke være – og har måske aldrig været – den eneste standard for sundhedsprofessionelles uddannelse og praksis.

Ganske vist kan patientens historie indimellem lede denne på vildspor; narrativ medicin er naturligvis ikke en naiv eller ukritisk praksis, men det er en fejlslutning at udelukke historiers meningsskabende betydning og diagnostiske potentiale af den grund. Identitet, anerkendelse og selvværd er for mange mennesker båret af de historier, de selv fortæller, og som bliver fortalt om dem, om end det muligvis ikke gælder for alle.

### Klinisk arbejde underteoretiseret

Hvordan en narrativ kompetence benyttes i den kliniske, lægefaglige praksis på hospitalerne, findes der illustrative eksempler på hos Rita Charon og andre (2,9). Man kunne imidlertid godt hævde, at selve det kliniske arbejde med narrativerne stadigvæk er underteoretiseret i narrativ medicin.

En af dem, som kommer tættest på at teoretisere over, hvordan narrativ viden fungerer i klinisk praksis, er litteraturprofessor Ronald Schleifer. Han har bl.a. argumenteret for, at sundhedsprofessionelles erhvervede indsigt i narrativs struktur, dvs. det forhold, at narrativer typisk indeholder nogle faste elementer, kan hjælpe dem til at genkende denne struktur i deres patienters fortællinger (1). Hvis en patient bevidst eller ubevidst udelader et forventet element i historien, kan lægen eller sygeplejersken med sin narrative kompetence opfatte udeladelsen og spørge ind til den. Den professionelle uden narrativ kompetence vil til gengæld overse eller overhøre denne muligvis afgørende udeladelse.

### Indsigt i, hvordan mennesker skaber sammenhænge

Læsning af litterære narrativer opøver desuden en evne til at aflæse karakterer og de personlige egenskaber, som disse karakterer besidder, og til at forstå, hvad de betyder for vedkommende. Læsning skaber en distance mellem karakteren og læseren på trods af hændelser, som kan være genkendelige for læseren, men som læseren ikke selv har gjort sig. Denne distance kan paradoksalt nok hjælpe læseren med at forstå karakteren nærmere og på dennes egne betingelser.

Overført på sygeplejen kan læsningen af litteratur give indsigt i, hvordan mennesker skaber sammenhænge og mening samt efterlever værdier og dermed sanser og fortolker verden. Det kan således understøtte patientens selvforståelse og fornemmelse af at blive anerkendt på egne præmisser, og en narrativ kompetence vil danne grundlag for en åben, nysgerrig tilgang til patienten og alle de relationelle og kontekstuelle forhold, som uundgåeligt spiller ind.

### Narrativt baseret sygepleje

En anden måde, sygeplejerskerne kan fastholde opmærksomhed på patienters historier, finder inspiration hos den engelske læge John Launer, som har forsøgt at teoretisere over, hvilke teknikker der benyttes i den narrativt baserede praksis hos alment praktiserende læger. En narrativt baseret sygepleje vil kunne tilpasses hans idé om at følge et mindset, hvor fokus er på en ligeværdig samtale med patienten snarere end diagnose og behandling. Man skal i givet fald huske 'conversation', 'curiosity', 'contexts', 'complexity', 'challenge', 'caution' og 'care', alle syv stikord begynder med c på engelsk, se Boks 1.

En narrativ kompetence vil kunne understøtte og måske endda stimulere den empatiske pleje og den sundhedsfaglige, kliniske kompetence, som allerede ligger i sygeplejefaget. Denne kompetence kunne man tænke sig indøvet gennem uddannelse, som det sker i valgfaget "Narrativ medicin" på de sundhedsfaglige kandidatuddannelser ved Syddansk Universitet. Man kunne også tænke sig, at faget "Narrativt baseret sygepleje" blev obligatorisk på danske universiteters sygeplejeuddannelser. På baggrund af de aktuelle erfaringer fra de nordiske lande kunne man ligeledes forestille sig nye initiativer til afholdelse af en interskandinavisk workshop, masterclass, sommerskole eller lignende med introduktion til og fordybelse i narrativer, kunst, medicin og sundhed. ●



**... man kunne også tænke sig, at faget 'Narrativt baseret sygepleje' blev obligatorisk på danske universiteters sygeplejeuddannelser.**



*Diskuter jeres eventuelle erfaringer med narrativ medicin eller sundhedshumaniora.*

*Overvej, hvordan læsning af skønlitteratur og kreativ skrivning kan tilpasses jeres arbejdskultur.*

*Drøft egne eksempler på skønlitteratur, som kan danne afsæt for diskussioner om patienters oplevelse af sygdom eller sygepleje.*

1. Rasmussen AJ, Mai AM, Hansen HP (red.). *Narrativ medicin i uddannelse og praksis*. København: Gads Forlag 2021. 2. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press 2006. 3. Launer J. *Narrative-based practice in health and social care: conversations inviting Change*. London: Routledge 2018. 4. Bernhardsson K, Lundin I, Stenbeck E. *Litteratur & läkekonst. Nio seminarier i medicinsk humaniora*. Göteborg: Makadam Förlag 2021. 5. Petterson C. *Biblioterapi: hälsofrämjande läsning i teori och praktik*. Appel Förlag 2020. 6. Jespersen MR, Gammelgaard LR, Uldbjerg S (red.). *Skrivning og sundhed*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag 2021. 7. Milota MM, van Thiel GJM, van Delden JJM. *Narrative medicine as a medical education tool: a systematic review*. *Med Teach*; 2019; 41(7):802-10. 8. Remein CD et al. *Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019*. *BMJ Open*; 2020; 10(1):e031568. 9. Charon R, DasGupta S, Hermann N, Irvine C, Marcus ER, Colón ER, Spencer D, Spiegel M. *The principles and practice of narrative medicine*. New York: Oxford University Press 2017. 10. Zahavi D. *A sage on the ward*. Aeon, 24.9.2019. Lokaliseret på [www.aeon.co](http://www.aeon.co)

**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).



### VIBEKE SODE

Klinisk diætist 1997. Cand.scient. i klinisk ernæring 2008. Bred klinisk erfaring som diætist fra intern medicin og psykiatri 1998-2012. Har deltaget i udvikling af forløbsprogrammer under Region Hovedstaden. Diætist i Center for Kræft og Sundhed København siden 2012.

[A43N@kk.dk](mailto:A43N@kk.dk)



### BELL MØLLER

Sygeplejerske 1993. Har været i det onkologiske speciale siden 1996, ernærings- og sygeplejerske 2007-2012, medlem af FSK's bestyrelse 2010-2013, repræsentant for FSK i ernærings-samarbejdet Kost og Cancer 2012-2018. Sygeplejerske i Center for Kræft og Sundhed København siden 2012.



### JETTE VIBE-PETERSEN

Cand.med. 1984. Speciallæge i intern medicin 1996. Har hovedsageligt arbejdet inden for specialerne onkologi og endokrinologi. Centerchef for Center for Kræft og Sundhed København fra 2006 til 2020. Har været medlem af SST Udvalg for Kræft.

## RESUME

Utilsigtet vægttab er den hyppigste ernæringsdiagnose for borgere henvist til diætist i Center for Kræft og Sundhed København (CKSK). 34 pct. af de borgere, som i 2018 deltog i et forløb i centeret, havde behov for diætvejledning, viser en opgørelse.

Vægttabet er ofte ledsaget af andre ernæringsdiagnoser, funktionstab og psykosociale udfordringer. Diætisten giver specifik vejledning om kost og ernæring og inddrager hensyntagen til andre samtidige sygdomme.

Artiklen beskriver med baggrund i to cases det tværfaglige samarbejde relateret til ernæring hos borgere, som deltager i et kommunalt rehabiliteringsforløb i forbindelse med behandling af kræftsygdom. Der er særligt fokus på borgere i ernæringsrisiko og en uddybning af de diætiske indsatsområder.

Komplekse sygdomsforløb med flere ernæringsdiagnoser indebærer som udgangspunkt et tæt samarbejde mellem sygeplejerske, diætist samt ergo- og fysioterapeuter.

Der er behov for ernæringsindsatser og tværfaglige kompetencer i alle stadier af kræftpatienters sygdomsforløb, hvis man skal i mål med rehabilitering af borgere i ernæringsrisiko.



# ERNÆRING

## - et tværfagligt indsatsområde

Sufficient ernæring er en forudsætning for at kunne fastholde og forbedre funktionsniveau og livskvalitet for at opnå et godt hverdagsliv. Derfor bør kommunal rehabilitering af kræftpatienter indeholde kompetente og tværfaglige indsatser målrettet kost og ernæring.

Artiklens formål er at belyse kræftpatienters rehabiliteringsbehov i forhold til ernæring baseret på kommunal praksiserfaring (4). Data fra Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) er opgjort for de borgere, som i 2018 deltog i et rehabiliteringsforløb og modtog vejledning ved diætist. Artiklen beskriver med baggrund i to cases cen-

tre tværfaglige samarbejde relateret til ernæring og uddyber de diætetiske indsatsområder med særligt fokus på borgere i ernæringsrisiko.

For at beskrive borgernes rehabiliteringsbehov i forhold til ernæring er der i CKSK indsamlet data for ernæringsstatus for 848 borgere, som efter henvisning fra hospital eller almen praksis er mødt op til min. en kræftrehabiliterende indsats i perioden fra den 1. januar til den 31. december 2018.

Hovedparten af de fremmødte er henvist inden for de første tre måneder efter diagnosticering af deres kræftsygdom. Omtrent 30 pct. er henvist med tilbagefald af tidligere kræftsygdom, og heraf er en mindre

andel i sen palliativ fase. Omkring halvdelen af borgerne har mindst én anden kronisk sygdom (komorbiditet).

### Opmærksomhed på utilsigtet vægttab nødvendigt

Figurerne 1 og 2 viser BMI og oplyst vægtudvikling over de seneste seks måneder ved forløbsstart for borgere, som påbegyndte rehabiliteringsforløb i CKSK i 2018 (n=848).

Selvom majoriteten af borgerne er normal- eller overvægtige, beskriver 28 pct. et vægttab på over fem pct. allerede ved forløbsstart. Det er vigtigt at have opmærksomhed på et utilsigtet vægttab, som trods normal- eller overvægt på linje med lavt BMI er en uafhængig prædikator for overlevelse ved kræftsygdom (1). Enkle kostråd tidligt i kræftpatienters behandlingsforløb kan forebygge utilsigtet vægttab og dække behovet for kostvejledning hos de fleste. For andre er behovene væsentligt mere komplekse. Desværre viser opgørelser, at mange

kræftpatienter ikke oplever, at deres behov for hjælp til ernæring bliver imødekommet i deres behandlingsforløb (2).

Svær overvægt øger risikoen for udvikling af flere kræftsygdomme, og utilsigtet vægtøgning har indflydelse på udvikling af komorbiditet og mortalitet (3). Opgørelsen viser, at 11 pct. havde et BMI på  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  ved forløbsstart.

### Hver tredje borger henvist

I opgørelsen fra CKSK blev 289 borgere, svarende til 34 pct. af borgere med påbegyndt rehabiliteringsforløb, henvist til en af centrets diætister. De hyppigste kræftdiagnoser hos disse borgere fremgår af Tabel 1.

Henvisning til diætist udløser som minimum én personlig samtale mellem borger, diætist og evt. pårørende. Der optages en afklarende anamnese, hvor behandling og bivirkninger, komorbiditet, kostmæssige problemer og behov, måltidskultur, ressourcer og øvrige relevante vilkår for aktuelt kostindtag søges afdækket. Ernæringsvurderingen danner grundlag for en eller flere ernæringsdiagnoser.

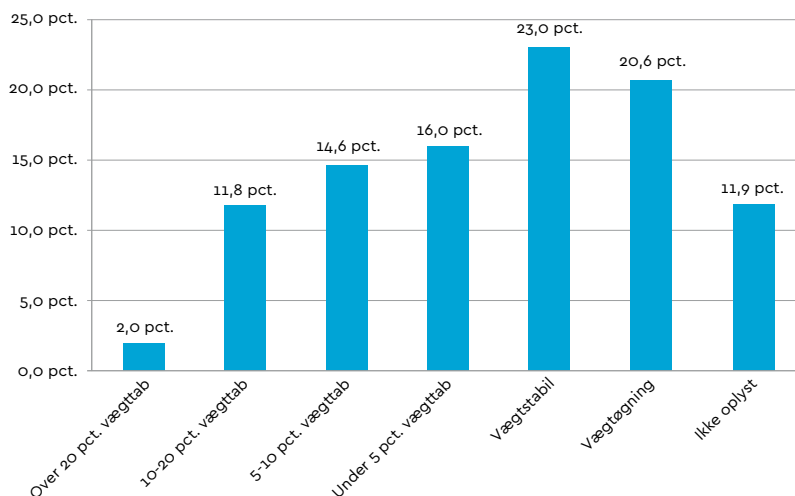
Komplekse sygdomsforløb med flere ernæringsdiagnoser indebærer som udgangspunkt et tæt samarbejde mellem sygeplejerske, diætist samt ergo- og fysioterapeuter. Se Figur 3 for ernæringsdiagnoser for borgere henvist til diætist.

### Case 1: Vera

74-årig kvinde med dissemineret underlivskræft henvises på baggrund af madlede, nedsat kostindtag, smagsforandringer, utilsigtet vægttab på 15 pct. og BMI  $24 \text{ kg/m}^2$ . Hun er træt, afkræftet og ulykkelig. Møder med ægtefælle Jørgen og datter Birgitte fra tidligere ægteskab. Vera har stået for det praktiske i hjemmet, herunder madlavning, samt været igangsætter af sociale aktiviteter. Hun oplever nu, at livet er gået i stå.

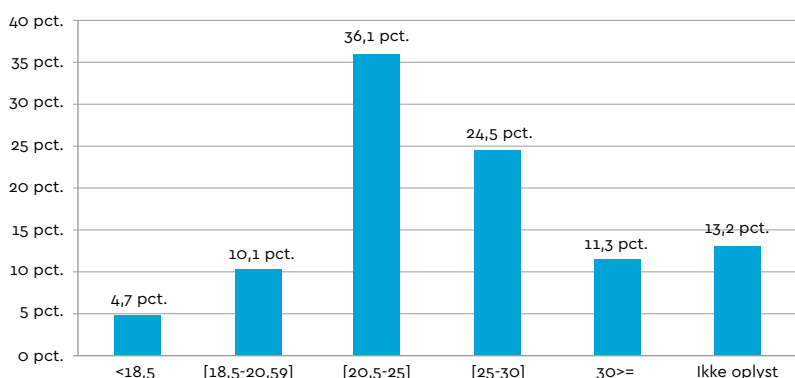
Jørgen vil gerne hjælpe alt det, han kan. Han laver mad hver dag, men har svært ved at tilberede andre retter end stegt kød med kartofler og sovs. Det er vanskeligt for Vera at være hjemme, når huset lugter af mad. Birgitte er stærkt

Figur 1. Vægtudvikling



Vægtudvikling over de sidste seks måneder ved forløbsstart for borgere, der påbegyndte rehabiliteringsforløb i CKSK i 2018. Andel i pct. (n=848).

Figur 2. BMI ved forløbsstart



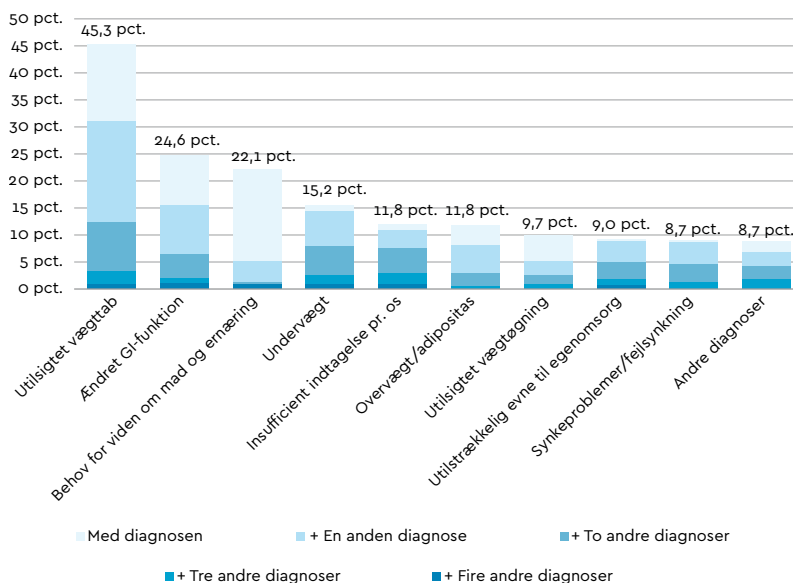
BMI ved forløbsstart for borgere, der påbegyndte rehabiliteringsforløb i CKSK i 2018. Andel i pct. (n=848).

**Tabel 1.** Kræftdiagnoser

Diagnose	Antal opstartet rehabiliteringsforløb	Antal henvist til diætist	Andel i diagnosegruppen, der henvises til diætist
Bryst	245	65	26,5 pct.
Fordøjelsesorganer	159	80	50,3 pct.
Luftveje og respirationsorganer	107	27	25,2 pct.
Lymfatisk væv	66	22	33,3 pct.
Mundhule og svælg	62	31	50,0 pct.
Mandlige kønsorganer	58	13	22,4 pct.
Kvindelige kønsorganer	46	20	43,5 pct.
Hjerne, centralnervesystem og øje	24	6	25,0 pct.
Anden og dårligt specificeret kræft	24	1	4,2 pct.
Urinveje	18	6	33,3 pct.
Bloddannende væv	17	8	47,1 pct.
Hud	12	5	41,7 pct.
Mesotheliom og bindevæv	5	2	40,0 pct.
Endokrine kirtler	4	3	75,0 pct.
Ukendt	1		0,0 pct.
<b>I alt</b>	<b>848</b>	<b>289</b>	

Kræftdiagnoser for borgere henvist til og opstartet rehabiliteringsforløb i CKSK i 2018 (n = 848) samt henviste til diætetisk vejledning (n = 289). Tabellen viser det antal borgere, der er opstartet i forløb og henviste til diætist samt den procentvise andel i de enkelte diagnosegrupper, der har haft mindst én vejledning ved en diætist.

**Figur 3.** Hyppigste ernæringsdiagnoser



BMI ved forløbsstart for borgere, der påbegyndte rehabiliteringsforløb i CKSK i 2018. Andel i pct. (n=848).



bekymret og frustreret over Jørgens mangler i forhold til at hjælpe hendes mor med at spise tilstrækkeligt.

Rehabiliteringsindsatser: Diætvejledning, sygeplejerskesamtaler samt fysisk træning på hold.

#### Samtaler med diætist

Vera får noteret ernæringsdiagnoserne: utilsigtet vægttab og insufficient kostindtag.

Vejledningen tager udgangspunkt i den ændrede rollefordeling i ægteskabet og forandringerne i måltidets betydning for samvær og nærvær. Parret vejledes i valg af enkle retter og næringsrige drikkevarer ved madlede og smagsforandringer med konkrete forslag til mad og tilberedningsmetoder, som Jørgen kan overskue.

#### Samtaler med sygeplejerske

Familien har samtaler med sygeplejerske om madens betydning ved svær sygdom og måltidet som konfliktzone. Der undersøges muligheder for andre fælles aktiviteter end måltider. Birgitte har individuelle samtaler med sygeplejerske for at få ro på sin bekymring for sin mor. Sygeplejerske kontakter hjemmepleje mhp. hjælp til måltider i hjemmet.

#### Fysisk træning

Deltagelse i fysisk træning på hold to gange pr. uge for borgere med nedsat funktionsniveau.

#### Effekt

- Vera formår at øge sit kostindtag, øge sin vægt med to kg og forbedre sit funktionsniveau.
- Hun kan gå små ture og klare lettere rengøring i hjemmet.
- Jørgen formår at støtte Vera i hverdagen med enkle måltider og fælles aktiviteter.
- Parret kører ture til skov og strand, tager i sommerhus og genoptager fælles interesser.
- Birgitte beskriver mere ro i forhold til bekymring for sin mor.
- Veras sygdom forværres efterhånden, og forløbet overgår til palliativt afsnit.

#### Ernæring som del af kræftrehabiliteringen

Københavns Kommune tilbyder i CKSK kræftrehabilitering til selvhjulpne borgere. Der henvises årligt 1.100-1.200 borgere med enten nydiagnosticeret kræftsygdom eller med tilbagefald af tidligere kræftdiagnose. For beskrivelse af CKSK, se Boks 1.

Henviste borgere bliver både ved indledende og opfølgende samtaler systematisk spurgt til bivirkninger og senfølger relateret til kost og ernæring. Det sker som led i den samlede behovsvurdering, der udføres af kontaktpersonen, se Boks 1. Borgere med stort og/eller vedvarende, utilsigtet vægttab – eller andre betydelige gener relateret til kostindtag eller metabolisme – tilbydes individuel vejledning ved diætist. Desuden er kost

og ernæring en integreret del af de fleste tværfaglige undervisningstilbud om f.eks. hverdagsliv med kræftsygdom.

Sygeplejersker og diætister samarbejder desuden om to undervisningsforløb: 'Kogeskole' og 'Synk Let' om henholdsvis sunde kostvaner og kost med modificeret konsistens.

Undervisningen på begge hold er baseret på korte, teoretiske oplæg, konkret og praktisk inspiration til hverdagsmåltider, madlavning, fælles spising og socialt samvær. Formen danner



... mange kræftpatienter oplever ikke, at deres behov for hjælp til ernæring bliver imødekommet ...

#### Boks 1. Fakta om CKSK

Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) er et samarbejde mellem Københavns Kommune og Kræftens Bekæmpelse. Centret tilbyder rehabilitering til borgere, som har eller har haft kræft, samt rådgivning og støtte til alle, der er berørt af kræft.

Københavns Kommune tilbyder rehabilitering til alle københavnere diagnosticeret med kræft og henvist af behandlende afdeling eller praktiserende læge. Det kommunale tilbud omhandler samtaler med kontaktperson, fysisk aktivitet, patientundervisning, kostvejledning, individuelle vejledninger og instruktioner, foredrag, socialrådgivning og støtte ved tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Kræftens Bekæmpelse tilbyder rådgivning til patienter, pårørende og efterladte uanset bopælskommune. Det drejer sig om individuelle samtaler, parsamtaler, familiesamtaler, forskellige former for samtalegrupper og foredrag.

Det samlede tilbud i centret varetages af godt 40 medarbejdere: kontaktpersoner (sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og diætister), socialrådgivere, psykologer, psykoterapeut samt akademikere og administrativt personale.

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

**Tabel 2.** Borgere i ernæringsrisiko

<b>Ernæringsdiagnoser</b> (utilsigtet vægttab, undervægt, insufficient indtag pr. os, ændret GI-funktion og synkeproblemer/fejlsynkning)					
	<b>En</b>	<b>To</b>	<b>Tre</b>	<b>Fire</b>	<b>I alt</b>
<b>N</b>	56	61	23	4	144
<b>Pct.</b>	39 pct.	42 pct.	16 pct.	3 pct.	100 pct.

Borgere i ernæringsrisiko (n=144) opgjort i forhold til antal samtidigt forekommende ernæringsdiagnoser.

afsæt for erfaringsudveksling om hverdagsliv og sociale udfordringer relateret til måltider (4).

### Ernæringsrisiko

Borgere, som ved samtale med kontaktperson screenes til at være i ernæringsrisiko, tilbydes samtale med diætist. Vurderingen er baseret på: et utilsigtet vægttab på fem pct. over tre måneder og/eller betydeligt nedsat kostindtag og/eller BMI  $\leq 18,5$  kg/m<sup>2</sup> (BMI  $\leq 20,5$  ved alder 70+) i overensstemmelse med Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 (5).

- Som vist i Figur 3 var den hyppigst forekommende ernæringsdiagnose "utilsigtet vægttab" (45 pct.). De største, procentvise vægttab sås hos borgere med kræft i hals og mundhule, lunger og fordøjelsesorganer.
- Undervægt blev beskrevet hos 15 pct. af de borgere, som blev henvist til diætist. Undervægt dækker her over en samlet vurdering af borgerens almentilstand med afsæt i BMI  $< 20,5$  kg/m<sup>2</sup>, funktionstab, betydelig sygdomsbyrde, alder og polyfarmaci.
- Syv pct. havde BMI  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup>.
- 144 borgere (17 pct. af 848) blev henvist til diætist på baggrund af ernæringsrisiko svarende til score  $\geq 3$  NRS 2002 (5).

Som vist i Tabel 2 havde 19 pct. af borgerne tre eller fire af følgende ernæringsdiagnoser, som diætbehandlingen tog afsæt i a) utilsigtet vægttab, b) undervægt, c) insufficient kostindtag d) hyppigt forværret af ændret GI-funktion og/eller e) synkeproblemer/fejlsynkning.

Ved ernæringsrisiko rapporterer borgerne hyppigst følgende bivirkninger/senfølger til sygdom og behandling: madlede og manglende appetit, smerter, træthed, smagsforandringer, synkebesvær/mundgener, diarre og forstoppelse.

### Case 2: Peter

44-årig mand henvises mhp. genoptræning af synkefunktion og rehabilitering efter kirurgisk behandling af tonsilcancer med resektion af begge tonsiller. Er i kurativ behandling med kombineret kemo- og stråleterapi.

Peter er for nyligt blevet skilt og er aktuelt ved at finde sig til rette i rollen som defar til to børn i skolealderen. Han er sygemeldt fra en krævende stilling med korte deadlines og stort personaleansvar. Har begrænset netværk i form af familie og venner.

Peter er i akut krise. Er smerteforpinet, har kvalme, smagsforandringer, smerter ved kostindtag og har vedvarende vægttab – ved henvisning syv pct. og et BMI på 23 kg/m<sup>2</sup>. Han er udmattet, sover dårligt og magter ikke omsorg for sine børn. Det forstærker hans ensomhedsfølelse og oplevelse af svigt primært over for børnene, men også over for hans arbejdsplads.

Kort tid efter henvisning indlægges Peter akut pga. dehydrering. Han får anlagt ernæringssonde, der bremser vægttab, og følges af diætist på behandelende afdeling, indtil strålebehandling er afsluttet. Herefter seponeres sonden, og diætbehandling overgår til kommunal rehabilitering. Peter har efter seponering af sonden vedvarende gener med træthed, massiv mundtørhed og smagsforandringer.

### Rehabiliteringsindsatser

Diætvejledning, samtaler med ergoterapeut, sygeplejerskesamtaler, fysisk træning på hold samt coaching ved socialrådgiver.

### Samtaler med diætist

Peter har flere samtaler med diætist – først om overgang fra sondeernæring til kost med modificeret konsistens, senere om enkle retter til småbørnsfamili-



**Sygeplejersker og diætister samarbejder om to undervisningsforløb: 'Kogeskole' og 'Synk Let' ...**



lier justeret i forhold til konsistens og smag. Peter får noteret ernæringsdiagnoserne: uligagtigt vægttab, insufficient kostindtag og synkebesvær.

### *Vejledning ved ergoterapeut*

Peter instrueres i øvelser målrettet synkefunktion og vejledes i mundpleje.

### *Samtaler med sygeplejerske*

Fokus er i første omgang på familieliv i forhold til børn, siden på udfordringer i forhold til intimitet som single med forandret body image og identitet.

### *Fysisk træning*

Deltagelse i funktionel træning på hold to gange om ugen i fire måneder.

### *Samtaler med socialrådgiver*

Coaching ved socialrådgiver med henblik på gradvis genoptagelse af jobfunktion og grænsesætning i forhold til arbejdspress.

### *Effekt*

- Peters rehabiliteringsforløb afsluttes efter knapt et år. Han er tilbage på arbejde på nedsat tid.
- Hans vægt er stabiliseret, og han har genvundet sin fysiske styrke. Har fortsat lidt gener med mundtørhed, men kan spise det meste fraset hele kødstykker og retter med meget salt, stærke krydderier og/eller meget syre.
- Har fået god rytme på hjemmefronten mht. indkøb og madlavning, hvor børnene er begyndt at hjælpe lidt til.
- Savner en kæreste, men har en forventning om, at det nok skal komme.
- Spiller fodbold i parken og cykeltræner de uger, han ikke har sine børn.

### **Tværfaglige indsatser ved ernæringsrisiko**

I kommunal rehabilitering er det oftest sygeplejerskens opgave at navigere i borgerens sygdoms- og behandlingsforløb og varetage samtaler om psykosociale udfordringer som ændrede familiemønstre, forandret identitet etc. Sygeplejersken er desuden bindeled til egen læge og behandlende afdeling.

De fleste sygeplejersker i rehabiliterende enheder varetager enkle vejledninger i forhold til sufficient kostindtag og vurderer behov for supplerende ernæring via ernæringsdrikke, sondeernæring mv. Hvis sygeplejerskens kompetencer ikke kan dække borgerens vejledningsbehov, bør borgeren henvendes til diætist.



**Sygeplejersker har en vigtig rolle i rehabilitering og varetager således ofte den udfordrende opgave med at sikre en koordineret, tværsektoriel indsats ...**

Vægttab og tab af muskelmasse vil ofte medføre et progredierende tab af funktionsevne, træthed og inaktivitet, der understøtter den onde cirkel med yderligere appetitløshed og vægttab. Individuelt tilpasset fysisk træning ved fysioterapeut kan støtte borgeren i at bryde social isolation, øge alment funktionsniveau og muskelstyrke samt fremme appetit.

Ved dysfagi er ergoterapeutens indsatser essentielle og består bl.a. af genoptræning af synkefunktion, vurdering af konsistensniveauer, vejledning i spisestillinger, mundpleje, energiforvaltning og udførelse af hverdagsaktiviteter.

### **Vær opmærksom på ernæringsproblemer**

Opgørelsen fra CKSK viser den variation, der er i ernæringsproblemer hos borgere, der deltager i kræftrehabilitering.

17 pct. af de 848 borgere, som deltog i rehabilitering, blev vejledt af diætist på baggrund af ernæringsrisiko. Af disse havde 60 pct. flere samtidige ernæringsdiagnoser, se Tabel 2.

Ernæringsrisiko med vægttab og/eller lavt BMI forekommer oftest samtidigt med andre problemstillinger i relation til livstruende sygdom og behandling, som hæmmer borgerens hverdags- og arbejdsliv. Der beskrives tab af uafhængighed, oplevelse af fiasko, hjælpeløshed, konflikter i familien om mad, social isolation og tanker om døden (6).

Hvis man først forholder sig til kræftpatienters ernæringsrisiko, når lavt BMI og dårlig almentilstand forhindrer behandling, kan skaden være uoprettelig, og den ringe ernæringsstatus være selvstændig årsag til mortalitet (1). Derfor er der behov for ernæringsindsatser på alle stadier af kræftpatienters sygdomsforløb og for alle sundhedsfaglige kompetencer, hvis man skal i mål med rehabilitering af borgere i ernæringsrisiko (7,8).

### **Behov for rettidig og systematisk indsats**

Risiko for underernæring og undervægt progredierer over tid ved kræftsygdom og behandling (1). Derfor er der behov for rettidige, systematiske og koordinerede





rede indsatser med ernæringscreening, ernæringsbehandling og rehabilitering kontinuerligt i patienternes kræftforløb. Indsatserne bør altid tilrettelægges i samarbejde med patient og pårørende med så høj grad af fleksibilitet som muligt.

Kræftrehabilitering ved ernæringsrisiko kan, afhængigt af behov, omfatte en kombination af individuelle vejledninger ved sygeplejerske og diætist, fysisk træning, ergoterapeutiske indsatser ved dysfagi og udfordringer i hverdagslivet samt patientundervisning med praktiske øvelser og erfaringsudveksling. Desuden er det essentielt, at der etableres et systematisk samarbejde mellem det kommunale rehabiliteringstilbud, egen læge, hjemmesygepleje, hjemmepleje, behandlende afdeling og eventuelt palliativt afsnit. Sygeplejersker har en vigtig rolle i rehabilitering og varetager således ofte den udfordrende opgave med at sikre en koordineret tværsektoriel indsats, også på det ernæringsfaglige område.

Vores muligheder for at støtte borgerne og for at samarbejde på tværs af sektorer udvikles konstant med udfærdigelse af forløbsprogrammer, forbedringsprojekter og nationale, kliniske retningslinjer, og det gælder også ernæringsområdet. Det er vigtigt, at primær og sekundær sektor samarbejder om det samlede patientforløb, for så er der gode chancer for at komme i mål til gavn for borgerne. ●



## Vægttab og tab af muskelmasse vil ofte medføre et progredierende tab af funktions- evne, træthed og inaktivitet ...

*Hvordan vil I beskrive jeres fokus på og tilbud til borgere med ernæringsproblemer?*

*Hvordan er jeres tværfaglige og tværsektorielle samarbejde vedrørende borgere i ernæringsrisiko struktureret?*

*Hvilke nye indsatser vedrørende kost og ernæring kunne I tænke jer at udvikle?*

### Referencer

1. Arends J, Bachmann P, Barracos V, et al. *Espen Guidelines on nutrition in cancerpatients*. Clin Nutr 2017;36(1):11-48. 2. *Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet, Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse; 2015*. 3. Hopkins BD, Marcus DG, Lewis CC. *Obesity, and cancer mechanisms: cancer metabolism*. J Clin Oncol 2016; 34:4277-83. 4. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. *Mad, måltider og livskvalitet*. Nyborg: Rehpa; 2019. 5. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. *ESPEN guidelines for nutrition screening 2002*. Clin Nutr 2003;22:415e21. 6. Hopkinson JB. *Psychosocial impact of cancer cachexia*. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2014;5:89-94. 7. Fearon KCH. *Cancer cachexia: developing multimodal therapy for a multidimensional problem*. Eur J Cancer 2008;44(8):1124-11. 8. Maddocks M, Hopkinson J, Fearon KCH et al. *Practical multimodal care for cancer cachexia*. Curr Opin Support Palliat Care. 2016 Dec;10(4):298-305.

**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).

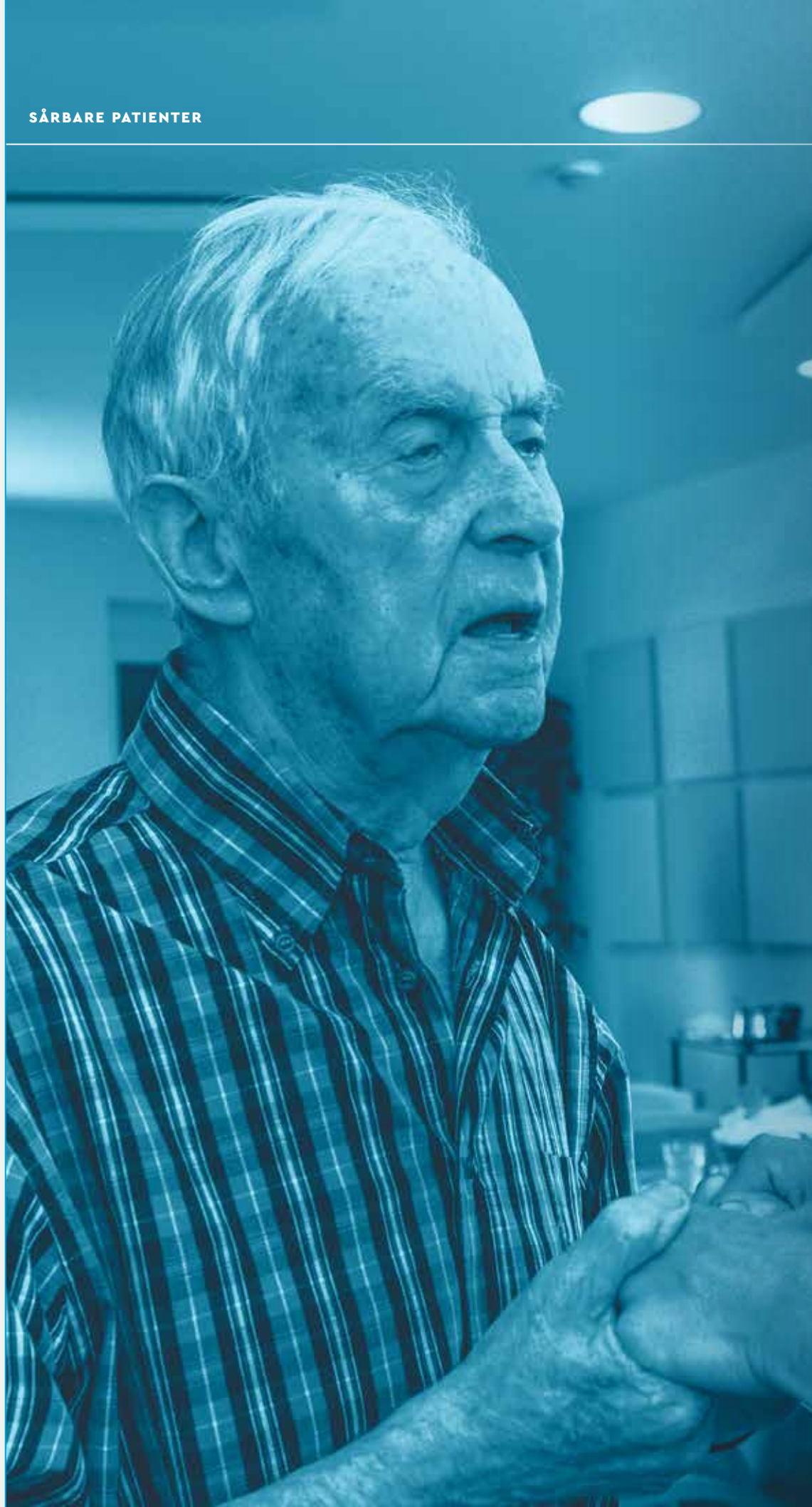


**METTE SAAUGAARD OLESEN**

Professionsbachelor  
i sygepleje 2018,  
cand.cur. 2020.

Ansæt som udviklingssygeplejerske i  
Urinvejskirurgisk Afdeling,  
Hospitalsenheden Vest

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





På Urinvejskirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, er der udviklet en styrket indsats for patienter, som er kognitivt og/eller kommunikativt udfordrede.

Specifikt drejer det sig om særligt sårbare patienter, som har svært ved at forstå og navigere i det danske sundhedsvæsen og derfor tilbydes et individuelt tilpasset forløb, der tager udgangspunkt i den enkelte patients ønsker og behov.

Statistiske data og opfølgende telefoninterview med ledsagere og pårørende til særligt sårbare patienter viste, at den

styrkede indsats reducerede unødigt ventetid på indlæggelsesdagen samtidig med, at de pårørende og ledsagerne var meget tilfredse, da de oplevede, at afdelingen havde blik og forståelse for den enkelte person.

Resultaterne af den styrkede indsats kan anvendes i klinisk praksis af andre afdelinger, skabe mere hensigtsmæssige arbejdsgange for de sundhedsprofessionelle og ikke mindst give mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser for særligt sårbare patienter.

# Særligt sårbare patienter får et individuelt tilpasset forløb

Patienter, som ikke kan overskue et accelereret forløb, får tilbudt et individuelt tilpasset forløb på en urinvejskirurgisk afdeling. Forløbet øger kvaliteten for både patienter, pårørende og sundhedspersonale.

Det danske sundhedsvæsen stiller øgede krav til den enkelte patient – krav, som ikke alle patienter kan leve op til. Særligt udsatte er de patienter, som har svært ved at forstå og navigere i sundhedsvæsenet, da de er i risiko for at blive mødt af fordomme og dermed også i øget risiko for ikke at blive set eller hørt som de personer, de er (1).

En rapport fra Sundhedsstyrelsen viser desuden, at den sociale ulighed i sundhedsvæsenet stiger (2), og for at bidrage til mere lighed i sundhed skal der tages højde for patientens individuelle udgangspunkt og behov (3).

Som en konsekvens af dette, har man på Urinvejskirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, taget hånd om de sårbare patienter, som umiddelbart ikke selv er i stand til at navigere i det danske sundhedsvæsen.

## En udfordret person

Afdelingen definerer den særligt sårbare patient som en person, der er kommunikativt og/eller kognitivt udfordret. Betegnelsen kan omfatte en patient med svær hukommelsessvækkelse herunder demens, en patient med en personlig hjælper, en patient fra et bosted og en patient med en ledsageraftale.

Patientgruppen defineres som særligt sårbare, da den ofte har svært ved at være på et hospital, følge ordinationer, forstå information samt træffe hensigtsmæssige valg.

Formålet med denne artikel er at formidle, hvordan afdelingen har styrket indsatsen for den særligt sårbare patient, samt hvordan pårørende og ledsagere (herefter benævnt omsorgspersoner) til denne patientgruppe oplever at være en del af et særligt patientforløb.

## Et tværfagligt forbedringsprojekt

Planlægningen og implementeringen af forbedringsprojektet blev varetaget af en projektgruppe bestående af bl.a. afdelingens ledende overlæge, oversygeplejerske,



Tabel 1. Telefonforberedelse

Ansvar	Opgave	Dokumentation
Plejepersonale	<p>Kontakt til patientens omsorgsperson, hvor der spørges ind til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afklaring af patientens kognitive og/eller kommunikative udfordringer.</li> <li>• Præsentation af, hvad et særligt forløb indebærer.</li> <li>• Afklaring af, om der er behov for omsorgsperson på operationsdagen.</li> </ul> <p><i>Transport til og fra hospital aftales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan håndterer patienten at være på et hospital? <i>Skal der tages særlige hensyn?</i></li> <li>• Hvordan håndterer patienten at få taget blodprøver? <i>Er det muligt at få taget blodprøver ambulant inden operationen, eller er det bedst på operationsdagen?</i></li> </ul> <p>Præoperative forberedelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information om faste- og tørsteregler.</li> <li>• Aftale om bad og rasing inden operation.</li> <li>• Aftaler om præoperative forberedelser, herunder evt. måling af TOKS-værdier, højde og vægt samt eventuel urinstix inden ankomst til afdeling.</li> <li>• Information om medicin, som eventuelt skal pauseres inden operation.</li> <li>• Information om indgreb og forløb.</li> <li>• Eventuelle spørgsmål fra pårørende/omsorgsperson.</li> </ul>	Hvis patienten bor på et plejehjem eller bosted, sendes der korrespondancebrev om, hvad der er aftalt ved telefonforberedelsen.
Farmakonom	Medicinanamnese via patientens omsorgsperson.	Opdatering af FMK og MEM (Medicinmodul i EPJ).

I tabel 1 illustreres, hvad telefonforberedelsen omfatter, herunder hvilke punkter der bliver berørt, og hvem der har ansvaret for de enkelte opgaver.

kvalitetskoordinator, bookingsekretær og sygeplejerske.

For at sikre en systematisk og ensartet tilgang til patientgruppen, blev der udarbejdet en beskrivelse af arbejdsgangene.

Når en særligt sårbar patient er henvist til operation eller undersøgelse i Urinvejskirurgisk Afdeling, kontaktes patientens nærmeste pårørende eller kontaktperson af en bookingsekretær med henblik på at tilbyde et særligt patientforløb, aftale operationsdato samt mødetidspunkt. Her er det vigtigt, at tidspunktet er tilpasset den enkelte patients præferencer og ikke er styret af personalets arbejdsgange.

#### Telefonkonsultation danner udgangspunkt

Cirka en uge før den planlagte operation eller undersøgelse kontaktes patientens omsorgsperson telefonisk af afdelingens plejepersonale og farmakonom. Ved telefonkonsultationen ønskes oplysninger om den enkelte patients individuelle behov og ønsker for indlæggelsesforløbet og om,

hvordan patienten håndterer det at være på et hospital. Desuden afklares det, om omsorgspersonen skal foretage en række præoperative forberedelser hjemmefra, hvis det vurderes, at patienten kan have gavn af det, se Tabel 1. På den måde er afdelingen bedst muligt forberedt på patienten og dennes behov samtidig med, at omsorgspersonen kan forberede patienten på, hvad der skal ske i forbindelse med indlæggelsen.



### ... omsorgspersonen er en væsentlig samarbejdspartner gennem hele indlæggelsesforløbet.

#### Enkelhed er målet

Når den særligt sårbare patient møder på afdelingen på dagen for operation eller undersøgelse, tilstræbes det at skabe ro og trykthed omkring patienten ved at arbejdsopgaverne udføres i én arbejdsgang for hver faggruppe, så patienten har så få kontakter som muligt. I forlængelse heraf er det en fordel for mange patienter, at det ved telefonforberedelsen er aftalt, hvad der eventuelt kan forberedes hjemmefra, herunder f.eks. blodprøvetagning ved mobil-lab, måling af vitale værdier m.m., så der er færre undersøgelser for patienten efter ankomst til afdelingen.

På grund af den særligt sårbare patients kommunikative og/eller kognitive udfordring er omsorgspersonen en væsentlig samarbejdspartner gennem hele indlæggelsesforløbet, da personen ofte er i stand til at forstå og aflæse patientens signaler. Efter patientens ønsker og behov er det muligt for den pårørende eller ledsageren at være med på operationsstuen præoperativt og i opvåg-

ningen postoperativt, så patienten kan føle sig tryk og komfortabel ved situationen.

Afhængigt af operationens omfang observeres patienten i opvågningen og sengeafdelingen postoperativt, hvorefter patienten udskrives, når han/hun er klar og udskrivelseskriterierne opfyldt.

Det er essentielt for indlæggelsesforløbet, at patienten og omsorgspersonen oplever et sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i den enkelte patients behov. For at gøre det muligt har afdelingen etableret særlige aftaler med Klinisk Biokemisk Afdeling, Anæstesi- og afdelingens egne læger med henblik på at øge trykgheden for patienten og omsorgspersonen og reducere unødigt ventetid.

Et af de otte nationale mål for sundhedsvæsenet er kravet om et mere sammenhængende sundhedsvæsen (5). For at patientforløbet kan opleves godt og sammenhængende, er der fokus på, at den gode udskrivelse begynder ved indlæggelsen.

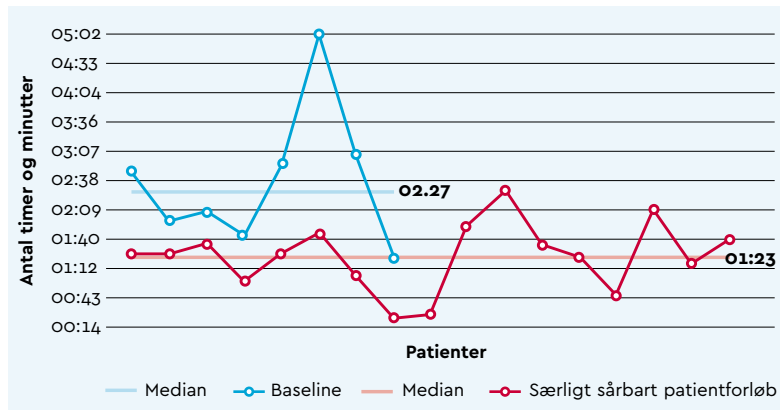
### Opfølgning på forbedringsprojektet

For at undersøge, hvordan omsorgspersonen til den særligt sårbare patient oplever at være en del af et særligt patientforløb, blev der i juni og juli 2021 gennemført opfølgende, semistrukturerede telefoninterview med i alt otte omsorgspersoner (5). Telefoninterviewene tog udgangspunkt i en interviewguide.

I forbindelse med at omsorgspersonerne var kontaktperson for den særligt sårbare patient på selve operations- eller undersøgelsesdagen, blev de spurgt, om de ønskede at deltage i en opfølgende undersøgelse af det særlige patientforløb. Omsorgspersonerne fik mundtlig information om undersøgelsens formål og gav her deres informerede samtykke til, at forfatteren efterfølgende måtte kontakte dem telefonisk mhp. et interview.

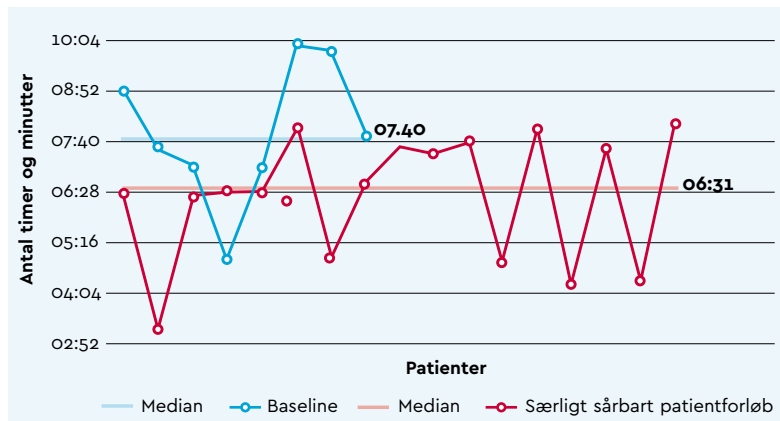
De inkluderede informanter var både mænd og kvinder, herunder tre pårørende ægtefæller og fem ledsagere fra henholdsvis plejehjem og bosteder. Omsorgspersonerne havde forskellig uddannelsesmæssig baggrund som f.eks. sygeplejerske, sygeplejerskestuderende, social- og sundhedshjælper samt pædagogisk assistent.

**Figur 1.** Antal timer og minutter fra mødt til klarmelding



Figur 1 illustrerer det antal timer og minutter, der går, fra de særligt sårbare patienter møder, til de bliver meldt klar. Medianen for baseline var 2 timer og 27 minutter, mens medianen for patienter i et særligt forløb var 1 time og 23 minutter.

**Figur 2.** Samlet indlæggelsestid



I Figur 2 illustreres antal timer og minutter af særligt sårbare patienters samlede indlæggelsestid. Medianen for baseline var 7 timer og 42 minutter, mens medianen for patienter i et særligt sårbart patientforløb var 6 timer og 31 minutter.

Telefoninterviewene blev transskriberet og grundigt gennemlæst, hvorefter der blev foretaget en tværgående kodning (6).

Analysen viste, at to faktorer var med til at gøre forløbet for særligt sårbare patienter på afdelingen til noget ganske specielt:

- Telefonforberedelsen, der satte rammen.
- At patient og pårørende oplevede forløbet som trykt og sammenhængende.

### Telefonforberedelsen satte rammen

Informanterne beskrev telefonforberedelsen som en relevant og behagelig oplevelse. Afdelingens personale udviste en oprigtig interesse for den enkelte patient og ønskede en afklaring af, hvordan de kunne være med til at give patienten den bedst mulige oplevelse i forbindelse med indlæggelsesforløbet, til trods for at flere patienter ikke kunne lide at opholde sig på et hospital.

Ud over oplevelsen af, at personalet så og hørte den enkelte patient, gjorde telefonforberedelsen det muligt for omsorgspersonen at forberede patienten på, hvad der skulle ske på selve indlæggelsesdagen, hvilket havde en beroligende effekt.

I forlængelse heraf havde flere forberedt sig på telefonsamtalen ved at have noteret spørgsmål, som de stillede under samtalen. Desuden blev det aftalt med omsorgspersonen, om de selv kunne foretage en række præoperative forberedelser inden ankomsten til afdelingen, herunder blodprøvetagning via mobillab og måling af vitale værdier om morgenen på operations- eller undersøgelsesdagen, så der var færre undersøgelser efter ankomst til afdelingen.

Omsorgspersonerne blev spurgt, om de oplevede, at det særlige patientforløb afveg fra andre indlæggelsesforløb med patienten. Her nævnte flere telefonforberedelsen som en afgørende faktor, da den var med til at sætte rammen for indlæggelsesforløbet. Telefonforberedelsen var med til at give en vis ro hos den sårbare patient samt formidle en følelse af, at afdelingen gerne ville gøre noget ekstra for den enkelte ved at tilpasse forløbet til patientens behov.

### Et trygt og sammenhængende forløb

Det samlede indlæggelsesforløb blev beskrevet som trygt og sammenhængende. Personalet på afdelingen blev oplevet som imødekommende og professionelle. Der var fokus på patientens behov og på, at patienten havde så få kontakter som muligt. At personalet var velforberedt og kendte den enkelte patients individuelle behov og præferencer, blev beskrevet som værende essentielt for indlæggelsesforløbet.

Omsorgspersonerne oplevede et effektivt, tværprofessionelt personale, der hver især havde styr på deres kompetencer og opgaver. Det var muligt for omsorgspersonerne at være med på operationsstuen præoperativt og i opvågningen postoperativt. Herved havde de mulighed for at være ved patientens side, indtil han/hun var blevet bedøvet og mulighed for at være der igen, når patienten vågnede op efter bedøvelsen, så patienten kunne føle sig tryg.

### Unødig ventetid er reduceret

Efter implementeringen af forbedringsprojektet for de særligt sårbare patienter er der reduceret i unødig ventetid. Fra den særligt sårbare patient møder ind i afdelingen på selve operations- eller undersøgelsesdagen til de bliver meldt klar til operation eller undersøgelse, er der skåret 1 time og 4 minutter, se Figur 1. Desuden er den samlede indlæggelsestid for patienten reduceret med 1 time og 11 minutter, se Figur 2.



## Det samlede indlæggelsesforløb blev beskrevet som trygt og sammenhængende.



**Diskuter betegnelsen 'sårbar patient'.  
Hvordan forstår I det?**

**Hvilke erfaringer har I med sårbare patienter på jeres afdeling?**

**Hvordan og i hvilken grad støtter I sårbare patienter?**

Implementeringen af forbedringsprojektet viser, at det er muligt at udvikle en praksis, som involverer og imødekommer den særligt sårbare patients behov og præferencer.

Den kvalitative undersøgelse viste, at omsorgspersonerne oplever et velorganiseret, tværprofessionelt samarbejde, hvor det er muligt at tilrettelægge og tilbyde et individuelt tilpasset forløb. At forbedringsprojektet gennem opfølgende telefoninterview er evalueret direkte med omsorgspersonen, er med til at anerkende, at forbedringsprojektet gør en forskel både for den enkelte patient, for afdelingen og for sundhedsvæsenet generelt ved at reducere unødig ventetid og ved at patienten bliver set, hørt og forstået. ●

1. Nielsen DS, Patienten først. *Fag & Forskning* 2020;(4):75. 2. Sundhedsstyrelsen. *Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*. København: Sundhedsstyrelsen; 2020. 3. Sundhedsstyrelsen. *Indsatser mod social ulighed i sundhed*. København: Sundhedsstyrelsen; 2020. 4. *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. [www.sum.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet](http://www.sum.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet) 5. Kvale S, Brinkmann S. *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag 2015. 6. Merriam SB. *Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey Bass; 2009. 10. Mason J. *Organizing and indexing Qualitative Data; In: Mason J. Qualitative Researching*. London: SAGE Publications; 2007.





# En haj til sygepleje

Af alle havets skabninger vælger sygeplejersker ofte at identificere sig med blæksprutter, altså et bløddyr med sugekopper. Men der må findes noget bedre derude i det blå ocean.



**PALLE BAGER**, sygeplejerske, Master of Public Health, ph.d. Klinisk Sygeplejespecialist, seniorforsker, Lever-, Mave- og Tarmsygdomme, Aarhus Universitetshospital. Lektor, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

”En af sygeplejerskens opgaver er at oversætte, hvad lægen har sagt.”

Nogenlunde sådan formulerede en kollega sig til et tværfagligt møde for et par år siden. Udtalelsen affødte efterfølgende en del debat. Formuleringen og betragtningen er uheldig og hører heldigvis fortiden til. Som gruppe betragtet er læger blevet gode til at kommunikere i et klart og forståeligt sprog. Sygeplejersker har dermed - måske nødtvunget - givet afkald på en opgave, som tidligere var åbenlys.

Hvad i alverden skal vi så have fokus på?

Fokus må fortsat være på patienten med en sygdom/lidelse og patientens pårørende. Ofte hører og læser man udtrykket ”hjerterpatienten” eller ”tarmpatienten”. Formuleringerne kan afkodes af alle sundhedsprofessionelle men skjuler en særlig tilgang til kerneopgaven og perspektivet på sundhed og sygdom. Men se, hvad der sker, hvis vi i stedet bruger udtrykket ”patienten med hjertesygdom” eller ”patienten med tarmsygdom”. Lingvistisk er der minimal forskel, men formuleringen udtrykker en helt anden tilgang.

Sygeplejersken bør vælge de sidste betegnelser, fordi patienten kommer først. Vi plejer ikke en sygdom eller et organ med et ledsagende menneske. Vi yder sygepleje til en patient, et menneske med en ledsagende sygdom/lidelse. Det er her, vi ofte adskiller os fra vores gode lægekolleger (1).

Med det fokus kan vi med rank ryg indgå i ligeværdige, tværfaglige samarbejder med patienten i centrum fremfor at påtage os rollen som en faggruppe, der ser det som sin opgave at lappe huller for andre faggrupper.

Nogle vil nok sige: ”Hov, hov, sygeplejersker er jo blæksprutter, de får alting til at fungere og hænge sammen.” Det er også sådan, vi ofte ser os selv som faggruppe. Hvis vi absolut skal vælge blandt havdyr, hvorfor så vælge blæksprutten? Vi kunne også vælge at være hajer.

Hajer er dygtige, hurtige og målrettede. Desuden løser hajer ofte opgaver i flok. Som hajer skal vi være gode til vores, vi skal turde vise det, og vi skal dele den viden med vores omgivelser.

Nu bliver det straks mere vanskeligt. Hvor gode er vi til at beskrive, hvad vi er hajer til? Fortæller vi om det? Skriver vi om det? Hvem deler vi det med?



**Vi plejer ikke en sygdom eller et organ med et ledsagende menneske. Vi yder sygepleje til en patient, et menneske med en ledsagende sygdom/lidelse.**

Det er ikke nok at dele vores viden med andre hajer i flokken. Næh nej, alle andre skabninger har brug for at vide det.

Dette indlæg er skrevet af en sygeplejerske til andre sygeplejersker, men vi bør i langt højere grad skrive og publicere til andre faggrupper, til beslutningstagerne og til befolkningen. Det samme gælder publicering af den stigende mængde forskningsresultater, der produceres af sygeplejersker, som forsker. Lad resultaterne komme andre faggrupper til gode. På den måde fremmer vi sygeplejen og støtter patienten med sygdom – og ikke sygdommen med et tilfældigt individ som vedhæng. ☺

## Referencer

1. Bager P. Patient or diagnosis- focused care – room and need for improvement. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021 Sep 21. doi: 10.1038/s41575-021-00525-2. Online ahead of print.

# Mölnlycke® Portal

Et nyttigt redskab til klinikken



Et gratis, online Mölnlycke® værktøj der er tilpasset til dig og din organisation.

Udviklet i tæt samarbejde med sundhedspersonale som dig, hvilket har skabt et brugervenligt værktøj, der sparer tid og penge.

- Hjælper dig med at **udvikle, analysere og have overblik over** dine kundetilpassede Mölnlycke® Procedurepakker online med detaljerede statistikker og rapporter
- Giver dig kontrol ved at give dig brugbare **data, rapporter og informationer** om alle dine aktiviteter. Dette hjælper dig med at skabe **kontinuerlige forbedringer**, mens du sparer tid
- Gør det nemmere at sikre, at du har de **rette komponenter** til hvert indgreb

Prøv Mölnlycke® Portal og se, hvilke fordele du og din organisation kan få.

**Kontakt din lokale Account Manager.**