

# Fag & Forskning

Sygeplejersken

PEER REVIEWED

## Gensidig respekt er afgørende for et operationsteam

SIDE 10

### EFTERTANKEN

**Corona-pandemien.**  
Ingen fællesnævner for  
livet under Covid-19.

SIDE 8

### JOURNAL CLUB

**Respiratorbehandling.**  
Let sedering gør kommuni-  
kationen nemmere.

SIDE 28

### FAGLIGT AJOUR

**Ulighed i sundhed.**  
Særlige kompetencer  
afhjælper ulighed.

SIDE 30

### PÅ SPIDSEN

**Uddannelse.**  
Dygtige klinikere skal  
være i fokus.

SIDE 75



## Redaktionspanel

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



**SELINA  
KIKKENBORG BERG**

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



**HELLE SCHNOR**

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



**MARI HOLEN**

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



**KIRSTEN LOMBORG**

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

REDAKTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Journalist  
**MARIA KLIT**  
mkl@dsr.dk  
Telefon: 4695 4120

**Distribueret oplag**  
Perioden 2018-2019:  
77.393 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, 6, 7, 10, 30, 35, 36, 43, 47, 48, 56, 58, 62 og 70: iStock / Foto side 40: Mathias N Justesen



# Sygepleje- faglig istid aflyst



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

Denne udgave af *Fag & Forskning* blev med virus-krig i horisonten aflyst uden varsel, og aflysningen varede et døgn. Så kom redaktionen til sig selv og besluttede, at der ikke skulle være nogen sygeplejefaglig istid, at der udmærket kunne skrues et tidsskrift sammen uden den planlagte "Trialog" og de planlagte "Ny Praksis". Begge dele måtte udgå, fordi de fysiske møder, som tema og reportager kræver, ikke kunne praktiseres pga. Covid-19, der på det tidspunkt var begyndt at hærge i Danmark.

Siden har befolkningen som helhed og delmængden sygeplejersker levet

med strategier, beslutninger og retningslinjer af mere eller mindre stabil karakter, mens en alternativ udgave af *Fag&Forskning* er blevet til på side-linjen. Det er foregået gennem digitalt samarbejde med skribenter, korrekturlæser, layouter og kolleger gennem rigtig mange mails og stribevis af Skype-møder med og uden it-problemer. Det lykkedes.

Tag godt imod den sygeplejefagligt anderledes udgave af *Fag&Forskning* og læs mere om indholdet i de enkelte artikler på de næste sider.



Et etnografisk studie med deltagerobservationer af 39 operationsteam afdækker fire forskellige typer samarbejder i tværfaglige operationsteam i sammenhænge med varierende kompleksitet.





# God behandlingskvalitet fordrer velfungerende teamsamarbejde

Relationel koordinering defineret som det "at kommunikere og indgå i relationer med hinanden på med henblik på opgaveintegration" har vist sig at bidrage til behandlingskvalitet og patientsikkerhed. Sundhedsprofessionelle i operationsteam er i høj grad indbyrdes afhængige og arbejder under tidspres. Af hensyn til behandlingskvaliteten og patientsikkerheden er det af særlig stor betydning, at teamsamarbejdet er velfungerende.

Der blev gennemført et etnografisk studie, som omfattede deltagerobservationer af 39 operationsteam og 15 semistrukturerede interviews i løbet af en 10-måneders periode i 2014 i to ortopædkirurgiske operationsafsnit på et universitetshospital i Danmark. Formålet med dette studie var at undersøge kommunikations- og relationsdynamik i tværfaglige operationsteam på mikroniveau i

sammenhænge med varierende kompleksitet ved hjælp af teorien om relationel koordinering. På grundlag af teorien om relationel koordinering blev der gennemført en deduktivt styret indholdsanalyse.

Der blev identificeret fire forskellige typer samarbejde i tværfaglige operationsteam i sammenhænge med varierende kompleksitet, som repræsenterer forskellige kommunikations- og relationsmønstre:

1. proaktiv og intuitiv kommunikation
2. stille og rutinepræget kommunikation
3. uopmærksom og tvetydig kommunikation
4. modsætningsfyldt og højdynamisk kommunikation.

Resultaterne tyder på, at der er en sammenhæng mellem kommunikations- og relationsdynamik i operationsteam og kompleksitetsniveauet af de udførte kirurgiske indgreb.

Resultaterne giver en ny typologi for team, der med identifikationen af fire forskellige mønstre for relationel koordinering går ud over svag eller stærk relationel koordinering. Mere specifikt understreger studiet den centrale betydning af gensidig respekt og giver forslag til forbedring af relationel koordinering i operationsteam.



**ERNÆRING.**

Benamputerede patienter vil gerne modtage kostvejledning ud fra egne præferencer.

**RESPIRATORBEHANDLING.**

Patienter, som får en let sedering under respiratorbehandling, er nemmere at kommunikere med, og de er mindre angst.

LÆS SIDE ..... 28



## Bliv (endnu) bedre til at skabe det sammenhængende patientforløb

Arbejder du med komplekse borger- og patientforløb? Og vil du gerne have flere redskaber til at styrke samarbejdet og agere i kompleksiteten?

Relationel koordinering er en teori med en tilknyttet arbejds metode, som baner vejen for

- bedre sammenhæng på tværs af specialer og sektorer
- højere kvalitet i sundhedsydelser
- højere grad af bruger- og patienttilfredshed
- mere effektiv ressourceudnyttelse
- stærkere tværfagligt samarbejde
- bedre arbejdsmiljø

Hos UCN act2learn tilbyder vi konsulent ydelser, skræddersyede forløb og videreuddannelse inden for relationel koordinering.

[ucn.dk/relationel-koordinering](http://ucn.dk/relationel-koordinering)





## Muligt at reducere social ulighed i sundhed

En socialfaglig sygeplejerske med et omfattende cv kan tilsyneladende nå igennem til sårbare borgere, som af mange årsager er ramt af systemskepsis. På Center for Kræft og Sundhed i København (CKSK) er en sådan sygeplejerske ansat til at koordinere forløb for patienter med specielle og komplekse behov for rehabilitering. Sygeplejersken er dels kontaktperson for nogle af disse patienter, dels er hun sparingspartner for de øvrige sundhedsprofessionelle i centret. Erfaringen er, at social ulighed i sundhed kan reduceres, når sårbare borgere bliver mødt med tillid, og deres forløb tilrettelægges i samarbejde med den socialfaglige sygeplejerske, f.eks. med hjemmebesøg og/eller hyppig telefonisk kontakt som erstatning for fremmøde.

LÆS SIDE .....

30

## Seksuel rehabilitering som fokusområde

Grundigt forarbejde afslørede, at sygeplejersker på Regionshospitalet Hammel Neurocenter havde personlige og professionelle barrierer, som påvirkede deres opmærksomhed på at adressere seksuel rehabilitering. Det førte til uddannelse af ressourcepersoner, temadage og oprettelse af en ressourcegruppe mhp. at medtænke patientens seksualitet og holde fast i seksuel rehabilitering som et sygeplejefagligt fokusområde. Interventionerne viser deres effekt gennem sygeplejerskernes dokumentation af seksuelle aspekter, som er øget markant.

LÆS SIDE .....

36



## Mobilisering kræver klar rollefordeling

Mobilisering af patienter skal starte allerede under indlæggelsen som en del af rehabiliteringen. Alt for mange indlagte ældre patienter mister funktionsniveau under indlæggelse.

En litteratursøgning viser, at sygeplejersker ikke opfatter sig som en faggruppe med ansvar for mobilisering, at de føler sig usikre på, hvordan de skal mobilisere patienterne, og at der

mangler en klar rollefordeling mellem sundhedsprofessionelle involveret i mobilisering. De tre fund dannede basis for en struktureret og systematisk mobiliseringsindsats.

LÆS SIDE .....

42



## Nye veje for psykiatriske patienter

ADHD, ADD, ASF. Hvad betyder forkortelserne, og hvordan kan overgangen mellem psykiatri og kommune tilrettelægges, så den opleves som en bro mellem systemer og ikke som en afgrund. Et projekt udgået fra Center for Kommunikation i Herning viser nye veje for mennesker med de nævnte diagnoser og eventuelt også deres pårørende. Undervisningen foregik i gruppe- eller individuelle forløb med psykoeducation og udgangspunkt i fem temaer, som blev defineret i samarbejde mellem sygeplejerske og borger. Undervisningen kunne f.eks. bestå i kropssprog, relationsdannelse og konflikthåndtering. Evalueringer fra borgere, pårørende og sagsbehandlere i kommunen er alle positive. Borger og pårørende fremhæver bl.a., at det var positivt at blive talt til som en voksen.

LÆS SIDE .....

48



## Optimeret sygepleje til patienter med skizofreni

Brøset Violence Scale, der kan forudsige voldelig adfærd, er kendt af de fleste psykiatriske sygeplejersker. Men MBC (Measurement Based Care) findes på andre områder og kan bl.a. hjælpe med at optimere sygeplejen til patienter med skizofreni. Eksemplet er valgt, fordi skizofreni er opgjort som den mest omkostningstunge sygdom i sundhedsvæsenet, og fordi den kan være voldsomt invaliderende for patienten. Fremgangsmåden er rutinemæssige vurderinger efterfulgt af beslutningstagen ud fra MBC-målingerne og i samarbejde med patienten. Det kan f.eks. være inden for medicin og ændringer af denne. Det kræver tid, ressourcer og træning at benytte MBC.

LÆS SIDE ..... 56

ANDET



## Metaforer er gavnlige i den svære samtale

I denne Covid-19 tid er der mange metaforer i brug f.eks. under de pressemøder, man kan følge på tv.

”Vi går på line, går vi for hurtigt, falder vi ned, går vi for langsomt, går det galt,” fik befolkningen at vide. Og hvis et menneske får kræft, indledes en kamp mod kræften, som man kan vinde eller tabe.

Hensigten med metaforerne er at gøre sagen klar og tydelig, men også at skabe en passende distance til et budskab, der måske skræmmer mere, end godt er. Metaforer kan findes mange steder, men sygeplejersker kan med fordel lede i patientens eget univers for at skabe de bedste forudsætninger for en god samtale om noget svært.

LÆS SIDE ..... 62

## Tryksår, som ikke kan forebygges

Nogle tryksår kan ikke forebygges eller læges, fordi der er tale om terminale tryksår, der opstår kort før patienten dør. Det er ikke viden, vi har fået tidligere, men i USA er emnet beskrevet. Konsekvensen af et sommerfuglelignende tryksår nederst på ryggen hos en uafvendeligt døende patient er, at der skal sættes ind med smertestillende medicin, god lejrning og eventuelt advisering af pårørende om, at livets afslutning nærmer sig.

Det er væsentligt at slå fast, at den vellykkede indsats mange afdelinger og hospitaller har gjort for at hindre tryksår, ikke kan forebygge denne type sår, behandlingen af patienten er derfor symptomatisk.

LÆS SIDE ..... 70



Konsekvensen af denne pointe må være at gentænke uddannelsen med fokus på målet, som skal være dygtige kliniske sygeplejersker med tiltro til egne kompetencer.

LÆS SIDE ..... 75

70

# Det forsømte og det uforsømte forår

**Covid-19.** Der er ingen fællesnævner for livet under Covid-19. Nogle er bange, andre tager det roligt, der er trængsel i naturen, og en stor gruppe synger sig veltilpasse.



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

Verdenssundhedsorganisationen WHO har bestemt, at 2020 er Year of the Nurse and Midwife. Og Year of the Nurse er det blevet. Året for Florence Nightingales 200-års fødselsdag vil gå over i historien som det år, sygeplejersker kom til at betyde noget særligt. Hvor planeten Jorden ændrede sig, og nye ord indtog hverdags sproget: værnemidler, test, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Vi kom på fornavn med både Søren og Kåre. Præster, psykologer, epidemiologer, økonomer, filosoffer og et hav af meningsmaskiner ytrede sig om betydningen af Covid-19 for fremtiden:

”Nøjsomhed og hjælpsomhed er sande værdier. Vi skal investere og holde hjulene i gang. Vi afventer vaccine. Kram og knus er afløst i al fremtid. Dannelse er essentielt. Stoicismen er svaret på angsten for at dø.” Synspunkterne er mange.

Gætterier, gisninger og beregninger fremført med vekslende selvsikkerhed. Man må lytte, læse eller opleve og finde sin egen kurs gennem denne sære tid.

En stor gruppe mennesker vil huske et forsømt forår, fordi de arbejdede med Covid-19-patienter, var i karantæne, blev smittede, skiftede afdeling eller samtidig med et risikofyldt arbejdsliv skulle sørge for pasning og undervisning af børn i hjemmet.

En anden stor gruppe mennesker vil huske et uforsømt forår, fordi de arbejdede hjemme og kunne gå ud i naturen i deres fritid og med behørig afstand drikke kaffe på en træstamme. Håndsprit blev en magisk eliksir, først en mangelvare, nu en dagligvare.

Fremover skal afstanden mellem mennesker opretholdes, men at det kniber, er allerede tydeligt. Det øger muligheden for smitte og giver ballade. To mænd kom op at slås på en cykelbro i København. De var uenige om den nødvendige afstand mellem en løbende og en cyklende. Blev de smittet? Det er der ingen, der ved.

★

Hygiejne er et tungt ord, klodset, uden musik. Men alle skal spritte eller vaske hænder mange gange i døgnet nu og i fremtiden. Det kræver tilvænning og teknik.

Men det vil da være helt tåbeligt at smide den gode udvikling, der er opnået, ud, fordi bekvemmeligheden vinder.

En mærkelig tid, det er det.

I en elevator står to mennesker med øjne som natugler. De trækker sig baglæns ved synet af mig. ”Jeg tager trappen,” svarede jeg deres skrækslagne ansigter. ”Mange tak,” svarer de. Lettede.

To strikkende kvinder på Amager Fælled med to meter mellem sig og pindene tæt ind til kroppen smiler venligt.

En live-streamet bisættelse er annonceret under ”døde”.

En svær tid, det er det.

★

De uudværlige sygeplejersker arbejder videre, ikke som deres formødre med et ansigt blottet for følelsesmæssige udsving men derimod med holdninger, videodagbøger og tekster til tiden. De ved, at alle omkring patienten er uudværlige. Læger, fysioterapeuter, bioanalytikere m.fl.

Og hvem ved, måske udnævner WHO rengøringspersonalet til den næste faggruppe med deres helt eget år?

Lykke til, hvis det skulle ske. ☉



# POESI OG PATIENTER

Det nyeste afsnit af Sygeplejerskens podcast handler om, hvordan elementer af innovation, æstetik og refleksion bidrager til faglig og personlig udvikling.

Podcast fra Sygeplejersken. Hør den, hvor du henter dine podcasts eller på [dsr.dk/podcast](https://dsr.dk/podcast)





## KOMMUNIKATIONS- OG RELATIONS-DYNAMIK I OPERATIONSTEAM PÅ OPERATIONSSTUEN: ET ETNOGRAFISK STUDIE

**BAGGRUND.** Sundhedsprofessionelle i operationsteam er i høj grad indbyrdes afhængige og arbejder under tidspres. Af hensyn til behandlingskvaliteten og patientsikkerheden er det af særlig stor betydning, at teamsamarbejdet er velfungerende. Relational koordinering defineret som det "at kommunikere og indgå i relationer med hinanden på med henblik på opgaveintegration" har vist sig at bidrage til behandlingskvalitet og patientsikkerhed. Relational koordinering har også vist sig at bidrage til psykologisk tryghed og evnen til at lære af fejl. Selvom der er gennemført omfattende forskning i relationel koordinering i mange sammenhænge, herunder kirurgi, er det ikke blevet undersøgt i nogen studier, hvordan relationel koordinering fungerer på mikroniveau.

**FORMÅL.** At undersøge kommunikations- og relationsdynamik i tværfaglige operationsteam på mikroniveau i sammenhænge med varierende kompleksitet ved hjælp af teorien om relationel koordinering.

# Gensidig respekt er af central betydning

**Kommunikation.** I et operationsteam taler det tværfaglige personale til hinanden på fire forskellige måder. Ikke alle er optimale.



**METODER.** Der blev gennemført et etnografisk studie, som omfattede deltagerobservationer af 39 operationsteam og 15 semistrukturerede interviews i løbet af en 10-måneders periode i 2014 i to ortopædisk-kirurgiske operationsafsnit på et universitetshospital i Danmark. På grundlag af teorien om relationel koordinering blev der gennemført en deduktivt styret indholdsanalyse.

**RESULTATER.** Der blev identificeret fire forskellige typer samarbejde i tværfaglige operationsteam i sammenhænge med varierende kompleksitet, som repræsenterer forskellige kommunikations- og relationsmønstre: 1) proaktiv og intuitiv kommunikation, 2) stille og rutinepræget kommunikation, 3) uopmærksom og tvetydig kommunikation og 4) modsætningsfyldt og højdynamisk kommunikation. Resultaterne tyder på, at der er en sammenhæng mellem kommunikations- og relationsdynamik i operationsteam og kompleksitetsniveauet af de udførte kirurgiske indgreb.

**KONKLUSION.** Resultaterne supplerer tidligere forskning i tværfagligt team-samarbejde i operationsteam og bidrager til teorien om relationel koordinering. Resultaterne giver en ny typologi for team, der med identifikationen af fire forskellige mønstre for relationel koordinering går ud over svag eller stærk relationel koordinering. Mere specifikt understreger studiet den centrale betydning af gensidig respekt og giver forslag til forbedring af relationel koordinering i operationsteam.

## I Introduktion

Tværfagligt samarbejde i operationsteam er blevet grundigt undersøgt i mange år som følge af bekymringer omkring menneskelige faktorerens betydning for patientsikkerheden i forbindelse med operationer. Der har været særligt fokus på, hvordan kvaliteten og effektiviteten af kirurgiske indgreb påvirkes af kommunikationsfejl [1], og hvordan holdninger til medicinske fejl og teamsamarbejde påvirker kvaliteten og effektiviteten af kirurgiske indgreb [1,2,3].

Kvaliteten og effektiviteten af kirurgiske indgreb og patientsikkerheden er betingede af høj kvalitet i kommunikation og fælles viden, hvilket er vanskeligt at sikre på grund af den gensidige afhængighed, tidspresset og usikkerhedsmomenterne i kirurgisk sammenhæng [4]. Medlemmer af operationsteam skal ikke alene have klinisk viden og tekniske færdigheder. De skal også kunne indgå i teamsamarbejde, forstå kompleksiteten af den kliniske situation, træffe de rigtige beslutninger og handle effektivt [3,5,6,7].



**BIRGITTE TØRRING**<sup>1,2</sup>

Sygeplejerske 1988, PD i psykologi 2003, Master i Humanistisk Sundhedsvidenskab 2006, Ph.d. 2018. Har siden 2002 arbejdet som udviklingskonsulent i act2learn, Professionshøjskolen UCN med efter- og videreuddannelsesforløb rettet til sundhedsprofessionelle med særligt fokus på kommunikation, samarbejde og specialuddannelser til sygeplejersker i intensiv, anæstesiologisk, akut og borger-nær sygepleje. Korrespondende forfatter. [bit@ucnact2learn.dk](mailto:bit@ucnact2learn.dk)



**JODY HOFFER GITTELL**<sup>3</sup>

Professor i management ved The Heller School for Social Policy and Management ved Brandeis University, Boston, USA. Hun har udviklet en teori om relationel koordinering og foreslår, at indbyrdes afhængigt arbejde koordineres mest effektivt gennem hyppig, rettidig, nøjagtig og problemløsende kommunikation, understøttet af relationer med fælles mål, delt viden og gensidig respekt.



**MOGENS LAURSEN**<sup>4</sup>

Ph.d., forskningsansvarlig overlæge. Har forsket i alle aspekter af behandling af hoft- og knæartrose. Præoperativ optimering, postoperativ behandling mhp. fasttrack-optimering. Udvikling af nye proteser, forbedring af protesefiksation. Langtidsfollow-up af protese-funktion. PROM - evaluering og sundhedsøkonomiske beregninger af operationseffekt.



**BODIL STEEN RASMUSSEN**<sup>4,5</sup>

Professor, overlæge, ph.d. Speciallæge i Anæstesiologi og Intensiv Medicin 1993, ph.d. 2007. Har siden 1996 arbejdet som overlæge ved Aalborg Universitetshospital på Anæstesi- og Intensiv Afdeling og blev i 2012 udnævnt til Klinisk Professor i Anæstesiologi ved Aalborg Universitet. Hendes forskning er omfattende og har bl.a. kredset omkring lungenes fysiologi og inflammation under forskellige tilstande.



**ERIK ELGAARD SØRENSEN**<sup>† 2019</sup>

Professor i klinisk sygepleje og forskningsleder. Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. Han bidrog i opbygningen af et samarbejde med Aalborg Universitet i forbindelse med etablering af Aalborg Universitetshospital. Han var bl.a. engageret i forskning med særlig vægt på sygeplejefaglig ledelse, operations-sygepleje og sygeplejerskers forskningskapacitet.

### FORFATTERNES TILHØRSFORHOLD

1. Klinisk Institut, Aalborg Universitet, Aalborg
2. Act2learn SUNDHED, Professionshøjskolen UCN, Aalborg
3. The Heller School for Social Policy and Management, Brandeis University, Massachusetts, USA
4. Ortopædisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, Aalborg
5. Anæstesiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, Aalborg
6. Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, Aalborg





Disse såkaldte ikke-tekniske færdigheder kan vurderes og potentielt styrkes ved brug af forskellige systemer til adfærdsobservation. Disse vurderings-systemer indeholder adfærdsmarkører til vurdering af tilstedeværelsen af følgende færdigheder, der udvises gennem sundhedsprofessionelles adfærd: situationsfornemmelse, beslutningstagning, kommunikation og teamsamarbejde, opgavestyring og lederskab [3,8,9,10,11]. Disse vurderingssystemer er dog måske ikke tilstrækkelige.

På mange hospitaler bruges evidensbaserede teamtræningskoncepter til at træne sundhedsprofessionelle og forbedre samarbejdet i operationsteam. Implementering af disse programmer forbedrer kommunikationen og det tværfaglige samarbejde på operationsstuen [12] og øger ligeledes bevidstheden om menneskelige faktoreres betydning for patientsikkerheden [13]. Systematisk og kontinuerlig teamtræning har desuden den positive virkning, at det reducerer mortaliteten og morbiditeten [14]. Alligevel støder implementeringen af disse programmer ofte på flere barrierer, og derfor er der behov for en bedre forståelse af, hvordan evidensbaserede praksisser såsom disse teamtræningsprogrammer implementeres med succes [15].

Behovet for at udvikle en mere patient- eller personorienteret tilgang til patienter med behov for kirurgisk behandling er blevet fremhævet. Et etnografisk studie med fokus på sygepleje på operationsstuen understreger betydningen af, at operationssygeplejersker har den rette balance mellem tekniske færdigheder og plejefærdigheder, hvilket kræver, at de har såvel teknisk flair som evnen til at se patienter som mennesker [16]. Det er klart, at kvaliteten af samarbejdet i operationsteam ikke blot er et spørgsmål om at træne medlemmer af operationsteam i ikke-tekniske færdigheder og tage nye ledelsesformer i brug. Medlemmer af operationsteam skal desuden drøfte operationsplanen og fastlægge en fælles mental model [17,18] for, hvad der skal ske undervejs i operationen for at koordinere deres arbejde og udvikle adaptive koordineringsstrategier – især til brug i udfordrende eller uventede situationer [19]. De fleste operationsteam etableres ad hoc, og deres sammensætning varierer fra dag til dag.

Disse betingelser udgør en udfordring for teamets adaptive kapacitet [20] og interaktionsdynamikken mellem teamets medlemmer [21]. Manglende viden om hinanden øger sandsynligheden for misforståelser og afbrydelser under kirurgiske indgreb [22]. For at undgå sådanne forstyrrelser er der behov for teamkoordinering og ledelse, især fordi teamets medlemmer kontinuerligt skal skifte fokus mellem udførelsen af deres individuelle opgaver og koordinering med teamet [23]. Kvaliteten af samarbejdet i operationsteam er dermed forankret i teammedlemmernes viden

og færdigheder i relation til procedurer, viden om deres egen og de øvrige teammedlemmers roller samt kommunikationsprocesser, der understøtter hensigtsmæssige samarbejdsmodaliteter, specielt i forbindelse med uventede kirurgiske udfordringer.

Teorien om relationel koordinering indfanger mange af disse indsigter. Relationel koordinering er en gensidigt forstærkende interaktionsproces mellem kommunikation og relationer på tværs af fagområder med henblik på opgaveintegration [24]. Relationel koordinering omfatter fælles mål, fælles viden og gensidig respekt, der understøttes af hyppig, rettidig, præcis og problemløsende snarere end fingerpegende kommunikation. Det er en koordineringsform, der forventes at indvirke stærkt på team-performance under forhold med gensidig afhængighed, usikkerheder og tidspres. Relationel koordinering har vist sig at være prædikator for højere kvalitet, større effektivitet og jobtilfredshed [25] samt engagement [26], psykologisk tryghed og evnen til at lære af fejl [26,27].

Relationel koordinering er også forbundet med operationsresultater såsom færre postoperative smerter, bedre postoperativ funktionsevne og kortere varigheder af indlæggelse [4]. Derudover er relationel koordinering prædikator for lavere forekomst af hospitalsrelaterede infektioner, patientklager og medicineringsfejl [28]. På den baggrund synes relationel koordinering relevant for, hvor godt operationsteam fungerer på operationsstuer. Selv om der er gennemført omfattende forskning i relationel koordinering i mange sammenhænge, herunder kirurgi, er det ikke blevet undersøgt i nogen studier, hvordan relationel koordinering fungerer på mikroniveau, og hvilke varianter af mønstre for relationel koordinering der kan findes på det niveau. I dette studie undersøgte vi kommunikation og relationer i tværfaglige operationsteam på mikroniveau i sammenhænge med varierende kompleksitet ved hjælp af teorien om relationel koordinering.

## M

### Metoder

Dette etnografiske studie blev baseret på deltagerobservationer og -interview inspireret af praktiske etnografiske principper [29,30]. Medlemmer af tværfaglige operationsteam blev observeret, mens de

udførte deres opgaver i dagligdagen, som var udførelse af knæ- og hoftealloplastik-operationer på operationsstuen. De fleste operationer var åbne, og patienterne var enten i generel anæstesi (16 patienter) eller regional anæstesi (23 patienter). De kirurgiske indgreb varede mellem 30 og 340 minutter (gennemsnitligt 132 minutter). Observatio-



nerne blev fokuseret på disse udvalgte kirurgiske specialer for at muliggøre identifikation af vaner og mønstre på tværs af situationer, der opstår i forbindelse med udførelse af sammenlignelige kirurgiske indgreb af varierende kompleksitet.

Teamene blev sammensat ved dagens begyndelse af de ledende sygeplejersker, og de omfattede 1-2 kirurger, 1 kirurgisk assistent, 1 steril operationssygeplejerske, 1 usteril operationssygeplejerske, 2 anæstesisygeplejersker, 1 anæstesi-læge og i enkelte tilfælde 1 social- og sundhedsassistent. Der blev observeret 39 operationsteam med i alt 85 teammedlemmer.

Variierende kompleksitet blev sikret ved at rekruttere team fra to geografisk adskilte enheder med forskelligt specialiseringsniveau, men inden for samme organisatoriske ramme: et regionshospital, hvor operationerne blev udført som standard-behandlingsforløb, og et universitetshospital, som udførte

ikke-standardiserede operationer hos sårbare/kritiske patienter (ASA-gruppe ≥2).

ASA-scoren er et scoresystem til klassifikation af fysisk status, der er udviklet af ASA (American Society of Anesthesiologists) til at foretage en enkel klassifikation af patientens fysiske status før en operation som hjælp til at forudsige operationsrisikoen.

Førsteforfatteren (BT) var passiv deltager, idet hun var til stede på operationsstuen under operationer uden at deltage i de kirurgiske indgreb [30, s. 58-59]. Først blev observationerne gennemført ud fra en ustruktureret undersøgende tilgang – "grand tour"-observationer af dimensioner såsom rum, aktør, aktivitet, objekt, handling, hændelse, tid, mål og følelse [30]. Disse observationer blev efterfulgt af mere fokuserede observationer med øget opmærksomhed på kommunikationen og koordineringen i det tværfaglige samarbejde – "mini tour"-observationer [30].



**Tabel 1a.** Kodningssystem for indholdsanalyse i forbindelse med hensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker

KATEGORI 1: Hensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker	
Fælles mål	<i>Kirurgen spørger: "Hvor lang tid regner I med, der går, før I er klar til at tage den næste?". Den sterile operationssygeplejerske svarer: "Vi kan godt køre videre med det samme. Vi skal bare lige have gjort rent og stillet frem.". Anæstesisygeplejersken tilføjer: "Også for vores vedkommende!" Kirurgen siger: "Så er det en aftale Så er det det, vi gør!" [Team 16]</i>
Fælles viden	<i>Den usterile operationssygeplejerske og den sterile operationssygeplejerske har netop konstateret, at de mangler en repulserende sav [et specifikt instrument, der sædvanligvis anvendes til denne type operation]. Saven kan tidligst være på operationsstuen om 7 kvarter. Den sterile operationssygeplejerske og anæstesisygeplejersken taler sammen for at koordinere det nye tidsperspektiv. De er enige om, at den sterile operationssygeplejerske må få afklaret situationen med kirurgen. Den usterile operationssygeplejerske ringer til kirurgen og spørger: "Patienten er kommet ned nu. Vil du komme og markere?" Der er lige det, at vi først kan have en repulserende sav på stuen om 7 kvarter, og de [anæstesisygeplejerskerne] vil gerne lægge spinal nu." De taler lidt sammen. Da den usterile operationssygeplejerske har lagt røret på, siger hun til den sterile operationssygeplejerske og anæstesisygeplejersken: "Han vil komme nu, og han er ligeglad med saven. Vi kan bare gå i gang." [Team 24]</i>
Gensidig respekt	<i>Operationssygeplejerske 34 og operationssygeplejerske 36 er ved at gøre stuen klar til den næste patient, og de taler om, hvordan de skal fordele dagens arbejde. Operationssygeplejerske 34 siger: "Skal jeg tage den første [være steril operationssygeplejerske], så kan du se med. Du kan se, hvordan jeg gør, og så kan du gøre det selv bagefter?" Operationssygeplejerske 36 svarer: "Ja, det kan vi godt ... men jeg vil gerne tage den cementerede hofte. I går var jeg i vask [steril operationssygeplejerske] til 3 ucementerede hofte. Jeg mangler træning i det med cementeringen, så det vil jeg gerne!" Operationssygeplejerske 34 siger: "Ok, fint. Så siger vi, at jeg tager de to første, og du tager hoften og den sidste fasciotomi!" Operationssygeplejerske 36 siger: "Ok." [Team 16]</i>
Præcis kommunikation	<i>Anæstesisygeplejersken læser patientens navn, CPR-nummer og operationstypen op. Hun nævner, at der er givet Ciproxin. Kirurgen svarer: "Yes, super. Ingen forventelige operationskomplikationer, og der er en forventet operationstid på en halv time." [Team 16]</i>
Rettidig kommunikation	<i>Kirurgen er netop færdig med operationen og tager sine handsker af. Den usterile operationssygeplejerske siger: "Prøv lige at se på de her røntgenbilleder. Det er fra den næste patient, vi skal have. Hvad aftalte vi egentlig i forhold til det? Hvordan skal vi gøre det?" De taler sammen om, hvilke materialer de skal anvende til den næste patient. De går sammen hen til skabet med proteser og ser på de forskellige instrumenttæsker og alloplastikmaterialer. De tager en beslutning om valget sammen. [Team 12]</i>
Problemløsende kommunikation	<i>Den sterile operationssygeplejerske siger: "Jamen, de to, de passer jo <b>IKKE</b> sammen!" Den usterile operationssygeplejerske tænker et øjeblik og siger: "Hov, nej, vi må stoppe ham [kirurgen]. Det hoved [en del af alloplastikmaterialet], han har taget, passer ikke ind i ..." Hun går hen til døren til indsovningsrummet, banker på og siger: "Vent lige lidt." Hun går derefter hen til telefonen og ringer til kirurgen. Den usterile operationssygeplejerske og den sterile operationssygeplejerske taler videre om størrelser på alloplastikmaterialet og om, hvad de ellers kan gøre. Den usterile operationssygeplejerske siger: "Han kommer [kirurgen]. Han er meget irriteret over, at man ved operationstilmeldingen har været så fokuseret på stemmet [et specifikt alloplastikmateriale], når acetabulum [hofteskålen] er så skadet." De taler om, hvilken løsning de skal gå videre med. Kirurgen kommer. Sammen drøfter de mulighederne og beslutter sig. Idet han går ud, siger kirurgen: "Vi fortsætter! Gå aldrig ned på udstyr." [Team 29]</i>

For hver dimension viser tabellen tekst fra feltnoterne, der blev kodet for dimensionerne forbundet med hensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker.



Feltnoter med deltagernes beskrivelser og væsentlige ordvekslinger mellem deltagerne blev omskrevet til sammenhængende tekst af førsteforfatteren umiddelbart efter de daglige observationer [30,31]. For at få indsigt i, hvilke intentioner og holdninger der motiverede deltagernes adfærd, blev der gennemført individuelle semistrukturerede interview (i alt 15) med operationssygeplejersker, anæstesisygeplejersker, kirurger og anæstesi-læger baseret på de forudgående observationer [32, s. 120-29].

Endelig blev der gennemført to semistrukturerede tværfaglige gruppeinterview (4-5 deltagere, heraf 1-2 operationssygeplejersker, 1-2 anæstesisygeplejersker, 1 kirurg, 1 anæstesi-læge) for at forstå deltagernes holdninger til teamsamarbejdskulturen og få indsigt i, hvordan de taler om tværfagligt samarbejde [33]. Lydoptagelserne fra interviewene blev transskriberet i deres helhed af førsteforfatteren (BT).

Studiet fandt sted over en periode på 10 måneder i 2014, og der blev under studiet observeret 60 kirurgiske indgreb svarende til 240 timers observation på 30 dage. I alt 39 ud af de 60 kirurgiske indgreb blev observeret i perioden med fokuseret observation (23 rutineindgreb/16 komplekse indgreb). Med denne strategi blev der givet plads for gentagelser af procedurer og for samtaler med team og aktører om sammenhænge i relation til tekniske procedurer over tid, og den gjorde det ligeledes muligt at se bort fra risikoen for kun at inddrage "toppen af isbjerget" i studiet [30 s. 70-71].

### Teoretisk ramme og dataanalyse

Der blev gennemført en indholdsanalyse [34] ud fra en deduktiv tilgang på grundlag af teorien om relationel koordinering. Analyseprocessen var inspireret af Høyers metafor [35] om at bruge teori som dåseåbner for klarlægning og identifikation af

**Tabel 1b.** Kodningssystem for indholdsanalyse i forbindelse med uhensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker

KATEGORI 2: Uhensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker	
Funktionelle mål	<i>Kirurgen siger: "Jeg vil nu holde fast i min grundholdning til det der med udpakningen. Jeg synes, at det generelt er vigtigt at tænke på - for at spare penge, at vi bare tager tingene med ind på stuen, og bare pakker det op, hvis vi skal bruge det." Den usterile operationssygeplejerske svarer: "Okay, men hvis ikke det er klargjort, og vi skal bruge det undervejs i operationen, så bebrejder du mig for det!". [Team 13]</i>
Specialiseret viden	<i>Den sterile operationssygeplejerske siger: "Hvis det er kirurg X, der skal operere, så vil han have en nummer 4 [størrelse på suturtråd], og han vil have de der særlige knivsblade." Den usterile operationssygeplejerske svarer: "Ok, ja." Hun finder dem. Den sterile operationssygeplejerske siger: "Han har nogle nykker!" Den usterile operationssygeplejerske svarer: "Jeg kalder det ... ideer!" Den sterile operationssygeplejerske igen: "Ja, han har sine ideer!" og hun fortsætter: "Jeg synes altså også, at man skal indrette sig efter stedet, i en eller anden grad. Der var engang, hvor jeg hoppede rundt og fik særlige instrumenter lagt i bakkerne, fordi han ville have det. Han brugte dem bare aldrig alligevel. Så det er jeg færdig med!" [Team 18]</i>
Disrespekt	<i>De to anæstesisygeplejersker er ved at indlede bedøvelse af patienten. De to operationssygeplejersker venter, og en af dem fortæller imens: "Det er de to skrappeste anæstesisygeplejersker, de to der!" Da hun bliver spurgt: "På hvilken måde de skrappeste?" svarer hun: "Se på hende, se på hendes hurtige bevægelser. Hun er hurtig i vendingen og ... " Hun siger ikke mere. Spørgsmålet bliver gentaget: "Hvad lægger du i skrappeste? De mest kompetente eller hvad?" Operationssygeplejersken svarer: "Nej, de er sikkert dygtige, men de er også meget bestemte. Jeg skal ikke have noget sagt. Man får et fur af den anden verden, hvis man gør et eller andet. Jeg er stille, når jeg arbejder med dem!" [Team 16]</i>
Upræcis kommunikation	<i>En nyansat steril operationssygeplejerske er ved at gøre operationsbordene parate, og den usterile operationssygeplejerske, som er hendes supervisor, spørger: "Jeg skal lige høre dig efter, om jeg skal holde øje med dig?" Den sterile operationssygeplejerske spørger: "Hvad mener du?" Den usterile operationssygeplejerske svarer: "Jeg tænker på, hvor langt du er i oplæringen, og hvor meget du kan selv. Skal jeg sige til dig, hvad du skal gøre, eller er du kommet dertil, hvor du selv ved, hvad der skal ske?" Den sterile operationssygeplejerske svarer: "Jeg er så langt i min oplæring, at jeg godt ved, hvad der skal gøres, og jeg vil gerne selv gøre det. Så bare du ved, at jeg måske tager lidt længere tid om det, og siger til mig, hvis der er noget, så vil jeg gerne selv. Det er det, som jeg lærer mest af." Den usterile operationssygeplejerske siger: "Du må jo spørge mig så, hvis der er noget." Den sterile operationssygeplejerske svarer: "Det vil jeg gøre," og hun fortsætter: "De stem [alloplastikmateriale], vi skal bruge, er det (x)?" Den usterile operationssygeplejerske svarer: "Jeg forventer, det er dem. Jeg tror det, men jeg ved det ikke, for jeg har aldrig prøvet det!". Den usterile operationssygeplejerske går ud af stuen. [Team 9]</i>
Forsinket kommunikation	<i>Den usterile operationssygeplejerske siger højt til kirurgen: "Hvis vi lige kan tale om den næste patient? Hun skal have en ucementeret hofte. Har vi, hvad vi skal have til det?" Kirurgen svarer: "Jeg har ikke set patienten endnu. Det må jeg lige gøre først!" Den usterile operationssygeplejerske siger: "Jeg er lige ved at miste overblikket. Vi har gang i så meget i dag!" [Team 12]</i>
Fingerpegende kommunikation	<i>Anæstesisygeplejersken kommer ind på operationsstuen og siger undskyldende til operationssygeplejersken: "Jeg er ked af mit udbrud og min reaktion før. Det var ikke så godt. Men det er jo altså ufatteligt, at vi nu må stoppe, fordi der ikke er kontrolleret en INR [INR er en essentiel værdi, der anvendes til at styre patienters blodfortyndingsbehandling]. Vi har bedt om at få den hele dagen. Irriterende, for det er jo ikke mit ansvar. Nogen har sovet i timen, og så står vi her." [Team 31]</i>

For hver dimension viser tabellen tekst fra feltnotaterne, der blev kodet for dimensionerne forbundet med uhensigtsmæssig kommunikations- og relationsdynamik.



undersøgelserområdet i en analyse. Ifølge teorien om relationel koordinering sker effektiv opgavekoordinering igennem et relationelt netværk mellem fagfolk, der deltager i den samme arbejdsproces [36]. Der kan forekomme hensigtsmæssige såvel som uhensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker på tværs af forskellige arbejdsgrupper inden for samme team [25]. Der er tale om hensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker, når fælles mål, fælles viden og gensidig respekt skaber mere hyppig, præcis, rettidig og problemløsende kommunikation, der igen medvirker til yderligere styrkelse af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Der er tale om uhensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker, når funktionelle mål, specialiseret viden og disrespekt bidrager til sjælden, upræcis og forsømt kommunikation, der igen forstærker funktionelle mål, specialiseret viden og disrespekt [4]. Under analyseprocessen skiftede forskeren kontinuerligt og dialogisk fokus mellem teorien om relationel koordinering og det empiriske materiale [37].

Feltnoter og transskriptioner fra interviewene blev organiseret som ordret tekst i NVivo, der er et softwareprogram til kvalitativ dataanalyse. Teksten blev læst for at opnå viden om karakteristika for samarbejde i tværfaglige operationsteam.

Analysekodeprocessen bestod af fem trin, guidede af teorien om relationel koordinering. I det første trin blev alle tilfælde af tværfagligt teamsamarbejde, der var observeret på operationsstuen, markeret i feltnoterne.

I det andet trin blev forekomsten af hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker kodet – som vist i Tabel 1a side 13 og 1b.

I én kategori (tabel 1a) blev forekomsten af *hensigtsmæssige dimensioner* kodet: fælles mål, fælles viden og gensidig respekt; præcis, rettidig og problemløsende kommunikation.

I en anden kategori (tabel 1b) blev forekomsten af *uhensigtsmæssige dimensioner* kodet: funktionelle mål, specialiseret viden og disrespekt; upræcis, forsømt og fingerpegende kommunikation.

I det tredje trin blev antallet af kodninger for alle dimensioner i hvert af de 39 operationsteam optalt. Dette resulterede i et antal kodninger for forekomst af hensigtsmæssig kommunikations- og relationsdynamik (+RK) og et antal kodninger for forekomst af uhensigtsmæssig kommunikations- og relationsdynamik (-RK) for hvert team.

Tabel 2 viser et eksempel på dette trin med koder for et team (team 27). Der blev taget højde for operationsvarighed. Antallet af koder for hvert operationsteam blev efterfølgende tidsjusteret og angivet som koder/time. Et operationsteam med 30 koder for (+RK)/time og 5,6 koder for (-RK)/time kan derfor vises grafisk ved hjælp af to tal.

I det fjerde trin blev operationsteam illustreret grafisk i en matrix, hvor forekomsten af *hensigtsmæssige* kommunikations- og relationsdimensioner (+RK) blev markeret på en vandret akse, og forekomsten af *uhensigtsmæssige* kommunikations- og relationsdimensioner (-RK) blev markeret på en lodret akse.

Figur 1 og 2 side 16 og 17 viser, hvordan medianer blev markeret, og der fremkom fire bokse som udtryk for fire forskellige typer teamsamarbejde: type 1: høj (+RK) og lav (-RK); type 2: lav (+RK) og lav (-RK); type 3: lav (+RK) og høj (-RK) og type 4: høj (+RK) og høj (-RK). Se også figur 3.

Tabel 3 side 16 indeholder en oversigt over antallet af kodninger for alle kommunikations- og relationsdimensioner for de fire forskellige typer teamsamarbejde. Endelig blev dataene læst igen, og beskrivelser af karakteristika for de forskellige teamtyper blev udarbejdet.

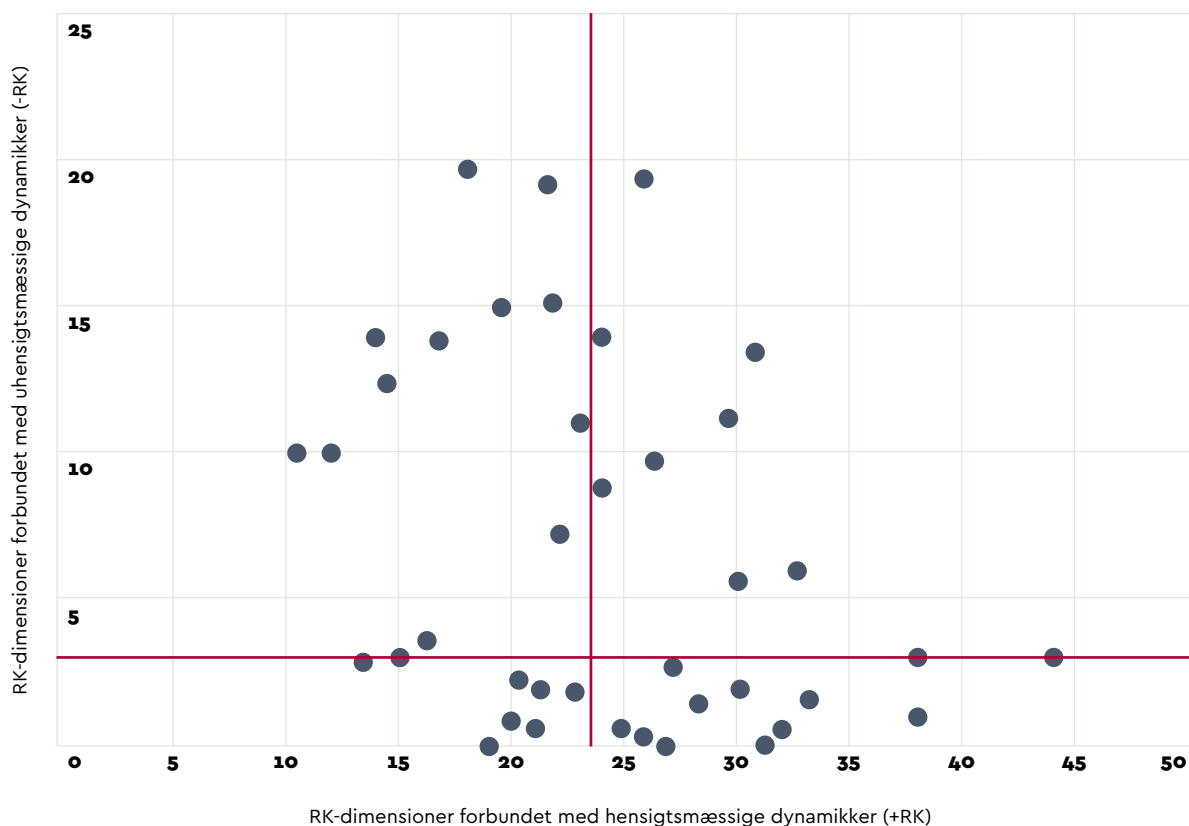
**Tabel 2.** Koder for kommunikations- og relationsdimensioner forbundet med hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige dynamikker for Team 27

Koder for kommunikations- og relationsdimensioner for <b>Team 27</b>			
Dimensioner forbundet med <i>hensigtsmæssige dynamikker</i>	(+RK) n	Dimensioner forbundet med <i>uhensigtsmæssige dynamikker</i>	(-RK) n
Fælles mål	18	Funktionelle mål	1
Fælles viden	3	Specialiseret viden	-
Gensidig respekt	16	Disrespekt	3
Præcis kommunikation	10	Upræcis kommunikation	2
Rettidig kommunikation	23	Forsømt kommunikation	6
Problemløsende kommunikation	5	Fingerpegende kommunikation	2
(+RK)-koder i alt	75	(-RK)-koder i alt	14
(+RK)-koder pr. 60 minutter	30	(-RK)-koder pr. 60 minutter	5,6

Team 27 udførte et komplekst kirurgisk indgreb med en varighed på 150 minutter.

**Tabel 3.** Gennemsnit for kommunikations- og relationskoder for de fire forskellige typer

	Forskellige kommunikations- og relationsmønstre			
	Gennemsnit for koder for type 1	Gennemsnit for koder for type 2	Gennemsnit for koder for type 3	Gennemsnit for koder for type 4
Fælles mål	7,9	4,7	4,7	7,4
Fælles viden	2,5	2,0	1,3	2,5
Gensidig respekt	4,5	3,1	2,0	3,5
Præcis kommunikation	5,2	2,6	2,9	4
Rettidig kommunikation	9,5	5,6	6,3	8,0
Problemløsende kommunikation	2,4	1,2	1,2	2,2
Funktionelle mål	0,1	0,4	2,2	0,9
Specialiseret viden	0,2	0,1	0,5	0,8
Disrespekt	0,2	0,4	5,2	5
Upræcis kommunikation	0,2	0,1	0,7	0,9
Forsinket kommunikation	0,4	0,9	3,4	2,2
Fingerpegende kommunikation	0,3	0,1	1,3	1,0

**Figur 1.** Operationsteam angivet som antallet af koder for kommunikations- og relationsdimensioner

Operationsteam angivet som antallet af koder for kommunikations- og relationsdimensioner forbundet med hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige dynamikker. De røde linjer angiver medianerne (vandret median = 24, lodret median = 3).



# R

## Resultater

Følgende fire typer repræsenterer forskellige kommunikations- og relationsformer, som blev observeret i operationsteamene under deres udførelse af opgaver i dagligdagen, baseret på den styrede indholdsanalyse:

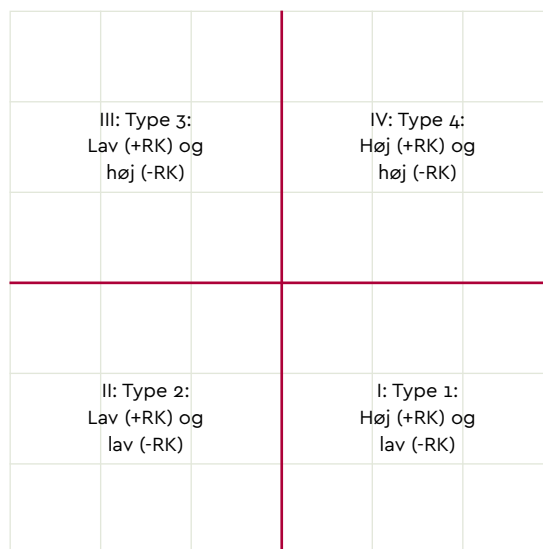
- Proaktiv og intuitiv kommunikation (type 1).
- Stille og rutinepræget kommunikation (type 2).
- Uopmærksom og tvetydig kommunikation (type 3).
- Modsætningsfyldt og højdynamisk kommunikation (type 4).

I det følgende er hver angivelse af en observation eller et deltagercitater blevet tildelt et referencenummer for et af 39 operationsteam, der blev observeret, eller en af deltagerne med arbejde som kirurg, operationssygeplejerske, social- og sundhedsassistent, anæstesi-læge eller anæstesisygeplejerske.

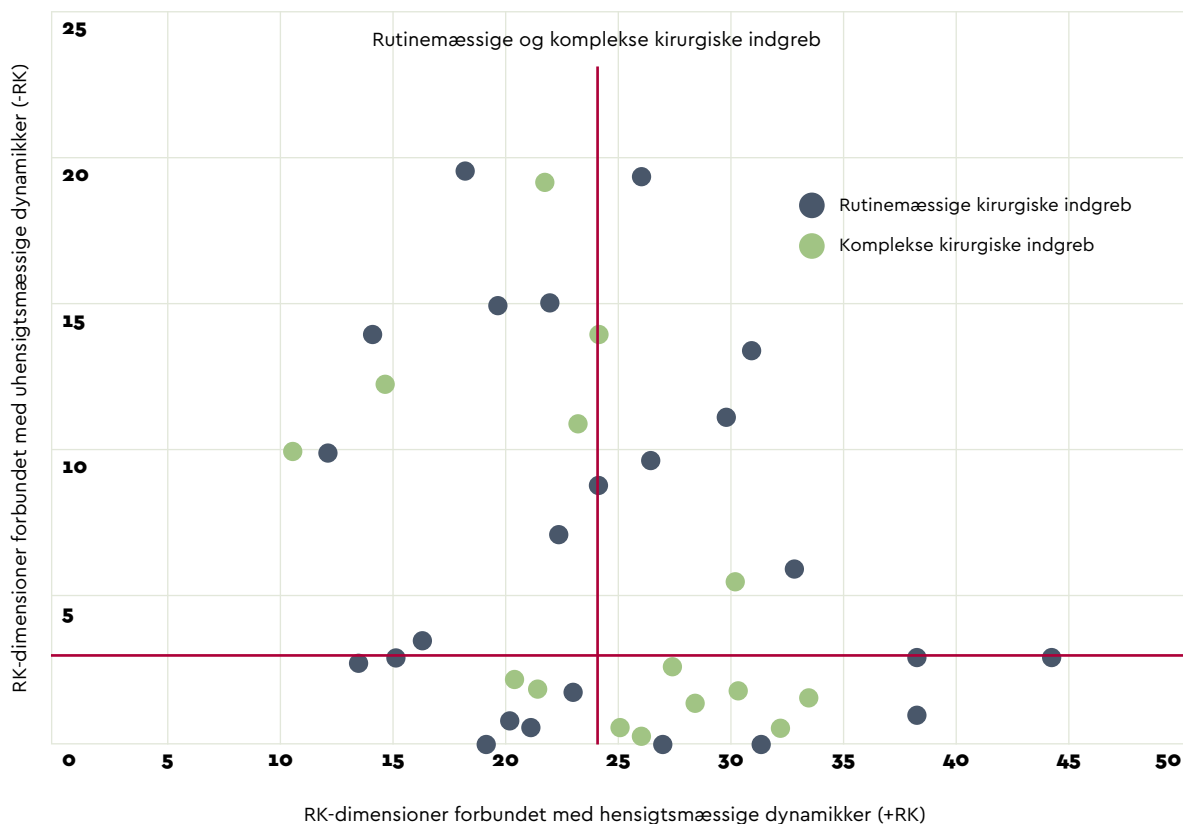
### Type 1: Proaktiv og intuitiv kommunikation

I team af type 1 var det tværfaglige samarbejde karakteriseret ved bred enighed om fælles mål, et mærkbart udtryk for gensidig respekt samt rettidig og præcis kommunikation med fokus på at løse de problemer, der opstod. Disse team udførte ofte

**Figur 2.** Typer af kommunikations- og relationsdynamikker baseret på antal koder for (+RK) og (-RK)



**Figur 3.** Rutinemæssige og komplekse kirurgiske indgreb udført af de observerede operationsteam



Udførte rutinemæssige og komplekse kirurgiske indgreb vist i et punktdiagram og angivet som antallet af koder for hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker. De røde linjer angiver medianerne.



langvarige, komplekse kirurgiske indgreb. Graden af kompleksitet understregede behovet for og vigtigheden af fælles ansvar for at sikre håndtering af de daglige operationsplaner bedst muligt. Kommunikations- og relationsdynamikken var i disse operationsteam karakteriseret ved, at deltagerne var proaktive og intuitive.

Den proaktive og intuitive kommunikation var bemærkelsesværdig, når teamets medlemmer udvekslede overvejelser om forventede udfordringer før og under de kirurgiske indgreb og således løste problemer på forhånd ved fælles beslutningstagning og problemløsende kommunikation. I tilfælde af uforudsete hændelser (f.eks. i relation til patienternes tilstand, fravær af kirurgiske assistenter eller mangel på nødvendige kirurgiske instrumenter eller alloplastikmaterialer), hvor der var risiko for, at de kunne forårsage operationskomplikationer, -aflysninger eller -udsættelser, udvekslede teammedlemmerne overvejelser under inddragelse af alle teammedlemmers ekspertise og erfaring. Hele teamet tilstræbte at finde de bedst mulige løsninger og traf hensigtsmæssige beslutninger. Dette fremgår af følgende observation af teamaktiviteter på operationsstuen [team 29]:

*Den sterile operationssygeplejerske ved eksakt, hvordan de forskellige alloplastikmaterialer passer sammen, selvom de anvendes sjældent. Hun taler højt til sine kolleger og kirurgen om, hvad man kan gøre. Kirurgen lytter, og han fortæller dem, hvilken løsning han har valgt, og hvilke materialer han gerne vil bruge til hofteoperationen. Han er dog bekymret for den skrøbelige tilstand, som patientens knogle er i. "Den er meget tynd!" siger han. Anæstesisygeplejersken kommer ind på stuen og spørger, om de må bedøve patienten, som er ude i indsovningsrummet. Den sterile operationssygeplejerske svarer: "Ja, nu har vi lige besluttet os for, hvilken procedure og hvilke materialer vi vil bruge. Det må I gerne!" Anæstesisygeplejersken svarer: "Ok, så begynder vi at bedøve patienten!" Social- og sundhedsassistenten arbejder sikkert med hurtige og rolige bevægelser igennem deres forberedelse til operationen. Hun fortæller undervejs om sine overvejelser og rådgiver den sterile operationssygeplejerske. Social- og sundhedsassistenten får den fulde opmærksomhed fra de andre. De lytter til og responderer på hendes ideer. Den sterile operationssygeplejerske kører det transportable røntgenapparat ind mod lejet og siger: "Vi skal nok forberede os på, at det skal foregå under gennemlysning, når det er så tyndt knoglevæv!"*

Deltagerne kendte hinandens roller og ekspertise og tog højde for, hvad der var vigtigt for både deres egen og de øvrige deltageres opgaveudførelse. Dette

fremgik tydeligt, når anæstesisygeplejersken overtog opgaver fra den sterile operationssygeplejerske for at bidrage til at skabe fleksibilitet og dermed muliggøre et passende flow under det kirurgiske indgreb. Det fremgik ligeledes tydeligt, når kirurgen inddrog teammedlemmerne i operationsteknikken, og operationssygeplejersken var årvågen og opmærksom på kirurgens præferencer og operationsteknik, som vist i denne situation [team 23]:

*Operationen er lige begyndt. Kirurgen siger: "Vi starter." Kirurgen viser den kirurgiske assistent, hvordan hun skal holde sårhagerne og holde fettet frit. Den sterile operationssygeplejerske arbejder roligt. Kirurgen fortæller den kirurgiske assistent, hvad han ser, hvad han gør, og hvorfor. Han taler stille, så patienten ikke kan høre ham. De taler om, hvordan man kan vurdere patientens knoglers tilstand. Kirurgen fortsætter med at beskrive, hvad han gør, og hvad han har til hensigt at gøre som det næste trin. Den sterile operationssygeplejerske er fokuseret og forbereder, hvad hun forventer, vil være kirurgens næste trin og næste behov. Kirurgen arbejder med indboring af søm i femurdelen og siger: "Vi vil gerne have et ... " Den sterile operationssygeplejerske rækker det straks til ham, før han har fået sagt hele sætningen. Kirurgen saver nu i knoglen. Han vil trække et søm ud, men det sidder fast. Den sterile operationssygeplejerske rækker ham et instrument, som kan trække sømmet ud igen. Kirurgen forklarer stille assistenten om sin teknik. Den sterile operationssygeplejerske forudser og står afventende med det næste instrument i hånden. Hun er stille. Hun står klar til at hjælpe, og hun følger med i operationen. Hun har ret i sine forventninger, og hun er helt klar med det næste instrument, som hun rækker frem til kirurgen uden at sige noget. Hun ved præcis, hvad kirurgens næste træk vil være.*

Det viste sig ofte, at denne type team udførte operationer, der var meget komplekse, hvilket understregede fordelene ved proaktiv og intuitiv koordinering og kommunikation ved behov for problemløsning. Dette var for eksempel tilfældet i en situation, hvor to operationssygeplejersker gjorde klar til et meget kompliceret kirurgisk indgreb, og de var nødt til at sammenkoble flere sjældent anvendte kirurgiske instrumenter og klargøre en række specialfremstillede alloplastikmaterialer [team 29]:

*Pludselig siger den sterile operationssygeplejerske: "Jamen, de to ... de passer jo IKKE sammen!" Den sterile operationssygeplejerske tænker et øjeblik og siger: "Hov, nej, vi må stoppe ham [kirurgen]. Det hoved [en del af alloplastikmaterialet], han har taget, passer ikke ind i ... " Hun*



*går hen til døren til indsovningsrummet, hvor anæstesisygeplejersken er ved at gøre patienten klar til anæstesi, banker på og siger: "Vent lige lidt!" Hun går derefter hen til telefonen og ringer til kirurgen. Den usterile operationssygeplejerske og den sterile operationssygeplejerske taler videre om størrelser på alloplastikmaterialet og om, hvad de ellers kan gøre. Den usterile operationssygeplejerske siger: "Han kommer [kirurgen]. Han er meget irriteret over, at man ved operationstilmedlingen har været så fokuseret på stemmet [et specifikt alloplastikmateriale], når acetabulum [hofteskålen] er så skadet." De taler om, hvilken løsning de skal gå videre med. Kirurgen kommer. Sammen drøfter de mulighederne og beslutter sig. Idet han går ud, siger kirurgen: "Vi fortsætter! Gå aldrig ned på udstyr."*

Endelig skal det nævnes, at disse team i deres samarbejde udtrykte gensidig respekt, verbalt såvel som nonverbalt, og et bemærkelsesværdigt ansvar for det tværfaglige læringsmiljø på operationsstuen. Det sås f.eks., når en erfaren operationssygeplejerske hilste på og gav instruktioner til den kirurgiske assistent på operationsstuen om det planlagte kirurgiske indgreb, og når erfarne kirurger oplærte kirurgiske assistenter eller udviste stor opmærksomhed over for og tålmodighed med nyansatte operationssygeplejersker.

### **Type 2: Stille og rutinepræget kommunikation**

I team af type 2 var det tværfaglige samarbejde styret af fælles mål og karakteriseret ved gensidig respekt. Disse team udførte ofte kirurgiske indgreb på patienter, der skulle have foretaget standard-/rutineoperationer af kort varighed, som krævede mindre meningsudveksling, forventningsafstemning og fælles problemløsning. Kommunikations- og relationsdynamikken var i disse team derfor karakteriseret ved at være mere stille og mindre dynamisk end i de øvrige team.

Denne form for stille interpersonel dynamik forekom, når teammedlemmerne udførte procedurer for sikker kirurgi såsom "time out" og "tjek ud". Under disse procedurer var den verbale udveksling af oplysninger ofte meget kortfattet og uden detaljer om de specifikke kirurgiske indgreb, forventede udfordringer og estimeret operationsvarighed. Sommetider blev "tjek ud"-proceduren sprunget over, dvs. at afdelingens retningslinjer for sikker kirurgi dermed ikke blev fulgt.

Der blev også observeret en anden form for stille kommunikation under de kirurgiske indgreb. I disse situationer talte teammedlemmerne informativt og instruktivt sammen uden forudgående drøftelser af usikkerhedsmomenter, forventede udfordringer eller

beslutninger om patienten og det kirurgiske indgreb som f.eks. under følgende observation [team 14]:

*Kirurgen tager selv instrumenter fra bordet og lægger selv instrumenterne tilbage på bordet igen. Som noget usædvanligt er bordet placeret ind i en lille kile mellem den sterile operationssygeplejerske og kirurgen. Indimellem rækker den sterile operationssygeplejerske instrumenter til kirurgen, og indimellem samler hun knoglestumper/-smuler op fra kirurgens pincet med en serviet. Indimellem siger kirurgen, hvad han vil have. Han anvender en kuglreamer [ortopædkirurgisk instrument til udfræsning af hofteskålen] og siger: "54." Den sterile operationssygeplejerske svarer "Ja" og rækker reameren frem. Kirurgen anvender kuglreameren en gang mere og siger, at han skal have en større reamer. Hvilket han får og anvender, og derefter siger han: "58'er." Han reamer igen og siger så til den usterile operationssygeplejerske: "Vi får en 60'er." Den usterile operationssygeplejerske peger mod udpakningsrummet og spørger den sterile operationssygeplejerske: "Det er den, der er derinde, ikke? Den sterile operationssygeplejerske svarer: "Jo - og skal det være uden huller?"*

Selv om der ofte var tale om stille interpersonel dynamik i disse team under de kirurgiske indgreb, blev der observeret livlig samtale mellem operationssygeplejerskerne under klargøring til de kirurgiske indgreb. Kommunikationen mellem sygeplejerskerne handlede typisk især om, hvilke instrumenter og materialer der var behov for, men der var også megen small-talk eller snak om det sociale liv på afdelingen og om personlige emner.

I disse team kendte medlemmerne ofte både de planlagte kirurgiske indgreb og hinanden godt. Den rutinemæssige karakter af de kirurgiske indgreb havde betydning for kommunikationens indhold for så vidt angår, hvad der var behov for at drøfte og arrangere. Teammedlemmerne talte sjældent om operationskomplikationer, men de tilstræbte altid at være forberedt på de hyppigst forekommende variationer inden for hofte- og knæalloplastik og opmærksomme på kirurgens instrumentpræferencer [team 12]:

*Kirurgen er netop færdig med operationen og tager sine handsker af. Den usterile operationssygeplejerske siger: "Prøv lige at se på de her røntgenbilleder. Det er fra den næste patient, vi skal have. Hvad aftalte vi egentlig i forhold til det? Hvordan skal vi gøre det?" De taler sammen om, hvilke materialer de skal anvende til den næste patient. De går sammen hen til skabet med proteser og ser på de forskellige instrumentæsker og alloplastikmaterialer. De tager en beslutning om valget sammen.*



I disse team kommunikerede og handlede medlemmerne på en måde, der understøttede fælles mål. Målene var ikke altid præcise, klare eller indlysende. De var snarere underforstået, og der blev sjældent sat ord på dem. De enkelte teammedlemmer var opmærksomme på, hvad der var vigtigt for opgaveudførelse, for resultatet for patienten og for de øvrige medlemmers funktion. Denne opmærksomhed er illustreret i det følgende [team 5]:

*Den usterile operationssygeplejerske spørger kirurgen: "Vil du gerne, at jeg tager blodtomheden [løsner blodtryksmanchetten] nu, eller vil du hellere vente lidt?" Kirurgen siger: "Vi venter lige lidt!" Anæstesisygeplejersken siger til den usterile operationssygeplejerske: "Når du tager blodtomheden, vil du så sige til, fordi jeg tror, at patienten er sådan en, som godt kan blive lidt bradycard, når vi tager blodtomheden." Den usterile operationssygeplejerske svarer: "Ja, det skal jeg nok."*

Endelig blev det påvist, at genkendelighed, rutinemæssige opgaver og kendskab til hinanden på et personligt plan skabte en atmosfære af fællesskab og sikkerhed på operationsstuen, der fra tid til anden blev afbrudt af et ironisk tonefald. "Den her måde at tale sammen på på operationsstuen er en del af vores kultur. Men nogle gange så er det bare for meget!" [operationssygeplejerske 25].

### Type 3: Uopmærksom og tvetydig kommunikation

I team af type 3 var det tværfaglige samarbejde karakteriseret ved sundhedsprofessionelle, der primært var styret af funktionelle mål og i mindre grad af fælles mål. Samarbejdet var karakteriseret ved, at teammedlemmerne udtrykte disrespekt snarere end respekt, samt at teammedlemmerne benyttede fingerpegende kommunikation snarere end problemløsende kommunikation. Disse team håndterede både rutinemæssige og komplekse indgreb. Kommunikations- og relationsdynamikken var i disse operationsteam karakteriseret ved manglende opmærksomhed på hinanden og ved tvetydig ordveksling mellem teammedlemmerne.

Manglende opmærksomhed blev observeret, når operationssygeplejerskerne var uforberedte på at skulle følge kirurgerne og deres næste træk under de kirurgiske indgreb, eller når det var vanskeligt for operationssygeplejerskerne at komme til at tale med kirurgerne inden et indgreb, hvilket resulterede i forlængelse af igangværende indgreb eller forsinkelse af planlagte indgreb. Teammedlemmernes orientering efter opfyldelse af deres egne mål snarere end fælles mål for teamet afspejlede sig i deres manglende opmærksomhed på og manglende viden om, hvad der skulle til for at få opfyldt de specifikke mål for de andre teammedlemmer. Dette fremgik

tydeligt af variationerne i teammedlemmernes opfattelse af, hvordan der mest effektivt kunne gøres klar til kirurgiske indgreb [team 13]:

*Kirurgen kommer ind på operationsstuen og gennemfører en kort "tjek ind"-procedure sammen med den usterile operationssygeplejerske og anæstesisygeplejersken. Den usterile operationssygeplejerske tilføjer: "... og så har vi forberedt os til en cementeret xx-hofte [hun nævner det eksakte navn på proceduren], og vi har taget de her materialer med ind." Hun peger på instrumenter og materialer på opdækningsbordene. Hun fortsætter: "Så har vi også forberedt os til en uceementeret [hun nævner det eksakte navn på en anden procedure], og til det har vi de her." Hun peger på et andet bord med æsker, der ikke er pakket ud. Kirurgen spørger: "Hvad, hvis det er en Z [navn på en tredje procedure]? Hvad har I så forberedt?" Den usterile operationssygeplejerske svarer: "Det har vi ikke forberedt til i dag." Kirurgen svarer: "Nå, hvorfor ikke? Det er da for dårligt." Den usterile operationssygeplejerske siger: "Det kan du ikke få!" Kirurgen fortsætter: "Jeg vil nu holde fast i min grundholdning til det der med udpakningen. Jeg synes, at det generelt er vigtigt at tænke på - for at spare penge, at vi bare tager tingene med ind på stuen og bare pakker det op, hvis vi skal bruge det." Den usterile operationssygeplejerske svarer: "Okay, men hvis ikke det er klargjort, og vi skal bruge det undervejs i operationen, så bebrejder du mig for det."*

Kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle i disse team adskilte sig væsentligt fra den i de øvrige observerede team. Sommetider var kommunikationen mellem teammedlemmerne uhensigtsmæssig, og sommetider var tonefaldet tvetydigt og respektløst [team 34]:

*Teamet gennemfører "tjek ind"-procedure. Den sterile operationssygeplejerske spørger: "Antibiotika - er det givet?" Anæstesisygeplejersken svarer: "Nej, først efter at der er taget kambioptier." Kirurgen tilføjer: "Lige præcis!" Anæstesisygeplejersken spørger kirurgen: "Du siger, når jeg må give det, ikke?" Kirurgen svarer: "Ja, og du husker mig på det. Det er sådan noget, som man kan glemme." Kirurgen fortsætter: "Må jeg sige noget om den næste patient, hvis det passer nu?" Den sterile operationssygeplejerske svarer: "Ja, men når vi det? Har vi tid til den næste patient i dag?" Kirurgen svarer: "JA, det her, DET har vi styr på!" Han fortsætter: "Den næste patient skal ikke bedøves." Henvendt til anæstesisygeplejersken siger kirurgen nu meget højt: "Hører du det, X?" Kirurgen understreger sin henvendelse ved at sige anæstesisygeplejerskens navn meget højt. Anæstesisygeplejersken svarer roligt: "Ja." Efter nogle få minutter*



har kirurgen nu fokuseret sin opmærksomhed på den sterile operationssygeplejerske, som står ved siden af i færd med at sætte sugeslange og brændere til. Hun arbejder med slangerne, som har filteret sig sammen. Kirurgen siger nu meget højt i et ironisk tonefald: ”Nej stop, nu må du lige! Du må lige være tro imod dine egne principper! Du siger, at det ikke dur, hvis der er dobbelt halsstik på slangerne; så nytter det da ikke noget, at du selv står og laver et dobbelt pælestik!”

Flere af disse team arbejdede i en atmosfære med et strejf af usikkerhed, og der blev observeret hyppig brug af ironi og sarkasme og desuden udtrykte enkelte teammedlemmer tvetydige holdninger. Denne atmosfære og sarkastiske tone blev registreret under observation af samarbejdet mellem en nyansat operationssygeplejerske og en erfaren kirurg [team 28]:

*Operationen er netop startet. Den sterile operationssygeplejerske står på en skammel, og hun har to instrumentborde foran sig. Hun er nødt til at hoppe ned fra skamlen, hvis hun skal række ind efter instrumenter på instrumentbordet bag sig. Kirurgen spørger: ”Har du en pude (lille sandpose)?” og den sterile operationssygeplejerske svarer: ”Ja, her.” Kirurgen arbejder videre og spørger: ”Har du også en saks og en pincet?” Han får instrumenterne. Kirurgen spørger igen: ”Så skal jeg have en sutur.” Den sterile operationssygeplejerske spørger: ”Lilla?” Kirurgen svarer: ”Ja, eller blå.” ”Kan jeg få en mejsel?” spørger kirurgen. Den sterile operationssygeplejerske søger på bordene foran sig. Hun træder ned af skamlen og leder efter mejslen på bordet bag sig. Kirurgen venter, og efter et øjeblik siger han højt: ”Sygeplejersken kan ikke finde sin hulmejsel!” Han venter et øjeblik mere og siger så: ”Det, at hun ikke kan finde den, det ser jeg som et tegn på, at hun MODarbejder mig!” Den sterile operationssygeplejerske er stille, og hun finder nu mejslen. Samarbejdet mellem de to fortsætter en tid på samme måde. Kirurgen spørger, og den sterile operationssygeplejerske scanner med blikket rundt på sine borde og træder op på og ned fra skamlen. Til sidst siger kirurgen: ”Er det ikke lettere at køre bordet herover til mig?” Hun svarer: ”Jeg troede ikke, at du skulle bruge det.” Kirurgen svarer: ”Det gør jeg altid.” Nu bryder den austerile operationssygeplejerske ind og siger: ”Er han ikke sød ved dig, x?” (Hun nævner navnet på den sterile operationssygeplejerske). Halvvejs inde i operationen udbryder kirurgen med høj stemme: ”Det er noget rod, det der!” Han peger på bordet med instrumenter – og fortsætter: ”Konklusionen på dagens projekt er, at det er fantastisk, at kirurgen OVERHOVEDET blev færdig!” Den anspændte atmosfære fortsætter.*

Disse team samarbejdede om kirurgiske indgreb af varierende kompleksitet – lige så hyppigt med standard-/rutineopgaver som med avanceret/kompliceret ortopædkirurgi. Ved udførelse af meget komplekse kirurgiske indgreb blev der dog typisk observeret præcis og rettidig kommunikation under ”time-out- og ”tjek ud”-procedurerne. I forbindelse med rutineindgreb var procedurerne for sikker kirurgi ofte inkomplette eller upræcise, eller de blev slet ikke udført.

#### **Type 4: Højdynamiske og beskyttende meningsudvekslinger**

I team af type 4 var det tværfaglige samarbejde karakteriseret ved at være af svingende kvalitet. De interpersonelle interaktioner var højdynamiske i den forstand, at kommunikationen mellem teammedlemmerne kunne gå fra at være respektfuld, præcis og problemløsende til at være skarp, ironisk, respektløs og fingerpegende. Som for type 2 tog disse team sig ofte af patienter, som skulle have foretaget rutineoperationer af kort varighed. Kommunikations- og relationsdynamikken var i disse operationsteam karakteriseret ved at være højdynamisk som følge af modsætninger i teammedlemmernes samarbejdsadfærd og personligheder.

Modsætningerne fremgik af teammedlemmernes reaktioner på hinandens adfærd, når en skarp og kommanderende tone blev mødt af tavshed og korte svar, som i følgende situation [team 18]:

*Kirurgen og den kirurgiske assistent forsøger at reponere benet, men det går ikke. Kirurgen udbryder højt: ”Nej, for pokker, giv mig abehånden [øgenavn på et specifikt kirurgisk instrument], NU!” Kirurgen tager imod instrumentet, bevæger patientens ben, og det smutter tilbage på plads. Kirurgen siger nu: ”Minus 4 [størrelsen på hoftealloplastikmaterialet].” Den sterile operationssygeplejerske finder det. De tjekker størrelse og numre på æsken sammen, og kirurgen siger i et ironisk tonefald: ”TAK!” Den sterile operationssygeplejerske er stille og fokuseret på sine instrumentborde. Bortset fra udveksling af enkelte ord om instrumenter var der ingen kommunikation mellem kirurgen og den sterile operationssygeplejerske. Den sterile operationssygeplejerske spørger ved operationsafslutningen kirurgen: ”Skal jeg lave papirarbejdet, eller er det noget, du gør?” Han svarer kort: ”Noget, jeg gør.”*

Denne form for modsætningsfyldt og højdynamisk kommunikation blev desuden observeret, når andre teammedlemmer reagerede på et medlems respektløse og fingerpegende adfærd på en respektfuld og problemløsende måde.



Indimellem var det svært at afgøre, om en person gav udtryk for gensidig respekt eller ikke på grund af det ironiske og drillende tonefald. Der kunne sommetider fornemmes en atmosfære af usikkerhed under de kirurgiske indgreb. Der blev spurgt ind til dette i de afklarende interview, der blev udført efter observationen. De sundhedsprofessionelle havde udviklet forskellige strategier til at håndtere anspændte eller anstrengte situationer med deres kolleger på operationsstuen. Nogle valgte tavshed og fokuserede på deres opgaver. F.eks. (kirurg 1): "Så må man fryse dem ud... eller dræbe diskussionen ved for eksempel ikke at deltage," eller (operationssygeplejerske 5): "Jeg holder min mund lukket." Andre var konfronterende i forhold til den hårde tone (operationssygeplejerske 5): "Jeg ville sige til personen, at mine grænser er nået, eller jeg ville sige, at jeg har en fornemmelse af, at du er lidt anspændt i dag. Hvad handler det om?"

Andre valgte en problemløsende tilgang, f.eks. (anæstesisygeplejerske 14): "Nogen råber og skriger op om, hvor dårligt de synes, det går. Måske har jeg bare været der selv tidligere. Nu siger jeg måske til, hvis jeg ikke synes, at det fungerer. Men jeg synes, at man bør træde et skridt tilbage og tage det roligt – og så bør vi jo kunne tale sammen om det."

Episoder med respektløs adfærd blev også observeret i disse team. Det kom til udtryk på flere måder: Teammedlemmerne der fik mindre raserianfald, talte respektløst, argumenterede i et kommanderende tonefald eller ydmygede andre teammedlemmer ved at beskyldte dem for at være uforberedte eller ufokuserede. Sådanne episoder med respektløs adfærd skabte en spændt team-atmosfære, dette satte en operationssygeplejerske ord på umiddelbart efter et kirurgisk indgreb, hvor denne form for adfærd blev observeret (operationssygeplejerske 33):

*"Jeg kan godt lide, at vi hele tiden har den her dialog om, hvad der skal ske. For det meste er vi gode til planlægningsdelen. Men der er bare nogen kombinationer, der ikke fungerer ret godt. Og det mærker man lynhurtigt. Det gør man. Man kan nemt mærke, at det er personpræget, og man kan mærke, at der er nogle læger og nogle operationssygeplejersker, der simpelthen ikke kan sammen. Så er lægen helt oppe i det røde felt, inden vi starter, og det ... DET smitter bare af! Det bryder jeg mig ikke om. Fordi, jeg synes, at det er uprofessionelt af de involverede parter, og det giver bare en trøls stemning hele dagen, og det kan godt være hårdt at være i en hel dag. Fordi, hvis man siger ET forkert ord, så eksploderer stuen. Eller er der noget, som vender forkert, jamen så er folk i totterne af hinanden! I sådan nogle situationer bruger jeg meget krudt på ikke at gøre noget forkert, fordi jeg ved, at det hele vil eksplodere."*

Endelig skal det nævnes, at sundhedsprofessionelle i disse team ofte talte om emner, der var irrelevante

for de kirurgiske indgreb. I nogle tilfælde fungerede disse samtaler som invitationer til nye teammedlemmer til at indtage en plads i fællesskabet. I andre tilfælde havde samtalerne mellem teammedlemmer en karakter, der ekskluderede de øvrige medlemmer, som derpå valgte at være stille [team 16].

*Kirurgen spørger den usterile operationssygeplejerske: "Har du ikke fået nyt hår?" "Jo," svarer hun og fortsætter: "Har du ikke tabt dig?" Kirurgen svarer: "Jo, jeg skal løbe maraton, så det måtte jeg gøre." Den nyansatte, sterile operationssygeplejerske, anæstesisygeplejersken og den kirurgiske assistent er stille og fokuserer på deres opgaver. Samtalen mellem kirurgen og den usterile operationssygeplejerske fortsætter, mens de hver især er optaget af deres gøremål i forbindelse med operationen. Den usterile operationssygeplejerske afslutter henvendt til kirurgen: "Du har også så meget selvtillid, charme og lækkert hår." Kirurgen svarer: "Ja, og det har du så også nu."*

Disse team af type 4 blev typisk observeret under udførelse af rutineoperationer, så der var sjældent instrument- eller operationsrelaterede udfordringer.

## D

### Diskussion

Formålet med dette etnografiske studie var at undersøge kommunikation og relationer i tværfaglige operationsteam på mikroniveau i sammenhænge med varierende kompleksitet ved hjælp af teorien om relationel

koordinering. Der blev identificeret fire forskellige kommunikations- og relationsmønstre i tværfaglige operationsteam og studieresultaterne tyder på, at der er en forbindelse mellem disse mønstre og kompleksitetsniveauet i de kirurgiske indgreb. De samlede resultater giver et vigtigt indblik i interpersonel dynamik, teamsamarbejde og performance i tværfaglige operationsteam på operationsstuer.

Identifikationen af forskellige kommunikations- og relationsmønstre muliggør en nuanceret fortolkning af det tværfaglige samarbejde mellem teammedlemmer i operationsteam. Relationerne viste sig at være ikke bare rollebaserede men også personbaserede. Rollebaserede relationer er i overensstemmelse med Gittells [25] teori om relationel koordinering, som beskriver hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige kommunikations- og relationsdynamikker, hvilket må anses som forventeligt, da disse perspektiver blev anvendt som teoretisk ramme for den tilvejebragte kvalitative indholdsanalyse. De personbaserede relationer sås, når teammedlemmer ikke alene udtrykte respekt for deres tværfaglige kollegers færdigheder og faglighed,



men også for hinanden som unikke individer (type 1), eller når teammedlemmer brugte et familiært tonefald under kirurgiske indgreb (type 2). Andre former for personbaserede relationer blev synlige, når teammedlemmer var uopmærksomme (type 3), eller når disrespekt blev ignoreret og besvaret med tavshed (type 4).

Opdagelsen af, at kommunikations- og relationsdynamikken i tværfaglige operationsteam både er rollebaseret og personbaseret tilføjer nuancer til teorien om relationel koordinering. Gittell [36] havde tidligere argumenteret for muligheden af at udvide teorien om relationel koordinering til også at tage højde for personlige relationer. Den udvidede teori er imidlertid aldrig blevet påvist. Det anbefales at gennemføre flere studier af det aktuelle emne med henblik på yderligere udforskning af karakteren af relationer mellem kirurger, anæstesilæger og sygeplejersker, der samarbejder på mikroniveau.

### **Succesfuld og ikke-succesfuld kommunikation**

Observationen af samarbejdet i tværfaglige operationsteam gjorde det muligt at identificere forskellige kommunikations- og relationsmønstre, som afspejlede henholdsvis succesfuld og ikke-succesfuld kommunikation og koordinering i operationsteamene. De forskellige mønstre kan tolkes som afspejlinger af hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige interpersonelle teamdynamikker i operationsteam. Ifølge Vincent et al. [38] er det yderst vigtigt at undersøge fejl men også at undersøge teamsamarbejde, og hvordan trusler mod patientsikkerheden håndteres succesfuldt i tværfagligt samarbejde i operationsteamene. Det kan være muligt at opnå mere viden om trusler mod patientsikkerheden ud fra resultaterne af dette studie. Proaktive og intuitive kommunikationsmønstre, som sås i operationsteam af type 1, kan bidrage positivt til patientsikkerhedskulturen på operationsstuen og påvirke både operationsperformance og patientsikkerheden. Derfor vil læring fra disse team muligvis kunne forbedre effektiviteten i operationsteam, øge behandlingskvaliteten og give bedre patientresultater. Det kan desuden være væsentligt at forebygge uhensigtsmæssig dynamik, upræcise og respektløse kommunikationsmønstre, som sås i operationsteam af type 3, hvor der blev benyttet uopmærksom og tvetydig kommunikation. For at forbedre samarbejdet, sikkerhedskulturen og behandlingskvaliteten foreslås det på baggrund af dette etnografiske studie at indføre teamtræning for at fremme proaktive og intuitive kommunikationsmønstre og forebygge uopmærksom og tvetydig kommunikation.

### **Aktiv indsats for at følge de andre**

I de team (type 1), der var karakteriseret ved et proaktivt og intuitivt kommunikationsmønster, blev der på operationsstuen gjort en aktiv indsats for at følge

med i, hvad de andre teammedlemmer var i gang med. Denne opmærksomhed blev betragtet som afgørende viden i forbindelse med at udføre kirurgiske indgreb af høj kompleksitet, hvilket disse team ofte gjorde. Denne vigtige evne kan være sammenlignelig med kategorien *situationsfornemmelse* inkluderet i begrebet ikke-tekniske færdigheder, som er identificeret i flere studier med fokus på sundhedsprofessionelle på operationsstuen [3,5,7,8,9,10,11,39,40,41]. De kommunikations- og relationsmønstre, der er identificeret i nærværende studie, kan tolkes som beskrivelser af hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige interpersonelle teamdynamikker i operationsteam.

Beskrivelser af, hvordan forskellige former for kommunikations- og relationsdynamik viser sig, og hvordan de enkelte teammedlemmer håndterer at indgå i teamsamarbejde; kompetencer der kan knyttes til kategorier som *beslutningstagning*, *kommunikation*, *teamsamarbejde* og *lederskab*, der også indgår i begrebet ikke-tekniske færdigheder. Det er derfor muligt, at observation af relationel koordinering i operationsteam kan give værdifuld viden om, hvordan teamsamarbejde kan forbedres på mikroniveau, samt hvordan sundhedsprofessionelles ikke-tekniske færdigheder på operationsstuen kan styrkes. Der er behov for yderligere undersøgelser for at udvikle et observationsværktøj med markører, der vurderer den interpersonelle dynamik i operationsteam baseret på dimensioner, der indgår i teorien om relationel koordinering.

### **Kompleks og foranderlig praksis**

Samarbejdet i tværfaglige operationsteam viste sig at være en del af en meget kompleks og foranderlig klinisk praksis. De sundhedsprofessionelle udtrykte, at kvaliteten og effektiviteten af deres performance blev udfordret af hyppige ændringer i operationsprogrammet og deres gensidige afhængighed. Disse resultater understøtter tidligere forskning, der påviste, at teamsamarbejde i tværfaglige operationsteam er stærkt udfordret af gensidig afhængighed, tidspres og usikkerhed [4,16,20,42]. I dette studie beskrev sundhedsprofessionelle usikkerheden med ambivalente følelser. På den ene side skabte usikkerheden arbejdsglæde, og på den anden side var den en kilde til frustration. Der kan være ligheder mellem disse ambivalente følelser, der blev udtrykt af sundhedsprofessionelle i dette studie, og det spænd mellem udfordringer og beskyttelsesforanstaltninger, der er beskrevet i et etnografisk studie med fokus på operationssygeplejersker [20]. Sørensen beskrev spændet mellem "at få et kick af usikkerheden" og "at sidde fast i rutinen". Det kan antages, at høj foranderlighed både kan være befordrende og hæmmende for udviklingen af hensigtsmæssigt tværfagligt samarbejde. Operationsteam, der benyt-



tede kommunikations- og relationsmønstre som type 1 og type 2, havde muligvis etableret relationer mellem teammedlemmerne, der gjorde det muligt at finde løsninger og forebygge frustrationer i foranderlige situationer. Operationsteam, der benyttede kommunikations- og relationsmønstre som type 3 og type 4, havde derimod muligvis mindre bæredygtige relationer, der gjorde problemløsning udfordrende i foranderlige situationer og gav grobund for frustrationer. Der er behov for yderligere studier for at få udviklet et fuldstændigt billede af, hvordan forskellige grader af usikkerhed, gensidig afhængighed og tidspres påvirker kommunikations- og relationsdynamik i operationsteam på mikroniveau.

### Sammenhæng mellem gensidig tillid og kommunikationsmønstre

I overensstemmelse med tidligere studier [23,42,43,44] indikerer resultaterne, at der kan være en sammenhæng mellem sundhedsprofessionelles oplevelse af gensidig respekt og tillid til hinanden og kommunikations- og relationsmønstrene i operationsteam. Edmondson [44] understregede behovet for tillid og respekt som forudsætning for forbedring af kvaliteten og effektiviteten af arbejdet i operationsteam samt behovet for at forudse den farlige stilhed, der kan være udtryk for et u hensigtsmæssigt sikkerhedsklima [45]. I forbindelse med sin redegørelse for disse behov brugte Edmondson [44] begrebet *psykologisk tryghed* til at beskrive et teamklima, hvor teammedlemmerne har tillid til hinanden og føler sig trygge ved at give udtryk for bekymringer, uenighed og følelser. Dette studie har imidlertid vist, at det kunne være vanskeligt at skabe psykologisk tryghed i operationsteam på operationsstuen, når interpersonel dynamik overtog scenen, og u hensigtsmæssige eller endda respektløse kommunikationsmønstre dominerede på operationsstuen. Disse resultater er i overensstemmelse med bekymringer fremført af Leape et al. [46] i forbindelse med deres konklusion om, at respektløs adfærd udgjorde en trussel mod patientsikkerheden og underminerede samarbejdet i operationsteam. Ifølge Leape et al. er det nødvendigt at skabe en respektkultur i sundhedsvæsenet for at sikre patientsikkerheden og fremme en hensigtsmæssig sikkerhedskultur [46,47]. Dette synes også at være vigtigt for at forbedre relationel koordinering på mikroniveau mellem sundhedsprofessionelle i operationsteam på operationsstuen og indikerer, at der her er et væsentligt fremtidigt forskningsområde.

### Behov for udveksling af overvejelser

I dette studie påpegede sundhedsprofessionelle flere gange, at der er behov for udveksling af overvejelser og debriefing. Der blev imidlertid ikke på noget tids-

punkt observeret initiativer til at gennemføre sådanne møder i nogen af de observerede operationsteam. Dette ønske om udveksling af overvejelser og debriefing i operationsteam ser ud til at være i overensstemmelse med nyere studier [42-48]. Nawaz [42] understregede vigtigheden af interkollegial feedback og tværfaglige konferencer i operationsteam med henblik på at forbedre effektiviteten og lære af erfaringerne for at sikre patientsikkerheden. Succesfuld feedback og læring på operationsstuen forudsætter imidlertid, at alle sundhedsprofessionelle er modtagelige for kritik og lydhøre over for hinanden. Der var som nævnt ingen interkollegial feedback og debriefing under de kirurgiske indgreb, der blev observeret i dette studie, men efter indgrebene blev der udvekslet overvejelser mellem anæsthesisygeplejersker, nyansatte- og erfarne operationssygeplejersker, og på den måde blev der lært af erfaringerne. Det er opmuntrende at sammenligne disse læringsaktiviteter med begrebet *Learning Cycle in Orthopedics* (Læringscirkler i ortopædien) som præsenteret af Nawaz et al. [42], der identificerede fire trin i en cyklisk læringsproces: *Diagnostisering, Design, Handling og Refleksion*. Denne model kan være brugbar i operationsteam i relation til forbedring af læringsmiljø og teamsamarbejde, og den kan i særdeleshed tænkes at være nyttig for operationsteam, der udviser *uopmærksom og tvetydig kommunikation* (type 3) eller *modsetsningsfyldt og højdynamisk kommunikation* (type 4). Systematisk brug af feedback og læringsprocesser på operationsstuen kan imidlertid skabe mulighed for fremme af gensidig tillid i enhver type operationsteam samt forbedring af behandling og pleje af patienterne. Nawaz et al. foreslog [42], at kirurger passende kan facilitere sådanne læringsprocesser og påtage sig lederskab for succesfuld implementering af interkollegial feedback i operationsteam. Der er fortsat behov for at få identificeret strukturelle, relationelle eller arbejdsprocessuelle interventioner, der kan understøtte en lærende feedbackkultur i operationsteam.

### Hensigtsmæssige kommunikationsstrategier

I dette observationsstudie benyttede de tværfaglige operationsteam (type 1), der udviste proaktiv og intuitiv kommunikation, hensigtsmæssige koordineringsstrategier, idet teammedlemmerne blev knyttet til hinanden gennem bred accept af fælles mål, fælles viden, gensidig respekt samt rettidig, præcis og problemløsende kommunikation. Tværfaglige operationsteam (type 3), der udviste uopmærksom og tvetydig kommunikation, benyttede derimod mere u hensigtsmæssige koordineringsstrategier. Disse resultater understøtter tidligere studier med fokus på adaptive koordineringsstrategier [19] og adaptiv kapacitet [20] i operationsteam. Ikke desto mindre viser sammenligningen også, at der er



væsentlige forskelle. Mens Bogdanovic [19] beskriver adaptive strategier baseret på semistrukturerede interview med sundhedsprofessionelle, beskriver nærværende studie kommunikation og koordinering baseret på observation af adfærd og semistrukturerede interview med sundhedsprofessionelle. Dette kan give en betydelig kvalitativ forskel, fordi der kan være forskel på, hvad sundhedsprofessionelle siger, de gør, og hvad de rent faktisk gør under deres udførelse af opgaver i dagligdagen. De adaptive koordineringsstrategier bag opgavestyrt i operationsteam, der præsenteres af Bogdanovic, (planlægning, opgavefordeling, prioritering, uddelegering, opgavepræcisering, team- og procesovervågning samt assistance) [19], kan være i overensstemmelse med de koordineringsstrategier, der i henhold til observationerne i nærværende studie blev benyttet af de operationsteam (type 1), der var karakteriseret ved at have proaktiv og intuitiv kommunikation. Det er muligt, at medlemmer af team (type 3), der var karakteriseret ved at have uopmærksom og tvetydig kommunikation, også ønskede at arbejde ud fra hensigtsmæssige adaptive koordineringsstrategier, men blev afbrudt og forstyrret som følge af u hensigtsmæssige interpersonelle relationer og manglende gensidig respekt.

### Variation i kommunikationsmønstre

Resultaterne fra dette studie viser, at de fire forskellige kommunikations- og relationsmønstre ikke forekom lige hyppigt i forbindelse med kirurgiske indgreb af henholdsvis lav og høj kompleksitet. Kirurgiske indgreb af høj kompleksitet blev udført af operationsteam med kommunikations- og relationsmønstre af type 1 eller type 3 for 11 ud af 15 indgreb. Kirurgiske indgreb af lav kompleksitet blev udført lige hyppigt af alle team, men team med kommunikations- og relationsmønstre af type 2 og type 4 udførte kirurgiske indgreb af lav kompleksitet for 10 ud af 13 indgreb. Det er derfor sandsynligt, at der er en sammenhæng mellem kommunikations- og relationsdynamikken og kompleksitetsniveauet ved kirurgiske indgreb. Ud fra en epistemologisk synsvinkel falder det imidlertid uden for formålet med dette etnografiske studie at undersøge korrelationen mellem relationel koordinering og kompleksitetsniveau.

### Begrænsninger for resultaterne

Der er flere begrænsninger for disse resultater. For det første stammer data fra observationer på to højt specialiserede ortopædkirurgiske afsnit, der udfører hofte- og knæalloplastik med samme gruppe kirurger, samme ledelsesteam og på samme universitetshospital men med to geografisk adskilte placeringer og med forskellige kompleksitetsniveauer. Et studiedesign med flere cases kunne

måske have muliggjort en større forskellighed og større generaliserbarhed. Valget af kun at observere tværfagligt teamsamarbejde på nogle få udvalgte operationsstuer muliggjorde imidlertid udførelse af et dybdegående studie, der indeholder et informativt datamateriale. Dette kunne have været meget vanskeligt at opnå, hvis studiet havde involveret flere kirurgiske operationsafsnit [28]. Selvom viden fra et studie baseret på én case ikke kan generaliseres, kan den indgå i den samlede akkumulering af viden på et givet felt og derved være værdifuld [49,50,51].

For det andet er relationen mellem de deltagere, der bliver observeret i et etnografisk studie, og observatøren afgørende. For at sikre stringens i den kvalitative undersøgelse var det nødvendigt at imødegå en potentiel bekymring om, at teammedlemmerne ville kommunikere og handle kunstigt som følge af observatørens tilstedeværelse på operationsstuen. Ifølge Hammersley og Atkinson [29] bruges etnografiske principper i praksis ved at undersøge interaktioner mellem deltagerne i deres hverdag. I nærværende studie var førsteforfatteren til stede på hver kirurgisk operationsafsnit i 25 dage i løbet af en periode på fire måneder. Det betød, at teammedlemmerne blev observeret undervejs i tre til 10 kirurgiske indgreb med en varighed fra en halv til næsten seks timer. Det er sandsynligvis umuligt at handle eller kommunikere på en kunstig eller forstillet måde i samarbejdet med kolleger under kirurgiske indgreb i så lang en periode.

For det tredje indebærer den deduktive tilgang i kodningsfasen af indholdsanalysen nogle udfordringer. Forskerne kunne "blive forført af teorien" og derved fokusere mere på at registrere og tolke perspektiverne i retning af de forudbestemte teoretiske begreber – med risiko for at overse eller tilsidesætte og derfor ikke opfange nye eller kritiske perspektiver. For at overvinde nogle af disse begrænsninger relateret til neutralitet og troværdighed blev et kodningsskema udarbejdet og diskuteret blandt forskerne, og desuden er en række feltnoter og deltagercitater vedrørende kommunikation og relationer præsenteret. Yderligere blev data og perspektiver fra interview og fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle analyseret og præsenteret i den mere omfattende afhandling [52]. Disse perspektiver fokuserede på andre karakteristika ved det tværfaglige samarbejde i operationsteam som f.eks. gensidig afhængighed, usikkerheder og tidspres på operationsstuen.

Endelig skal det nævnes, at nærværende studie var begrænset til kirurgiske operationsafsnit i det offentlige sundhedssystem i Danmark. Der er behov for yderligere tværkulturel forskning for at undersøge overførbare til andre kliniske og kulturelle sammenhænge.



# K

## Konklusion

Sundhedsprofessionelle i operationsteam udfører kirurgiske indgreb i sammenhænge med varierende kompleksitet, der er karakteriseret ved hyppige ændringer og usikkerheder i det daglige operationsprogram, en høj grad af gensidig afhængighed blandt teammedlemmerne og et stærkt fokus på tids- og ressourceforbrug. Nærværende studie supplerer tidligere studier af relationel koordinering på kirurgiske afdelinger, fordi det etnografiske studie har skabt mulighed for at klarlægge relationel koordinering mellem sundhedsprofessionelle på mikroniveau.

Udforskning af kommunikations- og relationsmønstre mellem sundhedsprofessionelle i tværfaglige operationsteam på mikroniveau muliggjorde dannelse af et differentieret dynamisk billede af

kvaliteten af teamsamarbejde snarere end et statisk øjebliksbillede baseret på målinger, der viste forskellige grader af relationel koordinering på teamniveau. Studiet bidrager med yderligere viden ved at bruge etnografiske principper i deltagerobservationer som metode til at udforske kommunikation og relationer mellem medlemmer af operationsteam under deres udførelse af opgaver i dagligdagen. Anvendelse af metoden har resulteret i identifikation af fire forskellige typer kommunikations- og relationsdynamik i sammenhænge med varierende kompleksitet. Relationel koordinering i operationsteam viste sig at være både rollebaseret og tillige baseret på personlige relationer, der er etableret gennem intersubjektive arbejds erfaring mellem teammedlemmer over tid. Som følge heraf er argumentet om, at relationel koordinering udelukkende handler om rollebaserede relationer, blevet udfordret. ©

## ERKLÆRINGER

### Videnskabetisk godkendelse og samtykke til at deltage

Studiet er blevet godkendt af Det Regionale Forskningsråd, Region Nordjylland (Datatilsynets journalnummer er 2008-58-0028) og har overholdt Ethiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden (53). Deltagerne blev informeret såvel mundtligt som skriftligt om studiet, om anonymitet og retten til at stoppe deltagelsen til enhver tid, og underskrev en samtykkeerklæring. På operationsstuen blev kontakt mellem vågne patienter og forskeren undgået. Når deltagerobservationerne blev udført i et klargøringsrum, hvor patienterne blev gjort parate til operation, blev kontakt mellem patienten og forskeren minimeret for at beskytte patienten i den sårbare situation i tiden op til operationen.

### Samtykke til offentliggørelse

Ikke relevant.

### Tilgængelighed af data og materiale

Forespørgsler om yderligere oplysninger om de data, der blev brugt og analyseret under studiet, bedes rettet til den korresponderende forfatter.

### Konkurrerende interesser

Ingen

### Finansiering

Der blev ikke modtaget en særlig finansiering til udførelsen af nærværende studie.

### Forfatterens bidrag

BT, EES, JHG, ML og BSR designede studiet og bidrog til indgangssætning af arbejdet. BT indsamlede og udarbejdede dataene. BT, EES, JHG og ML bidrog til analyserne og datatolkningen og diskuterede resultaterne. BT skrev manuskriptudkastet, som efterfølgende blev kommenteret og revideret af alle forfatterne. Alle forfatterne læste og godkendte det oprindelige manuskript og den reviderede udgave.

## Referencer

- Lingard L, Espin S, Whyte S et al. Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects, *Quality & Safety in Health Care*. 2004;13:330-34.
- Sexto JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys, *BMJ*. 2000;320(7237):745-49.
- Mitchell L, Flin R, Yule S, Mitchell J, Coutts K, Youngston G. Thinking ahead of the surgeon. An interview to identify scrub nurses' non-technical skills, *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(7):818-28.
- Gittell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: A Nine-Hospital Study of Surgical Patients, *Medical Care*. 2000;38(8):808-19.
- Fletcher GCL, McGeorge P, Flin RH, Glavin RJ, Maran NJ. The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature, *British Journal of Anaesthesia*. 2002; 88(3):418-29.
- Yule S, Flin R, Paterson-Brown F, Maran A. Non-technical skills for surgeon in the operating room: A review of the literature, *SURGERY*. 2006;139(2):140-49.
- Mitchell L, Flin R. Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review, *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(1):15-24.
- Yule S, Flin R, Maran N, Rowley D, Youngston G. Surgeons' Non-technical skills in the operating room: Reliability testing of the NOTSS Behavior Rating System, *World Journal of Surgery*. 2008;32(4):548-556.
- Lyk-Jensen HT, Jepsen RMHG, Spanager L, Dieckmann P, Østergaard D. Assessing Nurse Anaesthetists' Non-Technical Skills in the Operating Room, *ACTA Anaesthesiologica Scandinavica*. 2014;58:794-801.
- Fletcher G, Flin R, McGeorge P, Glavin R, Maran N, Patey R. Rating non-technical skills: developing a behavioural marker system for use in anaesthesia, *Cognition Technology & Work*. 2004;6:165-71.
- Flin R, Patey R. Non-technical skills for anaesthetists: developing

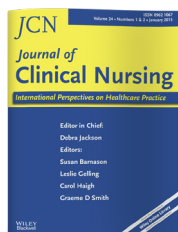
Har du brug for direkte links til dokumenterne i referencelisten, så findes artiklen også i en digital udgave på [dsr.dk/fagoforskning](http://dsr.dk/fagoforskning). Her er artiklen forsynet med de links, forfatterne har angivet.



and applying ANTS, *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2011;25:215-27. **12.** Awad SS, Fagan SP, Bellows C, Albo D, Green-Rashad B, De la Garza M, et al. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training, *The American Journal of Surgery*. 2005;190:770-74. **13.** Østergaard D, Dieckmann P, Lippert A. Simulation and CRM, *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2011;(25):239-49. **14.** Forse R, Bramble D, McQuillan R. Team training can improve operating room performance, *Surgery*. 2011;150(4):771-78. **15.** Courtright S, Stewart GL, Ward M. Applying research to save lives: Learning from team training approaches in aviation and health care, *Organizational Dynamics*. 2012; 41(4):291-301. **16.** Sørensen, EE, Olsen IØ, Tewes M, Uhrenfeldt L. Perioperative nursing in public university hospitals: An ethnography, *BMC Nursing*. 2014;13:45. **17.** Cannon-Bowers JA, Salas E, Converse S. Shared mental models in expert team decision making. In: Castellan NJ, Hillsdale NJ, Lawrence E, editors. *Individual and Group Decision Making: Current Issues*. New York: Psychology Press; 2009. **18.** Burtscher MJ, Manser T. Team mental models and their potential to improve teamwork and safety: a review and implications for future research in healthcare. *Safety Science*. 2012; 50(5):1344-54. **19.** Bogdanovic J, Perry J, Guggenheim M, Manser T. Adaptive coordination in surgical teams: an interview study, *BMC, Health Service Research*. 2015; 15:128. **20.** Sørensen EE. Bag masker og lukkede døre. En etnografisk undersøgelse af operationsassisterende funktioner i dansk hospitalsvæsen, [Behind masks and closed doors], 2011. ISBN: 978-87-90880-36-1. **21.** Leach L, Myrtle R, Dasu S. Assessing the performance of surgical teams, *Health Care Management Review*. 2009; 34(1):29-41. **22.** Gillespie B, Chaboyer W, Fairweather N. Interruptions and miscommunications in surgery: An Observational Study, *AORN Journal*. 2012; 95(5):576-90. **23.** Kurmann A, Tschan F, Semmer NK, Seelandt J, Candinas D. Human factors in the operating room – The surgeons view, *Trends in Anaesthesia and Critical Care*. 2012;2(5):24-27. **24.** Gittel JH. Relationships between service providers and their impact on customers. *Journal of Service Research*. 2002; 4(4):299-311. **25.** Gittel JH. *High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency, and Resilience*. New York: McGraw-Hill; 2009. **26.** Carmeli A, Gittel, JH. High-quality relationship, psychological safety, and learning from failures in organizations, *Journal of Organizational Behavior*. 2009;30(6):709-29. **27.** Gittel JH, Logan C, Cronenwett J, Foster TC, Freeman R, Godfrey M, Vidal DC. Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. *Health Care Management Review*. Published online January 2018. **28.** Havens D, Vasey J, Gittel JH. Relational coordination among nurses and other providers: Impact on the quality of patient care, *Journal of Nursing Management*. 2010; 18:926-37. **29.** Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography. Principles in Practice*, Third Edition. Routledge; 2007. **30.** Spradley JP. *Participant Observation*. United States of America: Wadsworth; 1980. **31.** Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. *Writing Ethnographic Fieldnotes*, Second Edition. Chicago: The University of Chicago Press; 2011. **32.** Spradley JP, *The Ethnographic Interview*. United States of America: Wadsworth; 1979. **33.** Bryman A. *Social Research Methods*, 4th Edition. Oxford: Oxford University Press; 2012. **34.** Hsieh H, Shannon S. Three Approaches to Qualitative Content Analysis, *Qualitative Health Research*. 2015;15(9):1277-88. **35.** Høyer K. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? [What is theory and how does theory relate to method?]. In Vallgård S, Koch L (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab [Research Methods in Public Health Science]*, 4. Udgave. København: Munksgaard; 2015. **36.** Gittel JH. *New Directions for Relational Coordination Theory*. Edited by Cameron KS, Spreitzer G. *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. New York: Oxford University Press; 2012:400-11. **37.** Tavory I, Timmermans S. *Abductive Analysis. Theorizing Qualitative Research*, Chicago: The University of Chicago Press; 2014. **38.** Vincent C, Moorthy K, Sarker SK, Chang A, Darzi AW. Systems approaches to surgical quality and safety from concept to measurement, *Annals of Surgery*. 2004;239(4):475-482. **39.** Lyk-Jensen HT, Dieckmann P, Konge L, Jepsen R, Spanager L, Østergaard D. Using a structured assessment tool to evaluate nontechnical skills of nurse anesthetists, *AANA Journal*. 2016;84(2). **40.** Passauer-Baierl S, Hull L, Miskovic D, Russ S, Sevdalis N, Weigl M. Re-validating the Observational Teamwork Assessment for Surgery tool (OTAS-D): cultural adaptation, refinement, and psychometric evaluation. *World journal of surgery*. 2014;38(2):305-313. **41.** Russ S, Hull L, Rout S, Vincent C, Darzi A, Sevdalis N. Observational teamwork assessment for surgery: Feasibility of clinical and nonclinical assessor calibration with short-term training, *Annals of Surgery*; 2012;255(4):804-9. **42.** Nawaz H, Edmondson AC, Tzeng TH, Saleh JK, Bozic KJ, Saleh KJ. Teaming: An approach to the growing complexities in health care, *The Journal of Bone and Joint Surgery – American Volume*. 2014;96(21):e184. **43.** Kurmann A, Keller S, Tschan-Semmer F, Seelandt J, Semmer NK, Candinas D, et al. Impact of Team familiarity in the Operating Room on surgical Complications, *World Journal of Surgery*. 2014;38(12):3047-52. **44.** Edmondson A. *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*, Harvard Business School: Jossey-Bass; 2012. **45.** Edmondson A. *The Fearless Organization*, Harvard Business School: John Wiley & Sons; 2019. **46.** Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, Healy GB. Perspective: A Culture of Respect, Part 1: The Nature and Causes of Disrespectful Behavior by Physicians, *Academic Medicine*. 2012;87(7):845-52. **47.** Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, Healy GB. Perspective: A Culture of Respect, Part 2: Creating a Culture of Respect, *Academic Medicine*. 2012;87(7):853-58. **48.** Kaldheim HKA, Slettebø Å. Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre - A qualitative study of theatre nurses who work in interdisciplinary surgical teams of what they see as important factors in this collaboration. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2016; 6(1):49-64. **49.** Flyvbjerg B. Five Misunderstandings About Case-Study Research, *Qualitative Inquiry*. 2006;12(2). **50.** Flyvbjerg B. *Making Social Science Matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. **51.** Delmar C. “Generalizability” as recognition: Reflections on a foundational problem in qualitative research, *Qualitative Studies*. 2010;1(2):115-128. **52.** Tørring B. *Transforming Communication and Relationships in Interdisciplinary Surgical Teams: A Mixed Methods Study*. [Dissertation]. Aalborg: Aalborg University; 2018. **53.** SSN (Sygepleiernes Samarbeid i Norden): ‘Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden’ [NNF, The Northern Nurses’ Federation] ‘Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries’; Denmark: DSR; 2003.

# Ernæringspleje er en vigtig komponent i sygeplejen

*Ernæring. Benamputerede patienter har ingen forventninger om, at sygeplejersker engagerer sig i deres ernæring, men vil gerne modtage kostvejledning ud fra egne præferencer.*



Jensen PS, Green SM, Petersen J, Andersen O, Poulsen I. **Perceptions and experiences of nutritional care following the overwhelming experience of lower extremity amputation: A qualitative study.** J Clin Nurs. 2018 Mar;27(5-6):e808-e819. doi: 10.1111/jocn.14192

**Introduktion:** Dårlig ernæringsstatus hos amputerede patienter kan medføre forsinket sårheling samt øge risikoen for komplikationer og sekundær amputation. Formålet med projektet var at undersøge indlagte patienters perspektiver på mad, kostvejledning samt deres erfaringer med ernæringspleje efter amputation af underekstremitet.

**Metode:** Dette eksplorative studie havde et kvalitativt design med interview med 17 patienter over 50 år. Patienterne havde for nylig gennemgået en større amputation af en underekstremitet. Data fra interviewene blev analyseret med anvendelse af indholdsanalyse.

**Resultater:** Tre temaer blev identificeret: 1) Ansvarlig for eget kostindtag, 2) kosten var baseret på præferencer og erfaringer med kostvejledning, og 3) en overvældende følelse.

Patienterne var motiverede for at sikre, at deres ernæringsmæssige behov blev opfyldt. Patienterne forventede ikke, at sygeplejerskerne skulle fokusere på ernæringsmæssige problemer. Desuden gav patienterne udtryk for, at de selv var ansvarlige for deres kostindtag, men de var motiverede for at modtage kostvejledning, der stemte overens med deres livsstil og spisevaner.

**Diskussion:** Resultaterne fra dette studie vil kunne generaliseres til andre patientgrupper, da de stemmer overens med, hvad andre internationale studier har fundet indenfor det undersøgte område.

**Konsekvenser for praksis:** I denne danske undersøgelse anbefaler forfatterne, at sygeplejersker, som yder pleje til amputerede patienter, har brug for at erkende, at ernæringspleje er en vigtig komponent i sygeplejen, og der bør fokuseres på at arbejde i partnerskab med patienten. ●

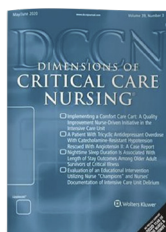


*Kirsten Specht, postdoc, klinisk sygeplejespecialist, ph.d., MPH, Ortopædkirurgi, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa.*



# Let sedering kan reducere angsten

**Respiratorbehandling.** *Patienter, som får en let sedering under respiratorbehandling, oplever at kunne kommunikere bedre end tungt sederede patienter. Det har den positive konsekvens, at patienterne i tillæg bliver mindre bange.*



Roberts M, Bortolotto SJ, Weyant RA, Jock L, LaLonde T, Henderson A.

**The Experience of Acute Mechanical Ventilation From the Patient's Perspective.**

Dimens Crit Care Nurs. 2019 Jul/Aug;38(4):201-12. doi: 10.1097/DCC.0000000000000361

**Introduktion:** Retningslinjerne for smertestillende behandling, motorisk uro og delirium har påvirket praksis til en lettere sedation af patienter i forbindelse med respiratorbehandling. Denne praksis har medført forbedrede kliniske resultater, men det er uvist, hvordan det har påvirket patienternes oplevelse. Formålet med dette studie var derfor at undersøge patienters oplevelse af en lettere sedation under respiratorbehandling.

**Metode:** Studiet anvendte både kvantitativ og kvalitativ metode. Der blev brugt simple ja/nej spørgsmål, og hver 10. patient blev desuden inviteret til at deltage i et kvalitativt interview.

**Patientpopulation:** Patienter, som har været i akut respiratorbehandling i mindre end 14 dage.

**Resultater:** I alt 130 patienter deltog i det kvantitative studie og 15 patienter i kvalitative interview. Patienterne havde en gennemsnitsalder på 60 år og blev behandlet med respirator i gennemsnitligt 4,6 dage. 56 pct. af de patienter, som ikke kunne kommunikere, rapporterede, at de følte sig bange, mens 33 pct. af dem, som kunne kommunikere, følte sig bange ( $p < 0,027$ ). Ved det kvalitative studie fremkom følgende tre temaer: 1) Oplevelsesmæssige følelser versus viden eller genkaldelse af begivenheder, 2) Kommunikationsproblemer eller nedsat evne til at kommunikere, 3) Tilstedeværelse af fysisk og/eller følelsesmæssig smerte og tab af kontrol.

**Diskussion:** En lettere sedation af patienter i respiratorbehandling medførte en oplevelse af mere sammenhæng og deltagelse i plejen. Undersøgelsen indikerer, at patienter har primært stress, som er forbundet med manglende evne til at kommunikere i forbindelse med respiratorbehandling. Desuden oplevede patienterne frygt, angst og manglende kontrol, hvis de ikke kunne kommunikere optimalt.

**Konsekvenser for praksis:** Effektiv kommunikation har en afgørende betydning i det menneskelige samspil. For at gøre kommunikationen med patienter i respiratorbehandling så optimal som muligt, viser dette studie vigtigheden af at anvende de redskaber, der allerede findes til dette formål, bl.a. let sedering frem for tung sedering. ©

*Kirsten Specht, postdoc, klinisk sygeplejespecialist, ph.d., MPH, Ortopædkirurgi, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa.*

**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).



**ANE RIIS HASSANI**

Sygeplejerske 1986. Flerfamiliegruppelider Tips Roskilde 2002. Relations- og netværksuddannelse Tromsø 2007. Specialuddannelse for psykiatriske sygeplejersker 2009. Socialfaglig sygeplejerske i Center for Kræft og Sundhed siden 2017.

[h24e@kk.dk](mailto:h24e@kk.dk)



**SINE ROSSEN**

Cand.scient, biomedicin, 2005. ph.d. Neurobiologi 2009. Forskellige postdoc-ansættelser bl.a. på Lunds Universitet, Dansk BørneAstma Center, Københavns Universitet og Trygfondens Center for aktiv Sundhed, Rigshospitalet. Siden 2018 tilknyttet Center for Kræft og Sundhed.



**CARINA WEDELL ANDERSEN**

Cand.scient.soc. 2004, Projektledelse ved InterCreation 2006. Procesledelse ved Go'Proces 2017. Tidligere udviklingskonsulent i Kuben Management og Teknik- og Miljøforvaltningen i Københavns Kommune. Specialkonsulent i Center for Kræft og Sundhed siden 2015.

# Socialfaglig sygeplejerske kan mindske ulighed i sundhed

Sårbare borgere kan gennem socialfagligt tilbud hjælpes ind i eksisterende kommunale rehabiliteringstilbud.



## RESUME

En socialfaglig sygeplejerske kan fremme social lighed for sårbare patienter i kommunale sundhedstilbud. Det viser erfaringer fra Center for Kræft og Sundhed i Københavns Kommune. Den socialfaglige sygeplejerske har viden om og erfaring med socialt sårbare og udsatte patienter, herunder også patienter med forskellige grader af psykiske problemstillinger. Rehabiliteringsforløb for disse patienter er karakteriseret ved flere telefoniske kontakter, færre fremmøder i centeret og flere samtaler med socialrådgivere sammenlignet med

andre forløb. Den socialfaglige sygeplejerske kan desuden tilbyde hjemmebesøg.

Socialfaglige kompetencer hos en sygeplejerske og tilbud om socialrådgivning kombineret med en fleksibel tilgang til borgere og deres forløb er med til at sikre, at også de sårbare patienter kan deltage i kommunal kræftrehabilitering i Københavns Kommune. Det er erfaringer, der formodentligt kan overføres til andre kommuner og diagnosegrupper.

I Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) arbejdede vi i 2015-17 med et projekt om social ulighed i kræftrehabilitering: "Projekt Lighed i Rehabilitering." En videnskabelig undersøgelse havde dokumenteret, at der var markant større sandsynlighed for at blive henvist til kommunal kræftrehabilitering i Københavns Kommune, hvis man havde en videregående uddannelse sammenlignet med et grundskoleforløb (1).

Årsagerne hertil er komplekse, hvilket Statens Institut for Folkesundhed (SIF) belyste i en kvalitativ og eksplorativ undersøgelse af social ulighed i kræftrehabilitering (2). Derfor er det måske heller ikke overraskende, at en opfølgning på det populationsbaserede studie viste, at der fortsat var markant social ulighed i kommunal kræftrehabilitering (3).

Ikke desto mindre er der flere tiltag i vores eget projekt om social ulighed, herunder ansættelse af en socialfaglig sygeplejerske, der kan karakteriseres som en succes. Denne artikel er en praksisbaseret beskrivelse af, hvordan CKSK's socialfaglige sygeplejerske arbejder, og hvordan det kommer sårbare patienter til gavn.

### Behov for nye kompetencer

CKSK er et tværfagligt center, hvor der foruden sygeplejersker er ansat fysio- og ergoterapeuter, diætister, socialrådgivere, psykologer/psykoterapeuter og en stab af akademikere og administrativt personale. De sundhedsprofessionelle medarbejdere har som hovedregel viden og erfaring inden for kræftområdet.

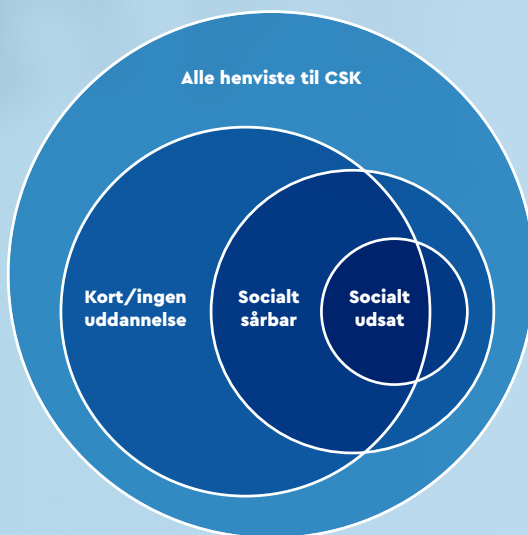
Vores projekt om lighed i rehabilitering satte bl.a. fokus på, at patienter med psykiske problemstillinger ofte udfordrede personalet. Da CKSK i projektperioden blev tildelt en stilling for at kunne varetage forløbskoordination til patienter med specielle og komplekse behov for rehabilitering, gav det mulighed for at rekruttere en profil, som kunne supplere de kompetencer, vi allerede havde. Vi ansatte derfor



... patienter med psykiske problemstillinger udfordrede ofte personalet.

### Boks 1. Et blik på social sårbarhed i CKSK

Uddannelse er en vigtig indikator, når man ser strukturelt på social ulighed i sundhed. I mødet med den enkelte borger er der dog mange andre faktorer end uddannelse, der spiller ind. Ifm. projekt "Lighed i rehabilitering" udarbejdede vi denne model med henblik på at opnå en fælles forståelse af og sprog for social sårbarhed.



### Sårbarhedsfaktorer:

- Dårlig økonomi
- Løs tilknytning til arbejdsmarkedet
- Ustabil boligsituation
- Bor alene
- Belastede familieforhold
- Spinkelt / intet socialt netværk
- Ensomhed
- Anden somatisk sygdom
- Psykisk sårbar
- Nuværende / tidligere misbrug
- Begrænsede danskundskaber
- Begrænsede sundhedskompetencer

en sygeplejerske, som havde viden om og erfaring med borgere med psykiske problemer - diagnosticerede eller ej. Medarbejderen fik titlen ”socialfaglig sygeplejerske”.

### Kontakt- og ressourceperson

De sundhedsprofessionelle medarbejdere i CKSK er organiseret i tre team, og alle fungerer som kontaktpersoner. Henviste borgere bliver tilknyttet en fast kontaktperson, som følger borgeren gennem hele forløbet. Det fremgår ikke altid af henvisningen, om en borger har sociale/psykiske problemstillinger.

Hvis det eksplicit er beskrevet, bliver den socialfaglige sygeplejerske kontaktperson. Hun kan også overtage rollen som kontaktperson fra kollegaer, hvis det f.eks. ved den indledende samtale eller senere i forløbet viser sig, at borgeren har problemstillinger eller en adfærd, der med fordel kan håndteres af den socialfaglige sygeplejerske. Andre gange kan den socialfaglige sygeplejerske fungere som sparringspartner for kollegaer. Den socialfaglige sygeplejerske fungerer altså både som kontaktperson og som ressourceperson for hele centret.

I perioden juli 2018 til juni 2019 påbegyndte 1048 borgere et rehabiliteringsforløb i CKSK. Af disse har den socialfaglige sygeplejerske været kontaktperson for 77 personer, hvoraf 53 kan karakteriseres som socialt sårbare med psykiske problemstillinger, se Boks 1 side 31 og Boks 2.

### Hjemmebesøg - en vej til kontakt

I CKSK kontakter vi alle henviste borgere pr. telefon og inviterer dem til en indledende samtale. Nogle finder det vanskeligt at møde op i centret. Det kan skyldes psykiske udfordringer som angst og/eller mangel på viden om og tillid til, at et kommunalt sundhedstilbud faktisk kan gøre en positiv forskel for borgeren, i rapporten fra SIF kaldet system-skepsis (2). Den socialfaglige sygeplejerske kan i disse tilfælde tilbyde hjemmebesøg og dermed foretage den indledende samtale i borgerens eget hjem. Ikke alle synes, det er attraktivt, men nogle værdsætter denne mulighed og oplever det som en fremstrakt hånd.

Hjemmebesøget giver mulighed for, at den socialfaglige sygeplejerske kan tage udgangspunkt i ting, der har betydning for borgerens liv, og som kan observeres i hjemmet. Det kan være et foto, et kæledyr eller en potteplante,



## Hjemmebesøget giver mulighed for, at den socialfaglige sygeplejerske kan tage udgangspunkt i ting, der har betydning for borgerens liv.

der bliver en genvej til smalltalk i arbejdet med at etablere en tillidsfuld relation. Det kan også være andre observationer i hjemmet, der bidrager til afdækning af problemstillinger i hverdagen, som borgeren måske ikke umiddelbart selv tænker er relevante for kontaktpersonen at få indsigt i. Netop det at regne ud, hvad den fagprofessionelle har brug for viden om, kan være vanskeligt for sårbare borgere med begrænsede sundhedskompetencer (4).

Nogle gange kan et hjemmebesøg bane vejen for, at borgeren har mod på at møde op i CKSK. Andre gange bliver forløbet overvejende samtaler med den socialfaglige sygeplejerske. Mange af disse samtaler foregår pr. telefon.

Den socialfaglige sygeplejerske har i perioden juli 2018 til juni 2019 foretaget syv indledende samtaler som hjemmebesøg. Det er ikke sandsynligt, at disse

### Boks 2. Om CKSK

CKSK er et samarbejde mellem Københavns Kommune og Kræftens Bekæmpelse. Centret tilbyder rehabilitering til borgere i Københavns Kommune, som har eller har haft kræft, samt rådgivning og støtte til alle, som er berørt af kræft, uanset bopæl. Der henvises ca. 1.200 borgere årligt fra hospitaler eller egen læge til kommunal rehabilitering i CKSK. Ca. 80 pct. starter i forløb. Alle får et individuelt tilrettelagt forløb og tildes en fast kontaktperson med sundhedsfaglig baggrund, der som minimum afholder en indledende, opfølgende og afsluttende samtale med borgeren. Med udgangspunkt i en systematisk afdækning af borgerens problemer og behov udarbejder kontaktperson og borger i fællesskab mål og plan for forløbet. Forløb sammensættes overvejende af holdinterventioner med f.eks. fysisk træning, kogeskole, patientundervisning eller naturforløb. Efter behov suppleres med individuelle samtaler hos f.eks. socialrådgiver og diætist. Se mere her: [www.kraeft.kk.dk](http://www.kraeft.kk.dk)

Tabel 1. Kontakter til CKSK

	Sårbare borgere med socialfaglig sygeplejerske som kontaktperson		Øvrige borgere	
	Afsluttede forløb (n=30)	Ikke afsluttede forløb (n=23)	Afsluttede forløb (n=580)	Ikke afsluttede forløb (n=415)
Antal fysiske fremmøder i CKSK - gennemsnit	6,5	9,8	14,5	20,9
Antal telefonkontakter - gennemsnit	7,3	8,4	4,7	5,6
Supplerende kontakt med socialrådgiver (telefon/fremmøde) - pct.	43 pct.	48 pct.	16 pct.	35 pct.

Data er trukket i november 2019 fra Københavns Kommunes elektroniske omsorgssystem på borgere startet i forløb i CKSK i perioden juni 2018 til juni 2019. Ved datatræk er en del forløb fortsat åbne, hvorfor der skelnes mellem afsluttede og ikke afsluttede forløb.

borgere ville være mødt frem til en indledende samtale i centret. Hjemmebesøg er således blevet ét af de redskaber, der bidrager til at sikre mere social lighed i kræftrehabilitering i CKSK.

### **Mere telefon - mindre fysisk fremmøde**

Det er ikke usædvanligt i CKSK, at kontaktpersoner har telefoniske opfølgninger med borgere. Det kan være, der skal laves en ny aftale, at der skal følges op på et scanningsvar eller andet. Langt størstedelen af kontakten mellem borger og kontaktperson foregår dog i forbindelse med fremmøde i centret. Forløbene for de sårbare borgere, som den socialfaglige sygeplejerske er kontaktperson for, adskiller sig ved, at der er markant flere telefonkontakter samtidig med, at borgerne har færre fysiske fremmøder i centret, se Tabel 1.

De sårbare borgere har flere individuelle interventioner og deltager i mindre grad i holdtilbud som træning og patientundervisning. En forklaring kan være, at de ikke er træningsvante, ikke er motive-rede, eller at de er utrygge i større grupper. Det kan også være, at borgerne ikke er mødestabile. I sådanne forløb bliver psykosocial støtte, hvor hverdagen med sygdom er i centrum, den primære rehabilitering. Hertil kan komme individuelle aftaler med f.eks. socialrådgiver eller diætist, hvor det vurderes, at medarbejderens spidskompetencer kan afhjælpe problemstillinger hos borgeren. De sårbare borgere har således markant flere samtaler med socialrådgivere enten pr. telefon eller ved fremmøde i CKSK, se Tabel 1 og Case 1 og 2.

I ganske særlige tilfælde kan socialrådgiveren også tage på hjemmebesøg. Disse forløb med mindre fysisk fremmøde og flere telefoniske kontakter bliver ofte mindre intensive. Borgerne mødes med tålmodighed, rummelighed og en accept af, at det kan tage tid at opbygge en tryk relation, se Case 1 og 2. Borgeren bliver også mødt med en velvillighed til at omfatte problematikker i hverdagen, der ikke specifikt knytter sig til kræftdiagnosen. Borgerne med komplekse problemstillinger og typisk med flere sygdomme kan ikke forventes selv at sortere, og den socialfaglige

#### **Case 1.**

##### **JOHNS HISTORIE**

John er 55 år og har lungekræft med metastaser. Han bor alene i et lejet værelse og har ikke haft sin egen bolig siden 1994. Han kommer første gang i CKSK i den åbne rådgivning. Han er vred og afvisende over for hjælp, men rådgiveren hjælper ham med at få en henvisning til kommunal rehabilitering, og den socialfaglige sygeplejerske tilknyttes som kontaktperson. Han henvises i oktober 2017.

John er i begyndelsen kun interesseret i at få specifikke svar relateret til sygdom og behandling. Efterhånden oparbejdes en mere tillidsfuld relation, og en socialrådgiver i centret hjælper ham med at få sin egen bolig samt afklare, om det vil være meningsfuldt at søge førtidspension.

Han falder godt til i sin bolig, hvilket er med til skabe langt mere ro i hverdagen. Det giver ham også ro at komme i centeret, der bliver et trygt sted, hvor han kan sidde i cafeen og læse dagens avis. I cafeen har han også mulighed for kortere og mere spontane samtaler med den socialfaglige sygeplejerske, som hjælper med at skabe ro omkring sygdom og behandling og hverdagens store og små udfordringer. Den socialfaglige sygeplejerske har gentagne samtaler med John og hjælper ham til at kunne være i cafeen på en måde, der ikke er generende for andre borgere og personale. Hun har også fortløbende samtaler med personalet i centret om Johns sygdomsstatus, og hvordan de skal agere, hvis han falder tilbage i sit gamle mønster med vredesudbrud mv.

John er i forløb, indtil han dør i maj 2019. Han er et eksempel på en borger, som har et langt, men ikke særligt intensivt forløb i CKSK.

#### **Case 2.**

##### **KIRSTENS HISTORIE**

Kirsten er 55 år og har kræft i tyktarmen. Hun er behandlet med kurativt sigte og bliver henvist til CKSK i maj 2019. Hun afsluttes i januar 2020. Kirsten er på kontanthjælp. Hun ryger og har et aktivt alkoholmisbrug. Da hun bliver henvist, bor hun midlertidigt hos sin eksmand. Henvisende hospitalsafdeling har kontaktet Den Centrale Visitation, og Kirsten får tidligt i sit forløb en ældrebolig.

Den socialfaglige sygeplejerske bliver tildelt som kontaktperson, da det af henvisningen fremgår, at Kirsten har et aktivt alkoholmisbrug. Efter flere forgæves forsøg får den socialfaglige sygeplejerske kontakt dagen inden, Kirsten skal til samtale på hospitalet. Hun fortæller, at hun er utryg og ikke har nogen, der kan gå med til samtalen. Den socialfaglige sygeplejerske tilbyder at tage med, og den indledende samtale afholdes i forlængelse af lægesamtalen på hospitalet. Kirsten får hurtigt herefter en samtale med en socialrådgiver i CKSK, som hjælper med ansøgning om engangsydelse til tandlæge og med kontakten til jobcentret. De taler også om, hvordan Kirsten kan etablere en god hverdag i sin nye bolig.

Den socialfaglige sygeplejerske har over en længere periode mange telefonsamtaler med Kirsten som støtte til at gennemføre behandlingen. På et tidspunkt er Kirsten motiveret for at træne, og hun deltager på introhold. Hun magter dog ikke at deltage på selve træningsholdet, som hun oplever som kaotisk. Den socialfaglige sygeplejerske kontakter derfor et lokalt kommunalt træningscenter i den københavnske bydel, hvor Kirsten bor, og hun opstarter træning her. Den socialfaglige sygeplejerske har dialog med en fysioterapeut, som således er særligt opmærksom på hendes historik og behov for ro omkring træningen, og denne fysioterapeut er herefter tovholder på borgerens forløb.



sygeplejerske kan enten selv hjælpe den pågældende borger med et presserende problem eller hjælpe med at navigere i systemet og rette henvendelse til den rette instans. Det kunne f.eks. være at få styr på testamente, at kontakte psykiatrien, hjemmesygeplejerske eller andet.

### Udvidet forløbskoordination

I CKSK ligger det som en naturlig del af kontaktpersonens opgave i ethvert forløb at have opmærksomhed på, om en borger skal have hjælp til at navigere i sundhedssystemet - og ved behov at hjælpe med det. I Region Hovedstadens "Implementeringsplan for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft" anbefales det, at der i et efterhånden meget specialiseret sygehusvæsen er fokus på udvidet forløbskoordination for især sårbare patienter (5).

Den socialfaglige sygeplejerske er ansat til at løfte den tilsvarende kommunale opgave med udvidet forløbskoordination ved komplekse problemstillinger og har derfor en særlig opmærksomhed på dette. Hun vurderer i hver situation og i hvert forløb, om borgeren kan understøttes til selv at tage kontakt og få afklaret en problematik, eller om hun skal påtage sig f.eks. at kontakte behandlende afdeling, visitationen, psykiatrien eller lignende. Kontakten kan også gå den anden vej og gør det i stigende grad i takt med, at funktionen bliver kendt på de samarbejdende hospitalsafdelinger, se Boks 3.

### Perspektivering

I CKSK er vi overbeviste om, at en bredere kompetenceprofil i medarbejderstaben kan gavne sårbare patienter, som kan finde det svært at passe ind i det, som

Sodemann kalder "middelklassens sygdomsvæsen" (6). Evner og erfaringer samt konkrete værktøjer til at etablere gode relationer og dialog med borgere, som er socialt og psykisk sårbare, kan bane vejen for, at disse borgere kan profitere af et kommunalt sundhedsvæsen.

Et konkret tilbud om hjemmebesøg kan være en forudsætning for et forløb. I vores øjne er et skridt på vejen organisatorisk at acceptere mindre intensive forløb med mange telefonkontakter og psykosocial støtte og/eller forløbskoordination vedrørende problematikker, der ikke snævert knytter sig til en kræftdiagnose.

En anden forudsætning er, at forløb kan tilrettelægges med stor fleksibilitet både i forhold til indhold, timing og forløbslængde. Disse erfaringer vil formodentligt have relevans i bredere forstand i kommunale sundhedstilbud og ikke kun i forhold til kræftrehabilitering.

Social ulighed er heldigvis igen kommet på den politiske dagsorden. I CKSK er vi meget enige i, at skal social ulighed i sundhed knækkes, skal man arbejde med tidlig indsats og på tværs af alle sektorer, det kan ikke klares i sundhedssektoren alene. Men i sundhedssektoren er vi i hver enkelt enhed nødt til at forholde os aktivt til, hvad vi gør for som minimum ikke at forstærke den ulighed, som allerede har ramt de sårbare patienter, når de f.eks. får en kræftdiagnose. At oprette en funktion som socialfaglig sygeplejerske kan være et skridt på vejen til at inkludere sårbare borgere i eksisterende tilbud og dermed reducere den sociale ulighed i sundhed, som den kommer til udtryk i forhold til den enkelte borger. ●

### Boks 3. Den socialfaglige sygeplejerskes CV

- Somatisk sygeplejerske, Esbjerg Centralsygehus
- Psykiatrisk sygeplejerske, Esbjerg psykiatrisk afdeling
- Afdelingssygeplejerske, Socialpsykiatrisk bocenter
- Distriktpsikiatrisk sygeplejerske, Roskilde Amtssygehus Fjorden
- Tværsektoriel sygeplejerske, Roskilde Amtssygehus Fjorden/Solrød kommune
- Psykiatrisk sygeplejerske, lægepraksis i Solrød
- Shared Care-sygeplejerske, Region Sjælland
- Ambulant alkoholbehandler, Novavi.



**... skal social ulighed i sundhed knækkes, skal man arbejde med tidlig indsats og på tværs af alle sektorer.**





## Debat!

**Hvordan oplever I reha-  
bileringsindsatsen for  
særligt sårbare borgere?**

**Den socialfaglige syge-  
plejerskes cv er specielt.  
Hvordan dækker I de  
kompetencer, hun er i  
besiddelse af?**

**Hvordan kan artiklen  
inspirere jeres arbejde  
med ulighed i sundhed?**

### Referencer

**1.** Social position and referral to rehabilitation among cancer patients. Moustsen et al. *Acta Oncologica* 2015;Volume 54, Issue 5:720-26. **2.** Når man har sagt A, må man også sige B - Om social ulighed i kræftrehabilitering. Pedersen et al. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015. **3.** Socioeconomic position, referral and attendance to rehabilitation after a cancer diagnosis: A population-based study in Copenhagen, Denmark 2010–2015. Dalton et al. *Acta Oncologica* 2019;Volume 58:730-36. **4.** Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Berkman et al. *Annals of Internal Medicine* 2011;Volume 155:97-107. **5.** Implementeringsplan for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med Kræft. Region Hovedstaden; 2014. **6.** Sundhedsvæsenet drukner i middelklassens små problemer. Morten Sodemann, Altinget: Sundhed. November 2019. <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/professor-sundhedsvaesenet-drukner-i-middelklassens-smaa-problemer>



**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).



**RIKKE BÆLUM MORTENSEN**

Sygeplejerske 1992, cand.pæd. 2009. Specialeansvarlig sygeplejerske, kognitivt subspeciale.

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



**SABRINA FØNS**

Sygeplejerske 2011, cand.cur. 2014. Sensomotorisk subspeciale.



**RIKKE STEENTOFT MUNCH**

Sygeplejerske 2011. Specialeansvarlig sygeplejerske, subspeciale for tidlig Neurorehabilitering.



**LENA AADAL**

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d., ansat som forskningsansvarlig sygeplejerske i den interdisciplinære forskningsenhed på RHN. Lektor på Klinisk Institut, Aarhus Universitet.

*Forfatterne er alle ansat på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Universitetsklinik for Neurorehabilitering.*

# Adressering af seksualitet kræver vedholdende fokus

Det er vanskeligt at tale seksualitet med patienter, som har brug for neurorehabilitering, men en systematisk indsats i sygeplejegruppen har haft effekt.



Seksuel rehabilitering har siden 2016 været et fokusområde for sygeplejen på Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN). På baggrund af et review, et fokusgruppeinterview, en spørgeskemaundersøgelse og en journalaudit blev det synligt, at sygeplejerskers personlige barrierer og professionelle opmærksomhed må ændres, hvis patientens seksualitet skal adresseres i rehabiliteringen.

Målrettede initiativer i form af uddannelse af ressourcepersoner, temadag for det tværfaglige personale samt oprettelse af en ressourcegruppe har åbnet for dialogen og opmærksomheden blandt sygeplejepersonalet.

Journalaudit et år efter interventionerne viser en øget opmærksomhed på seksualitet, idet sygeplejepersonalets dokumentation af

seksuelle aspekter i patientforløbene er øget fra 7 pct. til 31 pct.

Det kræver et vedholdende fokus at fastholde sygeplejerskernes opmærksomhed på at adressere seksualitet som en naturlig del af patientens rehabilitering. Nye initiativer i form af en seksualpolitik, uddannelse samt formidling af viden og resultater skal fremadrettet støtte den udvikling, der er i gang.

I rehabiliteringen af patienten med erhvervet hjerneskade samarbejder forskellige faggrupper med patient og pårørende med det formål at genskabe et så selvstændigt og meningsfuldt liv for den enkelte som muligt. Det handler således ikke alene om at rehabilitere kroppens funktioner eller blive mest mulig selvhjulpne. Det handler om det enkelte menneskes livskvalitet, hvor seksualitet indgår som en naturlig og vigtig del af livet (1).

Seksualitetens betydning for livskvaliteten dokumenteres i en ny dansk undersøgelse, hvor næsten ni ud af ti danske mænd tilkendegiver, at et godt sexliv er vigtigt, mens det samme gælder for lidt over syv ud af ti kvinder (2).

Patienter med erhvervet hjerneskade kan opleve barrierer og dysfunktioner i forhold til deres seksualitet, idet hjerneskaden kan påvirke den enkeltes psykiske, fysiske eller sociale funktionsevne. Når områder i hjernen, som styrer emotioner, kognition, bevægeapparatet og kommunikation bliver beskadiget, kan det være svært for patienten at deltage i intime og sociale relationer, hvor seksualiteten udtrykkes. På den baggrund er det naturligt at medtænke seksualitet som en del af patientens rehabilitering (3).

På Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN) har seksuel rehabilitering været et sygeplejefagligt fokusområde siden 2016. Arbejdet tager afsæt i Verdenssundhedsorganisationen WHO's definition af seksualitet, hvor seksualitet ikke kun handler om samleje men i lige så høj grad om sensualitet, sanselighed, kontakt, varme og intimitet. Opmærksomheden udspringer af et review, der peger på, at det har betydning og indflydelse på patienten og partners livskvalitet, at seksuel rehabilitering adresseres inden for de første 3-6 måneder efter hjerneskaden (3). Litteratursøgning til reviewet er gentaget i 2019 med samme konklusion.

#### Præcisering af strategi for indsatsen

En styregruppe blev nedsat mhp. at kvalificere det sygeplejefaglige fokus på seksuel rehabilitering. Gruppen, der ikke havde et samlet overblik over personalets aktuelle praksis og forståelse i relation til at adressere seksualitet, havde en formodning om, at der var en udfordring. Til trods for, at seksualitet er et grundlæggende behov og et af de 12 faglige problemom-

råder, som sygeplejersker er forpligtet til at vurdere, er emnet ofte forbundet med barrierer. Seksualitet er et følelsesmæssigt og intimt område for mange og dermed svært at tale om, hvilket kræver en indsats at ændre (1,4,5).

Inden for neurorehabilitering er der beskrevet og udviklet meget lidt om tiltag og systematik i at adressere patientens seksualitet. Ligeledes er det sparsomt belyst, hvordan der målrettet arbejdes med personalets barrierer, så der skabes en ændring mod en fagkultur, hvor adressering af patientens seksualitet indgår som en naturlig del af rehabiliteringen (6). Styregruppen valgte derfor en bottom-up tilgang til projektet, ved i første omgang at undersøge personalets praksis og holdninger for efterfølgende at tilrettelægge og udføre en intervention.

### Aktuel praksis blev kortlagt

Første opgave blev kortlægning af, hvilke tværfaglige initiativer, kompetencer og praksisser der allerede var på RHN. Styregruppen planlagde en trianguleret undersøgelse som fundament for den aktuelle forståelse og praksis og som grundlag for det videre arbejde. Med fundamentet var der mulighed for at forstå praksis og et grundlag at handle ud fra samt et afsæt for at evaluere og monitorere indsatsens outcome.

I et fokusgruppinterview blev dybden af den faglige viden udforsket. Efterfølgende blev det tværfaglige personales forståelse af og holdning til ansvar og emne undersøgt i en spørgeskemaundersøgelse. Til sidst blev samtlige patientjournaler gennemgået i en dokumentationsaudit. De tre undersøgelses formål og resultater er beskrevet i det følgende.

### Fokusgruppinterview afdækkede fire temaer

Der blev udført et semistruktureret interview med deltagere fra den tværfaglige personalegruppe. Fokusgruppinterviewet omhandlede dilemmaer og erfarede kompetencer i relation til adressering af patientens seksualitet. Interviewet blev efterfølgende transskriberet og analyseret, og der blev fundet fire temaer (se nedenfor). Temaerne blev diskuteret, begrebsmæssigt afklaret og uddybet af styregruppens tre medlemmer, indtil der blev opnået konsensus.

#### 1. Multidimensionel tabuisering

Interviewet synliggør en multidimensionel tabuisering vedr. seksualitet, der involverer både professionelle, patienter og pårørende. Det traditionelle dobbelttabu, der er mellem den professionelle og patienten, udvides i interviewet til også at omhandle relationen professionel til professionel samt til patient og pårørende.

#### 2. Usikkerhed på egen professionelle rolle

Deltagerne italesætter usikkerhed på egne kompetencer og fagligt ansvar, når det drejer sig om seksualitet. De er bange for at overskride patientens grænser og efterlyser retningslinjer, der kan guide dem. Personalets viden beskrives som personlig, baseret på egne oplevelser og holdninger og ikke som en vidensbaseret og professionel tilgang til emnet.

#### 3. Frygten for at overskride egne og patientens grænser

I interviewet beskriver deltagerne frygten for at overskride grænserne for socialt acceptabel opførsel men også frygten for at overskride egen faglige kompetence.

#### 4. Ingen systematik i adressering

Adresseringen af seksualitet beskrives som usystematisk og tilfældig. Personalet forholder sig oftest først til patientens seksualitet, når den bliver et problem.

Resultatet fra fokusgruppinterviewet er sammenfaldende med beskrivelser i litteraturen (1,4,7). Interviewet blev efterfølgende suppleret med en spørgeskemaundersøgelse.

### Interview suppleret med spørgeskemaundersøgelse

For at opnå et bredere perspektiv på personalets holdninger og forståelse af ansvar, blev fokusgruppinterviewet suppleret med en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalets daværende ca. 500 personer ansat i gruppen af tværfagligt personale. 225 personalemedlemmer (45 pct.) (læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut og social- og sundhedsassistenter) svarede på undersøgelsen.

Personalet tilkendegav meget overbevisende (88 pct.), at de ser det som deres opgave at forholde sig til patienters seksualitet, og for 77 pct. af deltagerne gav det faglig mening at arbejde målrettet med seksualitet. Til trods for at 40 pct. af deltagerne ikke oplevede barrierer i kommunikation om emnet, beskrev 70 pct. institutionens miljø omkring seksuelle behov og dermed adresseringen af seksualitet i rehabiliteringen som dårligt. Det faktum, at en overvægt af personalet angav seksualitet som en del af deres faglige ansvar, var vigtig for det videre arbejde, idet fagprofessionelle skal erkende, at det er deres ansvar, før de kan adressere seksualitet (6).

### Audit viste sjældent dokumentation

En audit på sygeplejedokumentationen i den elektroniske patientjournal hos



**Styregruppen valgte en bottom-up tilgang til projektet ved i første omgang at undersøge personalets praksis og holdninger.**



109 indlagte patienter viste, at sygeplejepersonalet sjældent dokumenterer data om patientens behov eller problemstillinger relateret til seksualitet under søgeordet "seksualitet".

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning for sygeplejefaglig dokumentation skal der i feltet seksualitet f.eks. dokumenteres samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler (8). Ud af de 109 journaler var feltet ud for søgeordet seksualitet ikke udfyldt i de 37. I 43 journaler var feltet udfyldt med "ikke relevant" eller "ikke adspurgt". Data som f.eks.: "gift og har to børn" var med 22 udfyldte felter det tredje største, og endelig var feltet hos syv patienter udfyldt med beskrivelse af specielle problemstillinger eller hensyn, f.eks. aftaler om at ægtefælle sover eller hviler på stuen, aftaler om alenetid, eller at personalet har haft en samtale med patienten og/eller pårørende om seksualitet.

Der blev desuden søgt systematisk i patienternes sygeplejefaglige plejeplaner og de tværfaglige rehabiliteringsplaner, hvor der ikke blev fundet data i relation til seksualitet eller seksuel rehabilitering.

Kortlægningen af personalets professionelle forudsætninger og aktuelle praksis i de tre undersøgelser gav styregruppen et klart billede af, at hvis sygeplejepersonalet skal adressere seksualitet som en naturlig del af rehabiliteringen, fordrer det, at de arbejder med eget tabu og egne barrierer. På den baggrund valgte styregruppen at fokusere på tre områder i den videre strategi: Behov for opkvalificering, synliggørelse af det fagprofessionelle ansvar samt tabuisering.

### Strategi for øgede faglige kompetencer

Med afsæt i viden fra resultatet af de tre undersøgelser blev seksualitet igen udvalgt som et særligt fokusområde for sygeplejen i 2018. Styregruppen planlagde en strategi, hvor seksuel rehabilitering er integreret i det fagprofessionelle ansvar og en ligeværdig del af rehabiliteringspraksis på RHN.

Tiltagene omfattede foruden øget viden og kompetencer, en holdningsbearbejdning med ændring af fagkulturen mod en aftabuisering. Desuden omfattede det et vedholdende fokus i hvert sengeafsnit gennem ledelsesopbakning, udvalgte ressourcepersoner, milepæle og opfølgning. Dertil vidensdeling gennem faste møder mellem ressourcepersoner samt i styregruppen.

### Ressourcepersoner udpeget

Afsnitslederne fik til opgave at udpege minimum én sygeplejefaglig ressourceperson med særlige kompetencer og interesse i et følsomt emne som seksualitet. Styregruppen udarbejdede et opdrag og en målsætning for et tredages kursus med to udvalgte undervisere i samarbejde med Uddannelsesafdelingen på RHN. Det var styregruppens intension, at ressourcepersonerne med kurset tilegnede sig viden og forståelse for de barrierer, der er blandt professionelle, patienter og pårørende i forhold til at tale om seksualitet. Herudover var sigtet, at sygeplejepersonalet fremover kunne handle i et forandringsperspektiv, hvor seksualitet adresseres i rehabiliteringen. Helt centralt skulle deltagerne lære at anvende samtaleredskaber med henblik på at åbne samtalen om seksualitet og afdække behov for specialiserede indsatser.

Med afsæt i litteraturgennemgangen og i dialog med underviserne blev deltagerne på kurset og den efterfølgende temadag præsenteret for PLISSIT-modellen. Seksualitet bliver ofte set som et vanskeligt område, der kræver input fra en professionel med specialistviden (6), hvilket modellen afdratiserer og på den måde afhjælper fagprofessionelles oplevelse af usikkerhed på egen rolle. Modellen er senere udvidet til EX-PLISSIT-modellen, der i højere grad inkluderer patientens perspektiv (9,10,11). Ressourcepersonerne lærte, at det handler om at tillade samtalen og åbne for dialogen med patienten.

At ressourcepersonerne får fortrolighed og viden om at adressere seksualitet, er ikke nødvendigvis tilstrækkeligt til at ændre deres adfærd. Hvis den fagkultur, der omgiver dem, ikke anerkender seksualitet som en integreret del af rehabiliteringen, vil ressourcepersonen muligvis ikke være i stand til at anvende den nye viden (6). Derfor valgte styregruppen, at kurset skulle suppleres af en temadag for det tværfaglige personale.

### Temadag for personalet

Temadagen for det samlede tværfaglige personale bestod af to ens seancer á tre timer, så personalet på skift også kunne varetage den kliniske opgave. Dagen havde til formål at åbne op for forståelsen af, at seksualitet er en integreret del af ethvert

menneskes personlighed. Ca. 250 personer fra den tværfaglige personalegruppe deltog i undervisningen. Foruden det faglige input bestod undervisningen af en tidligere patients autentiske fortælling om, hvordan han som ung hjerneskadet oplevede, at seksualitet ikke blev italesat af professionelle, og hvilken betydning det havde haft for hans rehabilitering til-



## Styregruppen valgte at fokusere på tre områder i den videre strategi: Behov for opkvalificering, synliggørelse af det fagprofessionelle ansvar og tabuisering.



bage til livet. Patientens fortælling gjorde et stærkt indtryk på deltagerne, hvilket kan være med til flytte personalets opmærksomhed mod at adressere seksualitet i rehabiliteringen (6)

### Opmærksomheden på seksualitet øget

Med henblik på at evaluere effekten på adressering af seksualitet valgte styregruppen at gentage journalaudit et år efter den første audit. Gruppens antagelse var, at sygeplejepersonalets opmærksomhed på patientens seksualitet ville afspejles i dokumentationen, og at forandringsprocesser kunne identificeres i retning af de ønskede mål.

I 2018 blev der registreret dokumentation af seksuelle aspekter i 7 ud af 109 journaler. Et år efter, i 2019, blev der registreret sygeplejefaglige optegnelser i 31 ud af 100 patientjournaler. Sygeplejepersonalets dokumentation af seksuelle aspekter i den elektroniske journal var således øget fra ca. 7 pct. til 31 pct. og viste dermed en stigning i sygeplejepersonalets opmærksomhed på seksualitet.

Supplerende evalueringer fra sengeafsnittene er indsamlet og dokumenteret på ressourcegruppens faste møder. Ressourcepersonerne vurderer, at der blandt deres kolleger er en øget bevidsthed om vigtigheden af at adressere patientens seksualitet. Opmærksomheden fører f.eks. til samtaler med patienten og evt. partner om forventninger til samlivet før et hjemmebesøg.

Den ledelsesmæssige opbakning har gennem hele forløbet vist sig ved prioritering af feltet som et særligt indsatsområde. Det ses ved frigivelse af ressourcer, initiativ til at sætte seksualitet på dagsordenen på de ugentlige afsnitsmøder og prioritering af ressourcegruppens arbejde.

Ressourcegruppen har indledt et samarbejde med farmaceuten på RHN, idet medicin er en af de faktorer, der kan indvirke på patientens seksualitet. Det har ført til udvikling af et skema over lægemidler i standardsortimentet, der har eller kan have bivirkninger i forhold til seksualitet. Skemaet er præsenteret for læger og sygeplejersker.

### Tiltag skal fastholde motivationen

For at fastholde motivation og et højt fagligt niveau i rollen som ressourceperson i de respektive sengeafsnit er der etableret en ressourcegruppe. Med faste møder fire gange årligt er hensigten, at ressourcepersonerne kan udveksle erfaringer fra afsnittene og dele informationer og tanker.

Ressourcepersonernes rapportering fra afsnittene viser, at opmærksomheden på at medtænke seksualitet endnu ikke er en integreret del af rehabiliteringsindsatsen på RHN. Den motivation og gejst, der kunne spores hos personalet efter kurset og temadagen, udfordres i hverdagen af konkurrencen med patientens andre behov og problemstillinger. Derfor er der behov for et vedholdende fokus.

### Mod en ny fagkultur

Styregruppen har i overensstemmelse med kendt viden peget på nødvendigheden af et retningsgivende dokument til at støtte, motivere og vejlede



**Der er behov for mere viden om, hvordan professionelle nærmer sig og engagerer sig i emnet seksualitet i det rehabiliterende arbejde.**

personalet i det fortsatte arbejde med adressering af seksualitet (3,6). Det er forventningen, at en lokal politik og medfølgende retningslinjer vil kunne støtte personalet i, hvordan de adresserer seksuelle emner, vejleder personalet i at håndtere patientens problemer og motiverer personalet til at handle. Retningslinjerne skal supplere politikken med guidelines f.eks. til beskrivelse af patientens seksualitet i faglige og etiske termer.

Udarbejdelsen af en seksualpolitik for RHN er påbegyndt og kvalificeres af to sygeplejersker i forbindelse med efteruddannelse om seksualitet i foråret 2020. Der er afsat tid til implementering i sygeplejegruppens undervisning, der afvikles over fire seancer af tre timer i efteråret.

Ressourcegruppen mødes fast og udveksler erfaringer og gode ideer fra afsnittene. Gruppen arbejder på en pjeces til RHN's velkomstmappe med en tekst, der fortæller, at her vil personalet gerne tale om seksualitet. Det vil give en synlig tilladelse til patienter og pårørende i forhold til at tale om emnet (6).

Der er behov for mere viden om, hvordan professionelle nærmer sig og engagerer sig i emnet seksualitet i det rehabiliterende arbejde.

På længere sigt vil en undersøgelse af patientens og de pårørendes oplevede behov i relation til seksuel rehabilitering være påkrævet. Systematisk indhentet viden om patientens og de pårørendes perspektiv kan understøtte udviklingen af en velfunderet praksis hen mod at identificere og adressere seksuelle behov i rehabiliteringen. ●





### Referencer

1. Johansen M, Thyness EM, Holm J. Når seksualitet tages alvorligt. København: Gads Forlag; 2001.
2. Sexus <https://www.projektsexus.dk/projektsexusimedierna> Besøgt den 27.02.2020.
3. Larsen JS, Aadal L. Seksualitet og seksuel rehabilitering af patienter med erhvervede hjerneskader. *Klinisk Sygepleje* 2013;27 Pt 4:35-45.
4. Bay-Hansen J. Samtalen om seksualitet. *Sygeplejersken* 2014; Pt 9:77-85.
5. Olesen E. Når rådgivning bliver svær - for sundheds- og plejepersonale. Forlaget Saxo; 2014.
6. Richards A, Dean R, Burgess GH, Caird H. Sexuality after Stroke: an exploration of current professional approaches, barriers to providing support and future directions. *Disability and Rehabilitation* 2016;38 Pt 15:1471-1482.
7. Turner D, Schöttle D, Krueger R, Briken P. Sexual behavior and its correlates after traumatic brain injury. *Current Opinion Psychiatry* 2015;28 Pt 2:180-7.
8. Sundhedsstyrelsen 2015 [http://cfkr.dk/images/file/vejl\\_sygeplejeopt.pdf](http://cfkr.dk/images/file/vejl_sygeplejeopt.pdf) Ansøgt den 27.02.2020.
9. Davis S, Taylor B. From PLISSIT to Ex-PLISSIT. In: Davis S, editor. *Rehabilitation - the use of theories and models in practice*. Elsevier Churchill Livingstone; 2006. p.101-29.
10. Sommer C. Hjælp patienten til selv at handle. *Sygeplejersken* 2020;1:27.
11. Møhl B, Giraldi A, Graugaard C. At arbejde klinisk-sexologisk. I: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, 2019. p. 687-709

Læs Trialogen "Husk patienternes seksualitet" i *Fag&Forskning* 2020;(1):20-37.

**Hvordan og hvornår taler I med patienten om seksualitet?**

**Hvordan vurderer I personalegruppens eventuelle barrierer vedr. seksualitet?**

**Hvilken viden om seksualitet er relevant inden for jeres fagspeciale?**



**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).



**RIKKE SØNDERGAARD**

Sygeplejerske 2009. Sundhedsfaglig kandidat fra Syddansk Universitet 2013.

[rs@soendergaard.dk](mailto:rs@soendergaard.dk)



**IBEN TOUSGAARD**

Sygeplejerske 1999, MPH, Københavns Universitet 2017.



**CHRISTINA EMME**

Sygeplejerske 2003. Sundhedsfaglig kandidat, Københavns Universitet, 2009. Ph.d. i sundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2014.

# Sæt mobilisering på dagsordenen

En litteraturgennemgang tyder på, at ansvaret for at mobilisere ældre medicinske patienter ikke er klart placeret.

Flere forskere slår et slag for at sætte mobilisering på den sygeplejefaglige dagsorden, fordi manglende mobilisering af ældre hospitalsindlagte patienter har store konsekvenser (1). For nyligt belyste et tema om sengelejekomplikationer i Fag&Forskning de mange konsekvenser ved langvarigt sengeleje (2). Hospitalsindlæggelse og deraf manglende mobilisering er den største risikofaktor i forhold til nedsat funktionsniveau hos ældre medicinske patienter, og et review finder, at mindst 34 pct. af de indlagte ældre patienter mistede funktionsniveau under indlæggelse målt på ADL-niveau (Almindelig Daglig Livsførelse) (3). Derudover øger manglende mobilisering under indlæggelse risikoen for medicinske komplikationer såsom pneumoni, blodpropper og dannelse af atelektaser (4), hvilket kan medføre forlænget indlæggelsestid, øget dødelighed og øget risiko for plejhjemsanbringelse eller behov for rehabiliteringsophold pga. nedsat funktionsniveau ved udskrivelse (5,6).

På trods af den eksisterende viden om konsekvenserne af manglende mobilisering er forskning om mobiliseringsinterventioner af ældre patienter meget sparsom (1), og der findes kun begrænset viden om, hvordan og hvor ofte sygeplejersker mobiliserer patienter (6). I et dansk studie af indlagte ældre medicinske patienter, som havde gangfunktion inden indlæggelsen, viste en aktivitetsmåling, at patienterne i gennemsnit tilbragte 17 timer i sengen dagligt (7). På baggrund af studiets resultater konkluderede forskerne, at det var nødvendigt at fokusere på, at patienterne skulle være fysisk aktive under indlæggelse og sikre, at

## RESUME

Manglende mobilisering af indlagte patienter kan have store konsekvenser i form af medicinske komplikationer, nedsat funktionsniveau, nedsat psykisk velbefindende og øget dødelighed. For at afdække viden om mulige barrierer for mobilisering samt forslag til sygeplejefaglige interventioner på mobiliseringsfeltet blev der foretaget en systematisk litteratursøgning i PubMed og CIINAHL forud for en sygeplejefaglig indsats for at mobilisere patienter på

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i perioden 2020-2021.

Denne artikel viser et udpluk af resultaterne fra gennemgangen af syv udvalgte artikler. Disse kan overordnet opdeles i tre fund:

a. sygeplejerskerne havde ikke en stærk sygeplejefaglig identitet og opfattede ikke sig selv som en faggruppe med ansvar for mobilisering.

b. sygeplejerskerne følte sig usikre i at mobilisere patienterne.

c. der manglede en klar rollefordeling mellem forskellige sundhedsprofessionelle i forhold til mobilisering.

Fundene peger i retning af, at der er behov for at sætte fokus på kulturen omkring mobilisering, eventuelt tilbyde kurser og træningsprogrammer for at sikre bedre mobilisering og at få oprioriteret grundlæggende sygepleje, hvis vi vil udfordringerne med manglende mobilisering af indlagte patienter til livs.



... der findes kun begrænset viden om, hvordan og hvor ofte sygeplejersker mobiliserer patienter.



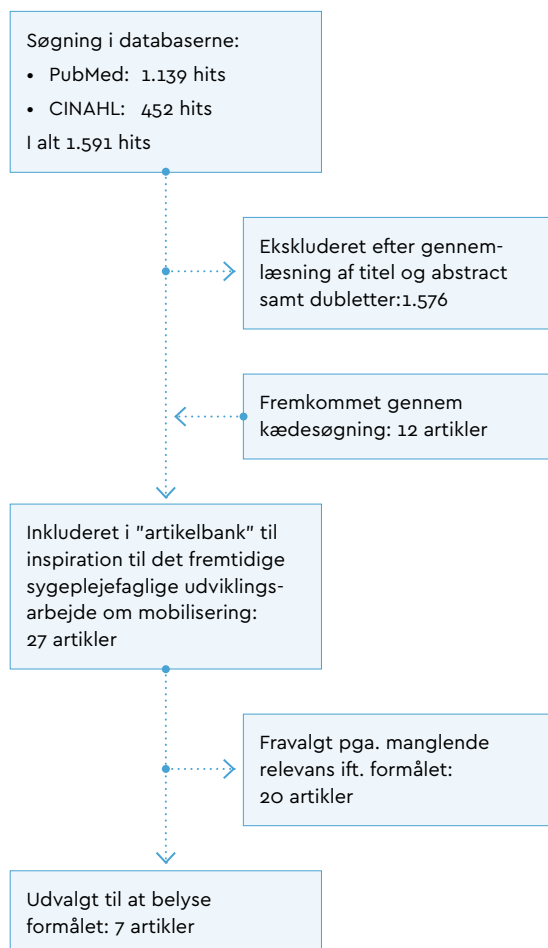
der f.eks. var gangredskaber til rådighed, så både pårørende og personale kunne hjælpe med mobilisering (7).

### Litteratursøgning afdækker barrierer

På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital arbejder sygeplejerskerne med Fundamentals of Care (FoC) som sygeplejefaglig begrebsramme og som et element i hospitalets strategi for sygepleje. FoC sætter blandt andet fokus på at prioritere sygeplejen, patientens grundlæggende behov for sygepleje og at styrke relationen til patienten (8). Med udgangspunkt i FoC har et netværk af kliniske sygeplejespecialister på tværs af hospitalets afdelinger valgt at gennemføre en sygeplejefaglig indsats vedrørende mobilisering af patienterne i 2020-21.

Som grundlag for planlægningen søgte gruppen at afdække eksisterende viden om barrierer for mobilisering samt at skabe overblik over sygeplejefaglige mobiliseringsinterventioner ud fra en systematisk litteratursøgning. Mobilisering blev defineret ud fra Kalisch, Lee og Dabneys definition som at "gå, stå eller sidde i seng eller stol med eller uden hjælp fra sundhedspersonale" (9).

Figur 1. Flowchart



Formålet med denne artikel er derfor at præsentere fundene fra litteratursøgningen, og hvordan de er anvendt i tilblivelsen af en mobiliseringsindsats.

### Metode

En søgeprotokol med udgangspunkt i en systematisk bloksøgning i PubMed og CINAHL blev udarbejdet og kombineret med en usystematisk kædesøgning i de fundne artiklers referencer (se Fig. 1, flowchart over litteratursøgning) (10). Litteratursøgningen havde til formål at afdække mulige barrierer i forhold til mobilisering af patienter, samt hvilken viden der er rapporteret om sygeplejefaglige mobiliseringsinterventioner. Vi inkluderede studier i den endelige søgeportefølje, der omhandlede mere specifikke måder at teste og måle mobilisering på, som kunne inspirere til det videre sygeplejefaglige udviklingsarbejde. Følgende søgeord blev anvendt: "mobilising", "patients", "early ambulation", "nursing", "intervention", "hospital" og "older adults". Vi anvendte følgende inklusions- og eksklusionskriterier for artiklerne:

- Inklusion: artikler på engelsk, dansk, svensk eller norsk, deltagere over 19 år og fra sammenlignelige sundhedsvæseners ift. opbygning og kultur.
- Eksklusion: >10 år gamle studier, studier fra fagspecifikke specialer såsom intensive afdelinger eller postoperative forløb.

### Resultater

27 relevante artikler blev udvalgt som grundlag for vores mobiliseringsindsats. I denne artikel præsenteres syv af artiklerne, idet de fremhæver formålet med litteratursøgningen om at identificere barrierer og mobiliseringsinterventioner. Artiklerne er tematisk opdelt i: 1) barrierer for mobilisering og 2) sygeplejefaglige mobiliseringsinterventioner.

### Barrierer for mobilisering

Første artikel beskriver et amerikansk grounded theory-studie, hvor forskerne interviewede sygeplejersker om, hvilke overvejelser der lå bag, når de valgte at mobilisere patienterne. Alle interviewede sygeplejersker fortalte, at de kendte til de negative konsekvenser af mang-

lende mobilisering under indlæggelse, men at dette ikke havde indflydelse på, i hvilket omfang de mobiliserede patienterne (11). Studiet viste, at de sygeplejersker, der anså mobilisering som en del af sygeplejen, i højere grad fik mobiliseret deres patienter. Desuden viste studiet, at de var i stand til at indarbejde daglig mobilisering i deres sygepleje på trods af begrænsede ressourcer, idet de var fokuserede på at bevare patienternes funktionsniveau og psykosociale helbred (11). Studiet konkluderede, at den sygeplejefaglige identitet var vigtig for mobilisering, og at det var centralt at sygeplejerskerne anså mobilisering for at være en del af sygeplejen (11).

I et engelsk grounded theory-studie var formålet at undersøge, hvordan sygeplejersker involverede sig i fastholdelsen og tilskyndelsen af mobilisering hos ældre medicinske patienter. Forskerne interviewede og observerede sygeplejersker og fandt ligeledes, at den måde, sygeplejersker vægtede sygeplejen på, var central i forhold til om patienterne blev mobiliseret (12). Studiet fandt, at sygeplejeteamet primært fokuserede på mobilisering som forebyggelse af problemer fremfor rehabiliterende (12). Forskerne konkluderede, at en måde, hvorpå sygeplejerskerne kunne tage en mere aktiv rolle i målrettet mobilisering, var ved at udarbejde sygepleje-drevne interventioner omkring mobilisering (12).

Et dansk etnografisk feltstudie fra 2019 undersøgte, hvordan de sociale og kontekstuelle omstændigheder påvirker mobiliseringen af ældre indlagte medicinske patienter. Forskerne fandt fem temaer, der havde betydning for mobiliseringen af patienter, hvoraf de professionelle rolle var den mest afgørende og gennemgående i alle temaer (13). Studiet fandt, at forskellige sundhedsprofessionelle på de medicinske afdelinger anerkendte, talte og handlede baseret på forskellige kulturmodeller, hvilket betød, at mobiliseringen blev sammenfiltret i et komplekst netværk af sociale og kontekstuelle omstændigheder (13). Forskellige kulturelle modeller formede



## Studiet fandt, at sygeplejeteamet primært fokuserede på mobilisering som forebyggelse af problemer fremfor rehabiliterende.

de mange forskellige faglige identiteter, hvilket førte til modsigelser og sløring af prioritering af mobiliseringen, idet ingen faggruppe tog ansvar for mobilisering af patienterne under indlæggelse (13).

### Sygeplejefaglige mobiliseringsinterventioner

Smart et al (14) fandt i et scoping review, at en multidisciplinær, struktureret teambaseret tilgang til mobilisering var den mest effektive måde at øge mobiliseringen hos ældre patienter, samt at denne tilgang kunne reducere indlæggelsestiden (14). Forskerne anbefalede, at man arbejdede med at øge og forbedre kommunikationen mellem faggrupper og at afklare faggrænser og arbejdsroller, hvilket øgede mobiliseringsraten (14).

I et integrativt review (6) blev det igen konkluderet, at sygeplejersker ikke mobiliserede patienterne tilstrækkeligt, idet sygeplejerskerne blandt andet følte sig usikre i at mobilisere, manglede viden om hvordan de skulle mobilisere og desuden mente, at

mobilisering var fysioterapeuternes ansvar (6). Forskerne anbefalede at investere i uddannelse og træningsprogrammer tilpasset sygeplejersker, så de kan føle sig mere selvsikre i forhold til deres evne til at mobilisere patienterne samt øge ejerskabet for mobiliseringen (6). At skabe grundlag for god mobilisering kræver ifølge forskerne desuden tilstrækkelig normering, rådighed over de rette hjælpemidler og et hospitalsmiljø og en indretning med plads og mulighed for mobilisering (6).

I et review (15) identificeres følgende faktorer, som kan fremme mobilisering af indlagte patienter:

- Korrekt funktionsvurdering og bredt sundhedsfagligt samarbejde, f.eks. mellem sygeplejersker og fysioterapeuter.
- Øget fokus på mobilisering hos de sundhedsprofessionelle.
- Hyppige opfordringer og hjælp til patienterne for at understøtte mobilisering.
- Seponering af ikke-nødvendige katetre såsom perifere venekatetre og iltslanger.
- Skabelse af en hospitalskultur, hvor det at være fysisk aktiv er en del af indlæggelsen.
- Sikring af at patienterne får sufficient mad og drikke.
- Restriktiv ordination af antihistaminer og søvnmedicin ved søvnbesvær (15).

I et nyligt review (3) anbefales udover mange af de samme fokuspunkter tiltag som:

- Medicingennemgang samt fokus på forebyggelse af udvikling af f.eks. delirium.
- Evt. geriatrisk tilsyn mhp. specialiseret geriatrisk hjælp.
- Uddannelse af og information til patienter og pårørende om de risikofaktorer, der er ved indlæggelse, samt om vigtigheden af at holde sig fysisk aktiv.
- Mobilisering af patienten mindst tre gange om dagen.
- Optimering af smertebehandling samt fokus på obstipation.





- Huske høreapparater og briller, så patienterne kan orientere sig ordentligt (3).

### Samarbejde med andre faggrupper har stor betydning

Litteraturgennemgangen identificerede flere barrierer, som kan hindre mobilisering af hospitalsindlagte patienter og kan inddeles i tre hovedfund: a) at sygeplejerskerne ikke havde en stærk sygeplejefaglig identitet og opfattelse af sig selv som den faggruppe, der har ansvar for mobilisering, b) at sygeplejerskerne følte sig usikre i at mobilisere patienterne, c) der manglede klar rollefordeling imellem forskellige sundhedsprofessionelle i forhold til mobilisering.

Desuden pegede litteraturen på, at organisering og kulturelle faktorer i samarbejdet med andre faggrupper har stor betydning for mobilisering af patienter. Det blev i litteraturen anbefalet at investere i uddannelses- og træningsprogrammer til sygeplejersker, så de føler sig mere sikre i mobilisering. Derudover blev det pointeret, at det er nødvendigt med en kultur og et hospitalsmiljø, der fremmer mobiliseringen, og at man skal inddrage patienter og pårørende i mobilisering. Det er desuden nødvendigt med god normering, samt at den grundlæggende sygepleje prioriteres.

### Hold kurser i mobilisering af patienter

Formålet med litteratursøgningen var at afdække viden om barrierer for mobilisering af patienter, samt hvilke mobiliseringstiltag der har effekt forud for Bispebjerg og Frederiksberg Hospitals mobiliseringsindsats i 2020-21. Litteraturgennemgangen viste bl.a., at sygeplejersker ofte ikke føler sig sikre i at mobilisere patienter, hvilket kan medføre, at mobiliseringsindsatsen med fordel kan indeholde kurser i mobilisering af patienter med henblik på at styrke personalets kompetencer og øge patientsikkerheden. Det kan desuden være relevant at se på, hvordan samarbejdet mellem forskellige faggrupper fungerer, da litteraturen viste, at der kan være udfordringer i forhold til dette. En gennemgang af afdelingernes beholdning af hjælpemidler bør udføres med henblik på at belyse, om der



**... sygeplejerskerne ... følte sig usikre i at mobilisere, manglede viden om hvordan de skulle mobilisere og mente, at mobilisering var fysioterapeuternes ansvar.**

findes tilstrækkeligt med hjælpemidler. Det kan også være relevant med fokus på patient- og pårørendeinddragelse og rådgivning af patienterne om deres muligheder for at være fysisk aktive.

Med udgangspunkt i de tre hovedfund var der skabt grundlag for at planlægge en struktureret og systematisk mobiliseringsindsats, som samtidig tog udgangspunkt i den enkelte afdelings behov, patienter og kulturelle strukturer. Det viste sig dog at være komplekst at planlægge en mobiliseringsindsats på hospitalet, og det stod hurtigt klart for gruppen af kliniske sygeplejespecialister, at mobiliseringsindsatsen skulle planlægges, så hver afdeling eller afsnit definerede eget problemfelt, patientgruppe eller indsatsområde for at højne det sygeplejefaglige ejerskab og interessen for mobiliseringen. Der blev herefter nedsat flere små arbejdsgrupper, der udarbejdede forslag til fokusområder og konkrete indsatser, og der blev udarbejdet en projektplan. Arbejdet blev præsenteret for hospitalets over- og afdelings-sygeplejersker, idet litteraturen viste, at ledelse, normering af personale og fysiske rammer også spiller ind i forhold til at skabe en hospitalskultur, hvor mobilisering af patienterne er i fokus. ●

### Referencer

1. Greysen SR. Activating hospitalized older patients to confront the epidemic of low mobility. *JAMA Internal Medicine* 2016;176(7):928-29.
2. Sommer C. Forebyggelse af sengelejekomplikationer er kompleks sygepleje. *Fag & Forskning* 2019; (2):23-4.
3. Surkan MJ, Gibson W. Intervention to mobilize elderly patients and reduce length of hospital stay. *Canadian Journal of Cardiology* 2018;34:881-88.
4. Boynton T, Kelly L, Perez A et al. Banner mobility assessment tool for nurses: instrument validation. *Am J SPHM* 2014;5(3):86-92.
5. Hastings SN, Choate AL, Mahanna EP et al. Early mobility in the hospital: lessons learned from the STRIDE program. *Geriatrics* 2018;3(4):61.
6. Constantin S, Dahlke S. How nurses restore and maintain mobility in hospitalized older people: an integrative literature review. *Int J Older People Nurs* 2018;12:e12200.
7. Pedersen MM, Bodilsen AC, Petersen J, et al. Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013;68(3):331-37.
8. Kitson A. The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing Research* 2018;67(2):99-107.
9. Kalisch BJ, Lee SL, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2013;23:1486-1501.
10. Lund H, Juhl C, Andreasen J et al. Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. Redskaber til evidensbaseret praksis. 1. København: Munksgaard 2014.
11. Doherty-King B, Bowers BJ. Attributing the responsibility for ambulating patients: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2013;50:1240-46.
12. Kneafsey R, Clifford C, Greenfield S. What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? *International Journal of Nursing Studies* 2013;50:1617-27.
13. Kirk JW, Bodilsen AC, Sivertsen DM et al. Disentangling the complexity of mobility of older medical patients in routine practice: an ethnographic study in Denmark. *PLoS ONE* 2019;14(4): e0214271.
14. Smart DA, Dermody G, Coronado ME et al. Mobility programs for the hospitalized older adult: a scoping review. *Gerontology & Geriatric Medicine* 2018;4:1-18.
15. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *American Medical Association* 2011;306(16):1782-93.

Læs: »Forebyggelse af sengelejekomplikationer er kompleks sygepleje« i *Fag&Forskning* 2019;(2):23-4.





*Hvordan involverer I patienterne i mobilisering på jeres afdeling?*



*Hvilke barrierer oplever I i forhold til at mobilisere patienterne?*



*Hvordan samarbejder I med andre faggrupper om mobilisering?*



**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).



### AGNETHE ELKJÆR POULSEN

Sygeplejerske med specialuddannelse i psykiatri, landsdækkende efteruddannelse i diagnostik og psykopatologi, pædagogik og vejledning. Ansat ved Center for Kommunikation, Herning.

[cfxkae@herning.dk](mailto:cfxkae@herning.dk)

### TAK

Tak til Lisbeth Dalgas Jacobsen, cand. psych., med specialistuddannelse i neuropsykologi, Mads Elkjær Poulsen, cand. oecoon, og Emma Elkjær Poulsen, cand. psych., ph.d.-studerende, for sparring og hjælp med beskrivelserne af data.

# Brobygning mellem psykiatri og kommune øger borgernes trivsel

Et kommunalt projekt med specialundervisning ud fra temaer valgt i samarbejde mellem borger og underviser har givet gode resultater og er nu et permanent tilbud.

Der er længe blevet talt om bedre overgang mellem psykiatri og det støttende kommunale regi. På Center for Kommunikation i Herning har vi lettet denne overgang ved at tilbyde specialundervisning til mennesker med ADHD/ADD og ASF, gerne med deltagelse af pårørende, se Boks 1.

Jeg har i en lang årrække været ansat i regionspsykiatrien og har der været vidne til, at overgangen fra psykiatrien til det støttende kommunale regi kontinuerligt har været en udfordring. Der har været brugt begreber som brobygning, overdragende netværksmøder, fælles it-plattform og sømfrie overgange. Det er min erfaring, at såvel behandlere i regionspsykiatrien og privatpraktiserende psykiatere som sagsbehandlere i kommunerne har et mål om at støtte og hjælpe mennesker med særlige behov, men der har altid været barrierer i forhold til overgangen. Disse er blevet synlige, når mennesker med ADHD/ADD og ASF oplever et skisma mellem udredning/behandling og støttende foranstaltninger. I psykiatrien har der ikke været mulighed for at støtte i konkrete livssitua-

## RESUME

Brobygningen mellem psykiatri og det kommunale regi er blevet kritiseret, og der har tegnet sig et billede af en belastet overgang, som ikke hjælper psykisk syge borgere. Formålet med dette projekt var at bygge bro mellem regionspsykiatrien og det kommunale støttesystem til voksne med ADHD/ADD eller ASF ved at tilbyde specialundervisning for at give borgere med særlige behov bedre muligheder for at mestre livet.

31 deltagere gennemførte et undervisningsforløb, hvoraf syv deltagere indgik i et gruppeforløb og 24 i et individuelt forløb. De individuelle forløb blev tilrettelagt fra starten

af udredningen med udgangspunkt i fem temaer, som var centrale for den enkelte. Projektet blev evalueret både kvalitativt via frie evalueringer og kvantitativt via eksisterende spørgeskemaer.

De kvalitative og kvantitative resultater af projektet pegede enstemmigt på en gavnlig effekt af undervisningsforløbet blandt deltagere, deltageres pårørende samt sagsbehandlere.

Projektet bidrog til brobygning mellem regionspsykiatrien og det kommunale regi med et effektivt tilbud, som hjælper målgruppen til højere trivsel og beskæftigelse.

tioner og ved individuelle vanskeligheder, når behandlingsdelen til mennesker med ADHD/ADD er afsluttet.

Mennesker med ASF afsluttes oftest fra psykiatrien, når diagnosen er stillet. I de støttende kommunale systemer bliver der ofte efterlyst viden om diagnosen for at kunne give rette støtte. SIND-formand Knud Kristensen har argumenteret for vigtigheden af at "have viden og værktøj til dialog med mennesker, der er ramt af psykisk sygdom" (1).

Synspunktet underbygges af samfundsøkonomien. Mindst 90 pct. af voksne med ASF har omfattende problemer i voksenalderen, og det er få, som klarer at leve et liv uden hjælp. Estimeret ses en samfundsmæssig samlet udgift for voksne med ADHD på 2,8 mia. kr. pr. år eller 150.000 kr. pr. voksen med ADHD pr. år (2).

På den baggrund udformede Center for Kommunikation, Herning, i samspil med Herning og Ikast-Brande kommuner et projekt. Center for Kommunikation er en institution under Herning Kommune, hvis mission er at give borgere med særlige behov bedre muligheder til at mestre livet.

Projektet forløb over et år fra den 1. januar til den 31. december 2019. Der blev skabt mulighed for såvel individuel som gruppeundervisning. Henvielse blev sendt fra deltagerens sagsbehandler.

### Persongruppe med svære vanskeligheder

Forskningsresultater peger samstemmende på, at personer med ADHD kan opleve svære vanskeligheder, som bl.a. ses ved højere jobledighed, lavere indkomst, øget kriminalitet, overrepræsentation af misbrug og skader, såvel fysiske som materielle.

Personer med ADD vil ifølge de nye ICD11-kriterier høre under ADHD (3), da nyere forskning viser, at mange af problembeskrivelserne i undersøgelse også gælder for mennesker med ADD.

Det kliniske symptombillede hos voksne med ADHD er karakteriseret ved en følelse af at være anderledes, koncentrationsvanskeligheder, svært ved at skabe sig overblik, hukommelsesproblemer, mange og springende tanker, impulsivitet, indre og ydre motorisk uro. Desuden får de ikke handlet på krav (f.eks. at betale regninger), de har problemer med at administrere økonomi,



## ...overgangen fra psykiatrien til det støttende kommunale regi har kontinuerligt været en udfordring.

### Boks 1. Ordforklaring og forløbsbeskrivelse

Forklaring på forkortelser samt beskrivelse af gruppe- og individuelt forløb.

**ADHD:** Attention deficit hyperactive disorder, er en neuropsykiatrisk lidelse med forstyrrelse af opmærksomhed og aktivitet.

**ADD:** Attention deficit disorder, er en betegnelse for en bestemt type ADHD. Der er overvejende tale om forstyrrelse af opmærksomhed.

**ASF:** Autismespektrumforstyrrelse, er en samlet betegnelse for forskellige grader af autisme. Autisme er defineret som udviklingsforstyrrelser, hvor der er medfødt afvigende udvikling af evnen til gensidigt socialt samspil og verbal og nonverbal kommunikation, ligesom der ses tendens til stereotype begrænsede vaner, interesser og adfærd.

**Gruppeforløb:** I gruppeforløbet deltog syv personer med ADHD/ADD og to pårørende. Gruppeforløbet strakte sig over fem uger á to timer med tre individuelle opfølgninger. 18 deltagere var fortsat i forløb ved projektets ophør og kunne derfor ikke evaluere.

44 deltagere blev henvist med ADHD, heraf 15 med komorbiditet. 27 deltagere blev henvist med ASF, heraf otte med komorbiditet og 10 med både ADHD/ADD og ASF. Tre deltagere blev henvist uden diagnose.

Der var ligelig fordeling af henvisninger fra de to kommuner, og kønsfordelingen var lige i begge kommuner. Deltagerne var mellem 18 og 47 år. Gennemsnitsalderen for deltagere, som gennemførte undervisningsforløbet, var 24,2 år.



svært ved at vurdere tid og hvor lang tid ting tager, de har udtalte humørsvingninger samt lyd- og lysoverfølsomhed og ofte svære søvnproblemer (4).

ADHD er en spektrumforstyrrelse, hvilket betyder, at grader/symptomer hos den enkelte har afvekslende karakter. Dette bekræftes i de nye diagnosekriterier (3).

Forskning viser desuden, at personer med ASF kan have svære vanskeligheder. Selvom en del mennesker i den lette ende af autismespektret klarer sig, også uden hjælp, har mange problemer med studier eller på arbejdsmarkedet, de har psykiske vanskeligheder, og nogle få bliver kriminelle. I en undersøgelse bemærkes, at 65 pct. af de, der har ASF og endda har et højt funktionsniveau, tager medicin mod angstsymptomer, ofte som social-fobiske symptomer (5).

Klinisk beskriver voksne med ASF og/eller mennesker omkring dem problemer med at udvikle relationer samt manglende samklang i sociale og følelsesmæssige situationer. Omgivelserne rapporterer ofte om problemer med øjenkontakt. For mennesker med ASF kan ansigtsmimik være svært at aflæse, og nonverbal kommunikation er vanskelig at tyde. Symptombilledet på ASF involverer rigiditet, moralisering samt naivitet, ligesom empati kan være fraværende.

Mennesker med ASF har ofte sanseforstyrrelser, f.eks. lyd-, lys- eller taktill overfølsomhed. Mennesker med ASF mangler desuden interesse i samspil med andre og oplever, at sociale spilleregler er vanskelige. Mange foretrækker at arbejde alene, oplever situationer forskelligt fra mennesker uden ASF og har ofte svært ved at vide, hvordan de opleves af andre. Desuden har de svært ved at starte og afslutte en samtale, de har et specielt sprogbrug, som forekommer stereotyp og repetitivt, er ufleksible i forhold til at tåle forandringer i rutiner og ritualer og har overoptagethed af detaljer (3,5).

Mennesker i den lette ende af autismespektret, tidligere kaldet Aspergers syndrom (6), har ofte ønske om social omgang, men magter det ikke. Nyere forskning viser, at personer med autisme og personer med Aspergers syndrom ikke adskiller sig i forhold til, hvilke symptomer de kan have, men mere i forhold til symptomernes sværhedsgrad, hvorfor autismediagnoserne er slået sammen i den kommende ICD11 (3).

### Udvælgelse af deltagere

I projektperioden blev der modtaget 71 henvisninger. Af de 71 henviste gennemførte 31 deltagere et individuelt undervisningsforløb inden for projektperioden, mens 18 fortsat var i forløb. Således har 49 været eller er i forløb. Et gennemsnitligt individuelt forløb indebar 25,9 undervisningstimer pr. deltager, mens et gennemsnitligt gruppeforløb indebar 18,5 undervisningstimer pr. deltager.

Undervisningsforløbene har i gennemsnit varet fire måneder. Der var fremmøde på en fast ugedag til et fast klokkeslæt. Pga. kommunens administrative regler var der forløb, som kun strakte sig over seks gange, dvs. 6 uger. Andre fik forlænget deres forløb. Således har et par borgere været med næsten fra start til slut i projektperioden. Kriterier for inklusion var, at deltagerne

1. havde fået stillet diagnosen på forhånd
2. havde en IQ inden for eller tæt på normalområdet
3. ikke var i udtalt misbrug
4. var motiveret for at indgå i projektet.

### Undervisning i deltagerens egne temaer

Undervisningen blev tilrettelagt individuelt fra starten under udredningen, hvor der ud fra deltagerens

beskrivelse af sig selv blev fundet op til fem temaer, som var vigtige for deltageren at få undervisning i.

Mange temaer var gennemgående, herunder viden om diagnose, viden om og håndtering af angst, socialt samspil, selvværd, fremadrettet beskæftigelse, søvn, struktur, temperamentsforvaltning og forståelse af reaktioner/emotioner.

Flere blev henvist fra projektet til psykolog med specialistuddannelse i neurologi, til handicapteknologiafdelingen og synsafdelingen på Center for Kommunikation med henblik på sideløbende med undervisningen at blive udredt eller introduceret til hjælpemidler til dæmpning af lyd- og lysoverfølsomhed.

Der blev anlagt en neuropædagogisk og eklektisk tilgang, hvor der blev inddraget elementer fra 3. bølge kognitiv, systemteoretisk samt psykodynamisk forståelse. Formålet var:

- læring og styrkelse af kommunikation og tillidsfulde relationer (9,10)
- at lære at forholde sig til egne tanker og følelser (11)
- accept af at samfundet spiller en rolle f.eks. i forhold til beskæftigelse (12)
- at lære at forstå sig selv gennem inddragelse af egen livshistorie (13)

Desuden blev salutogenese, som er viden om, hvad der skaber trivsel og psykisk robusthed, vægtet (7). Formålet var at styrke kommunikation og tillidsfulde relationer (8). Deltagerens udfordringer sås derfor i relation til den kontekst, udfordringerne optrådte i.

Ved undervisning af deltagere med ADHD/ADD blev det i vid udstrækning forsøgt at omsætte viden til illustrationer. Mange mennesker med ADHD har givet udtryk for, at det ad den vej er lettere for dem at huske det, de lærer. Der blev taget udgangspunkt i, hvad et liv med ADHD/ADD har betydet for den enkelte. Fokus har hovedsageligt handlet om forståelse og håndtering af følelser, selvværd, forsvarsmekanismer og normalitetsbegreber (disse temaer blev ligeledes primært gennemgået via illustrationer/billedsprag). Se Boks 2.

### Undervisning i kropssprog

For nogle mennesker med ASF kan det være svært at finde meningen i en tegning eller at overføre tegningen til en



**Undervisningen blev tilrettelagt individuelt fra starten under udredningen, hvor der, ud fra deltagerens beskrivelse af sig selv, blev fundet op til fem temaer ...**

konkret livsproblematik. Derfor blev der oftest anvendt punktvis struktureret materiale om ASF for at gøre indholdet konkret. Vedrørende problemstillingen ”hvordan begår jeg mig socialt”, blev deltagerne undervist i kropssprog. Det er min oplevelse, at evnen til at kunne initiere i et socialt samspil kan få afgørende betydning for mennesker med ASF.

Det gøres tydeligt af Jennifer Cook O`Toole, som selv har autisme. Hun skriver: ” Hvis du gerne vil have en karriere, en date, en invitation, en ven ... så er du nødt til at lære deres sprog ”socialsk” (9).

Deltagerne fik derfor viden om og træning i, hvordan de kunne bruge ansigt, gestik og kommunikation, idet deres ofte anderledes fremtoning og kommunikationsform kan få andre mennesker til at undgå dem.

Det er min oplevelse, at det kan være afgørende for trivsel hos en person med ASF, at man ikke underlægger sig en berøringsangst for det, som er af så afgørende betydning for at bedres i det sociale rum. Det er væsentligt at pointere, at relationen skal være tryk, inden man giver spejlinger, så borgere ikke får endnu en oplevelse af kritik og af at være forkert.

Indledningsvis blev deltagerne informeret om, at det altid var målet med undervisningen at give alle noget godt og brugbart med sig. Jeg sikrede, at deltagerne var trygge ved at blive spejlet og vidste, at det blev gjort i den bedste mening. Jeg fortæller borgeren, at jeg ser undervisningen som et samarbejde, og at det er afgørende, at han eller hun siger til, hvis noget tolkes negativt eller ikke giver mening.

Eksempler på spejling: ”Dit ansigtsudtryk er stift i forhold til de flestes” (hvorefter vi kan øve ansigtsudtryk sammen). Eller: ”Det er vigtigt at sige en hel sætning for at holde en samtale i gang,” ”det er forbudt fra nu af blot at svare ja eller nej.”

Hvis en person siger: ”Sikken et dejligt vejr i dag,” (hvad de fleste med ASF i øvrigt synes, er idiotisk, da enhver jo kan se, at solen skinner!), kan man svare: ”Ja, det er rigtig nok dejligt.” Der kunne med fordel undervises i, hvilken betydning smalltalk har, og hvordan den kan forstås, se Boks 3.

## Evaluering af projektet

Kvantitativt blev temaerne fra første udredning vægtet i Canadian Occupational Performance Measure (COPM) før og efter undervisningen.

Deltageren satte tal på fra 1-10 (10 indikerer en høj grad) for at vise, hvor vigtigt det enkelte tema var, og herefter et tal på, hvordan de udførte (herunder håndterede) temaet aktuelt, og endelig et tal på, hvor tilfredse de var med daværende aktuelle udførelse/håndtering. Denne gennemgang blev lavet igen ved afslutningen af forløbet (10).

Trivsel blev målt med WHO's fem trivselsspørgsmål, præ og post.

Ved afslutning af forløbet blev et smiley-afkrydsningskema udleveret til deltagere og pårørende med seks smileys fra meget sur (kodet som 1) til meget glad (kodet som 6) og med fire spørgsmål til læringen.

Kvalitativt var der under smiley-afkrydsningskemaerne plads til at skrive frit om forløbet for både deltager og pårørende.

Henvise sagsbehandler og eventuelt tilknyttet mentor eller bostøtte skrev en fri evaluering af deres opfattelse af forløbet ved afslutningen.

Kliniske symptomer omfattede præ- og postvurdering ved henholdsvis ASRS1 for deltagere med ADHD/ADD (11) og et skema om sociale kommunikationskompetencer for deltagere med ASF (12).

## 1. Kvalitative resultater

### Deltagerevalueringer

Deltagerne gav udelukkende positive tilbagemeldinger om betydningen af undervisningen. F.eks. udtaler deltagerne:

### Boks 2. Case om ung mand med ADHD

En stor, stærk, ung mand med ADHD, som havde svære vanskeligheder med aggressionsforvaltning, kom ofte i slagsmål (og vandt), hvilket han bitterligt fortrød efterfølgende. Han blev introduceret til en tegning af et træ med overskriften: ”Hvor meget skal det have lov at fylde?”

Om træet blev fortalt følgende: Knækker stammen, er det på højde med at miste en elsket person. Knækker en af de store grene, er det på højde med at miste sit hjem eller et job, en skilsmisse eller økonomisk ruin. Knækker en lille kvist, er det som et ar. Man har slået sig, men kan fint leve videre og bliver kun mindet om traumat, når man ser arret. Falder et væsentligt blad af træet, er det en situation, hvor man efter et par måneder ikke helt husker, hvad der udløste følelsen.

Den unge mand kom efterfølgende i en situation, hvor han følte sig provokeret. Han rejste sig op og sagde højt ”Jeg er et træ!” Han blev mødt med stor undren og latter, men undlod at slå. Han fortalte, at han jævnlige modtager billeder af træer fra sine venner, som på humoristisk vis skriver: ”Jeg vidste ikke, at du var her.” Den unge mand har ikke siden været i slagsmål.

Det skal nævnes, at den unge mand ikke blev anbefalet at sige højt, han var et træ, det var hans valg.

### Boks 3. Case om undervisning i kropssprog

En ung mand vred på skift sit hoved om til siderne og havde sjældent øjenkontakt. Han blev spejlet og kunne se, at han ikke virkede interesseret.

Øjenkontakt lærte han ved, at han kunne kigge på sin samtalepartner ved at se den anden i panden lige mellem øjnene. Han så, at det virkede som ægte øjenkontakt ved, at det blev afprøvet på ham. Dernæst blev et smil øvet - ikke for stort. Desuden blev små nik med hovedet øvet. Det blev aftalt, at han skulle møde ethvert menneske med øjenkontakt, et lille nik og det øvede smil.

Han fik det indøvet og fik tilbagemelding på, når det virkede godt. Hans støtteperson gav efterfølgende udtryk for, at den unge mand var begyndt at virke mere interesseret og nærværende. Det har den unge mand hele tiden været, men har ikke tidligere kunnet afspejle det i sit kropssprog.



”Informativt, livsforbedrende og mere tro på mig selv. Bredere viden om mig selv. Gode og brugbare redskaber til angsthåndtering. Følelse af mere kontrol i hverdagen. Redskaber til at styre mit temperament og derved undgå konflikter. Lader ikke små ting fylde så meget som tidligere. Godt, at det ikke kun er mig, der får hjælp, men også min kæreste. Jeg har fået de rigtige redskaber til at kunne være i praktik. Rart, at pårørende var med ind over. Havde jeg ikke gået her, var jeg nok ikke kommet i gang. Jeg er blevet mere selvhjulpent. Jeg er blevet bedre til at sætte ord på tingene, hvilket har gjort, at jeg hviler mere i mig selv ... føler mig ikke så syg, som jeg troede, jeg var. Jeg har manglet og ledt efter noget, der ligner det her. At blive talt til som en voksen. Ville ikke have været det foruden.”

#### *Pårørendeevalueringer*

De pårørende, som har deltaget i undervisningen i fra én til alle undervisningstimer, gav udtryk for tilfredshed med undervisningsforløbet. De udtalte bl.a.:

”Forløbet har været godt og lærerigt. Det har givet mig personligt meget at arbejde med, når der kan komme trælse tider. Kan kun anbefale det. Kommunikationen er super god, man bliver ikke talt til som et barn eller en patient. Man bliver hørt. Som forældre til Rosa er vi meget glade for forløbet, det har hjulpet os. Rosa har helt klart lært meget om sin diagnose. Hun tager ejerskab og sætter selv ord på sin situation og sine behov over for omgivelserne. Det har været dejligt at være med og lærerigt. Der er ting, som jeg kan bruge til andre familiemedlemmer også. Rigtig god indlæring, som har ændret Rosas adfærd markant i positiv retning. Oplever en meget mere glad, positiv og forstående kæreste, hvilket smitter af på mig selv og vores lille søn.”

#### *Evalueringer fra faglige samarbejdspartnere*

Samarbejdspartnere var tilfredse med forløbene. ”Formen er tilpasset, der gives strategier, som ikke findes andre steder, der kigges bredt, deltagerne bruger det, de har lært, til at klare situationer, som tidligere har været svære.”

Sagsbehandler og mentor har fundet hjælp i, at der herfra er sat ord på udfordringer, og hvilke rammer deltageren

kan fungere i. Det anføres af flere, at kontaktformen til deltagerne har været af betydning.

## **2. Kvantitative evalueringer**

### *Deltagernes tilfredshed*

Smiley-indekset indikerede en gennemsnitlig deltagertilfredshed på 5,3 målt på en skala fra 1-6, hvor 1 repræsenterer et utilfredsstillende forløb, og 6 repræsenterer et meget positivt forløb.

### *Deltagernes beskæftigelse*

Resultatet viste, at et overvældende flertal kom i aktivering/beskæftigelse - faktor 2 - under undervisningsforløbet.

Ved start var 8 ud af 24 individuelle deltagere i aktivering/beskæftigelse, ved afslutningen var 18 ud af 24 i job/beskæftigelse.

Ved start var 3 ud af 7 gruppedeltagere i aktivering/beskæftigelse, ved slutningen var 5 af de 7 i aktivering/beskæftigelse.

Den efterfølgende beskæftigelse inkluderede flexjob, HF og HF for mennesker med autisme, praktikforløb, ordinær beskæftigelse, universitet, FGU, Virksomhedssporten og praktik med forventning om at kunne forblive på praktikpladsen i et regulært uddannelsesforløb.

Aktiveringen af otte af de borgere, som kom i beskæftigelse, var et resultat af undervisningen. Her blev det aftalt med borgeren at afprøve beskæftigelse for at kunne omsætte det lærte uden for undervisningslokalet. Der blev i de fleste tilfælde etableret et samarbejde med sagsbehandlere og jobkonsulenter med henblik på at finde en konkret beskæftigelse.

Ved starten stod 16 af de 24 individuelle deltagere uden beskæftigelse. Ved slutningen var seks af de 24 individuelle deltagere uden beskæftigelse, i ét tilfælde pga. graviditet.

For gruppedeltagernes vedkommende var fire ud af syv deltagere uden beskæftigelse, da de startede på projektet. Da det sluttede, var to af de syv deltagere uden beskæftigelse.

### *Trivsel*

Der sås en betydelig forbedring i trivslen for deltagerne med en næsten 30 procents stigning, fra 10,2 til 13,1, målt på resultatet af WHO's fem trivsels-spørgsmål. Den samlede score for hele deltagergruppen steg fra 3,6 til 7,2, se Figur 1.

- For *alle* deltagere var der en samlet forbedring af deres tilfredshed med udførelse/håndtering på 147 procent, se Figur 2.
- For de *individuelle* deltagere med ADHD/ADD sås en stigning på 96 pct. i at kunne udføre inden for de valgte temaer. Resultaterne illustreres i Figur 3.
- For *gruppedeltagerne* sås en stigning på 94 pct. i samlet tilfredshed med nuværende udførelse. For de *individuelle* deltagere med ADHD/ADD sås en stigning på 178 pct. i samlet tilfredshed med nuværende udførelse. Resultaterne illustreres i Figur 4 side 54.
- For de individuelle deltagere med ASF var der en stigning på 108 pct. i deltagerens oplevelse af at kunne udføre/håndtere inden for de valgte temaer. Resultaterne illustreres i Figur 5 side 54.
- For de individuelle deltagere med ASF sås en stigning på 178 pct. i tilfredshed med nuværende udførelse/håndtering, se Figur 6 side 54.

### *Symptommåling på ADHD/ADD - præ- og post*

Der blev registreret et lille fald i måling af ADHD/ADD-symptomer efter endt forløb, fra samlet 3,5 før til 3,3 samlet efter.

### Måling af sociale kompetencer præ- og post for mennesker med ASF

Der blev registreret et lille fald i måling af oplevelse af sociale kompetencer hos deltagere med ASF, fra 2,9 før til 2,7 efter.

### Gavnlig effekt af undervisningsforløbet

De kvalitative resultater peger enstemmigt på en gavnlig effekt af undervisningsforløbet blandt deltagerne, deltageres pårørende og samarbejdspartnerne. Resultaterne suppleres af kvantitative indikatorer. Undervisningen havde ligeledes positiv effekt på symptom-billedet hos mennesker med ADHD/ADD, men ikke på vurdering af egne sociale kompetencer hos mennesker med ASF. Det kan skyldes, at deltagerne med ASF initialt ikke var bevidste om, hvordan de fremstod. Da deres evalueringer og postscore var positive og høje ved afslutning, kunne det indikere, at der var kommet en større indsigt i manglende sociale kompetencer undervejs.

Et flertal kom i aktivering/beskæftigelse under undervisningsforløbet som et led i afprøvning af det lærte.

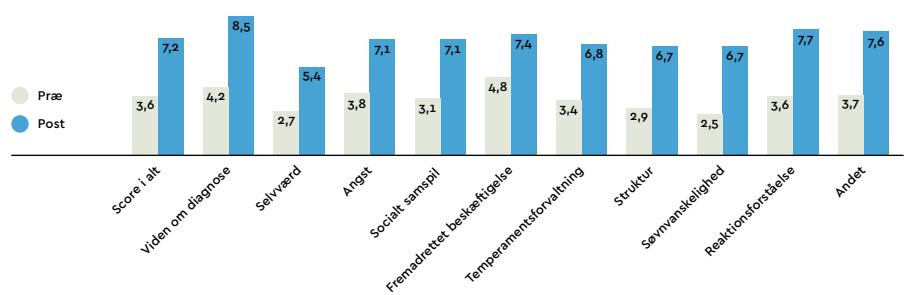
### Et kvalificeret tilbud

Projektet omhandlende specialundervisning til voksne med ADHD/ADD eller ASF har vist sig at være et kvalificeret tilbud til at give øget trivsel, større evne til at håndtere udfordringer og til øget beskæftigelse. Der er registreret stor tilfredshed hos deltagere, pårørende og samarbejdspartnerne. Projektet har vist sig at være en holdbar del af indsatsen for at bygge bro mellem psykiatri og det kommunale regi.

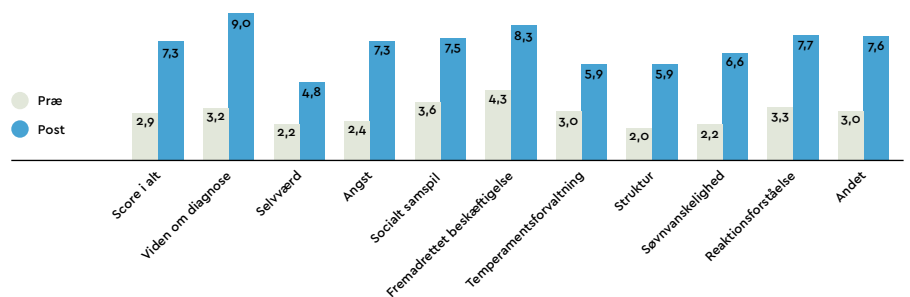
Projektet er nu afsluttet. Udbyttet for deltagerne har resulteret i, at der er oprettet et permanent tilbud til voksne med ADHD eller ASF på Center for Kommunikation, Herning. Det er fortsat sagsbehandler, som henviser til tilbuddet, se Boks 4 side 55.

- *Beskrivelse af tilbud til borgerne kan rekvireres hos Center for Kommunikation, cfksm@herning.dk*
- *Beskrivelse af undervisningsindhold kan rekvireres hos artiklens forfatter, Agnethe Elkjær Poulsen, cfkae@herning.dk*

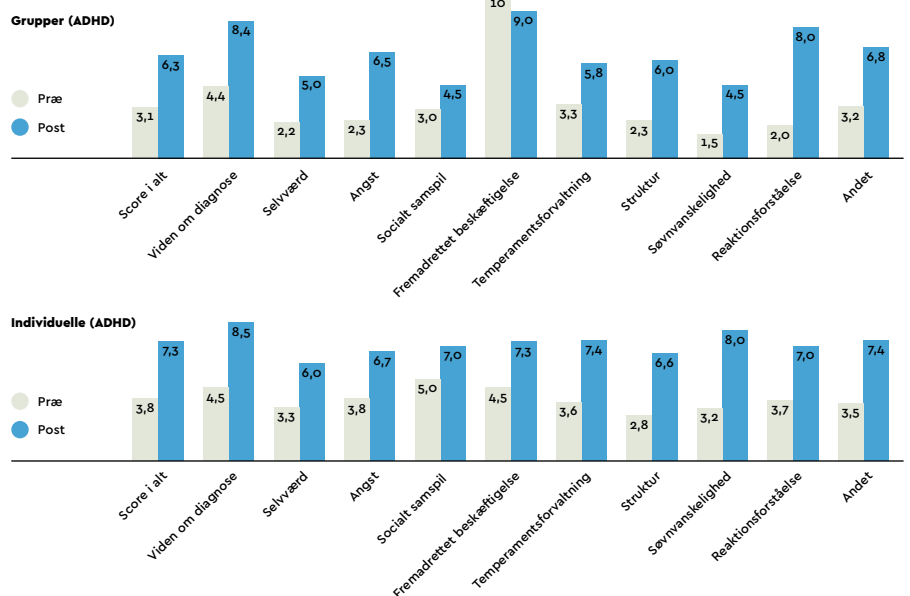
Figur 1. Måling af udførelse/håndtering for hele deltagergruppen



Figur 2. Tilfredshed med udførelse/håndtering for alle deltagere præ- og post



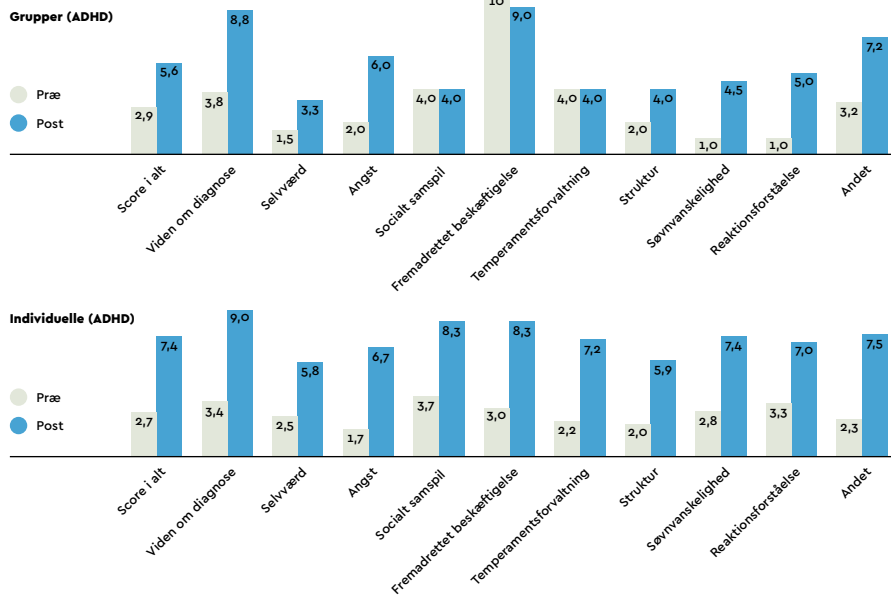
Figur 3. Udførelse - ADHD Individuelle vs. Gruppe: Udvikling i COPM-temaer



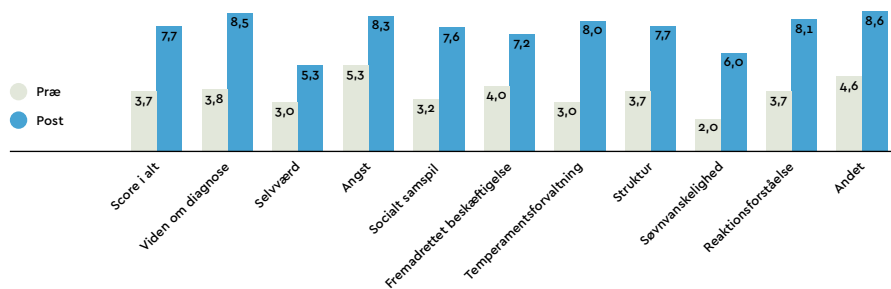




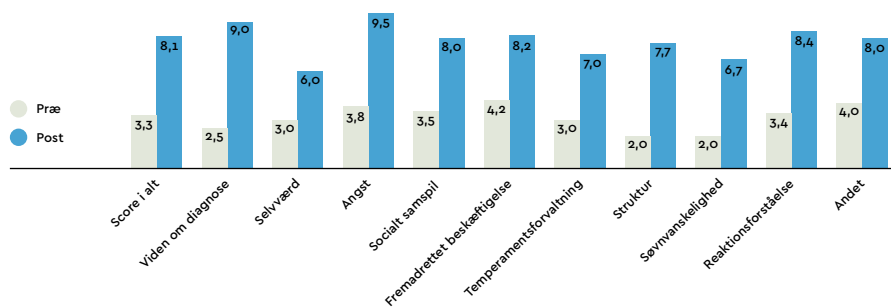
**Figur 4. Tilfredshed – ADHD individuelle vs. Grupper. Udvikling i COPM-temaer**



**Figur 5. Udførelse – Autisme Individuelle: Udvikling i COPM-temaer**



**Figur 6. Tilfredshed med udførelse/håndtering – ASF individuelle**



**Boks 4. Opsamling**

Tilbage melding fra de 12 borgere, som har gennemført undervisning og kom i aktivering undervejs. De har svaret på spørgsmålene:

- 1. Er du i arbejde, praktik, i uddannelse eller anden form for beskæftigelse?**
- 2. Kan du fortsat bruge noget af det, du lærte?**

**Borger nr. 1**

1. Har fået tilbudt et andet job, som jeg skal ud til samtale ved engang. Men ja, jeg er skam stadig i job (alm vilkår).
2. Ja, da. Det går godt.

**Borger nr. 2**

1. Jeg stoppede efter 2 måneder, fordi jeg ikke kunne vænne mig til omgivelserne. Jeg har desværre ikke kunnet få et arbejde i denne periode (coronavirus).
2. Jeg bruger mange af de ting, jeg lærte, så jeg kan forklare mig selv. Og at det er ok at spørge, hvis jeg ikke er sikker.

**Borger nr. 3**

1. Jeg er i praktik – den samme, som jeg kom i, da jeg var i forløb hos dig.
2. Jeg kan stadig bruge rigtig mange ting fra forløbet. Er blevet bedre til at sætte ord på ting og spørge, hvis der er noget, jeg ikke forstår. Er også blevet bedre til at lytte til min krop og sige fra, hvis jeg har for mange bolde i luften.

**Borger nr. 4**

1. Jeg er pt. under uddannelse på universitetet.
2. Jeg benytter mig stadig af nogle af de værktøjer, som jeg har lært!



#### Borger nr. 5

1. Jeg er desværre ikke i praktik eller lignende, det gik skævt, og vi blev enige om, at jeg først skulle have styr på min egen hverdag osv.
2. Jeg tror fortsat godt, jeg kan bruge nogle af de ting, jeg har lært. Jeg skal bare blive bedre til faktisk at huske på at finde det frem fra hukommelsen, når jeg har brug for dem.

#### Borger nr. 6

1. Er stadig i praktik og kommer mere ud.
2. Jeg oplever at kunne mere og mere og tør tro på, at jeg kan byde ind på arbejdsmarkedet, og der er lyst og vilje til at bygge på. Jeg har fundet ud af, at jeg også godt må være her og ikke behøver skubbe mig selv til side hele tiden. Selvværdet er gået en hel del op. Det var også positivt at møde dig og mærke, at du lyttede. Det hjalp. Der er meget mere styr på angsten.

#### Borger nr. 7

1. Det går godt. Jeg er stadig i praktik – jeg vil gerne være der, men kroppen vil ikke, selvom jeg er sat ned i timer. Så det er lidt blandet.
2. Jeg bruger det, jeg har lært i undervisningen. Mest det med at tage tingene, som de kommer, så jeg ikke stresser så meget. Mange ting ligger i baghovedet, som jeg bruger, når jeg oplever, at der var lige et eller andet.

#### Borger nr. 8

1. Det går meget godt. HF gik ikke. Skal starte STX på en autismelinje efter sommer.
2. Bruger det, der er blevet lært – det har også hjulpet min kæreste. Vi kommunikerer meget bedre.

#### Borger nr. 9

1. Det går stille og roligt. Jeg kom i praktik, hvor de godt kunne lide mig og jeg dem. De gav mig ansvar ret hurtigt. Mit medfødte fysiske problem brød op, og jeg

- måtte modvilligt stoppe. Jeg havde fået tilbudt et fast job, så det er lidt ærgerligt. Nu går jeg og lægger planer for fremtiden og overvejer uddannelse. Jeg har fået et lønnet job, hvor jeg skal arbejde hjemmefra og skal også ud og undervise en stor flok i det, jeg arbejder med.
2. Jeg bruger det, jeg har lært, meget. Hver dag tænker jeg på træet, og det er som om, jeg har fået en pyt-knap. Jeg synes, jeg er blevet den bedste version af mig selv efter kurset og tror på mig selv. Det er også det, der har gjort, at jeg turde melde mig som underviser. Min mor bliver også helt vildt glad, fordi jeg tør ting. Jeg har fået min viljestyrke tilbage. Det var et genialt kursus.

#### Borger nr. 10

1. Er fortsat i praktik.
2. Ja, det kan jeg.

#### Borger nr. 11

1. Vikariatet er udløbet, er ansat i en tilkald funktion. Søger fast arbejde.
2. <ikke besvaret>

#### Borger nr. 12

1. Er fortsat i uddannelse, HF
2. Lærte et par ting. Men mest af alt, at vi alle mere eller mindre på en eller anden måde, er nogle "outsiders". Og det sociale nærmest er et regnestykke, hvor vi alle gerne vil have resultatet, f.eks. 8. Og det resultat får vi begge, men i et samarbejde, a la en dans.

#### Konklusion

Langt størstedelen af borgerne giver udtryk for, at de har taget det, de har lært i undervisningen med sig og bruger det. Ingen af borgerne skriver/siger, at de ikke har taget det lærte med sig. 8 ud af de 12 er fortsat i beskæftigelse.

**Hvordan vurderer I jeres kommunale tilbud til mennesker med ADHD og ASF, som artiklen handler om?**

**Hvilke overvejelser har I om evalueringernes positive betoning af, at deltagere og pårørende bliver talt til som voksne?**

**Hvordan kan I eventuelt omsætte artiklens undervisningstilbud til egen praksis?**

#### Referencer

1. Jobcentre gør sygemeldte mere syge. Retrieved December 17. from: <https://www.psykiatrifonden.dk/nyheder/2019/ny-undersogelse-jobcentre-goer-sygemeldte-mere-syge.aspx> Psykiatrifonde 2019. Besøgt 2. Soendergaard H, Thomsen P, Pedersen P, Pedersen E, Poulsen AE, Nielsen J, Winther, Henriksen A, Rungoe B, Soegaard H. Education, occupation and risk-taking behaviour among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Danish Medical Journal*. 2015;(61).
3. Reed GM, First MB, Kogan CS, et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019;(18):3-19. doi:10.1002/wps.20611.
4. Hoem S. ADHD - En håndbog for voksne med ADHD. København: Dansk Psykologisk Forlag A/S;2008.
5. Thomsen PH, Damm D. Et liv i kaos - om voksne med ADHD. København: Hans Reitzel 2011.
6. Nylander L. Autisemespektrumsforstyrrelser hos voksne - nogle spørgsmål og svar. Videnscenter for Autisme 2003.
7. Bertelsen A. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Gyldendal 1994.
8. Antonowsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzel 2003.
9. Lyhne J, Langhof AM. Dansk pædagogisk udviklingsbeskrivelse. Voksne med nedsat fysisk eller psykisk udviklingsbeskrivelse. København: Dansk Psykologisk Forlag 2014.
10. Thybo P. Neuropædagogik. Hjerne, liv og læring. København: Hans Reitzels Forlag 2013.
11. Hougaard E. Psykoterapi. Teori og Forskning. Dansk Psykologisk Forlag 2019.
12. Luhmann N. Social Systems. Redwood City: Stanford University press California 1995.
13. Gabbard, G. Long-term psychodynamic psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Publishing 2004.
14. O'Toole JC. Aspiens hemmelig bog om uskreve sociale regler. En guide til teenagere med Aspergers syndrom. København: Frydenlund 2014.
15. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy/Revue Canadienne D'Ergothérapie* 2004;71(4):210-22. DOI: 10.1177/000841740407100406
16. Adler LA, Spencer T, Faraone, SV, et al. Validity of Pilot Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Ann Clin Psychiatry*; 2006,(18):145-8.
17. McGann W, Werven G, Douglas MM. Social competence and head injury: A practical approach. *Brain Injury*;1997;11(9):621-28. DOI: 10.1080/026990597123179



**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).



**MARTIN LOCH PEDERSEN**

Sygeplejerske 2016, stud.cur. og deltager på det forskningsrettede talentforløb Research Honours Programme på Health, Aarhus Universitet. Tilknyttet Forskningsenheden for Psykoser, Aarhus Universitetshospital.

[201902703@post.au.dk](mailto:201902703@post.au.dk)

#### TAK

Tak til Lisbeth Uhrskov Sørensen, ph.d., MSc.(Econ), overlæge, lektor, forskningsleder, Retspsykiatrisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, for sparring og vejledning ved udarbejdelsen af artiklen, og til Søren Dinesen Østergaard, læge, ph.d., professor, Afdeling for Depression og Angst, Aarhus Universitetshospital, for muligheden for at blive tilknyttet forskningsgruppen.

# Redskab til optimeret pleje og behandling

Målebaseret pleje og behandling i psykiatrien kan forbedre sygepleje til patienter med skizofreni.

Antallet af patienter i psykiatrien i Danmark er steget i en årrække (1). I 2018 var antallet af psykiatriske patienter på flere end 150.000, heraf var flere end 4.000 retspsykiatriske. Sammenholdt med, at det er svært at tiltrække læger, sygeplejersker og andet fagligt personale, udfordrer det psykiatrien. Udfordringen betyder, at der fremadrettet må arbejdes med at optimere den psykiatriske pleje og behandling, så de kompetencer, der er i psykiatrien, kommer til størst mulig gavn for mennesker med psykiske lidelser. Dette støttes også politisk, idet man fra Danske Regioner i de senere år har tilskyndet fokusering på en effektiv ressourceudnyttelse i psykiatrien (1).

Formålet med denne statusartikel er at synliggøre, at sygeplejersker kan tage aktivt del i at optimere den psykiatriske sygepleje gennem målebaseret pleje og behandling (MBC, engelsk: Measurement-based Care), se boks 1.

**Boks 1.** Definition på MBC (frit oversat) (6)

"Brugen af valide kliniske måleinstrumenter til at objektivisere vurderingen, behandlingen og de kliniske resultater, herunder effektivitet, sikkerhed, tolerabilitet, funktion og livskvalitet hos patienter med psykiatriske lidelser."



## RESUME

I Danmark er det svært at tiltrække tilstrækkeligt personale til psykiatrien, hvorfor det er vigtigt, at de tilgængelige ressourcer kommer flest mennesker med psykiatriske lidelser til gavn.

Her kan sygeplejersker i den kliniske praksis gennem fokuseret og målrettet træning bruge målebaseret pleje og behandling til at optimere den psykiatriske sygepleje til patienter med skizofreni.

Målebaseret pleje og behandling består af to processer: Først vurderes patienten, behandlingen og de kliniske resul-

tater gennem rutinemæssig brug af valide kliniske måleredskaber, f.eks. rating scales. Dernæst anvendes de indhøstede resultater til at træffe beslutning om den videre pleje og behandling i patientforløbet.

Anvendelse af målebaseret pleje og behandling er relevant i forhold til pleje og behandling af patienterne samt til forskning og evaluering af sundhedsvæsenet. Men det skal implementeres på den rette måde, så der tages højde for det øgede forbrug af tid og ressourcer, som følger med anvendelsen af målebaseret pleje og behandling.





Den gennemgående psykiatriske lidelse i artiklen er skizofreni, da det er en oplagt diagnose, som sygeplejersker i samarbejde med patienterne kan tage ansvar for at implementere MBC hos.

#### **Skizofreni har de største omkostninger**

Skizofreni er den psykiatriske lidelse, der er opgjort som årsag til de største omkostninger til pleje og behandling i sundhedsvæsenet (2). I Danmark bliver cirka 0,8 pct. af befolkningen ramt af denne lidelse, og der opstår cirka 3.500 nye tilfælde om året. Lige så invaliderende skizofreni kan være for patientens liv, lige så meget kan den påvirke det omkringliggende samfund. Over halvdelen af de retspsykiatriske patienter i Danmark har diagnoser indenfor det skizofrene spektrum, og mange har forløb i almenpsykiatrien bag sig (3).

Skizofreni er en lidelse, hvor centrale menneskelige og psykologiske kvaliteter hos mennesket bliver ramt. Lidelsen kan manifestere sig på mange forskellige måder fra menneske til menneske. Psykopatologisk skelnes der mellem positive og negative symptomer. Hvor de positive symptomer betegnes som noget, lidelsen "tillægger" patienten som for eksempel vrangforestillinger, hallucinationer og tankeforstyrrelser, betegnes negative symptomer som noget, patienten "mister" som for eksempel initiativ og emotionel reaktivitet, hvilket også kan forklares med evnen til at reagere på emotionelle stimuli. Det er af afgørende betydning for behandling og prognose, at forholdet mellem symptomerne klarlægges, hvilket kan ske ved hjælp af MBC-redskaber. Tidlig opsporing og behandling af skizofreni er afgørende for remission, altså hvornår symptomerne er reduceret eller i bedste fald forsvundet. En del af patienterne med skizofreni bliver raske, mens andre lever normale liv med sideløbende medicinsk behandling. Cirka 20 pct. af patienterne ender med betydelige handicap som følge af et kronisk forløb (4). Patienter med skizofreni diagnosticeres jf. ICD-10 kriterierne, se boks 2.

#### **Begrænset kvantitativ tilgang til psykiatri**

Inden for somatikken er MBC en naturlig del af den kliniske praksis de fleste steder (5). Som en standard bygger pleje og behandling på data, der er indsamlet gennem hele patientforløbet. Det kan være sygeplejersker, som måler basale værdier på patienterne hver morgen under indlæggelsen. De målte værdier bliver så brugt til at planlægge patienternes videre pleje og behandling.

I den psykiatriske del af vores sundhedssystem er MBC omvendt endnu ikke rutine, selv om måling inden for psykiatrien kan spores tilbage til 1825, hvor man i Norge ville måle "tilstanden hos de vanvittige" (6).

Undersøgelser fra udlandet viser, at under 20 pct. af klinikerne rutinemæssigt bruger MBC-redskaber (5), selvom forskere og ledere i sundhedsvæsenet i flere årtier har efterspurgt implementeringen af MBC i den kliniske praksis (6). Årsagen til, at MBC endnu ikke er implementeret ru-



**... sygeplejersker kan tage aktiv del i at optimere den psykiatriske sygepleje gennem målebaseret pleje og behandling (MBC).**



tinemæssigt i psykiatrien, vil jeg komme tilbage til, men de steder, hvor der ikke bliver brugt MBC i den kliniske praksis, kan sygeplejersker tage ansvaret og begynde dialogen om, hvordan det kan blive en naturlig del af den psykiatriske sygepleje (5).

### Processerne i MBC

Grundlæggende kan man inden for den psykiatriske pleje og behandling inddele MBC i to processer: Først og fremmest handler det om at udarbejde rutinemæssige vurderinger (6). Altså at bruge valide kliniske måleredskaber i vurderingen af patienten, behandlingen og de kliniske resultater (5). Det kan f.eks. være måling af sværhedsgraden af symptomerne ved skizofreni med rating scales. Hvis en patient skal omlægges i medicin, kan sygeplejersken måle sværhedsgraden af symptomerne løbende gennem perioden for at følge med i, om patienten får det bedre eller dårligere under omlægningen. PANSS-6 vil blive brugt som eksempel på en rating scale senere i artiklen.

Mange steder i psykiatrien bruges der allerede MBC-redskaber i en eller anden form, så princippet med en kvantificerbar tilgang til psykiatri er bestemt ikke ukendt. Et eksempel på et redskab, der er kendt mange steder, kunne være Brøset Violence Checklist (BVC), der bruges til at forudsige risikoen for vold inden for et døgn.

Når der er lavet rutinemæssige vurderinger af patienterne, handler det dernæst om at bruge vurderingerne fra MBC-redskabet i beslutningstagen i forhold til pleje og behandling (6). Det kan være på baggrund af sygeplejerskernes målinger, at lægen justerer niveauet af medicin op eller ned eller vurderer, at et andet præparat med færre bivirkninger vil være at foretrække, da symptomerne på skizofreni fremstår som før omlægningen. Af logiske grunde er denne proces ikke mulig, så længe der ikke er implementeret MBC-redskaber, som rutinemæssigt anvendes til at indsamle data gennem hele patientforløbet.

### MBC har allerede bevist sin relevans

MBC vil sandsynligvis blive brugt mere bredt i psykiatrien i fremtiden (5). Det at kunne kvantificere behandlingens resultater vurderes nemlig at være

### Boks 2. Kriterier for skizofreni jf. ICD-10 (4)

I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\geq 1</math> førsterangssymptom (FRS) eller</li> <li>2. vedvarende bizarre vrangforestillinger, hvor bizarre forstås som fuldstændigt umuligt samt kulturelt uacceptabelt eller</li> <li>3. <math>\geq 2</math> af følgende:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. vedvarende hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt indhold</li> <li>b. sproglige tankeforstyrrelser</li> <li>c. kataton adfærd</li> <li>d. negative symptomer</li> </ol> </li> </ol>
II	Varighed $\geq 1$ måned
III	Udelukkes: Skizoaffektiv sindslidelse Organisk ætiologi

### Boks 3. De 6 items i PANSS-6 (8)

- P1**  
Vrangforestillinger
- P2**  
Begrebsmæssig desorganisering
- P3**  
Hallucinatorisk adfærd
- N1**  
Affektaffladning
- N4**  
Passiv/apatisk social tilbagetrukkethed
- N6**  
Mangel på spontanitet og flow i samtalen

relevant og vigtigt for at optimere behandlingen af skizofreni inden for flere afgørende områder: Pleje og behandling af patienterne, forskning og evaluering af sundhedsvæsenet (7).

Allerede nu har MBC vist sin effektivitet og evne til at reducere den tid, der kræves for at patienternes symptomer reduceres. Det vil sige, at bruger man MBC i psykiatrien, får patienter hurtigt færre symptomer, hvilket mindsker lidelse hos patienten. Patienterne forventer den systematiske tilgang til deres symptomer, når man bruger MBC-redskaber regelmæssigt, og de bliver tilskyndet til at blive aktive deltagere i deres eget patientforløb. De får mere viden og opmærksomhed omkring deres symptomer. MBC er altså en måde, hvorpå sygeplejersken og patienten kan få en fælles forståelse, et fælles sprog omkring patientens situation og en styrket terapeutisk relation. MBC-redskaber som f.eks. rating scales giver også personalet mulighed for at identificere de patienter, som ikke responderer på pleje og behandling, så man kan justere planen i deres patientforløb (5). Det er med andre ord relevant at bruge MBC i pleje og behandling af patienterne (7).

### Redskab udviklet til forskning

I forhold til forskning i lidelsen bliver MBC allerede rutinemæssigt brugt af mange forskere i deres arbejde (7). Men udfordringen med at implementere en kvantificerbar tilgang i psykiatrien kan



være, at mange MBC-redskaber er udviklet til forskning og ikke til den kliniske praksis (6). Den barriere mellem forskning og klinisk praksis der opstår, når forskningsresultaterne ikke implementeres, men alt for ofte forbliver på tidsskrifternes artikelsider, kan nedbrydes med enkle, gyldige MBC-redskaber, der kan bruges både i forskning og klinisk praksis. Hermed bliver det muligt at optimere den psykiatriske sygepleje til patienter med skizofreni med begrundelser, der bygger på forskning, hvis sygeplejersker og forskere bruger de samme MBC-redskaber i deres daglige arbejde (7).

MBC-redskabernes rolle i evalueringen af sundhedsvæsenet er også et område, der er relevant (7). En kvantificerbar, rutinemæssig brug af forskningsbaserede interventioner i klinisk praksis skaber mulighed for at måle og sammenligne på tværs af organisationer, undersøge om der er en kvalitetsmæssig forbedring af indsatsen, og om den leverede sundhedsydelse er det hele værd (5).

### Eksempel på allerede brugbart redskab

Den nyligt udviklede rating scale PANSS-6 er et eksempel på et MBC-redskab, der kan bruges i psykiatrien til patienter med skizofreni (8). Redskabet har til formål at opnå indholdsgyldighed for både positive og negative symptomer på skizofreni. The Positive and Negative Syndrome Scale, som PANSS står for, blev udviklet i USA i 1980'erne, og i sin oprindelige form (PANSS-30) har den inden for måling af sværhedsgraden af skizofreni været den mest brugte rating scale (9). Men i praksis kan den tage over 45 minutter at udføre, hvilket gør den mindre anvendelig i den kliniske verden. For at nedbryde barrieren mellem forskning og klinisk praksis har forskerne og klinikere derfor i nogen tid efterspurgt udviklingen af rating scales til patienter med skizofreni, der kan bruges i både forskning og klinisk praksis (7). PANSS-6, som opfylder dette, har demonstreret lovende psykometriske egenskaber og er i øjeblikket ved at blive valideret i forhold til forskel-

lige patientgrupper. PANSS-6 kan bruges af sygeplejersker med forskelligt niveau af klinisk og forskningsmæssig erfaring, så længe de får den rette træning i redskabet. Til forskel fra den oprindelige PANSS-30 tager PANSS-6 kun cirka 20 minutter at bruge (10).

### Interview med patient og pårørende

Brugen af PANSS-6 foregår ved, at man efter den nødvendige træning i redskabet interviewer patienten ved hjælp af The Simplified Negative and Positive Symptoms Interview (SNAPSI), der er en semi-struktureret interviewguide. Optimalt interviewer man både patienten og en informant, f.eks. en kontaktperson eller et familiemedlem, som har et godt kendskab til patienten. Under interviewet med patienten indsamler intervieweren data omkring positive og negative symptomer samt verbale og non verbale ytringer til den efterfølgende rating. Ratingen er på i alt seks items, se boks 3 side 59. Hvert item bliver scoret på en skala fra 1 (fraværende) til 7 (ekstrem). Resultatet bliver en score på mellem 6 og 42 (10). Vigtige parametre for succes med valide PANSS-6 målinger er at have styr på psykopatologi

### Boks 4. Eksempel på item i PANSS-6.

P1. Vrangforestillinger. Overbevisninger, som er ubegrundede, urealistiske og idiosynkratiske.

Grundlag for rating: Tankeindhold, der udtrykkes i interviewet og dets indflydelse på sociale relationer og adfærd, som det rapporteres af plejepersonale eller familie.

	Rating	Kriterier
1	Fraværende	Symptomet er ikke til stede.
2	Minimal	Usikkert om der er tale om patologi - kan være i den øvre ende inden for grænserne af det normale.
3	Let	En eller to vrangforestillinger, som er vage, uklare og som ikke fastholdes hårdnakket. Vrangforestillingerne påvirker ikke tænkningen, de sociale relationer eller adfærden.
4	Moderat	Et stadigt skiftende billede af svagt udformede og ustabile vrangforestillinger eller nogle få klare vrangforestillinger, der lejlighedsvist påvirker tænkningen, de sociale relationer eller adfærden.
5	Moderat Svær	Adskillige klare vrangforestillinger, som hårdnakket fastholdes og som lejlighedsvist påvirker tænkningen, de sociale relationer eller adfærden.
6	Svær	Et stabilt sæt af klare vrangforestillinger, muligvis systematiserede, som hårdnakket fastholdes, og som klart påvirker tænkningen, de sociale relationer og adfærden.
7	Ekstrem	Et stabilt sæt af vrangforestillinger, der enten i høj grad er systematiserede eller talrige, og som dominerer væsentlige aspekter af patientens tilværelse. Dette resulterer ofte i uhensigtsmæssig og uansvarlig handling, der endog kan sætte patientens eller andres sikkerhed på spil.



samt at forholde sig nøje til grundlag og kriterier for rating, se eksempel på item i boks 4.

### Stiller krav til tid og ressourcer

Spørgsmålet er nu, hvorfor MBC ikke er implementeret rutinemæssigt i psykiatrien, når det har så mange fordele som beskrevet ovenfor. Den åbenlyse udfordring er, at det kræver tid og ressourcer at bruge MBC i den kliniske praksis (5). Der skal bruges ressourcer til træning af sygeplejerskerne i MBC-redskabet, og det skal løbende holdes ved lige. Samtidig med dette har meget psykiatrisk personale ikke kendskab til MBC og hvilke redskaber, der er mulige at bruge, hvorfor det selvfølgelig så også er svært at bruge dem (7). Blandt dem, der har kendskab til MBC, kan der være nervøsitet over, om MBC bliver en unødvendig byrde for dem i en i forvejen udfordret psykiatri (5). Det er derfor særligt vigtigt at tage hånd om sygeplejerskernes bekymringer, hvis implementeringen af MBC skal være succesfuld.

### Åbenlyse fordele

Med fokuseret og målrettet træning kan sygeplejersker bruge MBC-redskaber i den kliniske praksis til at optimere pleje og behandling af patienter med psykiatriske lidelser. MBC har åbenlyse fordele, men skal implementeres på den rigtige måde, så der tages højde for ulemperne i organiseringen af arbejdsgangene med MBC-redskaber. ●



**MBC er en måde, hvorpå sygeplejersken og patienten kan få en fælles forståelse, et fælles sprog omkring patientens situation.**

*Findes der brugbare MBC-redskaber i jeres speciale?*

*Hvordan implementerer I nye redskaber på jeres arbejdsplads?*

*Hvor og hvordan bør optimering af den kliniske praksis starte efter jeres mening?*

### Referencer

1. Danske Regioner. Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 16. maj 2019 kl. 10.30. København: Danske Regioner; 2019 May [cited 2020 Feb 18]. <https://www.regioner.dk/media/11334/03-dagsorden-for-moede-den-16-maj-2019-i-danske-regioners-bestyrelse.pdf> 2. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, et al. Statens Institut for Folke- sundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – Sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015. 3. Sundheds- og ældreministeriet. Kortlægning af retspsykiatrien: Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe. København: Sundheds- og ældreministeriet; 2015. 4. Krarup G. Skizofreni og andre psykoser. In: Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P, editors. Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2018. 5. Waldrop J, McGuinness TM. Measurement-Based Care in Psychiatry. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2017;55(11):30-5. 6. Aboraya A, Nasrallah HA, Elswick DE, et al. Measurement-based care in psychiatry. Past, present, and future. Innov Clin Neurosci 2018;15(11-12):13-26. 7. Corell CU, Kishimoto T, Nielsen J, et al. Quantifying clinical relevance in the treatment of schizophrenia. Clin Ther. 2011;33:B16-B39. 8. Østergaard SD, Lemming OM, Mors O, et al. PANSS-6: a brief rating scale for the measurement of severity in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2016;133:436-444. 9. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76. 10. Kølbæk P, Blicher AB, Buus CW, et al. Inter-rater reliability of ratings on the six-item Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-6) obtained using the Simplified Negative and Positive Symptoms Interview (SNAPSI). Nord J Psychiatry 2018;72(6):431-6. Vedr. Brøset Violence Checklist, BVC: Læs mere i Fag & Forskning 2019;(3):14-7.



**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).

# Brug af metaforer letter samtalen om det svære



**DORTE LUND-JACOBSEN**

Sygeplejerske 1981, MA i retorik og kommunikation 2007. Konsulent og partner, Inpraxis.

[djl@inpraxis.dk](mailto:djl@inpraxis.dk)



## RESUME

Forskning peger på, at hvis sundhedspersonalet lytter til patienters sygdomsfortællinger og er opmærksomme på deres brug af metaforer, så opnår man både bedre kommunikation og bedre samarbejde om behandling, pleje, genoptræning og i det hele taget håndtering af livet med sygdom.

Den måde, som mennesker, der er syge, bruger sproget og metaforer på, giver sundhedsprofessionelle en ide om, hvordan de oplever det, de står i, og hvordan de forsøger at håndtere det. Derfor er det langt fra ligegyldigt, hvilket sprog og hvilke metaforer sundhedsprofessionelle anvender. Sprog-

brugen får stor og skabende indflydelse på de selvfortællinger og på den identitet, personen med sygdom får mulighed for at tage på sig og dermed også på handlemuligheder i relation til sygdom.

Artiklen kaster et blik på nogle af de vendinger, vi har til rådighed, og på hvordan visse metaforer tilsyneladende knytter an til bestemte sygdomme. Samtidig undersøger den, om der kunne være andre og mere hensigtsmæssige sproglige veje at gå i samtaler med mennesker, som er ramt af kronisk eller svær sygdom.

## Brugen af metaforer i samtalen mellem patient, pårørende og sundhedsprofessionel kan sætte ord på det at være syg.

Er man som syg på en rejse, midt i en kampzone, oppe imod højere kræfter eller på dybt vand? Ordvalget og billedsproget betyder meget for, hvordan vi som mennesker forstår vores situation og handler i den, også når vi er syge. Det er ikke kun som patient, at man vælger ordene. Også sygeplejersker, læger, andre behandlere og pårørende er med til at sætte ord og billeder på, hvad der sker. Opmærksomhed på sprogets metaforer kan være en af nøglerne til en god samtale, og alle kan lære at lytte efter, undersøge og tale metaforer frem.

Blandt de fleste, som arbejder med sygdom og sundhed, er der for tiden en stor interesse og opmærksomhed på den betydning, det har for alle parter, hvilke ord vi sætter på det at være syg, både som sundhedsprofessionelle, patienter, pårørende og generelt i vores kultur. Antagelsen bag er, at den måde, vi mennesker tænker om noget, f.eks. sygdom, viser sig i vores sprog, og at vores sprog samtidig påvirker vores tænkning, følelser og handlinger og dem, vi møder.

Sundhedspersonalets ordvalg i samtaler med syge mennesker er altså langt fra ligegyldigt, men har stor indflydelse på, hvordan disse mennesker kommer til at se sig selv og deres situation, hvordan de forholder sig, og hvad de oplever som muligt at gøre under sygdommen.

Når vi f.eks. taler om sygdom som en rejse, kan denne metafor være meningsfuld for nogle. Rejsemetaforen gør, at de kan tænke på deres sygdom som noget, der på et tidspunkt er overstået, og at det, de selv skal gøre, er at holde

### Boks 1. Case: Tine

Jeg spurgte en kvinde, Tine, hvis mand havde fået en alvorlig kræftsygdom, hvordan hun havde det. Hun svarede: Jeg ved det faktisk ikke. Det er som at køre i tæt tåge. Jeg er desperat for at kunne se lidt mere. Så sætter jeg det lange lys på, men så ser jeg jo kun mere tåge og bliver helt blændet. Det går jo ikke!" "Hvad gør du så," spurgte jeg. Hun svarede: "Jeg må jo blænde ned og køre efter forholdene – meter for meter."

ud og holde kurs mod destinationen, selv om der kommer bump og besværligheder undervejs. For andre kan rejsemetaforen være nedslående, fordi de oplever at være sendt på en ensom tur, de slet ikke har bedt om at komme ud på. Når vi taler om kræft, kommer vi let til at tale om sygdommen i militaristiske termer. Den er ond, den er snigende, den kan ligge på lur. For at slå



de ondsindede kræftceller ihjel skal strålekanonerne bombardere og kemoterapi føre kemisk krigsførelse uden dog at dræbe patienten (1). Militærmetaforen kalder den indre kriger frem i os. Nogle gange er det godt, andre gange skidt.

Sproget og dets metaforer beskriver altså ikke bare. De er også skabende for, hvordan vi hver især forstår sygdommen og dens betydning for vores liv og selvforståelse. Metaforerne skaber samtidig en slags ramme for, hvordan patienten kan håndtere følgerne af sygdom for deres liv, for deres selvforståelse og hele syn på sig selv. Som regel bliver alle aspekter af livet berørt, når alvorlig sygdom rykker ind.

### Hvidkittede vidner og følgesvende

Som sundhedsprofessionelle bliver vi ofte en slags vidner eller følgesvende for mennesker med sygdom. Derfor kan deres samtaler med os have stor indflydelse på den selvfortælling, det selv billede og de sygdomshistorier, som de kommer til at leve med, leve i og leve efter.

Sproget er derfor helt centralt for praksis. Det kan både fremme og stille sig i

vejen, når vi prøver at skabe en god relation, som ruster patienten til at håndtere sin sygdom og gå ind i det samarbejde med os, som et sygdomsforløb kræver.

Det fantastiske er, at den måde, vores patienter bruger sproget og især metaforerne på, giver sundhedsprofessionelle et praj og en ide om, hvordan de oplever det, de står i, og hvordan de forsøger at håndtere det. Det handler ikke bare om at lytte efter, hvad patienter og deres pårørende siger men også at finde ud af, hvilke logikker der ligger bag det sagte.

Forskning peger på, at hvis sundhedspersonalet lytter til patienters sygdomsfortællinger og er opmærksomme på deres brug af metaforer, opnår man både bedre samtaler og bedre samarbejde om behandlingen, plejen, genoptræningen og i det hele taget håndteringen af livet med sygdommen (2).

Tine, se Boks 1 side 63, bruger en meget stærk vejrmetafor i denne svære livssituation. Læg mærke til, at hun ikke kun bruger metaforen til at formidle og forstå det hele, men også til at få øje på, hvad hun lige nu gør for at klare det, hun og hendes mand står i, dvs. tage en meter ad gangen.

### Hvad er metaforer, og hvad gør de?

Ordet metafor er græsk og betyder "overførsel". Med metaforer overfører vi erfaring fra ét konkret område til et andet og mere abstrakt, f.eks. fø-

### Boks 2. De mest brugte metaforer om sygdom

#### Krigsmetaforer

"Du kæmper imod en hård modstander."

"Kræften er celler, der skal angribes."

"Kemoen er et effektivt våben."

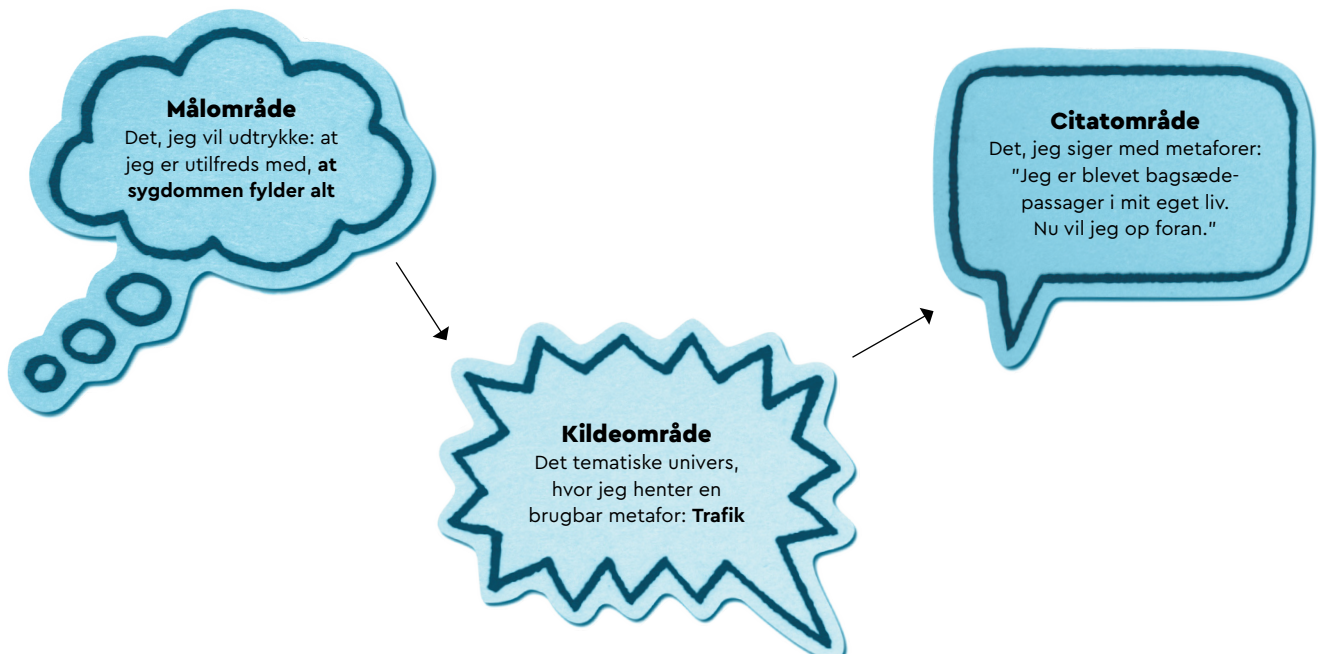
#### Rejsemetaforer

"Jeg kan ikke se lyset for enden af tunnelen."

"Du vil møde forhindringer undervejs."

"Hun var med mig hele vejen."

### Boks 3. Dannelse af metaforer



lelser, oplevelser, dilemmaer, avanceret viden, forskningsresultater, tekniske indretninger osv. Metaforer er ikke bare sproglig pynt. De skaber simpelthen en struktur for vores tænkning, opfattelse og handling, og vi bruger i gennemsnit seks metaforer i minuttet (4). Mange fænomener og forhold kan vi slet ikke dele med hinanden uden at bruge metaforer. Metaforerne hjælper os til at beskrive noget komplekst, f.eks. følelser, med billeder, vi kender og deler.

Et eksempel: Henrik benytter efter alvorlig sygdom denne metafor: "Susanne var min klippe". En klippe har positive egenskaber som "robusthed", "bliver stående uanset hvad" og "fast holdepunkt". Ved at bruge klippe-metaforen overfører Henrik disse positive egenskaber til Susanne for at beskrive, hvor meget hun hjalp ham. Helle bruger også en klippemetafor, men til noget helt andet: "Sygdommen rejste sig bare foran mig, og jeg havde ikke energi til at kravle over klippen på det tidspunkt." Her overfører Helle nogle helt andre egenskaber ved klipper til at beskrive sin oplevelse af sygdomsforløbet, se Boks 2.

### Sådan danner vi metaforer

Metaforer bliver til gennem tre faser, der hører hjemme i hvert sit område:

#### 1. Målområdet

Det svære, vi vil udtrykke, f.eks. afmagt, vrede, sorg, tab eller svigt.

#### 2. Kildeområdet

Det tema, vi dykker ned i for at finde en hjælpsom metafor, f.eks. krig, sport, landskaber, rejser, fugle, leg, dans, madlavning osv. Alle temaer kan bruges, så længe de er meningsfulde for afsender og modtager.

#### 3. Citatområdet

Den konkrete sætning, hvor vi bruger metaforen, f.eks.: "Dialysen har sat mit liv på standby, og jeg ved ikke, hvornår jeg er klar til at trykke på play-knappen igen."

Se Boks 3

De metaforer, vi bruger til at beskrive et bestemt fænomen, har indflydelse på, hvordan vi oplever fænomenet, og hvad vi ser af muligheder. Det aspekt bliver særligt vigtigt under sygdom, fordi man som patient sjældent har overskud til at være opmærksom på det sprog, man bliver tilbudt, særligt af eksperterne men også af medierne og de øvrige omgivelser. I mødet med sygdom glider patienten let og umærkeligt ind i det tilbudte sproglige univers. Det giver de sundhedsprofessionelle en særlig magt og dermed ansvar for at holde øje med, hvilke ord og metaforer de og den syge bruger.

### Sygdomsmetaforernes hitliste

På Lancaster Universitet har forskere med Elena Semino i spidsen påvist, at metaforer er helt afgørende for, hvordan mennesker håndterer deres selvbil leder og følelser under sygdom. De har studeret 1,5 millioner ord, som er blevet brugt af patienter, pårørende, sundhedspersonale, patientforeninger og i



**For nogle er kampmetaforen motiverende, for andre er den problematisk, specielt hvis man ikke får det bedre.**

kampagner på sociale medier. Kampmetaforen er den mest populære. Den fungerer glimrende, når man skal indsamle penge, men den har en helt anden nedslående betydning for de personer, som er syge uden udsigt til at få det bedre. De har så at sige "tabt kampen".

Men der er forskel på, hvem der anvender hvilke metaforer hvornår. Adspurgt siger Christina Andersen (sygeplejerske, postdoc, Krop & Kræft, UCSF/Rigshospitalet), at sportsmetaforen nok er den mest anvendte hos dem. Det høres f.eks. i sygeplejerskernes og fysioterapeuternes udtryk som: "at træningen kan give en følelsen af at komme på banen igen", at en vis kropslig aktivitet "ligger lige til højrebænet", og at man "kom helt i mål" eller måske "skal hæve barren næste gang", og på en dårlig dag kan man blive "sendt til tælling". I forbindelse med kemoterapi høres ofte bjergbestigermetaforen, siger hun. Der tales om "ujævnheder og udfordringer i terrænet", "man kan tabe pusten", og måske må man "omlægge ruter" og "gå omveje" for at nå til tops.

Ifølge Semino bruger sundhedsprofessionelle generelt hyppigst kamp-, rejse- og begrænsningsmetaforer. Lægerne bruger oftere metaforer fra maskinerne og teknikkens verden, mens patienter udover kamp- og rejsemetaforer i høj grad anvender metaforer fra deres egen verden, dvs. metaforer hentet fra kildeområder, som de allerede er fortrolige med, kan se sig selv i og måske sætter pris på. Det kan f.eks. være en hobby eller en interesse, deres arbejde, hjem, have eller omgivelser. Dyre- og inde-spærringsmetaforer er også hyppigt anvendte, f.eks. "jeg har det som en løve i et bur", eller "jeg føler mig spærret inde i en fremmed krop".

Derfor bliver det enkelte menneskes ordvalg og dermed fortællinger en meget vigtig del af det at finde sin helt egen måde at være syg på. Så når vi er samtalepartner for andre, er det vigtigste at lytte godt efter, hvilke ord, vendinger og billedsprog der kommer helt naturligt fra den anden. Det gælder om at lytte efter de små signalford i en sætning,





som leder os på sporet af det metaforiske guld. ”Lyt, og der vokser eventyr ud af os alle,” siger forfatteren Svend Åge Madsen (4).

### Gode og dårlige metaforer

Ingen metaforer er uskyldige. Alle er ladet med mening, betydning, holdning og erfaring. Alle metaforer kan noget, og alle gør noget forskelligt for forskellige mennesker på forskellige tidspunkter og i forskellige situationer. Når metaforerne fungerer, kan de være oplysende, trøstende og styrkende. Når de ikke fungerer, kan de være forvirrende, nedslående og give en følelse af magtesløshed.

Kritikken af militærmetaforer for sygdom har været lang og intens, og vi må konstatere, at det, der hjælper den ene, skaber magtesløshed hos den anden. For nogle er kampmetaforen motiverende, for andre er den problematisk, specielt hvis man ikke får det bedre. At man taber kampen, kan ovenikøbet blive en personlig fiasko, hvis man kun har kampmetaforen at ty til. Er du ved livets ende, er det måske ikke en god metafor, da du i det billede dør, fordi du har tabt kampen, som der står i mange dødsannoncer. Som om det ikke var nok, at man skal dø. Interessant nok står der aldrig, at nogen har tabt kampen til skrumpeliver eller blodprop.

Så selv om kampmetaforen kan have sin berettigelse i nogle situationer, bliver den et problem, hvis man er ude af stand til at skifte metafor, når metaforen ikke længere virker. En pårørende fortalte, hvor fortvivlet hun var over, at hendes mand var holdt op med at kæmpe. De

### Boks 4. Hjælpsomme rejsemetaforer

- ”Min mand og jeg har besluttet, at vi tager den rejse sammen. Det er dejligt, at jeg ikke skal gå den alene.”
- ”Det virker som om, at mit liv har taget en drejning, og at jeg nu skal af sted med en rejsekammerat, som jeg ikke selv har valgt. Men det må vi jo finde ud af, den og jeg.”
- ”Jeg blev slået helt ud af kurs, da jeg fik at vide, at jeg ikke ville blive rask, men efterhånden er jeg ved at få en retning i mit liv igen.”

kunne måske have haft glæde af at få hjælp til også at tale om forløbet ved hjælp af andre sprog billeder.

I takt med at militær- og kampmetaforen er blevet kritiseret, er rejsemetaforen blevet promoveret. Den kan for nogle være mere hjælpsom, fordi den ikke har en indbygget fjende. Her er nogle af de meningsfulde billeder, som rejsemetaforen kan tilbyde mennesker, der lever med sygdom, se Boks 4.

Også rejsemetaforen kan for nogle mennesker og i nogle situationer have den modsatte virkning. Så er der kun ét at gøre: finde nye og hjælpsomme metaforer i et andet og mere meningsfuldt kildeområde.

### Metaforer hentes i de kendte verdener

Det centrale er her, at vi mennesker bruger og har brug for forskellige metaforer på forskellige tidspunkter og i forskellige stadier, og at vi henter vores metaforer fra kildeområder, som vi kender, både som individer og som medlemmer af en familie og en kultur. Landbrug, fiskeri og fodbold er almindelige kildeområder for os danskere, mens vores sproglige ressourcer er mere begrænsede, når det kommer til ørkener, perlefiskeri og vilde bjerglandskaber.

Som sundhedsprofessionelle kan vi øve vores samtalefærdigheder, så vi bliver gode til at følge de metaforer, som folk selv bruger. Vi kan også hjælpe dem ind i andre og nye kildeområder ved at spørge til, hvad de kan lide at lave, om de har dyrket en sport, plejer at gå i haven eller på legepladsen med børn eller børnebørn, eller om de strikker eller lystfisker. Det er ligegyldigt hvad, fordi enhver aktivitet udgør et kildeområde, som kan danne ramme om en brugbar tænkning, om nye meningsskabelser og dermed også nye håndteringsmuligheder.

For mange patienter er det en lettelse at opdage, at der er flere mulige måder at tale om situationen på, fordi det trækker dem ud af en mulig selvfølgelig logik om, at ”det er sådan her, at det er”. Det skaber ofte større sammenhæng mellem sproget og den oplevede situation, at man f.eks. både kan ”kæmpe”, ”være til rotterne” og ”se lys for enden af tunnelen”, se Boks 5.

### Lyt og spørg metaforerne frem

1. *Lyt efter den andens metaforer*
2. *Lyt efter metaforer i det, der bliver sagt*

Metaforerne gemmer sig ofte i helt almindelige talemåder, så lyt efter billedlige udtryk og sammenlignende udtryk, f.eks. ”som om”, ”lige som” eller ”det kan minde om”.

Vær opmærksom på, at metaforer kan skifte fra minut til minut og over tid, og at flere kildeområder ofte vil være aktive i den enkelte samtale.

Gå et stykke vej med ind i det sprogunivers, metaforerne lukker op til. Undersøg videre derfra ved at spørge til koblingspunktet, f.eks.

### Boks 5. Case: Bent og Else

Else har fået en diagnose og er sammen med sin mand Bent til samtale hos en sygeplejerske. Else er ked af det. Bent prøver at støtte hende, men er selv påvirket. Da de har talt lidt om nogle af de vanskeligheder, de forsøger at håndtere, spørger sygeplejersken, hvad de godt kan lide at gøre sammen. Det viser sig, at de begge sejler.

”Prøv at beskrive jeres situation i det billede,” siger hun

Bent smiler forsigtigt: ”Ja, vi har vist opdaget, at vi har fået en blind passager med ombord. En, vi ikke kender og ikke rigtigt kan greje. Vejret er ikke så godt. Else er søsyg, og jeg hænger over rælingen og forsøger at holde kursen, og vi ved ikke rigtigt, hvad den blinde passager laver imens. Jeg er i tvivl om, hvornår vi rammer land.”

”hvordan hænger det sammen med den situation, du står i lige nu?”

### 3. Tag pulsen på

#### *metaforernes brugbarhed*

Spørg den anden: Hvad synes du om at tale om tingene på den måde: Er det en god måde lige for tiden? Hold fast i midlertidigheden for det kan være, at det er anderledes lige om lidt eller om en uge.

Gå et lille stykke videre og sig afhængig af svaret enten: ”Når det er en god måde at tale om det på, er det så fordi ... ?” - og lad den anden fuldføre sætningen, f.eks. ”fordi det giver mig en fornemmelse af, at jeg selv kan gøre noget.”

”Så når det er en dårlig måde, er det fordi...?” - og lad den anden fuldføre sætningen, f.eks. ”fordi det sætter mig i en urimelig position, at jeg skal leve op til noget, jeg ikke kan.”

Spørg evt.: Hvad lyser metaforen på? Hvad skygger den for?

### 4. Lyt efter dine egne metaforer

Vær opmærksom på din egen brug af metaforer, imens du taler. Brug samme metode, som når du selv lytter efter den andens metaforer (pkt. 1 ovenfor).

Spørg dig selv: Hvilken effekt har dine metaforer? Hvilke følgeslutninger ligger der indlejret i dem? Hvilke normer ligger der eventuelt gemt i dem helt implicit? Lukker dine metaforer op til et sprogunivers, som I kan bevæge jer videre ind i?

### Find og aktivér kildeområder

Hvis du allerede kender lidt til patientens liv og interesser, kan du nemt aktivere de kendte kildeområder. Er patienten ny for dig, kan du spørge direkte ind til dem. Det samme er nødvendigt, når et kildeområde ikke mere er hjælpsomt for patienten.

Spørg ind til de verdener (kildeområder), som er kendte for den anden, f.eks.:

- Hvilke interesser har du?
- Hvad plejer du at lave i weekenden?

### Boks 6. Case: Helle

Eksempel på, hvordan man finder og aktiverer et kildeområde:

En sygeplejerske taler med Helle, som har været ude for en ulykke med mange knoglebrud. Sygeplejersken spørger til Helles interesser, og Helle fortæller, at hun har redet meget på islandske heste.

Sygeplejersken: ”Hvis du skulle bruge det som et slags billede på, hvordan du oplever dig selv lige for tiden?”

Helle: ”Åh, så ville det være lige som om at få en ny hest, som slet ikke opfører sig som den, jeg plejer at ride på. Et helt andet temperament. Det tager lidt tid at vænne sig til den og finde ud af, hvordan den opfører sig.”

Sygeplejersken: ”Hvad skal man særligt være opmærksom på i den situation?”

Helle: ”Man skal tage det roligt. Følge hestens bevægelser, fornemme dens signaler og lade være med at presse for meget på.

Og det er jo det, jeg indimellem gør. Presser for meget på og vil have styr på alting, og det bliver det bare mere uroligt af.”



## For mange patienter er det en lettelse at opdage, at der er flere mulige måder at tale om situationen på.

- Hvordan bor du?
- Dyrker du/har du dyrket en sport?
- Hvad arbejder du/har du arbejdet med?
- osv.

Spørg: ”Hvordan taler I om tingene derhjemme?” Lyt efter metaforerne og de kildeområder, de stammer fra.

Aktivér et af kildeområderne ved f.eks. at spørge, hvad der er vigtigt i kildeområdet, hvilke udfordringer man kan møde, hvilke færdigheder det kræver, og hvordan den anden plejer at tackle udfordringerne.

Overfør nu disse færdigheder fra kildeområdet til patientens situation med sygdom, se Boks 6.

### Sammensæt jeres egen metafor-menu

Ud over at interessere sig for metaforbruget i samtalen foreslår Elena Semino, at vi bruger vores kreativitet. Sundhedspersonale kan f.eks. tilbyde patienter ”metafor-menuer” med en samling citater, som er rige på sygdomsmetaforer. Så kan patienterne frit plukke fra metafor-citaten menuen, når de har brug for at tale om deres sygdom på nye måder. Ideen med citaterne er at give den enkelte nogle genkendelige metaforer at spejle sig i og bygge videre på: ”Nej, det der passer ikke med, hvordan jeg har det”, eller ”ja, det svarer nogenlunde til sådan, som jeg ser mig selv lige nu”.

Man kan med fordel gå videre med Seminos menukort-ide. Konkret kan man uanset speciale, sygdomsgruppe, patientgruppe, afdeling eller enhed etablere sin egen citatsamling, så citaterne kommer så tæt på patienternes virkelighed som muligt. Med menuen i hånden kan den enkelte patient krydse af, hvilke citater der giver mening for vedkommende og lige så vigtigt, hvilke der slet ikke gør. Og der kunne være andre veje at gå med metaforerne, f.eks. gennem musik, billedkunst og alle mulige andre kreative udtryksformer, se Boks 7 side 68.

### Metaforen - et magisk skabelsesværktøj klar til brug

En risiko ved at have så stærkt et fokus på sprogbbruget kan være, at sygeplejersken



Boks 7. Pluk fra en citat-metaformenu for syge med kronisk sygdom

"Jeg har det på en måde som dengang, mit firma gik konkurs"

"Jeg frøs nærmest til is, da jeg fik diagnosen"

"Det føles som en ond drøm, jeg ikke kan vågne fra"

"Sygdommen har stjålet mit liv"

"Hvorfor skulle det lige overgå mig? Er det min straf? For hvad?"

"Mit gamle jeg er flyttet ud, og jeg ved ikke, hvornår det nye flytter ind"

"Slangen i paradiset fik ram på mig"

tænker: ”Åh, jeg tør slet ikke bruge metaforer i mit arbejde mere, for tænk nu hvis de gør mere skade end gavn?”

Det er absolut ikke intentionen. Ønsket er det modsatte: At sygeplejersken sammen med de patienter og pårørende, som hun møder i sit arbejde, bruger metaforerne endnu mere bevidst og aktivt, end hun allerede gør. Vi kan aktivt bestræbe os på at bruge ordene, så de ikke fanger og indespærre sygdomserfaringer i bestemte logikker og følgeslutninger, men i stedet skaber fleksibilitet i både tanker og i det, som er muligt at gøre. Metaforerne er på den måde intet mindre end en sproglig gave til samtalerne med patienterne og deres pårørende. ●



## Metaforerne er på den måde intet mindre end en sproglig gave.



*Diskutér, om I bruger nogle bestemte metaforer, når I taler med en patient.*

●

*Tænk på Covid-19 pandemien. Hvilke metaforer blev hyppigt anvendt, da pandemien var på sit højeste?*

●

*Hvordan vil I finde en citat-metafor-menu, som patienten vil mene, er brugbar?*

### Referencer

1. Sontag S. *Illness as Metaphor and AIDS and its Metaphors*. New York, USA: 2001. 2. Semino E, et al. *Metaphor, Cancer and End of Life. A corpus based Study*. New York and London: Routledge; 2018. 3. Lakoff G, Johnson M. *Hverdagens metaforer*. København: Hans Reitzels Forlag; 1980. 4. Geary J. *I is an Other. The secret life of Metaphor and how it Shapes the Way We See the World*. New York NY: Harper Collins; 2009. 5. Madsen SÅ. *Slægten Laveran*. Højbjerg: Hovedland; 1988.



**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).



### AASE FREMMELEVHOLM

Sygeplejerske i 1984, SD i ledelse i 2000. I 2012 frikøbt til at implementere tryksårsforebyggelse på Odense Universitetshospital. Fik i 2017 den europæiske tryksår-organisation EPUAP's kvalitetspris "Quality Improvement Project Award 2017". Arbejder forsat med forebyggelse, men også med sårbehandling på OUH.

[aase.fremmelevholm@rsyd.dk](mailto:aase.fremmelevholm@rsyd.dk)

## RESUME

Tryksårsforebyggelse er en del af sygeplejen på danske hospitaler og i hjemmeplejen. Gode resultater fejres, og indimellem skaber nyopståede tryksår skyld og skam. Det er normen, at tryksår kan forebygges i op til 95 pct. af tilfældene, men hvad med de sidste 5pct.?

I praksis bliver mange hudskader kategoriseret som tryksår. Det viser sig, at der mangler viden til at vurdere, om der er tale om fugtskader eller traumesår, eller om det kunne være terminale hudforandringer. Der findes en del lit-

teratur fra USA om dette, men intet i Danmark. De terminale hudforandringer er smertefulde og er ikke mulige at forebygge.

Flere af de amerikanske artikler konkluderer, at personalet skal have denne viden for at blive gode til at skelne disse sår fra tryksår. Den viden kan betyde, at skyld og skam undgås, og at tryksårsforebyggelse kan gå hånd i hånd med en værdig afslutning på livet for patienterne både på hospital, hospice og i eget hjem.

# Hudforandringer ved livets afslutning

Smertefulde forandringer i huden kan opstå hos terminale patienter og kan ikke forebygges. De karakteriseres fejlagtigt som tryksår.

De seneste 10 år har tryksårsforebyggelse været på dagsordenen på alle danske hospitaler og efterhånden også i alle kommuner. Der tælles ”tryksårsfrie dage”, og gode resultater fejres og præsenteres på temadage, konferencer og udenlandske kongresser. Målet er, at 95 pct. af alle tryksår kan forebygges, men hvad med de sidste 5 pct.? (1) Hvorfor kan alle ikke forebygges? Hvem er det, som får trykskader, der ikke kan forebygges?

Den faglige stolthed hos plejepersonalet får ofte et knæk, når patienten eller borgeren får et tryksår. Ærgrelserne er store, når et afsnit eller plejeområde med rigtig mange tryksårsfrie dage må starte forfra med at tælle dage, idet en ny trykskade er opstået. Er det overhovedet realistisk at blive helt fri for tryksår, som en kampagne i region Syddanmark lagde op til i 2012? Her var målet, at ingen tryksår over kategori 0 måtte opstå på sygehusene i regionen. Et mål, som jo ikke helt passer sammen med, at 5 pct. ifølge litteraturen ikke kan forebygges (1).

I forbindelse med tryksårskonferencen European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) i



Belfast i 2017 præsenterede den amerikanske sygeplejerske-professor Joyce Black tryksår hos terminale patienter, som ikke kan forebygges. Joyce Black beskrev "Skin Failure", som er en hud- og vævsskade, der ses i slutningen af livet.

Den kan ses både hos terminale patienter og hos patienter på intensive afsnit med svær sepsis og multiorgansvigt. Hudforandringerne ses med et ujævnt mønster i form som en sommerfugl, en pære eller en hestesko med en mørk rød/gul/sort farve. Hudforandringerne opstår pludseligt til trods for forebyggende tiltag og forværres hurtigt og kan i enkelte tilfælde udvikle sig til et dybt sår i løbet af 24 timer. Sådanne sår skyldes, at huden ikke længere fungerer normalt, samtidig med at de øvrige af kroppens organer og cirkulation er i færd med at svigte. Kombinationen af nedsat ernæringsstatus, forhøjet temperatur og reduceret fysisk almentilstand øger faren for at udvikle terminale hudskader. En viden, der ikke i Danmark er nogen, som har sagt eller skrevet noget om.

### Smertefulde tryksår før døden indtræder

Jean Martin Charcot, professor på det medicinske fakultet i Paris, beskriver allerede i det 19. århundrede tryksår, som opstår på os sacrum, lige før døden indtræder. Han beskriver, at huden optræder med rødme, blærer og form som en sommerfugl, og at den forværres med sårskorper. Han observerede infektion og feber og ikke mindst smerter i såret, og deraf navnet smertefulde tryksår. Men Charcot mente også, at tryksårene var et uundgåeligt resultat af skader på centralnervesystemet, og derfor kunne det ikke betale sig at aflaste tryksåret (2).

### Terminale tryksår svære at beskrive

I nyere tid er terminale sår beskrevet i 1989 af Karen Lou Kennedy (3), Kennedy Terminale Ulcers (KTU). KTU beskrives som et tryksår enten med en pæreformet facon eller som en sommerfugl, lillafarvet og ofte over sacrum. Disse tryksår ses ofte to til tre dage før døden. Sårene beskrives som hurtigt fremkommende og med en uregelmæssig kant. Der er kun få studier om disse sår, de fleste er fra USA, og da nogle af patienterne dør efter få timer, er der meget lidt viden og erfaring om disse sår. Denne variation i livslængde gør dem vanskelige at diagnosticere, og det er nok også derfor, der mangler en beskrivelse og en erkendelse af disse hudskader.

### Konsensusdokument om hudforandringer

I 2008 blev der nedsat et ekspertpanel i USA på 18 personer, som skulle formulere et konsensusdokument om hudforandringer ved livets afslutning, "Skin Changes At Life's End" (SCALE) (4). Ekspertpanelet bestod af både læger, sygeplejersker, ph.d.er samt repræsentanter fra industrien, som producerer udstyr til sundhedsvæsenet.

Formålet med dokumentet er at fremlægge eksperterklæringer, formidle dem til offentlig debat og at fremme udviklingen af den videnskabelige viden om emnet.

Dokumentet beskriver, at der opstår en dysfunktion af organerne, som kan ske på alle tider, men oftest ved livets afslutning. Ikke kun i den periode, hvor patienten er uafvendeligt døende, men også

før dette. Man antager, at dette også sker med huden, som er vores største organ. Huden betragtes som et vindue, der, hvis den aflæses korrekt, kan sige noget om, hvad der sker inde i kroppen. Huden kan sige noget om iltningen, gennemblødningen og evnen til at opretholde en normal funktion. Når den påvirkede hud ses, kaldes dette "Skin Changes At Life's End".

Dokumentet indeholder 10 erklæringer, som er reviewet af 52 faglige eksperter. F.eks. indeholder erklæring nr. 9 nogle anbefalinger om at vurdere årsagen til såret og opsætte et mål for behandling. Målet skal være realistisk i forhold til tilstanden og årsagen til de terminale hudforandringer. Hvilken strategi skal derfor vælges til behandlingen?

1. Forebyggelse, hvis patienten tilstand bedres?
2. Forsøge at få såret til at hele op med relevant behandling?
3. At have som mål, at såret ikke forværres?
4. At have som mål, at patienten oplever velvære og god pleje?
5. At huske, at det er patienten, som bestemmer?

Et af de vigtige områder, der peges på i flere artikler, er, at personalet bliver gode til at identificere disse sår og anvende SCALE. Når det overvejes, om hudforandringerne kan være tegn på livets afslutning, så gør brug af de faglige ressourcer, der er til stede på arbejdspladsen. Vær flere om at tage stilling til, om det drejer sig om SCALE, og læg også i samråd med patienten og de pårørende en plan for plejen og behandlingen.

Der findes en svensk videnskabelig artikel, som beskriver disse sår og særligt det manglende kendskab til dem og de smerter, de medfører. Forfatterne anbefaler yderligere forskning og især at personale, som arbejder med personer ved livets slutning, bør have mere kendskab til disse sår, idet mange dør uden at være tilstrækkelig smertelindret (9).

Allerede i dag bliver mange hudforandringer på os sacrum kategoriseret som tryksår, og det kan være alt lige



**Målet er, at 95 pct. af alle tryksår kan forebygges, men hvad med de sidste 5 pct.?**

fra fugtskader til traumesår eller cancersår, og kun få kender til terminale hudforandringer eller SCALE. (3).

Viden om terminale hudforandringer kan være en fordel for det plejepersonale, som står med en ubegrundet følelse af skyld, fordi patienten fik et sår trods deres indsats med forebyggelse. Men også en viden, som de kan anvende til at informere familien med. Viden om, at denne vævsskade kan være et tegn på, at døden er nært forestående, og at man ikke ved stillingsændringer forebygger vævsskaden. Men at disse ændringer i huden medfører smerter, og det derfor er meget væsentligt, at patienten smertebehandles. Målet er gennem stillingsændring og personlig pleje at øge patientens velvære. Derfor er det vigtigt at observere de reaktioner hos patienten, der kommer ved aktiviteten. At man ikke bare ændrer patientens stilling ud fra en rutine, men ser på det enkelte menneskes behov i slutfasen af livet.

Disse anbefalinger findes i EPUAPS guideline (10):

- Hvis personen oplever væsentlige smerter, gives smertestillende medicin 20-30 minutter før planlagt stillingsændring (evidens C).
- Efter at have forklaret hensigten med stillingsændringen, overvejes patientens ønsker, og om patienten ligger i en komfortabel stilling (evidens C).
- Overvej at skifte det trykfordelende underlag for at sikre bedre trykfordeling og komfort/velvære (Evidens C).
- Tilstræb at ændre stilling hos en palliativ person mindst hver fjerde time på en trykfordelende madras (viskoelastisk skum) eller hver anden time på en almindelig madras (Evidens B).
- Dokumenter vending og stillingsændring samt de faktorer, som påvirker disse beslutninger (f.eks. patientens ønsker eller medicinske behov) (Evidens C).

*Om evidensniveau A-D: Se definitioner hos Dansk Selskab for Almen Medicin.*

### Hudpleje i den palliative fase

Palliativ care betyder ikke ”ingen pleje”, men at plejen må være af den bedste kva-



## ... tryksår kan være ikke-forebyggelige, og hudskader ved livets afslutning er ikke det samme som tryksår.

litet med hensyntagen til sygdommen og patientens ønsker. Palliativ pleje skal være at leve godt på vej mod døden. Selv om der er stop for behandling, er det ikke ensbetydende med stop for al behandling af patienten med tryksår eller hudskader. Der bør stadig være mulighed for en pleje, som øger komforten, er individuel og øger kvaliteten af det liv, som er tilbage (6). Smertebehandling er en væsentlig faktor for ens velbefindende. Det første trin i smertebehandling er en smertevurdering og en vurdering af, hvad der tidligere er givet, og hvad der har haft effekt.

Smertebehandling bør altid gives inden bandageskift og ellers, når der er et

behov i løbet af døgnet. Der kan også være behov for at supplere med en behandling direkte på såret eller i omgivelserne i form af Lidokain-gel eller anvendelse af en bandage, som indeholder et smertestillende middel. Bandagen bør være en skumbandage med silikoneklæb, som nedsætter skiftetfrekvensen.

### *Hvis hudforandringerne er væskende og/eller blødende*

Anvende et hydrofiberprodukt, alginat eller superabsorbant. Skumbandagen med silikoneklæb anvendes som sekundær bandage. Benyt helst bandage med klæb, da dette skaber størst sikkerhed mod gennemsivning og lugt.

Til et let væskende sår anvendes en skumbandage med silikoneklæb alene.

### *Er hudforandringerne ildelugtende og koloniseret:*

Antibakterielle produkter som honning- og sølvbandager reducerer bakterievæksten og dermed de lugtgener, som kommer fra især de anaerobe bakterier i såret.

Alternativt kan en kulbandage anvendes ved ildelugt. Vær dog opmærksom på, at kul kun reducerer lugten og ikke selve årsagen til denne.

### **Udbred kendskabet**

På European Wound Management Association (EWMA) i Gøteborg juni 2019 var der oplæg om SCALE. Her var budskabet, at vi skal ud og fortælle om den form for sår, der kan opstå, når kroppen er ved at dø, at sundhedspersonale skal være opmærksom på, at tryksårsforebyggelse og ”Stop Tryksår” skal kunne gå hånd i hånd med, at der er patienter, som har brug for en værdig afslutning. En viden som vi skal sprede og dele med hinanden.

### **Mangel på termer og definitioner**

Konsensusdokumentet (SCALE) har givet anledning til flere amerikanske artikler med fokus på, at tryksår kan være ikke-forebyggelige, og at hudskader ved livets afslutning ikke er det samme som tryksår. (4)

Men selv om terminale hudforandringer er beskrevet i litteraturen og observeret i praksis, er der stadig meget lidt viden på området.

Der er enighed om, at hudskader, som ikke kan forebygges, kan opstå hos patienter, som er hæmodynamisk ustabile, terminalt syge, er udstyret med



medicinsk udstyr og ikke kan ernæres eller få ændret stilling, men at det er et område, som der skal undersøges nærmere.

Dogmet om, at tryksår altid kan undgås, skaber skyld og skam. Vi ved, at langt hen ad vejen kan vi forhindre dem ved at risikovurdere patienterne, ved at anvende trykfordelende underlag, puder, og gennem regelmæssige stillingskift, god ernæring og regelmæssige hud eftersyn. Men vi ved også, at optimal pleje ikke rækker til at forebygge hudforandringer, når patienterne befinder sig ved livets afslutning.

Men vi må også erkende, at selv om hudforandringer er set i praksis, så er patofysiologien hos døende og palliative patienter ikke komplet beskrevet. Vi mangler stadig definitioner og termer, så vi kan skelne hudskader fra hudforandringer ved livets afslutning og dermed ikke kategoriserer dem som tryksår. Måske kan denne artikel starte en dialog inden for de specialer, der ser denne patientgruppe, og føre til mere fokus og flere danske artikler om emnet. ●



## Palliativ pleje skal være at leve godt på vej mod døden.



*Hvordan kan artiklens hovedbudskab deles med dine kolleger?*

*Hvilke hudforandringer har I observeret ved livets afslutning?*

*Hvilken betydning kan artiklen få for plejen af uafvendeligt døende patienter på jeres arbejdsplads?*

### Referencer

1. Stop tryksår. Tryksårspakken- Introduktion, indhold og målinger. I sikre hænder. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 3. version. Januar 2017 s. 32.
2. Levine JM. Historical Perspective on Pressure Ulcers: The Decubitus Ominosus of Jean Martin Charot. 2005.
3. Kennedy KL. The Prevalence of Pressure Ulcers in an Intermediate Care Facility. *Skin & Wound Care. Decubitus* 1989;May;2(2):44-5.
4. Sibbald RG. <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2012/07/SCALE-Final-Version-2009.pdf>
5. Beldon P. Skin changes at life 's end: SCALE ulcer or pressure ulcer? *British Journal of Community nursing* 2013;Vol.16,(10).
6. Black, Joyce et al. Pressure Ulcers: Avoidable or Unavoidable? Results of the national Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy Wound management*; 2011 Feb;57(2):24-37.
7. Care of Sweden: Handlingsplan vedrørende tryksår.
8. Langemo DK. When the Goal is Palliative Care. *Adv Skin Wound Care*. 2006 apr;19(3):148-54.
9. Bjerke J. Att dö med tryksår. Uppsats i Vårdvetenskap, Uppsala Universitet, Institutionen för folkhälso och Vårdvetenskap; 2011.
10. Forebyggelse og behandling af tryksår. Vigtigste uddrag af retningslinjen fra EPUAP, 2. udgave, 2014. **En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.**



# Er uddannelse blevet målet og ikke midlet?

Nyuddannede sygeplejersker rammes ofte af praksischok. Måske skyldes det, at sygeplejerskeuddannelsen har mistet sit fokus på at uddanne dygtige kliniske sygeplejersker.



**SUSANNE FRIIS SØNDERGAARD**, ph.d. Forskningssygeplejerske/underviser/ekstern lektor, Hospitalsenheden Midt, VIA University College, Aarhus Universitet, Center for Forskning i Klinisk Sygepleje/ Sygeplejerskeuddannelsen, Viborg og Health

”Hvorfor bliver vi uddannet til dygtige studerende og ikke til dygtige sygeplejersker?”

Sådan spurgte en 6.-semester studerende mig efter undervisning. Og den studerende fortsatte:

”I mine sidste praktikker må jeg have ansvar for 2-3 patienter, men når jeg er uddannet, skal jeg have ansvaret for 5-6 patienter, det er jeg ikke klar til.”

En udtalelse, der er en refleksion værd.

Man kan spørge sig selv, om vi har mistet målet af syne for at sikre et godt uddannelsesforløb? Er uddannelse blevet målet og ikke midlet? Og er det en af årsagerne til, at overgangen fra studie til nyuddannet er svær for mange?

Et faktum er det i hvert fald, at der er stor opmærksomhed på det, der kaldes praksischokket i sygeplejerskeuddannelsen.

Faglige og videnskabelige artikler flyder over med beretninger om nyuddannede sygeplejerskers oplevelser af den første tid i job. Artiklerne beskriver uoverskuelige krav og ringe introduktion til nye opgaver, og de nyuddannede oplever sygemeldinger, travle kolleger og stressede ledere. En nyuddannet sygeplejerske siger: ”Jeg synes, det var rigtig svært at finde ud af, hvad jeg egentlig skulle. Hvornår gør jeg det godt nok? Hvad, hvis jeg laver fejl, og hvad vil det sige at være sygeplejerske?”

Problemstillingen er også nået til Christiansborg, og i januar 2020 bevilligede regeringen 44 mio. kr. til initiativer, der kan styrke overgangen mellem studie- og praktikperioder på sygeplejerskeuddannelsen.

Som undervisere på grunduddannelsen er vi optaget af at tilbyde studieaktiviteter, som kan understøtte de studerendes læring. Fra første dag tilrettelægger vi tematiske undervisningsforløb, vi koordinerer semestre og klinikker, tilbyder undervisning i studieteknik og ekstra-curriculære aktiviteter. I uddannelsen bliver New Public Management-metoder (NPM) anvendt til kvalitetssikring og -kontrol. Som dokumentation bliver der udarbejdet kvalitetsrapporter, der indeholder benchmarking mellem uddannelsesstederne, hvor semesterevalueringer og sammenligninger over frafald, antal af omprøver og karaktergennemsnit bliver synlige.

Disse aktiviteter peger i retning af, at undervisning, sammenhænge og kvalitetskontrol er blevet et mål i sig selv. Det kan måske også påvirke



**... hvis man kun søger viden for at få en god karakter, vil målene hele tiden fortone sig i behovet for konstant anerkendelse ...**

de studerende til at betragte studieaktiviteter som et middel til at få en god karakter til eksamen. Så bliver det målet, og målet med at blive en dygtig sygeplejerske tabes af syne.

Undersøgelser af effekten af NPM-tankegangen på forskellige uddannelsesområder viser, at hvis man kun søger viden for at få en god karakter, vil målene hele tiden fortone sig i behovet for konstant anerkendelse og et højt karaktergennemsnit. Det kan påvirke arbejdsglæden og give stresslignende symptomer hos studerende og medarbejdere.

Min konklusion er derfor, at den studerende har en pointe.

Jeg synes, at en konsekvens af denne pointe må være at gentænke uddannelsen med fokus på målet, som skal være dygtige kliniske sygeplejersker med tiltro til egne kompetencer. Det kunne gøres gennem midlet: at indføre en obligatorisk, klinisk basisuddannelse som tillæg til 3½ års bacheloruddannelse. ●



# SKRIV OM DIT ARBEJDS- OG HVERDAGSLIV UNDER COVID-19



Dansk Sygeplejeråd vil formidle beretninger på forskellige platforme og sørge for, at sygeplejersker kan få indblik i kollegers måde at håndtere livet under Covid-19 på.

Tekst **JETTE BAGH**

2020 er af WHO udnævnt til at være Year of the Nurse. Det er det i sandhed også blevet.

Sygeplejersker over hele verden arbejder hårdt for at hjælpe mennesker med Covid-19, og for at sikre fortællinger og dokumentation både nu og for eftertiden vil Dansk Sygeplejeråd indsamle sygeplejefaglige beretninger og billeder fra en periode, hvor så meget blev forandret på så kort tid.

## Beskriv dig selv som sygeplejerske

Hvordan har du oplevet livet siden 11. marts, da Danmark blev lukket ned og sundhedsvæsenet for alvor begyndte at forberede sig på, at pandemien ville ramme landet?

Beskriv dig selv som sygeplejerske – hvor arbejder du, hvordan har Covid-19 påvirket dit daglige arbejde og hvad har optaget dig i denne tid?

## Fortæl om en dag eller to

Vælg en dag eller to og fortæl. Har du fået nye funktioner, er du blevet

oplært? Ser du patienter, borgere eller brugere på en anden måde end normalt? Er du pensioneret, har du meldt dig som frivillig, eller står du i forreste linje med Covid-19 patienterne? Er du hjemmesygeplejerske, fængselsygeplejerske, sundhedsplejerske eller underviser? Hvordan udføres kerneydelsen? Hvilke konsekvenser har situationen for patienter, borgere, brugere og studerende?

## Hvad med din familie?

Hvordan er hverdagslivet i din familie? Har du mindre børn, som skal passes eller undervises, er din mand, kone eller partner i samme situation som dig selv?

Hvordan får du/I tingene til at hænge sammen, børn eller ej?

## Deadline

Vi skal have din beretning senest 20. maj 2020.

## Sådan gør du

- Skriv til [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)
- Skriv "Beretning Covid-19 i emnefeltet"
- Skriv navn, adresse og medlemsnummer øverst i teksten
- Skriv den eller de datoer, du beretter om. Fortæl om det, der har gjort indtryk, de forandringer i arbejds- og hverdagsliv, du oplever, det bedste, det værste
- Beretningen må højst fylde 5.000 tegn inkl. mellemrum
- Billeder skal sendes i høj opløsning, dvs. fuld størrelse.

Hvis der er patienter på billederne, skal de give skriftligt samtykke til, at Dansk Sygeplejeråd må benytte billederne, og deres navne skal fremgå tydeligt.

Vi kvitterer for modtagelse af beretning og evt. billeder og sender en formular, der giver os tilladelse til at anvende materialet.

Dansk Sygeplejeråd vil formidle beretningerne på forskellige platforme og sørge for, at sygeplejersker kan få indblik i kollegers måde at håndtere livet under Covid-19 på.