

# Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

## Forebyg urinvejs- infektioner med grundlæggende sygepleje

**URINVEJSINFEKTIONER  
KAN SLÅ IHJEL**

**SIDE 23**

**HJÆLP BORGEREN TIL  
GODE TOILETVANER**

**SIDE 27**

**RISIKOEN ØGES  
MARKANT VED BRUG  
AF KATETER**

**SIDE 30**

**TEST DIN VIDEN**

**SIDE 33**

**NY PRAKSIS**

**Røgfylt.**

Åndedrætsværn  
erstatte mundbind, når  
der anvendes elkirurgi.

**SIDE 8**

**PEER REVIEWED**

**Personorienteret.**

Sygeplejersken skal mål-  
rettet engagere sig i  
patientens oplevelser.

**SIDE 38**

**FAGLIGT AJOUR**

**Pårørende.**

Forskningsbaseret  
tilgang til pårørende kan  
mindske frustrationer.

**SIDE 48**

**PÅ SPIDSEN**

**Nærhed.**

Sygeplejersker må  
være de lærde i  
det nære.

**SIDE 75**

## Redaktionspanel

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



**ERIK ELGAARD SØRENSEN**

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



**HELLE SCHNOR**

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



**MARI HOLEN**

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



**KIRSTEN LOMBORG**

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

### REDAKTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tryk  
ColorPrint

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

Manuskriptvejledning  
www.dsr.dk/  
manuskriptvejledning

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



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

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

Byline-fotos side 21 og foto side 1, 4, 20: Bax Lindhardt / Grafisk bearbejdnings side 31 og 38: Mathias N Justesen / Illustration, foto og grafik side 48, 53, 54, 59, 60, 64, 70 og 74: iStock

# OVERBLIK



## Følg stuegangen fra en rasteplads

**VIRTUEL STUEGANG.** En internetbaseret stuegang baseret på videotransmission giver pårørende mulighed for at kunne få direkte information og blive taget med på råd, når sygeplejersker og læger taler med patienten.

Indtil flere pårørende kan kobles op på transmissionen, og de kan befinde sig alle steder, f.eks. i en bil på en rasteplads.

LÆS SIDE .....

16



## Patienten sætter dagsordenen

**GUIDET EGENBESLUTNING.** Patienten har mulighed for at tale om det, som er vigtigst for hende til kontrolsamtalen med sygeplejersken på Rigshospitalets gynækologiske klinik. Før samtalen har hun nemlig modtaget et refleksionsark med spørgsmål, som hun kan besvare. Metoden kaldes guidet egenbeslutning.

LÆS SIDE .....

12

## Systematisk kamp mod farlig røg

**KIRURGISK RØG.** Elkirurgi har store fordele, men også en slem bagside. Røgen, der udvikles, er farlig som røg fra cigaretter. Derfor skal operationspersonalet beskyttes effektivt. I Viborg har personalet udskiftet mundbind med åndedrætsværn som følge af litteraturstudier af problemet. Desuden har de testet en række åndedrætsværn.

LÆS SIDE .....

8



En af de hyppigste forekommende infektioner erhvervet i sundhedssektoren er urinvejsinfektioner, som i værste fald kan koste liv. Sygeplejersker kan medvirke til at opspore og forebygge infektionerne.

Foto BAX LINDHARDT



# Sygeplejersker kan forebygge infektioner i urinvejene

Urinvejsinfektioner har store personlige og økonomiske omkostninger til følge. De er blandt de hyppigste årsager til indlæggelse af ældre, og de topper listen over de hyppigst forekommende infektioner erhvervet i forbindelse med indlæggelser. Med andre ord er der gode grunde til at forholde sig til lidelsen, som sygeplejersker har store muligheder for at forebygge.

Både mænd og kvinder rammes af infektioner i urinvejene, og risikoen for at blive ramt stiger med alderen. Blebrugere har en risiko for at blive ramt, som er fire gange højere, og forekomsten af urinvejsinfektioner er fire gange større hos kvinderne.

Egne bakterier er den største synder, og manglende vandladning er årsagen til mange infektioner. Men den væsentligste årsag til urinvejsinfektioner er brugen af kateter. Uanset typen af kateter øges risikoen for, at bakterier trænger ind i de ellers sterile urinveje.

Mellem hver femte og hver tiende patient, som indlægges, får anlagt kateter à demeure, og disse patienter har en 10 gange større risiko for at få en urinvejsinfektion. Og jo længere tid, kateteret er anlagt, jo mere stiger risikoen.

LÆS SIDE .....

# 20

**PRO DATA.**

Behandlingstilbud med telemedicin og patientrapporteret outcome (PRO) kan tilbydes patienter med reumatoid arthrit med lav sygdomsaktivitet.

**BØRN.**

For den syge spiller information til deres børn om egen sygdom en stor rolle og må derfor indgå som en naturlig del af den pleje og behandling, der ydes.

LÆS SIDE ..... 36

# Relationen som en kerneværdi i sygeplejen

Involvering af patienter og deres pårørende er i den grad på dagsordenen. Men hvorfra kommer tankerne om involvering? Er der en særlig skandinavisk tradition for at tale med dem, det hele handler om? Det diskuterer en teoretisk grundlagsartikel. Den trækker tråde til Fundamentals of Care og dermed til relationen mellem sygeplejerske og patient som en kerneværdi i sygeplejen. Hvordan etableres en relation, og hvilke fordele har en relation for patienten og sygeplejersken? Hvordan argumenteres for en sammenhængende sygepleje, og hvad er i øvrigt forskellen på opgaveorienteret og relationsorienteret sygepleje?

Artiklen beskriver de skandinaviske teorier og modeller, der påvirkes af strømninger fra bl.a. USA lagde grunden til indførelsen af dialogbaseret sygepleje i Skandinavien, hvilket er foreneligt med begrebsrammen Fundamentals of Care.

LÆS SIDE .....

38



## Frafaldet kan bremses

Frafaldet blandt sygeplejestuderende på VIA Sygeplejerskeuddannelsen har de seneste fem år ligget på 24 pct., og det har både personlige, socioøkonomiske og samfundsmæssige konsekvenser. En taskforce på VIA University College har haft fokus på, hvordan frafaldet kan mindskes. Det er der kommet tre anbefalinger ud af: Initiativer før optagelse på studiet skal gøre det klart, at der er tale om et fuldtidsstudie, og der skal især i det første studieår være fokus på det sociale og faglige miljø. Desuden skal uddannelserne samarbejde om at mindske frafald og monitorere, dokumentere og ikke mindst evaluere de tiltag, der bliver gjort i den anledning.

LÆS SIDE .....

60

## Passive intensivpatienter kan mobiliseres

Fra passiv til aktiv mobilisering af patienter på intensivafsnit. Det blev konsekvensen af et interventionsstudie med baselinemåling, intervention og followup efter to år. Når patienterne, efter måske flere måneders ophold på et intensivt afsnit skal tilbage til eget hjem eller plejehjem, er det en gevinst, hvis de har bevaret bevægelsesevnen og troen på, at egen indsats gavner.

Der er i disse år større fokus på ikke bare at få patienterne til at overleve, men også hvad de overlever til. Her har funktionsniveauet betydning.

LÆS SIDE .....

66

## Konstruktivt samarbejde med de pårørende

Pårørende arbejder ofte i dagtimerne, og derfor er der tryk på spørgelysten om aftenen på en ortopædkirurgisk afdeling. Mange forstyrrelser og korte svar. Et aktionsforskningsprojekt har ført til en forskningsbaseret praksis for

involvering af pårørende. Den nye praksis har skabt tydelighed om samarbejdet med pårørende som en sygeplejefaglig opgave. Praksis er udmøntet i en aftalt statussamtale og har betydet færre afbrydelser og et mere konstruktivt

samarbejde mellem pårørende og personale samt et fælles fagligt sprog blandt sygeplejerskerne.

LÆS SIDE .....

48

## Giv barnet mulighed for at fortælle om overgrebet

Der dukker hele tiden nye sager op om seksuelt misbrug af børn. Sygeplejersker og sundhedsplejersker skal kende tegn og symptomer på misbrug og vide, hvordan de skal handle, hvis mistanken opstår. Desuden skal fagpersoner være opmærksomme på, at kvinder også kan begå seksuelle overgreb mod børn. Ikke mindst er det væsentligt at vide, hvilke betingelser der fremmer barnets mulighed for at fortælle om overgreb. Artiklen beskriver tre tilfælde, hvor betingelserne betyder, at barnet åbner sig.

LÆS SIDE .....

70

EFTER  
TÆNKEN

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

PÅ SPIDSEN



Vores forskning viser, at når disse mennesker efter lang tids specialiseret genoptræning kommer hjem til det nære sundhedsvæsen, bliver det for alvor svært.

LÆS SIDE ..... 75

# Teori og praksis – to sider af samme fag

**Faglitteratur.** Sygeplejersker må læse både fag- og skønlitteratur for at være rustede til at arbejde i fremtidens Sundhedsvæsen. Lederne går forrest.



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

Jeg fik for to uger siden en mail fra en journalist, som sluttede sådan her:

”I øvrigt er vores beundring og begejstring for sygeplejersker større end nogen sinde. De er virkelig både det faglige og det menneskelige kit på sygehusene.”

Det faglige kit og det menneskelige kit. Hvordan fungerer kit? Jeg slog ordet op. Plastisk masse, der tørrer ud og bliver hård efter påføring, brugt til tætning af revner. Hm. Tænke, tænke. Tætning af menneskelige revner, det kræver både viden og venlighed. Teori og praksis. En praksis har alle arbejdende sygeplejersker. Teori er ikke altid flettet ind i praksis, det afhænger af den enkelte leder, hvordan eller om der udføres fletning. Nogle ledere befinder sig i en permanent rimtåge, så de ikke oplever, hvordan en afdeling eller en bid af det nære sundhedsvæsen, tidligere hjemmeplejen, blomstrer, når sygeplejersker læser, forbereder et projekt, sætter det i gang, evaluerer og justerer.

18-19 pct. af danskerne læser aldrig hverken skøn- eller faglitteratur. Men skønlitteratur er den eneste måde at komme ind i andre menneskers hoved på, og det er der brug for i sygeplejen. Indlæsessevne og forståelse vokser, når der indtages en roman i ny og næ, og ud over fornøjelsen medvirker læsning til social og økonomisk opstigning samt til, at man får kontrol over sit liv. Det har en forsker fundet frem til.

”Hvis man ikke læser, bliver man, hvor man er.” Og det er ikke godt for sygeplejen.

Faglige artikler og forskningsartikler kan findes i de mange tidsskrifter, der udkommer, og man kan f.eks. google et abstract, et resumé, ved at bruge DOI-angivelsen. Hvis abstract fører til et ønske om at læse artiklen i sin helhed, kan biblioteket skaffe den.

Samfundet har brug for dygtige sygeplejersker, når livet begynder, når det slutter og midt mellem. Patienter og opgaver bliver flere, ikke færre med det nære sundhedsvæsen i horisonten og med udviklingen i demografien in mente.

Fagligheden må styrkes, for det er ikke nok at fortælle vidt og bredt, at sygeplejersker kan løse problemer med sundhed; sygeplejersker må også vise hvordan og dokumentere det. Her maser litteraturen sig på. Det praktiske fag skal suppleres med teori, hvis der skal være evidens for sygeplejen. De faktafjendske må med på vognen og opleve, at det ikke er en sur og pinefuld pligt at diskutere en roman eller en god faglig artikel, men derimod berigende, ikke mindst for den praksis, man hver dag er en del af.

Patienterne er på vej ind i sundhedsforskningen, de bruger nettet, de efterspørger evidens og lader sig ikke nøje med usikre eller tågede svar. Det er endnu en god grund til at være fremme i skoene. Og det er interessant at være i de sko. Lad 2019 være faglitteraturens år – ellers bliver vi, hvor vi er.

En leder behøver ikke at benytte kvægstave med elektrisk stød i for at fremme læsning og udvikling. Hun skal bryde forandringsimmuniteten, hvor den hersker, og udfordre sit kit. ©

# Systematisk kamp mod farlig røg



Forskningssygeplejerske, ph.d. Susanne Friis Søndergaard: Det er både kirurger, anæstesi- og operationssygeplejersker, som udsættes for den skadelige røg. Derfor er det også et teamarbejde at gøre noget ved det.

**Litteratursøgning og interne undersøgelser** har ført til ny praksis og test af bedre udsugning af kirurgisk røg.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**  
Foto **LARS HOLM**

Diatermi (elkirurgi) er for længst blevet helt almindelig på de danske operationsstuer, og det er der mange fordele ved. Til gengæld har der ikke været så meget fokus på bagsiden: Konsekvenserne af kirurgisk røg. Det skulle et projekt på Regionshospitalet Viborg ændre på, men det var ikke den letteste opgave:

”Vi har været oppe imod, at der har været evidens for ikke at se det som et stort problem,” fortæller forsknings-sygeplejerske, ph.d., Susanne Friis Søndergaard.

Det hele startede, da sygeplejersker ved arbejdspladsvurderinger på afdelingen fortalte om kvalme, luftvejsgener, hovedpine, ubehag og andre fysiske gener som følge af arbejde i operationsstuer, hvor der blev udviklet kirurgisk røg. På den baggrund bad afdelingens arbejdsmiljøorganisation Susanne Friis Søndergaard om at se nærmere på problematikken.

”Jeg foretog en systematisk litteratursøgning, interviewede personale, som arbejder på operationsstuerne, og

## Og hvad siger loven?

Bekendtgørelse om faste arbejdssteders indretning, **kapitel 8, §35**:

*Hvis det ikke kan hindres, at der ved en arbejdsproces sker udvikling af luftarter, støv eller lignende, der er sundhedsskadelige eller eksplosive, eller udvikling af røg, mikroorganismer, aerosoler, ildelugt eller anden generende luftforurening, skal der etableres en mekanisk udsugning, der så vidt muligt fjerner forureningen på det sted, hvor den udvikles. Samtidig skal der tilføres frisk erstatningsluft af passende temperatur.*

gennemgik sammen med teknisk afdeling operationsstuerne udsugning, ventilation, gulvsug osv.,” beskriver Susanne Friis Søndergaard processen.

### Kirurgisk røg indeholder 80 skadelige stoffer

Kirurgisk røg udvikles, når der sendes strøm gennem væv, så temperaturen



i vævet kommer op på over 80 grader. Hver gang der på den måde destrueres 1 gram væv, udvikler det røg, der svarer til at ryge seks cigaretter. Og ifølge diverse undersøgelser kan en person, som arbejder otte timer på en operationsstue med anvendelse af diatermi, indtage røg svarende til 28 cigaretter. En røg, der indeholder mere end 80 skadelige stoffer. Det er da også påvist, at risikoen for at udvikle luftvejslidelser er dobbelt så stor hos personale på operationsstuer, som i den øvrige del af befolkningen.

I litteratursøgningen gik Susanne Friis Søndergaard tilbage til året 2000 og fandt 2.100 artikler, hvoraf hun samlede de 570 i en database. Af dem danner 35 artikler sammen med interne undersøgelser og samtaler baggrund for konklusionen: Ja, der er et problem. Og ja, der skal gøres noget ved det.

”Vi har således udtalelser fra sygeplejersker, der efter en dag på operationsstuen går hjem med dundrende hovedpine,” konstaterer Susanne Friis Søndergaard.

Hun fremlagde konklusionen for bl.a. afdelingsledelsen, som nikkede ja til et egentligt projekt. En arbejdsgruppe blev nedsat, og hermed var vejen åben til næste fase: Intervenering med testning af åndedrætsværn og arbejde med optimering af udsugning tæt på det sted, hvor røgen udvikles.

### **Kombination af kvantitativ og kvalitativ metode**

”Det vigtige er at fjerne røgen tæt på det sted, hvor den opstår. Indtil det kan sikres, er det afgørende at personbeskytte personalet,” forklarer Susanne Friis Søndergaard.

Markedet for åndedrætsværn blev afsøgt og en række forskellige typer værn købt hjem. Operationssygeplejersker kunne nu efter eget valg benytte maske og herefter udfylde evalueringsskema udviklet af klinisk sygeplejespecialist Janni Dahlgaard Gravesen.

”Her har vi valgt at kombinere den kvantitative og den kvalitative metode på en måde, så vi både får brugerens faktuelle vurdering af, hvordan masken passer i den aktuelle situation, og den kvalitetsmæssige vurdering af, hvilken betydning brugeren oplever, masken har haft under brugen. Det er en kombination af metoder, der sikrer større dybde i forskningen,” fortæller Susanne Friis Søndergaard.

## **”I røg og damp for Danmark”**

Projekt ”I Røg og Damp for Danmark” er et tværfagligt projekt på Operation og Intensiv, Regionshospital Viborg. Projektet blev igangsat på initiativ af arbejdsmiljøgruppen på afdelingen og afvikles i tæt samarbejde mellem AMiR-leder, AMiR-gruppen, klinisk sygeplejespecialist, forskningssygeplejerske og teknisk afdeling.

## **Problemer ved kirurgisk røg**

Undersøgelsen på afdelingen Operation og Intensiv på Regionshospitalet Viborg viste, at operationspersonale udsat for kirurgisk røg oplever:

- Øre-, næse- og halsirritationer
- Hovedpine
- Kvalme og svimmelhed
- Løbende næse
- Hoste
- Træthed
- Allergier, f.eks. røde og kløende øjne
- Hudirritation.

Evalueringen skal føre til den endelige beslutning om, hvilke masker der skal tilbydes. Der vil formentlig blive tale om flere masker, for behovet kan være forskelligt alt efter, hvilke operationer der er tale om, og dermed hvor og hvor meget røg der udvikles.

### **Fra personalebeskyttelse til patientsikkerhedsprojekt**

På hospitalet i Viborg er der for længst taget fat på næste fase, hvor der arbejdes med udsugning. Her kan der drages fordel af Susanne Friis Søndergaards kontakt til den amerikanske organisation ”Association of periOperative Registered Nurses”, AORN, som hun de sidste fem år har samarbejdet med i forbindelse med sin ph.d., og som i et ”Go Clear-program” bl.a. arbejder med at teste udsugning.

I Viborg er der en udfordring på nogle af de gamle operationsstuer, hvor der bygningsmæssigt ikke er tilstrækkelig mulighed for effektiv udsugning. Selv om der netop nu bygges nyt og snart vil blive taget nye operationsstuer i brug, vil der fortsat være ældre stuer i brug. Holdningen er, at det fortsat vil være nødvendigt at tilbyde åndedrætsværn, også i de nye operationsstuer.

”Det vigtigste er jo at sikre optimal beskyttelse af personalet, som ofte i mange timer ugentlig udsættes for kirurgisk røg, siger Susanne Friis Søndergaard.

Endnu en fase venter i fremtiden, hvor det er patienterne, det handler om:

”Arbejdsmiljøprojektet vil udvikle sig til også at være et patientsikkerhedsprojekt. Vi vil undersøge, hvordan vi kan minimere risikoen for patienter, som skal have lavet laparoskopisk operation. Her kan røgen gå i patientens blodbaner, og vi vil teste, hvordan dette kan undgås gennem udskiftning og rensning af CO2 under operationen,” fortæller Susanne Friis Søndergaard.

Foreløbig har projektet ført til ny praksis på operationsstuerne. Men kampen mod den kirurgiske røgs skadelige virkninger fortsætter i Viborg. ●



Sygeplejerskerne Gitte Bundgaard Bønnelykke (forrest) og Janni Dahlgaard Gravesen ifører sig hver sin type maske, før operationen går i gang. Der testes flere typer, der alle lever op til kravene, men hvor personalets vurderinger bliver afgørende for, hvilke masker der fremover skal bruges.



Næste fase blive testning af systemet miniSQUAIR til mere effektiv fjernelse af kirurgisk røg. Det vil dog næppe fjerne behovet for personlig beskyttelse med åndedrætsværn.

# Ved nogle operationer er det værre end ved andre

Operationssygeplejersker i Viborg har erstattet mundbind med et egentligt åndedrætsværn **som første led i en offensiv mod følgevirkninger** af sundhedsskadelige stoffer i kirurgisk røg.

Tekst **KURT BALLE JENSEN** · Foto **LARS HOLM**

Formiddag i Operationsstue 8 på Regionshospitalet Viborg. Patienten er blevet kørt ind på stuen, men kirurgen er endnu ikke ankommet. To sygeplejersker er hurtige og professionelle. De ved præcis, hvad de skal gøre både før, under og efter operationen. Den sygeplejerske, der skal assistere kirurgen og være helt tæt på, er i steril tøj og foretager håndspritning, før hun

tager handsker på. Begge har håret dækket af operationshue, og begge tager åndedrætsværn på. Så er de parate.

Det er alt sammen rutine. Og dog. Måske havde de for nogle uger siden ikke taget åndedrætsværn på. Måske havde de nøjedes med at tage et almindeligt mundbind på. Og det er en væsentlig forskel, for mundbindet beskytter ikke mod de meget små mikropartikler i kirurgisk røg. Det ved afdelingens sygeplejersker, og det handler de på i modsætning til tidligere.

”Der er sket en kulturændring,” fortæller operationssygeplejerske Gitte Bundgaard Bønnelykke og forklarer:



”Vi havde også åndedrætsværn før, men de blev ikke brugt. I dag er der på en helt anden måde fokus på, hvor vigtigt det er at beskytte sig. Jeg tror, at mange kolleger blev overraskede over, hvor sundhedsskadelig kirurgisk røg er for os alle på operationsstuen.”

Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur., Janni Dahlgaard Gravesen supplerer: ”Ja, viden er vigtigt. Det har været med til at gøre os bevidste om, hvorfor røgen er skadelig, og hvorfor man derfor skal beskytte sig imod den.”

Hun har været med til at implementere brugen af åndedrætsværn og har bl.a. på afdeling Operation og Intensiv opbygget en informationsvæg med fakta om kirurgisk røg.

### ”Man kan jo ikke bare flytte sig”

Det er projekt ”I Røg og Damp for Danmark”, der har ændret kulturen, så det nu er blevet naturligt at erstatte almindeligt mundbind med åndedrætsværn under arbejdet på operationsstuerne i Viborg. Forskningsprojektet bygger dels på litteratur om kirurgisk røg, dels på de erfaringer, sygeplejersker og kirurger har gjort på operationsstuerne. Og det er erfaringer, der spænder fra almindeligt ubehag til voldsom hovedpine, kvalme og svimmelhed, huddkløe mv.

”Ved nogle operationer er det værre end ved andre. Et eksempel er operationer, hvor patienten får fjernet livmoderen. Her opsamles røgen i patienten, og når livmoderen fjernes vaginalt, kommer den opsamlede røg ud. Det er massivt, og man kan jo ikke bare flytte sig. Man skal være tæt på og 100 pct. koncentreret,” siger Gitte Bundgaard Bønnelykke.

### Vigtigt at beskytte sig mod røgen

Et andet eksempel er prostataoperationer med elkirurgi, hvor røg frigøres fra vandet, når der skylles ud. Ved ortopædkirurgiske operationer, hvor patienten skal have ny hofte eller nyt knæ, opvarmes vævet ligeledes, så der opstår giftige stoffer ved forbrænding af cellernes protein. Mange andre eksempler kan nævnes, og de to sygeplejersker er ikke i tvivl: Det er afgørende vigtigt at beskytte sig mod røgen.

”Jeg tager nogle gange en tur rundt til operationsstuerne ved dagens begyndelse og minder kollegerne om, at de skal huske åndedrætsværn,” siger Janni Dahlgaard Gravesen.

”Ja, og jeg følger op med at huske dem på evalueringsskemaerne,” tilføjer Gitte Bundgaard Bønnelykke, der som sin kollega har været en ildsjæl i implementeringen.

Projektet er et ”bør-projekt” og ikke et ”skal-projekt”, men ved anvendelse af værn forpligter man sig til at udfylde et evalueringsskema. Det skal bruges, når den endelige beslutning om masketyper skal træffes.

### 300 åndedrætsværn skal afprøves

”Vi har fem typer masker under afprøvning, og vi har indkøbt 300 og lavet 300 evalueringsskemaer,” fortæller Janni Dahlgaard Gravesen om implementeringen og testningen.

”Vi afholdt først en temaeftermiddag, hvor vi orienterede om projektet, og hvor der var seks workshops. På baggrund af denne eftermiddag besluttede arbejdsgruppen, at der skulle arbejdes videre med personlig beskyttelse, for der er jo en række

udfordringer og hensyn, der skal tages. Maskerne med filter må ikke besværliggøre vejtrækningen, de skal være ergonomisk korrekt udformede, og de må ikke genere eller formindske synsfeltet.”

Markedet tilbyder mange typer, men det endte med kun fem masker, der skulle testes i praksis. De kan alle sikre mod kirurgisk røg og opfylder således kravene. Men det hjælper jo ikke meget, hvis de ikke slutter tæt.

”Og det gør de ikke, hvis man kan lugte den kirurgiske røg, selv om man har masken på,” siger Gitte Bundgaard Bønnelykke.

### Færre tilfælde af hovedpine

Under evalueringen skal sygeplejerskerne bl.a. i skemaet give karakter til, hvordan åndedrætsværn påvirker åndedrætsfunktionen, om de eventuelt har en generende lugt eller generer huden, generer med varme og fugtighed, slutter tæt, har generende pasform, der ikke kan tilpasses, giver dug på briller mv. Og der skal ved hvert enkelt emne dels svares på, hvordan åndedrætsværn passede i den aktuelle situation, dels hvilken betydning åndedrætsværn havde.

Foreløbige meldinger fortæller om færre tilfælde med hovedpine, kvalme og andre gener. Under alle omstændigheder bliver brugerne beskyttet mod farlige stoffer og mod de konsekvenser, det kan få på både kort og lang sigt. Og det er det, det hele handler om.

”Nu tager vi fat på en mere effektiv udsugning helt tæt på det sted, hvor røgen opstår. Men det vil nok ikke overflødig gøre åndedrætsværn. Så brugen af dem er en vigtig ny rutine, der her er skabt,” siger Janni Dahlgaard Gravesen. ●

## Om kirurgisk røg

- Elkirurgi (diatermi) bruges ved 80-90 pct. af alle operationer på verdensplan.
- Kirurgisk røg indeholder karcinogene stoffer, gasser og en lang række andre kemiske stoffer, som er sundhedsskadelige, og som trænger gennem almindelig operationsmaske eller mundbind.
- Røg bør fjernes højest 5 cm fra røgekilden.
- Åndedrætsværn i form af filtrerende masker fjerner mindst 95 pct. af luftbårne partikler.
- Åndedrætsværn kan beskytte mod partikler ned til 0,1 µ. Almindelige operationsmasker/mundbind kan kun beskytte mod partikler større end 5 µ.
- 77 pct. af partiklerne i kirurgisk røg er mindre end 1,1 µ.

Kilde: Studier gengivet i projekt ”I Røg og Damp for Danmark”.

# Fra første samtale snakker vi om det, der er allervigtigst



"Refleksionsarkene gør, at vi sætter pilen ind i midten af målskiven med det samme i stedet for at skulle kredse os ind på emnet," forklarer klinisk forsker og sygeplejespecialist, ph.d., Mette Linnet Olesen.

Når den gynækologiske **kræftpatient forbedrer samtalen hjemme**, hjælper sygeplejersken patienten til bedre fysisk livskvalitet.

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

Kvinder behandlet for gynækologisk kræft føler sig ofte alene med bekymringer om sygdommen og de fysiske, psykiske og sociale udfordringer, der kan følge af behandlingen, f.eks. mistet forplantningsevne, seksuelle forandringer eller træthed. Her har de klassiske kontrolbesøg vist sig ikke at hjælpe patienterne.

Derfor tilbyder Rigshospitalets gynækologiske klinik op til fire samtaler med en sygeplejerske, hvor patienten inden samtalen udfylder en række såkaldte refleksionsark, en slags spørgeark. Det hjælper sygeplejerske og patient til at tale om og løse problemet med det, der er vigtigst.

"Fra første samtale snakker vi om det, der er allervigtigst for patienten. Refleksionsarkene gør, at vi sætter pilen ind i midten af målskiven med det samme i stedet for at skulle kredse os ind på emnet," forklarer klinisk forsker og sygeplejespecialist, ph.d., Mette Linnet Olesen.

Metoden kaldes Guidet Egen-Beslutning (GEB) og er oprindeligt udviklet til diabetespatienter, men Mette Linnet Olesen har i sin ph.d. tilpasset metoden til gynækologiske kræftpatienter. Efter et pilotstudie med 15 patienter testede hun metoden i et klinisk randomiseret interventionsstudie med 165 patienter.

"Vi målte på livskvalitet, og den fysiske livskvalitet var signifikant forbedret efter ni måneder hos de kvinder, som havde modtaget et individuelt antal samtaler med GEB. Fysisk livskvalitet favnede områder som træthed, søvnforstyrrelser, smerter og fertilitet, så det var et meget relevant effektmål, siger hun.

**Kvinderne var alene med problemerne**  
Samtalerne blev efterfølgende indført på Gynækologisk klinik på Rigshospitalet i 2016 til patienter, som har det særligt svært, men det hele startede tilbage i 2012, hvor der kom ny viden om, at kontrolpraksis for behandlede gynækologiske kræftpatienter ikke øgede patienternes overlevelse.

## Alle kan være med

Tilbuddet om Guidet Egen-Beslutning er nu blevet digitaliseret af Sundhed.dk, så patienterne kan tilgå dem via deres NemID og vælge en videosamtale med en sygeplejerske. Det betyder, at de patienter, som kommer langvejs fra og ikke har mulighed for et fysisk møde, får samme muligheder som de andre patienter.

Det var Mette Linnet Olesens øverste ledelse, som foreslog forskningsprojektet, og med opbakning fra læger og oversygeplejersken på Gynækologisk klinik gik Mette Linnet Olesen derfor i gang med at undersøge, hvordan patienterne oplevede kontrolforløbet. Først læste hun litteraturen igennem og interviewede seks kvinder.

”Kvinderne viste sig at være meget alene med deres udfordringer efter sygdommen og oplevede, at afdelingen ikke havde tid til at tage sig ordentligt af det. I nogle tilfælde ville kvinden heller ikke belaste de pårørende ved at snakke om det.”

”Kvinderne var bekymrede for, at sygdommen skulle vende tilbage og manglede viden om, hvilke symptomer de selv kunne holde øje med. De havde mangearterede udfordringer: Nogle havde mistet evnen til at få børn, andre var pludselig kommet i overgangsalderen, og under de korte kontrolbesøg var det svært at snakke om psykosociale eller seksuelle udfordringer,” forklarer Mette Linnet Olesen.

### Prøvede af, indtil det fungerede

I afdelingen blev man enige om, at der var brug for at udvikle og teste en personcentreret tilgang.

”Valget faldt på GEB, fordi det på en systematisk og effektiv måde kan finde frem til patienternes individuelle problemstillinger og understøtter en fælles problemløsningsproces,” fortæller Mette Linnet Olesen.

Metoden var oprindeligt udviklet til diabetes af Vibeke Zoffmann, professor og forskningsleder ved Juliane Marie Centeret på Rigshospitalet. For at gøre metoden brugbar til gynækologiske kræftpatienter lavede Mette Linnet Olesen derfor først et pilotstudie med 15 gynækologiske kræftpatienter.

”Her handlede det om at justere refleksionsarkene, så de gav mening for kvinderne. At prøve arkene af, ændre ord og udvikle nye ark indtil det fungerede,” siger hun.

For at teste, om alle patienter i interventionsstudiet blev udsat for samme behandling, udviklede Mette Linnet Olesen også et nøjagtighedsværktøj, ”fidelity tool”, der viser, om sy-

## Metode

- 165 kvinder behandlet for tidlige stadier af gynækologisk kræft blev randomiseret til almindelig kontrol eller kontrol plus 1-4 samtaler med en sygeplejerske baseret på Guidet Egen-Beslutning (GEB).
- Livskvalitet blev målt før randomiseringen og efter ni måneder på områderne fysisk, psykisk, social, spirituel og total livskvalitet.
- 14 kvinder valgte at få en enkelt samtale, 40 valgte to, tre valgte tre og 19 valgte fire samtaler.
- Tre patienter gennemførte ikke.

## Resultater

- De, der fik GEB, scorede signifikant højere på fysisk livskvalitet efter tre måneder ( $p=0.01$ ). Fysisk livskvalitet favner områder som træthed, søvnforstyrrelser, smerter og fertilitet. Der var ingen forskel på de øvrige områder.

## Konklusion

Resultaterne peger på, at GEB forbedrer fysisk velbefindende hos de kvinder, der overlever gynækologisk kræft.

Kilde: Olesen ML et al. A person-centered intervention targeting the psychosocial needs of gynecological cancer survivors: a randomized clinical trial. *J Cancer Surviv* 2016;10(5):832-41.

geplejersken i samtalerne bruger metoden rigtigt. I dag bruger sygeplejerskerne værktøjet til at kvalitetssikre GEB-samtalerne.

### Støtte fra ledelsen var uvurderlig

Den lokale ledelse og Juliane Marie Centeret på Rigshospitalet har undervejs været en stor støtte for Mette Linnet Olesen:

”De har været med til fra første færd at sikre, at det hele har kunnet lade sig gøre i praksis. Den støtte, jeg har fået fra dem, har været uvurderlig i forhold til mit arbejde, fordi de har kunnet se værdien af problemstillingen hele vejen.”

## Sådan virker Guidet Egen-Beslutning



Patienten inviteres til at reflektere over personlige udfordringer, værdier og ressourcer ved at udfylde en række refleksionsark hjemme forud for en samtale med en sygeplejerske, der er uddannet i metoden.



De udfyldte ark sikrer, at patient og sygeplejerske kun taler om de ting, der fylder mest og er relevante for patienten. Arkene understøtter også en fælles problemløsningsproces. I samtalerne bruger sygeplejersken aktiv lytning, spejling og værdiklæring. Samtalerne har hjulpet gynækologiske kræftpatienter til et bedre fysisk velbefindende.



# Jeg havde ikke lyst til at være ked af det

"Samtalerne gør, at man hører, hvad man selv tænker, fortæller den gynækologiske kræftpatient Solvejg Andersen. Og sygeplejerske Tina Bjerre Kanstrup bekræfter: "Det er vigtigt som patient at få et udefrakommende perspektiv på situationen – at snakke med en, der ikke har følelser i klemme, og som kan kaste tingene tilbage."

I samtalen mellem sygeplejerske og gynækologisk kræftpatient er det **patienten, der sætter dagsordenen.**

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



”Jeg oplevede, at alle i min omgangskreds syntes, at jeg skulle være ked af det, fordi jeg havde fået kræft. Men jeg havde ikke lyst til at være ked af det og ville bare gerne kigge fremad. Derfor fik jeg dårlig samvittighed over for mine voksne drenge, fordi jeg ikke fortalte dem ret meget om mit sygdomsforløb.”

Sådan fortæller 70-årige Solvejg Andersen, tidligere kræftpatient på Gynækologisk klinik på Rigshospitalet, om de problemer, der rumsterede rundt i hende, efter at hun var blevet opereret for gynækologisk kræft.

Det hjalp hende at deltage i nogle samtaler med en sygeplejerske fra klinikken. Samtalerne var baseret på metoden Guidet Egen-Beslutning (GEB), og Solvejg Andersen skulle hjemme forberede sig til samtalerne ved at udfylde nogle refleksionsark – en slags spørgeark – der skal hjælpe patienten til at identificere, hvilke problemer der fylder mest efter sygdommen.

”Når man bliver udskrevet efter behandling som kræftpatient, kan det være utrolig svært at få hold på alle de tanker, der kører rundt i hovedet ligesom i et garnnøgle, hvor man ikke kan finde begyndelsen på garnet. Refleksionsarkene hjalp mig til at begynde at filtrere garnnøglet op,” forklarer Solvejg Andersen.

”Ved samtalerne fik jeg bekræftet, at det var helt i orden, at jeg ikke var ked af det efter min sygdom. Det gjorde, at jeg turde snakke med mine sønner om det,” fortæller hun.

### Nødvendigt at skubbe til patienten

På Gynækologisk klinik på Rigshospitalet tilbydes samtalerne til de patienter, som har det sværest og måske oplever senfølger af operationen som angst for tilbagefald, seksuelle problemer eller symptomer på overgangsalder. Ofte befinder patienterne sig i en fastlåst situation.

Sygeplejerske Tina Bjerre Kanstrup fortæller om sit arbejde med GEB og de gynækologiske kræftpatienter:

”Når patienten møder op til en samtale med de udfyldte ark, gennemgår vi arkene, og i løbet af samtalen sætter jeg fokus på de udfordringer, patienten har, og som går igen og derfor ser ud til at fylde rigtig meget. Lidt senere i forløbet går vi i dybden med, hvordan patienten kan komme videre med det problem, der fylder.”

Nogle gange er Tina Bjerre Kanstrup nødt til at skubbe lidt til patienten:

”Hvis patienten f.eks. siger, at det ikke nytter at gøre noget ved et problem. Så kan jeg sige: ”Jamen HVIS du nu skulle gøre noget – hvad skulle det så være?” Eller: ”Hvordan tror du, at hun ville reagere, hvis du kastede dig ud i at snakke med hende om det alligevel?” På den måde bliver patienten tvunget ud i at overveje, om det måske kunne være en god idé at få åbnet op for et problem overfor de nærmeste.”

### ”Man hører, hvad man selv tænker”

Det vigtigste ved samtalerne er, at det er patienten selv, som sætter dagsordenen.

”Normalt skal vi i vores arbejde som sygeplejersker igennem en masse generelle spørgsmål ved patientsamtaler, men her er

det mere spot on på, hvad det er, der fylder for patienten. Det er ikke min dagsorden, men patientens,” forklarer Tina Bjerre Kanstrup.

Samtalerne hjælper patienten til at komme videre, fordi sygeplejersken kan se sammenhænge og muligheder, som patienten har svært ved at få øje på.

”Det er vigtigt som patient at få et udefrakommende perspektiv på situationen – at snakke med en, der ikke har følelser i klemme, og som kan kaste tingene tilbage. F.eks. at gøre Solvejg opmærksom på, at det i virkeligheden var dårlig samvittighed, hun følte overfor sine voksne børn, og at hun ikke behøvede at have dårlig samvittighed. Det hjalp hende til at komme videre.”

Solvejg Andersen er helt enig.

”Samtalerne gør, at man hører, hvad man selv tænker. Nogle gange kan man ikke forstå, hvad man selv tænker og mener, medmindre man har en anden person at fortælle det til. Og det skal ikke altid være dem, der er tættest på én,” mener hun.

Sygeplejerskerne, der varetager samtalerne, er uddannet i GEB og de tre kommunikationsmetoder, som benyttes: aktiv lytning, spejling og værdiklargøring. Center for HR på Rigshospitalet har udviklet et standardiseret certificeringsprogram til sygeplejerskerne med e-learning, fremmøde- og øveforløb, som udbydes til sundhedsprofessionelle nationalt. ●

## Sådan bruges refleksionsarkene i Guidet Egen-Beslutning

Patienten udfylder en række refleksionsark (spørgeark) hjemme som forberedelse til to til fire samtaler med en sygeplejerske. Patienten inviteres til at reflektere over egne udfordringer, værdier og ressourcer. Det gør det muligt ved samtalen at fokusere på det vigtigste.

**SAMTALE 1** indkredser patientens udfordringer.

- **Forberedelse:** Patienten indkredser, hvad der er svært at leve med efter sygdommen bl.a. ved, at patienten fulden 26 sætninger a la: ”Det værste ved at have kræft er ...”, og ”Jeg oplever, at min familie ...”.

**SAMTALE 2** prioriterer, hvilke udfordringer der skal arbejdes videre med. Patienten uddannes i at reagere på nye symptomer.

- **Forberedelse:** Patienten svarer på spørgsmål om hverdagen og om behov for ændringer samt laver en liste over det, der er svært.

**SAMTALE 3** har fokus på systematisk at arbejde med en erkendelse af problemet og en handlingsvej.

- **Forberedelse:** Patienten går i dybden med de sværeste udfordringer samt opsætter mål for problemløsning.

**SAMTALE 4** udarbejder en langsigtet plan med strategier til at løse patientens problemer.

- **Forberedelse:** Patienten gør status – hvad skal der arbejdes videre med, og hvem kan være en støtte fremadrettet?

# Pårørende inddrages via virtuel stuegang



Sygeplejerske og forsker, ph.d., Karin B. Dieperink, Onkologisk Afdeling R, Odense Universitets Hospital. Projektet i Odense er et stykke pionerarbejde, idet der ikke hidtil har været publiceret videnskabelige studier om virtuel stuegang med pårørende til indlagte patienter med hæmatologiske og onkologiske sygdomme.

**Internethaseret videostuegang** på hospitalets kræftafdelinger sikrer, at pårørende gennem teknologiske løsninger i højere grad kan få direkte information og tages med på råd.

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

Når en patient får en kræftdiagnose, rammes hele familien. Derfor er det vigtigt at inddrage de pårørende så meget som muligt, og det var baggrunden for et forskningsprojekt, der nu har ført til ny praksis på kræftafdelingerne på Odense Universitetshospital.

”Vi inviterede i forvejen pårørende til at deltage i stuegang, så de kunne få direkte information om den aktuelle situation og om, hvad der skal ske fremadrettet. Det er vigtigt, at vores pleje også omfatter de pårørende, som kan påvirkes voldsomt både fysisk og psykisk under sygdomsforløbet,” forklarer sygeplejerske og forsker, ph.d., Karin B. Dieperink, Onkologisk Afdeling R, og fortsætter:

”De pårørende vil gerne være tæt på, men i praksis kan det være svært for dem at deltage i stuegang i det omfang, de måske gerne vil. Der kan være arbejde, som skal passes, nogle er måske forhindret i at deltage, fordi de har mindre børn, og vi har en del patienter, som har langt til hospitalet. På den måde kan det være en udfordring at deltage i en stuegang, og

en del vælger i stedet at ringe ind, når de ved, at der har været stuegang. Det kan betyde, at de får andenhåndsviden, og at muligheden for at få svar på spørgsmål begrænses. Vi ville derfor undersøge, hvordan videostuegang kan være et ekstra tilbud, og det skal netop ses som et alternativ til personligt fremmøde. De pårørende er fortsat velkomne til at møde op og være med i stuegangen.”

## Pårørende inddrages for lidt

Ifølge landsdækkende undersøgelser oplever omkring hver tredje patient på kræftafdelinger, at pårørende ikke inddrages tilstrækkeligt. Det skulle projektet medvirke til at rette op på, fortæller Karin B. Dieperink. Hun sidder i bestyrelsen for Dansk Selskab for Familiesygepleje, og her er inddragelse af familien et vigtigt emne.

”Hidtil har det imidlertid knebet med de teknologiske muligheder for virtuel stuegang, men med Cisco Jabber er mulighederne for at benytte et krypteret system nu til stede,” fortæller hun.



Hun tilføjer, at der er en del erfaringer med anvendelse af telemedicin i behandling og pleje af forskellige patientgrupper, mens der hidtil ikke har været forsket ret meget i, hvordan teknologien kan anvendes i forhold til pårørende.

### Stemmer overens med sundhedspolitisk dagsorden

Ledelsen bakkede op om projektet, og der blev nedsat en styregruppe, hvor blandt andre de ledende overlæger fra de to afdelinger deltog. Øget patientinddragelse er en del af strategien på Odense Universitetshospital, og det var med til at sikre velvilje omkring forskningsprojektet.

”Det er som bekendt også i overensstemmelse med den sundhedspolitiske dagsorden i Danmark, hvor der er fokus på at inddrage de pårørende og skabe et godt samarbejde, naturligvis med fokus på patientens ønsker. Også fra lægeside var der generelt en positiv holdning, selv om der for norges vedkommende var bekymring for, om det ville gøre stuegangen mere tidskrævende,” siger Karin B. Dieperink.

Da de tekniske udfordringer var klaret, og patienter og pårørende kunne modtage tilbuddet om videostuegang, blev selve forskningsforløbet sat i gang. Her indsamlede to kandidatstuderende sygeplejersker, Lene Vedel Vestergaard og Christina Østervang Svendsen, nu begge cand.cur., i samarbejde med Syddansk Universitet data ved at observere videostuegang og interviewe såvel pårørende som sundhedspersonale. Forskningen blev gennemført som et kvalitativt studie under vejledning af Karin B. Dieperink og daværende forskningssygeplejerske ved Hæmatologisk afdeling og nuværende næstformand i Dansk Sygeplejeråd, ph.d. Dorthe Boe Danbjørg.

De to kandidatsygeplejersker blev efterfølgende ansat i en femmåneders periode for at kunne færdiggøre deres dataindsamling, skrive artikler og medvirke til implementering.

### Giver stuegangen et kvalitativt løft

Der blev foretaget i alt 190 timers feltobservationer, og 17 pårørende blev interviewet. Derudover blev der foretaget dybdegående interviews i to fokusgrupper med læger og sygeplejersker.

## Forskergruppen består af

- Christina Østervang Svendsen, sygeplejerske, cand.cur., Onkologisk Afdeling, OUH
- Lene Vedel Vestergaard, sygeplejerske, cand.cur., Onkologisk Afdeling, OUH
- Karin B. Dieperink, sygeplejeforsker, ph.d., lektor, Onkologisk Afdeling samt REHPA, Videncenter for rehabilitering og palliation, OUH & SDU; Karin.dieperink@rsyd.dk
- Dorthe Boe Danbjørg, sygeplejeforsker, ph.d., lektor, Hæmatologisk Afdeling, OUH & SDU.

## Projekt Videokonsulteret Stuegang med Pårørende

- Projekt Videokonsulteret Stuegang med Pårørende har haft tidsramme fra november 2017 til udgangen af 2018 med forskningssygeplejerskerne Karin B. Dieperink og Dorthe Boe Danbjørg som projektansvarlige.
- Formålet med projektet var at afdække potentialet for brug af virtuel stuegang med pårørende ved at undersøge patienters, pårørendes og de sundhedsprofessionelles oplevelser i praksis.
- Projektet er støttet af AgeCare, Academy of Geriatric Cancer Research, www.agecare.org og Innovationsfonden, begge ved Odense Universitets Hospital (OUH).
- Indsatsen for at styrke inddragelsen af pårørende vil på sigt yderligere blive forstærket gennem den aktuelle oprettelse af det nye forskningscenter Family Focused Healthcare Centre (FaCe) på OUH og Syddansk Universitet (SDU).

”Blandt projektets påviste resultater er et kvalitativt løft af stuegangen. Det er væsentligt, at de pårørende føler sig som vigtige personer med en viden, der er behov for. I nogle tilfælde giver patienten måske udtryk for, at det går godt, når der tales om medicinens bivirkninger, hvor den pårørende så kan gå ind og præcisere, at ”det er jo ikke helt rigtigt.” De pårørende kender patienten, kender forhold i hjemmet osv. og kan ud fra det få nogle ting tydeliggjort og spørge ind på en relevant måde, hvor patienten måske er mere tilbageholdende,” siger Karin B. Dieperink.

Hun tilføjer, at risikoen for misforståelser minimeres, når pårørende er med og hører, hvad der bliver sagt. Det gælder, uanset om pårørende er fysisk til stede, eller om de er med via en forbindelse mellem hjemmet og hospitalet.

Forskningsprojektet har vist, at alle parter er glade for virtuel stuegang som en ekstra mulighed. Implementeringen skal derfor være permanent, og som sidste led i projektet er to kandidatstuderende i klinisk sygepleje på Syddansk Universitet, Ane Jørgensen Løvendahl og Nadja Buch Petersson, nu i gang med interviews af patienter for at få deres perspektiv med. ●

### Referencer

Vestergaard LV, Østervang C, Danbjørg DB, Dieperink KB. Video Consulted Patient Rounds at Cancer Departments – a kind of freedom. Relatives point of view. Submitted 20/12.18 • Østervang C, Vestergaard LV, Dieperink KB, Danbjørg DB. The use of video consulted patient rounds with relatives – Possibilities and Barriers in clinical practice: A qualitative study. Journal of Medical Internet Research JMIR 2018 IN PRESS. DOI: 10.2196/preprints.12584.

Sygeplejerske Jane Dilling Møller (tv.) og læge Lise Eckhoff til stuegang hos en patient. Der er også en fjerde person til stede, nemlig patientens hustru, som sidder hjemme i Sønderjylland, men som via skærmen både kan ses og høres i Odense. En god ekstra service, der løfter stuegangen, mener Lise Eckhoff, som fra starten har været positiv over for projektet.

# Stuegang kan følges i bilen på en rastepads

Op til fire **pårørende kan følge en stuegang via skærm**, hvor end de befinder sig, bare der er netforbindelse.

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

Det er formiddag på sengeafsnittet på Onkologisk Afdeling R på Odense Universitetshospital. Patienten ligger og læser i et blad, da klinisk sygeplejerske Jane Dilling Møller kommer ind. Hun har en tablet med, som hun stiller på sengebordet i et lille stativ. Jane Dilling Møller har i forvejen sendt en mail med et link til patientens ægtefælle.

”God formiddag,” smiler sygeplejersken, da den pårørende dukker op på skærmen. Patientens ægtefælle har hjemme i Sønderjylland åbnet mailen på sin pc og trykket på linket – forbindelsen er sikret. Patienten smiler uvilkårligt, idet han ser sin kone på skærmen. De udveksler lige et par ord.

”Lægen kommer om et øjeblik. Det er Lise Eckhoff,” fortæller sygeplejersken og retter lidt på tabletten, så alle kommer med på skærmen.

Lægen kommer ind og sætter sig på stolen ved siden af Jane Dilling Møller. Hun præsenterer sig og hilser på patienten og på den pårørende på skærmen. Patienten har sat sig på sengekanten.



## Virtuel stuegang – sådan

- Patienter og pårørende orienteres mundtligt samt via flyers og skærme på afdelingerne om muligheden for virtuel stuegang.
- I projektet opretter personalet på sygehuset via administrationsværktøjet Jabber Guest et link til den eller de pårørende. Linket sendes via mail, og linket er tilknyttet et ad hoc-virtuelt møderum. Der oprettes et link til hver enkelt af op til fire pårørende.
- De pårørende kan aktivere linket enten via pc, tablet eller mobiltelefon. Personalet anvender en Jabber UC Klient på en tablet. Når stuegangen skal finde sted, går den/de pårørende ind i det virtuelle møderum ved at trykke på linket.
- Videosamtalen er krypteret og opfylder de sikkerhedsmæssige krav.

”Vi skal de næste omkring 20 minutter tale lidt om status og om, hvad der skal ske nu og på lidt længere sigt,” forklarer lægen roligt og spørger patienten, hvordan han har sovet i nat, og hvordan han synes, han har det. Imens sidder hans kone i Sønderjylland og følger med, mens hun ser på sin mand.

### Stuegang i private omgivelser

Stuegangen er godt i gang. Nogle gange har patientens datter også været med. Hun er studerende i Aalborg og følger via teknologien med i sin fars kræftbehandling. Der kan deltage op til fire pårørende, og de kan befinde sig hvert sit sted og får så hver sin del af den opdelt skærm. I princippet kan en pårørende køre ind på en rastepads og være med over en mobiltelefon.

Virtuel stuegang er på Odense Universitetshospital så godt som helt implementeret på Onkologisk Afdeling og er godt i gang med at blive implementeret på Hæmatologisk Afdeling. Og efter projektet, hvor pårørendes udbytte af at være med via en internetforbindelse er blevet undersøgt, er der ingen tvivl: Dette skal være et permanent tilbud.

”Jeg sørger for at stille skærmen, så den pårørende så vidt muligt kan se alle, og jeg starter altid med at fortælle, hvem der er til stede. Vi sørger desuden for, at det kan ske i private omgivelser, så der ikke er andre patienter, som lytter med,” siger Jane Dilling Møller.

Hun har også tidligere været med til at gøre en indsats for i højere grad at inddrage de pårørende, bl.a. ved stuegang:

”Jeg ringede nogle gange til pårørende og opfordrede dem til at deltage, men det var jo en balancegang, hvor der ikke skulle presses, og hvor de pårørende ikke skulle have dårlig samvittighed, hvis de ikke havde mulighed for at være med. Nu kan de deltage via en internetforbindelse og dermed deltage uden at være fysisk til stede. Det er en god ekstra mulighed.”

Hun tilføjer, at det ikke er i alle tilfælde, den virtuelle stuegang er en god idé. Hvis det f.eks. er en dårlig prognose, eller der er dårligt nyt efter en scanning, er det bedst, hvis en pårørende er fysisk til stede. Man kan ikke via skærmen holde i hånd eller give et knus.

”Men også i disse tilfælde giver de pårørende udtryk for, at den virtuelle tilstedeværelse er bedre end slet ingen, hvis det af

en eller anden grund ikke er muligt for pårørende at være til stede,” siger Jane Dilling Møller.

Sygeplejerske og læge vurderer hver morgen før stuegang, i hvilke tilfælde det er hensigtsmæssigt at tilbyde virtuel stuegang, og hvor det er bedre at indkalde pårørende til et møde.

### ”Og så sprang hunden ind i billedet ...”

”Når der er tale om ordinær stuegang, hvor der skal drøftes status og fremtidig handlingsplan, er det en ekstra frihed for de pårørende, at de kan være med uden at skulle afsætte en stor del af dagen, hvis de bor langt væk. De får indsigt og førstehåndsviden, hvor de tidligere i højere grad ringede ind bagefter for at få at vide, hvad der var sket på stuegangen,” forklarer Jane Dilling Møller.

Hun oplever, at såvel læger som patienter og pårørende er glade for den nye mulighed, og det er det samme resultat, to kandidatstuderende kom frem til i observationer og interviews. For patienten er det også noget særligt. Nogle af dem gør lige lidt ud af sig selv, når de ved, at de ”skal optræde” for pårørende. Det er et friskt pust ude fra verden og fra hjemmet, når netforbindelsen på den måde bringer pårørende ind på sygestuen.

”Vi havde en patient, hvor hunden derhjemme pludselig sprang op og kom ind i billedet. Det gjorde patienten meget glad,” fortæller Jane Dilling Møller.

Nogle pårørende lytter til de sundhedsprofessionelle og siger ikke så meget, andre taler med og stiller spørgsmål om både det ene og det andet. Men erfaringen er, at det ikke får stuegangen til at trække ud. De pårørende bidrager, men de respekterer rammerne, og målinger viser, at stuegangens længde stort set er som tidligere.

”Man kan sige, at vi sygeplejersker skal bruge lidt tid på at få tabletten på plads og på at få etableret kontakten. Til gengæld spares der tid ved, at der ikke er så mange opringninger efter stuegang. Og så er der en stor tilfredsstillelse ved, at vi på den måde i højere grad inddrager de pårørende,” opsummerer Jane Dilling Møller. ●

## Implementeringsgruppen består af

- Lise Eckhoff, læge, ph.d., Onkologisk Afdeling, OUH
- Ahmed Zedan, læge, Onkologisk Afdeling, OUH
- Jane Dilling, sygeplejerske, Onkologisk Sengeafsnit, OUH
- Anne Bejlegaard, afdelingssygeplejerske, Onkologisk Sengeafsnit, OUH
- Janne Hammer, afdelingssygeplejerske, Onkologisk Sengeafsnit, OUH

## Trialog

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



# Forebyg urinvejsinfektioner med grundlæggende sygepleje

Selvom mange kan forebygges, er urinvejsinfektioner en af de hyppigste infektiøse årsager til indlæggelse blandt ældre. Og de topper også listen over hyppigst forekommende sundhedssektorerhvervede infektioner. Urinvejsinfektioner har store menneskelige og økonomiske omkostninger og kan i værste fald koste liv. Sygeplejersker er centrale i det opsporende og forebyggende arbejde.



**SUSANNE VAHR LAURIDSEN**, klinisk sygeplejespecialist, ph.d. Urologisk Klinik, Center for Kræft og Organsygdomme, Rigshospitalet. Har i årtier beskæftiget sig med urologisk sygepleje. Er forfatter til kapitler om sygdomslære og sygepleje til den urologiske patient i flere lærebøger (1,2). Som medlem af og nuværende formand for European Association of Urology Nurses (EAUN) har hun været med til at udarbejde flere europæiske retningslinjer (3,4,5).



Tekst  
**CHRISTINA SOMMER**  
Journalist



**LIS KJÆR LARSEN**, sygeplejerske med særlig klinisk funktion, MKS, Klinik Hoved-Orto, Ortopædkirurgi, Hjørring, Aalborg Universitetshospital. Arbejder bl.a. med udvikling og implementering af evidensbaseret sygepleje på afsnittene. Deltager p.t. i et forskningsprojekt sammen med ortopædkirurgisk afsnit i Farsø omkring urinvejsinfektioner og hoftenære frakturer.

☪ Cystitis og pyelonephritis. I daglig tale bedre kendt som blære- og nyrebækkenbetændelse. Det er to eksempler på urinvejsinfektioner, der som begreb dækker bredt over infektioner i de nedre eller øvre urinveje.

Sygdommen er fast pensum på de sundhedsfaglige studier, og opsporing og forebyggelse af urinvejsinfektioner blandt især de ældre borgere og patienter taler på flere punkter direkte ind i den grundlæggende sygepleje.

Alligevel er urinvejsinfektioner en af de hyppigste årsager til indlæggelse blandt ældre (6). Det er også den infek-

tion, der rammer flest patienter under hospitalsindlæggelse, også kaldet de sundhedssektorerhvervede urinvejsinfektioner. Det skønnes, at 15-20.000 patienter hvert år påføres en urinvejsinfektion på landets hospitaler og sygehuse (7). Op mod 80 pct. af tilfældene rammer patienter, der er blevet kateteriseret, og der er evidens for, at kateterrelateret urinvejsinfektion fører til øget sygelighed og dødelighed (7).

Ud over de menneskelige gener og konsekvenser kommer udgifterne til antibiotika og op til fem ekstra dage i hospitalssengen (8). Da et indlæggelsesdøgn i gennemsnit koster omkring 4.000 kr., koster de sundhedssektorerhvervede urinvejsinfektioner det danske samfund op mod 400 mio. kr. alene i forlængede indlæggelser om året (7,8).

Antallet har ligget stabilt i mange år, og det er trist, mener klinisk sygeplejespecialist og ph.d. Susanne Vahr Lauridsen fra Urologisk Klinik på Rigshospitalet:

”Urinvejsinfektioner er et stort problem i det danske sundhedsvæsen. Antallet faldt drastisk omkring 1980, da den første evidens og læring om kateterbrug og -pleje begyndte at slå igennem. Men kigger man tilbage på de seneste 10-15 år, har antallet stort set ikke rykket sig. Det er beskæmmende. Der er kommet så meget ny viden, en del er ikke en gang ny, den er bare ikke implementeret.”

### Sygeplejens kerneopgaver

Selvom ældre er mere disponerede for urinvejsinfektioner pga. aldersbetingede årsager som menopause, inkontinens og forstørret prostata, er sygeplejersker og andet sundhedspersonale helt centrale i det opsporende og forebyggende arbejde i både primær- og sekundærsektorer.

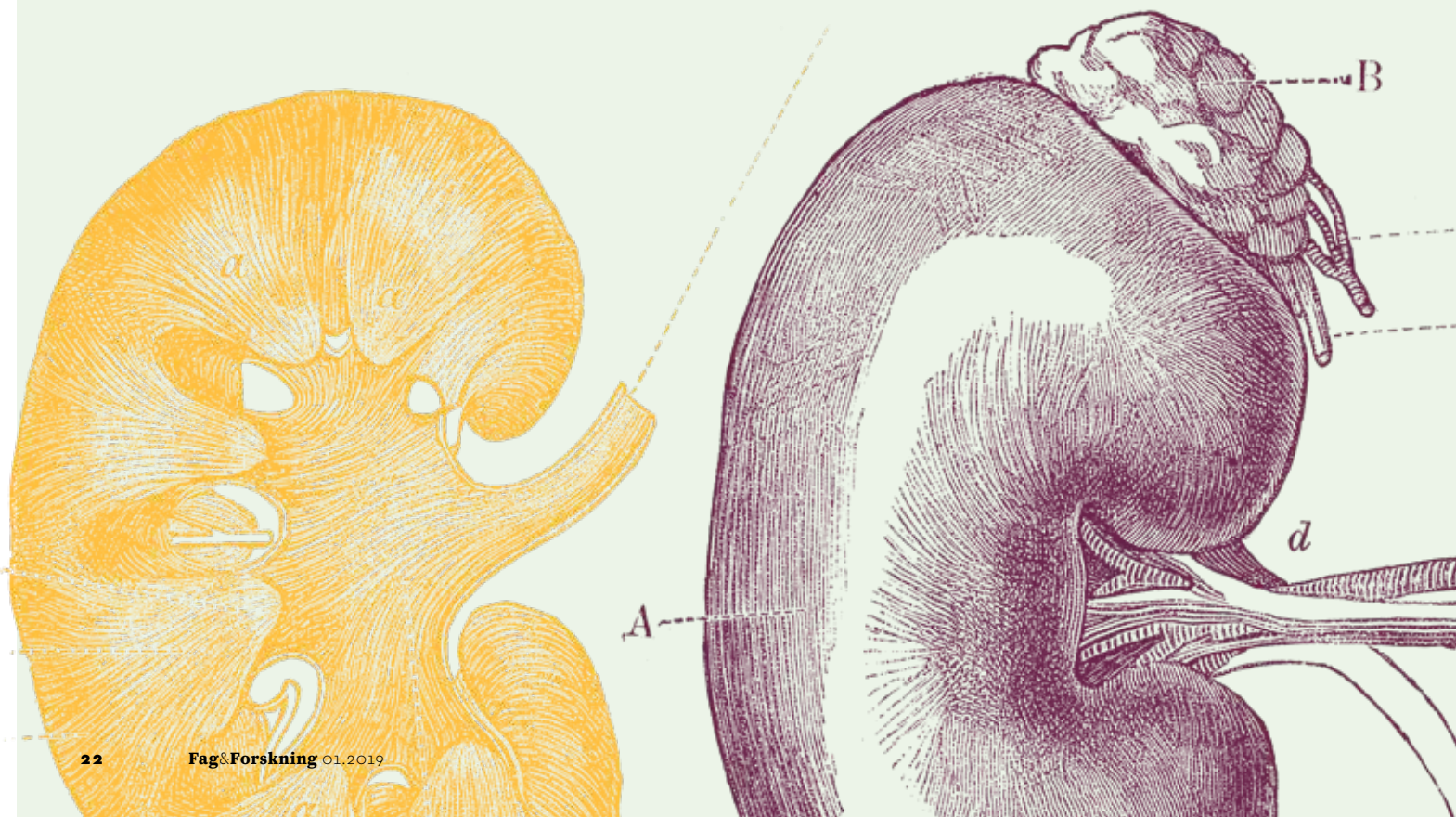
Men det kræver, at medarbejderne er rustet til opgaverne og ikke mindst kender og følger de gældende retningslinjer på området, hvilket ikke altid er tilfældet (9). Susanne Vahr Lauridsen tilføjer:

”Tag f.eks. blærekatetre – i de rette situationer er de et fantastisk hjælpemiddel. Men sygeplejersker skal også kende de andre muligheder for urinvejsdrænage og vide, at patienter, som får anlagt et blærekateter, har 10 gange større risiko for at udvikle urinvejsinfektion end patienter uden.”

I denne trialog har Fag&Forskningsjournalist sammen med kliniker Lis Kjær Larsen, Ortopædkirurgi, Hjørring, Aalborg Universitetshospital, interviewet Susanne Vahr Lauridsen om den aktuelle viden og evidens inden for urinvejsinfektioner. Både i forhold til opsporing og forebyggelse generelt og mere specifikt i forhold til korrekt kateterbrug og -pleje.

Som Lis Kjær Larsen udtrykker det:

”Der er så meget grundlæggende sygepleje i det her. Det handler om væsketerapi og udskillelser, om hygiejne, mobilisering og korrekt brug af kateter. Det er alt sammen kerneopgaver i sygeplejen.”





# Urinvejs- infektioner kan slå ihjel

Urinvejsinfektioner skyldes primært bakterier i urinen. Kvinder er mere udsatte end mænd, men i takt med alderen stiger risikoen for begge køn. En urinvejsinfektion kan i værste fald føre til patientens død.

En ud af to kvinder vil blive ramt af en urinvejsinfektion mindst én gang i livet. For halvdelen af dem gælder, at de får en ny infektion inden for et år. Urinvejsinfektioner rammer kvinder fire gange hyppigere end mænd, og det skyldes primært kvinders korte urinrør, der gør det lettere for især E-colibakterier at trænge op i blæren (10).

## URINVEJSINFEKTION

- Er den hyppigst forekommende sundhedssektorerhvervede infektion
- Forholdet mellem kvinder og mænd, der pådrager sig en infektion i aldersgruppen 20-60 år, er 100:1
- Årsager kan være blærekateter, sten i urinvejene, mangelfuld blæretømning og afløbshindring
- Diagnose stilles ved hjælp af urindyrkning og blæretømningsforhold samt udredning for afløbshindring
- Behandling er oftest rigeligt væskeindtag og antibiotika ud fra resistensbestemmelse.

(Kilde: 1)

Særligt udsatte er kvinder med et aktivt sexliv, men også kvinder efter menopausen, da slimhinden i urinrøret bliver mere sart og dårligere til at beskytte mod mikroorganismer. En nedsunken livmoder kan også gøre det svært at tømme blæren helt (11).

”Det korte urinrør kan man jo ikke gøre så meget ved. Omvendt kan kvinder i den fertile alder i langt de fleste tilfælde kurere sig selv for en urinvejsinfektion ved at tømme blæren regelmæssigt. Det kan mange patienter med normal nyrefunktion faktisk også. Det kræver, at de drikker rigeligt med vand, dvs. ca. to liter om dagen i to-tre dage,” siger Susanne Vahr Lauridsen og tilføjer:

”Det er det fantastiske ved urinvejene. De har en cisternefunktion, der kan skylle bakterierne ud.”

Men også mænd får urinvejsinfektioner, især hvis de lider af forstørret prostata, hvilket kan medføre urinretention (manglende eller nedsat evne til at tømme blæren, red.) og/eller har behov for hjælp til at tømme blæren ved hjælp af kateter. For begge køn gælder, at risikoen stiger med alderen, og især svækkede og syge mennesker er i fare:

”De typiske patienter er de ældre, både kvinder og mænd. Urin er et rigtig godt vækstmiljø for bakterier, og en af de

bedste måder at forebygge urinvejsinfektioner på er en komplet tømning af blæren, hvilket syge eller svækkede patienter kan have udfordringer med,” siger Susanne Vahr Lauridsen og tilføjer: ”Der er dog kun begrænset evidens for, at alder i sig selv øger risikoen for urinvejsinfektioner” (6).

### Egne bakterier største synder

Normalt er urin og urinvejene sterile med undtagelse af den yderste del af urinrøret. Urinvejsinfektioner skyldes oftest endogen smitte, dvs. inficering af urinvejene med såkaldt lejlighedsvis patogene tarmbakterier, altså patientens egne bakterier,

f.eks. E-coli, der forårsager ca. 80 pct. af alle urinvejsinfektioner (7).

Manglende væskeindtag kan dog også resultere i infektioner, da der vil være længere tid mellem hver vandladning. Det påvirker igen den såkaldte skylleeffekt negativt, hvilket kan betyde, at evt. mikroorganismer i blære og urinrør ikke bliver skyllet ud. Risikoen for urinvejsinfektioner stiger også ved inkontinens, da den konstante siven af urin mindsker skylleeffekten (11).

Urinvejsinfektioner deles op i ukomplicerede og komplicerede infektioner, ligesom man taler om symptomatiske og asymptomatiske infektioner. De eneste patienter i kategorien ukomplicerede infektioner er ikkegravide kvinder, som ikke fejler noget urologisk. Alle andre patienter, det vil sige kvinder over 65 år med komorbiditet eller besværet blæretømning, gravide, børn og mænd, som pådrager sig en urinvejsinfektion, falder automatisk i kategorien komplicerede urinvejsinfektioner (6):

”Her skal man være meget mere fokuseret på at finde årsagen til urinvejsinfektionen, så man kan behandle den frem for bare at behandle infektionen. Mænd har jo f.eks. et langt, bøjet urinrør, der gør det langt sværere for bakterier at komme op i urinvejene. Kan de det, skal man undre sig,” siger Susanne Vahr Lauridsen.

En af de store syndere i forhold til især de sundhedssektorerhvervede urinvejsinfektioner er brug af katetre. Uanset type øger katetre risikoen for, at bakterier kan trænge ind i urinvejene. Den komplekse problemstilling beskrives separat i artiklen ”Risikoen øges markant ved brug af kateter” på side 30.

### Kan medføre delir

En symptomatisk urinvejsinfektion er karakteriseret ved to eller flere af de typiske symptomer på urinvejsbetændelse: Svie eller smerter ved vandladning, hyppig vandladningstrang og smerter over symfyren (se skemaet ”Almindelige årsager til ændringer i urinens farve”).

## ALMINDELIGE ÅRSAGER TIL ÆNDRING I URINENS FARVE

FARVE	PATOLOGISK ÅRSAG	FØDEVARE- ELLER MEDICINÅRSAGER
<b>GRUMSET</b> , uklar	Bakterier i urinen (pyuri) Visse kønssygdomme	Stort indtag af purin (Del af DNA/RNA, der findes i høj koncentration i kød, indmad og bælgfrugter)
<b>BRUNLIG</b> - porterfarvet	Myoglobinuri (myoglobin fra musklerne, f.eks. efter langvarig tryk-skade), galdepigment ved leversygdom	Hestebønner Visse antibiotika (metronidazol, nitrofurantoin) samt visse malariamidler
<b>GRØN, BLÅ, LILLA</b> farvning af kateterpose; kaldes også "purple-bag syndrome"	Bakterier i urinen, obstipation. Purple-bag syndromet er harmløst	Methylenblåt (farvestof) Asparges (grønligt) Amitriptylin (antidepressiva)
<b>ORANGE</b>	Galdepigment	Chlorpromazin (psykofarmaka)
<b>RØD</b>	Blod (hæmaturi) (se også boksen "Blod i urinen")	Rødbeder, rabarber, brombær Antibiotika
<b>GUL</b>	Koncentreret urin ved dehydrering	Gulerødder

(Kilde: 1)



## PERMANENT KATETER IKKE NØDVENDIGT

Patienter med neurologiske sygdomme har ofte problemer med at tømme blæren. Ifølge Susanne Vahr Lauridsen har halvdele af disse patienter permanent kateter, selvom førstevalget ifølge retningslinjen (7) bør være et intermitterende kateter:

"I langt de fleste tilfælde er permanent kateter slet ikke nødvendigt. Så her skal, så vidt det er muligt, bruges intermitterende kateter, da det nedsætter risikoen for at udvikle urinvejsinfektion betydeligt," siger hun.

Lændesmerter, feber og stærk sygdomsfølelse tyder på, at infektionen har spredt sig til nyrebækkenet og udviklet sig til nyrebækkenbetændelse (10). Men, pointerer Susanne Vahr Lauridsen:

"Ildelugtende og grumset urin er i sig selv ikke et tegn på urinvejsinfektion. Det kan skyldes mange andre ting. Og man kan også sagtens have en urinvejsinfektion, uden urinen lugter," siger hun og tilføjer:

"Har man en borger med feber og tænker, at det nok er en urinvejsinfektion, viser det sig typisk at være noget andet. Man ved f.eks., at en positiv urindyrkning og feber hos en plejehjemspatient uden blærekateter skyldes en urinvejsinfektion i mindre end 10 pct. af tilfældene (6). Derfor er det vigtigt altid at spørge ind til eller observere borgeren for symptomer fra urinvejene."

Asymptomatiske urinvejsinfektioner dækker over infektioner uden de typiske symptomer. Børn under fem år vil f.eks. ofte have mindre karakteristiske symptomer såsom slaphed, irritabilitet,

Vidste du at ...

### UKLAR ELLER GRUMSET URIN

Uklar eller grumset urin kan være tegn på pyuri, som er pus i urinen. Det kan ses ved en urinvejsinfektion, men også visse kønssygdomme.

(Kilde: 1)

### URININKONTINENS

- Ses hos ca. 30 pct. blandt ældre over 65 år. Fordeling mellem kvinder og mænd er 2:1
- Anamnese og væske-vandladnings-skema giver oplysning om symptomer
- Behandling afhænger af inkontinensstype og årsager
- Styrkelse af bækkenbund gennem øvelser anbefales til alle

(Kilde: 1)

### RESIDUALURIN OG URINVEJSINFEKTION

En mangelfuld tømning af blæren giver bakterier gode vækstbetingelser. Derfor er sengeliggende patienter særligt udsatte, da mange har residualurin pga. vanskeligheder med at tømme blæren helt i liggende stilling. Det er vigtigt at opfordre og hjælpe denne patientgruppe med toiletbesøg.

(Kilde: 1)

### URINVEJSINFEKTIONER HOS ÆLDRE

Urinvejsinfektioner er blandt de hyppigste infektiøse årsager til indlæggelse blandt ældre. De fleste studier om dette er udført blandt plejehjemsboere, hvor mange er immobile, har urinvejskateter eller andre komplicerende faktorer.

Ældre er også i høj risiko for at få recidiverende urinvejsinfektioner, dvs. tre eller flere tilfælde inden for de seneste 12 måneder eller to tilfælde inden for de seneste seks måneder. Ældre med demens eller andre kognitive sygdomme kan vanskeliggøre anamnese, da det kan være svært at opdage symptomerne.

(Kilde: 6)

### BLOD I URINEN

Rødlig urin kan skyldes blod i urinen, også kaldet hæmaturi. Urinen kan være lyserød, mørkerød eller brunlig, og der kan også være koagler i urinen. De hyppigste årsager til hæmaturi er:

- Infektion (30-50 pct.)
- Prostata sygdom (LUTS, Lower Urinary Tract Symptoms, red.) (20-30 pct.)
- Kræft (5-10 pct.)
- Sten sygdom, traume og nyresygdom er mere sjældne årsager

En urindyrkning vil vise, om hæmaturien skyldes en urinvejsinfektion.

(Kilde: 1)



nedsat appetit og opkastninger. Og ældre udvikler ikke altid de karakteristiske symptomer, men mistanken bør opstå ved andre symptomer som f.eks. nye eller forværrede urinvejs-symptomer, feber, kulderystelser eller påvirket almentilstand, i værste fald delir (10).

Delir er den internationale betegnelse for akut konfusion og forvirring hos ældre. Den udvikler sig i løbet af få minutter eller timer, og tilstanden skyldes ofte behandlingskrævende fysisk sygdom (12).

”Der kan være mange årsager til, at ældre mennesker udvikler delir, men de mest almindelige er infektioner, især urinvejsinfektioner og pneumoni,” forklarer Susanne Vahr Lauridsen.

### Urin skal stixes og dyrkes

Urinvejsinfektioner kan i værste fald resultere i, at patienten dør. Det kan ske, hvis urinvejsinfektionen udvikler sig til bakteræmi (bakterier i blodet, red.), hvilket i yderste konsekvens kan medføre sepsis med døden til følge. Udenlandske studier viser, at dødeligheden i gruppen af patienter, hvor urinvejsinfektionens bakterier har spredt sig til blodet, er 13-30 pct. (7).

”Disse tal gælder for patienter med blærekatetre, som ofte også er meget syge og svækkede. Tallene er ikke enorme, men ja – man kan dø af det her. Uanset årsag kan alle ubehandlede urinvejsinfektioner, især nyrebækkenbetændelse, udvikle sig til sepsis med kredsløbschok,” advarer Susanne Vahr Lauridsen.

Ved symptomer på urinvejsinfektion hos borgere uden blærekateter er anbefalingen, at sygeplejerskerne stixer urinen for leukocytter og nitrit. Men den endelige diagnose kan først stilles efter kvantitativ dyrkning af urinen efter korrekt opsamling og forsendelse (10). Grænsen for en positiv dyrkning, som kræver behandling med antibiotika, er  $10^4$ , som er udtryk for, hvor mange bakterier der er i urinen.

”Urinstix, der boner ud for leukocytter og nitrit, behøver ikke at være tegn på, at der er en urinvejsinfektion, som skal behandles. Men det er tegn på, at der skal sendes en urinprøve til dyrkning på klinisk mikrobiologisk afdeling. Om resultatet er  $10^4$  eller  $10^5$ , kan være svært at forholde sig til for sygeplejersker i klinikken. Men resultatet er sammen med symptomer vigtigt i forhold til antibiotikabehandling,” siger Susanne Vahr Lauridsen. ●



Som udgangspunkt skal ukomplicerede, men behandlingskrævende urinvejsinfektioner behandles med antibiotika i tre døgn, mens de komplicerede skal behandles med antibiotika i syv døgn. Udskrivelse af antibiotika er som bekendt lægens bord, men for sygeplejersker og andre, der administrerer medicinen, er det vigtigt at følge lægens anvisninger nøje:

”Ligesom med smertestillende medicin er det med infektioner vigtigt, at patienten er døgndækket. Det er der evidens for. Det går ikke at give hver 6. time først, og så går der 12 timer om natten, fordi det er det, der kan lade sig gøre i forhold til vagtplanen. Så får bakterierne rig mulighed for at boltre sig igen. Mit indtryk er, at det fungerer mange steder i dag, men det har været et sejt træk,” siger Susanne Vahr Lauridsen.

# Hjælp borgeren til gode toiletvaner

Hyppige toiletbesøg eller småtspisende borgere, der ikke får drukket nok væske. Det er situationer, sygeplejersker bør reagere på for at opspore eller forebygge urinvejsinfektioner.

☐ Skal hr. Hansen på toilettet hele tiden, og klager han over, at det svier? Og er fru Jørgensen langt fra begejstret for at drikke de omkring 1,5 l væske, som alle ældre bør indtage hver dag? (13) Og hvad med fru Niensens ble? Passer den, og bliver den skiftet ved behov eller mindst tre gange i døgnet, som retningslinjerne kræver det?

Det er få eksempler på situationer, hvor sygeplejersker, men også sundhedspersonale generelt i både kommuner og på sygehuse bør tænke ”urinvejsinfektion eller i risiko for samme”. Som beskrevet i artiklen ”Urinvejsinfektioner kan dræbe” side 30 skal der blot to symptomer til, før sygeplejersken bør stixe urinen for evt. at sende den videre til dyrkning.

Men sygeplejerskerne kan gøre meget for at hjælpe borgere og patienter med helt at undgå denne situation. De skal først og fremmest være opmærksomme på symptomer og ikke mindst hjælpe borgerne med at forebygge urinvejsinfektionerne, fortæller Susanne Vahr Lauridsen:

”Også her er forebyggelse frem for behandling vejen frem. Især set i forhold til alle de gener, urinvejsinfektioner medfører. Og også i relation

til mængden af den antibiotika, der bliver udskrevet, og den risiko det medfører for at udvikle resistens.”

## Væskeskemaer og mobilisering

De generelle forebyggelsesråd er ret simple: Drik nok væske, sørg for korrekt nedre hygiejne samt gode vandladningsvaner.

Under normale forhold har en voksen dansker brug for at drikke 1-1,5 l væske om dagen. Med alderen får man dog sværere ved at koncentrere væsken fra urinen, og der sker derfor et større væsketab. Derfor anbefales det, at ældre drikker mindst 1,5 l væske om dagen, selvom de ofte ikke er særligt tørstige (13).

Det anbefalede væskeindtag er vigtigt for en optimal blærefunktion. Det er igen med til at sikre gode vandladningsvaner, hvor blæren tømmes regelmæssigt og fuldstændigt, hvilket virker forebyggende (1).

Den bedste måde at holde styr på dette er ved at føre skema over væskeindtag og toiletvaner. God nedre hygiejne i form af daglig vask er også vigtigt, ligesom kvinder efter toiletbesøg skal tørre sig selv

## ANLÆGGELSE, SKIFT OG FJERNELSE AF BLE

- Bleen skal påsættes forfra og bagud
- Bleens sugende overflade skal ligge mod urinrørsåbningen
- Bleen skal fikseres med nettrusser eller tætsiddende trusser
- Bleen skal skiftes og kasseres ved behov og mindst tre gange i døgnet
- Den skal fjernes forfra og bagud
- Ved hvert skift af våd ble skal huden i bleområdet aftørres med fugtig klud/ serviet eller brug af vaskecreme
- Huden skal være tør, før bleen genanlægges
- Nedre toilette udføres en gang dagligt med vand og sæbe/vaskecreme og ved synlig forurening.

(Kilde: 7)

forfra og bagud. Kan en borger eller patient ikke klare dette selv, er det naturligvis plejepersonalets opgave at hjælpe.

”Borgerne kan måske selv synes, det er besværligt at skulle drikke så meget, for så skal de på toilettet hele tiden. Og skal patienterne mobiliseres eller hjælpes op på en bækkenstol, kræver det måske også lidt mere arbejde for personalet. Men hvis vi vil være med til at ændre noget, er det den her vej, vi skal gå. Det er også grundlæggende sygepleje!” siger Susanne Vahr Lauridsen.

### Uddannelse af alle faggrupper vigtigt

Ifølge et norsk studie har ældre, som går med ble, fire gange så stor risiko for at få blærebetændelse inden for et år som ældre uden ble (14). Bakterier stortrives i en våd

og varm ble, og derfor lyder anbefalingen bl.a., at personalet skal vælge den mindst mulige ble, da de er relativt varme. Korrekt håndhygiejne er vigtigt både før og efter anlæggelse og fjernelse af ble samt ved nedre toilette, og der skal også anvendes rene engangshandsker (se boksen ”Anlæggelse, skift og fjernelse af ble”) (7).

I retningslinjen står endvidere, at ”bleen kan anlægges, og patienter med ble håndteres af sundhedspersoner, som er oplært heri”, dvs. typisk social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

Netop det faktum giver Susanne Vahr Lauridsen lyst til at understrege, hvor vigtigt det er, at alle faggrupper bliver undervist i nyeste viden og evidens:

”Så længe der stadig er nogle, der tror, at ilde lugtende urin eller en urinstix, der boner ud på leukocytter eller nitrit, er en urinvejsinfektion, der skal behandles. Og så længe, der er praktiserende læger, som udskriver antibiotika uden at være opmærksomme på forebyggende tiltag, ja så er det altså svært at opspore og forebygge flere tilfælde.”

### Mangelfuld udredning

Susanne Vahr Lauridsen holder jævnligt kurser, bl.a. for inkontinenssygeplejersker, og på et nyligt overstået kursus blev hun overrasket over kursisternes melding om, at mange blebrugere ikke er blevet ordentligt udredt.

”De kunne fortælle om mangelfulde anamneser og udredninger. Mange ældre kan undvære bleen

## URIDOM

Et uridom er et hjælpemiddel til opsamling af urin hos mænd. Det anvendes typisk ved middel til ekstra svær inkontinens og er et bedre alternativ end permanent kateter, da risikoen for urinvejsinfektion er mindre.

Det består af et kondom, som sættes på penis. Spidsen ender i en studs, hvor en slange og en urinpose skal tilsluttes. Nogle uridomer er selvklæbende, og andre fikseres med specialdesignet tape eller bånd. Selvklæbende uridomer er førstevalg.

Det er vigtigt at sikre korrekt størrelse, da for lille uridom kan medføre tryksår og for stort kan resultere i, at uridomet falder af. Der kan anvendes rent drænegesystem og poser med eller uden bundaftapning. Også her er korrekt fiksering af slange til urinpose vigtigt. Uridomet skal skiftes dagligt af hensyn til huden, og det er vigtigt samtidig at inspicere hud for irritation og trykspor. Posen skiftes efter behov og mindst en gang ugentligt. I alt arbejdet er det vigtigt, at de generelle hygiejniske retningslinjer overholdes.

(Kilde: 7)

# FUP ELLER FAKTA OM



## C-VITAMINER

Nogle mener, at surgøring af urinen ved hjælp af masser af C-vitamin kan forebygge urinvejsinfektioner. Men det er der ikke evidens for (16).

## TRANEBÆR

Tidligere tydede studier på, at ikkegravide kvinder med recidiverende blærebetændelser kunne forebygge infektioner med dagligt indtag af tranebær. Men det nyeste opdaterede Cochrane-review viser, at urinvejsinfektioner hverken kan forebygges eller behandles med tranebærprodukter (17). Susanne Vahr Lauridsen hører dog nogle gange, at hjemme-sygeplejersker oplever, at tranebærsaft virker forebyggende på urinvejsinfektioner: "Måske er det fordi, borgeren så får drukket nok. Men evidensen er altså svag, og man skal også være opmærksom på bivirkninger, hvis borgeren er i blodfortyndende behandling. Høje doser tranebær kan øge effekten af blodfortyndende medicin," siger hun.



## KULDE OG TRÆK

Mange vil vide, at blærebetændelse kan opstå ved, at man fryser, har kolde fødder eller får træk. Det er der dog ikke evidens for. Kulde og træk kan muligvis påvirke ens immunforsvar negativt, så man bliver mere modtagelig for infektioner, hvilket også sker med f.eks. forkølelse. Men hverken forkølelse eller blærebetændelse kommer af sig selv. Man skal samtidig være udsat for bakterier (18).



ved hjælp af simple invasive tiltag, f.eks. ved at minimere væskeindtag om aftenen, faste toilettider og hjælp til at komme på toiletet. Og flere mænd kan desuden anvende uridom i stedet for ble. Men de tiltag kræver igen, at borgeren er ordentligt udredt," siger hun (se boksen "Uridom" side 28).

Det billede kan Lis Kjær Larsen genkende, men: "Overordnet synes jeg, at de i primær sektor er gode til at forebygge og håndtere urinvejsinfektioner. Vi får f.eks. ikke så mange patienter indlagt med kateter à demeure som tidligere, og de er gode til at beskrive, hvornår kateteret evt. skal seponeres," siger hun og tilføjer:

"Nogle gange modtager vi borgere, som ikke er blevet ordentligt udredt, eller hvor vi kan have en mistanke om, at det er en ubehandlet urinvejsinfektion, der er skyld i, at en borger er faldet og har brækket hoften, fordi hun er blevet konfus grundet feber og smerter." ●

## BLADDER AND BOWEL

"Bladder and bowel" – på dansk blære og tarme – og sammenhængen mellem dem, er hotte emner i især den internationale forskning i disse år. Der bliver f.eks. forsket meget i probiotika – en række mikroorganismer, herunder mælkesyre- og bifidobakterier – som tillægges sundhedsfremmende egenskaber, fortæller Susanne Vahr Lauridsen (15):

"Emnet er også højaktuelt herhjemme, men jeg hører fra mine kolleger i Holland, at noget tyder på, at sunde tarme kan nedsætte risikoen for urinvejsinfektioner, men det er virkelig i sin vorden, det her," siger hun.

Har man tendens til eller kronisk obstipation, er der dog evidens for øget risiko for urinvejsinfektion, da blæren kan komme i klemme, hvilket igen kan hindre komplet blæretømming. Obstipationen er måske også symptom på, at borgeren ikke får drukket nok.

"Tarmene ligger meget tæt på urinrøret, man kan ikke skille tarme og blære ad. En grundig udredning af en urinvejsinfektion indebærer også altid en tarmanamnese.

Den viden skal også inkorporeres i det forebyggende arbejde," påpeger Susanne Vahr Lauridsen.

## UROLOGISK PLEJE I BORGERNES EGET HJEM

I forbindelse med anvendelse af urinvejskatetre og inkontinenshjælpemidler henviser Susanne Vahr Lauridsen til Bilag 1 i retningslinjen for forebyggelse af urinvejsinfektion i forbindelse med urinvejsdrænage og inkontinenshjælpemidler (7). Heri beskrives en række procedurer og regler, som kan bruges som inspiration til udarbejdelse af lokale vejledninger. "Det giver primær sektor mulighed for at udarbejde deres egne retningslinjer, så længe de følger principperne i den nationale retningslinje," siger Susanne Vahr Lauridsen.

# Risikoen øges markant ved brug af kateter

Når det kommer til sundhedssektorerhvervede urinvejsinfektioner, er katetre de helt store syndere. De øger bl.a. risikoen for bakterier i urinvejene og kan forårsage fysiske skader. Overvej derfor nøje, om kateterisation er nødvendigt.

📍 Hver gang 100 borgere bliver indlagt på et af landets hospitaler, vil mellem 10 og 17 af dem få anlagt kateter à demeure, også kaldet KAD eller blærekateter (i det følgende benævnt blærekateter, red.) (8).

Alene anlæggelsen gør, at disse patienter har 10 gange så stor risiko for at udvikle en urinvejsinfektion som patienter uden kateter. Og risikoen stiger med 3-7 pct. for hver dag, kateteret ligger (7). Susanne Vahr Lauridsen tilføjer:

”Omkring halvdelen af de her blærekatetre anlægges uden klinisk indikation. Og halvdelen af dem ligger længere end nødvendigt. Det er det, vi skal væk fra, hvis vi vil nedsætte antallet af sundhedssektorerhvervede urinvejsinfektioner” (se boksen ”Indikationer for anlæggelse af blærekateter”).

## Ofte sygeplejersker, som kateteriserer

Der findes mange forskellige typer katetre, men de kan overordnet inddeles i to hovedgrupper: 1) Uretral- eller blærekateter, som altid føres ind i blæren via urethra og er tilkoblet en opsamlingspose til urin (også kaldet kateter à demeure eller KAD) samt 2) suprapubisk kateter, som under lokalbedøvelse bliver ført ind i blæren gennem huden og bugvæggen lige over symfyse og tilkobles en opsamlingspose til urin (7).

Endelig er der også den intermitterende kateterisation, som dækker over periodevis tømning af blæren. I borgerens eget hjem står borgeren ofte selv for den opgave, hvor den bliver udført som

## INDIKATIONER FOR ANLÆGGELSE AF BLÆREKATETER

- Urinretention, som ikke kan behandles med SIK
- Neurologisk dysfunktion af blæren, som ikke kan behandles med SIK
- Kraftig blødning i urinvejene
- Måling af timediurese
- Perioperativt ved langvarige indgreb og ved indgreb, som kræver blæretomhed
- Ved patienter, hvor ingen alternative løsninger kan anvendes

(Kilde: 7,8)

## RIK OG SIK

### RIK

Ren intermitterende kateterisation (RIK) er systematisk brug af gentagne engangskateterisationer af urinblæren under anvendelse af ren teknik. Ren teknik indebærer brug af sterilt kateter, håndvask og nedre toilette/ aftørring af urethra ved behov. Efter oplæring kan borgere eller pårørende selv udføre RIK.

### SIK

Steril intermitterende kateterisation (SIK) er systematisk brug af gentagne engangskateterisationer af urinblæren under anvendelse af aseptisk teknik. Sundhedspersonale skal altid benytte denne procedure, hvis de engangskateteriserer patienter eller borgere.

(Kilde: 7)

## ASEPTISK OG NON-TOUCH TEKNIK

**Aseptisk teknik** er en procedure, hvor materialer, udstyr, personaleadfærd og evt. lufttilførsel er reguleret for at holde den mikrobielle og partikulære kontamination på et accepteret niveau. Aseptisk teknik benævnes ofte steril teknik.

**Non-touch teknik** er en procedure, der sikrer, at man ved at anvende rent/sterilt udstyr ikke forurener andet rent/sterilt udstyr eller patienten.

(Kilde: 7)

en såkaldt ren procedure – ren intermitterende kateterisation, også kaldet RIK (se boksen ”RIK og SIK” side 30). Under indlæggelse på hospital kan både borger og pårørende udføre RIK. Skal sundhedspersonale udføre de intermitterende kateterisationer, skal det ske som en såkaldt steril procedure, deraf navnet SIK (se boksen ”RIK og SIK” side 30), som står for sterilt intermitterende kateterisation (1).

Mens suprapubiske katetre udelukkende anlægges af læger, tager sygeplejersker og plejepersonale sig ofte af kateterskift og al kateterpleje ved begge typer katetre. Og det er ofte også sygeplejersker, som på delegation fra læger anlægger de uretrale katetre - både på hospitaler og i kommuner.

## ANBEFALINGER FOR INTERMITTERENDE KATETERISATION

- Er der indikation for blæretømning med kateter, bør intermitterende kateterisation (SIK/RIK) overvejes som alternativ til korttids- og langtidsbehandling med blærekateter
- SIK skal anvendes ved kateterisation foretaget af sundhedspersonale
- RIK kan anvendes, når personen selv eller en pårørende/personlig hjælper udfører proceduren
- Institutionen bør indføre blærescanning til vurdering af behovet for kateterisation i den postoperative fase og andre risikogrupper
- Der skal foreligge vejledende retningslinjer for, hvilke tiltag forskellige blærevoluminer bør udløse
- Ved anvendelse af ultralydsscanning skal medarbejderne være uddannet i anvendelsen af udstyret
- Ved RIK skal kateterisationsfrekvensen fastlægges individuelt
- Kateterisationsfrekvensen skal sikre, at tømningens volumen som hovedregel ikke overstiger 400 ml
- Tømningshyppigheden bør øges ved hyppig symptomatisk urinvejsinfektion
- Asymptomatisk bakteriuri er hyppig og giver almindeligvis ikke indikation for antibakteriel behandling.

(Kilde: 1)

”Vi kan meget sjældent have en patient, som er så kompliceret, at sygeplejersker ikke kan anlægge uretralt kateter. Her hjælper lægerne os, men ellers er det altid sygeplejersker, som kateteriserer patienterne,” siger Lis Kjær Hansen og uddyber:

”Vi er meget opmærksomme på, at vi ikke må forcere noget, især i forhold til de ældre herrer med forstørret prostata eller prostatakraft. Her kan vi virkelig komme til at lave store problemer.”

Det får Susanne Vahr Lauridsen til at tilføje:

”Når man ser, hvor meget skade et kateter kan medføre, burde vi være meget mere bange for at håndtere dem, end vi er, og tænke i alternative hjælpemidler,” siger hun.

### SIK er sikrest

Den øgede risiko for at udvikle urinvejsinfektion ved anlæggelse af blærekateter skyldes eksogen smitte. Risikoen afhænger både af kateterisationstypen og -metoden, samt hvor længe kateteret sidder.

”Den største risiko for kateterrelateret urinvejsinfektion skyldes krydskontamination, altså smitte med bakterier fra andre patienter eller personalet selv. Det kan skyldes dårlig håndhygiejne, f.eks. når urinposen tømmes eller skiftes. Risikoen er meget mindre ved RIK, hvor borger eller patient kateteriserer sig selv. Men at vi tager bakterier med fra patient til patient – det duer ikke,” siger hun.

Der er evidens for, at engangskateterisationer af typen SIK er den mest skånsomme form for blærekateterisation og udgør den mindste risiko for udvikling af urinvejsinfektion (7).

Det er derfor oplagt, at ikke bare flere sygeplejersker, men også kolleger som læger og social- og sundhedsassistenter på både sygehuse, i plejecentre og i borgernes hjem begynder at tænke, som de gør bl.a. på Aalborg Universitetshospital: ”Er permanent kateter overhovedet nødvendigt? Måske SIK er løsningen?” (læs mere om dette i medfølgende nummer af *Sygeplejersken*, nr. 3/2019). Og kan blærekateter måske helt undgås, f.eks. ved at borger eller patient får hjælp til at komme på toilettet eller bækkenstol? Lis Kjær Larsen uddyber:

”Vi scanner vores patienters blære før og efter en operation. Står der 400-500 ml, prøver vi først at hjælpe dem på toilettet eller op på en bækkenstol. Er det ikke muligt, SIK'er vi. Det er ganske få patienter, som stadig får anlagt permanent kateter under operationer hos os,” siger hun.

Susanne Vahr Lauridsen fastslår:

”Den bedste forebyggelse af de sundhedssektorerhvervede urinvejsinfektioner er jo at reducere anvendelse af katetre, og her er et stort potentiale jævnfør de mange katetre, der anlægges uden klinisk indikation,” siger hun og fortsætter:

”Det være sagt – grunden til, at man overhovedet anlægger kateter, er jo for at bibeholde en optimal nyrefunktion. Det vigtigste er, at nyrerne bliver aflastet, og kan det kun lade sig gøre ved hjælp af kateter, er det vigtigt, at patienten har kateter.”

### Korrekt hygiejne og aseptisk teknik

Når der er klar indikation for urinvejskateter, er næste skridt at sikre korrekt anlæggelse og håndtering, siger Susanne Vahr Lauridsen (se boksen ”Indikationer for anlæggelse af blærekateter” side 30).

Hendes reference til de nationale infektionshygiejniske retningslinjer på området (NIR) er klar (7,19):

”De to hjørnesteen i forebyggelse af kateterrelaterede urinvejsinfektioner er korrekt håndhygiejne og aseptisk teknik,” siger hun.

Både personale, patienter og pårørende skal derfor undervises i korrekt håndhygiejne, hvis principper er beskrevet i den nationale infektionshygiejniske retningslinje om håndhygiejne (19). Og der er også brug for undervisning i såkaldt aseptisk

teknik og non-touch teknik, som skal bruges ved anlæggelse og skyl af kateter (se boksen ”Aseptisk og non-touch teknik” side 30).

### Husk fiksering

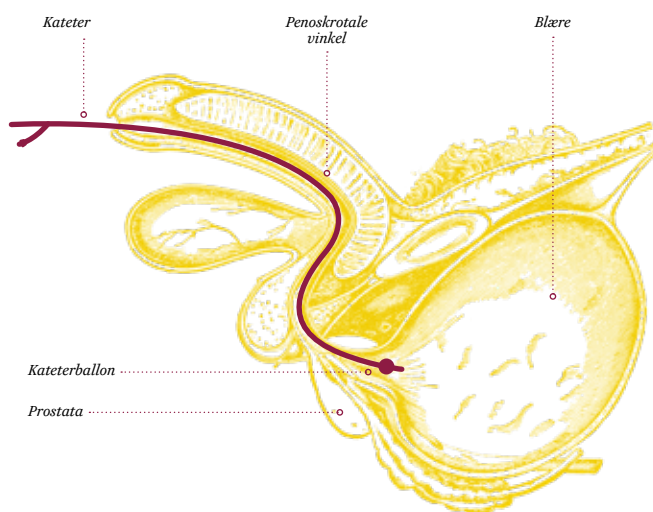
Risikoen for urinvejsinfektioner stiger i takt med, hvor mange dage kateteret ligger. Retningslinjen opererer med definitionerne *korttidsdrænage* og *langtidsdrænage* (> 21 dage). Ved korttidsdrænage kan bakteriuri forebygges ved at anvende aseptiske principper og et lukket sterilt drænesystem med bundaf-tapning. Ved langtidsdrænage vil der altid opstå bakteriuri.

”Det vigtigste er, at kateteret bliver fjernet så hurtigt som muligt. Efter tre uger har alle med kateter bakterier i urinen. Det kan vi ikke forhindre, men vi kan til gengæld forhindre, at det udvikler sig til symptomatisk infektion ved at

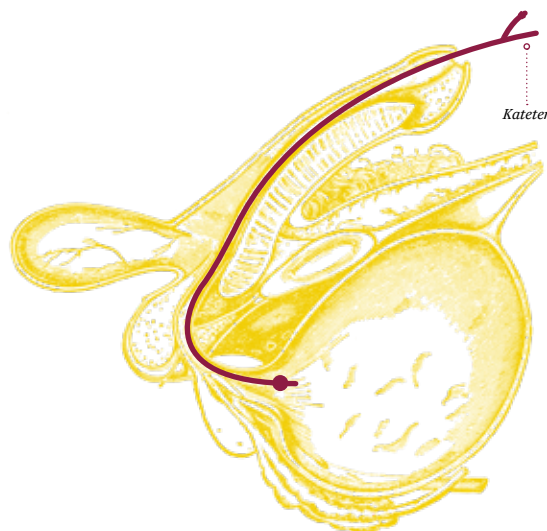
## PROCEDURE FOR ANLÆGGELSE OG FIKSERING AF BLÆREKATETER

- Patienten informeres om procedure, og alle remedier klargøres
- Kateter anlægges aseptisk, dvs. der skal anvendes sterile handsker og sterile remedier
- Efter håndvask afvaskes genitalområdet
- Der indsprøjtes lokalbedøvende gel i urethra. For mænds vedkommende mindst 10 ml. For kvinder 3-5 ml. Det virker efter ca. 15 min
- Kateteret indføres. Når der kommer urin ud af kateteret, er det korrekt placeret
- Ballonen fyldes med væske, enten sterilt vand eller glycerin 10 pct.
- Kateterposen sættes på kateteret, og kateteret fikseres, så der ikke kommer tryk på urethra. Hos mænd udrettes den penoskrotale vinkel, som er vist på figur 1 og 2 ved, at kateteret fikseres på abdomen. Hos kvinder kan kateteret fikseres på lår eller abdomen.
- Kateterposen skal placeres i eller under blæreniveau
- Urinposen tømmes, når den er ca. ¾ fuld, i en ren, desinficeret beholder
- Ordination og tidspunkt for anlæggelse af kateter samt mængde væske i ballonen dokumenteres i journalen
- Der kan med fordel føres kateterdagbog af patient, pårørende eller plejepersonale, så det bliver tydeligt, hvornår der er behov for kateterskift, da der ikke er evidens for rutinemæssigt kateterskift med fast interval.
- Der skal søges bevilling til hjælpemiddel hos kommunen, hvis kateteret skal anvendes permanent.

[ Figur 1 ]



[ Figur 2 ]



Ved fiksering af blærekateter skal den penoskrotale vinkel (Figur 1) rettes ud for at undgå tryk mod urethra. Det forebygger skader på urinrøret (Figur 2).



## UDDANNELSE OG LOKALE RETNINGSLINJER ER VEJEN FREM

Alle hospitalsafdelinger, plejecentre og andre institutioner, hvor personalet anlægger katetre på borgere og patienter, bør som minimum uddanne personalet i anlæggelse og håndtering af katetre. De skal desuden:

- udarbejde og implementere opdaterede retningslinjer for anvendelse af kateter og inkontinenshjælpemidler, herunder anlæggelse, håndtering og seponering
- udarbejde plan for uddannelse af personale i forebyggelse af kateterrelaterede urinvejsinfektioner og anvendelse af alternativer til blærekateter
- sørge for, at remedier til anlæggelse af katetre ved aseptisk teknik er tilgængelige og hensigtsmæssigt placeret
- udarbejde procedurer til dokumentation (journalføring) for anvendelse af kateter og hjælpemidler (indikation, anlæggelse, seponering m.m.)
- udarbejde plan for tilsyn med forekomst af sundhedssektorerhvervede urinvejsinfektioner og udarbejde handleplaner ved uacceptabel forekomst.

(Kilde: 7)

## TEST DIG SELV

1. Hvilke symptomer kender du på urinvejsinfektioner?
2. Hvad er den hyppigste årsag til urinvejsbetændelse?
3. Er uklar og ildlugtende urin tegn på urinvejsinfektion?
4. Kan dagligt indtag af tranebærprodukter forebygge eller behandle urinvejsinfektioner?
5. Hvad er den hyppigste årsag til sundhedssektorerhvervede urinvejsinfektioner?
6. Hvor mange pct. af hospitalsindlagte patienter får anlagt blærekateter?
7. Hvilke indikationer kender du for anlæggelse af blærekateter?
8. Hvor meget forøges risikoen for urinvejsinfektioner for patienter med blærekateter?
9. Hvad er formålet med kateterpleje?
10. Hvad er det vigtigste forebyggende tiltag hos patienter med blærekateter for at undgå urinvejsinfektioner?

Læs svarene på side 35

følge de kliniske retningslinjer. Her handler det især om at holde systemet lukket og fiksure kateteret ordentligt, så det ikke kan rykke sig frem og tilbage,” forklarer Susanne Vahr Lauridsen.

Ved kortidsbehandling med kateter, det vil sige under tre uger, skiftes urinposen således ikke, da systemet herved holdes lukket.

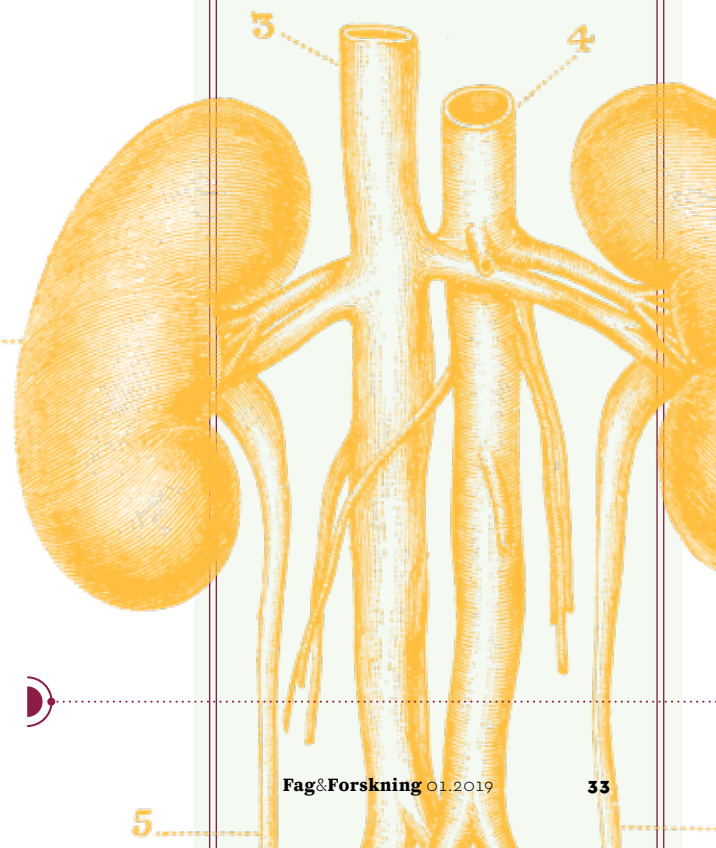
Netop korrekt fiksering af permanente katetre er et punkt, Susanne Vahr Lauridsen gerne vil dvæle lidt ved. Selv i sin egen klinik oplever hun stor forskel på, om katetre bliver fikseret korrekt, så der ikke kommer træk på det. Mangelfuld fiksering øger risikoen for, at bakterier kan bevæge sig ind i urinvejene, og det kan også give fysiske skader.

”Et sted kan der være fuldstændig tjek på fikseringen, mens jeg andre gange oplever, at katetrene bare hænger og dingler. Det må være dybt ubehageligt for patienterne. Og for mænds vedkommende er der klar evidens for, at mangelfuld fiksering kan danne arvæv, dvs. forsnævninger i urinrøret eller helt spalte det. De fysiske skader forsvinder jo aldrig igen,” siger hun (se boksen ”Procedure for anlæggelse og fiksering af blærekateter” side 32).

### ”Stop orders” virker

I forhold til blærekateter påpeger Susanne Vahr Lauridsen en problemstilling, som især huserer i overgangen fra sygehus til den kommunale pleje.

”Det er ofte ikke tydeligt beskrevet fra sygehusets side, hvornår kateteret skal fjernes. Så tror hjemmeplejen, at kateteret skal blive siddende, og det bliver fjernet for sent. Det øger risikoen for infektion og for at udvikle antibiotikaresistens,” siger hun og uddyber:





”Sidder det permanente kateter længere end nødvendigt, stiger risikoen for, at patienten udvikler en urinvejsinfektion, der skal behandles med antibiotika, hvilket igen øger risikoen for at udvikle antibiotikaresistens,” siger Susanne Vahr Lauridsen. Hun understreger, at der er klar evidens for, at såkaldte ”stop orders” har stor betydning for evt. udvikling af urinvejsinfektion (20).

En stop order betyder, at lægen allerede ved anlæggelse af kateter angiver, hvornår det skal fjernes.

”En typisk stop order er f.eks., at kateter à demeure skal fjernes efter det første postoperative døgn, medmindre der er komplikationer. Det reducerer risikoen for infektioner med 50 pct. Det er enormt simpelt, men det virker,” siger Susanne Vahr Lauridsen.

Lis Kjær Larsen supplerer:

”Vi bruger f.eks. kateter à demeure hos benamputerede patienter. De får så meget smertestillende medicin, at deres blærefunktion bliver påvirket. De har ordineret kateter indtil fire timer efter, at epiduralkateteret er fjernet. Og så fjerner vi kateteret, medmindre lægen ordinerer andet,” siger Lis Kjær Larsen.

Både hun og Susanne Vahr Lauridsen erkender dog, at det nogle gange er lettere sagt end gjort:

”Det er langtfra unormalt, at selv om personalet vil fjerne kateteret, så vil patienten gerne vente: ”Åh nej, jeg sov lige så godt i nat, fjerner I det, skal jeg op fem gange for at tisse.” På den måde kan det også blive en udfordring i forhold til patientens og evt. pårørendes ønske og perspektiv i relation til det, sygeplejersken ved, at der er belæg for at gøre,” siger Susanne Vahr Lauridsen og tilføjer:

”Derfor spiller uddannelse af patienter og pårørende også en helt afgørende rolle i forhold til at forebygge komplikationer.”

”Jeg oplever nogle gange, at personalet kan have lyst til at følge patientens ønske – at det er rart for patienten at have kateteret et par dage endnu. Men også fordi personalet måske kan opleve, det er nemt – så skal de ikke bruge tid på at få dem op af sengen. Men det er ikke i orden. Patienten skal jo mobiliseres uanset hvad – infektioner er en ting, men der er jo også tab af muskelmasse og øget risiko for sengelejekomplikationer.”

Susanne Vahr Lauridsen fastslår dog:

”Det vigtigste er, at lægen påtager sig ansvar for at skrive, hvornår kateteret skal fjernes. Er det ikke nedfældet, er det vigtigt, at plejepersonalet er opmærksomme på det og følger op.” ●

## **KORREKT KATETERPLEJE KAN REDDE LIV**

- 10-17 pct. af alle indlagte patienter får anlagt blærekateter
- Kateterrelateret infektion udgør ca. 45 pct. af alle hospitalsinfektioner
- Incidensen af bakteriuri skønnes til 3-10 pct. pr. dag, svarende til en risiko på 100 pct. efter 21 dage.

Patienter med blærekateter har:

- 10 gange øget risiko for at udvikle urinvejsinfektion
- tre gange større risiko for at udvikle bakteræmi (bakterier i blodet, red.)
- 1-4 pct. af patienter med bakteræmi udvikler sepsis
- 13-30 pct. af patienterne med sepsis dør

(Kilde: 8)

## **HVIS DU VIL VIDE MERE**

Statens Serum Institut har et frit tilgængeligt e-learningprogram om kateterrelaterede urinvejsinfektioner. Det indeholder både referencer til yderligere fordybelse samt en videns-test. Find det på [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) -> Sundhedsfaglige -> Infektionshygiejne > Formidling -> Undervisning -> Værd at vide om kateterrelaterede urinvejsinfektioner – Kursusmodul – UVI (8).

Den nationale infektionshygiejniske retningslinje om forebyggelse af urinvejsinfektion i forbindelse med urinvejsdrænage og urininkontinenshjelpe midler kan downloades på [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) > Infektionshygiejne > Retningslinjer > Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (7).

På [EAUN.org](http://EAUN.org) kan du finde guidelines om urologisk sygepleje i forhold til permanent kateter, intermitterende kateterisation og uridomer (3,4,5). Find dem under menu-punktet ”Guidelines”.

# SVAR PÅ SPØRGSMÅL Side 33

## SVAR 1

Det meste udbredte er svie eller smerte ved vandladning, hyppig vandladningstrang og smerter over symfyssen samt lændesmerter, feber og stærk sygdomsfølelse. (De sidste tre er ofte tegn på, at en blærebetændelse har udviklet sig til nyrebækkenbetændelse).

## SVAR 2

Endogen smitte. I 80 pct. af tilfældene skyldes urinvejsinfektioner inficering af urinvejene med patientens egne bakterier, især tarmbakterier af arten *Escherichia coli*, også kaldet E-coli.

## SVAR 3

Ikke i sig selv. Der skal være andre symptomer til stede, og man kan også sagtens have en urinvejsinfektion, uden urinen lugter.

## SVAR 4

Det korte svar er nej.

## SVAR 5

Eksogen smitte i forbindelse med anlæggelse af kateter. Det skønnes, at 80 pct. af de sundhedssektorerhvervede urinvejsinfektioner rammer patienter, som er blevet kateteriseret. Den største risiko for kateterrelateret urinvejsinfektion er krydskontamination, dvs. smitte med bakterier fra andre patienter eller personalet selv.

## SVAR 6

10-17 pct.

## SVAR 7

1. Urinretention, som ikke kan behandles med SIK, 2. Neurologisk dysfunktion af blæren, som ikke kan behandles med

SIK, 3. Kraftig blødning i urinvejene, 4. Måling af timediurese, 5. Peroperativt ved langvarige indgreb og ved indgreb, som kræver blæretomhed og 6. Ved patienter, hvor ingen alternative løsninger kan anvendes.

## SVAR 8

Risikoen er 10 gange større

## SVAR 9

Ved korttidskateter: At undgå bakteriuri. Ved langtidskateter (> 21 dage): At undgå symptomatisk infektion.

## SVAR 10

At følge retningslinjerne for kateteranlæggelse og -pleje, herunder: Brug af stop-orders; kateteret skal fjernes hurtigst muligt. Lukket sterilt drænesystem og korrekt fiksering af kateteret.

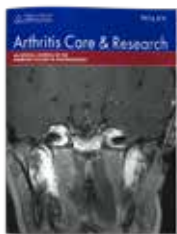
(Kilde: 7 og Susanne Vahr Lauridsen)

## Referencer

**1.** Viborg AL, Torup AW (Red.). *Sygdomslære – hånden på hjertet. Lauridsen SV bidrager med kapitel 9: Nyrerne og urinvejene*. 3. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Munksgaard. København 2019. **2.** Hundborg S (Red.). *Lærebog i sygepleje – III bind. Lauridsen SV bidrager i bind 2 med kapitlet: Sygepleje til patienter med urologiske lidelser. FADL's Forlag. Udkommer marts 2019*. **3.** Geng V et al. *Catheterisation Indwelling catheters in adults – Urethral and Suprapubic. Evidens-based Guidelines for best practice in Urological Health Care. European Association of Urology Nurses*. 2012. Fundet på [www.eaun.org](http://www.eaun.org) under menupunktet guidelines 6. februar 2019. **4.** Vahr S et al. *Catheterisation Urethral Intermittent in adults. Dilatation, urethral intermittent in adults. Evidens-based Guidelines for best practice in Urological Health Care. European Association of Urology Nurses*. 2013. Fundet på [www.eaun.org](http://www.eaun.org) under menupunktet Guidelines den 6. februar 2019. **5.** Geng V et al. *Male external catheters in adults – Urinary catheter management. Evidens-based Guidelines for best practice in Urological Health Care. European Association of Urology Nurses*. 2016. Fundet på [www.eaun.org](http://www.eaun.org) under menupunktet guidelines 6. februar 2019. **6.** Holm A, Gordoba G og Sönksen UW. *Urinvejsinfektioner hos ældre. Månedssbladet Rationel Farmakoterapi 10*, 2016. Fundet på [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under menupunktet ”Rationel Farmakoterapi” den 6. februar 2019. **7.** Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer. *Forebyggelse af urinvejsinfektion i forbindelse med urinvejsdrænage og inkontinenshjælpemidler. Statens Serum Institut. Central Enhed for Infektionshygiejne*. 1. udgave. 2015. **8.** Kursusmodul – UVI. Statens Serum Institut. Fundet den 6. februar 2019 på [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) -> Sundhedsfaglige -> Formidling -> Undervisning -> Værd at vide om kateterrelaterede urinvejsinfektioner -> Kursusmodul – UVI. **9.** Vinge S et al. *Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. Projekt 3511. Dansk Sundhedsinstitut. December 2011*. Fundet på direkte link [www.kora.dk/media/272122/dsi-3511.pdf](http://www.kora.dk/media/272122/dsi-3511.pdf) den 6. februar 2019. **10.** Statens Serum Institut. *Sygdomsleksikon. Urinvejsinfektioner: Blærebetændelse og nyrebækkenbetændelse. Senest redigeret november 2017*. Fundet på [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) den 6. februar 2019. **11.** Rindom B, Lichtenstein B. *Kapitel 11: Udskillelse af urin og afføring i Jastrup S, Rasmussen DH (Red.). Klinik – grundbog i sygepleje*. 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Munksgaard. København 2014. **12.** Gotfredsen K, Ærthøj JP, Djernes JK. *Primærsygeplejerskens opgave, når ældre har delir. Sygeplejersken 2008;(15):44-51*. **13.** Den Nationale Kosthåndbog 2016. 3. reviderede version. Sundhedsstyrelsen, Miljø- og Fødevareministeriet og Kost og Ernæringsforbundet. Fundet på [www.kosthaandbogen.dk](http://www.kosthaandbogen.dk) den 6. februar 2019. **14.** Lytken LH, Geisling PQ, Nielsen RB. *Eksperter slår alarm: Ældre med ble har stor risiko for blærebetændelse. Danmarks Radio. Nov. 2013*. Fundet på [www.dr.dk](http://www.dr.dk) den 6. februar 2019. **15.** Schwenger EM, Tejani AM, Loewen PS. *Probiotics for preventing urinary tract infections in adults and children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD008772. DOI: 10.1002/14651858.CD008772.pub2*. **16.** Tradewell M, Pariser JJ, Nimeh T, Elliot SP. *Systematic review and practice policy statements on urinary tract infection prevention in adults with spina bifida. Trans Androl Urol*. 2018 May; 7(Suppl 2): S205-S219. doi:10.21037/tau.2018.04.21 **17.** Jepson RG, Williams G, Craig JC. *Cranberries for preventing urinary tract infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD001321. DOI: 10.1002/14651858.CD001321.pub5*. **18.** Dahl-Rasmussen M. *Fakta og myter om blærebetændelse. Senest opdateret april 2017. Fundet på [www.netdoktor.dk](http://www.netdoktor.dk) -> Sygdomme -> B -> Blærebetændelse* den 6. februar 2016. **19.** Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer. *Om håndhygiejne. Statens Serum Institut. Central Enhed for Infektionshygiejne*. 2. udgave. 2018. **20.** Meddings J, Rogers MA, Macy M, Saint S. *Systematic review and meta-analysis: reminder systems to reduce catheter-associated urinary tract infections and urinary catheter use in hospitalized patients. Clin Infect Dis* 2010.

# Patienter med leddegigt kan undgå ambulatoriet

*PRO data. Brug af patientrapporterede outcome data og telemedicinsk opfølgning viser sig at være en ny og sikker vej til kontrol af sygdomsaktivitet hos patienter med reumatoid arthritis.*



Oplysninger om forfatterne m.m.

**Tele-Health Followup Strategy for Tight Control of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: Results of a Randomized Controlled Trial.**

de Thurah A, Stengaard-Pedersen K, Axelsen M, Fredberg U, Schougaard LMV, Hjøllund NHI, Pfeiffer-Jensen M, Laurberg TB, Tarp U, Lomborg K, Maribo T. *Arthritis Care Research* 2018 Vol. O, No.O, Month , pp 1-8. doi: 10.1002/acr.23280.

**Introduktion:** Et øget antal af personer med reumatoid arthritis, mangel på reumatologer og krav om involvering fra patienten har ført til et pres på organiseringen og udførelsen af den ambulante aktivitet for patienten med reumatoid arthritis. Et alternativ er telemedicinsk at følge aktiviteten af patientens sygdom. Formålet med studiet var at undersøge effekten af ambulant opfølgning vha. telemedicin og patientrapporterede outcome (PRO) data sammenlignet med konventionel ambulant kontrol ift. patienternes sygdomsaktivitet. Endvidere at undersøge, om der var forskel på kvaliteten af behandlingen i den telemedicinske opfølgning afhængigt af, om det var en sygeplejerske eller en reumatolog, der udførte opfølgningen.

**Metode:** Studiet var et klinisk randomiseret forsøg, som inkluderede 294 patienter med reumatoid arthritis fra Aarhus Universitetshospital og Silkeborg Regionshospital. Patienterne blev randomiseret i en ratio af 1:1:1 til telemedicinsk opfølgning og PRO-data ved en reumatolog, telemedicinsk opfølgning og PRO-data ved en sygeplejerske eller konventionel ambulant kontrol ved en reumatolog. Studieperioden var 52 uger.

Patienterne i interventionsgrupperne fik hver 3.-4. måned tilsendt et spørgeskema om deres sygdom, som de skulle udfylde derhjemme. 14 dage efter blev de ringet op af en læge eller en sygeplejerske og fik en telefonkonsultation. Patienterne i kontrolgruppen kom hver 3.- 6. måned til kontrol på Reumatologisk Afdeling.

Det primære outcome var sygdomsaktivitet indikeret ved "Disease Activity Score in 28 joints" (DAS28). Sekundær outcome var fysisk funktion, livskvalitet og self-efficacy.

**Resultater:** Alle inkluderede patienter havde relativt lav sygdomsaktivitet ved baseline. Studiet var et non-inferiority studie, som testede hypotesen om, at der ikke var nogen forskel mellem grupperne. Hypotesen blev bekræftet, ligesom det blev bekræftet, at der ikke var forskel på, om den telemedicinske opfølgning blev udført af en sygeplejerske eller en reumatolog. Der fandtes ingen forskel på patienternes fysiske funktion, livskvalitet og self-efficacy.

Samlet set havde patienterne i de telemedicinske grupper ca. 50 pct. færre besøg end patienter i kontrolgruppen. Dog havde patienterne i de telemedicinske grupper markant flere akutte besøg end patienterne i kontrolgruppen.

**Diskussion:** Behandlingstilbud med telemedicin og patientrapporteret outcome (PRO) kan tilbydes patienter med reumatoid arthritis med lav sygdomsaktivitet. Det er en lige så god måde at monitorere sygdommen på, som hvis patienterne kom ind på hospitalet. Patienterne sparer tid ved ikke at møde op på hospitalet. Det er sandsynligt, at telemedicinsk opfølgning kan spare ressourcer.

**Konsekvenser for praksis:** Telemedicinsk opfølgning med brug af PRO-data bør tilbydes patienter med leddegigt på lige fod med konventionel ambulant kontrol. ●

*Annesofie Lunde Jensen, klinisk sygeplejespecialist, postdoc, Aarhus Universitetshospital, Diabetes og Hormonsygdomme.*

# Patientcentreret pleje omfatter også familiens børn

*Børn. Svært at håndtere børn som pårørende til alvorligt syge forældre.*



Dencker A, Kristiansen M, Rix BA, Bøge P, Tjørnhøj-Thomsen T. **Contextualisation of patient-centred care: A comparative qualitative study of healthcare professionals' approaches to communicating with serious ill patients about their dependent children.** Eur J Cancer Care. 2018;27:e12792. <https://doi.org/10.1111/ecc.12792>

**Introduktion:** Patientcentreret pleje og behandling, patientcentreret tilgang, patientinvolvering, patientinddragelse, egenomsorg m.m. er blot nogle af de hurraord, der betegner den tilgang, som i dag ønskes i forhold til pleje og behandling. Men hvad betyder patientcentret pleje og behandling, hvordan praktiseres dette konkret, og hvilken effekt har det på behandlingsresultaterne?

Af et systematisk review fra 2013 af effekten af at praktisere patientcentreret pleje og behandling fremgår det, at de 30 artikler, der på det tidspunkt var publiceret om emnet, at hovedparten af studierne drejede sig om at styrke patienternes evne til at håndtere sygdom, eller at personalet gennemgik uddannelse i at praktisere patientcentreret pleje og behandling. Forfatterne konkluderer, at de eksisterende studier var af for dårlig kvalitet til vurdering af effekten, hvilket bl.a. kan være begrundet med, at begrebet er relativt uudforsket, og at det ikke er helt klarlagt, hvilke faktorer der har indflydelse på udøvelse af patientcentreret pleje og behandling.

Derfor er det vigtigt at få foretaget kvalitative undersøgelser, der afdækker, om f.eks. konteksten har en betydning. Undersøgelsen gennemført af Dencker m.fl. er derfor relevant og et godt bidrag til at få øget viden om patientcentreret pleje og behandling.

**Metode:** Undersøgelsen er gennemført som interview og observationer på afdelinger på tre hospitaler, der behandler alvorligt syge patienter, som har børn. For den syge spiller information til deres børn om egen sygdom en stor rolle og må derfor indgå som en naturlig del af den pleje og behandling, der ydes. Hvornår, hvor meget, hvordan skal jeg fortælle mine børn, at jeg har kræft, hvordan skal jeg håndtere dette og de reaktioner, som uvilkårligt vil komme? Det er blot få af de spørgsmål, pa-

tienterne er optaget af. Har man et "patientcentreret" udgangspunkt for pleje og behandling, vil kommunikation med patienter om disse spørgsmål være helt naturlige.

Der blev gennemført interview med 49 sygeplejersker og læger og foretaget 27 dages deltagerobservationer i de respektive afdelinger.

**Resultater:** Interviewene er optaget på bånd og transskriberet, hvorefter hovedtemaer er identificeret. Fundene præsenteres afdelingsvis, det vil sige fra hæmatologisk, gynækologisk og neuro-intensiv afdeling. Hovedresultaterne præsenteres i en tabel. Om børnene står der følgende:

"Børn er en kilde til infektion", "Børn er til stede, men usynlige" eller "Børn er tilskuere".

Studiet er det første, der fokuserer på kontekstuelle forhold i kommunikationen med og om børn som pårørende til alvorligt syge kræftpatienter.

**Diskussion:** Emnet er svært og følsomt og vækker naturligt en lang række følelser hos de implicerede sundhedsprofessionelle, men det fylder også meget for de berørte patienter.

**Konsekvenser for praksis:** Emnet er vigtigt at beskæftige sig med, og denne artikel kan være et godt udgangspunkt for lokale drøftelser af, hvordan sundhedsprofessionelle bliver i stand til at håndtere børn som pårørende. ☉

**Læs også:** "Svært at tale med alvorligt syge patienters hjemmeboende børn" i *Fag&Forskning* 2018;(4):50-55.

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

## PERSONORIENTERET SYGEPLEJE ER KERNEN I KONTAKTEN MED PATIENTER OG BORGERE

**FORMÅL.** Formålet med denne artikel er at adressere aspekter, der har betydning for sygeplejerske-patient-relationen, i et skandinavisk sundhedsvæsen.

**BAGGRUND.** Et eksperiment ved det amerikanske Beth Israel Hospital afdækkede et sæt kerneværdier, der var blevet fejlet af banen af underliggende økonomiske kræfter. Idéerne på Beth Israel Hospital var for det første i tråd med det omliggende samfunds grundlæggende sociale værdier, for det andet at personale og ledere investerede i at forstå og formidle sygeplejefagets væsen, og for det tredje at de ønskede at bygge deres praksis på evidens. Med det samme afsæt og via fagets førende tænkere er skandinavisk sygepleje klar til at søsætte en ny fase, som kan hjælpes på vej af begrebsrammen Fundamentals of Care.

# Sygepleje skal bygge på en stærk relation til patienten

**Fundamentals of Care.** Begrebsrammen Fundamentals of Care er forenelig med den måde, som skandinaviske sygeplejersker er trænet til at tænke på, både fra et ontologisk og epistemologisk perspektiv, når sygeplejersker opbygger en plejerektion.

**DESIGN.** I denne grundlagsartikel fremlægges viden fra et offentligt sundhedssystem, der er påvirket af værdier såsom lige rettigheder til lige pleje og/eller helbredelse. Artiklen præsenterer to komplekse perspektiver, et ontologisk og et epistemologisk, eksemplificeret gennem etablering af en sygeplejerelation.

**KONKLUSION.** Initiering af personorienteret sygepleje kan opnås ved at følge forskellige veje, men sygeplejerskens tilgang er funderet i både ontologisk og epistemologisk indsigt samt baseret på dialog.

**RELEVANS FOR KLINISK PRAKSIS.** Patienter møder forskellige sygeplejersker; møderne kan være korte, og der kan være rutinemæssige handlinger på dagsordenen. Det forudsætter, at sygeplejersken målrettet engagerer sig i patienternes oplevelser og viden for at bidrage til patienternes aktuelle og fremtidige velbefindende via den personorienterede sygepleje.

Hensigten med denne artikel er at adressere de ontologiske og epistemologiske aspekter af sygeplejerske-patient-reltionen. Derfor udforskes primærsygepleje som en af de vigtigste faktorer, der har haft indflydelse på og formet skandinavisk tænkning inden for sygepleje (1), og dernæst vises, hvordan de ledende skikkelser inden for skandinavisk sygepleje har udviklet og testet disse idéer. Artiklen slutter af med en kritisk gennemgang af, hvordan begrebsrammen Fundamentals of Care (2) kan anvendes i skandinaviske lande til på ny at fremhæve og finde ind til kerneværdierne i sygeplejerske-patient-reltionen.

Artiklen udforsker et aspekt, der er centralt for begrebsrammen Fundamentals of Care samt Skandinaviens offentligt finansierede sundhedsvæsen: Etablering af en relation. Forklaringen begynder her: “When little things are big things” (når små ting er store ting) er titlen på en artikel af en nyuddannet sociolog, Weinberg, som er uden forudgående indsigt i sygepleje.

Hendes mål var at undersøge effekten af en omstrukturering af frontlinjemedarbejdere gennem en fusion af de amerikanske østkysthospitaler Beth Israel Hospital og New England Deaconess Hospital (3). Fusionens negative indvirkninger på patientplejen var kommet i mediernes søgelys. For at forstå, hvad det var, der var gået tabt, undersøgte hun først det essentielle spørgsmål: “Hvad laver sygeplejersker?”

Svaret på det spørgsmål var: “Når sygeplejersker beskriver deres arbejde, fremhæver de oftere udviklingen af relationer med patienterne end de faglige aktiviteter” (3). De talte om sygepleje som personorienteret snarere end opgaveorienteret. Det vakte undren, fordi Weinberg samtidig observerede en uoverensstemmelse mellem måden, sygeplejersker talte om deres aktiviteter på, og deres udførelse af de daglige behandlingsaktiviteter, som patienterne var afhængige af. Det var vanskeligt for sygeple-

jersker at sætte ord på, hvordan og hvorfor hospitalsadministrationens bestræbelser på at strømline arbejdet og reducere udgifterne i stigende grad gjorde dem utilfredse.

Beth Israel Hospital havde nationalt og internationalt et ry for at have et af de mest professionelle sygeplejeprogrammer i verden. Det blev omtalt som værende “Harvard med hjerte” (3, s. 31). De dygtige sygeplejersker var både venlige og yderst professionelle, men resultaterne af deres faglige handlinger blev ikke systematisk dokumenteret. Gennem årene havde chefsygeplejersken og hendes team ud fra en primærsygeplejemodel (1) opbygget en praksis, hvor én sygeplejerske havde ansvaret for patientens sygepleje med de behandlings- og helbredsmæssige aspekter fra indlæggelse til udskrivning.

## FORFATTERE



### LISBETH UHRENFELDT

Sygeplejerske 1976, SD 1982, exam. phil. i 1992, cand.cur. i 1996. BA i 2001, ph.d. i 2007. Professor, Fakultet i sygepleje- og sundhedsvidenskab, Nord Universitet, Norge.

lisbeth.uhrenfeldt@nord.no



### ERIK ELGAARD SØRENSEN

Sygeplejerske 1983, SD 1991, cand.cur. 2001, ph.d. 2006. Leder af Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, siden 2011. Lektor 2012-2015 og derefter professor, Klinisk Institut, Aalborg Universitet



### IBEN BØGH BAHNSEN

Sygeplejerske 1996, cand.cur. 2005. MBA 2019. Uddannelseschef i 2015 ved Sygeplejerskeuddannelsen, University College Nordjylland.



### PREBEN ULRICH PEDERSEN

Sygeplejerske 1980, ph.d. 2000. Leder af Center for Kliniske Retningslinjer fra 2008 og siden 2013 professor, Health Science and Technology, Aalborg Universitet.

## ORDFORKLARINGER

**Ontologi:** Den gren af filosofien, der beskæftiger sig med de grundlæggende måder, hvorpå noget kan være til.

**Epistemologi:** Erkendelsesteori. Betegnelsen bruges undertiden også om videnskabsfilosofi.



Situationen ændrede sig med nedskæringerne i løbet af 1990'erne og fusionen af to forskellige slags hospitaler. Hermed blev sygeplejerskerne på Beth Israel pludselig nødt til at argumentere for og være bevidste om, hvordan de skulle forklare deres tilgang til sygepleje og dens fordele for patienterne. Rammen for deres arbejde blev ændret fra at være et anerkendt og højt respekteret hospital til en kontekst, hvor der var behov for at forsvare deres kvalitetssygepleje for at bevare finansieringen af den. Den vigtigste forskel var ifølge en sygeplejerske, at patienterne før i tiden kendte deres sygeplejerske ved navn, og at patienten og sygeplejersken lærte hinanden at kende og begge var villige til at give noget af sig selv (3).

Efter forandringen opstod der en envejsrelation, hvor sygeplejersken tilbød patienten en opgaveorienteret tjenesteydelse og ikke mere havde tid til at sætte sig ind i de bekymringer, patienten havde behov for at dele. Den generelle erfaring var, at den personorienterede bevægelse, der var blevet iværksat af sygeplejerskerne på Beth Israel, var vendt om til opgaveorientering. Konklusionen var, at sygeplejerskerne syntes at mangle en bevidsthed om både det ontologiske og epistemologiske grundlag for deres praksis.

I denne artikel reflekterer vi over ontologi som en systematisk beretning om menneskets eksistens og som et kernefænomen, der reflekterer eksistens ind i en diskussion om forskellen på en opgave- og en relationsorienteret sygepleje. Med et epistemologisk udgangspunkt evalueres, hvordan det ontologiske grundlag fra en tidligere amerikansk sygeplejemodel, der anses for at være fremragende (1), kan anvendes til at guide sygeplejepsik i Skandinavien, og som samtidig er i overensstemmelse med den europæiske filosofiske arv og sociale værdier.

Sygeplejerskerne manglede ord til at argumentere for, hvad det var, der nu manglede i deres praksis (4). Grundlæggende sygepleje som f.eks. at servere mad og drikkevarer eller forebygge tryksår blev blot enkeltstående opgaver frem for et særligt sygeplejefagligt og prioriteret element i den sammenhængende plan for en personcentreret sygepleje til den enkelte patient.

### **Et skandinavisk perspektiv**

I mellemtiden var der i den offentligt finansierede sygepleje i de skandinaviske lande en stærk ontologisk indflydelse og diskussion om relationen mellem sygeplejersken og patienten (5-7) og om sygeplejerskernes behov for autonomi (8).

De epistemologiske diskussioner var hovedsageligt reduceret til, hvilken type viden sygeple-

jersker havde brug for i deres sygeplejepsik (9). Der opstod i Skandinavien i 70-90'erne en beundring for de nordamerikanske sygeplejemodeller (10), og de stimulerede skandinaviske sygeplejersker til at udvikle sygeplejefilosofier og -teorier, der var rettet mod den skandinaviske kontekst (5). Den epistemologiske diskussion om, hvilken type viden sygeplejersker har behov for i deres personorienterede praksis, har i det seneste årti udviklet sig til et pro et contra for evidensbaseret sygepleje (11).

Formålet med sygeplejerskens omsorg var at påvirke patientens livsverden positivt (12), at trøste patienten gennem ord, berøring og handlinger med det formål at få en positiv relation til patienten (13-15) og at lindre og forebygge lidelse (16). Også i det offentligt finansierede sundhedssystem har sygeplejepersonalet imidlertid oplevet, at sygeplejerske-patient-relationen var udfordret på grund af tidspres (8). Desuden var opgaveorienteret eller fragmenteret sygepleje en hæmsko for sygeplejerskernes faglige udvikling, hvilket førte til devaluering af deres faglige dømmekraft (17).

De ændringer, der har fundet sted, har haft indflydelse på patienternes oplevelse af manglende fundamental sygepleje som f.eks. hjælp til personlig hygiejne efter kirurgi (18), personalets betragtning af patienterne som genstande under operationer (19) eller, som rapporteret i international sammenhæng, manglende hjælp til brug af bækken ved fast sengeleje (20). Et offentligt finansieret sundhedssystem som i Skandinavien syntes imidlertid ikke at løse problemerne i forbindelse med patienternes behov for omsorg og fundamental sygepleje i de samme lande (19,21-23).

I 1990 udviklede og testede en dansk sygeplejerske og førende forsker, Anne-Lise Salling Larsen, (den første professor i sygeplejevicenskab med en doktorgrad) en model for ændring af sygeplejefagets teori baseret på motivations- og udviklingsteorier. I sin doktorafhandling argumenterede hun for anvendelsen af et epistemologisk perspektiv for, at patienten oplevede at være i fokus for sygeplejerskens opmærksomhed. Derefter illustrerede hun, hvordan sygepleje med et ontologisk fokus på at etablere en relation mellem sygeplejersken og patienten kunne forbedre den aktuelle planlægning og udøvelse af sygeplejen og stimulere til videre vækst og udvikling (24).

Det nye teorigrundlag for sygepleje byggede på fire opfattelser af det menneskelige individ, herunder at det er:

1. aktivt, ansvarligt og har mulighed for stadig vækst
2. påvirket af de biologiske processer som et vilkår for menneskelivet



3. påvirket af den verden af fænomener, det lever i
4. påvirket af dets aktuelle omgivelser (24).  
Se boks 1.

Disse opfattelser skulle stimulere sygeplejersker til at indlede en personcentreret forandringsproces, der sigter imod et fagligt og menneskeligt højere niveau; en proces, der er individuel på samme måde, som motivationen for forandring er det (24). Sygepleje, der byggede på denne teoretiske referenceramme, indeholdt følgende hovedelementer:

1. Indlæggelsessamtale
2. Opfølgende samtaler mellem patient og sygeplejerske
3. Individuel planlægning af interventioner under hensyntagen til patientens daglige aktiviteter
4. Anvendelse af de principper, der er indlejret i primærsygepleje (24).

Dette personorienterede perspektiv på sygeplejerske-patient-relationen bygger på gensidig respekt og understøtter sygeplejersken og patientens forståelse for hinanden. Både patientens og sygeplejerskens synspunkter, viden, holdninger og værdier har indflydelse på etablering af fundamentet for en frugtbar relation, hvor patienten stoler på, at sygeplejersken "vil gøre ham/hende godt" og har viden og indsigt til at gøre det, og som bygger på gensidig respekt. Sygeplejerskers handlinger skal være overbevisende omsorgsfulde og være baseret på en forståelse for, at hver enkelt patient er unik og opfatter situationen på sin helt egen måde.

### **Den manglende kobling mellem person- og opgaveorienteret sygepleje**

En nyere begrebsramme, der favner både den personcentrerede og den personorienterede sygepleje, som kendes fra Skandinavien/Beth Israel, er begrebsrammen *Fundamentals of Care (FoC)* (25,26). Begrebsrammen FoC forsøger at kombinere den proces, hvor der etableres en relation mellem en sygeplejerske og en patient som led i en personorienteret sygepleje, samtidig med at patientens kropslige funktioner/behov eller praktiske aktiviteter også varetages. Sygeplejersker, som praktiserer den personorienterede tilgang, ønsker at hjælpe patienten med at finde mening i hans/hendes liv nu og her under påvirkning af forskellige helbredsproblemer eller behov. FoC kombinerer processen med at etablere en relation mellem sygeplejersken og patienten med de praktiske handlinger i forhold til at opfylde patientens fysiske og psykosociale fundamentale plejebegreb. FoC-begrebsrammen identificerer imidlertid ikke eksplicit sine filosofiske rødder, og det er noget, der kan blive nødvendigt i fremtiden.

### **Boks 1. Model for forandring i sygeplejen baseret på motivations- og udviklingsteorier**

- For det første er hvert enkelt menneske en aktiv og ansvarlig person med mulighed for stadig vækst.
- For det andet er mennesker påvirket af de biologiske processer, som er et vilkår for menneskelivet.
- For det tredje er mennesker påvirket af den verden af fænomener, de lever i, og
- For det fjerde interagerer mennesker med deres aktuelle omgivelser (24).

Tidligere, i 1997, identificerede Kitson (27) sygeplejens kerne for at hjælpe sygeplejersker med at fokusere på essentielle elementer, universelle emner eller retningslinjer for at give dem og deres fagstruktur, karakter, synlighed og styrke i et sundhedssystem i konstant forandring. Sygeplejersker blev rådet til at rette deres autentiske (ontologiske) og videnskabelige (epistemologiske) omsorg henimod også at omfatte de tekniske elementer af sygeplejefagets praksis.

"Den praktiske fornuft hviler i perceptionen," har Nussbaum anført baseret på Aristoteles' argument for praktisk visdom som kontrast til anvendelsen af et system af generelle regler og andre rationelle argumenter i casesituationer (28). Den slags moralsk tænkning eller klinisk visdom tilføjer specifik etisk vejledning i livet, dvs. hvordan sygepleje kan praktiseres. Når der etableres en relation til en anden, erstatter den erfarne sygeplejerskes kliniske visdom den mere enkle men fagligt baserede dømmekraft og individernes viden og erfaring mødes gennem en dialog eller ved, at de ordløst sanser/betragter hinanden (7). Denne praktiske visdom, som måske udgør en del af en klinisk vurdering, kan fremkalde tillid eller mistillid. Det vil sige, at sygeplejerskernes praktiske fornuft kan føre til "klinisk forståelse eller forudseenhed (29, s. 27) i den situation, som patienterne beskriver, og guide



**I centrum for sygeplejerskers omsorgspraksis står dialogen med patienten. Dialog er at foretrække frem for den mere generelle betegnelse, kommunikation, fordi dialog har et iboende relationelt aspekt.**



dialogen eller andre handlinger undervejs mellem sygeplejersken og patienten. Dette er det modsatte af opgaveorienteret sygepleje.

### Målet er at gøre en ende på usynligheden

Hovedopgaven i forhold til FoC-begrebsrammen er at gøre en ende på usynligheden og den deraf følgende devaluering af fundamental sygepleje (26). En eksplicit værdsættelse, en rekonceptualisering og efterfølgende handling med henblik på at indlejre fundamental sygepleje i sundhedsuddannelse, -forskning, -praksis og -politikker er essentielt (26) og muligt. Derfor er begrebsrammen Fundamentals of Care (FoC) blevet udviklet og introduceret som svar på nutidens udfordringer i sygeplejepsis (25,30).

Begrebsrammen FoC inkorporerer sygeplejefagets relationelle, integrative og kontekstuelle dimensioner (30). Som sådan består den af tre koncentriske cirkler med et centralt fokus på relationen mellem patienten og sygeplejersken.

På det første niveau repræsenterer den inderste kerne etablering af relationen til patienten, og det andet niveau omfatter fysiske, psykosociale og relationelle elementer, der skal integreres i sygeplejepsis og vurderes efter patientens afhængighed eller uafhængighed af sygepleje. Det tredje niveau repræsenterer måden, hvorpå sundhedssystemet eller kontekst som f.eks. ressourcer, personalenormering, ledelse og politikker kan have indflydelse på sygeplejerske-patient-relationen (30).

Den konceptuelle FoC-begrebsramme er udviklet ud fra bidrag fra forskere og en narrativ gennemgang af sygeplejetekster, der specifikt omhandlede sygeplejefagets fundamentale elementer (2,25,30). For at udvikle, styrke og forfine evidensgrundlaget for FoC diskuteres den konceptuelle begrebsramme for tiden på tværs af flere lande, inklusive Danmark, Sverige og Norge (31-32).

Kort sagt har det kunnet lade sig gøre at have et offentligt finansieret sundhedssystem i de skandinaviske lande i årtier. Den fundamentale sygepleje har dog stadig fejl og mangler set fra patienternes perspektiv, og derfor kan sygeplejersker være nødt til at fremme deres kliniske lederskab og adressere sygeplejefagets formål på ny for at etablere en personorienteret relation til hver enkelt patient og for at kunne adressere såvel det ontologiske som det epistemologiske grundlag for det. Denne artikel præsenterer de komplementære perspektiver på fundamental sygepleje: det ontologiske og det epistemologiske perspektiv. Først det ontologiske.

### Personorienteret sygepleje:

#### Et ontologisk perspektiv

Relationen mellem patienten og sygeplejersken er kernen i FoC såvel som i den skandinaviske sygeple-

je, der udspringer af den nordeuropæiske lutherske kontekst: "Du skal elske din næste," og dermed den oprindelige idé om fri og lige ret til sundhedsvæsenet (9). Det ontologiske perspektiv i denne artikel er hovedsagelig eksistentielt med rødder i den tyskdanske tradition og trækker overvejende på filosofien fra Martin Heidegger (1889-1976) og en af hans studenter, Knud Ejler Løgstrup (1905-1981), som har haft en betydelig indflydelse på sygeplejeteori i Danmark og Norge (15,33). Dette afsnit behandler emnet: At etablere en omsorgsrelation fra et ontologisk standpunkt.

#### Sproget som bidrag til opbygning af relationer

Omsorg er en fundamental menneskelig evne, der er båret af fænomener som tillid, åbenhed, håb, respekt, næstekærlighed og medfølelse (9,14,34). Gennem disse fænomener er omsorgens etiske side et udtryk for det gode fra den ene til den anden i relationen, som ses og høres ved, at mennesker anerkender disse fænomener som en del af livsverdenen (33). Det er etik i praksis som en del af en dagligdags interaktion mellem mennesker. At udvise omsorg er derfor at nærme sig hinanden med åbenhed og tillid over for hinandens indtryk, udtryk og forskellighed. Et samfund kan vurderes ud fra måden, hvorpå det tager sig af dem, der har brug for hjælp (35).

I centrum for sygeplejerskers omsorgspraksis står dialogen med patienten. Dialog er at foretrække frem for den mere generelle betegnelse, kommunikation, fordi dialog har et iboende relationelt aspekt. Dialogen finder sted mellem mindst to (Dia) parter, og hensigten er at lære (Logos) af hinanden. Læringen eksisterer gennem menneskets evner til at tale, tænke, lytte og tolerere gensidig tavshed og åbenhed i refleksioner. Dialogen åbner op for en indsigt, der kan være det første skridt på vejen i opbygning af gensidige relationer (36). En relation, der kan bidrage til en personorientering ved at have fokus på velbefindende (37), ved at flytte dialogens parter fra det, der synes at være en oplevet hjemløshed hos patienten, gennem en følelse af hjemkomst via dialogen og munde ud i en hjemlighed, når relationen begynder at blive en realitet (38).

At bygge et fælles rum, underforstået en relation, åbner op for muligheden for, at det kan gå fremad med personens helbred som hjemvendelsesproces betragtet. Todres og Galvin (37, s. 2) citerer Svenaeus (39) for at fremsætte et syn på sundhed som "en hjemlig væren-til-i verden" på, og at "Sundhed skal forstås som en væren-hjemme, der holder afstand til det ikke at være-hjemme-i-verden, fra at blive tydelig" eller presserende (39, s. 93). Der er tale om forebyggelse af det, der skal forstås som en mental hjemløshed.

Et andet aspekt af sygeplejerskers omsorgsindsats beskrives som det asymmetriske sygeplejerske-patient-forhold (15). Fagligheden og som regel også magten befinder sig på sygeplejerskens side. Sygeplejersken er uddannet til at være i stand til at hjælpe og har bedre muligheder for at bruge den magt, som de institutionelle rum besidder baseret på deres strukturelle udformning, og at forme dem gennem sin magt. Det er derfor, der er meget på spil for patienten. Patientens udsathed og sårbarhed er fysisk og eksistentielt mere akut; både det faktum, at sygdom kan opleves som en kropslig uorden, og at patientens eller de pårørendes bekymring og utilstrækkelighedsfølelse appellerer til sygeplejersken om at blive set og taget hånd om. Initiativet ligger imidlertid hos patienten. Når sygeplejersken mødes af patientens spontane krav, får omsorgshandlingen både karakter af opmærksomhed og beslutningstagning i forhold til at tage hånd om ham/hende (15).

Uden for den skandinaviske kontekst er betydningen af relationen mellem sygeplejerske og patient blevet beskrevet som central for moralsk ræsonnering og overlegen som grundlag for at forstå menneskers valg i forhold til alle tidligere sproglige eller meta-etiske koncepter (40). Ifølge Martinsen ophører etiske koder og standarder som redskab til praktisk anvendelse med at være relevante for klinisk praksis i et personorienteret fag (15). Gensidig forståelse, forhandling og behandling af etiske spørgsmål opstår i sygeplejerske-patient-relationen, når rummelighed, opmærksomhed og nærvær mere eller mindre stiltiende lader patienten udtrykke, hvad sygeplejersken kan gøre.

Sygeplejerskens engagement i vanskelige etiske situationer er baseret på individuel erfaring, personlig indstilling og holdning samt kapacitet og informerer situationen om godt og ondt eller rigtigt og forkert (15). Hvis sygeplejersken observerer situationen udefra, ses patienten ikke nødvendigvis som en person med en bestemt betydning, men som en genstand for pleje og behandling snarere end en person med en betydningsfuld selvforståelse (18,19).

En kompetent sygeplejerske er ikke altid i stand til eller parat til at stå som en professionel, der anvender sin egen dømmekraft i disse situationer, men kan ende i en rolle som en, der blot følger retningslinjer og regler. Derfor kan begge parter være forhindret i at præsentere sig selv og mødes i bredere forstand som levende og sansende mennesker (41). Sygeplejersken bruger ikke altid sine sanser til at se på den anden med et deltagende, opmærksomt blik. Det skaber risiko for, at patienten bliver en genstand uden betydning for den, der ser ham eller hende. Modet til at leve kan blive min-



## **Risikoen for lav kvalitet og opgaveorientering i stedet for personorientering opstår, hvis sygeplejersken bliver så effektiv, at hun bruger vurderingssamtalen til kun at levere envejskommunikation og beder om et ja eller nej i stedet for at føre en dialog ud fra nogle emneudkast.**

dre, og sygeplejersken berøves glæden ved at få lov at hjælpe patienten. Sygeplejersken og patienten er på hver sin måde kun til stede med en del af sig selv og berøvet deres integritet (15).

### *Den enkelte sygeplejerskes erfaringer og viden*

Når der skal udvikles en relation mellem en sygeplejerske, en patient og måske en pårørende, er situationen forskellig afhængigt af, om sygeplejersken handler på et kompetent eller kyndigt niveau eller er ekspert (41). Den kyndige sygeplejerske etablerer relationer til patienter mhp. gensidigt engagement i refleksionen over betydningen af de overgange, patienten oplever. Sygeplejersken ved, at patientens eller den pårørendes perspektiv er den eneste vej til at finde en anden, kvalitativt anderledes tilgang, når der er behov for det (41). Klinisk forståelse er et af de redskaber, den kyndige sygeplejerske bruger til at sætte sig ind i patientens situation. På den måde kan sygeplejersken "få en fornemmelse af, hvem patienten er, patientens reaktionsmønstre og de umiddelbare behov og bekymringer i situationen" (41, s. 142).

Når en kyndig sygeplejerske danner sig et billede af hele situationen og de mønstre og reaktioner, den indeholder, så åbner det samtidig en mulighed. Sygeplejersken kan både få en fornemmelse af personen som et menneske i øjeblikket, der befinder sig i rollen som patient, og være åben for at se det uventede i, hvad patienten oplever som meningsfuldt. Heri ligger også muligheden for at etablere en ægte relation; uden denne relation udvikler den kyndige sygeplejerske ikke et fuldstændigt billede af patienten.





tens bekymringer, behov og erfaringer baseret på egne mønstre og reaktioner. Kyndighed var også et nøglebegreb for den danske forsker Larsen (24,42), og i næste afsnit deler vi erfaringer med at arbejde med hendes model.

#### *Personorienteret sygepleje ved indlæggelsen*

Sygeplejerskers personorienterede sygepleje baseret på Larsens (24) teori blev iværksat med de to første af fire hovedelementer:

1. Indlæggelsessamtale – en personcentreret tilgang, efterfulgt af
2. Opfølgende samtaler mellem patient og sygeplejerske.

Ved indlæggelsessamtalen interviewede en sygeplejerske patienten for at danne sig et billede af normale aktiviteter i forhold til specifikke sundhedsproblemer og dagligdags aktiviteter. Samtalens struktur var baseret på Maslows motivationshierarki (43) og Murrays teori om stimulering til øget sundhed og/eller velvære gennem aktivitet (44). Samtalen bør gennemføres inden for 24 timer efter indlæggelsen. De opfølgende dialoger mellem patienten og sygeplejersken er kontinuerlige dialoger mellem patienten og sygeplejersken for at sikre deling af oplysninger, undervisning og individuel pleje. I næste afsnit lægges der vægt på sygeplejerskernes epistemologiske tilgang til at opnå en personorienteret sygeplejepraksis.

#### **Personorienteret sygepleje:**

##### **En epistemologisk tilgang**

En epistemologisk tilgang til personorienteret sygepleje blev bevidst udviklet i de skandinaviske lande fra 1970'erne og frem gennem det, der blev beskrevet som en sygeplejeprocess eller med de skandinaviske betegnelser: Sygeplejeprocessen (10) eller Vårdprocessen (45). Denne sygeplejeprocess blev konstrueret for at forbedre fundamental sygepleje ved struktur og dokumentation gennem et femtrinsinitiativ, der opbyggede gensidig viden om patienternes situation, se boks 2.

Denne plan for klinisk problemløsning inden for sygepleje blev anvendt på skandinaviske sygeplejerskoler til uddannelsesformål samt i praksis for sygeplejerskenovicer og avancerede nybegyndere, særligt i 1980'erne og 1990'erne. I samme periode kom den teoretiske begrebsramme for sygepleje hovedsagelig fra Kari Martinsen (Norge) og Katie Eriksson (Finland) (46) foruden indflydelsesrig forskning fra USA, dvs. Patricia Benner inden for omsorg og ekspertise samt Marram et al. i Primary Nursing.

Vårdprocessen beskrev relationen mellem sygeplejersken og patienten og argumenterede for, at patienten skulle være autonom og sygeplejersken en

del af et plejeteam, og at de sammen skulle etablere en relation og en gensidig personorienteret situationel plejeoplevelse (45). Patienten kan vælge at kontakte sygeplejerskerne eller at handle uden kontakt til sygeplejerskerne.

Da Larsen (42) udarbejdede sin model for samarbejde med patienterne baseret på patienternes oplevelse af deres situation, mente hun, at det kunne danne grundlag for at informere, vejlede og uddanne dem. Samtidig begyndte der en diskussion, som krævede, at sundhedsydelse så vidt muligt skulle være baseret på solid evidens (47). Det er imidlertid ikke nogen let opgave, da mængden af ny information er kraftigt stigende (48). Det skete samtidig med, at Pedersen (49), som var engageret i at studere fordelene ved personorienteret sygepleje baseret på Larsens teoretiske model (24), kommenterede og bidrog til at udvikle hendes model. Kritikken fokuserede hovedsageligt på de to sidste elementer af de fire, der var blevet præsenteret:

3. Individuel planlægning af interventioner under hensyntagen til patientens daglige aktiviteter
4. Anvendelse af de principper, der er indlejret i primærsygeplejen (Larsen 1990).

Pedersen mente, at Larsen var for generel og ikke fremsatte tilstrækkeligt med vejledende faktorer til at være personorienteret i klinisk regi. Patienter i det moderne sundhedssystem oplever kroniske og livsstilsinducerede sygdomme og har behov for integrerede processer til at understøtte bedringsprocessen (50,51). Personorienteret sygepleje skal altså have en kompleksitet, der opfylder kravene om, at en vurdering af patienternes situation skal være både nøjagtig og præcis. Pedersen kombinerede Larsens model med "Health Promoting today and a framework for planning and environmental Approach" af Green (52).

Formålet med Greens model er livskvalitet (QoL). Sundhedspersonalet identificerer den specifikke helbredsrelaterede adfærd, der kan være

#### **Boks 2. Sygeplejeprocessen**

- Første trin er dataindsamling, dvs. at en praksis observeres og beskrives,
- Andet trin omfatter deling af dataanalysen med kolleger og patienter.
- Tredje trin er overførsel af teoretisk viden.
- Fjerde trin er anvendelse af evidens
- Femte trin er en handling i forbindelse med en vurdering af resultatet af den personorienterede pleje (10):29.

koblet til de helbredsproblemer, der fortjener opmærksomhed. Ved at tilføje Greens tre begreber (prædisponering, muliggørelse og styrkelse) kunne vurderingssamtalen foregå i en dialog med patienten om hans viden, værdier, holdninger og erfaringer (prædisponering). Dernæst i forhold til patientens muligheder for at handle ud fra ny viden (muliggørelse) eller styrke patienten som følge af motiverende faktorer (49). Risikoen for lav kvalitet og opgaveorientering i stedet for personorientering opstår, hvis sygeplejersken bliver så effektiv, at hun bruger vurderingssamtalen til kun at levere envejskommunikation og beder om et ja eller nej i stedet for at føre en dialog ud fra nogle emneudkast.

Gennem en dialog aftales, planlægges, implementeres og evalueres interventioner. For at vurdere og planlægge sygeplejen fører sygeplejerskerne en dialog med patienterne om deres situation. Sygeplejerskerne skal dog også foretage observationer, der er relevante for sygeplejen generelt, f.eks. patienternes hud samt ernærings- og funktionsstatus. Baseret på dialog og observation aftaler patienterne og sygeplejerskerne en individuelt tilpasset plejeplan. Plejeplanen implementeres ved handling, dialog med informationsdeling og uddannelse af patienterne samt observation mhp. at justere planen efter behov og evaluere den til sidst.

Pedersens fortolkning af Larsens og Greens modeller er foreløbig blevet testet i tre doktorafhandlinger i 2010-2017, der behandlede emner inden for sygeplejefagets fundamentale elementer: Hørdam et al. 2000 om mobilisering af patienter, Larsen et al. 2015 om patienters egenomsorg, når det gælder hjertesvigt, og Trads et al. i 2017 (53-55) om forebyggelse af postoperativ obstipation.

Konklusionen er, at Larsen banede vejen for interventioner gennem dialog med patienten. Green bidrog yderligere til denne forståelse ved at gøre evidens til det foretrukne, og Larsens (24) fire trin begyndende med en indlæggelsessamtale/dialog forsynede den personorienterede plejeplanlægning med evidens for sygeplejefagets fundamentale elementer baseret på sygeplejere relationer og faglighed.

### **Perspektiver for fremtiden**

Vores målsætning var at udforske den personorienterede sygepleje og dens ontologiske og epistemologiske grundlag for etablering af en positiv sygeplejerske-patient-relation, der højner patienternes velbefindende. Som kontekst anvendte vi det offentligt finansierede sundhedsvæsen, som er påvirket af værdier såsom lighed i behandling og pleje og lige rettigheder til lige sygepleje og/eller helbredelse. Vores bidrag til begrebsrammen FoC og det centrale fokus er baseret på eksempler fra

den skandinaviske anvendelse af ontologi og epistemologi til at farve og give substans til plejeindsatsen i den personorienterede sygepleje.

Set ud fra et ontologisk perspektiv fortjener mennesker en personorienteret sygepleje, der omfatter en relation til de sygeplejersker, som er ansvarlige for sygeplejen. Sygeplejersker er klar over den evidens, der eksisterer, og som skal vælges som baggrund for deres sygepleje. Det er sygeplejerskerne, som kan anvende denne evidens individuelt i en dialog med patienten til gavn for patientens velbefindende.

Set ud fra et epistemologisk perspektiv er det politiske mål med det plejeniveau, der tilbydes patienterne, forskelligt fra land til land og fra patientgruppe til patientgruppe. Derfor er der risiko for en opgaveorienteret sygepleje, som udelukkende er baseret på evidens og dermed for generel til at tilbyde den individuelle støtte, som er nødvendig for at øge patientens velbefindende. Det rejser spørgsmålet om klinisk lederskab. Klinisk lederskab var ikke en del af denne artikels målsætning, men der er behov for en øget forståelse af, hvor vigtigt det er at kommunikere og demonstrere personorienteret sygepleje. En af måderne, det kan gøres på, er gennem klinisk lederskab, men også ved at være i stand til at besvare spørgsmålet: "Hvad laver sygeplejersker?"

Fortidens, nutidens og fremtidens opbygning af relationer mellem sygeplejersker og patienter ligger i dialog og samtidig i at række ud og kommunikere den bedst mulige evidens til gavn for patientens velbefindende og samfundets brug af ressourcer.

### **Relevans for klinisk praksis**

Fra indlæggelse til udskrivelse møder patienten forskellige sygeplejersker. Hvis mødet er kortvarigt, kommunikeres der måske kun nogle få rutinefakta med henvisning til den medicinske diagnose og behandling. Dette udgør imidlertid ikke sygeplejens fundament, og vigtige oplysninger om patientens helbredstilstand og vilkår for egenomsorg overses måske. Denne tilgang vil ikke være med til at øge patientens velbefindende i det lange løb. Rutineoplysninger kan være understøttende for indlæggelsen i sundhedssystemet, men der skal mere til for at få patienten til at være åben om, hvad der er galt, hvilke oplevelser der førte til en indlæggelse, og hvad der skal til for at komme ud herfra og blive "hjemvendende" (37,38).

Sygeplejerskers forberedelse til omfattende og specifikke plejeplaner er vigtig for patienterne og for anvendelsen af sundhedsressourcer. Den gensidige evne til at tale, lytte, tie stille og/eller tænke højt sammen er det grundlag, hvorpå relationer opbygges gennem dialog. Det kræver et





menneske at se et andet menneske være “hjemløs” (56) og se, hvilken type hjælp det kræver at være hjemme i en ny verden og begynde at forstå, hvad der skal være på plads for at kunne føle sig “hjemme” i en ny situation (37). Sygeplejersken skal være professionel og et medmenneske, der kan bruge sin forestillingsevne til at forstå så meget, som der er behov for i hver enkelt situation med patienten. Det er ikke noget, alle sygeplejersker kan: Den kliniske forståelse i situationen er den kyndige sygeplejerskes måde at forstå patientens situation på (29). Ledelsesopgaven er samtidig at evaluere, om sygeplejerskes varetages af for mange sygeplejerskenovicer, så patienterne oplever en ret generaliseret pleje frem for personorienteret sygepleje (18).

Det ontologiske grundlag er sammen med epistemologiske overvejelser relevante for at oplyse politikere og administratorer om de konsekvenser, bestemte politiske valg har for patienterne. Der er et behov for struktureret dialog mellem sygeplejersker og patienter om deres baggrund, præferencer, oplevelser og skøn, så menneskers oplevelser kan kombineres med specialiseret viden, når den individualiserede sygepleje skal planlægges med velbefindende som mål.

Konklusionen er, at der er forskellige veje at gå, når en personorienteret sygepleje skal opbygges, men dialogen skal altid være til stede. Fundamentals of Care er forenelig med den måde, som skandinaviske sygeplejersker er trænet i at tænke på, set ud fra et ontologisk og epistemologisk perspektiv (57). ●

### Referencer

1. Marram G, Barrett M, Bevis E. *Primary Nursing. A model for individualized care*. St Louis, Missouri: The C.V. Mosby Company 1979.
2. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y et al. *Scholarly paper: Defining the fundamentals of care*. *International Journal of Nursing Practice* 2010;16(4):423-34.
3. Weinberg DB. *When little things are big things*, In Nelson, Siobhan, Gordon S (ed.). *The complexities of care. Nursing reconsidered*, 2006:30-43. London, UK: ILR Press.
4. Reimers M, Miller C. *Clinical nurse specialist as change agent: delirium prevention and assessment project*. *Clinical nurse specialist* 2014;(4):224-30.
5. Arman M, Ranheim A, Rydenlund K et al. *The Nordic tradition of caring science: The works of three theorists*. *Nursing science quarterly* 2015;(28):288-96.
6. Nielsen R, Sørensens E. *Det døende menneske som livets lærer*. *Klinisk Sygepleje* 2013;(2):117-29.
7. Uhrenfeldt L, Hall EO. *Clinical wisdom among proficient nurses*. *Nursing Ethics* 2007;(14):387-98.
8. Uhrenfeldt L, Hall EO. *Job satisfaction as a matter of time, team, and trust: A qualitative study of hospital nurses' experiences*. *Journal of Nursing Education and Practice* 2015;(5):1-8.
9. Uhrenfeldt L. *Sygepleje i samspil med fænomenologi og videnskab. En undersøgelse af det grundlag Watson, Martinsen og Eriksson har for kærlig omsorg i sygeplejen*. Kandidatafhandling. Aarhus, Danmarks Sygeplejerskehøjskole, 1996, skriftserie nr 34.
10. Skrumsgaard SR. *Sygepleje og problemløsningsmodeller*. In Persson B, Ravn K, Truelsen R (ed.) *Fokus på Sygeplejen* 1979. København: Munksgaard; 1978.
11. Martinsen K. *Samtalen, skjønnets og evidensens*. Oslo: Akribes; 2005.
12. Scheel M, Pedersen BD, Rosencrantz V. *Interactional nursing - a practice-theory in the dynamic field between the natural, human and social sciences*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008;(22):629-36.
13. Martinsen K. *Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sygepleie*. In Jensen TK, Jensen LU, Kim Won C (Ed.) *Grundlagsproblemer i sygeplejen - Etik, videnskabsteori, ledelse og samfund*. Århus: Philoso-

phia;1990:60-85. **14.** Delmar C. Tillid og Magt. En moralsk udfordring. København: Munksgaard; 1999. **15.** Martinsen K. Care and vulnerability. Oslo: Akribes; 2006. **16.** Eriksson K. Møtet med lidanden. Vårdforskning, no 4. Department of Caring Science. Åbo: Åbo Akademi; 1993. **17.** Mark E, Nielsen GN. Benspænd og faglig udvikling: Oplevelser på medicinsk afdeling. Klinisk Sygepleje 2016;30(4):293-305. **18.** Uhrenfeldt L, Højbye MT. Care interaction adding challenges to old patients' well-being during surgical hospital treatment. International journal of qualitative studies on health and well-being 2015;(10):DOI 10.3402/qhw.v10.28830 **19.** Sørensen EE, Olsen IØ, Tewes M et al. Perioperative nursing in public university hospitals: an ethnography. BMC nursing 2014;(45);3-9. **20.** Uhrenfeldt L, Aagaard H, Hall EOC et al. A qualitative meta-synthesis of patients' experiences of intra-and inter-hospital transitions. Journal of advanced nursing 2013;(69):1678-90. **21.** Aagaard K, Sørensen EE, Rasmussen BS et al. Identifying Nurse Anesthetists' Professional Identity. Journal of PeriAnesthesia Nursing 2017 <https://doi.org/10.1016/j.japan.2016.08.006> (assessed 11/20/2017) **22.** Voldbjerg SL, Gronkjaer M, Soerensen EE et al. Newly graduated nurses' use of knowledge sources: A meta-ethnography. Journal of Advanced Nursing 2016;(72):1751-65. doi:10.1111/jan.12914 **23.** Voldbjerg SL, Gronkjaer M, Wiechula R et al. Newly graduated nurses' use of knowledge sources in clinical decision-making: An ethnographic study. Journal of Clinical Nursing 2016, doi:10.1111/jocn.13628 **24.** Larsen A-LS. Stimulation til aktivitet og udvikling. København: Dansk Sygeplejeråd 1990. **25.** Kitson A, Conroy T, Kuluski K et al. Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs 2013. <http://hdl.handle.net/2440/75843> (assessed 11/20/2017). **26.** Feo R, Kitson A. Promoting patient-centered fundamental care in acute healthcare systems. International Journal of Nursing Studies 2016;(57):1-11. **27.** Kitson AL. "Johns Hopkins address: Does nursing have a future?" Journal of Nursing Scholarship 1997;(29):111-15. **28.** Nussbaum MC. Love's knowledge. Essays on philosophy and literature. Oxford: Oxford University press; 1990. **29.** Benner PE, Hooper-Kyriakidis PL, Stannard D. Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach. New York: Springer Publishing Company; 2011. **30.** Kitson AL, Muntlin AA, Conroy T. Anything but basic: nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. Journal of Nursing Scholarship 2014;46(5):331-9. **31.** International Learning Collaborative. International Learning Collaborative Connected to care a member environment 2017. [www.intlearningcollab.org](http://www.intlearningcollab.org) (assessed 11/20/2017) **32.** Sørensen EE, Bahnsen IB, Pedersen PU et al. Sygepleje tilbage til det basale. Fag og Forskning 2017;(1):52-7. **33.** Dahlberg K, Todres L, Galvin KT. Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: The need for an existential theory of well-being. Medicine, Healthcare and Philosophy 2009;(12):265-71. **34.** Uhrenfeldt L. Leadership, job satisfaction and clinical wisdom: A hermeneutic study of charge and clinical nurses' experiences. Ph.d.-afhandling. Aarhus, Aarhus Universitet ;2007. [https://www.researchgate.net/publication/264511072\\_Leadership\\_Job\\_Satisfaction\\_and\\_Clinical\\_Wisdom\\_A\\_Hermeneutic\\_Study\\_of\\_Charge\\_and\\_Clinical\\_Nurses%27\\_Experiences](https://www.researchgate.net/publication/264511072_Leadership_Job_Satisfaction_and_Clinical_Wisdom_A_Hermeneutic_Study_of_Charge_and_Clinical_Nurses%27_Experiences) (assessed 5/10/2017). **35.** Alsvåg H, Martinsen K. Philosophy of Caring. In Tomey AM, Alligood MR (Ed.) Nursing theorists and their work. Saint Louis: Mosby Elsevier 2010;165-89. **36.** Heidegger M. Sproget og ordet. København: Hans Reitzels forlag; 2000. **37.** Todres L, Galvin K. "Dwelling-mobility": An existential theory of well-being. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 2010;(5):3. **38.** Mugerauer R. Heidegger and homecoming: The leitmotif in the later writings. Toronto: University of Toronto Press; 2008. **39.** Svenaeus F. The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. London: Kluwer Academic Publishers; 2000. **40.** Gilligan C. In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development. Cambridge: Harvard University Press; 1982. **41.** Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment and ethics. New York: Springer; 2009. **42.** Larsen AS. Helping patients avoid readmission to hospital: a health behavior study. Recent advances in nursing; 1987;(22):62-88. **43.** Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological Review; 1943;(4):370-96. doi:10.1037/h0054346 - via [psychclassics.yorku.ca](http://psychclassics.yorku.ca). **44.** Murray HA. Explorations in personality. New York: Oxford University Press; 1938. **45.** Eriksson K. Om sjukvård - en beskrivning av vårdprocessens principer. In Persson B, Ravn Karenlene, Truelsen R (Ed.) Fokus på Sygeplejen 1980. København: Munksgaard; 1979. 153-67. **46.** Tomey AM, Alligood MR. (Ed.) Nursing theorists and their work. Saint Louis: Mosby Elsevier; 2010. **47.** World Health Organization. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European region. WHO European region 1999. **48.** Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stone P et al. Evidence-based practice: the past, the present, and recommendations for the millennium. Pediatric Nursing 2000;(26):77-80. **49.** Pedersen, PU. Stimulating to increased nutritional intake - The effectiveness of involving patients over the age of 65 in their nutritional care. Odense: University of Southern Denmark; 2000. **50.** Kitson A, Soerensen EE. Editorial: Crossing the caring chasm. Journal of clinical nursing 2017. doi:10.1111/jocn.13619 **51.** Toft BS, Uhrenfeldt L. The lived experiences of being physically active when morbidly obese: A qualitative systematic review. International journal of qualitative studies on health and well-being 2015;(10):1-14. DOI: 10.3402/qhw.v10.28577 **52.** Green LW, Kreuter MW. Health promoting today and a framework for planning. In Health promoting planning and environmental approach. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1991. **53.** Hørdam B, Sabroe S, Pedersen PU et al. Nursing intervention by telephone support and counselling of patients aged 65 and over after total hip replacement improves health status: a randomised clinical trial. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010;(24):94-100. **54.** Larsen P, Thomsen T, Pedersen PU. Effect of Clinical Nurses Specialists intervention on rehabilitation outcomes in patients with heart failure. Clinical Nursing Studies 2015;(3)31-9. **55.** Trads M, Deutch SR, Pedersen PU. Supporting patients in reducing postoperative constipation - Fundamental Nursing Care - a quasi-experimental study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2018; (32):824-32. **56.** Galvin K, Todres L. Caring and Well-being: A Lifeworld Approach. New York: Routledge; 2012. 98-115. **57.** Uhrenfeldt L, Sørensen EE, Bahnsen IB, Pedersen PU. The centrality of the nurse-patient relationship: A Scandinavian perspective. Journal of Clinical Nursing 2018;00:1-8. <https://doi.org/10.1111/jocn.14381>

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

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



**CAMILLA BERNILD**

Sygeplejerske 2004, kandidat i sundhedsfremme og uddannelsesstudier i 2009, ph.d. i 2018. Klinisk underviser, Rigshospitalets Hjertecenter.

[camilla.bernild@regionh.dk](mailto:camilla.bernild@regionh.dk)



**CRISTINA HEIN ANDERSEN**

Sygeplejerske 1998, diplomeksamen i ledelse og kvalitetsudvikling 2008, afslutter Master i organisationspsykologi 2019. Ledende oversygeplejerske, ortopædkirurgisk afdeling, Nordsjællands Hospital.



**MERETE KJELDGAARD ENGELL**

Sygeplejerske 2000. Klinisk sygeplejespecialist, ortopædkirurgisk afdeling O, 1551, Nordsjællands Hospital.



**VIVIAN MØLLER HANSEN**

Sygeplejerske 1989. Afdelingssygeplejerske, ortopædkirurgisk afdeling O, 1551, Nordsjællands Hospital.

# Systematisk samarbejde med pårørende har effekt

En forskningsbaseret tilgang til pårørende til ældre patienter indlagt med hoftefraktur har vist sig at mindske frustrationer og klager og styrke et fælles sprog hos sygeplejerskerne.

Ældre patienter indlagt med hoftefraktur er pga. deres høje alder og akutte indlæggelse i mange tilfælde sårbare og ikke fuldt ud i stand til at overskue deres egen situation. Af den grund får pårørende ofte en fremtrædende rolle i patientforløbet som den aktivt kommunikerende og koordinerende, særligt i overgangene mellem sektorerne. Derfor er samarbejde med pårørende en betragtelig del af de sundhedsprofessionelles arbejde med denne patientgruppe, også under hospitalsindlæggelse på ortopædkirurgisk sengeafsnit, hvor det ofte viser sig at være en udfordring (1).



Formålet med denne artikel er at formidle, hvordan der i en hofteunit etableret i 2014 på ortopædkirurgisk afdeling på Nordsjællands Hospital er blevet udviklet en forskningsbaseret praksis for udskrivelser, der involverer pårørende og tager udgangspunkt i sygeplejerskernes faglige perspektiver og arbejdsforhold. Hofteuniten er etableret i afdelingen uden at tilføje personaleressourcer. Tidligere lå patienter med et hofteært brud spredt på flere sengeafsnit, hvilket ofte medførte manglende struktur, flow og kvalitet i forløbene. Ved at have samlet patienterne i en hofteunit er det den samme personalegruppe, der tværfagligt koordinerer, plejer og behandler denne patientgruppe, som udgør afdelingens ældste og mest skrøbelige patienter.

### Pårørende vil ses og høres

I dag får pårørende tildelt flere opgaver end tidligere, hvilket skyldes en voksende ældrebefolkning, flere og hurtigere behandlingsforløb og nedskæringer i primærsektorens plejesektor. Undersøgelser viser, at pårørende gerne vil hjælpe, men at de bliver pressede i deres hverdagsliv, og at der i Danmark ikke er nogle instanser, der kan hjælpe og støtte dem (1).

Undersøgelser af pårørende i hospitalsvæsnet viser, at de oplever at skulle underlægge og tilpasse sig systemet, at de ikke oplever at få tilstrækkelig information eller bliver hørt (2), og at de strukturelt set er ekskluderet fra sundhedssystemet (1). Af den grund synes det relevant at stræbe efter en praksis, der involverer pårørende.

Selvom involvering af pårørende er og bør være en tværfaglig indsats, er den ændrede praksis primært udviklet i samarbejde med sygeplejersker. Sygeplejersker er den største sundhedsprofession i hospitalsregi, og de bruger mest tid i direkte kontakt med patienter og pårørende (3). Desuden er det en profession, hvis faglige interesse er omsorg for hele personen, hvilket implicerer kommunikation og relationsdannelse med



## I dag får pårørende tildelt flere opgaver end tidligere, hvilket skyldes en voksende ældrebefolkning, flere og hurtigere behandlingsforløb og nedskæringer i primærsektorens plejesektor.

patienten og dennes netværk. Det kan imidlertid se ud til, at sygeplejens omsorgsidealer er under pres i dag. Ifølge undersøgelser i sygeplejerskers arbejdsliv fortrænger det stigende fokus på effektiv behandling og standardiserede arbejdsrutiner plejen og omsorgen (4). Undersøgelser viser, at der forekommer diskrepans mellem, hvad sygeplejersker ideelt tænker om pårørendesamarbejde, og hvad der sker i praksis (2). Af den grund synes det at være relevant at fokusere på kommunikationen mellem pårørende og sygeplejersker.

For at undersøge mulighederne for større grad af pårørendeinvolvering er der anvendt en kombination af etnografisk feltarbejde, interview med pårørende og aktionsforskning. Førstnævnte for at forstå den komplekse kontekst, udviklingen skal foregå i, sidstnævnte for gennem igangsættelse af forandringsprocesser at belyse muligheder for udvikling. Forskningsprocessen var tilrettelagt sådan, at der skiftevis blev foretaget etnografiske feltobservationer og afholdt dialogmøder, se tabel 1 side 50.

### Etnografisk feltarbejde med fokus på interaktion

Der er valgt en reflektiv etnografisk tilgang (5), hvor fokus gradvist er blevet indsnævret. Således begyndte det empiriske arbejde med tre ugers indledende feltobservationer på afdelingen, hvor fokus var interaktion mellem patienter, pårørende og sund-

### RESUME

På en ortopædkirurgisk afdeling er udviklet en forskningsbaseret praksis for involvering af pårørende, der også tager udgangspunkt i sygeplejerskers faglige perspektiver og arbejdsforhold.

Specifikt drejer det sig om pårørende til ældre patienter indlagt med hofteært fraktur. Patientgruppen er qua

sin høje alder og akutte indlæggelse ofte sårbar og ikke i stand til fuldt ud at overskue egen situation. Pårørende får derfor tit en fremtrædende rolle i patientforløbet som aktivt kommunikerende og koordinerende.

Gennem et aktionsforskningsdesign vises, at pårørendesamarbejdet er gået fra at være tilfældigt og kendetegnet

ved forventningsdiskrepans til gennem etablering af statussamtaler, udvikling og anvendelse af pårørendepjece at afstemme forventninger og ligestille pårørende i samarbejdet. Udviklingen betyder, at samarbejde med pårørende er blevet til en tydelig sygeplejefaglig opgave, hvor et fælles sprog professionaliserer området.

hedsprofessionelle. Senere i processen blev arbejdet mere fokuseret, idet dialogmøde med sygeplejerskerne og interview med pårørende pegede på, hvad og hvem det var relevant at observere. Her blev 15 udskrivelsessamtaler observeret. På den måde belyser det etnografiske materiale i form af strukturerede feltnoter, hvordan kommunikation mellem patient, pårørende og sundhedsprofessionelle foregik både før og efter indførelse af planlagte udskrivelsessamtaler.

### Pårørende interviewet to gange

Som led i det etnografiske feltarbejde blev der foretaget semistrukturerede interview (5) med 10 pårørende to gange. Første interview under patientens indlæggelse og andet interview to til tre uger efter patientens udskrivelse.

De pårørende blev udvalgt, så de afspejlede resten af pårørendegruppens sammensætning, det vil sige primært voksne børn af patienten, overvejende døtre samt ægtefæller af begge køn. Hensigten var at få viden om deres erfaringer med at være pårørende til en ældre borger med hoftebrud og deres synspunkter på samarbejdet med sundhedssektoren. Interviewene blev udført af den ph.d.-studerende, optaget og efterfølgende transskriberet.

### Mulighed for at skabe forandring

For at forskningen kunne bidrage til udvikling af samarbejdet mellem pårørende og sygeplejersker, er der valgt en aktionsforskningstilgang, hvis ærinde netop er at skabe forandringsprocesser sammen med de aktører, der er i feltet, og herigennem skabe viden om mulighederne for at skabe forandring i det givne felt. (6). Interviewene med pårørende indgår som fundament for forandringerne, men det er sygeplejerskernes faglige perspektiver, der er i fokus for aktionen. Hermed bidrager aktionsforskningen til organisations- og professionsudvikling.

Aktionsforskningen er gennemført med afholdelse af fire dialogmøder. Her deltog cirka seks praksissygeplejersker, en afdelingssygeplejerske, en udviklingssygeplejerske og en enkelt gang en oversygeplejerske. Ved dia-



**... mange pårørende fremhæver, at de håber, at hoftebruddet kan afstedkomme, at den ældre kan få mere hjælp og støtte i dagligdagen, men de oplever, at personalet på hospitalet ikke viser særlig interesse herfor.**

logmøderne bringes deltagernes praksiserfaringer i spil og giver plads til en fælles refleksion med det formål at skabe indsigt og idéer til nye arbejdsgange (7), se tabel 2.

### Et sammenhængende empirisk grundlag

Fortolkningstilgangen er inspireret af Reflexive Methodology (8), der tilstræber en åbensindet og dialektisk bevægelse mellem det empiriske materiale, som er skabt gennem processen, og den teoretiske begrebsliggørelse med Jürgen Habermas' koncept om den kommunikative handle (9).

For at styrke relevansen af det etnografiske feltarbejde i et udviklingsperspektiv blev de foreløbige analyser af observationerne og interviewene fremlagt til dialogmøderne, så sygeplejerskerne kunne kommentere og uddybe dem. På den måde er der gennem skiftevis etnografisk feltarbejde og dialogmøder skabt et sammenhængende empirisk grundlag, der udsiger noget om selve forandringsprocessen. Det empiriske materiale er ikke neutrale og objektive billeder af virkeligheden, men derimod et empirisk materiale, der med en bestemt normativ hensigt om øget involvering af pårørende og bedre sammenhæng mellem sygeplejefaglige idealer og praksis er meningsfuldt og relevant.

### Forskningsetik

Implicerede patienter og pårørende har fået skriftlig information om forskningsprojektet og givet samtykke til observation af deres samtaler med de sundhedsprofessionelle. De pårørende,

**Tabel 1.** Forskningsforløbet

	Før intervention	Første forandring	Anden forandring
<b>Afdelingens praksis</b>	Samarbejde mellem pårørende og sundhedsprofessionelle er ikke systematiseret og derfor situationelt forskelligartet og tilfældigt.	Indførelse af statussamtaler, hvor pårørende deltager, og hvor tidspunktet planlægges i samarbejde med dem.	Udarbejdelse og anvendelse af pårørendepjece.
<b>Forskningsaktiviteter</b>	Indledende og afsøgende feltobservationer. Første dialogmøde. Interview med pårørende.	Fokuserede feltobservationer af 15 udskrivelsessamtaler. Andet dialogmøde.	Tredje og fjerde dialogmøde.

Kilde: (6).

**Table 2.** Oversigt over dialogmødernes formål

Dialogmøde 1	Dialogmøde 2	Dialogmøde 3	Dialogmøde 4
At opnå fælles forståelse for aktuel praksis. Hvad er problemstillingen? Fokus for den videre udvikling	At få deltagernes syn på det vellykkede og det vanskelige pårørendesamarbejde og diskussioner om muligheder og barrierer ift. samarbejde med pårørende.	At diskutere udskrivelses-samtalen nu og i fremtiden. Idéer til kvalificering af statusamtalen.	At evaluere og justere "pjece til pårørende" og "retningslinjen". At evaluere processen.

som deltog i interviewene, fik både mundtlig og skriftlig information og underskrev en samtykkeerklæring. De sygeplejersker, som deltog i dialogmøderne, var der som en del af deres arbejde. De udtalelser, der er benyttet, er anonymiserede, og deltagernes identitet kendes kun af dem selv. Flere af deltagerne har læst analyserne og har ingen indvendinger. Datatilsynet er underrettet om projektet.

### Resultater

Analysen af praksisændringerne præsenteres i kronologisk orden. Således beskrives først, hvordan praksis i relation til pårørendesamarbejde så ud før ændringerne. Dernæst beskrives, hvordan praksis så ud efter ændringerne. Afslutningsvis beskrives, hvordan plejepersonalet aktuelt oplever praksis.

### Kommunikation fylder meget

Observationer af kommunikationspraksis mellem sygeplejersker og pårørende til ældre patienter indlagt med hoftefraktur viste, at kommunikation fyldte meget i det sygeplejefaglige arbejde. Ikke som en tydeligt defineret opgave, men som en flydende størrelse, hvor telefonsamtaler og ad hoc-samtaler med pårørende igennem vagterne tog meget tid, særligt i aftenvagterne. Observationerne viste også, at kommunikationen var tilfældig i den forstand, at den fordrede pårørendes initiativ og dermed også var forskelligartet. Kommunikationen strakte sig fra længere forståelsesorienterede samtaler pårørende og sygeplejersker imellem, gerne på gangene uden patientens tilstedeværelse, til konfliktfyldt eller manglende kommunikation. Ved andet dialogmøde fremhævede sygeplejerskerne, at samarbejdet med pårørende kunne være udfordrende, hvilket bl.a. er relateret til to forhold:

1. at det kan være tidskrævende, særligt i aftenvagterne, hvor pårørende har fri fra arbejde og derfor kommer mere, men hvor der er mere sparsom normering end i dagvagter
2. at de pårørende ofte forventede mere af systemet, end den enkelte sygeplejerske kunne honorere, og at der således var en forventningsdiskrepans. En sygeplejerske siger f.eks.:

”Nogen gange har de pårørende utroligt urealistiske forventninger, hvor man særligt i aftenvagterne kan føle sig som jaget bytte og dårligt kan vise sig på gangen, og hvor de bombarderer én med spørgsmål ... så der er det svært at være tilstrækkelig, når man ikke har tiden til rådighed, når man har 11 andre patienter, hvor der måske også er pårørende, der godt liiige kunne tænke sig, at man kunne opdatere dem på, hvad der er sket på stuegangen, og hvornår de skal hjem [...] det er jo ikke os, der har det sidste ord, når de udskrives i forhold til, hvor de skal hen efter en udskrivelse, men det er os, der får

skideballen [af pårørende] over, at kommunen tager dem hjem i eget hjem i stedet for til genoptræning.” (Dialogmøde 2) (10).

Interviewene med pårørende bekræfter denne forventningsdiskrepans, idet mange fremhæver, at de håber på, at hoftebruddet kan afstedkomme, at den ældre kan få mere hjælp og støtte i dagligdagen, men at personalet på hospitalet ikke viser særlig interesse herfor. En pårørende siger:

”For der var vi jo allerede, ”Eej, hvad nu, hvis de sender hende hjem?“, det var faktisk vores største problem, det var: Hun skal bare ikke hjem nu, for når hun kommer hjem, så sidder hun bare stille i en stol og gør ingenting og går uden sin rollator, og så kommer hun jo bare ind igen og er faldet igen, ik’ (...) jeg håber jo virkelig, at de ikke gør hende så god, så de sender hende hjem [...] og fik sagt, det er altså ikke nogen god idé, hun kommer hjem (...), for hun kan ikke klare sig derhjemme, og det synes jeg jo, jeg havde brug for at sige til nogen, men det virkede til, at det var alle da ligeglade med, altså om hvordan der var derhjemme, og hvordan det skal gå fremover, det var ikke altså, det var her og nu, det handlede om, og det var det, jeg oplevede. Men jeg kunne da heller ikke sige andet, end det var jo så bare det ... det var her og nu, og så indordnede jeg mig bare under det [og videre ... ] det er sådan og sådan, det er, og sådan og sådan bliver det. Færdig. Og så sad man

bare der og kunne mærke, at nu er man da inde i systemet, ik'?" (Interview med pårørende) (1).

Som det fremgår, kan samarbejdet opleves temmelig forskelligt. Med afsæt i en erkendelse heraf igangsatte afdelingen praksisændringer.

### Alle pårørende inkluderet i forløbet

Efter andet dialogmøde påbegyndte afdelingen at afholde statusamtaler på patientens tredje til femte postoperative dag. Her blev pårørende inviteret med og tidspunktet aftalt i fællesskab, dog i dagvag. Som led i udviklingen blev der udarbejdet en retningslinje med formål og indhold for statusamtalen, så alle medarbejdere har kendskab hertil. Således inkluderes alle pårørende i patientforløbet og får information og mulighed for at bidrage med deres viden om patienten i relation til planlægningen af udskrivelsen. Desuden kan sygeplejersker med presset tid og/eller mindre kendskab til patienten i f.eks. en aftenvagt nu henvise til statusamtalen. Hermed aflastes både pårørende og sygeplejersker.

Observationer af statusamtalerne viste imidlertid, at samtalen trods de gode intentioner var asymmetrisk i den forstand, at de sundhedsprofessionelle kendte til samtalsens formål, indhold og rammer, hvorimod pårørende ikke vidste andet, end at der var en samtale. Det betød, at der fortsat kunne være en ulighed i samarbejdet og også en blivende forventningsdiskrepans. Med henblik på forventningsafstemning og på at ligestille pårørende i samarbejdet udviklede vi en pårørendepjece, som er pilottestet i samarbejde med pårørende.

Pårørendepjecen indleder med en beskrivelse af nogle af de udfordringer, man kan opleve som pårørende til en ældre med hoftebrud baseret på interview med pårørende. Efterfølgende er der en kort beskrivelse af statusamtalens formål og struktur, samt hvilke faggrupper der deltager i samtalen. Derudover er der en kort beskrivelse af patientforløbets ansvarsmæssige organisering, dvs. hvad er henholdsvis afdelingens og kommunens ansvar i forhold til visitering til genoptrænings- eller aflastningsophold. Der er også en kort gennemgang af, hvad afdelingen ønsker fra de pårørende, f.eks. afhentning af tøj, hjælpemidler og valg af en primærpårørende, som står for kommunikationen med afdelingen. Pjecen udleveres til patienten som en del af en velkomstmappe og til de pårørende, når tidspunktet for samtalen aftales.

### Faglig kvalitet og stolthed øget

Ved fjerde dialogmøde kom det frem, at etablering af hofteunit generelt har øget den faglige kvalitet og faglige stolthed blandt plejepersonalet i forhold til sygeplejen til patienter med hoftebrud. Desuden er praksis i relation til pårørendesamarbejdet i hofteunit kendetegnet ved langt færre konflikter med pårørende, færre telefonopkald og henvendelser fra pårørende i f.eks. aftenvagter, og færre klager fra pårørende. Sygeplejegruppen oplever, at der er sket et skift fra at opleve de pårørende som belastende hen imod et mere konstruktivt samarbejde til gavn for både patient og pårørende. Sy-



## Sygeplejerskerne oplever, at de, gennem det systematiske arbejde med statusamtalen, har fået et fælles fagligt sprog omkring samarbejdet med de pårørende.

geplejerskerne oplever, at de gennem det systematiske arbejde med statusamtalen har fået et fælles fagligt sprog omkring samarbejdet med de pårørende. Dette fælles sprog skaber en professionalisering af relationen mellem pårørende og sygeplejerske. Herved oplever sygeplejersken nu samarbejdet som en eksplicit opgave, som beror på en professionel relation, der ikke er styret af den enkelte sygeplejerskes følelsesmæssige tolkning af situationen.

### Samarbejdet med pårørende kan systematiseres

Projektet viser, at det er muligt at udvikle en praksis, som involverer pårørende og tager udgangspunkt i de sundhedsprofessionelles faglighed og arbejdsmæssige vilkår. Kombinationen af aktionsforskning og etnografisk feltarbejde har været særdeles frugtbar. Pårørendesamarbejdet er gået fra at være tilfældigt, svingende, manglende og præget af stor forventningsdiskrepans til systematisk at inkludere alle pårørende samt være en tydelig defineret opgave for plejepersonalet. Analysen viser, at der er risiko for, at initiativer, som involverer pårørende, bliver asymmetriske og fastholder forventningsdiskrepans, hvorfor det er særligt vigtigt at imødegå dette; i nærværende projekt igennem en pårørendepjece.

### Et oplagt udviklingspotentiale

Indsatsen er ikke evalueret direkte med pårørende, hvilket er en mulighed i fremtiden. Desuden er der et oplagt udviklingspotentiale i forbindelse med samarbejde med primærsektoren. Der arbejdes aktuelt på et forbedringsprojekt i afdelingen, der skal afdække, hvilken information primærsektor har behov for ved udskrivelse til genoptræning på de midlertidige pladser. I den forbindelse afdækkes også, hvordan afdelingen sikrer, at der kan ske en systematisk afstemning mellem udvalgte kommuners behov for relevant information og det, der medsendes patienten ved udskrivelse til genoptræningsophold. Det skal sikre patienter og pårørende en tryggere og mere patientsikker overgang fra sekundær- til primærsektor med så lille et informationstab som muligt. ●



## Debat!

*Hvordan organiserer I samarbejdet med pårørende?*

*Hvordan evaluerer I dette samarbejde?*

*Hvilke ændringer har I foretaget i samarbejdet med pårørende indenfor de sidste par år set i lyset af det stigende fokus på involvering af pårørende?*

### Referencer

**1.** Bernild C. Pårørende i klemme mellem system og livsverden. In LS Christiansen (red). *Ulighed i sundhed – nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver* Frederiksberg: Frydenlund Academic 2016. **2.** Lindhardt T et al. *Collaboration between relatives of older patients and nurses. Confirmatory Factor Analysis of the Family Collaboration Scale.* Submitted 2016. **3.** Lehn-Christiansen S. *Tværfprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis.* København: Munksgaard 2016. **4.** Dansk Sygeplejeråd. *Bladet fra munden – mod og vilje til det gode arbejdsliv.* Dansk Sygeplejeråd 2016. **5.** Davies CA. *Reflexive Ethnography – A Guide to Researching Selves and Others.* London: Routledge 2008. **6.** Bradbury H (ed). *The SAGE Handbook of Action Research*, 3rd ed. London: SAGE Publications 2015. **7.** Frimann S, Bager A. *Dialogkonferencer*, in Duus G et al, (red.) *Aktionsforskning – en grundbog.* København: Samfundslitteratur 2012. **8.** Alvesson M, Skjöldberg K. *Application of Reflexive Methodology: Strategies, Criteria and Varieties*, in *Reflexive Methodology – New Vistas for Qualitative Research.* London: Sage, 2009. **9.** Habermas J. *The Theory of Communicative Action.* Vol 1&2, Boston: Beacon Press 2004. **10.** Bernild C, Liveng A, Overgaard D. *Kommunikation mellem pårørende og sygeplejersker på en hospitalsafdeling, Forskning og forandring, Research and Change, Nr.1, Vol. 1.* Cappelen Damm Akademisk 2018.

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



**METTE FROM**

Klinisk udviklingssygeplejerske, sygeplejerske 1979, intensivudd. 1988, anæstesiudd. 1998, SD, klinisk undervisning, 2005, MHH, Humanistisk Sundhedsvidenskab 2008, Intensiv afdeling, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, HE-Midt.

[mette.from@midt.rm.dk](mailto:mette.from@midt.rm.dk)



**KATHRINE EGGERTSEN**

Sygeplejerske, intensiv specialuddannelse, Intensiv afdeling, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg.



**RITA HALKJÆR RASMUSSEN**

Sygeplejerske, intensiv specialuddannelse, Intensiv afdeling, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg.



**KAREN SCHMØKEL**

Sygeplejerske 2007, cand.cur. 2012, leder af forskningsenheden Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt.

# Trakeo- stomerede patienter har mulighed for at tale

Intuberede patienter har svært ved at kommunikere, men en tube med en særlig cuff betyder, at patienten kan tale med pårørende og personale, hvilket er motiverende for rehabiliteringen.

## RESUME

At kunne kommunikere med sine medmennesker er et grundlæggende behov. Når man er trakeostomeret og tilkoblet respirator, er man frataget denne mulighed. Intensiv afdeling i Silkeborg har gennem mange år haft vågne respiratorpatienter, og det har været problemfyldt at kommunikere på værdig vis. Siden 2008 har afdelingen modtaget neurointensive patienter fra hele Danmark. Formå-

let med opholdet i Silkeborg er, ud over tidlig højt specialiseret neurorehabilitering i tæt samarbejde med Hammel Neurocenter, også respiratoraftrapning. Desuden arbejdes der med træning af synkefunktionen. Et af redskaberne er LISA (Luft i Suction Aid), hvorved musklerne i svælget trænes. LISA giver desuden patienten mulighed for at tale. Metoden er beskrevet allerede i 1975, men det er

vores indtryk, at den ikke anvendes ret mange steder i Danmark.

Arbejdsgangen er implementeret i afdelingen og anvendes til mange patienter. I denne artikel er der fokus på kommunikation som en vigtig del af sygeplejen til medicinske patienter og til patienter med Guillain-Barré. Kommunikation ved hjælp af LISA har gjort stor forskel for mange patienter og pårørende.

At kunne kommunikere med omverdenen er et grundlæggende behov (1). Virginia Henderson identificerede 14 almenmenneskelige behovsområder. Et af behovsområderne, nummer 10, handler om kommunikation og fremhæver evnen til og mulighederne for at kunne give udtryk for følelser, behov, bekymringer eller meninger og dermed have muligheden for meningsfuld kontakt til andre.

Allerede i 1975 beskrives LISA, ”Luft i Suction Aid”. En metode, der betyder, at trakeostomerede patienter kan tale. Patienterne udstyres med en speciel tube, hvor en ekstra slange til at suge sekret over cuff og indblæsning af luft medfører, at patienten kan tale.

### Ligeværdig kommunikation kræver indflydelse på eget forløb

En undersøgelse viser, at mennesker normalt bruger 61 pct. af deres vågne tid på kommunikation (2). Som kritisk syg og intuberet er man ofte frarøvet denne mulighed. Kari Martinsen taler om, at patienten skal behandles, så han føler sig anerkendt og ikke umyndiggjort. Den kritisk syge kan føle, at han mister autonomi og integritet, hvis han ikke har fornemmelsen af kontrol over situationen (1). Patientten skal derfor så vidt muligt involveres, føle kontrol og have indflydelse på eget forløb. Dette er indikatorer, der bidrager til en ligeværdig kommunikation.

Sygeplejersker er meget opmærksomme på at informere om alt, hvad vi vil foretage os hos patienten. Men hvis patienten ikke har mulighed for at spørge, hvordan kan man så vide, om informationen forstås, eller om der er andre spørgsmål, der trænger sig på. På den måde er det sygeplejersken, som kontrollerer kommunikationen.

Vigtige emner for patienten kunne være spørgsmål om prognose, angst for fremtiden og bekymring for familien, men sygeplejersken informerer ofte om dagligdags procedurer.

### Meget bange for at dø

Et observationsstudie fra 2011 fulgte en patient, som i 2002 blev ramt af Guillain-Barré syndrom. Patientten fortæller om sin alvorlige sygdom og manglende evne til at kommunikere:



## Den kritisk syge kan føle, at han mister autonomi og integritet, hvis han ikke har fornemmelsen af kontrol over situationen.

”Jeg lå i en respirator bag et gardin på en tosenstue på intensivafdelingen. Jeg kunne ikke kommunikere med omverdenen, men hørte som et radiospil alt, hvad der foregik. Ikke mindst, at syv af mine medpatienter på den anden side af gardinet døde i den periode. Og jeg var meget, meget bange. Jeg var sikker på, at jeg også skulle dø” (3).

En anden patient, som i 2000 blev hårdt kvæstet i en trafikulykke, har skrevet om at være intuberet og ude af stand til at kunne stille og dermed få svar på vigtige spørgsmål:

”Jeg fatter stadig ikke, hvorfor personalet ikke på noget tidspunkt forsøgte at forklare mig, hvad der egentlig var sket, hvad jeg fejlede, og hvorfor de behandlede mig, som de gjorde. Jeg tror, det kunne have sparet mig for mange psykiske ubehageligheder efterfølgende” (4).

Om den basale sygepleje siger den australske professor i sygepleje Alison Kitson:

### Boks 1. Intensiv afdeling, Regionshospitalet Silkeborg

Intensiv afdeling, Regionshospitalet Silkeborg, er en del af HE-Midt og arbejder tæt sammen med Hammel Neurocenter. Afdelingen har otte pladser, halvanden medicinsk/ortopædkirurgisk seng og seks en halv Neuro Intensiv Step Down-senge.

”Sygeplejersker skal kunne møde helt basale behov herunder kommunikation ud fra en psykosocial og relationel forståelse af patientens oplevelser og behov. Kun hvis de er i stand til det, er der tale om patientcentreret omsorg” (5).

### Kommunikation med mange facetter

De to patientcitater illustrerer, at kommunikation med en kritisk syg kan have mange facetter, fra information om de daglige procedurer og omverdenen til svar på spørgsmål om liv og død. Når Kitson siger, at sygeplejersken skal kommunikere ud fra patientens basale behov, er dialogen vigtig.

Manglende svar på spørgsmål om sygdommens karakter, prognose og i det hele taget ikke at kunne give udtryk for smerter og andet ubehag kan måske være medvirkende til udvikling af intensivt delir. Det er en for patienten særdeles ubehagelig og for samfundet meget kostbar tilstand, der kan betyde forlængelse af opholdet på såvel intensiv afdeling som stamafdeling (6).

Derfor er det vigtigt, at sygeplejersken hjælper patienten med at kunne kommunikere og dermed få mulighed for at gøre rede for såvel basale som mere komplekse behov under sygdomsforløbet. Som sundhedsprofessionelle har vi pligt til at sikre patientens velvære og medvirke til at mindske risiko for komplikationer i sygdomsforløbet og udvikling af senfølger. Det er et led i den fundamentale sygepleje at sørge for, at patienten kan komme til orde, hvis det er muligt, og dermed minimere angst og stress (7).

Sygeplejersken må for at kunne forstå den enkelte patients behov arbejde for en sikker kommunikation, hvor patienten føler sig mødt og respekteret og oplever indflydelse på egen situation.

### Trakealtube giver patienten mulighed for at tale

På Intensiv afdeling har vi siden 2011 anvendt en trakeal-tube med Suction Aid-funktion, der tillader de trakeostomerede patienter at tale.

Intensiv afdeling, Regionshospitalet Silkeborg, HE-Midt modtager årligt 25-35 medicinsk intensive patienter, som er respirationsinsufficiente og derfor har behov for intubation og ventilationsstøtte ved hjælp af respirator.

#### Boks 2.

##### Case: En fortælling om Tove

Tove var en svært lungesyg patient på 65 år, som vi modtog fra et andet hospital.

Her havde hun ligget trakeostomeret i flere uger. Tove var en meget selvstændig og aktiv kvinde med meget tætte bånd til datter og barnebarn på seks år og til sin søster. De kom på besøg dagligt, og det var tydeligt, at deres besøg havde stor og positiv indflydelse på Tove. Kort efter hun kom til os, opstartede vi LISA. Tove var i stand til at kommunikere på skrift, men igen at kunne kommunikere med tale kom til at gøre en stor forskel for hende, specielt i forhold til barnebarnet. Samværet blev mere nuanceret, intenst og livligt. Det blev lidt ”den gamle mor”, barnebarnet besøgte, hvor de kunne snakke om små dagligdags begivenheder. Tove fik også bedre mulighed for medbestemmelse i forhold til planlægning af plejen og i de beslutninger, der skulle tages i løbet af dagen, hvilket hun satte stor pris på. Desuden var hun meget tydelig i sin beslutning om at fravælge genoplivning ved evt. hjertestop og respiratorbehandling. Vigtigt var det, at en søster skulle føle sig sikker på, at det var Toves valg.



## Vores forventning er, at mange intensivpatienter verden over vil få glæde af at kunne kommunikere med pårørende og behandlere.

Årsagerne er primært pneumoni, KOL i exacerbation eller kan være et led i almen svækkelse. Patienterne får smertestillende efter behov, men er ofte vågne i længere perioder, hvor muligheden for kommunikation er afgørende for involvering i eget forløb for at få svar på de spørgsmål, der måtte være til den aktuelle situation, og for at føle kontrol over situationen.

Vores funktion som højt specialiseret neurointensivt afsnit (NISA) betyder, at vi modtager patienter, når den første akutte, kritiske periode efter deres erhvervede cerebrale traume eller blødning er overstået.

Patienterne kan hos os starte en højt specialiseret neurorehabilitering, medens de fortsat er afhængige af respirator og andre former for intensiv terapi. Et tilbud, der ikke er muligt på de højt specialiserede intensive afdelinger. Vi modtager også neurologiske patienter i respirator, patienter med diagnosen akut autoimmun polyneuropati, Guillain-Barre, se boks 1 side 55

Sygdommen kan ramme i alle aldre, men vi har i afdelingen aktuelt haft flere yngre mennesker, som var hårdt ramt af deres langvarige sygdomsforløb. Patienterne er ofte trakeostomerede pga. parese af respirationsmusklerne, og de er derfor ude af stand til at kommunikere verbalt med omverdenen.

For langt hovedparten af patienterne vil respiratorbehandlingen være forbundet med en del ubehag, stress og angst. At være ramt af alvorlig sygdom og ude af stand til at kommunikere sufficent med pårørende, sygeplejersker og læger er meget belastende og kan mindske motivationen til at deltage i rehabilitering (8).

### LISA gør hele forskellen

Der er flere vigtige formål med at kende og anvende LISA, men i denne artikel er formålet at fokusere på det perspektiv, der handler om værdig og omsorgsfuld kommunikation mellem den intensive patient, dennes pårørende og sygeplejersken, dvs. den bedst mulige sygepleje til alvorligt syge patienter, som midlertidigt er forhindret i at tale, se boks 2, 3 og 4.



### Boks 3. Case: En fortælling om Anna

Anna, en 20-årig kvinde, blev overflyttet til os med diagnosen Guillan Barré. Anna var visiteret til Hammel Neurocenter, og formålet med opholdet var tidlig højt specialiseret neurorehabilitering. Da Anna var svært ramt af sygdommen, trakeostomeret og tilkoblet respirator, blev hun indlagt på Intensiv afdeling i Silkeborg til respiratoraftrapning. Da Anna kom til afdelingen, blev hendes tube skiftet til en Suction Aid for at kunne observere sekret over cuffen og give mulighed for rehabilitering af svælgmuskler. LISA blev opstartet, dels for at kunne træne synkefunktionen, dels for at give Anna mulighed for at kunne kommunikere verbalt. Hidtil havde hun brugt mundaflæsning og stoveplade. Hendes mor havde fungeret som tolk forstået på den måde, at hun var virkelig god til at mundaflæse sin datter. Anna blev dog hurtigt frustreret, når vi ikke kunne forstå hende. Da hun kom til afdelingen, var hun i svær krise. Men da hun kunne begynde at kommunikere normalt med omverdenen, blev tilstanden nemmere for hende at holde ud. Plejen og træningen blev mere glidende, idet hun følte, hun blev hørt, og Anna deltog mere og mere motiveret i rehabiliteringen. Hun kunne nu også være humoristisk omkring sin situation i træningssituationer. Der kom jokes, grin og historier, hvilket ikke tidligere var muligt, men er normalt for 20-årige. Men det, der gjorde den helt store forskel for hende, var, at hun nu kunne Facetime med familie og venner på Sjælland, når de ikke var hos hende. At hun kunne tale med dem hver dag, var en meget positiv forskel for hende og for familien og personalet omkring hende. Der blev en helt anden stemning på stuen.

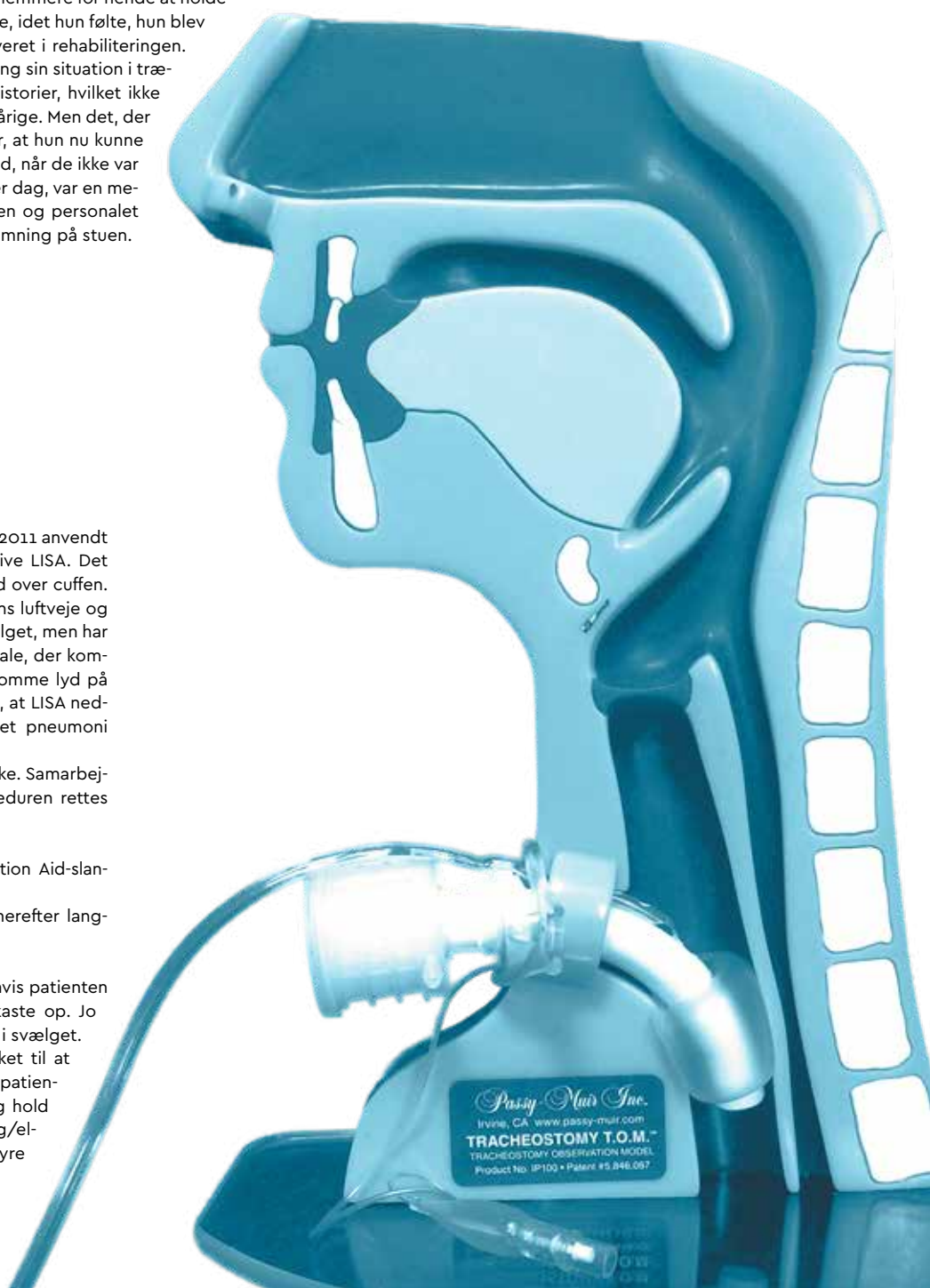
### Boks 4. LISA, metode

På Intensiv afdeling i Silkeborg har vi siden 2011 anvendt Suction Aid, som giver mulighed for at give LISA. Det betyder, at det bliver muligt at give luft ind over cuffen. Proceduren tjener til at stimulere patientens luftveje og bidrage til rehabilitering af musklerne i svælget, men har desuden den sideeffekt, at patienten kan tale, der kommer luft til stemmelæberne, og der kan komme lyd på stemmen. Et studie fra 2013 viser desuden, at LISA nedsætter forekomsten af ventilator-associeret pneumoni markant. (13). Beskrivelse af proceduren:

- Patienten informeres om, hvad der skal ske. Samarbejdet med patienten er vigtigt, og proceduren rettes mod den enkelte patient
- Der suges over cuffen i Suction Aid
- LISA-slange med Y-stykke påsættes Suction Aid-slangen
- Start flowet 1 liter (atm. luft), og skru herefter langsomt op.

Se hvordan patienten reagerer. Skru ned, hvis patienten føler voldsomt ubehag/mener at skulle kaste op. Jo højere flow, jo mere udtørres slimhinderne i svælget. Luften holdes på i ca. 5 min. Brug Y-stykket til at give patienten luft i små mængder. Følg patientens åndedræt, giv luft på eksspiration og hold pause, når patienten skal synke. Patient og/eller pårørende kan evt. oplæres i selv at styre processen.

LISA er ikke svært. Metoden kræver meget lidt oplæring, men man skal være opmærksom på, hvordan patienten reagerer. Samarbejdet mellem patient og sygeplejerske er meget vigtigt. Et højt flow af tør luft kan være ubehageligt for patienten og medføre udtørring af slimhinder. Der er anbefalinger på maks. 5



l/min, men sygeplejerskens erfaring og samarbejdet med patienten er afgørende for at kunne vurdere flow og behandlingstid (9).

Udvikling af emfysem pga. displaceret trakealtube er nævnt i litteraturen, men er ikke set i vores afdeling.

Behandling med LISA anvendes i rehabiliteringen af neurologiske patienter med dysfagi. Formålet er at stimulere musklerne i svelget og på den måde træne patientens synkeevne (10).

Dette projekt omhandler dog patienter med medicinske sygdomme eller Guillain-Barré, hvorfor kommunikationen er det primære fokus.

### Taknemmelige patienter

På baggrund af en del patientforløb gennemført siden 2011 er det vores erfaring, at patienterne ved hjælp af LISA oplever en stor tilfredsstillelse ved at kunne være aktive i deres eget forløb. Patienterne giver udtryk for stor taknemlighed over at blive hørt og forstået vedrørende daglige gøremål og få mulighed for at drøfte afgørende beslutninger om deres behandling og fremtid (11).

Vi oplever meget forskellige forløb, og LISA-behandlingen kræver lidt tilvænning, men patienterne giver udtryk for glæde ved at kunne tale. En patient siger dog, at luften smager grimt, måske kan man i fremtiden forestille sig en løsning i form af smagstilsætning. Der er udvikling i gang på dette område. Flere er generet af den tørre luft, også her arbejdes der på at finde en løsning, så luften kan lugtes.

Ikke alle patienter får glæde af LISA, idet især ældre og meget svækkede patienter kan have vanskeligt ved at samarbejde og mobilisere energi til proceduren.

Fra afdelinger, der fravælger Suction Aid-tuben, hører vi begrundelser i form af klager over, at tuben er stiv og ubehagelig for patienten. Hvis vi spurgte patienterne, ville de måske foretrække en lidt stivere tube, der kan kræve tilvænning, når belønningen er, at de kan tale.

Vi oplever meget få patienter, som er generet af stivheden i tuben og derfor må



## Det er vores oplevelse, at meget få intensive afdelinger i Danmark og måske også internationalt kender til og anvender LISA.

uklart for os, hvad årsagen er. Er det manglende viden, en fastgroet kultur eller manglende fokus på kommunikation? Vi ved det ikke. En forskergruppe har observeret patient-sygeplejerske-kommunikationen i en intensivafdeling og konkluderede, at flere end en tredjedel af patienterne ikke oplevede succesfuld kommunikation omkring smerter (13).

Vi kan sørge for, at patienten kan tale, men meget få sygeplejersker og læger gør det og fratager på den måde patientens sin autonomi. Det er ubærligt og uetisk.

### Kursister får undervisning på den intensive specialuddannelse

Det er vigtigt for os at undersøge årsager og sammenhænge for at sikre patienten den bedste pleje og behandling. Derfor arbejder vi med at undervise kursister på den intensive specialuddannelse og på andre afdelinger. Vi har lavet oplæg i egen organisation, men fremadrettet arbejder vi med undervisning internationalt.

Vores forventning er, at mange intensivpatienter verden over vil få glæde af at kunne kommunikere med pårørende og behandlere. At kunne være aktive i eget forløb og måske kunne tage afsked med familien på en værdig måde, når det er det, de ønsker sig.

Vi er ikke i tvivl om, at LISA gør en kæmpe forskel for patienter og pårørende. Men det vil være interessant målrettet at undersøge, hvilken betydning det har for patienter og pårørende, at kommunikationen i forbindelse med kritisk sygdom forløber på en værdig måde. Desuden kunne det være relevant at se på, hvilken betydning det har for personalet at kunne kommunikere sikkert med patienten.

Måske kan man påvise, at frekvensen af intensivt delir falder, eller at antal liggedage på intensivafdeling bliver færre? Og måske kan sygeplejen til disse patienter med fokus på kommunikation reducere antallet af patienter med PTSD i efterforløbet?

Forskningsenheden i Center for Planlagt Kirurgi er blevet involveret i kommunikation med LISA og ser lige nu på muligheder for forskning inden for feltet.

### Fra mulighed til selvfølge

Vi har anvendt LISA i en årrække, og efter en opstart, hvor behandlingen var en mulighed, er det nu en selvfølge at tilbyde LISA til patienterne. Metoden kræver meget lidt instruktion til sygeplejersken og lidt tilvænning for patienten, men det er tydeligvis af stor betydning for patienten at kunne tale igen. Motivationen til at være aktiv i behandling, pleje og rehabilitering øges betydeligt, derfor er LISA hos os en naturlig del af behandlingen. ●

skifte til en blødere tube, som ikke har Suction Aid-funktionen.

### Kun få afdelinger kender LISA

LISA er ikke en ny behandling. En artikel fra 1975 beskriver metoden (12). Men det er vores erfaring, at meget få intensivafdelinger i Danmark og måske også internationalt kender til og anvender LISA.

Vi er meget bekymrede for, at mange alvorligt syge patienter ikke får tilbuddet om værdig kommunikation i en i forvejen meget svær periode af deres liv. Det er



**Hvordan sikrer I jer, at den trakeostomerede patient involveres i plejeforløbet?**

**Hvilke udfordringer oplever I på jeres afdeling, når I skal kommunikere med den kritisk syge trakeostomerede patient?**

**Hvis I har opfølgende samtaler med patienten, hvordan har de så oplevet kommunikationen undervejs i forløbet?**

#### **Referencer**

**1.** Gulbrandsen T, Stubberud Dag-Gunnar (red.) *Intensivsygepleje*. Oslo: Cappelen Damm 2015. **2.** Adler RB, Rodman G. *Understanding Human Communication*. New York: Oxford University Press; 2003. **3.** Lumby E. Her får de folk i gang igen. København: Berlingske; 27. april, 2003. **4.** Meiniche A. To kaffe og en stoveplade. København: People's Press; 2003. **5.** Baktoft B, Wolder L. *Intensivsygepleje*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2016. **6.** Svenningsen H, Bagger C. Stille intensivdelirium er et overset fænomen i sygeplejen. *Sygeplejersken* 2009;(8):42-7. **7.** Bahnsen IB, Pedersen PU, Sørensen EE, Uhrenfeldt L. Sygeplejen tilbage til det basale. *Fag & Forskning* 2017;(1):52-7. **8.** Magnus VS, Turkington L *Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions, Intensive abd critical care nursing* (2006);22:67-180. **9.** McGrath B, Lynch J, Wilson M, Nicholson L, Wallace S. Above cuff vocalization: A novel technique for communication in the ventilator-dependent tracheostomy patient. *Journal of the care society* 2016;Vol. 17 (1):19-26. **10.** Kothari M, Bjerrum K, Nielsen LH, Jensen J, Nielsen JF. Influence of External Subglottic Air Flow on Dysphagic Tracheotomized Patients With Severe Brain Injury. Preliminary Findings. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology* 2017;126:199-204. **11.** McGrath B, Lynch J, Wilson M et al. Above cuff vocalization: A novel technique for communication in the ventilator-dependent tracheostomy patient. *Journal of the Intensive Care Society* October 5, 2015. **12.** Safar P, Grenvik A. Speaking cuffed tracheostomy tube. *Crit. Care Med.* **13.** Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J et al. Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *Am J. Crit. Care.* 2011. DOI 10.4037/ajcc 2011433. **14.** Ledgerwood LG, Salgado MD, Black H, Yoneda K et al. Tracheotomy tubes with suction above the cuff reduce the rate of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2013 Jan;122(1):3-8. DOI 10.1177/000348941312200102

**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).



**STEEN HUNDBORG**

Sygeplejerske, lektor og studievejleder, cand.cur., Sygeplejerskeuddannelsen i Randers, VIA University College.



**JONNA VILSTRUP**

Sygeplejerske, MScIN, lektor, klinikkoordinator, gennemførelsesstudievejleder, Sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro, VIA University College.



**KIRSTEN MATHIESEN BJERG**

Sygeplejerske, cand.pæd., uddannelsesleder i Viborg, VIA University College.



**JONNA FRØLICH**

Sygeplejerske, MPM, uddannelsesdekan, VIA Sundhed, VIA University College.

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

# Frafald på sygeplejerskeuddannelsen kan undgås

Frafaldet på sygeplejerskeuddannelsen er stort mange steder i landet. På VIA University College har en taskforce kortlagt hvorfor og har fundet frem til anbefalinger, der kan fastholde studerende i uddannelsen.

📌 Hvordan får vi de rigtige studerende ind på de sundhedsfaglige uddannelser på VIA University College?

Hvor får potentielle studerende deres oplysninger om uddannelserne, og hvad ved de egentlig om, hvad det indebærer at være studerende, og hvilken karriere studiet kan føre til?

## RESUME

Frafaldet blandt sygeplejestuderende i VIA Sygeplejerskeuddannelsen har de seneste fem år ligget på 24 pct. En undersøgelse lavet af en intern taskforce peger på vigtigheden af før-optagelsesinitiativer, at uddannelser-

ne i første studieår har et skærpet fokus på fastholdelse, og endelig at uddannelserne skal opstille succeskriterier for fastholdelse samt videndele med henblik på at reducere frafaldet.

Og når de så er blevet optaget på deres drømmestudie, hvad er det så,

der understøtter eller modarbejder deres fastholdelse på studiet?

Hvordan kan de sundhedsfaglige uddannelser skabe ordentlige vilkår for, støtte og guide studerende til at gennemføre det studie, de har valgt, så de dimitterer som faglige, kompetente professionsbachelorer, der kan tilføre kvalitet i det danske sundheds- og velfærdssystem? Spørgsmålene forekommer relevante set i lyset af, at Sygeplejerskeuddannelsen VIA University College havde et årligt optag på 836 sygeplejestuderende med et gennemsnitlig frafald på 24 pct. i perioden 2012-2017, se boks 1 side 62.

En undersøgelse udført af en taskforce peger på tre konklusioner. For det første skal fokus rettes mod før-optagelsesinitiativer i form af en styrket informa-

tion til ansøgerne, så de har realistiske forventninger til studiet, f.eks. om at der er tale om et fuldtidsstudie. Desuden skal uddannelserne i arbejdet med at fastholde de studerende have fokus på det første studieår, herunder introduktionen til studiet, idet det sociale og faglige miljø særligt i starten af uddannelsen har stor betydning for fastholdelsen af de studerende. Endelig skal uddannelserne i højere grad samarbejde om at mindske frafald på tværs af sundhedsuddannelserne ved at skabe netværk, opstille succeskriterier for fastholdelse, dokumentere initiativer til fastholdelse og ved at dele viden.

### Frafald har sin pris

At falde fra på en uddannelse har personlige, socioøkonomiske og samfundsmæssige konsekvenser til følge. Internationale undersøgelser peger på, at frafaldne studerende kan få psykiske problemer i form af lavt selvværd, stress og depression (1,2). Desuden vil frafaldne studerende have færre SU-klip til rådighed, hvis de begynder på



**Motivation er en bedre indikator end karaktergennemsnit i forhold til, om den studerende gennemfører studiet.**

en anden uddannelse senere. Miljøet i klasserummet og i studiegrupper kan påvirkes i negativ retning, idet de tilbageblevne studerende kan blive i tvivl om deres uddannelsesvalg. Desuden mister uddannelsesinstitutionerne væsentlig taxameterøkonomi, og frafaldet kan bidrage til sygeplejerskemangel for velfærdsstaten.

### Frafald kan og skal reduceres

Sundhedsuddannelserne på VIA University College har derfor i foråret 2017 sat fokus på ovenstående spørgsmål. En taskforcegruppe på tværs af de sundhedsfaglige uddannelser fik til opgave at afdække og undersøge aktiviteter, der kan reducere frafaldet af studerende.

Som et af de første led i en systematisk undersøgelse blev der lavet en kortlægning af eksisterende afprøvede fastholdelsesinitiativer i VIA Sundhed. Kortlægningen skete på baggrund af sundhedsuddannelsernes handleplaner for at minimere frafald. Der blev fundet 110 beskrevne tiltag, der blev sammenskrevet til 40 tiltag. Disse blev grupperet i fem overordnede kategorier og yderligere kvalificeret og valideret med hjælp fra studievejlederne fra de sundhedsfaglige uddannelser. Ud fra dette blev det tydeligt, at de fleste fastholdelsesinitiativer retter sig mod studiemiljø og trivsel samt mod tiltag før optag af studerende. Forskning peger da også på, at såvel den sociale som den faglige integration på et studie er vigtige, når det gælder studerendes gennemførelse (3).

### Det rigtige studievalg

Det er vigtigt for både de studerende og uddannelserne, at de studerende foretager det rigtige studievalg. At vælge et studie er et vigtigt valg, en person foretager i livet, og det har langtrækkende betydning.

Taskforceundersøgelsen (4) indikerer, at før-optaget har afgørende betydning for at mindske frafaldet. Før-optagelsesinitiativer skal styrke informationen til ansøgerne, inden de søger ind på uddannelserne. Ansøgerne skal have bedre mulighed for at få viden om og opleve uddannelserne, inden de søger ind. F.eks. igennem åbent hus-arrangementer, studerende for en dag, og et fælles arrangement for optagne studerende, inden de påbegynder studiet med den hensigt, at de studerende får realistiske forventninger til uddannelsen og dermed mindre sandsynlighed for at falde fra.

Naturligvis kan frafald ikke undgås helt og vil i nogle tilfælde være den bedste løsning for den studerende, men et frafald vil for de fleste opleves som et nederlag, og frafald bør af hensyn til både personlige og samfundsmæssige omkostninger reduceres mest muligt.

For uddannelserne er det vigtigt, at de studerende, som bliver optaget, er motive-rede, fagligt kompetente og kan leve op til uddannelsens forventninger og krav.

### Vis karrieremulighederne

Taskforcens undersøgelse viste, at det først og fremmest er de personlige interesser, uddannelsens karrieremuligheder samt uddannelsessted, der har betydning for de optagnes uddannelsesvalg. Dette

### Boks 1. VIA University College

VIA University College rummer Sygeplejerske-, Fysioterapeut-, Bandagist-, Ergoterapeut-, Psykomotorik-, Ernæring og Sundheds-, Global Nutrition- og Bioanalytikeruddannelsen.

Uddannelsen foregår i forskellige studiebyer: Horsens, Aarhus, Silkeborg, Viborg, Randers og Holstebro.

kan indikere, at uddannelserne i deres markedsføring bør prioritere og fokusere endnu mere på at formidle karrieremuligheder samt være mere eksplicit omkring de forskellige byer, hvor uddannelsen udbydes.

### Hjemmesider bruges flittigt

Potentielle ansøgere bruger i høj grad uddannelsernes hjemmesider til at orientere sig i forhold til deres afklaringsproces. Uddannelsernes hjemmesider bør derfor indeholde tydelige, intuitive og informative vejledningsuniverser. Disse vejledningsuniverser bør støtte potentielle studerende i deres valg- og afklaringsproces, f.eks. via flere videoer om studieliv, campuslivet, karrieremuligheder og studiemiljø. Også studielivsambassadører kan tænkes ind her som konkrete rollemønstre, der kan skabe en fortælling om den respektive uddannelse.

Det anbefales at arbejde målrettet med udvikling af nye digitale vejledningsformer, som giver mulighed for en slags vejledning on demand. Det kunne være chatvejledning, webinarer, vejledning via Facebook eller mulighed for en virtuel tur på campus.

### Studiet kræver mere end forventet

Både interne undersøgelser i VIA og undersøgelser, som EVA (Danmarks Evalueringsinstitut) har gennemført, viser, at de fleste studerende synes, at deres studie er mere krævende end forventet (5). Dette understreger behovet for en forventningsafstemning med potentielle studerende, som er baseret på et realistisk og ærligt billede af uddannelsens formål og tilrettelæggelse både i den teoretiske og kliniske del af undervisningen. Undersøgelser (6) viser desuden, at de studerendes motivation er altafgørende for deres



**Kendetegnende for alle de tiltag, som er sat i værk, er dog, at det kun i begrænset omfang bliver dokumenteret, hvad der virker og hvorfor.**

fastholdelse på studiet. Motivation er en bedre indikator end karaktergennemsnit i forhold til, om den studerende gennemfører studiet (6). Det stiller krav til uddannelserne om at samarbejde med ungdomsuddannelserne i forhold til at forberede de studerende på, hvad studielivet kræver og til at fastholde motivationen under uddannelsen.

#### **Understøttende faktorer i det første studieår**

På sundhedsuddannelserne i VIA sker det største frafald fra uddannelsen i løbet af de to første år. På sygeplejerskeuddannelsen falder omkring 14 pct. af de studerende fra i det første år og omkring 20 pct. samlet set efter to år. EVA har udarbejdet en undersøgelse, der viser, at en lang og social studiestart er afgørende for de studerendes tilknytning til studiet og dermed afgørende for fastholdelsen (5). Derfor satte taskforcen særligt fokus på fastholdelse i begyndelsen af studiet.

#### **Vigtigt med fokus på social og faglig integration**

Taskforcen udforskede Vincent Tintos model for frafald, som demonstrerer vigtigheden af at arbejde med social og faglig integration på studiet (3).

Ifølge Tinto understøtter følgende faktorer fastholdelse af studerende: Klare og høje forventninger, akademisk støtte særligt i det første studieår, informationer om fremskridt og feedback, samt at de studerende har relationer til underviserne, andre ansatte og deres medstuderende.

Nogle af de fastholdelsestiltag, der allerede er implementeret på VIA Sundhedsuddannelser, understøtter fint dette fokus på social og faglig integration, specielt i det første studieår. Det er bl.a.:

- tutorordninger og mentorkorps, der tager sig særligt af de nye studerende
- kontaktlærerordninger, hvor nye studerende tildeles en underviser, de altid kan gå til og spørge til råds
- opprioritering af det sociale studiemiljø, hvor nye studerende inviteres til fællesspisning, ryste sammen-ture, mandeløge og sociale arrangementer på deres egen årgang eller på tværs af årgange
- tilbud om samtaler med studievejleder eller mentor til studerende, der ikke er særligt studieaktive, og målrettet, differentieret undervisning.

Kendetegnende for alle de tiltag, som er sat i værk, er dog, at det kun i begrænset omfang bliver dokumenteret, hvad der virker og hvorfor. Uddannelserne synes primært at koncentrere sig om at igangsætte initiativer og i mindre grad om kvalitetssikring og dokumentation af effekt. Taskforcen anbefaler derfor følgende:

- at der opstilles mål og succeskriterier, når nye aktiviteter i forhold til fastholdelse af studerende sættes i gang
- at uddannelserne dokumenterer og evaluerer de fastholdelsesaktiviteter, der iværksættes
- at anvende "indsatssteori" (8) i arbejdet med dokumentation og evaluering
- at der er særligt fokus på transitionen ved studiestart og studieunderstøttende tiltag i det første studieår, f.eks. obligatorisk undervisning i



## **Taskforcen har anbefalet VIA Sundheds ledelse, at udveksling af erfaringer om lokale fastholdelsestiltag formaliseres og dokumenteres i uddannelserne i VIA Sundhed.**

studiekompetencer, undervisning i at arbejde i studiegrupper koblet med et fag eller et fagligt tema, talentforløb og aktiviteter, der involverer medstuderende

- at uddannelserne fokuserer på studiekulturen generelt, f.eks. ved at indkredse identitetsdannelsen blandt deres studerende
- at man udvikler tiltag med fokus på at støtte oplevelsen af at høre til på studiet.

#### **Opsøgende indsatser i forhold til studerende i risikogrupper**

Som et led i VIAs fokus på fastholdelse var EVA blevet bedt om at udføre en registerundersøgelse (7) af alle studerende, som har været optaget på en uddannelse i VIA i perioden 2008-2015. Denne undersøgelse identificerede nogle risikofaktorer, som statistisk har betydning for de studerendes gennemførelsestid og risiko for frafald. Det var relevant for taskforcen at arbejde med to af disse risikogrupper, nemlig studerende, som tidligere har læst på en (anden) professionsbacheloruddannelse, og studerende, som er optaget på baggrund af en HF-eksamen. EVAs undersøgelse viste, at disse studerende havde en markant højere risiko for frafald.

#### **Sæt aktiviteter i gang**

Taskforcens anbefalinger er, at der igangsættes aktiviteter på uddannelserne, som er rettet specifikt imod disse risikogrupper med henblik på at understøtte deres studiekompetencer. Det kan f.eks. være særlige studiegrupper, mentorsamtaler eller tilbud om undervisning i notatteknik, artikelsøgning og -læsning, skriftlig og mundtlig formidling. Det vigtige her er ikke at fokusere på begrænsninger eller vanskeligheder, men på at give muligheder og støtte til at udfolde de studerendes faglighed og kompetencer.

I forhold til studerende med en HF-baggrund er det også relevant, at der er iværksat en reform af HF-uddannelserne, som nu rettes mere direkte imod erhvervsakademi- og professionshøjskoleuddannelserne. På HF-uddannelserne indføres tonede fagpakker, der indeholder praktik-

forløb på videregående uddannelser, og det forventes, at ansøgerne vil være bedre rustede til at vælge det rette studie efter endt HF-eksamen.

### Det gode studiemiljø understøttes

I VIA Sundhed arbejder sundhedsuddannelserne tæt sammen. Over hele VIA arbejder studievejledere, undervisere og ledelse med fastholdelse og understøttelse af det gode studiemiljø, og det er vigtigt at udveksle erfaringer og lære af hinanden.

Som en del af sin analyse gennemførte taskforcen et litteraturstudie, hvor den litteratur, der er udgivet i de senere år på baggrund af meget forskelligartede undersøgelser om frafald og fastholdelse – primært på sundhedsuddannelser – er gennemgået og samlet i en litteraturliste. Litteraturlisten ligger tilgængelig for alle VIAs medarbejdere, og den vil løbende kunne opdateres af alle interesserede læsere. Medarbejdere på uddannelserne kan konsultere litteraturlisten, før de igangsætter nye frafaldstiltag på egen uddannelse og i øvrigt tilføje anden relevant litteratur.

Interesserede læsere vil kunne få litteraturlisten ved henvendelse til en af denne artikels forfattere, Jonna Frølich.

Taskforcen har anbefalet VIA Sundheds ledelse, at udveksling af erfaringer om lokale fastholdelsestiltag formaliseres og dokumenteres i uddannelserne i VIA Sundhed. Det kan ske gennem etablering af et netværk af studievejledere eller andre medarbejdere, som arbejder med fastholdelse og derfor kan støtte hinanden i at holde fokus på fastholdelsesarbejdet i VIA Sundhed.

Netværket skal fungere som et forum, hvor der kan udveksles erfaringer, hvor medarbejdere kan inspirere hinanden og drøfte diverse problematikker vedrørende frafald. Netværket vil i kraft af sin kapacitet kunne udvikle fastholdelsesinitiativer sammen og danne ad hoc-arbejdsfællesskaber, når det giver mening. Fællesskabet vil være en helt ny og smidig måde at arbejde med fastholdelse af studerende på.

For at understøtte netværket anbefales det, at der udpeges to netværkskoordinatorer, der har til opgave at holde fokus på fastholdelsesarbejdet i samarbejde med hovedområdeledelsen i VIA Sundhed. ●

### Referencer

1. Wells MI. An epidemiologic approach to addressing student attrition in nursing programs. *Journal of Professional Nursing* [Internet]. juli 2003;19(4):230–6.
2. O'Donnell H. The emotional impact of nursing student attrition rates. *British Journal of Nursing* [Internet]. 25. juni 2009;18(12):745–54
3. Tinto V. *Leaving college: rethinking the causes and cures of student attrition*. Chicago: University of Chicago Press; 1987.
4. Frølich J, Bjerg K, Hundborg S, Vilstrup J. m.fl. *Fastholdelse af studerende i VIA Sundhed. Anbefalinger til arbejdet med fastholdelse af studerende*. VIA University College. *Sygeplejerskeuddannelsen; 2018 Forår*:21. Ikke publiceret.
5. Danmarks Evalueringsinstitut. *Nye studerende bliver overraskede over, hvad deres uddannelse kræver*. [Internet]; 2017 okt.:4.
6. Danmarks Evalueringsinstitut. *Lang og social studiestart bedste vaccine mod frafald* [Internet]. EVA. [henvist 16. oktober 2018].
7. Danmarks Evalueringsinstitut. *Effekten af optagelsessamtaler på lærerstudiet*. [Internet]. 2017.
8. Danmarks Evalueringsinstitut. *Analyser af frafald på VIA University College*. [Internet] 2016.
9. Danmarks Evalueringsinstitut. *Indsatsteori: En lærerig vej til resultater*



*Hvor stor er frafaldsprocenten blandt sygeplejestuderende hos jer?*

*Hvordan vurderer I sygeplejestuderendes motivation på studiet?*

*Hvilke fastholdelsestiltag har I, og hvordan evaluerer I dem?*



# MPG

## MASTER I OFFENTLIG LEDELSE // MASTER OF PUBLIC GOVERNANCE

- OFFENTLIG LEDELSE SKABER VÆRDI

**MPG-uddannelsen er en problem-  
og projektbaseret masteruddannelse  
målrettet offentlige ledere.**

”



MPG-uddannelsen har givet mig et bredt netværk. Jeg har fået indblik i mange forskellige organisationer. Det har blandt andet givet mig en erkendelse af, at ledelsesudfordringerne er meget ens, selvom organisationerne er forskellige.

**ANNETTE SECHER**

**Ældre- og Sundhedschef, Aalborg Kommune  
og MPG-dimittend**



**AALBORG UNIVERSITET**

MASTER OF PUBLIC GOVERNANCE  
WWW.MPG.AAU.DK

### **Patientforeningen Lungekræft**

udgiver i februar 2019 en pjece omkring palliation. Det er en pjece der har været efterspurgt af patienter, pårørende, læger og sygeplejersker.

Pjecen kan bestilles hos Patientforeningen Lungekræft på [info@lungekraeft.com](mailto:info@lungekraeft.com)



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).

# Fra passiv til aktiv mobilisering af intensivpatienter

Et projekt ændrede passiv mobilisering til tidlig og aktiv mobilisering på intensivt afsnit.

Intensiv terapi er ofte livreddende, men der er i disse år øget fokus på, hvad patienterne reddes igennem til. At være patient på et intensivafsnit kan efterfølgende medføre nedsat – ofte årelangt – fysisk funktionsniveau, nedsat livskvalitet og øget behov for hjemmepleje (1-3). Det er derfor vigtigt, at patientens fysiske funktioner bibeholdes så vidt muligt.



**GITTE YANG FREDERIKSEN**

Intensivsygeplejerske, master i læreprocesser 2012. Bedøvelse og Intensiv, Kolding Sygehus.



**HANNE IRENE JENSEN**

Sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d., lektor. Bedøvelse og Intensiv, Kolding Sygehus.

[hanne.irene.jensen@rsyd.dk](mailto:hanne.irene.jensen@rsyd.dk)

### Boks 1. Udsnit af mobiliseringsalgoritme

Intubert	Træning/øvelser i sengen	Træning/øvelser ud af sengen
Endotrakeal tube	●	●
Trakeostomi tube	●	●
<b>Respirationsfrekvens (RF)</b>		
RF ≤ 30	●	●
RF > 30	●	●
<b>Ventilation</b>		
Sat > 90 pct.	●	●
Sat < 90 pct.	●	●
<b>Bugleje</b>	●	●

● Patienten kan frit mobiliseres

● Mobilisering efter aftale med læge

● Patienten kan ikke mobiliseres

Passiv mobilisering, hvor patienten liftes til en stol et par gange om dagen, kan forebygge almindelige sengelejekomplikationer som tryksår, venetromboser, obstipation, sekretstagnation etc., men bidrager ikke væsentligt til at bevare muskelmasse og funktionsniveau (4).

For at bevare så meget som muligt af patienternes fysiske funktionsniveau er der behov for en tidlig tilgang til aktiv mobilisering, hvor patienten kommer op at stå, gå, bruger håndvægte etc. Trods intensivpatienternes alvorlige tilstand har studier vist, at tidlig og aktiv mobilisering er mulig, også på intensivafsnit (5). Ud over bevarelse af fysiske funktioner kan aktiv mobilisering også give patienten naturlig træthed, psykisk velvære efterfølgende og en følelse af selv at kunne arbejde med at kunne genvinde kontrollen over eget liv og derigennem tro på fremtiden (6).

Formålet med projektet var at ændre praksis fra primært passiv mobilisering til tidlig og aktiv mobilisering for at bibeholde så meget som muligt af patienternes fysiske funktionsniveau.

### Metode og design

Projektet var et ikke-tilfældigt, prospektivt interventionsstudie med baselinemåling, intervention og followup efter et og to år. Studiepopulationen bestod af alle patienter på 18 år og derover indlagt på intensivafsnittet mere end 24 timer.

### Baselinemåling

Fra 1. februar – 31. maj 2015 blev der for hver patient hver dag udfyldt et skema, hvor mobiliseringstidspunkt, mobiliseringsart (siddet på sengekant, stået på gulvet, gået på stedet, siddet i stol, brugt håndvægte, brugt sengecykel), og tidslængde af sengecyklings og tid i stol blev registreret.



## Formålet med projektet var at ændre praksis fra primært passiv mobilisering til tidlig og aktiv mobilisering for at bibeholde så meget som muligt af patienternes fysiske funktionsniveau.

Derudover blev årsagerne for manglende mobilisering registreret.

### Intervention

Interventionen bestod af syv forskellige tiltag:

- Udarbejdelse af retningslinje, der bl.a. beskriver baggrunden for behovet for tidlig og aktiv mobilisering og definerer, hvad aktiv mobilisering indebærer
- Udarbejdelse af daglig, individuel mobiliseringsplan for hver patient i tæt samarbejde mellem den ansvarlige sygeplejerske og fysioterapeut
- Udarbejdelse af mobiliseringsalgoritme for inddeling af patienter i grøn, gul og rød gruppe, se boks 1. Hermed er det tydeligt, hvilke patienter der kan og skal mobiliseres, hvilket er med til at sikre en ensartet tilgang til mobilisering
- Træningsprogrammer tilpasset de tre grupper
- Indkøb af udstyr, f.eks. gå-seler og håndvægte
- Øgning af fysioterapitilstedeværelse i dagtid fra to til tre en halv time
- Uddannelse af en del af personalet i Kinaesthetics (lærende og understøttende metode til at stimulere og træne patienternes bevægelser og egen indsats. Metoden styrker både patientens bevægelseskompetencer og nedsætter risiko for belastning af personalet) (7).

## RESUME

Ved hjælp af en multifacetteret interventionsmodel, der både skabte viden om behovet for ændring af praksis og sikrede hjælpemidler, der gjorde praksisændringen håndterbar, var det muligt at opnå et varigt skifte fra passiv til mere aktiv mobilisering af patienter på intensivafsnit.

Projektet var et ikke-tilfældigt, prospektivt interventionsstudie med baselinemåling, intervention og

followup efter et og to år. Studiepopulationen bestod af alle voksne patienter indlagt på intensivafsnittet mere end 24 timer.

I baselinemålingen blev alle mobiliseringsaktiviteter for hver enkelt patient registreret i en fire måneders periode. Derefter blev en intervention implementeret bestående både af informationer i form af bl.a. retningslinje og mobiliseringsalgoritme og praktisk

hjælp i form af bl.a. hjælpemidler og flere fysioterapitimer.

Resultaterne viste en stigning i andelen af patienter, der sad på sengekant, stod på gulvet og gik på stedet, og niveauet for aktiv mobilisering var bibeholdt ved to års followup.

Det er muligt at ændre praksis til gavn for patienterne, når der både skabes forståelse for behovet og sikres praktiske muligheder for ændring.

De forskellige interventionstiltag blev implementeret i afdelingen i løbet af efteråret 2015 gennem morgenmøder, personalemøder og en til en-instruktion i praksis.

### Followup

Første followup-registrering blev gennemført fra 1. februar – 31. maj 2016 og anden followup fra 1. februar – 31. maj 2017 på samme vis som baselineregistreringen.

### Etik

Projektet blev anmeldt til Datatilsynet og godkendt. Skiftet til aktiv mobilisering var en del af afdelingens praksis og behøvede derfor ikke patientsamtykke. Styrelsen for Patientsikkerhed blev ansøgt om tilladelse til at tilgå patientjournaler for at kunne koble mobiliseringsdata med patient outcome, men det blev afslået.

### Dataanalyse

Data blev analyseret deskriptivt vha. statistikprogrammet STATA 13.

### Resultater

I registreringerne indgik 404 patienter med i alt 1.959 registreringer, se tabel 1. Det mediane antal registreringer pr. patient var for alle tre grupper mellem fire og fem med en range på 1-79. Flere end halvdelen af patienterne i alle tre grupper var mænd, og omkring 40 pct. af patienterne var i stand til i høj eller nogen grad at hjælpe til med morgentoilette.

Patienter blev i alle tre registreringsperioder mobiliseret en til tre gange pr. døgn, og de allerfleste patienter var i forbindelse med mobilisering oppe at sidde i en stol.

Mobiliseringsmetoden ændrede sig fra baseline til første opfølgning fra 26 til 44 pct. af patienterne, som havde siddet på sengekant, fra 30 til 54 pct. af patienterne, som havde stået på gulvet, og fra 24 til 41 pct. af patienterne, som havde gået på stedet. Tilsvarende ændringer blev fundet ved anden og tredje daglige mobilisering, og ændringerne i måden at mobilisere på var bibeholdt ved anden opfølgning, se tabel 2.

**Tabel 1. Patientdata**

	Baseline		Opfølgning 1		Opfølgning 2	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<b>Patienter</b>	116		133		155	
<b>Registreringer</b>	629		614		716	
<b>Kvinder</b>	48	(41)	63	(47)	61	(39)
<b>Mænd</b>	68	(59)	70	(53)	94	(61)
<b>Hjælper til ved morgentoilette<sup>1</sup></b>	44	(39)	52	(41)	65	(43)
	Median	IQR <sup>2</sup>	Median	IQR	Median	IQR
<b>Alder</b>	70	(60-77)	69	(59-77)	69	(62-77)

1. I høj grad/i nogen grad 2. Inter-quartile range (25. and 75. percentil)



## Der er i disse år kommet et større fokus på ikke bare at få patienter til at overleve, men også på, hvad de overlever til.

Der var kun lidt forskel mellem perioderne i forhold til brug af sengecykel (4-20 pct.) og brug af håndvægte (4-9 pct.)

### Det er muligt at ændre praksis

Resultaterne viser, at det er muligt at ændre praksis fra en hovedsagelig passiv tilgang til mobilisering til mere aktive mobiliseringsformer, og at det er muligt at bibeholde ændringerne over tid.

Der var stigning i andel af patienter, der sad på sengekant (træning af balance), stod på gulvet og gik på stedet, hvorimod brug af håndvægte ikke rigtigt er slået an endnu. Der var sparsom brug af sengecykel trods viden om god effekt heraf (6). Årsag til fravalg af sengecykel var som oftest, at sengecyklen var tung at håndtere for personalet.

En metaanalyse fra 2017, som indeholdt 14 studier med i alt 1.753 patienter, har ikke kunnet påvise effekt af tidlig mobilisering på mortalitet. Derimod tyder det på, at tidlig mobilisering kan øge muskelstyrke og mobilitetsstatus ved udskrivelse (5). Mobiliseringsindsatsen på bl.a. intensivafsnit kan dermed være med til at øge patienternes mulighed for at klare sig selv efter udskrivelse.

At ændre indarbejdet praksis kan være kompliceret (8). At det lykkedes at skabe varig ændring i praksis fra passiv til en mere aktiv tilgang til mobilisering, skyldtes sandsynligvis den flerstrengede interventionsmodel, der fra mange vinkler hjalp med både at skabe viden om behovet for ændring af praksis og sikrede praktiske hjælpemidler, der gjorde praksisændringen tilgængelig.

Ved planlægning af projektet var der ønske om at kunne sammenholde mobiliseringsregistreringerne med journaldata, bl.a. diagnose, sygdomsgrad og respiratorbehandling. Desværre gav Styrelsen for Patientsikkerhed afslag på ansøgningen om at tilgå journaler uden patientsamtykke. Derfor er det ikke muligt ud fra projektet at se, om grupperne var sammenlignelige, og hvilke tendenser praksisændringen skabte i forhold til bl.a. indlæggelsestid på intensivt afsnit og forekomst af delirium.



**Table 2.** Oversigt over registrerede former for mobilisering

	Baseline		Opfølgning 1		Opfølgning 2	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<b>Første mobilisering<sup>1</sup></b>						
Siddet på sengekant	139	(26)	228	(44)	292	(48)
Stået på gulvet	139	(30)	264	(54)	309	(52)
Gang på stedet	109	(24)	202	(41)	225	(38)
Cyklet (seng eller stol)	18	(4)	24	(5)	31	(5)
Siddet i stol	415	(91)	462	(94)	543	(91)
Brugt håndvægte	17	(4)	32	(7)	38	(6)
<b>Anden mobilisering<sup>2</sup></b>						
Siddet på sengekant	67	(22)	117	(40)	147	(40)
Stået på gulvet	63	(21)	126	(43)	146	(40)
Gang på stedet	47	(15)	84	(29)	112	(30)
Cyklet (seng eller stol)	17	(6)	36	(12)	52	(14)
Siddet i stol	274	(90)	264	(91)	328	(89)
Brugt håndvægte	9	(3)	12	(4)	32	(9)
<b>Tredje mobilisering<sup>3</sup></b>						
Siddet på sengekant	18	(16)	31	(44)	41	(38)
Stået på gulvet	22	(20)	33	(46)	36	(34)
Gang på stedet	13	(12)	22	(31)	30	(28)
Cyklet (seng eller stol)	18	(16)	14	(20)	19	(18)
Siddet i stol	86	(78)	63	(89)	99	(93)
Brugt håndvægte	5	(4)	1	(1)	1	(1)

1. Første mobilisering foregår for 83-88 pct. af registreringerne om formiddagen.  
 2. Anden mobilisering foregår for 68-71 pct. af registreringerne om eftermiddagen, ellers om aftenen.  
 3. Tredje mobilisering foregår for 96-98 pct. af registreringerne om aftenen.

Der er i disse år kommet større fokus på ikke bare at få patienter til at overleve, men også på, hvad de overlever til. En vigtig del af dette er at arbejde for, at patienterne mister så få funktioner som muligt under indlæggelsen, så rehabiliteringsmulighederne til vanligt funktionsniveau forbedres. Aktiv mobilisering øger også patienternes deltagelse og involvering i egen pleje og behandling, hvilket er et fokusområde i sundhedsvæsenet (9).

### Konklusion

Ved hjælp af en multifacetteret interventionsmodel, der både skabte viden om behovet for ændring af praksis og sikrede praktiske hjælpemidler, der gjorde praksisændringen let at håndtere, var det muligt at opnå et varigt skifte fra passiv til en mere aktiv tilgang til mobilisering på intensivafsnit. ●

### Referencer

1. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med* 2011;(39):371-9. 2. Poulsen JB, Møller K, Perner A. Rekonvalescens og funktionstab efter intensiv terapi. *Ugeskr Læger* 2009;171:2916-9. 3. Poulsen JB. Impaired physical function, loss of muscle mass and assessment of biomechanical properties in critical ill patients. *Dan Med J*. 2012;59:B454. 4. Leditschke IA, Green M, Irvine J, et al. What are the barriers to mobilizing intensive care patients? *Cardiopulm Phys Ther J* 2012;23:26-9. 5. Tipping CJ, Harrold M, Holland A, et al. The effects of active mobilization and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Med* 2017;43:171-183. 6. Gamst L, Moutafi MB, Jensen HI. Patienter på intensivt afsnit er glade for sengecyklings. *Sygeplejersken* 2015;7:70-6. 7. Freiberg A, Girbig M, Euler, U et al. Influence of the Kinaesthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases - A scoping review. *J Occup Med Toxicol* 2016;11:24. 8. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. 2003. 5th ed. Simon & Schuster Ltd. 9. Danske regioner. Patientinddragelse. <https://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/patientinddragelse>. [cited 2018 June 13].

*Hvordan systematiserer I mobilisering af patienterne på jeres arbejdsplads?*

*Hvilke metoder bruger I til registrering af mobilisering?*

*Hvordan vurderer I sammenhængen mellem involvering og mobilisering af patienter?*

**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).

# Seksuelle overgreb på børn kan opspores og stoppes

Sygeplejersker skal kende tegnene på, at et barn bliver misbrugt seksuelt. Desuden har sygeplejersker skærpet underretningspligt, som går forud for tavshedspligten.



### **BEN FARID RØJGAARD NIELSEN**

Sygeplejerske 2001, dialysesygeplejerske 2002, cand.cur. 2007, praktikvejleder og herefter underviser på sygeplejeskolen. Lektor på Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser, Københavns Professionshøjskole.

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



Sygeplejersker, som møder børn på børneafdelinger og skadestuer samt på børne- og psykiatriske centre landet rundt, kan nogle gange være usikre på, om et barn har været udsat for seksuelle overgreb, og hvordan man i givet fald skal reagere.

Seksuelt misbrug af børn er et stort samfundsmæssigt problem både i Danmark og i resten af verden (1). Et internationalt litteraturstudie skønner, at 7,9 pct. af alle mænd og 19,7 pct. af alle kvinder har været udsat for seksuelt misbrug i en eller anden form før deres 18. leveår (2).

Seksuelle overgreb mod børn og unge kan foregå gennem længere tid, og uden omgivelserne får kendskab til det. Området er præget af tabuisering og berøringsangst, hvorfor det kan være en kompleks opgave for sygeplejersker at opspore børn og unge, der er udsat for overgreb. Studier peger da også på, at sundhedsprofessionelle som f.eks. sygeplejersker efterspørger faglige redskaber i arbejdet med at se og forstå eventuelle tegn på og signaler om seksuelle overgreb, som børn og unge kan udvise (3).



## Det karakteristiske ved kvinders overgreb er, at de er særligt rettet mod yngre børn.

Det primære formål med denne artikel er at give en kort oversigt over tegn og mulige reaktioner på seksuelle overgreb hos børn under 18 år. Et særligt fokus i artiklen er at vise, at kvinder kan være krænkere og foretage seksuelle overgreb mod børn. Målet er derfor, at sygeplejersker kan blive inspireret, støttet og vejledt i arbejdet med en tidlig og kvalificeret opsporing af seksuelle overgreb hos børn.

### Fire hjørnesten i tidlig opsporing

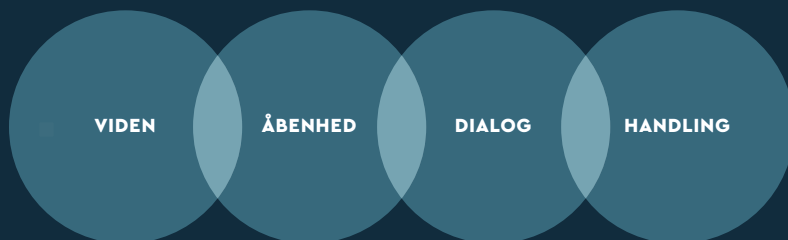
I Socialstyrelsens faglige vejledning bliver der lagt vægt på fire hjørnesten i tidlig opsporing (3), se figur 1.

For det første må sygeplejersker have en grundlæggende viden om de mulige tegn og reaktioner, de skal være opmærksomme på, når det drejer sig om seksuelle overgreb mod børn. For det andet er faglig åbenhed et vigtigt element i tidlig opsporing. Det betyder, at sygeplejersker må tage afsæt i, at seksuelle overgreb kan være én blandt flere mulige forklaringer, der er i spil, når de er i tvivl om, hvorfor et barn f.eks. synes at mistrives. For det tredje skal sygeplejersker føle sig rustet til at indgå i en faglig dialog med andre sundhedsprofessionelle ved mistanke om seksuelle overgreb. Endelig er det absolut afgørende, at sygeplejersker kender til mulighederne for og pligterne til at iværksætte de rette handlinger, når der er mistanke om seksuelle overgreb (3).

### Også kvinder kan være krænkere

De fleste studier peger på, at det typisk er mænd, der begår disse overgreb. Der

Figur 1. De fire hjørnesten i tidlig opsporing (3)



For det første skal sygeplejersker besidde en grundlæggende faglig viden om de mulige tegn og reaktioner, man skal være opmærksom på, når det drejer sig om seksuelle overgreb mod børn. For det andet er faglig åbenhed et vigtigt element i en tidlig opsporing. Sygeplejersken må ikke for tidligt enten afvise eller fastholde, at et barns mistrivsel skyldes seksuelle overgreb. I stedet må sygeplejersken praktisere en åben tilgang til årsagen til den manglende trivsel. For det tredje må sygeplejersken føle sig rustet til at indgå i en faglig dialog med kollegaer ved mistanke om seksuelle overgreb. For det fjerde er det afgørende, at sygeplejersken kender til mulighederne for og pligterne til at iværksætte de rette handlinger, når der er mistanke om overgreb.

### RESUME

Sygeplejersker kan være i tvivl om, hvorvidt et barn har været udsat for seksuelle overgreb. Kvinder kan også begå seksuelle overgreb mod børn, hvilket er et meget tabubelagt og et

overset problem. De børn, som har været udsat for overgreb fra kvinder, har naturligvis ret til lige så professionel behandling, som hvis krænkeren var en mand.

Børn er mere tilbøjelige til at fortælle om seksuelle overgreb, hvis de oplever, at der er en anledning til at fortælle, en hensigt med at fortælle og en forbindelse til det, der tales om.

er ingen officielle tal på antallet af seksuelle overgreb begået af kvinder (4,5). En international litteraturgennemgang konkluderer, at kvindelige krænkere står for 5 pct. af alle seksuelle overgreb mod børn (6).

Litteraturen er fyldt med myter om kvindelige krænkere (4). En typisk myte er, at kvinder ikke kan begå overgreb, for de har ingen penis, og at kvinder, som forfører en teenagedreng eller pige, ikke begår overgreb, idet der blot er tale om et seksuelt forhold mellem to mennesker, som samtykker (4). Ifølge Jytte Lyager har samfundet svært ved at se kvinder som krænkere, og derfor er der et stort mørketal, hvorfor det er vigtigt at sætte fokus på, at kvinder også begår overgreb (5).

Ifølge den norske psykolog og sexolog Thore Langfeldt ses kvinder som kærlige omsorgspersoner, og derfor bliver meget få opdaget og straffet for overgrebene (5).

Marianne Lind argumenterer for, at flere af de kvinder, som er blevet misbrugt af deres mor, af ren og skær angst undgår at få børn, når de bliver voksne, idet de er bange for at komme til at misbruge deres egne børn (5).

Endvidere viser danske erfaringer, at parforholdet kan være problematisk for de mænd, som i barndommen er blevet misbrugt af en mand. Men kvinders misbrug kan faktisk opleves værre end mænds. For det er en kvinde, manden senere i livet skal danne par med (5).

Nedenfor bringes eksempler fra børn, som er blevet misbrugt af deres mor. I 2015 blev en 39-årig kvinde fra Holstebro dømt for at have misbrugt sin søn. Hun blev tiltalt og kendt skyldig i at have befamlet sønnens tissemand, fået ham til at røre sine bryster og for at have onaneret foran ham (7). En anden kvinde siger det på denne måde:

”Min mor var med til misbruget – hun stillede mig til rådighed for sine elskere. Jeg var en del af akten. Hun var til stede i rummet og pacificerede mig ved f.eks. at proppe en sok i munden på mig og holde mig fast i armene, mens hendes fætter havde samleje med mig ... Min mor var min primære krænker. Hun seksualiserede alt ved mig. Kommenterede min krops udvikling, når der var andre – især mænd – til stede. Hun kiggede ind ad nøglehullet, når jeg var i bad etc. Jeg fortalte det aldrig til nogen. Hvem ville have troet på mig?” (8).

### Omsorg eller overgreb?

I den eksisterende litteratur diskuteres, om kvinders seksuelle overgreb adskiller sig fra mænds. Forskellen i forhold til de mandlige krænkere består mest i, at kvinden ikke har en penis. Men det betyder ikke, at der ikke sker indtrængning i barnets krop.

Flere studier peger på, at kvindelige krænkere oftere end mænd begår overgrebene med tilstedeværelse af en mandlig med-krænker (9,10). Andre undersøgelser fremhæver, at tilstedeværelse af en mandlig med-krænker kun i mindre omfang indebærer, at kvinden var blevet tvunget eller truet til at udføre eller deltage i overgrebene. Som udgangspunkt er det kvindens egen motivation, der fører til de seksuelle handlinger (4).

Desuden er der studier, der peger på, at det karakteristiske ved kvinders overgreb er, at de er særligt rettet mod yngre børn, som de forventes at have en omsorgsgivende rolle overfor, enten i familien eller som en del af deres



## Utallige studier viser, at børn og unge, som udsættes for seksuelle overgreb, ikke fortæller om overgrebene.

arbejde (4). Her kan det være ekstra vanskeligt at afgøre, om der er tale om omsorg eller overgreb, da der er meget fysisk kontakt som en naturlig del af omsorgen for barnet (4).

Et af de emner, der går igen i forskningen, er seksuelle forhold mellem teenagedrengene og voksne kvinder (4). Det fremhæves, at drenge i høj grad bliver opdraget til at tro, at drenge og mænd altid er og skal være villige til sex, når de får det tilbudt, hvorfor disse overgreb ikke altid italesættes som seksuelle overgreb, men som seksuel oplæring (4). Konsekvensen er, at drengene ikke selv forstår, at der er tale om et overgreb og derfor heller ikke taler om det.

### Overgrebet er et relationelt traume

Børn reagerer og rammes i forskellig grad, når de udsættes for seksuelle overgreb. Reaktionen afhænger af forskellige faktorer som overgrebets karakter og omfang, barnets alder og barnets relation til krænkeren.

Det seksuelle overgreb er i høj grad et relationelt traume, da de fleste overgreb finder sted i nære relationer. Barnet vil forsøge at forstå og finde en mening med det, der foregår, og at give overgrebet en relationel betydning (3). Nedenfor er oplistet tre bokse med typiske fysiske og psykiske mulige tegn og reaktioner på seksuelle overgreb hos børn i forskellige aldre. De tre bokse må ikke ses som en udtømmende liste, og de

### Boks 1. Fysiske og psykiske tegn og reaktioner hos småbørn (3)

- Rødmen, irritation eller blødning omkring kønsorganer, skede- og endetarmsåbning
- Blærebetændelse
- Blod i underbukserne
- Vanskeligheder med at gå eller sidde
- Lider af mave- og fordøjelsesvanskeligheder
- Stopper ting/objekter op i skede- og endetarmsåbning
- Har pådraget sig seksuelt overførte sygdomme
- Lider af: tristhed
- Uforklarlig gråd
- Mareridt
- Udviser ligegyldighed, robot-lignende adfærd
- Mistillid til voksne



## Boks 2. Fysiske og psykiske tegn og reaktioner hos mellemstore børn (3)

Mellemstore børn vil udvise de samme tegn og symptomer som småbørn, derudover også:

- Lav selvfølelse
- Magtesløshed
- Apati
- Skyldfølelse
- Skamfølelse
- Psykosomatiske klager over smerter i underlivet, hovedpine, mavepine
- Vanskeligheder med kropslig kontakt, berøring, manglende blufærdighed
- Mangelfuld eller overdreven personlig hygiejne

## Boks 3. Fysiske og psykiske tegn og reaktioner hos teenagere (3)

Teenagere vil udvise de samme psykiske tegn og symptomer som småbørn og mellemstore børn. Herudover også:

- Depression
- Mistillid til andre
- Manglende identitetsfølelse
- Forvirret omkring kønsidentitet
- Forøget skyld- og skamfølelse
- Tidlig seksuel aktivitet, graviditet og abort
- Forsøg på at tilbageholde fysisk udvikling

fysiske og psykiske tegn og reaktioner kan naturligvis skyldes andre ting end seksuelle overgreb (3), se boks 1, 2 og 3.

### Børn og unge er tavse om overgreb

Utallige studier viser, at børn og unge, som udsættes for seksuelle overgreb, ikke fortæller om overgrebene (1,9,10). Årsagen kan være skyld og skam. Det kan også skyldes, at barnet ikke ønsker at såre omgivelserne ved at fortælle om overgrebene, eller at barnet vil beskytte krænkeren mod straf. Endelig er der nogle børn, som fortæller, at ingen har spurgt dem, om de har været udsat for overgreb (4). Hvis børnene ikke kender betydningen af de overgreb, de bliver udsat for, kan det være svært at fortælle om dem.

Studier viser, at det kan være særligt svært for børn at fortælle, hvis overgrebet er begået af en kvinde (4). Traditionelt bliver kvinder mest set som ofre, og mænd som krænkere. Det er en udfordring, hvis børn kun tror, at krænkeren kan være mænd, for så kan de ikke sige det til nogen, hvis de bliver krænket af en kvinde, idet de ikke ved, at det er forkert.

### Vigtigt, at sygeplejersker er opmærksomme

Netop fordi det er så svært for børn at fortælle om seksuelle overgreb, er det vigtigt, at sygeplejersker er opmærksomme på forhold, der kan virke fremmende herfor. En norsk undersøgelse konkluderer, at børn er mere tilbøjelige til at fortælle om seksuelle overgreb, hvis de oplever, at nedenstående aspekter er til stede (11).

1. En anledning til at fortælle
2. En hensigt med at fortælle
3. En forbindelse til det, der tales om.



**Børn reagerer og rammes i forskellig grad, når de udsættes for seksuelle overgreb.**

Nedenfor nævnes tre eksempler på de tre aspekter.

### En anledning til at fortælle

En sygeplejerske på en skadestue oplever, at en ung pige på 17 år nu for tredje gang skal have en abort. Sygeplejersken oplever, at pigen flere gange tog tilløb til at fortælle om overgreb fra et familiemedlem. Men pigen manglede tilsyneladende roen til det. Sygeplejersken besluttede at sætte ekstra tid af til at gå en tur i haven med pigen, hvor der ikke var nogen forstyrrelser. På den måde skabes en anledning til, at pigen kan fortælle om overgrebene, der har fundet sted gennem flere år.

### En hensigt med at fortælle

En ung dreng fra en skilsmissefamilie, som bor sammen med sin far, udsættes for overgreb af sin mor og hendes nye kæreste, når han er på besøg hver anden weekend. Umiddelbart før en samværsweekend fortæller drengen en skolesygeplejerske om overgrebene. Drengens hensigt med at fortælle om overgrebene er, at han gerne vil undgå at komme på samvær samt at få hjælp til at få stoppet overgrebene.

### En forbindelse til at fortælle

En sygeplejerske på en børneafdeling hjælper en seksårig pige med et bad. Dette bad er med til at skabe en forbindelse til de overgreb, barnet har oplevet i badesituationer med sin far. Barnet fortæller her om de overgreb, hun havde været udsat for.

Sygeplejersker skal derfor være opmærksomme på, hvordan man kan medvirke til at opfange og facilitere de forskellige situationer, hvor et barn oplever en anledning til, hensigt med eller forbindelse til at fortælle om seksuelle overgreb.

### Pas på med at bagatellisere kvinders seksuelle overgreb

Ønsket med artiklen er således at forhindre, at kvinders seksuelle overgreb på børn bliver overset eller bagatelliseret af sygeplejersker, fordi seksuelle overgreb typisk forbindes med en mandlig krænker. Det er en viden, der sammen med evnen til at handle kan ruste sygeplejersker til at

anvende deres skærpede underretningspligt, hvis der er mistanke om, at et barn har været udsat for seksuelle overgreb – uanset krænkerens køn.

Sygeplejersker har en særlig skærpet underretningspligt jf. Servicelovens paragraf 154, der går forud for tavshedspligten, når det handler om børn og unges trivsel (når de er under 18 år).

Som artiklen har vist, kan dét, at kvinder også begår seksuelle overgreb mod børn, være et meget tabubelagt og overset problem. De børn, som har været udsat for overgreb fra kvinder, har ret til lige så professionel behandling, som hvis krænkeren var en mand. ●



**Hvordan drøfter I muligheden for, at et barn har været udsat for seksuelle overgreb?**

**Hvor henter I viden om børn og seksuelle overgreb henne?**

**Hvordan er I fagligt rustede til at få mistanke om, at et barn er krænket af en kvinde?**

#### Referencer

1. Karstoft K-I, Beck Hansen N, Eriksen SB & Elklit A. Effekt af Behandling – et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi 2014. 2. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gomez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor. 2009: Child Abuse and Neglect(33):331-42. 3. Socialstyrelsen og SISO. Den professionelle tvivl. Socialstyrelsen og SISO 2017 4. Red Barnet. Kvinders seksuelle overgreb mod børn Red Barnet 2017. 5. Bebe A. Kvinder står bag mange seksuelle overgreb SDU, årstal? 6. Blond, N. Kvindelige krænkerer – tabuet om kvinder, der begår seksuelle overgreb mod børn. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet 2014. 7. TV Midtvest. Mor dømt skyldigt for seksuelt misbrug af 7-årige søn. <https://www.tvmidtvest.dk/artikel/mor-doemt-skyldig-seksuelt-misbrug-af-7-aarig-soen>. Besøgt den 7. juni 2018. 8. Usynlig ar. Når kvinder krænker. <http://usynligear.dk/kvindelige-kr-nkere.html>. Besøgt den 7. juni. 2018. 9. Haugland GN et al. Ingen penis – ingen skade? Når kvinder begår seksuelle overgreb. Tidsskrift for norsk psykologforening 2011;(48):523-8. 10. Williams KS & Bierie. An incident-based comparison of female and male sex offenders. Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment 2015, Vol. 27: 235-57. 11. Jensen TK et al. Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspective and context for disclosure. Child Abuse & Neglect 2005;(29):1395-1413.



# Det svære i det nære

De, der ved besked, er meget langt væk. Sådan oplever mennesker med rygmærskade hjemkomsten til det nære sundhedsvæsen. Der mangler både viden og menneskelig indsigt.



**BODIL BJØRNSHAVE NOE**, lektor, ph.d., sygeplejerske, cand.scient.san. Institut for Sundhedsuddannelse og Forskning Innovation Udvikling, UC Syd. Ekstern lektor, Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

I min forskning undersøger jeg sammen med flere forskere, hvordan mennesker klarer sig og kommer sig efter skade eller sygdom.

Vi har undersøgt, hvor mange der får en rygmærskade, hvordan det sker, og hvor galt det går. Der er ca. 50 nye tilfælde i Danmark om året.

Nå, ikke flere. Nej, men det sker, at aktive, ofte midaldrende mennesker falder, vælter eller glider. Ups ... den stige holdt ikke. En glat trappe, en klat sæbe på gulvet, en gren på cykelruten. Meget kan ske, og det kan gå rivende galt. Nogle er lammet fra halsen og ned, andre får mindre omfattende skader. Uheld, tilfældighed eller skæbne? Livet går videre. Vi har undersøgt, hvordan det går. Vi finder, at det er svært for deltagerne at komme sig og klare sig hjemme i det nære. Hvorfor er det så svært?

”Det, der ikke er svært, skal være nært,” siger vores statsminister Lars Løkke Rasmussen. Vores forskning viser, at når disse mennesker efter lang tids specialiseret genoptræning kommer hjem til det nære sundhedsvæsen, bliver det for alvor svært. Overgangen fra specialiseret rehabilitering til eget hjem og hjemkommune opleves som en vej med barrierer, forsinkelser og mangelfuld indsigt og forståelse.

Deltagernes udsagn tyder på, at de færdigheder og den viden, kompetence og erfaring i forhold til de specifikke, omfattende konsekvenser, der er efter rygmærskade, ikke nødvendigvis kendes af sygeplejersker, praktiserende læger, terapeuter, visitatorer eller socialrådgivere derude i det nære sundhedsvæsen. Det er forståeligt i betragtning af, hvor få der lever med en rygmærskade. Modsat er det fatalt for dem, der er ramt. De interviewede fortæller, at det er svært at forklare sig og sin sag til systemet. Systemet forstår sig ikke på komplekse sammenhænge. Der skal et menneske til.

”Det, der er svært, skal udføres af en lærd,” erklærer Ældre Sagen som modtræk til statsministeren. På baggrund af min forskning er jeg overbevist om, at det er et stort ønske. Men de interviewede oplever, at de, der ved besked, er meget langt væk. Det kræver dyb indsigt i, hvordan kropsændringer påvirker aktiviteter og deltagelse, som igen påvirkes af omgivelser og personlige forhold. Den kompleksitet udfolder mennesker i deres fortællinger. Og så gælder det om at slå ørerne ud, fordi de interaktioner, der sker mellem funktionsevne og kontekst, potentielt kan skabe de problemer med den reintegration, som man med rehabilitering søger at løse.

Det er min erfaring som menneske og forsker.

Hvad skal der til for, at det går? Det korte svar er viden fra bl.a. forskningsartikler, men især menneskelig indsigt, vilje og reel mulighed for at



**Nogle er lammet fra halsen og ned, andre får mindre omfattende skader. Uheld, tilfældighed eller skæbne? Livet går videre. Jeg har sammen med flere forskere undersøgt, hvordan det går.**

træffe de gode beslutninger sammen med borger og familie. Sygeplejersker må være der som de lærde i det nære, fordi det er svært. ●

#### Læs mere her:

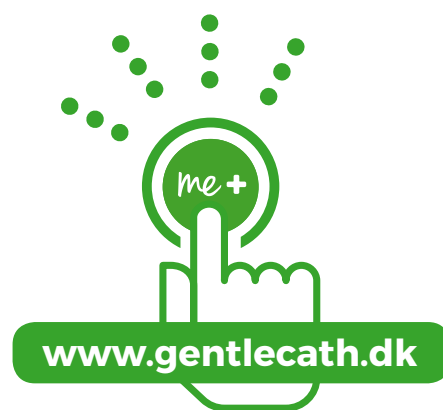
**1.** Bjoernshave BN, Bjerrum M, Angel S. The influence of clarification and threats on life situation – Patients’ experiences 1 year after TSCI Spinal Cord Ser Cases 2017 Apr 6; 3:17006. doi: 10.1038/scsandc.2017.6. eCollection 2017. **2.** Bjoernshave BN, Bjerrum M, Angel S, The Beginning of a New Life Following Traumatic Spinal Cord Injury – Patient’s Experiences One Month Post-Discharge. *Int J Phys Med Rehabil* 2015;3:250 <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9096.1000250> **3.** Bjørnshave BN, Mikkelsen EM, Hansen RM, Thygesen M, Hage EM. Incidence of Traumatic Spinal Cord Injury in Denmark, 1990-2012: A Hospital-based Study *Spinal Cord* 2015;53(6):436-40. doi: 10.1038/sc.2014.181. Epub 2014. **4.** Bjoernshave BN, Bjerrum M, Angel S, Expectations, Worries and Wishes: The Challenges of Returning to Home after Initial Hospital Rehabilitation for Traumatic Spinal Cord Injury. *Int J Phys Med Rehabil* 2014;(2):225 <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9096.1000225>

# GentleCath™ Glide



**Hydrofilt kateter,  
som er klar til brug  
øjeblikkelig.**

Unik FeelClean® teknologi giver kateteret en glidende effekt med sterilt vand, som ikke klitrer fingrene og ikke efterlader pletter på tøjet.



**GentleCath™ Glide**  
*that's a relief*

Designet til hurtig og  
bequem indføring af kateter