

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Tandbørstning kan forebygge alvorlig sygdom

IKKE NOK FOKUS PÅ
MUNDHYGIEJNE

VIDEN OM MUNDHYGIEJNE
SKAL MED IND TIL
PATIENTERNE

ALLE AFDELINGER SKAL
HAVE EN INSTRUKS

TRIN-FOR-TRIN
GUIDE TIL MUNDHYGIEJNE

SIDE 10

FAGLIGT AJOUR

Kommunikation.

Sygeplejersker kan mindske social ulighed i kræft

SIDE 34

PEER REVIEWED

KOL. Borgere med svær KOL vil gerne tale om skyldfølelse

SIDE 24

JOURNAL CLUB

Ledelse. Lederuddannelse nødvendig for at håndtere en epidemi

SIDE 22

PÅ SPIDSEN

Psykiatri. Relationen har altafgørende betydning

SIDE 59

Redaktionspanel

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



**SELINA
KIKKENBORG
BERG**

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



MARI HOLEN

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



**KIRSTEN
LOMBORG**

Professor ved Københavns Universitet, Institut for Klinisk Medicin, og seniorforsker ved Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC). Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. i sundhedsvidenskab. Forsker i personcentrerede behandlingsforløb, fælles beslutningstagning og støtte til personer med diabetes.



**BODIL
BJØRNSHAVE
NOE**

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



LENE SEIBÆK

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Distribueret oplag
Perioden 2019-2020:
77.974 eksp.
Medlem af Danske Medier

Tryk
Stibo

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

Manuskriptvejledning
www.dsr.dk/
manuskriptvejledning

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



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

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

.....
Illustration side
4, 5, 10, 12, 13,
14, 15, 16, 17, 18,
20, 21, 24, 34,
42, 48, 54 og 60 :
iStock

BLIV KLOGERE PÅ

en ny og vigtig tendens i sygepleje

GRATIS WEBINAR
DEN 3. JUNI KL. 14-15
TILMELD DIG PÅ
munksgaard.dk/foc

FUNDAMENTALS OF CARE

Klinik, ledelse,
uddannelse og forskning

REDAKTION
Tove Lindhardt Damsgaard
Mette Grønkjær & Ingrid Poulsen

MUNKSGAARD

NYHED!

295 kr.

Fundamentals of Care gentænker sygeplejen og fagets helt fundamentale spørgsmål: Hvad er sygepleje, og hvad bør sygepleje rette sig mod? Det er den første præsentation af begrebsrammen på dansk, og målet er at bidrage til, at sygeplejersker på alle niveauer fokuserer på patienters fundamentale behov og i mødet med hver eneste patient. Webinaret giver dig indsigt i, hvordan *Fundamentals of Care* kan anvendes i forskellige kontekster inden for sygeplejen.



munksgaard

Forebyg alvorlig sygdom med god mundhygiejne

Hjælp til simpel tandbørstning på patienten kan forebygge risikoen for infektioner efter en operation. Og daglig tandbørstning kan nedsætte risikoen for lungebetændelse hos beboere på plejehjem og patienter indlagt på hospital.

Men fokus i dag er i høj grad rettet mod en kort og effektiv indlæggelsestid, så når tiden er presset, bliver sygeplejeaktiviteter, der omhandler fundamentale behov hos patienterne som f.eks. bad, ernæring, forebyggelse af forstoppelse og tandbørstning, ofte fravalgt.

En forsker undrer sig over, at der i denne tid med coronapandemi ikke har været større fokus på mundhygiejne, fordi covid-19-patien-

ter er i risiko for at udvikle svære lungeinfektioner, som kan være dødelige eller medføre blivende skader på lungerne.

Der er imidlertid brug for en kulturændring i sundhedsvæsenet, hvis mundhygiejne skal på dagsordenen. Patienter og beboere skal i fremtiden have en forventning om, at mundhygiejnen bliver prioriteret på hospitalet eller på plejehjemmet. Og dette mål nås kun, hvis ledelserne på hospitalerne og i primærsektoren står på mål for at prioritere mundhygiejne.



Systematisk mundhygiejne forud for en operation kan nedbringe risikoen for at udvikle postoperative infektioner og lungebetændelse til omkring det halve.

GENINDLÆGGELSER.

Interventioner målrettet overgangen fra hospital til den ældres eget hjem kan reducere genindlæggelser.

LEDELSE.

Effektiv håndtering af en pandemi i sundhedsvæsenet forudsætter erfaring og uddannelse af ledere.

LÆS SIDE 22

Fokuser på håb og tryghed i et uforudsigeligt hverdagsliv

Patienter med svær KOL og deres pårørende ønsker, at sundhedsprofessionelle tager initiativ til at tale om både om den nære fremtid og den sidste tid i den palliative fase. Ti kvalitative semistrukturerede interview med seks borgere og fire pårørende viste gennem induktiv indholdsanalyse tre kategorier relateret til KOL.

”Skabe tryghed i uforudsigeligheden”, ”Italesætte skylden” og ”Overkomme håbløsheden”.

Bla. at ”italesætte skylden” kan give anledning til drøftelser blandt sygeplejersker. En pårørende fortæller f.eks., at et menneske med kræft får mere positiv opmærksomhed end en et menneske med KOL, ”for man kunne jo bare have ladet være med at ryge”.

Det er derfor hensigtsmæssigt, at følelsen af skyld berøres sammen med patienten, så det bliver muligt at fokusere på håb og tryghed i et ofte uforudsigeligt hverdagsliv.

Studiets fund anviser forslag til områder, der kan inddrages i samtale med personen med KOL og de nærmeste pårørende.

LÆS SIDE

24

Ekstra fokus på trykskader

Trykskader fra medicinsk udstyr er et område, som covid-19-pandemien har sat ekstra fokus på. Det internationale konsensusdokument, som blev udgivet af Journal of Wound Care i 2020, har givet inspiration samt øget opmærksomhed på emnet. Artiklen bidrager med viden om, hvordan man handler i klinisk praksis både hos patienter med udstyr, men også hos sundhedspersonale som anvender værnemidler.

LÆS SIDE

60

Kompetencekort forbedrede den faktuelle viden

Anæstesiafsnittene på regionshospitalerne Herning og Holstebro har i samarbejde med ledelse og medarbejdere udviklet en række kompetencekort. Målet er at vedligeholde kompetencer i forhold til udstyr og kritiske situationer. En systematisk evaluering af kompetencekortene har vist en markant forbedring af sygeplejerskernes faktuelle viden og har gjort det acceptabelt at indrømme, at der er viden og færdigheder, som man har brug for at træne med jævne mellemrum.

LÆS SIDE

54

Kosten har afgørende betydning

For patienter med KOL har kosten afgørende betydning for sygdommens udvikling og oplevelsen af livskvalitet, derfor bør utilsigtet væggtab forebygges. Få indsigt i hvilken betydning patienter med KOL tillægger måltidet og hvilke praksisser, der er omkring måltider. Et studie viser, at måltidet ser ud til at være alles ansvar og dermed måske ingens? Akronymet M-Å-L-T-I-D kan hjælpe bedre rammer på vej.

LÆS SIDE

48

Kommunikationen forstærker den sociale ulighed

Kommunikationen mellem sundhedspersonale, patient og pårørende kan forstærke social ulighed i kræft. Når vi ved, at patienter med kort uddannelse, lav indkomst og komorbiditet klarer sig dårligere i alle faser af et kræftforløb end bedre stillede medborgere, bliver det oplagt at spørge, hvordan sygeplejersker kan kommunikere med denne gruppe og forsøge at afhjælpe uligheden..

LÆS SIDE

34

Kommunal støtte til borgere med senfølger efter kræft

Siden 2016 har Esbjerg Kommune tilbudt en sundhedsprofessionel intervention i form af undervisning og individuel støtte til borgere med senfølger efter kræft. Det primære formål med

indsatsen er at hjælpe borgeren til øget livskvalitet og tryghed. Der arbejdes målrettet med at øge den enkelte borgers self-efficacy, så han/hun bliver bedre til at håndtere en hverdag med

f.eks. smerter, træthed, depression og ensomhed.

LÆS SIDE

42



I en simpel erkendelse af vores erfaringsmæssige adskilthed må den nye sygeplejestuderende ligesom den gamle garvede vove sig frem.

LÆS SIDE ... 67

Fra forfald til frafald

Kropsfiksering. Det er krævende at være ung. For ung rimer på smuk. Men patienter er ikke altid smukke. Forskrækkelse over, hvad sygeplejen rummer, kan betyde farvel til faget.



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

Jeg lytter til den unge læge, som er forbauset over, hvor mange patienter der lever uden kontakt med deres familie.

”Jeg spørger patienten, hvem han kan tale med om sin kræftdiagnose,” fortæller lægen:

”Min far? Nej, ham ser jeg én gang om året. Min mor ... næh, hun forstår ingenting. Min bror? Ham har jeg ikke set i tre år,” lyder patientens svar, og der er flere som ham.

Et andet billede stammer fra et nærliggende supermarked. Pebermynte-Emilie på tre år køber ind sammen med mor. Hun hviner af glæde og peger. ”Mor, jeg har fundet den mælk, du bedst kan lide,” siger hun og peger på en liter havremælk.

Der er mere fokus på kost og krop end på familie, bliver den hurtige og sikkert uretfærdige slutning.

Lysbilleder og fotoalbum med fælles minder er for længst erstattet af Facebook og Instagram. Her er den redigerede, glatte og smukke virkelighed en fornøjelse for rigtig mange. Og hvis

kroppen ikke passer ind, ordnes og tilpasses den med programmer, der bringer dyreverdenen tæt på. Læber ligner sugemallens, taljer ligner hvepsens, og ben ligner giraffens.

Hvis programmerne ikke rækker, er der plastikkirurgien. Ikke som i plasticpose, men med tryk på stik.

Kropsfikseringen har en pris. Og måske er en del af den, at sygeplejestuderende eller næsten-sygeplejersker ikke kan holde de uperfekte kroppe ud, for de har ikke har set dem før. De lidende, gamle kroppe i forfald. Sygdom og død. Udskillelser, der fremkalder rynken på næsen, et sprog, der ikke rækker langt, en hud, der er tør og sprækker, blå mærker og tyndt hår.

Er det virkelig det, sygeplejen drejer sig om, spørger den studerende måske sig selv.

Hvis uddannelsen har budt på sygepleje og ansvar for højst to patienter, er det ikke mærkeligt, at otte eller ti patienter, som ikke ligner den verden og den boble, man kommer fra, kan skræmme en ellers motiveret person over i bunken med ”fracfald”.

For at ansætte de personer, som gerne vil hjælpe andre mennesker, have mange jobmuligheder og derfor bliver sygeplejersker, kunne man tidligere se afdelinger og kommuner søge en robust sygeplejerske, altså en person som ikke så nemt bliver væltet omkuld. Men ordet robust blev lagt for had. Det er vel i orden at være følsom og måske endda sart, det skal arbejdsmiljøet kunne bære.

Men er det nu så galt at være robust? Næh, det er det ikke. Man skal kunne tåle mødet med de grimme sider af livet. Mennesker, som ikke er på toppen. Lugte, død og afsked. Men mødet kan være skrækindjagende, hvis livet kun har budt på redigerede kroppe, hvide tænder og en familie, som i al stilhed har sorteret de ældste fra til påskefrokosten og de varme hveder.

Jeg vil gerne slå et slag for, at den snævre, velkendte boble bliver punkteret, og gamle inkluderes i familien, så aldrig og almindeligt forfald ikke overrasker med en styrke, der får studerende til at vende om på hælen godt inde i sygeplejestudiet.

Jeg vover at sige, at der er brug for robuste studerende. ☉

Mundtørhed?

Betyder pH noget?

Ja! - En pH på 5,5 eller derover er vigtig for at undgå syreskader på tandemaljen

Kilde: Sven Niklander et al., Journal of Oral Science, Vol.60, No 2, 278-284, 2018

Hali-X® sugetablet har en pH på 5,5 og afhjælper mundtørhed

- Syrlige bolcher og drops kan have pH under 5,5
- Derfor er Hali-X® sugetablet et godt alternativ
- Stimulerer spytsekretionen
- Sukkerfri med xylitol

Fås på apoteket og apoteks-webbutikker

Dårlig ånde?
Prøv også Hali-Z®

www.halicare.dk



Deltag i ICN's virtuelle kongres i november



ICN-kongressen er verdens største sygeplejebegivenhed, der samler sygeplejersker fra hele verden. Her mødes sygeplejersker for at udveksle viden og hente inspiration til udvikling af sygeplejen.

"Nursing Around the World" er temaet for ICN-kongressen, der finder sted fra den 2.-4. november 2021 og på grund af pandemien afholdes virtuelt.

Kongressen sætter fokus på, hvordan sygeplejersker fra hele verden kan bidrage til at sikre sundhed for alle.

Du kan stadig nå at melde dig til ICN-kongressen, hvor der frem til den 9. juni er Early bird-rabat.

Læs mere her:
dsr.dk > Menu > Om DSR > ICN 2021

ANNONCE

Triologen 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.

Tandbørstning kan forebygge alvorlig sygdom

Utilstrækkelig mundhygiejne øger risikoen for hospitalserhvervede infektioner, der kan forebygges ved simpel tandbørstning. Risiko for infektioner efter operation kan halveres.



ANITA TRACEY. Sygeplejerske uddannet i 1984. Har arbejdet i 28 år på Hjerter-lungekirurgisk afdeling på Aalborg Universitetshospital og arbejder nu som kvalitetskonsulent i afdelingen for Kvalitet og Sammenhæng. Blev Master i Klinisk Sygepleje i 2012, hvor hendes interesse for betydningen af mundhygiejne startede. Holder jævnligt oplæg for hospitalspersonale om mundhygiejne.



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



PREBEN ULRICH PEDERSEN. Sygeplejerske og professor på klinisk institut og Center for Kliniske Retningslinjer på Aalborg Universitetshospital. Forsker i områder, der er fundamentale for sundhed og velvære herunder betydningen af mundhygiejne. Er hovedforfatter på ny klinisk retningslinje: 'National klinisk retningslinje for perioperativ mundhygiejne til forebyggelse af postoperative infektioner'.

D Sygeplejerske og Master i Klinisk Sygepleje Anita Tracey gik ind på stuen til en ældre kvindelig patient, som den foregående nat blev indlagt med besværet respiration og feber. Patienten, som havde KOL, fik inhalationsmedicin og havde behov for ilttilskud.

”Den ældre kvinde ville gerne have børstet tænder efter morgenmaden men virkede træt og dyspnøisk og gav udtryk for, at hun ikke havde energi til det. Derfor tilbød jeg at assistere med tandbørstningen, fordi hun netop er en af de patienter, som er i risiko for at få en tilstødende infektion under indlæggelsen pga. hendes alder samt det, at hun har KOL og får ilttilskud,” forklarer Anita Tracey.

Og netop det med tandbørstningen og risiko for infektioner har optaget Anita Tracey siden, hun i 2012 blev færdig med sin masteruddannelse i Klinisk Sygepleje. Her fik hun øjnene op for, at mundhygiejne har større betydning, end mange lige forestiller sig.

I sit tidligere arbejde på Hjerter-lungekirurgisk afdeling på Aalborg Universitetshospital arbejdede hun med at udbrede kendskabet til betydningen af mundhygiejne.

”De fleste er med på, at tandbørstning er vigtigt for patientens velvære – her kan vi bare selv tænke på, hvordan vi har det, hvis ikke vi har fået børstet tænder – men de færreste er nok klar over, at mundhygiejne også har betydning i forhold til at forebygge alvorlig sygdom under indlæggelse,” forklarer hun.

”Tandbørstning er nemlig uovertruffen i forhold til at fjerne biofilm og plak, der er reservoir for bakterier og andre mikroorganismer,” siger Anita Tracey.

Indgangsport for bakterier

Den ældre kvindelige patient var kommet afsted hjemmefra uden en tandbørste, så Anita Tracey fandt en almindelig tandbørste til hende i depotet. Mens de i fællesskab ordnede patientens tænder, forklarede Anita Tracey kvinden, hvorfor det er særligt vigtigt, at hun holder sine tænder rene.

”Jeg forklarede, at god mundhygiejne, hvor hun børster tænder to gange om dagen både derhjemme og under indlæggelsen, virker forebyggende på, at hun kan blive alvorligt syg med infektioner fra bakterier i mundhulen,” siger hun og fortsætter:

”Især fordi hun får inhalationsmedicin og ilt gennem næsen, der kan udtørre slimhinderne i næse og svælg. Jeg forklarede, at tørre slimhinder kan revne og være indgangsport for bakterier til resten af kroppen og på den måde medføre infektion i lungerne.”

Kort fortalt handler det om at reducere mængden af sygdomsfremkaldende bakterier i munden.

”Munden er indgangsport til kroppen og er samtidig et reservoir for både nyttige og sygdomsfremkaldende bakterier. Hvis ikke vi sørger for at holde munden ren, øges koloniseringen af bakterier i mundhulen, og de kan f.eks. ende med at blive ført

ned i luftvejene og forårsage lungebetændelse,” forklarer Anita Tracey.

Som at skifte en forbindelse

Ligesom Anita Tracey har professor Preben Ulrich Pedersen fra Klinisk Institut og Center for Kliniske Retningslinjer på Aalborg Universitetshospital i årevis været optaget af mundhygiejnens betydning for patienters infektionsrisiko. Han er hovedforfatter på en ny national klinisk retningslinje om perioperativ mundhygiejne (1).

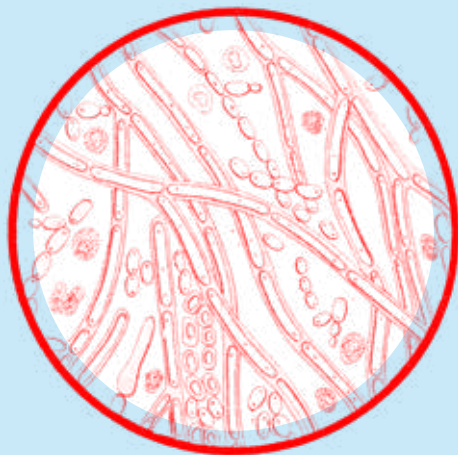
Preben Ulrich Pedersen forklarer om mundhygiejnens betydning for infektionsrisikoen:

”Når patienter har opholdt sig i et døgn på et sygehus, er deres mundhule koloniseret af patogene bakterier, som de ikke havde i mundhulen, før de blev indlagt (2). Nogle af de bakterier er tilmed resistente over for antibiotika. Her ved vi, at en reduktion af patogene bakterier i mundhulen reducerer risikoen for at udvikle luftvejsinfektioner (1).”

Derfor burde god mundhygiejne ifølge Preben Ulrich Pedersen være en helt naturlig del af sygeplejerskens arbejde.

”En naturlig og vigtig del af en sygeplejerskes arbejde er at forebygge potentielle problemer – det kan være at forebygge tryksår ved at vende og lejre patienterne, at forebygge underernæring ved ernæringscreening eller blodpropper ved mobilisering. Ligesom at forebygge infektioner herunder at sørge for en god mundhygiejne,” siger han og fortsætter:

”Patientens mundhygiejne burde være en lige så naturlig del af sygeplejerskens arbejde som at skifte



[VIDSTE DU]

Nosokomielle infektioner i form af luftvejs-, sår- og urinvejsinfektioner er fortsat almindeligt forekommende komplikationer til kirurgiske indgreb og hospitalsindlæggelser og er signifikant medvirkende til patienters morbiditet og mortalitet (1).

MUNDHYGIEJNE OG INFEKTION

- Vi har 700 forskellige bakterier i mundhulen, hvoraf 400 findes i tandgummeerne.
- Systematisk mundhygiejne efter hvert måltid reducerer antallet af bakterier i mundhulen og nedsætter risiko for infektion.
- Faste fører til mundtørhed, øger kolonisering af bakterier i munden og dermed risikoen for infektion (8).
- Udtørrede, revnede slimhinder i munden pga. dehydrering, iltbehandling, kroniske sygdomme eller medicinske præparater kan være indgangsport for bakterier til resten af kroppen.
- Patogene bakterier i mundhulen er formodentlig en medvirkende risikofaktor for udvikling af luftvejsinfektioner.

Kilde: (5)

forbinding på et sår. Tankegangen er den samme – i begge tilfælde har vi fokus på, hvordan vi forebygger, at der kommer skadelige bakterier og andre mikroorganismer ind i patientens krop, som kan øge risikoen for, at patienten udvikler infektioner. En sygeplejerske ville jo aldrig sjuske med en forbindelse.”

Mundhygiejne halverer risiko

Når Preben Ulrich Pedersen forklarer, hvilke infektionssygdomme mundhygiejne mere præcist forebygger, skelner han mellem infektioner opstået efter planlagte operationer og mere generelt de infektioner, der kan opstå blandt indlagte på hospitaler eller boere på plejehjem.

”Vi ved, at systematisk mundhygiejne forud for en operation kan reducere risikoen for at udvikle postoperative infektioner med 45-65 pct. samt reducere risikoen for lungebetændelse med 45 pct. og for dybe sårinfektioner med 65 pct. (1). Overordnet set svarer det til en omtrentlig halvering af risikoen for infektioner,” siger han.

”Hertil kommer, at de patienter, som får en infektion efter f.eks. en hjerteoperation, er indlagt to dage længere end dem, der ikke får en infektion (3). Og at 8 pct. af dem, der udvikler lungebetændelse efter

[VIDSTE DU]

Systematisk mundhygiejne kan nedsætte behov for antibiotikabehandling efter operation

I et studie udført på Aalborg Universitetshospital havde færre patienter (n=36) brug for antibiotikabehandling efter en elektiv åben hjerteroperation, når de havde **deltaget i et program med systematisk mundhygiejne**, sammenlignet med en kontrolgruppe (n=64).

Deltagerne blev bedt om fire gange dagligt at **børste tænder** samt **skylle mund** med 10 ml klorhexidin gluconate 0,12 pct. i 30 sekunder. **87 pct. af patienterne** angav, at de havde fulgt anbefalingen om systematisk mundhygiejne.

Kilde: (3)

en hjerte-kar-operation, dør af det (4). Så mundhygiejne kan have stor betydning for patientsikkerheden, og det kan være omkostningstungt for samfundet ikke at prioritere mundhygiejne i sygeplejen,” tilføjer Preben Ulrich Pedersen.

”Samtidig viser studier, at daglig tandbørstning nedsætter forekomsten af lungebetændelse og dødelighed på grund af lungebetændelse hos beboere på plejehjem og patienter indlagt på hospital, (5,6). Her viser studier, at god mundhygiejne kan forebygge omkring hvert tiende tilfælde af dødelig lungebetændelse hos svage ældre (7), og at cirka 500 indlæggelser hvert år kan undgås ved bedre mundhygiejne på hospitaler og i primærsektoren,” siger han.

Via luftveje og blodbanen

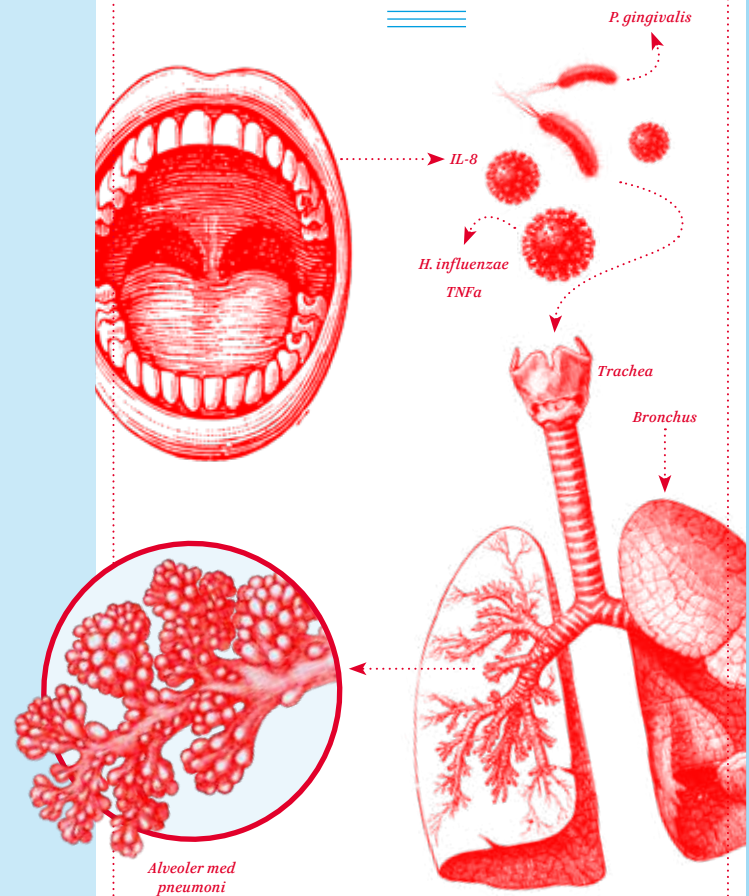
Hvordan potentielt patogene bakterier fra mundhulen kan blive ført videre til andre steder i kroppen, forklarer Preben Ulrich Pedersen her. Det kan ske via flere veje, fordi bakterierne både kan spredes til luftvejene fra mundhulen og til blodet.

”Det kan f.eks. være ved indånding af mikroorganismer fra luften eller via revner og sprækker i mundhulen, hvor bakterier og andre mikroorganismer kan gå i blodbanen. I forbindelse med operation er der desuden risiko for, at spyt fra munden kommer ned i luftvejene især i den første time efter anæstesi, hvor synkerefleksken endnu ikke er genetableret (1). Intubering eller fejlsynkning i forbindelse med operation kan også føre mikroorganismer fra mundhulen ned i luftvejene,” forklarer Preben Ulrich Pedersen.

Endelig kan utilstrækkelig mundhygiejne føre til dårlig mund- og tandstatus, hvilket kan give smerter og gøre det svært at spise.

”Mundtørhed kan skabe problemer med at spise og synke maden og give en øget risiko for caries og tandtab. Studier har vist en direkte sammenhæng mellem tandløshed, underernæring og dødelighed blandt ældre indlagte patienter (5),” siger han. ●

OPSUMMERING



- Mundhulen er **reservoir for sygdomsfremkaldende mikroorganismer**, der kan blive ført ned i luftvejene eller gå i blodbanen og forårsage infektion. Mundhygiejne med tandbørstning to gange om dagen kan **forebygge infektion** fra mundhulen.
- En **naturlig del af sygeplejerskens arbejde** er at forebygge infektioner – herunder at sørge for en god mundhygiejne. Systematisk mundhygiejne forud for en operation kan **reducere risikoen for postoperative infektioner** med 45-65 pct., lungebetændelse med 45 pct. og dybe sårinfektioner med 65 pct. Studier peger på, at omkring **10 pct. af dødsfald** pga. luftvejssygdomme i primærsektor kunne være forebygget med god mundhygiejne.

ANBEFALING

Vær opmærksom på at tilbyde hjælp til tandbørstning to gange dagligt til de patienter eller borgere, der er i risiko for tilstødende infektion og som har behov for hjælp til egenomsorg.

Ikke nok fokus på mundhygiejne

I sundhedsvæsenet mangler der fokus på mundhygiejne på trods af stærk evidens for den forebyggende effekt.

Preben Ulrich Pedersen og Anita Tracey siger samstemmende, at der ikke alle steder er fokus på mundhygiejne på hverken hospitaler eller i primærsektoren.

På hospitalerne er fokus i dag på en effektiv og kort indlæggelsestid, hvilket giver god mening, fordi det i sidste ende er til gavn for patienterne, forklarer de. Men det kan medføre, at fokus rettes mod den medicinske behandling fremfor de mere fundamentale behov hos patienterne.

”Sygeplejerskerne selv giver udtryk for, at der kunne være mere fokus på mundhygiejne og betydningen af mundhygiejne for patientsundheden. Vi ved også fra undersøgelser, at når sygeplejersker bliver pressede på tid, fravælger de sygeplejeaktiviteter, som omhandler fundamentale behov hos patienterne, f.eks. bad, tandbørstning, ernæring og forebyggelse af forstoppelse (9,5), siger Anita Tracey.

Og netop det tyder ifølge Preben Ulrich Pedersen på, at det manglende fokus på mundhygiejne især skyldes en manglende viden blandt personalet om, hvor vigtigt mundhygiejne kan være for patientsundheden og -sikkerheden.

”Udenlandske undersøgelser viser, at viden blandt sundhedspersonale om behovet for øget opmærksomhed på mundhygiejne er mangelfuld (10), og at det til dels kan stamme fra en manglende prioritering af mundhygiejne i de studerendes curriculum på grunduddannelsen til sygeplejerske (11). Desuden mangler personalet generel viden om, hvordan den aktuelle mundstatus og mundhygiejne påvirker et sygdomsforløb (12),” siger han.

”Mundhygiejne er i mange tilfælde simpelt og banalt at udføre og bliver måske af den grund ikke opfattet som en vigtig del af sygeplejen. Men det har rent faktisk en meget stor betydning og handler jo ikke ”bare om at børste tænder” men om at foretage en relevant vurdering af, hvordan mundhygiejne har indflydelse på patienternes aktuelle sygdomsforløb,” siger Preben Ulrich Pedersen.

Sygeplejersker efterlyser viden

Anita Tracey har holdt oplæg om mundhygiejne for hospitalspersonale rundt omkring i landet, og her oplever hun en stor interesse og efterspørgsel fra sygeplejerskerne på mere viden om mundhygiejne,

og hvordan mundhygiejne forebygger infektioner hos patienterne.

”Jeg oplever en stor interesse og vilje fra sygeplejerskerne, der gerne vil klædes på til at kunne sætte fokus på mundhygiejne hos de patienter, der har behov for assistance til mundhygiejne og behov for en større viden om mundhygiejne. De efterlyser også viden om, hvilke redskaber der er nødvendige for at udføre god mundhygiejne,” forklarer hun.

”Mundhygiejne er en måde at inddrage patienterne i personlig hygiejne og egenomsorg, og det tager måske fem minutter med den enkelte patient. Så med den viden, vi har i dag om betydningen af mundhygiejne, er det ikke svært som sygeplejerske at blive overbevist om, at vi er nødt til at have et større fokus på det,” siger Anita Tracey.

Mundhygiejne vigtigt i pandemien

Preben Ulrich Pedersen understreger, at det også især i en tid med en covid-19-pandemi er højaktuelt at forebygge luftvejsinfektioner som lungebetændelse ved hjælp af mundhygiejne.

”Vi ved, at covid-19patienter er i risiko for at udvikle svære lungeinfektioner, der både kan være dødelige og medføre blivende skader på lungerne. Derfor kan jeg slet ikke forstå, at der ikke har været mere fokus på mundhygiejne og på at forebygge lungebetændelser i forbindelse med covid-19-pandemien,” siger han og uddyber:

”Lungebetændelse er en almindelig komplikation til covid-19-infektion, og da vi ved, at mundhygiejne kan reducere forekomsten af lungebetændelse under indlæggelse (6), vil det kun være naturligt at have ekstra fokus på mundhygiejne hos indlagte patienter med covid-19 (13),” siger Preben Ulrich Pedersen.

Anita Tracey, som under pandemien har arbejdet på en covid-19-afdeling, er helt enig.

”Mange patienter indlagt med covid-19 har behov for ilttilskud. Det giver dem en øget risiko for at få udtørrede slimhinder, der kan revne og være årsag til infektion. Derfor har de behov for grundig mundhygiejne,” forklarer hun. ●



OPSUMMERING

- Fokus ved indlæggelser er på en effektiv og kort indlæggelsestid frem for **patienternes fundamentale behov**. Sundhedspersonale **mangler viden** om betydning af mundhygiejne, og når personalet har travlt, vælges sygeplejeaktiviteter som **bad og tandbørstning** fra.
- Der skal et **større fokus på mundhygiejne**. Her **efterlyser sygeplejerskerne** at blive klædt på til at kunne sætte fokus på mundhygiejne hos de patienter, som har behov, og de vil gerne vide mere om, **hvilke redskaber** der er nødvendige for at udføre god mundhygiejne.

ANBEFALING

Vær særligt opmærksom på **mundhygiejne hos covid-19-patienter**, da de er særligt udsatte for at udvikle lungebetændelse.



Viden om mundhygiejne skal med ind til patienterne

Infektioner kan forebygges gennem større opmærksomhed på patienter, som er i risiko for tilstødende komplikationer kombineret med hjælp og vejledning til god mundhygiejne. Patienter skal efterspørge hjælp til mundhygiejne.

◐ Allerede i 1960'erne skrev den amerikanske sygeplejerske Virginia Henderson om betydningen af mundhygiejne: "Det har betydning, at alle sygeplejersker kan give en effektiv mundpleje til de syge, da det kræver større fokus ved sygdom. Mundpleje skal udføres mindst to gange dagligt (14)."

"Derfor kan det undre, at der i dag mere end 50 år efter ikke er mere fokus på mundhygiejne i sundhedsvæsenet," siger Anita Tracey, der har arbejdet som klinisk sygeplejerske siden 1984 og ser mundhygiejne og viden om mundhygiejne som en helt naturlig og nødvendig del af en sygeplejerskes opgaver.

"Som sygeplejersker skal vi have en grundlæggende viden om, hvad god mundhygiejne betyder for patienterne, og den viden skal vi altid have med os i rygsækken hver eneste gang, vi går ind på stuen til en patient," siger hun og uddyber:

"Ligesom vi helt naturligt observerer udskillelser, eller om patienten har sår, skal vi være opmærksomme på de patienter, som er i særlig risiko for at få tilstødende komplikationer under indlæggelsen. Vi skal have fokus på forebyggelse og italesætte mundhygiejne hos patienterne og

samtidig hjælpe dem til en bedre mundhygiejne, der kan være med til at forebygge infektioner."

Spørg ind til tandbørstningen

Undersøgelser peger på, at omkring 70-90 pct. af patienter på danske medicinske eller geriatriske afdelinger eller patienter indlagt til rehabilitering har problemer relateret til mundhulen som f.eks. plakdannelse, beskadigede eller manglende tænder, mundtørhed eller ændret tungefarve (5).

Preben Ulrich Pedersen forklarer, hvilke patienter det er vigtigt at være særligt opmærksomme på i forhold til mundhygiejne, fordi de har størst risiko for at få infektioner, der stammer fra mundhulen:

"Det er især ældre og svækkede patienter og alle patienter med kroniske sygdomme (15) samt patienter, som får iltbehandling, ligger i respirator, har tandproteser eller får antidepressiv medicin (16). Sygdomme som hjerte-kar-sygdom og diabetes kan også forværres ved dårlig mundhygiejne," forklarer han.

Anita Tracey supplerer:

"Indlagte patienter i dag er ofte ældre og skrøbelige, og flere har behov for hjælp til mundhygiejne. Nogle af patienterne har behov for hjælp til egen-



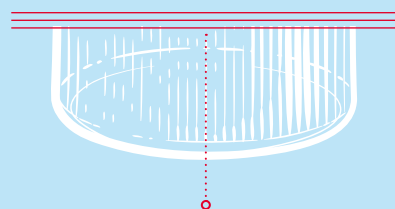
[MYTEDRAB]

Skal jeg skylle mund efter tandbørstning?

Svar: Nej, fordi flour er med til at styrke tænderne.

Kan jeg bruge danskvand til at rense tænderne med?

Svar: Nej, det kan medføre ætsninger af emaljen på tænderne, fordi danskvand har en lavere pH-værdi end mundhulen.



omsorg eller har ikke tilstrækkelig viden om, hvor vigtigt det er at børste tænder også under sygdom, og at det f.eks. er vigtigt at komme hele vejen rundt i munden.”

”Hertil kommer, at danske studier viser, at patienterne ikke vil ulejlige sygeplejerskerne med at spørge om hjælp til personlig hygiejne som f.eks. tandbørstning, fordi de ved, at sygeplejerskerne er pressede i deres arbejde (17). Det stiller krav til os sygeplejersker i forhold til at spørge ind til tandbørstningen hos de patienter, hvor det skønnes at være relevant,” siger Anita Tracey.

Preben Ulrich Pedersen understreger, at de fleste patienter gerne vil have hjælp til at opretholde en god mundhygiejne, hvis ikke de selv er i stand til det:

”De færreste vil sætte spørgsmålstegn ved, at mundhygiejne er vigtigt for den enkelte alene fordi, det giver livskvalitet og en følelse af velvære at få ordnet tænderne (5). Hvis du kigger på undersøgelser, hvor patienterne er blevet spurgt, hvad de finder vigtigst under indlæggelsen, er noget af det vigtigste for dem da også at få ordnet munden,” siger han.

Patienter vil selv gøre meget

Og netop patienterne selv er parate til at gøre meget for at forebygge, at de bliver alvorligt syge.

”Når patienterne får fortalt, hvor vigtigt tandbørstning er for at forebygge tilstødende infektioner under indlæggelsen eller forud for en operation, er de som regel meget motiverede for selv at gøre, hvad de kan,” siger Anita Tracey.

”Det så vi f.eks. i en undersøgelse, hvor vi kiggede på, om systematisk mundhygiejne forud for en

planlagt operation kunne forebygge postoperative infektioner. Her fulgte hele 87 pct. af patienterne på frivillig basis et program om systematisk mundhygiejne forud for operationen (3), forklarer hun.

Og her ligger en vigtig pointe.

”Som jeg ser det, er det ét af de elementer, vi bør bygge på i sygeplejen – nemlig hvad mennesker selv kan gøre for at komme bedre gennem et sygdomsforløb. Det gælder f.eks. også i forhold til at komme ud af sengen under indlæggelsen, så man ikke får blodpropper i benene af at ligge stille,” siger hun.

Ifølge Anita Tracey er patienter på hospitaler og beboere på f.eks. plejehjem en af nøglerne til den kulturændring, der er nødvendig i sundhedsvæsenet, hvis mundhygiejne skal på dagsordenen.

”Patienter og beboere skal have en forventning om, at på hospital eller plejehjem prioriterer man mundhygiejne. De skal kende til vigtigheden af



mundhygiejne og vide, at det er helt i orden at bede om at få børstet tænder, så de har en forventning om, at tandbørstning bliver prioriteret under en indlæggelse og på et plejehjem,” siger hun.

Ledelsen skal stå på mål

Og så er det nødvendigt, at ledelserne rundt omkring på hospitaler og i primærsektoren skal stå på mål for vigtigheden af at prioritere mundhygiejne, mener Preben Ulrich Pedersen.

”Hvis du som nyuddannet sygeplejerske på en afdeling f.eks. har lært om vigtigheden af mundhygiejne på uddannelsen, men oplever en manglende prioritering af det på din nye arbejdsplads, bliver det ikke automatisk en del af din sygepleje.

Her har vi brug for, at ledelsen står på mål for, at god mundhygiejne er vigtigt at prioritere, så det bliver en del af kulturen på arbejdspladsen,” siger Preben Ulrich Pedersen.

Brug for specialister

Plejepersonalet på plejehjem og i psykiatrien står dog overfor helt særlige problematikker, når de skal hjælpe beboere og patienter med mundhygiejnen. F.eks. viste et norsk studie på et plejehjem, at modstanden i forhold til at få udført mundhygiejne var udbredt blandt beboerne (18).

Her vurderer Preben Ulrich Pedersen, at almen viden om mundhygiejne ikke er tilstrækkelig.

”I dag lider en stor andel af beboere på plejehjem af demens. Vi ved, at demens er forbundet med dårlig mundsundhed, og at mennesker med demens har brug for hjælp til mundhygiejne (19). Derfor er der brug for specialistviden i forhold til, hvordan man tilgodeser specifikke mundhygiejnebehov hos personer med demens, også så det ikke føles som et overgreb, når tandbørsten kommer ind i munden,” siger Preben Ulrich Pedersen.

”Det samme er tilfældet inden for psykiatrien, hvor forskning peger på, at voksne med alvorlige sindslidelser som f.eks. skizofreni har en utilstrækkelig mundsundhed og oplever det som svært at opretholde en tilstrækkelig mundhygiejne (20,21),” siger han.

”Man kunne forestille sig, at tandplejere eller sygeplejersker med specialuddannelser kan tage sig af mundhygiejnen i primærsektoren

og i psykiatrien og også på intensivafdelinger, hvor mundhygiejne kan være mere komplekst. På samme måde som diætisterne, som også i starten var sygeplejersker med en specialuddannelse, inden faget fik en selvstændig uddannelse,” siger Preben Ulrich Pedersen. ●

- Læs mere om forskning i mundhygiejne og skizofreni: Kilde 21 og 22.
- Læs mere om Virginia Henderson og de 14 behovsområder: Kilde 23.

OPSUMMERING

- En større opmærksomhed på de patienter, som er i særlig risiko for at få **tilstedende komplikationer** under en indlæggelse skal forebygge hospitalserhvervede infektioner. Patienter i særlig risiko er især **ældre og svækkede patienter**, patienter med **kroniske sygdomme** og patienter, som får **iltbehandling**, ligger i **respirator**, har **tandproteser** eller får **antidepressiv medicin**.
- Patienter og beboere skal have en forventning om, at tandbørstning bliver prioriteret under indlæggelse og på et plejehjem, og her skal **ledelsen stå på mål for**, at mundhygiejne prioriteres.
- På **plejehjem**, hvor en stor andel af beboere lider af demens, og **inden for psykiatrien** er der brug for personale med **specialistviden** til at tage sig af mundhygiejnen.

Alle afdelinger skal have en instruks

Enhver afdeling på hospital eller plejehjem bør have en instruks for rutiner og vejledninger til mundhygiejne.

Den gode nyhed er, at det nytter at sætte fokus på mundhygiejne.

”Undersøgelser viser, at når man implementerer en instruks for god mundhygiejne og træner plejepersonalet i at udøve mundhygiejne på f.eks. et plejehjem, får beboerne en bedre mundsundhed med renere tænder og færre tandkødsblødninger (24),” siger Preben Ulrich Pedersen.

Med den nuværende evidens og kliniske retningslinjer på området står det ikke til diskussion, om de enkelte afdelinger skal have vejledninger og faste rutiner for mundhygiejne på hospitaler og i primærsektoren, understreger både Preben Ulrich Pedersen og Anita Tracey.

”En hospitalsafdeling eller en afdeling på et plejehjem kan med fordel udarbejde en instruks om mundhygiejne. anbefalinger fra en international ekspertgruppe (se Faktaboks) kan give god inspiration til relevante tiltag, der kan indgå i sådan en instruks,” siger Preben Ulrich Pedersen.

Anita Tracey supplerer:

”En instruks skal omfatte, at man kender proceduren for effektiv tandbørstning, rensning af tænder, protesepleje og mundtørhed. Man skal vide, hvordan man forebygger svampeinfektion og tandkødsbetændelse, samt hvilke redskaber man skal bruge til mundhygiejne. Og man skal vide, hvordan man forebygger postoperative infektioner.”

[FAKTA]

Anbefalinger fra INTERNATIONAL EKSPERTGRUPPE om politikker og instrukser til forebyggelse og fremme af mundhygiejne:

- Vurdering af mundhulens tilstand bør indgå i indledende vurdering.
- Tilbyd og gennemfør daglig mundhygiejne og rengøring af tandproteser.
- Undervis plejepersonale i at udføre daglig mundhygiejne.
- Gør relevante produkter til udførelse af mundhygiejne tilgængelige.
- Tilbyd diæt, der beskytter og understøtter oral sundhed af mundhulen.
- Tilbyd adgang til akutte og rutinemæssige undersøgelser af mund og tandstatus udført af fagpersoner (f.eks. tandplejer og tandlæger).
- Foretag regelmæssig vurdering af mundstatus ved anvendelse af validerede screeningsinstrumenter.

Kilde: (25)

TRIN-FOR-TRIN GUIDE TIL MUNDHYGIEJNE

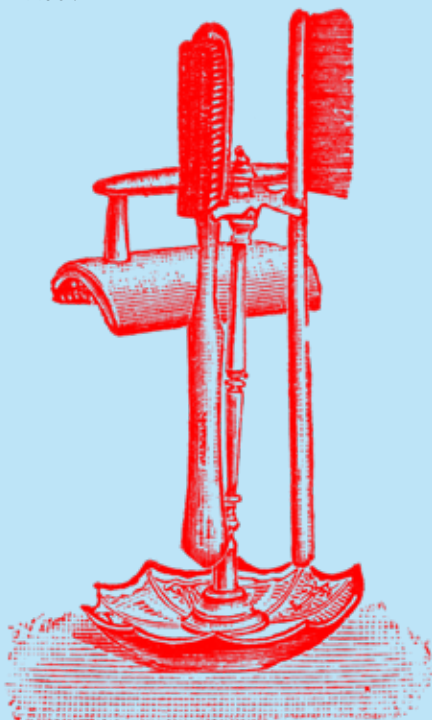
REDSKABER TIL MUNDHYGIEJNE

- Tandbørste (blød – ikke en-gangs)
- Interdentalbørste (ligner flaskerenser)
- Tandpasta
- Skumpinde
- Ren beholder til protese
- Til rengøring af protese: brusetabletter, blegemiddel, uparfumeret sæbe eller tandpasta med minimalt slibemiddel
- Isteringer, sukkerfrie drops, tyggegummi eller drikke til at modvirke mundtørhed
- Salivagel mod mundtørhed, eventuelt også kunstigt spyt.

BRUG CIRKELMETODEN TIL TANDBØRSTNING

Trin-for-trin guide til tandbørstning:

Børst tænder to gange dagligt med en blød tandbørste med flourholdig tandpasta (ca. 1 gram eller 2 cm). Undgå stoffet sodium-laurylsulfat i tandpasta ved sarte mundslimhinder.



- Lad patient eller borger sidde eller stå ved håndvasken. Alternativt kan patient eller borger sidde på sengekanten eller ligge i sengen med hovedgærdet eleveret.
- Vask hænder og påfør handsker.
- Brug en blød tandbørste med lille børstehoved og tandpasta med fluor og minimalt skummemiddel.
- Start med at børste ydersiden af tænderne, derefter indersiden af tænderne og slut af med tyggefladen.
- Brug cirkelmetoden, og hold tandbørsten vinkelret mod tændernes flade eventuelt let skrånende mod tandkødsranden.
- Udfør cirkulære bevægelser, mens børsten presses mod tænder og tandkød.
- Børst 4-10 sekunder, og gå så videre til næste tand.
- Den overskydende tandpasta spyttes ud.
- Hos patienter med dysfagi kan en tandbørste til sug anvendes for at fjerne overskydende tandpasta og vand i munden.
- Tandbørsten skylles ren under vand og placeres et sted, hvor børsten kan tørre.
- Tandbørster bør udskiftes, når børstehårene er slidte, bøjede eller spredte. Hvor ofte det er, afhænger af børsteteknik, men generelt bør en tandbørste udskiftes efter tre måneder.

RENS TÆNDERNE EFTER HVERT MÅLTID

Trin-for-trin guide til rensning mellem tænderne:

Rensning mellem tænderne, hvor madrester fjernes fra mellemrummene mellem tænderne, er et supplement til tandbørstning og er effektivt til at reducere plak og tandkødsbetændelse. Interdentalbørster er mere effektive end tandtråd og er lette at anvende. De er et godt alternativ til tandstikkere, fordi de er mindre skadelige for tandkødet.

Redskab: Interdentalbørste (formet som en lille flaskerenser)

- Før børsten ind i mellemrummet mellem tænderne og bevæg horisontalt frem og tilbage samtidig med, at fibrene presses let mod tandfladerne.
- Børst både fra forsiden og indersiden af tænderne.

- Rens gerne efter hvert måltid.
- Vær forsigtig med interdentalbørsten ved blødningstendens, da der er øget risiko for blødning forbundet med teknikken.

SÅDAN RENSER DU EN TANDPROTESE

Trin-for-trin guide til rensning af tandprotese:

Tandproteser skal på linje med tænderne holdes rene og fri for plak og tandsten.

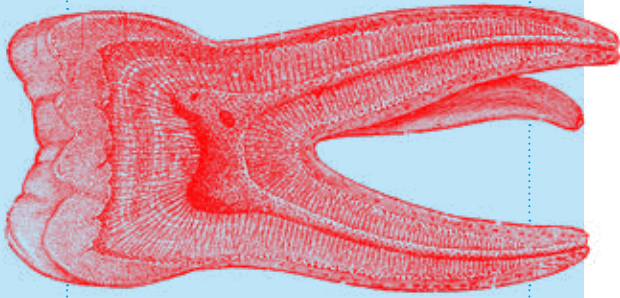
- Tag protesen ud af munden inden rensning.
- Protoser kan renses med:
 - **kemiske rengøringsmidler** (brusetabletter eller blegemidler)
 - **mekanisk** med protesebørste eller tandbørste og uparfumeret sæbe (hospitalets håndsæbe kan anvendes) eller tandpasta med minimalt slibemiddel for at undgå at ride protesen. Ridses kan gøre det lettere for plak at hobe sig op og kan resultere i misfarvning af protesen.
- Børst slimhinder og gummer med en blød børste eller rens med skumpinde.
- Protesen bør komme ud af munden om natten, da mundens slimhinder og gummer har brug for hvile og ilt. Det mindsker risikoen for svamp i mundhulen.
- Aftagelige protoser opbevares rene i en beholder med patient eller borgers navn og CPR-nummer.
- Protoser bør opbevares tørt, da de mikroorganismer, der findes på protesens biofilm, ikke kan overleve længere tids udtørring.
- Inden protesen kommer ind i munden igen, bør den fugtes med vand.
- Hvis der anvendes protesekesternemiddel, er det vigtigt at være opmærksom på, at et tykt lag er et godt medium for mikroorganismer.

MUNDTØRHED: HOLD MUNDEN FUGTIG

Mundtørhed (*xerostomia*) kan føre til væsentlige mundproblemer som dårlig ånde, plak, caries, sår og tandkødsbetændelse. Det kan forringe patienternes talefunktion og skabe problemer med at indtage og synke maden. De mest almindelige årsager til udvikling af mundtørhed er: alder, stress, medicin, dehydrering, strålebehandling af hals-hoved-regionen, kemoterapi og sygdomme som diabetes.

GODE RÅD

- Isteringer, sukkerfrie drops, sukkerfrit tyggegummi eller sukkerfrie drikke kan være med til regelmæssigt at tilføre munden fugt og modvirke mundtørhed.
- Skumpinde dyppet i vand eller saltvand kan rense munden og tilføre fugt.



- Kunstigt spyt kan anvendes i forbindelse med et måltid, hvor slimhinderne smøres, og maden derved er nemmere at tygge og synke.
- Smør gerne salivagel på slimhinderne før sengetid for at undgå udtørring over natten.
- Undgå tandpasta med skummiddel, og fjern overskydende tandpasta i munden efter tandbørstning, da det udtørre de i forvejen sarte slimhinder.

GRUNDIG TANDBØRSTNING AFHJÆLPER TANDKØDSBETÆNDELSE

Tandkødsbetændelse er en betændelse i tandkødet omkring tænderne, der kan forebygges ved hjælp af mundhygiejne. Den opstår, når der dannes plakbelægninger langs tandkødsranden. Hvis ikke tandkødsbetændelsen behandles, kan den brede sig til knoglen under tanden, og der kan udvikles paradentose.

GODE RÅD

- Grundig tandbørstning og eventuelt brug af interdentalbørster kan behandle og forebygge forværring.
- Ved at holde tænder og tandkød rent, forsvinder betændelsen hurtigt. Efter et par dage vil blødningen stoppe, og tandkødet vil blive mindre rødt og hævet.
- Vær opmærksom på at blive ved med at børste, selvom tandkødet bløder, da det er den eneste måde at fjerne de mikroorganismer, der er skyld i betændelsen.

KORT OM MUNDSÅR

Mundsår er et almindeligt problem, som kan opstå gentagne gange. Langt de fleste sår kræver ingen behandling og heler normalt inden for to uger. Hvis ikke mundsåret heler efter to uger, skal læge eller tandlæge kontaktes.

KORT OM SVAMP I MUNDEN

Svamp i munden er en infektion i mundhulens slimhinde med en gærsvamp fra *Candida*-arten, der kan forebygges ved god mundhygiejne og protesepleje. Ved mistanke og svamp i munden skal lægen kontaktes. Svamp behandles med antisvampemidler.

Referencer

1. Pedersen PU. National klinisk retningslinje for perioperativ mundhygiejne til forebyggelse af postoperative infektioner. *Danske Tandplejere* 2021.
2. Kazemian H, Bourbour S, Beheshti M, Bahador A. Oral Colonization by Nosocomial Pathogens During Hospitalization in Intensive Care Unit and Prevention Strategies. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2017 Oct 2;12(1):8-20.
3. Pedersen PU, Tracey A, Sindby JE, Bjerrum M. Preoperative oral hygiene recommendation before open-heart surgery: patients' adherence and reduction of infections: a quality improvement study. *BMJ Open Qual*. 2019 Apr 3;8(2):e000512.
4. De Santo LS, Bancione C, Santarpino G, Romano G, De Feo M, Scardone M, Galdieri N, Cotrufo M. Microbiologically documented nosocomial infections after cardiac surgery: an 18-month prospective tertiary care centre report. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2008 Apr;33(4):666-72.
5. Center for Kliniske retningslinjer. Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter. Aalborg Universitet 2016.
6. Ástvaldsdóttir Á, Boström AM, Davidson T, Gabre P, Gahnberg L, Sandborgh Englund G, Skott P, Ståhnacke K, Traanaeus S, Wilhelmsson H, Wårdh I, Östlund P, Nilsson M. Oral health and dental care of older persons-A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018 Dec;35(4):290-304.
7. Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(11):2124.
8. Tandlægeforeningen. Mundtørhed: <https://www.tandlaegeforeningen.dk/patienter/tandsygdomme-gener-og-behandlinger/l-o/mundtoerhed/>. Besøgt d. 1. april 2021.
9. Holm-Petersen C, Asmussen M, Willemann M. DSI rapport: Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger. DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006.
10. Cianetti S, Anderini P, Pagano S, Eusebi P, Orso M, Salvato R, Lombardo G. Oral Health Knowledge Level of Nursing Staff Working in Semi-Intensive Heart Failure Units. *J Multidiscip Healthc*. 2020 Feb 12;13:165-73.
11. Bhaqat V, Hoang H, Crocombe LA, Goldberg LR. Incorporating oral health care education in undergraduate nursing curricula - a systematic review. *BMC Nurs*. 2020 Jul 14;19:66.
12. Shiraiishi A, Wakabayashi H, Yoshimura Y. Oral Management in Rehabilitation Medicine: Oral Frailty, Oral Sarcopenia, and Hospital-Associated Oral Problems. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(10):1094-99.
13. Sampson V, Kamona N, Sampson A. Could there be a link between oral hygiene and the severity of SARS-CoV-2 infections? *Br Dent J*. 2020 Jun;228(12):971-75.
14. Henderson VA. Sygeplejens grundlæggende principper. International Counsel of nurses. København: Munksgaard. 2004.
15. Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2017 Apr-Jun;11(2):72-80.
16. Kuo MW, Yeh SH, Chang HM, Teng PR. Effectiveness of oral health promotion program for persons with severe mental illness: a cluster randomized controlled study. *BMC Oral Health*. 2020 Oct 27;20(1):290.
17. Lomborg K, Bjørn A, Dahl R, Kirkeveid M. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *J Adv Nurs*. 2005 May;50(3):262-71.
18. Willumsen T, Karlens L, Naess R, Bjørntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*. 2012 Jun;29(2):e748-55.
19. Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, Hertogh CPM, Scherder EJA, Lobbezoo F. Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. *Clin Oral Investig*. 2018 Jan;22(1):93-108.
20. Villadsen DB, Sørensen MT. Oral health – a challenge in everyday life for people with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 2017;38(8):643-49.
21. Villadsen DB, Sørensen MT og Gildberg FA. Ser øjet mundens kvaler? *Klinisk Sygepleje* 01/2021(vol.35).
22. Villadsen DB, Sørensen MT. Mundhygiejne – en udfordring i et voksenliv med skizofreni. *Best Practice Nordic* 2019. <https://bpno.dk/artikler/mundhygiejne-en-udfordring-i-et-voksenliv-med-ski-zofreni/>
23. Harder I. Sygepleje ud fra grundlæggende behov. *Sygeplejersken* 2000;(44)20-27.
24. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci*. 2009 Oct;117(5):575-9.
25. Kossioni AE, Hajto-Bryk J, Maggi S, McKenna G, Petrovic M, Roller-Wirnsberger RE, Schimmel M, Tamulaitienė M, Vanobbergen J, Müller F. An Expert Opinion from the European College of Gerodontology and the European Geriatric Medicine Society: European Policy Recommendations on Oral Health in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2018 Mar;66(3):609-13.
26. Grønkjær LL og Nilsen N. Teori og praksis – mundhygiejne til indlagte patienter. *Sygeplejersken* 2015;(5):81-90.

Er sundhedsprofessionelle ledere rustet til at håndtere en pandemi?

Ledelse. En spørgeskemaundersøgelse viser, at lederuddannelse og erfaring er nødvendig, når en pandemi skal håndteres og styres effektivt i sundhedsvæsenet.



Hølge-Hazelton B, Kjerholt M, Rosted E, Thestrup Hansen S, Zacho Borre L & McCormack B. **Health Professional Frontline Leaders' Experiences During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study.**

Journal of Healthcare Leadership 2021; (13): 7-18. doi.org/10.2147/JHL.S287243

Introduktion. Svaret er overordnet set ja, men det kommer i høj grad an på, hvilken type leder det er. Er det en mellemlider, en leder uden formel videreuddannelse og/eller en leder med mindre end to års ledelseserfaring, bør organisationer fremover være særligt opmærksomme på at yde støtte til disse personer i krisesituationer som covid-19.

Metode. Ovenstående fund er genereret på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse, som er gennemført på Sjællands Universitetshospital blandt alle ledere med personaleansvar på kliniske og parakliniske afdelinger. Undersøgelsens formål er at generere viden til fremtidig ledelse under kriser og efter kriser på baggrund af de første fire ugers erfaringer fra ledere med personaleansvar under covid-19-pandemien 2020.

Undersøgelsens fund er baseret på et online spørgeskema udviklet specifikt af forskergruppen til hospital-sansatte frontline-ledere med personaleansvar.

Første del af spørgeskemaet omhandler deltagerens faglige baggrund, ledelsesniveau, antal års erfaring som leder, lederuddannelse og om deltageren havde personaleansvar. Derefter blev deltagerne bedt om at besvare 27 spørgsmål vedrørende deres oplevelse af covid-19-situationen inden for de første seks uger. De 27 spørgsmål er fordelt på fire domæner: 1) kommunikation, 2) koordinering og beslutningstagning, 3) samarbejde (internt og eksternt) og 4) bekymringer (inklusive værdier og holdninger).

I alt blev 160 ledere fra 18 kliniske og seks parakliniske afdelinger inviteret til at udfylde spørgeskemaet, og i alt 115 (72 pct.) gennemførte undersøgelsen.

Resultater. Undersøgelsen byder på mange interessante og anvendelige fund, som kan guide organisationer i håndtering af fremtidige krisesituationer på ledelsesniveau. Helt specifikt er det relevant at fremhæve følgende resultater:

Ledelsesniveau: Undersøgelsen fandt signifikante forskelle i spørgsmål vedrørende bekymringer i forhold til at arbejde i overensstemmelse med egne værdier og holdninger. Her svarede mellemliderne oftere end afdelingslederne, at de ikke var i stand til dette.

Lederuddannelse: Med hensyn til koordinering og beslutningstagning oplevede flere ledere med en formel lederuddannelse, at de havde de nødvendige ledelsesmæssige kompetencer til at håndtere situationen sammenlignet med ledere, som ikke havde en formel uddannelse.

Erfaringsniveau som leder: Lederne med mindre end to års erfaring svarede, at de aldrig eller næsten aldrig oplevede, at de havde de nødvendige kompetencer til effektivt at styre covid-19-situationen sammenlignet med ledere med mere end fem års erfaring.

Diskussion og konsekvenser for praksis. Om end flere af ovenstående resultater måske ikke er overraskende fund, er det dog resultater, som kærkomment belyser vigtigheden af lederes kompetencer særligt i krisetider og ikke mindst udpeger og prioriterer særlige indsatsområder. ©

Sasja Jul Håkonsen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d.
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Videncenter – Ressourcer & Innovation.

Fald i genindlæggelser ved overgangsinterventioner

Genindlæggelser. Forebyggelse er vejen frem, når en borger må retur til hospitalet. Det giver derfor god mening at undersøge, hvilke interventioner der er virksomme.



Rasmussen LF, Grode LB, Lange J, Barat I, Gregersen M.

Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. BMJ Open 2021;11:e040057. doi:10.1136/bmjopen-2020-040057

Introduktion. Hvad er effekten af interventioner i overgangen mellem hospital og patientens eget hjem målt på genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter?

Det spørgsmål har en forskergruppe fra Regionshospitalet Horsens, med Lisa Fønss Ramussen i front, sat sig for at undersøge i et systematisk review.

I Danmark genindlægges ca. 20 pct. af alle medicinske patienter på 65 år eller derover inden for 30 dage efter udskrivelsen fra hospitalet, hvorfor det synes rimeligt at undersøge, om interventioner i overgangen mellem hospital og patientens eget hjem kan være med til at forebygge genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter.

Metode. Det systematiske review følger stringent og systematisk kriterier for afrapportering og har gennemgået knap 2.000 hits for at nå frem til de 11 studier, som de har inkluderet i den endelige litteraturgennemgang. De 11 studier omfatter fem randomiserede, kontrollerede studier, fire ikke-randomiserede studier og to ”før og efter”-studier.

I alt blev 15 forskellige interventioner og 29 resultater identificeret og præsenteret.

De 15 forskellige interventioner inkluderer både interventioner før og efter udskrivelsen samt interventioner, der skal bygge bro i overgangen mellem hospital og primær sektor (transitional care interventions).

Interventioner som udskrivelsesplaner, fysisk træning, ernæringscreening, telefonisk og personlig overlevering af patientdata fra hospital til

primær sektor og hjemmebesøg er nogle af de interventioner, der er undersøgt og inkluderet i det systematiske review.

Resultater. 22 ud af de 29 resultater viste et fald i genindlæggelser blandt de personer, som modtog interventioner sammenlignet med de personer, som ikke modtog overgangsinterventioner. Den største forskel identificerede man ved interventioner med høj intensitet af minimum en måneds varighed målrettet patienter i høj risiko for genindlæggelse.

Diskussion. Om end kvaliteten af de inkluderede studier vurderes at være forbundet med høj risiko for bias, så konkluderes det i dette review, at interventioner, der er målrettet overgangen fra hospital til de ældre patienters eget hjem, kan reducere genindlæggelser.

Spændende og velgennemført review med brugbare resultater, som er en del af et ph.d.-studie, der bliver meget interessant at følge. ●

Sasja Jul Håkonsen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d., Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram Videncenter - Ressourcer & Innovation.

SAMTALER OM FREMTIDEN MED KOL SOM LED I EN PALLIATIV INDSATS TIL MENNESKER MED KOL

BAGGRUND. Studier viser, at borgere med svær KOL og deres pårørende gerne vil tale om fremtiden og den sidste tid. Men de oplever, at en sådan palliativ indsats er utilstrækkelig på trods af intentioner om en styrket indsats.

FORMÅL. At opnå konkret viden om forhåbninger og bekymringer for fremtiden og den sidste tid blandt borgere, som lever med svær KOL, og deres pårørende. Hvilke væsentlige elementer kan inddrages i den palliative indsats og i samtaler til borgere med KOL og deres pårørende?

METODE. Ti kvalitative individuelle semistrukturerede interviews med seks borgere med svær KOL og fire pårørende. Induktiv indholdsanalyse.

Lyt til borgere med svær KOL og deres pårørende



Palliation. Borgere med svær/meget svær KOL og deres pårørende har brug for at tale med sundhedsprofessionelle om hverdagsliv, sygdom og palliation, men de skal inviteres ind i samtalen af de professionelle.

RESULTATER. Der er formuleret tre kategorier, der beskriver aspekter af palliation relateret til KOL: "Skabe tryghed i uforudsigeligheden", "Italesætte skylden" og "Overkomme håbløsheden". Vi finder, at "Samtaler om fremtiden med KOL" kan omhandle utrygheden, uforudsigeligheden og skylden forbundet med KOL for at kunne opnå tryghed, lade skylden ligge og fokusere på håb og livsmod i hverdagen med KOL.

KONKLUSION. Studiets fund anviser forslag til elementer, der kan inddrages i den palliative indsats i hverdagen for at forbedre den kliniske praksis på hospitaler og i hjemmeplejen.

I

Introduktion

Artiklen har fokus på den palliative indsats til borgere med svær/meget svær KOL (se Boks 1) og deres pårørende gennem en undersøgelse af borgere og pårørendes oplevelser af hverdagen og

deres tanker om fremtiden og den sidste tid. Håbet er, at artiklen kan motivere til drøftelser af, hvordan palliation til borgere med KOL kan fremmes i praksis i kommunalt regi og på hospitaler på tværs af fag og i samarbejde med hospice, palliative team, hospitalspræster og trossamfund, der har viden og erfaring inden for området.

Ifølge WHO har den palliative indsats til formål "at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art" (1).

Ifølge Joshi m.fl., som har undersøgt KOLs indvirkning på livskvalitet, kan palliation øge livskvaliteten hos borgere, der lever med en stor sygdomsbyrde som følge af svær KOL (2), og flere studier indikerer, at det kan have afgørende betydning for livskvaliteten, at indsatsen indsættes tidligt i KOL sygdomsforløbet (3).

Maddocks m.fl. opsummerer fysiske og psykiske problemstillinger blandt personer med svær KOL, der kan afhjælpes gennem palliative indsatser, men konkluderer, at de færreste med svær KOL modtager palliation (3).

I Danmark vidner tal fra "Årsrapport 2018" fra Dansk Palliativ Database (4) om uligheden i adgangen til palliation, idet 95 pct. af den specialiserede palliative behandling gik til patienter med kræft, og 5

FORFATTERE



GITTE ANDSAGER SMORAWSKI

Sygeplejerske 2005, Esbjerg. Cand.scient.san. publ., SDU Esbjerg 2014. Lektor, Sygeplejerskeuddannelsen, UC Syd, Campus Esbjerg.

gasm@ucsyd.dk



MARIANNE REVENTLOV HUSTED

Sygeplejerske 2001. Cand.cur. Aarhus universitet 2006. Lektor, Sygeplejerskeuddannelsen, UC Syd, Campus Esbjerg.



LISBET VESTER-GAARD HANSEN

Sygeplejerske 1983, Esbjerg. Sundhedsplejerske 1996. Master i sundhedsantropologi, Aarhus Universitet 2009. Lektor, Ergoterapeutuddannelsen, UC Syd, Campus Esbjerg.



BODIL BJØRNS-HAVE NOE

Sygeplejerske 1986, Aarhus. Cand.scient.san., Aarhus Universitet 2002. Ph.d., Sektion for Social Medicin og Rehabilitering, Aarhus Universitet 2011. Lektor og forsker, Sygeplejerskeuddannelsen, UC Syd, Campus Esbjerg.

Tak: Tak til UC Syd Forskning og Udvikling for at støtte projektet økonomisk, og til sygeplejerskeuddannelsens studieleder for at bakke op om den praktiske gennemførelse af projektet og for opbakning til artikelskrivning. Tak til borgere og pårørende for deltagelse i undersøgelsen. Tak til Lungemedicinsk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus, og Varde Kommune for at støtte projektet og bidrage til kontakt til borgere med svær KOL og pårørende.

Interessekonflikter: Der er ingen interessekonflikter.

Boks 1. Fakta om KOL

Det anslås, at ca. 50.000 personer lever med svær eller meget svær KOL i Danmark.

KOL-sygdommens symptomer og prognose gør, at der med stigende sværhedsgrad af KOL opstår omfattende behov for hjælp og støtte til at klare hverdagen. Særligt den kroniske åndenød påvirker hverdagen blandt personer med KOL med social isolation, utryghed og angst til følge. Sygdommens karakteristika med pludselig opblussen og forværring, forstærker utrygheden og angsten, da forværringerne potentielt kan medføre død.

Kilde: Dansk Lungemedicinsk Selskab. Dansk KOL Vejledning [Internet]. København: Dansk Lungemedicinsk Selskab; 2017 [henvist 19. oktober 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-vejledning-2017/file.html>



pct. af mennesker med KOL blev tilbudt en terminalerklæring. Herudover er området præget af begrænset viden, bl.a. om hvordan borgere kan støttes med henblik på at lindre lidelser forbundet med KOL, samt hvordan mennesker med KOL gennemlever de omfattende symptomer, der følger med sygdommen (5).

Også pårørende kan opleve forskelligartede belastninger i forhold til fysisk helbred samt følelsesmæssige, sociale, relationelle og økonomiske dimensioner. De har således også behov for støtte til at klare de krav, der opstår i takt med, at sygdommen forværres, og den syge i stigende grad bliver afhængig af hjælp og støtte (5). Der savnes imidlertid yderligere forskning inden for dette emne i forhold til, hvordan pårørende til borgere med KOL kan støttes i at håndtere sygdommens stressfulde udfordringer.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2017 "Anbefalinger for den palliative indsats" (6) med det formål at støtte syge til en øget livskvalitet samt funktionsniveau. Af anbefalingerne fremgår det, at palliation bør iværksættes tidligt og varetages af et tværprofessionelt team, der tager udgangspunkt i en helhedstænkning og i borgerens præferencer. Sundhedsstyrelsens anbefalinger supplerer allerede eksisterende generiske og sygdomsspecifikke forløbsprogrammer (7,8), som sparsomt beskriver palliative indsatser.

En af Sundhedsstyrelsens anbefalinger er Advanced Care Planning (ACP), som i en dansk kontekst er samtaler om "Fælles Planlægning af Behandlingsmål" (FPB). Det initiativ er uddybet i en dansk klaringsrapport og konkretiseret i en dansk manual til sundhedsprofessionelle. Anbefalingen er, at der årligt afholdes FPB-samtaler i en klinisk rolig periode med behandlerteam, patient og pårørende for at give de bedst mulige forudsætninger for at yde

den rettidige palliative indsats. Omdrejningspunktet for FPB er borgerens og de pårørendes oplevelser af livet med KOL og at få italesat realistiske behandlingsmål og ønsker.

Et nyere dansk studie viser, at borgere med KOL gerne vil dele deres tanker og bekymringer omkring fremtiden, palliative behov, herunder hvordan de kan overkomme deres symptomer og øge deres livskvalitet (9, 10). Både pårørende og borgere med KOL oplever, at kontakt og kommunikation med sundhedspersonale er motiverende, anvisende og støttende, og at det bidrager til opretholdelse af håb (11), men at hverken borgere eller plejepersonalet tager initiativ til samtaler herom (9, 10). På trods af ønsket om kommunikation og en stigende opmærksomhed på palliation, gennemføres der sjældent samtaler med borgerne og de pårørende i det omfang, der er behov for (3, 10). Manglende kontinuitet (10) og tid til samtale (3,10) medvirker til, at palliation til KOL-borgere nedprioriteres. Herudover mangler plejepersonale i kommunen forståelse for og viden om palliation, hvilket forstærkes af den måde, pleje og omsorg er organiseret på (10).

Formålet med dette studie er gennem interview at undersøge borgere og pårørendes tanker om hverdagen med KOL, deres forhåbninger og bekymringer for fremtiden og den sidste tid. Viden herom forventes at kunne medvirke til at konkretisere, hvilke situationer der er behov for hjælp til at overkomme, og derfor hvilke elementer der kan inddrages i den palliative indsats og i samtaler med borgere med KOL og deres pårørende.

Tabel 1. Karakteristika, borger. n = 6

Nr.	Køn	Alder	Diagnosticeret	Civilstatus
1	Kvinde	70 år	1 ½ - 2 år siden	Gift
2	Mand	64 år	10 år siden	Gift
3	Kvinde	67 år	10 år siden	Gift
4	Mand	80 år	20 år siden	Enkemand
5	Kvinde	74 år	18 år siden	Gift
6	Mand	63 år	6 år siden	Fraskilt

Tabel 2. Karakteristika, pårørende. n = 4

Nr.	Køn	Pårørendes relation til borger med KOL
7	Kvinde	Samlever
8	Kvinde	Ægtefælle
9	Mand	Ægtefælle
10	Kvinde	Datter

M Metoder

Der er gennemført et kvalitativt interviewstudie i to dele.

Studiet består af individuelle interview med seks borgere med svær/meget svær KOL og fire pårørende samt fokusgruppinterview med repræsentanter fra det tværprofessionelle, tværsektorielle team omkring borgere med KOL (kommune, lungemedicinsk afdeling, hospice, hospitalspræst samt palliativt team). Denne artikel præsenterer fund fra de individuelle interview med borgere med KOL og pårørende.

Udvælgelse af deltagere

Udvælgelsen af borgere og pårørende er foretaget i samarbejde med to sygeplejersker fra henholdsvis kommunalt KOL-team og udgående funktion fra Lungemedicinsk afdeling. Borgere med svær/meget svær KOL og pårørende interesserede i at deltage blev fundet blandt personer, som i projektperioden havde kontakt til kommune eller udgående funktion.

Potentielle deltagere blev spurgt om tilladelse til at blive kontaktet af projektdeltagere mhp. yderligere information om projektet. Syv borgere og fem pårørende takkede ja til at blive kontaktet. Seks borgere og fire pårørende deltog i interview, se Tabel 1 og 2. De pårørende havde ingen relation til de interviewede borgere med KOL fraset en, som var gift med en af de interviewede borgere.

Interview

Interviewene blev gennemført i efteråret 2018 af forfatterne, og alle blev gennemført i interviewpersonens hjem fraset et enkelt. For at opnå dybere indsigt i, hvordan den palliative indsats kan målrettes, så borgere og pårørende oplever støtte og lindring i det palliative forløb, er der gennemført individuelle interview om borgere og pårørendes bekymringer og tanker om fremtiden, døden og den sidste tid. Interviewene er gennemført med udgangspunkt i to semistrukturerede interviewguides, se Tabel 3 og 4. De to guides er opbygget med åbne spørgsmål omkring det at leve med svær KOL, hvor det ene er formuleret til borgere og det andet er formuleret til pårørende. Interviewguiderne er struktureret ud fra temaerne "Hverdagen med KOL", "Fremtiden og den sidste tid" og "Hjælp og støtte i hverdagen med KOL". Temaerne fungerer som ramme for interviewene, og de åbne spørgsmål giver borgere og pårørende mulighed for frit at kunne tale om tanker, oplevelser og erfaringer.

Etik

Interviewene er gennemført indenfor rammerne af Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., og deltagerne afgav skriftligt samtykke. Interviewene er optaget digitalt og anonymiseret i transskriptionen, som blev foretaget i samarbejde med sygeplejestuderende ved UC Syd.

Analysemetode

Analysen er udført med udgangspunkt i induktiv indholdsanalyse. Metoden gør det muligt at bearbejde det synlige indhold i borgere og pårørendes udsagn på en systematisk måde for at opnå en dybere forståelse for, hvordan borgere og pårørende kan opleve støtte og lindring i det palliative forløb.

Først blev interviewene læst gentagne gange mhp. at opnå indgående kendskab til indholdet og blive fordybet heri. Herefter blev de kvalitative data organiseret ved at notere overskrifter og noter i tekstmaterialet (åben kodning), som beskriver alle aspekter af indholdet. Overskrifterne blev dernæst organiseret i koder indeholdende betydningsfulde enheder (udsagn), der beskriver kodernes indhold.

Tabel 3. Interviewguide borger

Emne/Tema	Spørgsmål
Præsentation/ Introduktion	Vil du fortælle lidt om dig selv? (Alder, interesse, helbredsopfattelse, diagnostidspunkt osv.)
Hverdagen med KOL	Vil du fortælle lidt om din hverdag med KOL? (Vaner, rutiner, håndtering af sygdommen, sygdommens indvirkning på hverdagen)
	Hvad er en god dag for dig? (Livskvalitet, indhold i hverdagen, glæder)
	Hvad gør dig trist eller bange/nervøs/bekymret?
Fremtiden og den sidste tid	Gør du dig tanker om fremtiden? (Forhåbninger, ønsker, døden, den sidste tid)
Hjælp og støtte i hverdagen med KOL	Hvordan tænker du, at du bedst kan få hjælp for at klare din hverdag med KOL bedst muligt? (Pårørendes rolle, nøglepersoner, behandlingstilbud og pleje)

Tabel 4. Interviewguide pårørende

Emne/Tema	Spørgsmål
Præsentation/ Introduktion	Vil du fortælle lidt om dig selv og din pårørende? (Alder, beskæftigelse, interesse, helbred, diagnostidspunkt for pårørende)
Hverdagen med KOL	<ul style="list-style-type: none"> Vil du fortælle lidt om din hverdag som pårørende til et menneske med KOL? (Sygdommens indvirkning på hverdagen, rutiner, vaner, håndtering af sygdommen) Oplever du, at KOL har påvirket jeres indbyrdes relation? (Roller, identitet) Vil du fortælle om, hvordan det er for dig at have en nærtstående med svær KOL? (Udfordringer, behov, deltagelse i sociale sammenhænge) Hvad er en god dag for dig? (Livskvalitet, indhold i hverdagen, glæder) Hvad gør dig trist eller bange/nervøs/bekymret? Hvad oplever du som det særlige ved at være pårørende til et menneske med KOL?
Fremtiden og den sidste tid	Gør du dig tanker om fremtiden? (Forhåbninger, ønsker, døden, den sidste tid)
Hjælp og støtte i hverdagen med KOL	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan tænker du, at I bedst kan få hjælp for at klare jeres hverdag med KOL bedst muligt? Hvad kunne du ønske dig af "systemet" (kommune, hospital, egen læge, andre/andet) for at du bedst kan klare din hverdag som pårørende til et menneske med KOL? (Kontakt med fagpersoner, oplevelser med sundhedsvæsenet, behov) Er der noget, der har overrasket dig i forhold til den pleje og behandling, I modtager? Er der ting, du tænker kan være anderledes, vil du fortælle lidt om det?





Koderne blev herefter samlet i kategorier ud fra en fortolkning af, hvilke koder der tilhører en bestemt kategori for at øge forståelsen og bidrage med viden om borgere og pårørendes palliative behov.

R

Resultater

Hverdagen med svær KOL indebærer for både borgere og pårørende, at døden er tæt på, og tanker om døden og bekymringer for fremtiden er en del af hverdagen. Informanterne fortæller, at de modtager

pleje og behandling og nævner overvejende instrumentel hjælp i form af inhalationer, hjemmeilt, pep-fløjter, opioider, nødknap o.l. Det opleves af informanterne som vigtige elementer i forhold til at lindre åndenød og føle sig tryk. Hverdagen er uforudsigelig, og der er en stor variation i, hvordan den forløber, og hvad der er luft og kræfter til. Det giver hverdage med usikkerhed og utryghed. Gennem den induktive indholdsanalyse er der formuleret tre kategorier: (i) Skabe tryghed i uforudsigeligheden, (ii) Italesætte skylden, (iii) Overkomme håbløsheden.

Skabe tryghed i uforudsigeligheden

Hverdagen for borgere og pårørende beskrives som fysisk og psykisk krævende. Åndenøden er fysisk opslidende og psykisk belastende, og sammen med en konstant trussel om akut forværring opstår tanker om døden, og hvornår og hvordan den vil indtræffe. Den psykiske dimension kan være vanskelig for den syge at sætte ord på:

”Den psykiske del er nok den sværeste, fordi det er enormt svært at oversætte til andre, hvad man (som syg) føler” (Informant 6).

Samme borger siger:

”Det har givet mig et stort ønske om, at jeg godt kunne tænke mig, at det personale, der er omkring en som mig, vidste lidt mere om, hvad der egentligt sker inde i, når du har svær KOL, fordi man hurtigt bliver misforstået.”

Det vilkår, at det er svært at fortælle, ”hvordan det er,” og at KOL er uforudsigelig, giver en utryghed, som er særligt belastende. At personalet er interesseret i at vide, hvordan det er at leve med den uforudsigelighed, der kendetegner KOL, beskrives i interviewene som betydningsfuld. Fundene viser, at en åben og interesseret tilgang kan hjælpe borgeren til at sætte ord på sin situation og give personalet indsigt og forståelse.

En borger beskriver dette sådan: ”Dét, de gør anderledes, det er, at de hører, hvordan jeg har det. Det er ikke sådan noget med, at de sidder og siger,

at jeg skal gøre sådan og sådan. De spørger mig om, hvordan jeg har det med min KOL” (Informant 5).

Informanterne peger på, at personalet kan øge trygheden og hjælpe borgeren med at overkomme det fysiske og det psykiske i forbindelse med åndenøden og uforudsigeligheden ved at erkende den enkeltes bekymringer og samtidig være opmuntrende.

En borger beskriver oplevelsen af at blive mødt i en svær situation: ”Jeg føler, at man bekymrer sig om min person, og det betyder virkelig meget, det gør det. I de her sommermåneder, hvor det er så slemt, der er det helt kanon” (Informant 6).

Det at kende personalet har betydning for trygheden og bidrager til, at borger og pårørende bedre kan overkomme de vanskelige situationer, der opstår i hverdagen. Modsat kan utrygheden øges i situationer, hvor de sundhedsprofessionelle ikke lykkes med at se eller møde borgerens behov.

F.eks. ”Jeg har et nødkald, ... men det har vi aldrig rigtig fået til at virke efter hensigten, når jeg kalder” (Informant 6).

Det har betydning for borgernes tryghed, at de kan stole på, at hjælpen er der, når der er behov for det. At der er en form for forudsigelighed i uforudsigeligheden.

For at overkomme utryghed og uforudsigelighed udvikler borgerne med KOL forskellige strategier. En fortæller, at han ”holder vejret,” (Informant 4), når han oplever åndenød for at få kontrol over vejrtrækningen og holder sine hjælpemidler (medicin, pepfløjte o.l.) indenfor rækkevidde:

”Hvis den (pepfløjten) er ude af syne, og jeg ikke lige kan få øje på den, så er det en paniksituation” (Informant 4).

En anden forklarer årsagen til at sove med ventilationsstøttende maske om natten:

”Og det er en sikkerhedsventil, det er det. Det kan jeg godt sige dig. Det håber jeg i hvert fald, det er ... jeg er ikke parat til at komme herfra” (Informant 5).

I forhold til at ”skabe tryghed i uforudsigeligheden” beskrives det psykiske aspekt ved sygdommen som særligt krævende. Selv om borgerne udvikler strategier til at opretholde kontrol og skabe tryghed, er der behov for sundhedsfaglig hjælp og støtte i hverdagen.

Italesætte skylden

Hverdagen med KOL er forbundet med skyld og skam, som bl.a. knytter sig til rygning, og flere af deltagerne er ikke lykkes med at stoppe med at ryge. At bære hele ansvaret for sygdommen opleves som svært og uretfærdigt. Deltagerne udtrykker et behov

for, at de sundhedsprofessionelle kender den enkeltes historie. De historier afspejler den enkeltes opfattelse af sygdommen og forskellige sammenhænge, herunder at genetik, opvækstvilkår og beskæftigelse også er medvirkende til udviklingen af KOL. Det understreges af beretninger om, at nogle rygere ikke får KOL.

”Ja, det er jo nok cigaretter, men alle mine svigerinder ryger, og jeg har mange svigerinder. Og min mand har røget. De fejler ingenting. Jeg kender mange, der ryger, men de fejler ingenting. Jeg må have de der gener” (Informant 3).

At sundhedspersonalet lytter til deres historie og rummer deres perspektiv har betydning.

Imidlertid oplever deltagerne, at skyld over at have fået KOL ofte bekræftes af omgivelserne herunder af personer i sundhedsvæsenet:

”Mange vil jo sige, at ”du kunne fandeme også bare lade være med at ryge”. Fordi det er den, man får stukket i masken hver eneste gang. ”Har du røget? Den får du med det samme” (Informant 2).

Deltagerne oplever, at skyld i egen sygdom resulterer i forskelsbehandling. Borgere og deres pårørende oplever at få tilbudt mindre eller ringere omsorg. En pårørende beskriver dette på følgende måde:

”Den er mere kølig, end hvis hun havde haft kræft - så nusser de. Det synes jeg ikke, de har gjort om mor. Det er lige som om ”Du er selv skyld i det. Du har røget i mange år” (Informant 10).

Yderligere ses skyldfølelsen relateret til afhængighed af pårørende og andre, samtidig med en følelse af taknemmelighed over, at de nære vil bære den byrde, den syge oplever at være.

”Det er ham, der tager det store slæb. Det må jeg sige. Og det er jeg så glad for. Han skulle have en guldmedalje, simpelthen. Og det har jeg det også dårligt med, at han skal. Om han lige må køre en tur, en voksen mand, det er da noget forfærdeligt noget at skulle spørge, synes jeg altså. Det er ikke rart” (Informant 3).

Samme borger beskriver:

”Jeg har min mand. Han er gået på efterløn for min skyld. Ellers så skulle jeg have været på plejehjem eller noget. Så det er jeg i hvert fald meget taknemmelig for”.

Fundene viser, at skyld er til stede, men ikke så ofte italesættes i det daglige, hverken af borger eller de sundhedsfaglige. Skylden er en tung byrde.

Overkomme håbløsheden

Borgerne frygter, at de kan dø i forbindelse med en forværring af KOL. Det er særligt, når åndenø-

den er slem, at forestillinger om kvælning og død opstår. Imidlertid er det et gennemgående træk, at tankerne ganske vist er der, men at deltagerne forsøger at skubbe dem væk, selvom de måske gerne vil tale om det.

”Der ingen grund til at sidde og bruge en hel masse tid på det. Folk, der heller ikke har prøvet noget tilsvarende, de kan heller ikke sætte sig ind i det, derved synes jeg, det er nemmest ikke at sidde og snakke om det” (Informant 1).

Der er en dobbelthed, som tyder på, at der på den ene side er et ønske om at tale om det svære ved at leve og dø med KOL, samtidig er der noget, der forhindrer, at den dialog initieres. At det er nemmest ikke at tale om emnet kan rumme flere aspekter som f.eks. fortrængning, hensynet til andre og erfaringen af, at ”folk” ikke forstår.

Rehabilitering udgør et håb i håbløsheden. Rehabiliteringsindsatser som f.eks. tilbud som ernæringsindsatser, gangtests og træningsprogrammer er meget værdifulde. Deltagerne ønsker rehabiliterende tilbud, der viser, at de ikke er opgivet. En borger fortæller, at ægtefælden har fået tildelt plejeorlov:

”Altså nu har (NN) fået orlov her en måned, fordi at jeg ikke har kunnet spise. Så skulle jeg tvangsfodres mere eller mindre. Så har (NN) fået lov at passe mig her i en måned, så det tager vi imod med kyshånd. Det har vi fået før også, men ikke så lang tid ... For jeg tabte mig alt for meget, og det er jo lige det modsatte, du skal, når du har KOL. Der skulle du gerne have en fornuftig, sund vægt, men det har jeg ikke mere, eller, den kommer stille og roligt igen” (Informant 2).

Fundene viser, at deltagerne ønsker, at rehabiliteringen ikke afsluttes, selvom hverdagen med KOL også fordrer palliation. Borgene og deres pårørende bevæger sig imellem rehabilitering og palliation og viser, at for dem er det et ”både og”.



Fund fra interview med borgere og pårørende om deres tanker om hverdagen med KOL, deres forhåbninger og bekymringer for fremtiden og den sidste tid, peger på en række elementer, der kan

inddrages i den palliative indsats.

Vi finder, at hverdagen med KOL er præget af uforudsigelighed, utryghed og angst. Det svarer til fund i en række studier, der bl.a. beskriver hvordan disse symptomer påvirker borgernes daglige liv (12,13). En metasyntese af Disler m.fl.



omhandlende erfaringer blandt mennesker med svær KOL viser, at utryghed og angst kan hænge sammen med utilstrækkelig indsigt i eller viden om sygdommen, herunder dens udvikling og fluktuierende forløb (14).

Disler m.fl. fremhæver forskellige mulige forklaringer herpå. F.eks. at sygdommen udvikler sig langsomt, at den enkelte over adskillige år vænner sig til symptomerne og anser dem for en ny normal tilstand. Dertil kommer en konflikt, idet mennesker med KOL på den ene side gerne vil have viden om sygdommen, modsat helst ikke vil vide så meget. Metasyntesen viser endvidere, at mennesker med KOL oplever, at der ikke bliver talt tilstrækkeligt om sygdommen, og mange fortryder, at de ikke har vidst mere om sygdommen tidligere (14).

Disler m.fl. peger i lighed med vores fund på, at palliation indebærer samtale om sygdommen og dens uforudsigelighed for at dæmpe utryghed og angst. Vores fund viser, at borgere med KOL udvikler forskellige strategier i hverdagen for at skabe tryghed og forudsigelighed. Nogle strategier kan tyde på en mangelfuld indsigt i og viden om sygdommen.

Ifølge Maddocks m.fl. (3) og Disler m.fl. (14) kan gentagne samtaler om sygdommen øge forståelsen og bidrage til øget tryghed og forudsigelighed samt bidrage til udvikling og fastholdelse af hensigtsmæssige strategier i hverdagens svære situationer.

Vores fund peger på, at når den enkelte er utryg, og hjælpen ikke er der eller sikkerhedsforanstaltningerne ikke fungerer, kan der udvikles uhensigtsmæssige strategier, der kan være koblet til en mangelfuld viden om sygdommen. En palliativ indsats indebærer derfor samtaler om hensigtsmæssige strategier til at klare de svære situationer, der opstår, og sætte ord på tanker og bekymringer, så hjælpen organiseres med udgangspunkt i den enkelte borgers perspektiv. Disler m.fl. foreslår, at personalet sammen med borger og pårørende aftaler ”kriseplaner” forstået som aftaler om, hvad den enkelte kan gøre, når utrygheden og angsten melder sig (14).

En del af hverdagen med KOL

Fundene viser, at oplevelsen af skyld og skam er en del af hverdagen med KOL. Skamfølelse er ifølge Ilkjaer tæt forbundet med selvstigmatisering (15), men vores fund viser, at sundhedsprofessionelle gennem deres attitude og bemærkninger kan bekræfte borgerens skyld og skam og dermed forstærke følelserne heraf.

Lignende fund er beskrevet i rapporten Palliativ indsats til KOL-patienter fra 2013 (5), og ifølge Halding m.fl. (16) kan stigmatisering ses i en sammenhæng med, at der i disse år er et øget fokus på ansvar for egen sundhed. Et fokus som kan medføre

skyld fra samfundet. Dermed ”forvises den syge fra de sundes verden”, hvilket kan hæmme den syges bestræbelser på at overkomme belastningerne fra egen bebrejdelse og skyld.

En forvisning kan have store konsekvenser for borgeren (15), øge negative følelser (3,16) og give den syge behov for at skjule og undskylde skylden (16). Vores fund viser i tråd hermed, at borgere med KOL og deres pårørende kæmper med skyld og forsøger at dæmpe den gennem deres forskellige forklaringer. Flere af de interviewede borgere oplever, at rygning kan være en støtte og strategi i panikagtige situationer. Men fortsat rygning kan ifølge Ilkjaer (15) medføre, at den syge oplever yderligere nederlag, som erfares som en ekstra byrde af skam og skyld. Herudover lever den syge med skylden over at være en byrde for pårørende (5), hvilket også ses i vores fund.

Fundene understreger vigtigheden af, at sundhedsprofessionelle er interesserede i hele historien gennem en åben og fordomsfri kommunikation og attitude. Det er en sundhedsfaglig opgave at modvirke enhver form for skadelig selvbebrejdelse (3), hvilket peger på, at palliation indebærer at tale om skyld for at komme overens med den og for at kunne lade den ligge.

Kort afstand til håbløshed

Håbet er til stede hos borgere med svær KOL, men afstanden til håbløshed er kort (15). Borgere og pårørende forsøger at overkomme håbløsheden ved at skubbe de mørke tanker væk, da det er lettest ikke at tale herom. Imidlertid viser interviewene, at deltagerne gerne vil tale om det svære, når de inviteres til det. Lignende fund findes i et andet dansk studie (9,10). De sundhedsprofessionelle kan sandsynligvis gøre en positiv forskel ved at være opmærksom på denne dobbelthed og tale om det, der er svært, uden at være bange for at tage håbet fra den enkelte (14).

Et centralt fund i relation til håb er, at rehabiliterende tilbud forstået som forskellige tiltag i form af fysisk træning, herunder diverse gangtests og andre funktionsevne-test, medicinoptimering, mestringsstrategier og indsats mod underernæring ses som betydningsfulde elementer i forhold til at bevare håbet. Lignende fund er beskrevet af Andersen m. fl, hvor interaktionen med sundhedsprofessionelle er beskrevet: at sprog medføre muligheder for at styrke/vedligeholde håb for fremtiden, men også at mangel på interaktion med sundhedsprofessionelle kan medføre nedsat tro på at få den rigtige hjælp og håbløshed (11).

Rehabilitering og palliation fungerer sammen, og der er overlap, idet begge indsatser er rettet mod symptomhåndtering og livskvalitet (3). Vi

finder, at sundhedsprofessionelles forståelse af og mulighed for at iværksætte rehabiliterende tilbud kan øge livsmod og er vigtige elementer sammen med palliation. Det støttes af, at rehabilitering kan opleves som værdifuld og givende også selv om de rehabiliterende tiltag ikke resulterer i målelige forbedringer (17).

Borgere og pårørendes historier viser deres individuelle forståelse af deres sygdom og deres livssituation, som peger på, at palliation involverer såvel fysiske instrumentelle aspekter, psykiske samt åndelige aspekter. Det er vigtigt, at sundhedsprofessionelle viser interesse for deres individuelle forståelse ved at turde spørge åbent og nænsomt og ved at lytte til "hele historien".

Borgere og pårørendes udsagn viser, at de i hverdagen med KOL har lært at forholde sig til de forandringer, der følger med sygdommen. Det er historier, der i Uffe Juul Jensens udlægning tager udgangspunkt i livserfaringer (18). Vores fund viser, at borgere og pårørende gennem deres udsagn viser, at de har en autoritet i form af at vide besked om deres ve og vel og om sammenhænge af betydning for deres liv. Derfor er det vigtigt, at de professionelle stiller sig åbne over for borgernes erfaringsbaserede indsigt og viden for at lykkes med at inddrage borgerne og pårørendes samlede situation og præferencer. At spørge åbent og fordomsfrit ind til tanker, forhåbninger og bekymringer kan være et sted at begynde den palliative indsats tidligt. Vores fund peger på, at det at lytte til hele historien kan være et konkret tiltag i palliation som en forudsætning for opnåelse af en fælles forståelse af borgernes samlede situation fysisk, psykisk, psykologisk, socialt og spirituelt. Netop det er hensigten med initiativet "Fælles Planlægning af Behandlingsmål".

Håndtering af angst og åndenød

Det at tale med borgerne og pårørende om at håndtere angsten, utrygheden og åndenøden er en vigtig del af initiativet FPB, hvor sundhedspersonalet ud fra en fælles forståelse kan planlægge behandling og pleje med udgangspunkt i både de sundhedsfaglige overvejelser og patientens ønsker og værdier. Vi finder, at palliation indebærer at tale om skyld for at komme overens med den og for at kunne lade den ligge. Det er vigtigt for at bevare håb, som kan bidrage til overskud, livsmod og en tro på fremtiden (15). I initiativet FPB er det også tanken, at borgeren og de pårørendes håb for fremtiden konkretiseres samtidig med, at det sandfærdige fokus på sygdommen fastholdes.

"Fælles Planlægning af Behandlingsmål" er et initiativ, som måske ikke er fuldt implementeret, selv om der findes beskrivelser og vejledninger i det konkrete indhold. Titlen "Fælles Planlægning

af Behandlingsmål" kan måske være en barriere, fordi den signalerer en biomedicinsk vinkel, som varetages af læger. Et lægefagligt perspektiv og en klar behandlingsplan er der naturligvis et stort behov for. Men hvis man også kunne indføre "Samtaler om fremtiden med KOL" vil det i højere grad kunne henviser til en tværfaglig, tværsektoriel indsats.

"Samtaler om fremtiden med KOL" kan som et led i rehabilitering og palliation foregå i alle faser af et KOL-forløb og bidrage til, at palliation fungerer sammen med rehabilitering og begynder tidligt i forløbet, som flere studier indikerer vigtigheden af (3). Videre, at "Samtaler om fremtiden med KOL" kan varetages af et tværfagligt team og vægte en bio-psyko-social forståelse af livet med KOL i tråd med definition af palliation og i tråd med definition af rehabilitering som en tværfaglig samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk, der baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger (19).

Vores fund viser, at "Samtaler om fremtiden med KOL" kan omhandle betydningen af utryghed, uforudsigelighed, skyld og håb. Implementering af den form for samtaler bør være mulige også i hjemmepleje regi, fordi det er hjemme, de svære situationer i hverdagen opstår, og det er hjælp i de situationer, der er et særligt behov for. Det forudsætter et fagligt kompetent personale hos borgere med KOL (3,10), og at samtaler om fremtiden prioriteres.

Styrker og begrænsninger i studiet

Udvælgelse af deltagerne foregik i samarbejde med kommunalt KOL-team og udgående funktion fra Lungemedicinsk afdeling. Det indebar, at deltagerne blev kontaktet af projektdeltager efter en forudgående kontakt med personale, de kendte. Det kan betyde, at potentielle informanter kan være fravalgt af lungemedicinsk afdeling eller hjemmeplejen. Modsat betyder det, at projektdeltagerne ikke har haft kendskab til deltagerne på forhånd.

Mht. gennemførelse af interview så er det at interviewe om tanker, forhåbninger og bekymringer for fremtiden og den sidste tid følsomt og personligt. Derfor blev interviewguiden udformet med fokus på åbne spørgsmål om det at leve med svær KOL for at give informanterne mulighed for selv at komme ind på sensitive emner, herunder at dø med KOL. Under interviewene har vi været opmærksomme på at spørge nænsomt ind til tanker om fremtiden for at give mulighed for, at deltagerne selv kunne komme ind på tanker om den sidste tid og døden som en del af fremtiden.

En begrænsning kan være, at alle fire forfattere har gennemført interview, da det kan indebære en lidt forskellig tilgang. Imidlertid er det en styrke, at





alle forfattere i fællesskab har udarbejdet og drøftet interviewguiden grundigt, ligesom alle har læst samtlige interview og drøftet analysen grundigt.

K

Konklusion

Borgere og pårørendes tanker om fremtiden og den sidste tid kaster lys over perspektiver på palliation. Vigtige aspekter i en palliativ indsats er at lytte til borgere og pårørendes

historier, fordi de viser, hvilke konkrete situationer i hverdagen, der er svære, og hvor der er behov for støtte. "Samtaler om fremtiden med KOL" ses som et palliativt tiltag, som adresserer den uforudsigelighed og utryghed, der kan være forbundet med KOL, og hvilke strategier den enkelte kan bruge. Endvidere kan samtalerne omhandle skyld og om at lade skylden ligge og i stedet fokusere på håb og livsmod. Dette kan medvirke til, at der kan iværksættes en rettidig palliativ indsats til borgere med KOL og deres pårørende. ©

Referencer

1. WHO. *National Cancer Control Programmes - policies and managerial guidelines 2nd. Ed.* [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [Henvist 05.02.2021]. Tilgængelig hos: [Cancer Back Matter.ind \(who.int\)](#)
2. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Symptom burden in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *Current opinion in pulmonary medicine.* 2012;18(2):97-103.
3. Maddocks M, Lovell N, Boot S, Man W, Higginson I. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*; 2017;390(10098) p.988-1002.
4. Dansk Palliativ Database, *Årsrapport 2018* [Internet]. København: DMCG-PAL; 2019 [henvist 21.4.2021]. Tilgængelig hos: Dansk Palliativ Database ([dmcgpal.dk](#))
5. Danmarks Lungeforening, Palliativt Videnscenter. *Palliativ indsats til KOL-patienter* [Internet]. København: Danmarks Lungeforening; 2013 [henvist 19. oktober 2020]. Tilgængelig hos: https://www.lunge.dk/sites/default/files/rapport_palliativ_indsats_til_kol-patienter.pdf
6. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for den palliative indsats* [Internet]. København S: Sundhedsstyrelsen; 2017 [Henvist 19. oktober 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/-/media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx>
7. Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL* [Internet]. København S: Sundhedsstyrelsen; 2017 [henvist 19.oktober 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/-/media/Udgivelser/2017/Anbefalinger-for-tv%C3%A6rsektorielle-forl%C3%B8b-for-mennesker-med-KOL.ashx>
8. Region Syddanmark og de syddanske kommuner, *Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL- samarbejde og kommunikation*, Vejle: Region Syddanmark, 2017
9. Mousing C, Timm H, Kirkevoed M, Lomborg K. Receiving home care and communicating about COPD-related concerns and palliative care. *Nordisk sygeplejeforskning*; 2018;8(02):107-21.
10. Mousing C, Timm H, Lomborg K, Kirkevoed M. Barriers to palliative care in people with chronic obstructive pulmonary disease in home care: A qualitative study of the perspective of professional caregivers. *J Clin Nurs.* 2018;27 (3-4):650-60.
11. Andersen IC, Thomsen TC, Bruun P, Bødtger U, Hounsgaard L. Between hope and hopelessness: COPD patients' and their family members' experiences of interacting with healthcare providers - a qualitative longitudinal study. *Scand J Caring Sci.* 2018;32(3):1197-1206.
12. Jarab A, Alefishat E, Mukattash T, Alzoubi K, Pinto S. Patients' perspective of the impact of COPD on quality of life: a focus group study for patients with COPD. *Int J Clin Pharm*; 2018;40(3):573-9.
13. Habraken J M, Pols J, Bindels P J E, Willems D L. The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*; 2008;58(557):844-9.
14. Disler R T, Green A, Luckett T, Newton P J, Inglis S, Currow D C, Davidson P M. Experience of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Metasynthesis of Qualitative Research. *Journal of Pain and Symptom Management*; 2012; 48(6):1182-99.
15. Ilkjaer I. *Ånde-nød - En undersøgelse af eksistentielle og åndelige fænomeners betydning for alvorligt syge patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse*. København: Det teologiske fakultet 2012.
16. Halding A, Heggdal K, Wahl A. Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individual living with COPD. *Scand J Carin Sci*; 2011;25:100-7.
17. Bjørnshave B, Korsgaard J, Jensen C, Nielsen CV. Pulmonary rehabilitation in clinical routine: a follow-up study. *J Rehabil Med.*;2013;45(9):916-23.
18. Jensen U. *Patientperspektivet i en sundhedspraksis under forandring. I: Patientperspektivet En kilde til viden*. Martinsen B, Norlyk A, Dreyer P (red. København: Munksgaard; 2012.
19. Marselisborgcentret, *Rehabiliteringsforum Danmark, Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. 2004 2. oplag (2011).

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

God mundhygiejne er vigtig for helbredet?



Anbefales af



Der er mange gode grunde til at passe godt på sine tænder. En sund og frisk mund er vigtig for både udseende og velvære. Samtidig viser forskning, at det også er godt for helbredet, da der er en sammenhæng mellem manglende tandbørstning og hjertekarsygdomme, diabetes og nedbrydning af immunforsvaret.

For 100% god mundhygiejne bruges en tandbørste og en mellemrumsbørste.

Vidste du at tandbørsten kun rengør tandfladerne i munden hvilket kun udgør 70% af mundhygiejnen. Derfor er det også vigtigt at bruge mellemrumsbørster, for her sidder der plak som ikke kan fjernes med tandbørsten.

Vælg den rigtige tandbørste

Effektiv forebyggelse starter med en god tandbørste til at børste plak væk fra overfladen og tandkødsranden. Jo blødere en tandbørste er, jo mere skånsom er den mod tandkød og tænder. Gener som isninger på grund af blottede tandhalse skyldes ofte en for hård tandbørste og forkert børsteteknik. For at undgå slibeskader er det også vigtigt at bruge den rette børsteteknik og ikke skrubber.

CURAPROX har specialiseret sig i at lave kvalitets mundhygiejne produkter.

Alt fra vugge til grav. Baby tandbørster, alm. tandbørster, ortho tandbørster, prote-se børster, tandpasta, mellemrumsbørster, mundskyl, el-tandbørster, produkter til mundtørhed m.m.

CURAPROX tandbørsten

er lavet med meget bløde og skånsomme børstehår i samarbejde med tandlæger og professorer i hele verden. Børstehårene på vores tandbørster er lavet af Curen® fibre. De er ultra tynde, kun 0,1 mm. Vores mest populære tandbørste har hele 5.460 børstehår. Den er utrolig blid, skånsom og effektiv. Alle vores tandbørster er nylon- og phthalatfri og bliver anbefalet af Danske Tandplejere.

CURAPROX mellemrumsbørster

Er lavet så de når helt ind i aproximalrummet og folder sig ud så de fylder hele mellemrummet og derved renser optimalt og fjerner alt plak.



Kontakt os på tlf. 70 26 81 70
Theilgaards Allé 5, 4600 Køge
www.curaprox.dk



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.



ANNEMARIE DENCKER

Cand.mag. i pædagogik og antropologi 1997, ph.d. i sundhedskommunikation 2018, systemisk narrativ supervisor 2009, uddannet i psykoterapi og forandringsprocesser 2019. Ansat i Kræftens Bekæmpelse 2003-19, Statens Institut for Folkesundhed 2019-21, siden februar 2021 i Det Nationale Sorgcenter.

ad@sorgcenter.dk



TINE TJØRNHØJ-THOMSEN

Mag.scient. 1989, ph.d. i antropologi 1999, forskningsadjunktvikar, adjunkt og senere lektor på Institut for Antropologi, Københavns Universitet 2000-2011, fra 2011 professor MSO på Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Fra 2017 professor i kvalitativ og etnografisk sundhedsforskning samme sted.



PIA VIVIAN PEDERSEN

Cand.scient. i sociologi 2006, ph.d. i sundhedsvidenskab 2013. Ansat på Statens Institut for Folkesundhed siden 2007.

Som du spørger, får du svar: Social ulighed i kommunikation om kræft

Bevidst kommunikation kan bidrage til at hjælpe de dårligst stillede borgere med at håndtere deres kræftsygdom.



RESUME

Patienter med kort uddannelse, lav indkomst og flere samtidige sygdomme, og som bor alene, klarer sig dårligere i alle faser af et kræftforløb sammenlignet med bedrestillede medborgere. To forhold bidrager til at vedligeholde og reproducere denne sociale ulighed i kræftbehandlingen: Patientens forberedelse og sundhedspersonalets kommunikation på patientens præmisser.

Sygeplejersker kan bidrage til at bryde denne sociale ulighed ved at undersøge patienters bevæggrunde samt egne

forestillinger om patienters behov. Sygeplejersken kan bl.a. anvende en række specifikke spørgsmål til formålet.

Denne konklusion på en undersøgelse blev opnået gennem observation af 104 konsultationer og interview med hhv. 15 sygeplejersker og 15 læger fordelt på tre kræftafdelinger. Formålet var, inspireret af begrebet "kulturel sundhedskapital", at undersøge, hvordan kommunikationen mellem sundhedspersonale, patient og pårørende påvirker social ulighed i kræft.

Det er velkendt, at patienter med kort uddannelse og lav indkomst, flere samtidige sygdomme, og som bor alene, klarer sig dårligere i alle faser af et kræftforløb end deres bedrestillede medborgere. De dårligst stillede får således oftere kræft, bliver diagnosticeret senere, klarer behandlingen dårligere og dør tidligere af deres kræftsygdom (1). Mens dette mønster er veldokumenteret gennem de sidste 10-15 år, ved man mindre om, hvilke mekanismer der er på spil i kommunikationen mellem sundhedspersonale, patienter og pårørende, som kan være med til at opretholde og reproducere den sociale ulighed.

I denne artikel stiller vi derfor skarpt på de mekanismer i kommunikationen mellem sundheds-

personale, patienter og pårørende, som kan være medvirkende til, at social ulighed vedligeholdes i dagligdagens kliniske møder. Spørgsmålet er, hvordan sygeplejersker kan opdage og gribe ind over for de mekanismer, der er på spil?

Fokus på to forhold

Tidligere undersøgelser af social ulighed i kommunikation mellem patient og sundhedspersonale har fokuseret på to forhold.

Det ene forhold fokuserer primært på patientens evne til at tilegne sig, forstå og handle på viden om sundhed, ofte betegnet som patientens "sundhedskompetence" (2). Her peger undersøgelser på, at

der er en sammenhæng mellem sociale faktorer såsom uddannelse, sambostatus, etnicitet og patienters evne til at fortolke og formidle symptomer, herunder deres evne til at kommunikere med sundhedspersonale og forstå budskaber om sundhed og sygdom (3).

Det andet forhold fokuserer hovedsagelig på sundhedspersonalets kulturelle kompetencer forstået som deres evne til at kommunikere med patienter uanset sociokulturel baggrund (4). Flere studier har vist, at sundhedspersonale er tilbøjelige til at agere på egne forestillinger om patienters ressourcer, når de skal afgøre, hvorvidt patienter vil have gavn af opfølgende behandling og rehabilitering (5).

Kommunikation og social ulighed

Mens ovennævnte tilgange primært fokuserer på enten patientens eller sundhedspersonalets kompetencer og praksis, har vi med udgangspunkt i Shims teori, se

Boks 1. Kulturel sundhedskapital

Vores undersøgelse og analyse er teoretisk inspireret af den amerikanske sundheds-sociolog Janet Shims begreb "Cultural Health Capital", på dansk "kulturel sundhedskapital". Kulturel sundhedskapital skal ifølge Shim forstås som det repertoire af kulturelle færdigheder, som både patienter og sundhedspersonale udtrykker verbalt og nonverbalt i form af holdninger, adfærd og måder at interagere på i konsultationen. Det er centralt, at nogle måder at kommunikere på resulterer i mere optimale kliniske interaktioner end andre. Det kan f.eks. dreje sig om at være proaktiv med hensyn til at opsøge viden, at have viden om sygdom og behandling, at kunne bruge medicinske begreber og at kunne gennemskue, hvilken viden der er relevant at fremlægge hvornår (6).

Boks 1, om kulturel sundhedskapital (6) valgt at undersøge: Hvordan kommunikationen mellem sundhedspersonale, patient og pårørende påvirker fastholdelsen og reproduktionen af social ulighed?

Vi har særligt fokuseret på udveksling af informationer, idet det er vist, at jo mere sundhedspersonalet ved om patienterne, jo mere præcist kan de handle på patientens situation (7). Samtidigt reduceres patienters angst og stress, jo mere de er involveret i deres behandling og forstår deres forløb (8).

Et kvalitativt studie

Førsteforfatter (AMD) gennemførte i perioden fra den 1. maj til den 31. oktober 2019 et kvalitativt studie bestående af observationer af 104 konsultationer og 30 interview (15 interview med sygeplejersker og 15 interview med læger) fordelt på tre kræftafdelinger for henholdsvis lungekræft (N=39 konsultationer), urologisk kræft (N=36 konsultationer) og modermærkekræft (N=38 konsultationer). AMD interviewede fem læger og fem sygeplejersker på hver afdeling.

Vi rekrutterede læger og sygeplejersker gennem lederne på de tre kræftafdelinger og tilstræbte en ligelig fordeling med hensyn til køn, alder og medicinsk specialisering. Læger og sygeplejersker blev mundtligt og skriftligt informeret om vores projekt og gav deres skriftlige samtykke til at blive observeret og interviewet, se Tabel 1.

Alle patienter og pårørende gav desuden skriftlig tilladelse til, at AMD måtte deltage i deres konsultation. Patienter og pårørende udfyldte i den forbindelse et spørgeskema, hvor de angav deres køn, alder, uddannelsesniveau, antal af børn og børnenes alder samt deres samlivsstatus, se Tabel 2.

AMD interviewede ikke patienterne og de pårørende, men deres dialoger med sundhedspersonalet indgik i observationerne. Der var pårørende til stede i 48 ud af de 104 konsultationer.

I interviewene undersøgte AMD sundhedspersonalets beslutninger og overvejelser i relation til konkrete situationer i deres daglige arbejde. Hun stillede f.eks. spørgsmål som "Hvilke overvejelser gjorde du dig, da du informerede patienten om x og y?", og "Hvilke tanker gør du dig om, hvad patienten havde forstået om sin sygdom og sin behandling?"

Ved at kombinere observationer og interview indfangede vi således både interaktive (processer og aktiviteter) og fortolkningsmæssige (perspektiver og betydninger) aspekter af, hvilke mekanismer der var på spil i mødet mellem sundhedspersonalet, patienter og pårørende (9). Feltnoter og interview blev grundigt gennemlæst, og vi foretog en tværgående kodning, som resulterede i en række overordnede temaer (10).

To forhold har betydning

Vores analyse viste, at følgende forhold har betydning for, hvordan informationsudvekslingen mellem sundhedspersonale, patienter og pårørende foregår:

Tabel 1. Baggrundsdata for læger og sygeplejersker (n = 30)

	Læger (n=15)	Sygeplejersker (n=15)
Køn		
Mænd	5	0
Kvinder	10	15
Alder	29-60 (gennemsnit: 42)	28-66 (gennemsnit: 45)
Antal års erfaring	2-32 (gennemsnit: 14)	1-44 (gennemsnit: 19)

1. Patientens forberedelse, herunder den pårørendes tilstedeværelse
2. Sundhedspersonalets kommunikation på patientens præmisser.

Patientens forberedelse satte rammen

Vi præsenterer her tre forskellige eksempler på informationsudveksling i konsultationer om kræft, som afspejler generelle tendenser i vores empiriske materiale. Hvert eksempel skal ses som et resultat af det samspil, som opstod i relationen mellem patienter, pårørende og sundhedspersonale, jævnfør Shims relationelle tilgang (6). I dette samspil fandt vi, at patientens forberedelse var med til at sætte rammen for interaktionen og kommunikationen i konsultationen, og at sundhedspersonalet i kraft af deres feedback til patienter og pårørende bidrog til, at informationsudvekslingen udspillede sig mere eller mindre styret af patienten og den pårørende.

Selvom det primært er lægen, som har dialogen med patienter og pårørende i nedenstående eksempler, er eksemplerne fortsat repræsentative for de problemstillinger, som både læger og sygeplejersker gav udtryk for i interviewene. Både læger og sygeplejersker beskrev således, at det var langt sværere at



...jo mere sundhedspersonalet ved om patienterne, jo mere præcist kan de handle på patientens situation ...

komme i dialog med de mere tavse patienter end med de patienter, som selv bidrog aktivt, og som havde en pårørende med til at supplere dem.

Den patientstyrede konsultation

I det første eksempel havde patienten forberedt sig detaljeret. Patienten havde en A4-blok foran sig med skemaer, notater og spørgsmål, som han selv havde sat op, se Illustration A. Blokken var fremme fra starten af konsultationen, og patienten indledte selv samtalen med lægen og gik slavisk frem efter sin liste med spørgsmål. Han stillede løbende uddybende spørgsmål og skrev stikord til lægens svar undervejs, som blev skrevet ned med farven rød, så det klart fremgik, hvad han selv havde skrevet, og hvad lægens svar var. Dialogen mellem læge og patient afspejlede patientens nuancerede tilgang, og patienten fik nuancerede forklaringer, der matchede hans spørgsmål, ligesom lægen fik grundig indsigt i patientens tanker om sin sygdom. Visse tal blev diskuteret frem og tilbage, og lægen viste også en graf på skærmen for at understrege sine pointer.

Den patient- og pårørendeinvolverende konsultation

I det andet eksempel havde en patient også en seddel med, men tog den først op af lommen et stykke inde i konsultationen, se Illustration B. Patientens seddel og spørgsmål var mindre detaljerede end i eksemplet ovenfor. I denne konsultation var det primært lægen, som styrede konsultationen, omend patientens og den pårørendes forberedelse også betød, at de stillede spørgsmål, som de havde forberedt på forhånd.

Tabel 2. Baggrundsdata for patienter og pårørende (n = 169)

	Patienter (n=104)	Pårørende (n=65)
Køn		
Mænd	60	21
Kvinder	44	44
Uddannelse		
Kort (7-13 år)	33	23
Mellem (14-16 år)	37	26
Lang (17+)	21	16
Alder		
<40	19	11
40-60	19	22
60-80	56	29
>80	10	3
Afdeling		
Lungekræft	30	24
Urologisk kræft	36	17
Modermærkekræft	38	24
Civil status		
Single	24	6
I et forhold	80	59
Mindst én pårørende med		
Ja	48	-
Nej	56	-
Pårørende		
Partner	-	44
Voksne børn	-	15
Forældre	-	2
Venner eller anden familie	-	4

Patienten var bl.a. interesseret i, hvor meget hun måtte motionere, hvad hendes nyretal var, og hvad der skete med knoglerne i hendes krop. Patienten skrev ikke notater i hendes krop. Patienten skrev ikke notater som førnævnte patient, men det gjorde patientens pårørende, se Illustration C.

Den pårørende skrev få oplysninger ned undervejs i konsultationen på bagsiden af patientens seddel, der bestod af enkelte stikord. Den pårørende lagde vægt på lægens svar i forhold til konkrete hverdagsting, der havde med kosten at gøre. Den pårørendes notat afspejlede ikke alle patientens spørgsmål, men bidrog til at fastholde pointer fra konsultationen.

Den personalestyrede konsultation

I det tredje eksempel havde patienten ingen seddel med. Der var ofte patienter, som ikke havde en seddel med, men stillede spørgsmål alligevel. Men andre patienter, som vi vil fokusere på her, kom alene og var mere tavse og afventende. I disse situationer var det overvejende sundhedspersonalet, som stillede patienten spørgsmål og informerede om behandlingen. Det drejede sig typisk om bivirkninger ved behandlingen, og hvad næste behandlingsskridt var. F.eks.: "Har du: Kvalme? Føleforstyrrelser? Åndenød? Forstoppelse? Svimmelhed?" Eller "Hvordan har du det?". Patienten svarede kortfattet "ja", "nej", "fint" eller "det ved jeg ikke" på sundhedspersonalets spørgsmål. Selvom sundhedspersonalet i nogle tilfælde forsøgte at stille uddybende spørgsmål som:

"Giver det, jeg fortæller, mening?" forblev det fortsat uklart i situationen, hvad patientens egne tanker var, og hvad patienten havde forstået. I de opfølgende interview gav sundhedspersonalet udtryk for, at de i disse situationer faktisk ikke vidste, hvad patienten havde forstået, hvilket ofte var frustrerende for dem.

Som du spørger, får du svar

Som ovenstående illustrerer, var det de patienter, hvis kulturelle sundhedskapital indebar, at de havde forberedt sig detaljeret på konsultationen og stillede flere og uddybende spørgsmål, som fik de mest detaljerede svar. Det betød, at de fik flere informationer om deres sygdom og



Hvilken sygeplejefaglig støtte skal de tavse og mere uforberedte patienter have?

når de har et indgående kendskab til patientens situation.

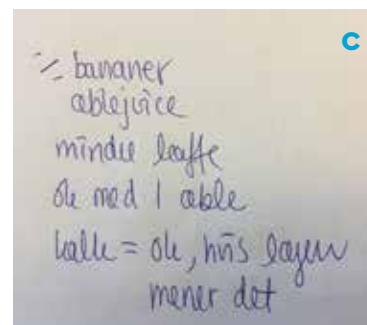
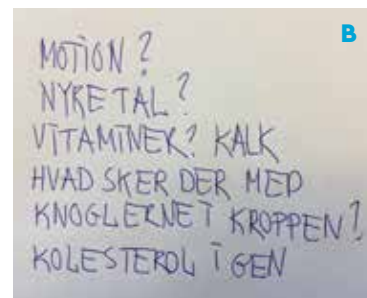
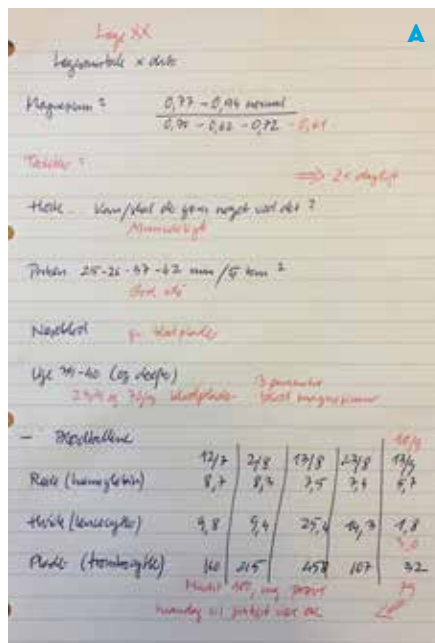
En vigtig pointe er, at patient og sundhedspersonale skaber den måde, informationsudvekslingen foregår på, idet der indledes en gensidig dynamik. Dette indebærer, at patienten spørger, og sundhedspersonalet svarer på et tilsvarende niveau, hvilket faciliterer både patientens og sundhedspersonalets kulturelle sundhedskapital, idet de får et gensidigt øget kendskab til hinandens perspektiver.

Sundhedspersonalets kommunikation på patientens præmisser

På tværs af alle interviewene med sundhedspersonalet fandt vi, at udtrykket: "at møde patienten, hvor patienten er", gik igen som en væsentlig værdi i kommunikationen. For at finde ud af, hvor patienten "var", beskrev sundhedspersonalet, at de lyttede til patienternes sprog, hvilke spørgsmål de stillede, og hvad deres reaktioner var i samtalen:

"Nogle kan jo nærmest sådan citere histologisvaret med de rigtige ord, ikke. Og andre siger bare: "Jamen, jeg har haft en eller anden plet på huden, der var noget i, ikke." [L2:2].

Illustrationer A-C. : Eksempler på forberedelse til konsultation og svar skrevet af patienter (A-B) og en pårørende (C).



”Jeg prøver at tale med patienten, så det matcher, hvordan jeg fornemmer hans intellektuelle niveau.” (S2:1).

Både læger og sygeplejersker forklarede, at de stoppede op, når de registrerede, at patienten ikke kunne rumme mere information, f.eks. hvis patienten blev fjern i blikket eller begyndte at rykke rundt på stolen. Sundhedspersonalet forsøgte også at tilpasse informationer til deres vurderinger af, hvad de kaldte ”patientens overskud”, f.eks. ved at se på patientens personlige hygiejne; om patienten lugtede af urin eller røg, havde lange negle, fedtet hår og hud og gik i beskidt tøj. Hvis sundhedspersonalet vurderede, at patientens ikke havde så meget overskud, så gik de ikke ”for meget i detaljen”:

”Hvis jeg fornemmer, at patienten har nogle sociale udfordringer, så bruger jeg ikke for mange tekniske betegnelser, og jeg går ikke for meget i detaljen. I stedet giver jeg patienten en mere generel beskrivelse, og hvis patienten så har uddybende spørgsmål, så besvarer jeg selvfølgelig dem.” (L3:1).

Sundhedspersonalets erfaringer var, at patienter med længerevarende uddannelser kunne kapere mere nuanceret information end de kortuddannede:

”Og min dialog bliver fuldstændig indrettet efter, hvordan jeg fornemmer, at denne her patient kan modtage det, jeg siger. Og det er klart, jo mere veluddannet du er, jo mere nuanceret kan du jo tegne billedet.” (L3:3).

Analyserne af vores empiriske materiale viste, at sundhedspersonalet ønskede at kommunikere på patientens præmisser, hvorfor de løbende vurderede patientens overskud og reaktioner på de informationer, de fik. Sundhedspersonalet ønskede ikke at overdosere informationen, og det resulterede i, at jo mindre overskud sundhedspersonalet vurderede, at patienterne havde, jo færre detaljer fik patienterne. Det betød i praksis, at f.eks. patienter med en videnssøgende form for sundhedskapital fik udvidet deres sundhedskapital, idet deres spørgsmål affødte svar, som gav dem endnu dybere indsigt i deres sygdom og behandling. Tilsvarende fik patienter med en kulturel sundhedskapital præget af færre spørgsmål og kortere svar færre informationer, idet sundhedspersonalet ikke ville risikere at overdosere informationen.

I relation til ovenstående kan man sige, at genereringen af kulturel sundhedskapital blev en gensidig proces.

Komplekse kommunikative dynamikker

For at bryde den skitserede dynamik opstår spørgsmålet: Hvordan kan sundhedspersonale bidrage til, at både lægen og patienten får udvidet deres kulturelle sundhedskapital? Og mere specifikt i forhold til sygeplejersker, som ofte har mere direkte patientkontakt: Hvilken sygeplejefaglig støtte skal de tavse og mere uforberedte patienter have i den forbindelse?

For at imødegå, at tavse patienter forbliver tavse, kunne sygeplejersker fremadrettet undersøge patientens bevæggrunde til ikke at videndele. Et omdrejningspunkt kunne her være: Er det fordi patienterne ikke ønsker det? Eller er det fordi patienterne ikke føler sig i stand til det?

I undersøgelsen af patienternes bevæggrunde vil det være vigtigt at balancere mellem at undersøge patientens bevæggrunde og samtidig bevare respekten for patientens grænser. Ingen patienter skal således føle sig presede til at tale mere om sig selv, end de ønsker, for derefter at stå tilbage med følelser af fortrydelse og ubehag. På samme måde kunne sygeplejersken

Boks 2. Kommunikation med patienten

Ved at kommunikere på patientens præmisser sikrer man umiddelbart, at kontakten til patienten bevares. Samtidig risikerer man, at patienten ikke udfordres og hjælpes til at stille de rette spørgsmål og på anden måde involvere sig i egen sygdom. Det kan have den konsekvens, at de tavse patienter fastholdes i deres tavshed. Her følger en række idéer til, hvordan sygeplejersker kan bryde patienternes tavshed og samtidig skabe en situation, hvor sygeplejersken og patienten får størst mulig indsigt i hinandens perspektiver til gavn for behandlingen:

Forklar baggrunden for de spørgsmål, du stiller:

- Hvorfor stiller jeg de spørgsmål, jeg stiller?
- Hvorfor er det vigtigt for mig at vide så meget som muligt om f.eks.: Hvordan behandlingen påvirker dig fysisk, psykisk og socialt? Hvilke overvejelser du gør dig i forhold til behandlingen? Hvilke udfordringer du har haft undervejs i behandlingen?
- Er der noget, du vil spørge mig om angående din behandling?

Respektér naturligvis patienten, hvis vedkommende ikke ønsker at dele mere efter at have fået forklaret, hvorfor hvilke spørgsmål er vigtige.

Brug stedfortrædende spørgsmål:

- Nogle patienter i din situation overvejer xx eller tænker på xx.
- Gælder det også dig? Gør du dig måske andre tanker?

Tjek dine idéer om patienten med patienten:

- Jeg fornemmer, at det jeg fortæller, ikke rigtig vækker genklang hos dig. Passer det?
- Hvad er du selv optaget af lige nu?
- Hvad er det vigtigste for dig lige nu?
- Er der noget, der er vigtigt for dig at få talt om, som vi ikke har fået talt om endnu?

Præcise forklaringer:

- Det er vigtigt, at jeg får forklaret mig så præcist som muligt, så det giver mening for dig. Måske du vil hjælpe mig ved at fortælle, hvad der er det sværeste for dig at forstå ud fra mine forklaringer?

undersøge sine egne forestillinger om patientens evner, ønsker og behov, og om disse stemmer overens med patientens egne tanker herom.

Vi giver i Boks 2 vores bud på en række spørgsmål, som sygeplejersken kan stille patienten med henblik på at facilitere en gensidig udveksling af information, herunder få de patienter i tale, som i udgangspunktet fremstår mere ordknappe og tavse.

Vel vidende at der er tale om komplekse kommunikative dynamikker, vil vi foreslå, at der fremadrettet iværksættes undervisning og supervision af sundhedspersonale med udgangspunkt i de mekanismer, som vores undersøgelse har afdækket. ●

Undersøgelsen er finansieret af Dansk Forskningscenter for Lighed i Kræft (COMPAS), Kræftens Bekæmpelse.



Ingen patienter skal føle sig pressede til at tale mere om sig selv, end de ønsker ...



Diskuter, hvad årsagerne kan være til, at nogle patienter er mere tavse end andre ved konsultationer?

Hvad gjorde du sidst, du mødte en tavs patient, som du vurderer fremmede dialogen? Hvad sagde du? Hvad gjorde du? Hvordan ændrede det kommunikationen med patienten?

Er de tavse patienter en problemstilling, som du drøfter med dine kolleger? Hvad har I i givet fald gjort ved den?

Referencer

1. Dalton SO, Olsen MH, Johansen C, et al. Socioeconomic inequality in cancer survival – changes over time. A population-based study, Denmark, 1987-2013. *Acta Oncol* 2019;58(5):737-744. **2.** Kickbusch I, Maag D: Health Literacy. In Kris H, Stella Q, editor. *International Encyclopedia of Public Health*. Oxford: Academic Press; 2008. p. 204-11. **3.** Olsen MH, Kjær TK, Dalton SO. Social Ulighed i Kræft i Danmark. Hvidbog. København. Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning; 2019. **4.** Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Newton D, et al. The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):135. **5.** Pedersen PV, Tjørnhøj-Thomsen T, Ingholt LL. Når man har sagt A, må man også sige B: om social ulighed i Kræftrehabilitering. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015. **6.** Shim JK. Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interaction and the Dynamics of Unequal Treatment. *J Health Soc Behav* 2010;51:1-15. **7.** Adler NE, Stead WW. Patients in Context – ERH Capture of Social and Behavioral Determinants of Health. *N. Engl. J. Med* 2015;372(8):698-701. **8.** Street RL Jr., Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009;74(3):295-301. **9.** Merriam SB. *Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey Bass; 2009. **10.** Mason J. *Organizing and indexing Qualitative Data*; In: Mason J. *Qualitative Researching*. London: SAGE Publications; 2007. **Illustrationerne A-C svarer til patient og pårørendes notater i indhold, men af hensyn til anonymitet har AMD skrevet dem med egen håndskrift.**

FÅ ØJE PÅ LIVSFARLIGE SPISEFORSTYRRELSER

"Inderst inde ville jeg ikke være rask. Jeg ville bare være tynd." Det fortæller Jessica Barkani i en ny podcast fra *Sygeplejersken*. Som ganske ung pige var Jessica Barkani indlagt i flere år, hvor hun på skift sultede sig, overspiste og skar i sig selv.

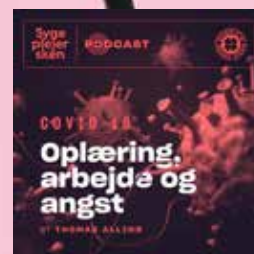
Som sygeplejerske møder du dem ikke kun i psykiatrien, for de dukker også op på de somatiske afdelinger. Med skæve blodprøver, knoglebrud, for lavt blodtryk, graviditetskvalme eller andre symptomer. Men her kan de være svære at få øje på, hvis du ikke er vant til dem.

Mød også sygeplejerske Inger Becker. Hun har behandlet spiseforstyrrelser i 30 år.

.....
Lyt til podcasten her: dsr.dk/podcast eller find den, hvor du plejer at lytte til podcast.



Andre gode tilbud på *Sygeplejerskens* podcasthylde:





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.



**VIBSE BJERRUM
JØRGENSEN**

Kommunal kræftrehabiliterings-sygeplejerske, Esbjerg Kommune. Sygeplejerske 1997, sundhedscoach 2009, uddannet hos Systemisk Institut for Familierapi, certificeret narrativ psykoterapeut 2011-2015. Mindfulnessinstruktør Atwork 2012, supervisor hos Systemisk Institut for Familierapi 2017.

vibj@esbjerg.dk

TAK TIL

Brita Christensen,
fysioterapeut

(samt BBAT- og sundhedscoach),

Birgitte Simonsen,
ergoterapeut,

Monica Jons,

koordinator i rehabiliteringsteam og søvnvejleder, alle medvirkende i Senfølgerteamet, samt

Ane Maria Ballegaard,
konsulent, Esbjerg Kommune.

For hjælp til udarbejdelse af denne artikel:

Lise Bjerrum Thisted,
kræftrehabiliteringssygeplejerske, Rigshospitalet.

Kommunal hjælp til borgere med senfølger efter kræft

Borgere med senfølger efter kræft kan hjælpes gennem gruppebaseret psykoeducation og fokus på kroppen gennem bl.a. mindfulness.

Behandlingen for kræft er ofte langvarig og kan medføre en række helbredsrelaterede senfølger, se Boks 1 (2), som kan vise sig under kræftbehandling, men også måneder eller år efter at behandlingen er afsluttet. 339.000 danskere har haft en kræftdiagnose, og over halvdelen af disse har en eller flere senfølger, se Figur 1 (3).

I Danmark findes for nuværende tre nationale centre for senfølger efter kræft, som er allokeret til hospitaler. Her arbejdes specialiseret med forskning inden for bl.a. senfølger efter brystkræft samt behandling af senfølger efter kræftbehandling i bækkenområdet. Visse senfølger er imidlertid af mere psykosocial karakter og fordrer, at den enkelte formår at håndtere disse senfølger, så hverdagslivet kan mestres bedst muligt.

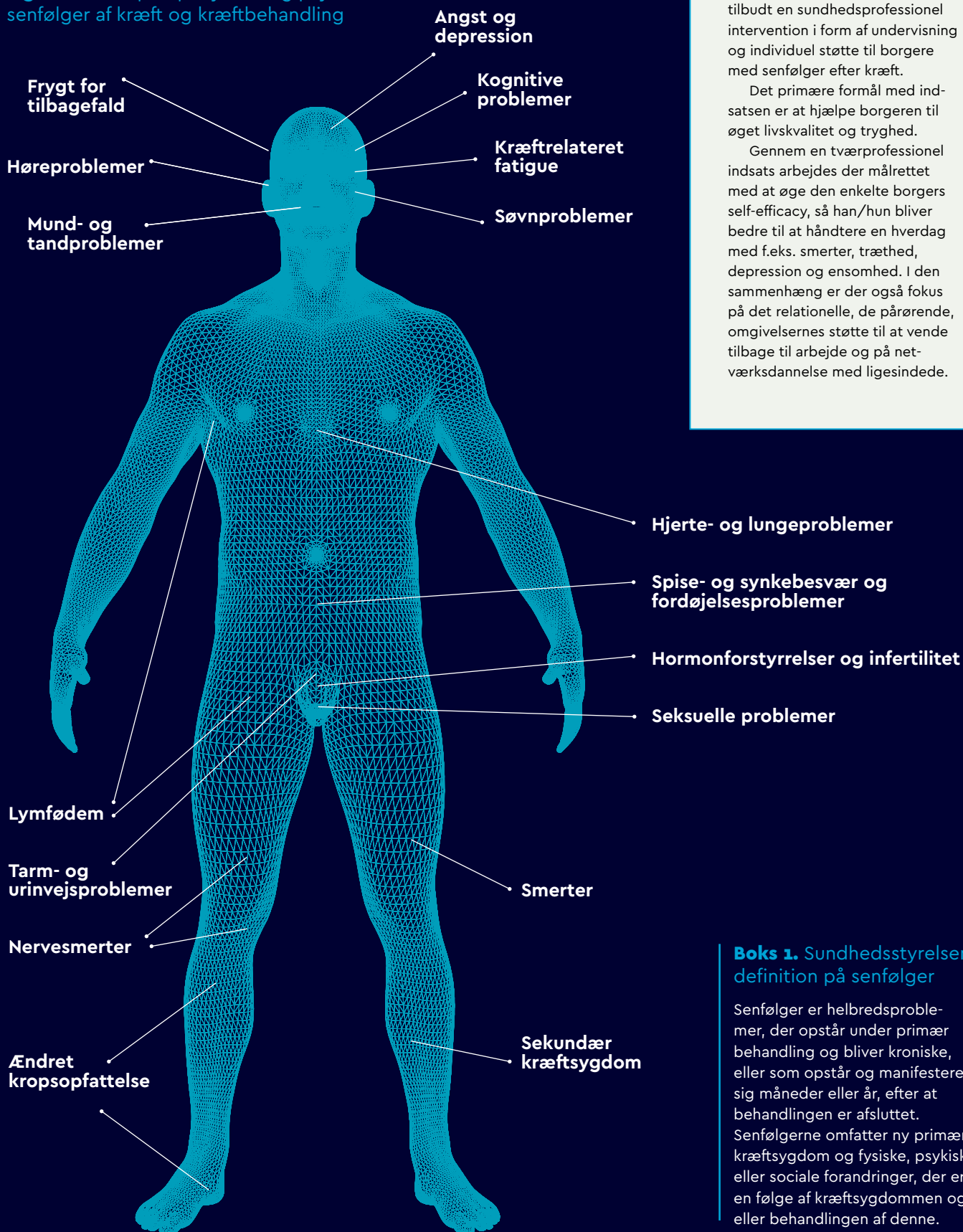
En sundhedsprofessionel intervention

Siden 2016 har Esbjerg Kommune tilbudt en sundhedsprofessionel intervention i form af undervisning og individuel støtte til borgere med senfølger efter kræft. Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i relation til kræft samt eksisterende kræftpakkeforløb omfatter evidensbaseret viden på området (4). Senfølgeindsatsen i Esbjerg Kommune blev initieret på baggrund af utallige samtaler med borgere, som gik forgæves, når de søgte hjælp til deres gener efter et kræftforløb. Samtidig bemærkede de sundhedsprofessionelle visse ligheder blandt disse borgere på tværs af kræftdiagnoser og behandling. Det var borgere, som havde svært ved at klare hverdagslivet pga. nedsat energi, kognitive vanskeligheder og en generel begrænsning i tilbagevenden til arbejde.

Baseret på vores viden fra praksis synes det oplagt at vurdere, om vi via en faglig indsats baseret på psykoeducation og undervisning i mestring kunne bistå disse borgere med at håndtere de hyppigste senfølger. Med afsæt i



Figur 1. Eksempler på fysiske og psykiske senfølger af kræft og kræftbehandling



Siden 2016 har Esbjerg Kommune tilbudt en sundhedsprofessionel intervention i form af undervisning og individuel støtte til borgere med senfølger efter kræft.

Det primære formål med indsatsen er at hjælpe borgeren til øget livskvalitet og tryghed.

Gennem en tværprofessionel indsats arbejdes der målrettet med at øge den enkelte borgers self-efficacy, så han/hun bliver bedre til at håndtere en hverdag med f.eks. smerter, træthed, depression og ensomhed. I den sammenhæng er der også fokus på det relationelle, de pårørende, omgivelsernes støtte til at vende tilbage til arbejde og på netværksdannelse med ligesindede.

Boks 1. Sundhedsstyrelsens definition på senfølger

Senfølger er helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år, efter at behandlingen er afsluttet. Senfølgerne omfatter ny primær kræftsygdom og fysiske, psykiske eller sociale forandringer, der er en følge af kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne.

ovenstående har vi derfor i Esbjerg Kommune arbejdet med at udvikle en målrettet, tværprofessionel og koordineret indsats til borgere med senfølger.

Borgeren skal hjælpes til øget livskvalitet

Det primære formål med indsatsen er at hjælpe borgeren til øget livskvalitet og tryghed. Gennem en tværprofessionel indsats arbejdes der målrettet med at øge den enkelte borgers self-efficacy, så han/hun bliver bedre til at håndtere en hverdag med f.eks. smerter, træthed, depression og ensomhed. I den sammenhæng er der også fokus på det relationelle, de pårørende, omgivelsernes støtte til at vende tilbage til arbejde og på netværksdannelse med ligesindede.

Ofte beskriver borgerne manglende accept af egen situation, frygt for tilbagefald, manglende forståelse fra familie og omgivelser og økonomiske problemer. De ønsker at lære sig selv at kende igen med den forandrede krop og det ændrede selvbillede, de har. Borgerne beskriver det med ordene: ”Jeg er ikke den samme som før.” Desuden tror mange borgere, at når kræftbehandling er ovre, er bivirkninger tilsvarende afsluttede eller minimale.



... mange borgere tror, at når kræftbehandling er ovre, er bivirkninger tilsvarende afsluttede eller minimale.

en palet af tilbud, f.eks. fysisk træning på hold, diætvejledning, cafemøder med ligestillede, inkontinenshold, mindfulness, rygestop og ”lær at tackle”-kurser.

Senfølgerholdet omfatter ydermere Basic Body Awareness Therapy (BBAT), mindfulness samt undervisning i mestringsevne. Borgere, som har overlevet kræft og har kroniske følger, kan i høj grad have behov for at arbejde med accept og mestring af den nye situation og identitet.

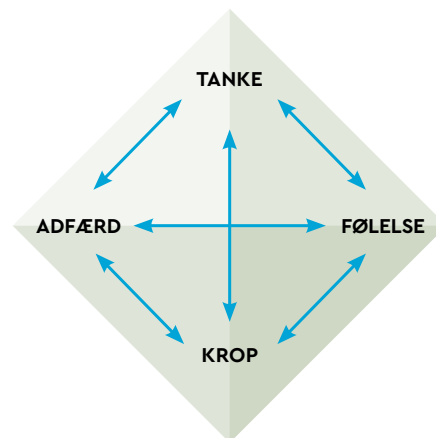
En tværprofessionel indsats

Borgeren kan selv rette henvendelse, men de opspores også blandt de cirka 120 borgere med kræft, som årligt har kontakt med Esbjerg Kommunes kræftrehabilitering. Desuden kan hospitaler og egen læge henvise.

Undervisningen på senfølgerholdet varetages af et tværprofessionelt team, som anlægger en helhedsorienteret tilgang til den fælles opgave. Teamet består af sygeplejerske, ergoterapeut, sundhedscoach, søvnvejleder og en fysioterapeut. Desuden medvirker en fagperson fra Det Kommunale Rehabiliteringsteam med stor viden inden for arbejdsmarkedslovgivningen.

Lærer at forholde sig til senfølgerne

Ved opstart af senfølgerholdet lover vi ikke deltagerne, at vi kan fjerne senfølger, men at de kan lære at forholde sig anderledes til dem og leve bedre med dem. Forventningsafstemning er vigtig, da borgerens tanker om egen situation og tiltro til, at der ligger et forandringspotentiale gemt, har betydning



Figur 2. Den kognitive diamant

Modellen anvendes til at forstå, hvordan tanker skaber følelser, adfærd og handlinger, og hvordan man kan arbejde med at ændre tanker til at være mere hensigtsmæssige.

Boks 2. Yaloms fire grundvilkår

De fire grundvilkår, som vi arbejder med dem i Esbjerg Kommune ad modum Yalom (1980).

- 1. Døden.** Vi skal alle dø, derfor skal vi også huske at leve og sætte pris på livet. Døden kan rive os ud af vores opslugthed af det ligegyldige og give livet dybde og et nyt perspektiv.
- 2. Aleneheden/isolationen.** Det er et vilkår, at vi føler os alene. Vi fødes og dør alene. Denne følelse af "alenehed" er et vilkår. I mødet med tab og sorg konfronteres vi med aleneheden. Selvom vi er sammen med andre, kan de ikke påtage sig tabet og sorgen. Men hvis vi accepterer aleneheden og deraf følgende angst og sårbarhed, vil vi blive mere åbne og kan møde andre med uforbeholden kærlighed.
- 3. Vi har friheden** (og ansvaret) til at skabe det liv, vi vil. Det er måden, hvorpå man vælger at opfatte mødet med krisituationen på, der er central. Friheden består i, at vi har et valg i forhold til, hvordan vi forholder os til livet. Så hvordan hjælper vi til at finde ny mening og oplevelse af det, vi ikke kan lave om på.
- 4. Meningsløsheden.** Det er et vilkår, at der sker meningsløse ting. At alt ikke kan forklares. Ikke at finde mening med det der er sket, men mening i det. Erkendelsen af meningsløsheden er, at vi selv kan vælge at give livet mening.

for, hvordan de mestrer og kan lære at mestre hverdagslivet. Med inspiration i narrativ metode får vi indblik i mennesket bag senfølgerne. Sygdomshistorien om kræftforløbet og hverdagslivet fortælles og identificeres ved hjælp af aktiv lytning til den fortælling, den enkelte skaber om sig selv, men også hvilke værdier der styrer det liv, de vil leve, og hvad deres håb og drømme er. Nogle er fastlåst i deres historie om senfølger, og her kan det være en hjælp at forsøge at forholde sig anderledes til sit problem, ved at lytter udfordrer fortællingen (6).

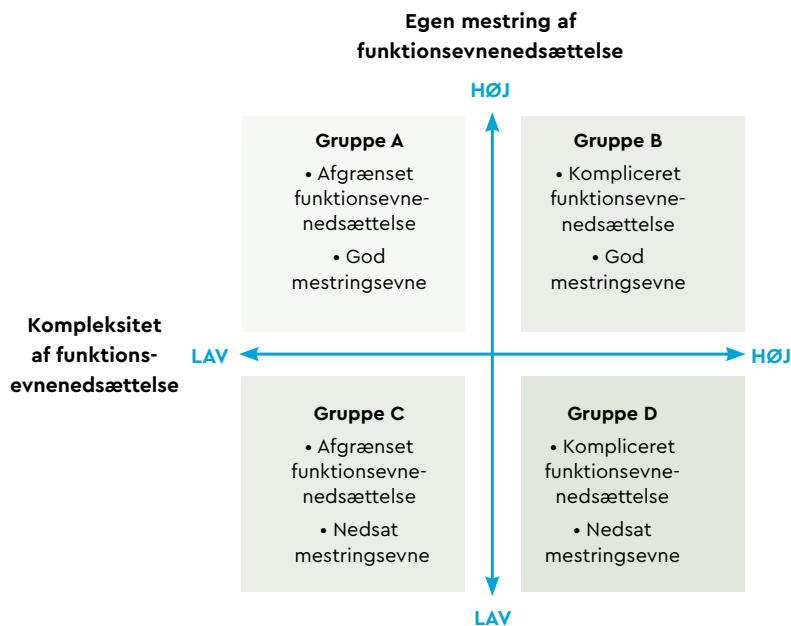
Derudover er vi inspireret af den kognitive diamant, se Figur 2, og vi formidler Yaloms fire grundprincipper (7) se Boks 2. Metoden giver borgeren mulighed for at tage nye briller på, som kan skabe et anderledes perspektiv og dermed et nyt blik på livet. Der arbejdes bl.a. aktivt med forståelsen af, at livet ikke altid giver mening, og at vi skal kunne være i det meningsløse og finde mening i det og ikke *med* det. Borgeren har behov for og træner at slutte fred med den nye identitet som følge af de begrænsninger, som senfølgerne har medført.

Gruppedynamikken er særdeles givende

I Esbjerg Kommune anvender vi Esbjerg Modellen, se Figur 3. Deltagerne på senfølgerholdet får tilsendt et velkomstbrev med program, kontaktoplysninger og forudsætninger for deltagelse på holdet. De skal indstille sig på dagligt at træne mindfulness hjemme. Som evaluering anvendes WHO's trivselsskema til start og slut (8).

Der arbejdes gruppebaseret, da vi har erfaring for, at gruppedynamikken kan være særdeles givende. Det at mødes med andre, som har erfaringer inden for samme felt, kan være positivt. Ofte har borgeren en følelse af ensomhed i situationen, og her er gruppesynergien velegnet til fælles refleksion, egen refleksion samt til en fælles afdækning af, hvordan det er at leve hverdagslivet med disse gener. Desuden er det et godt afsæt for at skabe et fremtidig netværk.

Der er højst 10 deltagere på holdet, som mødes syv gange. Der er i perioden fremmøde én gang om ugen i to timer. En mødegang består af en times teori/dialog fulgt af en time med BBAT og afspænding. BBAT er teknikker til afspænding og opmærksomhed på kroppen. BBAT bygger på vestlig videnskab om bevægelse og østlige traditioner som meditation



Figur 3. Funktionsevnenedsættelse

Stratificeringsmodellen fra Esbjerg Kommune fokuserer ikke på sygdom eller funktionsevne, men har fokus på evnen til at mestre sygdommen, i dette tilfælde senfølgerne. De borgere, som bliver tilbudt senfølgeforløb, vil typisk være kategoriseret B, C eller D jf. modellens stratificering.

og Thai Chi, der handler om sammenhængen mellem krop og sind. Øvelserne har særligt fokus på bevægelse, balance, vejrtrækning og nærvær og udføres guidet af en BBAT-uddannet fysioterapeut (9).

Mindfulness

Deltagerne introduceres til grundprincipperne i mindfulness og metodens effekt (10). Mange kræftramte borgere har igennem en længere periode befundet sig i en stressende situation, herunder trussel på livet qua diagnose. Sidenhen tilkommer frygt for tilbagefald, og der arbejdes derfor med tanker om frygt som tema (11). Grundprincipperne i mindfulness er en livsindstilling, som kan støtte borgerne. Det er accept, nysgerrighed, tålmodighed, en ikke-dømmende holdning, at give slip på det, der ikke gavner en, tillid samt ikke at stræbe efter noget.

Deltagerne modtager psykoedukation. Her arbejdes med håndtering af tanker med en kognitiv tilgang, så når de har tanker, husker de på, at de ikke ER deres tanker. Det er bare tanker.

Hvilke følelser, og hvilken adfærd og kropsoplevelse giver tankerne? Er de sande?

En metakognitiv tilgang stræber efter, at deltagerne arbejder med og tilegner sig evnen til bevidst at afgrænse den tid, hvor de tillader, at bekymringerne fylder i tankerne (12).

Smerte og smertehåndtering

Det er vigtigt at forstå, at smerte ikke bare er en fysisk oplevelse, men at smerte er flerdimensionel (11,13). Smerte kan også være psykisk (ondt i livet) og social (ensomhed, usunde nære relationer, problemer med job og økonomi). Deltagerne introduceres til metoder, der kan bryde den onde cirkel, som de kan befinde sig i: F.eks. hvordan smerteoplevelsen forstærkes af dårlig søvn,

træthed, tanker og ensomhed. Det at forstå mekanismen mht., hvad der kan forstærke og lindre smerten, kan faktisk være det samme, der lindrer/forstærker træthed. Der undervises i en forståelse af denne sammenhæng og suppleres med materiale fra Senfølgerforeningen.

I nogle tilfælde kan en vurdering af smertemedicin være nødvendig, og her kan sygeplejersken tilbyde støtte og efter aftale med borgeren kontakte egen læge eller den behandlende afdeling.

Senfølger

Vi har erfaring for, at det kan være vanskeligt og udfordrende for borgerne at forstå, hvad senfølger er. Derfor tager vi afsæt i materiale fra cancer.dk

Bla. viser vi en video om senfølger (14). Desuden inddrager vi de forskellige symptomer/senfølger, som deltagerne har delt med hinanden. Dette suppleres med faglig information om, hvad der aktuelt sker mht. behandling/lindring på senfølgeområdet samt råd og vejledning om, hvor der i øvrigt er mulighed for at søge hjælp.

Søvn og træthed

Der er mange, som oplever dårlig nattesøvn pga. tankemylder, indre uro og smerter. Hvis først nattesøvnen er dårlig, rammer det mange andre områder, og man kan være mere disponeret for angst, depression, smerter og kognitive vanskeligheder (11). Underviseren, som varetager dette emne, er uddannet søvnvejleder. Holdet ser også en video om træthed og søvn og deler deres erfaringer (14). Den udmattende træthed, som kan vare i årevis, kommer bag på mange deltagere. Særligt overrasker det fokus, at søvn og søvnhygiejne ikke kan stå alene, men bør suppleres af en afbalanceret energiforvaltning hos den enkelte. Inkontinens kan desuden være en forstyrrende senfølge i denne sammenhæng, og her er der mulighed for at trække på ekspertise hos vores sygeplejerske med inkontinens som speciale.

Kommunikation, kognitive vanskeligheder og samliv

Undersøgelser peger på betydningen af de sociale relationer for mestring af hverdagslivet (11). Dette gælder særligt i de tilfælde, hvor netværket ikke er så stort. Det er ikke altid, de pårørende kan løfte opgaven og fungere som støtte, se Case nr. 1.

Flere borgere beskriver en oplevelse af, at de skal forsvare sig, og at folk stiller spørgsmål ved deres situation. De føler sig alene og står med en følelse af, at der mangler forståelse for, at de ikke kan det samme mere. De er trætte og har en følelse af ensomhed, også når de er sammen med andre, se Case nr. 2. Her har vi erfaringer for, at undervisning i kommunikation, hvor borgeren er i centrum, kan gøre en forskel. Et eksempel herpå er refleksevene spørgsmål som: "Hvordan kommunikerer jeg, hvad gør det ved den, jeg kommunikerer med. Og dømmer jeg mig selv eller andre i min kommunikation?"

Hovedparten af deltagerne oplever at have kognitive vanskeligheder og nedsat overskud til sociale aktiviteter. De har svært ved at huske, koncentrere sig og klare lyd og støj. Disse udfordringer rammer ikke blot borgeren, men påvirker deres pårørende og den øvrige socialsfære. På forløbet har vi gode erfaringer med at gennemgå Yaloms fire grundvilkår som menneske, døden, "aleneheden", friheden og meningsløsheden (7). Når vi arbejder med at finde



Hovedparten af deltagerne oplever at have kognitive vanskeligheder og nedsat overskud til sociale aktiviteter.

mening, retning, værdier og håb for livet, får borgeren også mulighed for at forholde sig til at have haft en livstruende diagnose. Et emne, som han eller hun måske ikke tidligere har drøftet med fagpersonale eller andre. At bevæge sig fra en oplevelse af at være udødelig til at være dødelig og igen at turde leve livet er en omvæltning for de fleste.

Pårørende

Til slut inviterer vi de pårørende med på en kursusdag. Mens borgerne træner, har sygeplejersken undervisning for og med de pårørende. Det er vigtigt, at de pårørende bliver involveret (11). At de får en forståelse for senfølger og balancen mellem at hjælpe og samtidig lytte til egne behov. Til sidst samles borgerne og deres pårørende til dialog om senfølger.

Case 1.

En borger med mange smerter

På sidste senfølgerhold deltog en kvinde på ca. 70 år med mange smerter. Det viste sig, at hendes mand var begyndende dement, og at hun derfor var i gang meget af dagen og natten. Kroppen fik aldrig ro. Ved at få hendes mand udredt og ind i Esbjerg Kommunes dagcenter for demens, fik hun nogle timers ro hver dag, og derved blev hendes smerte mindre. Hun blev mere glad, særligt fordi der var mere tid til hende selv. Smerterne var der, men de fik mere ro, fordi hun fik hvile. Casen er et eksempel på, hvordan smerte er flerdimensionel. Uanset hvor meget smertestillende, man ville give hende, ville det ikke hjælpe på årsagen til smerten. Det ville kun fjerne symptomerne, som så ville komme igen, så snart hun ikke tog medicin.

Case 2.

En borgers største udfordring

Mandlig borger med lungekræft, prostatakræft, hudkræft, to aortaaneurismer og anden komorbiditet. Vi spurgte ham, hvad der var hans største udfordring. Svaret var ensomhed og inaktivitet. Han ønskede at være aktiv i hverdagen, ellers lå han bare på sengen. Det var ikke de mange diagnoser, der bekymrede ham. Som sygeplejerske ville jeg umiddelbart tro, at borgeren havde haft andre bekymringer. Dette viser, at borgeren er eksperten i eget liv, og det er med afsæt i borgeren, vi tilrettelægger forløbet.



I denne fælles sammenhæng evalueres forløbet. Derudover motiverer den fagprofessionelle til etablering af et fremtidigt netværk for borgere og pårørende.

Et rum, hvor borgeren føler sig set og hørt

Det er vores erfaring, at det vigtigste er at skabe et rum, hvor borgerne føler sig hørt, set og forstået. At mødes med ligesindede kan have særdeles stor betydning for den enkelte. Ifølge WHO Trivselssindeks ser vi en generel tendens til, at borgerne oplever progression på parametrene ”har været mere glad og i godt humør” samt ”føler sig mere energisk”.

Indholdet af vores kursus afstemmes løbende i forhold til den nyeste viden på området, og perspektiver fra de deltagende borgere bidrager til justeringer.

Generelt mangler der viden på området, den viden opbygger og indsamler vi fortløbende ved at mødes med borgerne og være nysgerrige på, hvad den enkelte har brug for.

Senest er der bevilget penge til fire nye senfølgecentre i Region Syddanmark, et fagligt samarbejde vi ser frem til. Det regionale tilbud vil formentlig have fokus på behandling og kortlægning af senfølger på kropsniveau. I det kommunale tilbud fokuserer vi ikke så meget på diagnosen men mere på at gennemføre uddannelse for deltagerne med det formål, at de kan tilegne sig nye metoder og strategier til at mestre hverdagen. Vi arbejder for at højne deres tiltro til, at den generelle trivsel på aktivitets- og deltagelsesniveau kan forbedres, så den enkelte borger opnår højere livskvalitet.

På tværs af indsats og faggrupper i kommunen erfarer vi, at borgernes udfordringer omhandler fatigue, smerter og kognitive vanskeligheder som nedsat koncentrationsevne, hukommelse samt dårlig søvn. Samtidig er der ikke en ensartet løsning på disse problemstillinger, idet borgerens egne vilkår herunder netværk, uddannelsesniveau, øvrige sygdomme, levevilkår samt økonomi påvirker den enkeltes rehabiliteringsproces.

Vi ønsker at sætte fokus på de kommunale muligheder for rehabilitering til borgere med senfølger som inspiration til udvikling af tilbud til målgruppen. ●



Vi har erfaring for, at det kan være vanskeligt og udfordrende for borgerne at forstå, hvad senfølger er.

Diskuter, om senfølgetilbuddet kan bruges til andre grupper med senfølger, f.eks. efter covid-19, diabetes eller hjertekarsygdom?

Overvej, hvordan samarbejdet mellem de regionale onkologiske afdelinger, senfølgecentre og den kommunale kræftrehabilitering kan styrkes?

Drøft, hvordan vi sikrer, at borgerens pårørende føler sig involveret i den kommunale indsats vedrørende senfølger?

Referencer

1. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 03. oktober 2017. **2.** Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2018. **3.** Helbredt - men ikke rask. Patient- & Pårørendestøtte: København: Kræftens Bekæmpelse i samarbejde med Senfølgerforeningen; 2018. **4.** Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2018. **5.** Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Findes på: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm430928>. Besøgt 11.04.2021. **6.** White M. Kort over narrative landskaber. København: Hans Reitzels Forlag; 2008. **7.** Yalom ID. Eksistentiel psykoterapi. København: Hans Reitzels Forlag; 1980. **8.** WHO-5 World Health Organization-Five Well-Being Index. Findes på: <https://www.regionsjaelland.dk/Kampanjer/broen-til-bedre-sundhed/Materialer/PublishingImages/WHO5%20skema.pdf>. Besøgt 11.04.2021. **9.** Gyllensten AL m.fl. Basal kroppskänndom: den levda kroppen; 2015. **10.** Kabat-Zinn J. Lev med livets katastrofer. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2012. **11.** Zachariae B, Mehlsen MY (red). Livet efter kræft. Roskilde: FADL's Forlag; 2020. **12.** Callesen P. Lev mere tænk mindre. København: Politikens Forlag; 2017. **13.** Sommer C. Trialog: De diffuse smerter. Senfølger efter kræft. Fag & Forskning 2016;(1):20-31. **14.** Videoer om senfølger efter kræft. Findes på: <https://www.cancer.dk/fagfolk/rehabilitering-og-senfoelger/videoer-om-senfoelger/>. Besøgt 11.04.2021.

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.



CAMILLA A. MOUSING

Sygeplejerske 1998, cand.cur. 2009, ph.d. i 2017. Ansat som lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen i Randers, VIA University College, og ved Center for Forskning i Klinisk Sygepleje (CFKS) i Viborg.

caac@via.dk



JOHANNE ANDERSEN ELBEK

Professionsbachelor i Global Nutrition and Health 2019. Kandidatstuderende ved Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier + International Development Studies ved Roskilde Universitet.



ANNA ROTTENSTEN WIEGHORST

Professionsbachelor i Global Nutrition and Health 2019. Kandidatstuderende ved Den Sundhedsfaglige kandidatuddannelse ved Aarhus Universitet.



DORTHE SØRENSEN

Sygeplejerske 1991, cand.pæd. 2003, ph.d. i 2013. Ansat som forskningsleder af Program for Rehabilitering i Center for Sundhed og Velfærdsteknologi, VIA University College.

Systematisk tilgang til måltidet kan fremme patientens lyst til mad

For patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) har kosten en afgørende betydning for sygdommens udvikling og oplevelsen af livskvalitet. Derfor bør utilsigtet vægttab forebygges.

Patienter, som lider af KOL, oplever en forandring i deres spisesituation. At spise kan blive hårdt arbejde, og det indgår i patientens vurdering af det at spise. At patienten med KOL får tilstrækkeligt at spise, ser ud til at være alles ansvar og dermed måske

ingens? Måltidet er omgærdet med tavshed og ser ud til at forsvinde til fordel for andre opgaver.

Et forskningsprojekt i et samarbejde mellem Lungemedicinsk afdeling på Randers Regionshospital, Hjemmeplejen i Randers Kommune og VIA University College, Center for Sundhed og Velfærdsteknologi, Program for rehabilitering og Center for forskning i klinisk sygepleje undersøgte, hvilke praksisser der er omkring måltider.

Femten patienter deltog gennem observationer og interview på både sygehuset og i eget hjem i et etnografisk fænomenologisk studie guidet af Kusenbachs "Go-along"-metode.

På baggrund af undersøgelsens fund har forskningsteamet udviklet akronymet M-Å-L-T-I-D, som kan fungere som en huskeregel med anbefalinger, der skal bidrage til at etablere gode rammer for måltidet hos patienter med KOL.

Anstrengelse, madlede, træthed. Der er mange årsager til, at mennesker med KOL ikke oplever at indtage god mad i en behagelig og rar stemning.

For mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) har kosten en afgørende betydning for sygdommens udvikling og for oplevelsen af livskvalitet. Det at indtage en kost med en ernærings sammensætning, der svarer til energibehovet, er forbundet med færre komplikationer, kortere hospitalsindlæggelser, og øget livskvalitet (1).

Mange oplever på et tidspunkt i deres sygdomsforløb et utilsigtet vægttab, som kan føre til underernæring og undervægt. Det er uheldigt, for undervægt er en uaf-

hængig risikofaktor for dødelighed i alle sygdomsstadier, og antallet og længden af hospitalsindlæggelser stiger, når vægten falder (2).

Derfor er det vigtigt at medtænke alle de interventioner, der kan forebygge et utilsigtet vægttab. I nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af KOL anbefales, at ernæringsterapi foregår ved at kombinere ernæringsdrikke med individuel vejledning, så patienten får hjælp til et øget energi- og proteinindtag på patientens vilkår og præferencer (3).

En vægtøgning eller det at fastholde en vægt giver bedst mening, hvis det er forbundet med øget livskvalitet og forbedret funktionsniveau for den, som har KOL. Desværre er ernæringsdrikke ikke patienters mest foretrukne løsning på at forebygge et vægttab. Vægttabet hos mennesker med KOL sker ofte pga. manglende appetit, træthed eller almen svækkelse f.eks. i forbindelse med en influenza, en lungebetændelse eller eksacerbation i KOL. Som

lungesyg forbrænder man flere kalorier pga. en mere energikrævende vejrtrækning. Andre årsager til vægttab hos patienter med KOL, se Boks 1.

Både nationalt og internationalt har ernæringsproblematikker svære vilkår, når det kommer til det at udføre grundlæggende sygepleje til patienter og borgere. Ikke desto mindre viser en søgning i tidsskrifterne *Sygeplejersken* og *Fag&Forskning*s arkiver, at emnet ernæring hyppigt bliver adresseret. I perioden 2016-2020 er der i disse tidsskrifter publiceret seks forskningsartikler, 52 sygeplejefaglige artikler, 40 øvrige artikler, og ernæring har været omdrejningspunkt i 15 temaartikler. Rigtig mange af artiklerne problematiserer et manglende fokus på det praktiske arbejde med ernæring i sundhedssektoren. Bl.a. udtaler Inge Jekes, formand for Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne, i et tema bragt i *Sygeplejersken* i 2019:

”Rigtig megen sygepleje handler om behandling og om de opgaver, vi får

fra sygehusene og lægerne. Derfor kan den grundlæggende sygepleje som f.eks. ernæring godt blive lidt klemt” (5).

En sygeplejeopgave

At hjælpe patienter til at spise og drikke tilstrækkeligt er, ifølge sygeplejeteoretikeren Virginia Henderson, en sygeplejeopgave (6). At hjælpe patienter og borgere med at spise og drikke tilstrækkeligt indebærer mangeartede sygeplejeopgaver. Herunder at beregne basalstofskiftet, tilbyde en kost med et afstemt energiindhold, hjælpe med at indtage maden men også at sikre, at omgivelser og rammer for måltidet bidrager til at forebygge et utilsigtet vægttab.

Det var den forståelse af måltidet, der dannede baggrund for et forskningsprojekt, som skulle undersøge, hvilke praksisser der er omkring måltidet, og hvilken betydning patienter med KOL tillægger måltidet. Det blev undersøgt ved hjælp af observationer og interview under indlæggelse og i eget hjem. Forskningsprojektet er gennemført i et samarbejde mellem Lungemedicinsk afdeling på Randers Regionshospital, Hjemmeplejen i Randers Kommune og VIA University College, Center for Sundhed og Velfærdsteknologi, Program for rehabilitering og Center for forskning i klinisk sygepleje.

Observationer og interview af 15 personer

Femten patienter i alderen 62-90 år deltog i observationer og interview før, under og efter måltidssituationer f.eks. under indkøb, ved tilberedelse af mad og under morgen-, frokost-, eftermiddags- og aftensmåltider. Tilgangen i undersøgelsen var etnografisk og fænomenologisk og guidet af Kusenbachs ”go-alongs” som dataindsamlingsmetode (7), se Boks 2.

Vi rekrutterede i perioden september 2018 til juni 2019 ni patienter på hospitalet og seks borgere i hjemmeplejen. To af patienterne deltog i go-alongs både under indlæggelse på sygehuset og senere i eget hjem.

Undersøgelsen viste, at måltidet er komplekst og på mange måder ikke ligner det, vi traditionelt forbinder med et måltid. I fem temaer beskriver vi de mad- og måltidsudfordringer, som borgere og patienter i studiet har

Boks 1. Mulige årsager til vægttab hos patienter med KOL

- Øget energiforbrug ved let systemisk inflammation og forøget proteinomsætning
 - Øget aktivitetsindiceret energiforbrug
 - Øget energimetabolisme
 - KOL-symptomer kan mindske appetitten
 - Forøget inflammatorisk respons kan mindske appetitten
 - Madlede
 - Åndenød i forbindelse med måltider
 - Smagsforstyrrelser (f.eks. pga. medicin)
 - Hoste med meget slim
 - KOL eksacerbation og eventuelt infektion
 - Rygning kan dæmpe appetitten
- (1,4)

Boks 2. Forskningsprojektets metode

Dataindsamling foregik ved hjælp af Kusenbachs ”Go-along method” (7), en etnografisk forskningsmetode, hvor forskeren under go-alongs lytter, interviewer og observerer. Feltnoter blev taget under go-alongs, og noter fra observationer og interview resulterede i 150 siders transskriptioner.

Der blev gennemført 1-7 go-alongs pr. deltager, og de varede i gennemsnit 38 minutter (i alt 34 timers observation og interview).

Dataanalysen foregik som en kvalitativ Ricoeur-inspireret analyse i tre trin: naiv læsning, strukturanalyse og kritisk fortolkning og diskussion (8).

givet udtryk for, og som vi har observeret (9). Af hensyn til læsevenligheden kalder vi deltagerne i projektet for patienter.

Når måltidet forsvinder

Et måltid med god mad som noget, patienterne så frem til, var ikke at genfinde hverken på hospitalet eller i patienternes eget hjem. Måltidet havde ændret sig til at være noget, der skulle overkommes, det var blevet en opgave, der skulle klares. Måltidet som en rolig eller hyggelig stund var heller ikke at genfinde. Forstyrrelser under måltidet var almindeligt forekommende.

På sygehuset blev der set eksempler på, at medpatienter blev flyttet ind og ud af stuerne, eller at pårørende kom og gik på stuerne. Desuden var der episoder med højroastede telefonsamtaler under måltidet. Der blev foretaget små kliniske undersøgelser, ført vigtige samtaler mellem patienter og sundhedsprofessionelle, og patienter blev hjulpet på toilettet. I eget hjem oplevede patienterne, at der nogle gange skulle udføres andre praktiske opgaver ud over at hjælpe til ved måltidet. Endelig var patienterne derhjemme ofte afhængige af hjælp fra pårørende for at få tilberedt og serveret mad.

At tage til takke med udvalget

Under indlæggelse på sygehuset er patienter af gode grunde henvist til at spise det, køkkenet tilbereder. Udfordringen er, at flere patienter med KOL i forvejen oplever sig begrænsede af nogle sygdomsrelaterede forandringer, der medfører, at smag,



Patienterne manglede generelt viden om vigtigheden af tilstrækkelig ernæringsrig kost i forhold til at forebygge et utilsigtet vægttab.

lugt og konsistens har stor betydning for deres valg af mad.

Det betød, at selv om der var flere valgmuligheder til alle måltider, kunne patienterne godt opleve, at der til nogle måltider stort set ikke var noget, de kunne spise. Ofte bestilte de maden, selvom de på forhånd vidste eller var skeptiske over for, om det nu var noget, de kunne spise. Et ønske om et blødkogt æg, der så viste sig at være hårdkogt, var nok til, at den i forvejen sparsomme appetit helt forsvandt. Når rigtigt smør er det, man sætter mest pris på, så var et smørlignende produkt nok til, at madglæden kunne fordufte.

I eget hjem havde kun få af patienterne i studiet en ægtefælle eller anden

pårørende, der kunne hjælpe med at købe ind og tilberede mad. Derfor købte de ofte præfabrikerede retter, hvilket ikke altid kunne imødekomme præferencer til smag, lugt og konsistens.

Ikke besværet værd

Hvert eneste måltid viste sig at være en bevidst evaluering:

”Er det besværet værd, og opvejer fordelene ved at spise de mulige ubehagelige konsekvenser?”

En angst for intens åndenød i forbindelse med eller lige efter et måltid eller frygten for, at maden skulle sætte sig fast i halsen, kunne afholde patienterne helt fra at spise. Nogle af patienterne tilberedte maden i etaper spredt ud over dagen for at have kræfter til at spise den. Andre patienter oplevede, at madlavningen tog alle kræfterne, og dermed var der ikke energi tilbage til at spise maden.

Det var særligt på tale i de hjem, hvor patienten havde ansvaret for at lave mad til en ægtefælle. Tid var en anden afgørende faktor i forbindelse med patientens vurdering af, om det er besværet værd. Hvis patienterne følte sig tidspressede, var de tilbøjelige til at skubbe tallerkenen fra sig for at signalere, at de var færdige med at spise.

Alles ansvar – ingens ansvar

Både på sygehuset og i hjemmeplejen var det svært at identificere sundhedsprofessionelle med ansvar for måltidet. Mange forskellige faggrupper var involveret i forskellige dele af måltidet: det at vælge en ret, få maden serveret og ryddet væk igen. Det betød, at kun få så hele billedet. Oftest var der på sygehuset én, der serverede maden, og en anden der ryddede væk (eventuelt en serviceassistent). Måltidet som et systematisk arbejde inddelt i opgaver, der foregår før, under og efter måltidet, var svært at identificere. En patients ernæringsudfordringer registreret af en sundhedsprofessionel blev ikke nødvendigvis overleveret til andre sundhedsprofessionelle eller dokumenteret i patientens journal. Det samme gjorde sig gældende i patienternes eget hjem, hvor der var et stort flow af personale. Der blev ikke systematisk eller nysgerrigt spurgt ind til patientens måltid, herunder hvordan maden smagte, om der havde været særlige udfordringer, eller



Nogle af patienterne tilberedte maden i etaper spredt ud over dagen for at have kræfter til at spise den.

hvor meget der blev spist. Det manglende professionelle engagement efterlod patienterne med en følelse af at være alene.

En følelse af at være en byrde

Patienterne var hurtige til at få følelsen af at være en byrde. Det viste sig bl.a. ved, at de sagde én ting til de sundhedsprofessionelle og så ofte udtrykte noget andet gennem deres kropssprog og i samtaler med andre. Patienterne var også tilbageholdende med at kontakte de sundhedsprofessionelle med deres ønsker og behov i relation til mad og måltidet.

Dette efterlod patienterne med en række ikke-verbaliserede udfordringer, som professionelle ikke fik mulighed for at tage hånd om. Det samme gjorde sig også gældende i eget hjem, omend patienterne her generelt var en smule mere åbne om deres udfordringer og behov vedrørende mad og måltider.

Det viste sig også, at patienterne generelt manglede viden om vigtigheden af tilstrækkelig ernæringsrig kost i forhold til at forebygge et utilsigtet vægttab og de efterfølgende konsekvenser.

Behov på afklaring af ansvar for måltidet

Det er kendt, at et utilsigtet vægttab øger risikoen for underernæring og undervægt, og at det er en risikofaktor for dødelighed. Når forsknings-teamet ser på de identificerede måltidsrelaterede udfordringer, så vurderer vi, at en mere koordineret og systematisk tilgang til måltidet opdelt i

opgaver relateret til før, under og efter kan fremme patienters lyst og mulighed for at spise lidt mere mad til alle måltider. Der er behov for at sætte fokus på sygeplejepersonalets roller og ansvar i en koordineret og systematisk indsats.

”MÅLTID” som huskeregel

MÅLTID som akronym er en initialforkortelse og huskeregel for følgende opmærksomhedspunkter: ”M” for madro, ”Å” for åbenhed, ”L” for lyst, ”T” for tid, ”I” for indretning og ”D” for deling.

For hver af de seks elementer i akronymet har vi udviklet anbefalinger til klinisk praksis, der er lette at huske, og som kan være et element i det at arbejde koordineret og systematisk med måltidet:

MADRO

– undgå stressende aktivitet. Udsæt ikke-presserende opgaver. Sørg for toiletbesøg før måltidet, undgå mobiltelefonsamtaler.

ÅBENHED

– tal om udfordringerne ved at spise. Lad patienten fortælle, og spørg ind til betydning af madtyper, konsistens, smag og lugt. Støt patienten i at vælge retter.

LYST

– tilpas og anret maden. Tilpas portionsstørrelser, så de er afstemt med vilkår og ønsker. Dæk et pænt bord, så madlyst stimuleres.

TID

– giv tid til at spise langsomt. Signalér, at der er god tid til at spise.

INDRETNING

– sørg for appetitlige omgivelser og for at sidde godt. Ryd op, tør bordet af og luft evt. ud inden servering. Mad bør nydes siddende i en stol ved et bord, evt. sammen med en anden.

DELING

– del viden om det, der bliver spist. Del observationer. ”Jeg kan se, at du ikke har spist så meget, hvordan kan det være? Hvad kan jeg gøre for dig, så du spiser lidt mere mad?” Dokumentér.

Figur 1: Måltidet - mere end mad

Figuren viser betydningen af akronymet MÅLTID og sygeplejerskens opgaver i forbindelse med MÅLTID.





Hvem har ansvaret for patientens ernæring på jeres arbejdsplads - og hvorfor?

Hvordan kan I fokusere yderligere på ernæringsproblematikker hos patienter med KOL?

Er der brug for yderligere tiltag på jeres arbejdsplads, og har I forslag til hvilke tiltag?

Hvad kan denne artikel bidrage med på din arbejdsplads?

De seks opmærksomhedspunkter kan anvendes i arbejdet med at koordinere og systematisere sygeplejeopgaver omkring måltidet. Anbefalingerne er præsenteret i en poster, se Figur 1, som kan printes og hænges op på sygehusafdelinger og i hjemmeplejen. Opmærksomhedspunkter taler både til sundhedsprofessionelle, patienter og borgere. Posterens kan rekvireres hos artiklens forfatter.

Det primære formål med at udvikle huskereglen "MÅLTID" er et øget fokus på de udfordringer, patienter med KOL oplever, og at opfordre til med simple interventioner at afhjælpe og lindre de måltidsrelaterede udfordringer. Udfordringer, som sundhedsprofessionelle kan tage ansvar for at imødekomme. ●

Læs også Fag & Forskning 2021;(01):24: "Ingen føler ansvar for måltiderne hos patienten med KOL."

Referencer

1. Lønstrup BS (red). Mad til lungepatienter. En patientvejledning fra Lungeforeningen 2015. **2.** Schols AM, Ferreira IM, Franssen FM, Gosker HR, Janssens W, Muscaritoli M, Pison C, Rutten-van Mölken M, Slinde F, Steiner MC, Tkacova R, Singh SJ. Nutritional assessment and therapy in COPD: A European Respiratory Society statement. *European Respiratory Journal* 2014 44(6), 1504-20. <https://doi.org/10.1183/09031936.00070914> **3.** Sundhedsstyrelsen. NKR: Rehabilitering af patienter med KOL <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-rehabilitering-af-patienter-med-kol> **4.** Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). KOL - DSAM-vejledning. <https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=visKapitel&cid=1002&gotoChapter=1007> **5.** Runge D-M. 2019. Vi kan ikke løse problemet ved bare at servere dejlig mad. *Sygeplejer-sken*, 2019;(2):30-1. **6.** Henderson V. *The Nature of Nursing. Overvejelser efter 25 år.* København: Munksgaard Danmark 1995. **7.** Kusenbach M. *Street phenomenology: The go-along as ethnographic research tool.* *Ethnography* 2003;4(3):455-85. **8.** Ricoeur P. *Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning.* TCU press 1976. **9.** Sørensen D, Wieghorst AR, Elbek JA, Mousing CA. Mealtime challenges in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Who is responsible? *J. Clin. Nurs.* 2020;00:1-11. <https://doi.org/10.1111/jocn.15491>.

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.



EIBRITT MAHAWAT

Uddannet sygeplejerske i 2000, anæstesisygeplejerske siden 2011.

eibmah@rm.dk



TRINE NØRGAARD NIELSEN

Uddannet sygeplejerske i 2003, anæstesisygeplejerske siden 2008.



LENE JOHNSEN

Uddannet sygeplejerske i 1993, anæstesisygeplejerske siden 2003.



DORTHE BUUR LARSEN

Uddannet sygeplejerske i 2001, arbejdet otte år på semi-intensiv/ akut-modtage afdeling på Rigshospitalet, anæstesisygeplejerske siden 2008.

RESUME

I Danmark er der ikke krav om re-certificering af sygeplejersker, som varetager kritiske funktioner. Det er derfor op til den enkelte medarbejder og den enkelte arbejdsplads at vedligeholde f.eks. anæstesisygeplejerskernes kompetencer.

Det anæstesiologiske speciale er præget af øget specialisering kombineret med krav om at bevare generalistkompetencer og specialistkompetencer, som anvendes sjældent. Erfaringen viser, at teoretisk aflæring sker hurtigt efter endt specialuddannelse.

På denne baggrund har anæstesiafsnittene på regionshospitalerne Herning og Holstebro i samarbejde med ledelse

og medarbejdere udviklet en række kompetencekort. Målet er at vedligeholde kritiske kompetencer i forhold til udstyr og kritiske situationer.

En systematisk evaluering af kompetencekortene viste en markant forbedring af sygeplejerskernes faktuelle viden. Der er stor tilfredshed med kompetencekortene, som har gjort det mere acceptabelt at indrømme, at der er viden og færdigheder, som man har brug for at træne med jævne mellemrum.

Samtidig har det betydning for patientsikkerheden, at anæstesisygeplejerskerne med sikkerhed kan håndtere apparatur og situationer, der forekommer sjældent.

Kompetencekort genopfrisker viden

Lokalt tilpassede kompetencekort og en palet af undervisningsmetoder støtter anæstesisygeplejersker i at vedligeholde kompetencer.

☺ Kan tidens gang gøre sygeplejersker mindre fagligt kompetente, og hvad skal der til for at vedligeholde og videreudvikle faglige kompetencer?

De spørgsmål stillede vi os selv på Anæstesiafsnittene i Hospitalsenheden Vest (Herning og Holstebro) tilbage i 2018. Resultatet blev et systematiseret, kontinuerligt program til vedligeholdelse af kompetencer til at håndtere kritiske situationer. Programmet byggede på en model med brug af kompetencekort kendt fra specialuddannelsen i anæstesisygepleje og sygeplejerskeuddannelsen (1).

Arbejdet som anæstesisygeplejerske er kendetegnet ved høj grad af selvstændighed samt hurtigt og korrekt håndtering af komplekse og kritiske

situationer med brug af højrisiko-apparatur, dvs. apparatur, der ved fejlfunktion eller forkert betjening kan være årsag til alvorlige utilsigtede hændelser (2).

Anæstesispecialet er desuden i hastig udvikling med et stort flow af nyt og mere avanceret udstyr samtidig med, at der er en stigende tendens til specialisering på de enkelte afdelinger og sygehuse. Den stigende specialisering betyder, at anæstesisyge-

plejersken skal vedligeholde en bred vifte af generalistkompetencer og kompetencer til kritiske situationer, som måske sjældent bruges, sideløbende med at der også skal opbygges specialistkompetencer inden for et snævert område. Det kan f.eks. være inden for et kirurgisk speciale eller i forhold til en særlig patientkategori, f.eks. børn.

Teoretisk aflæring sker hurtigt

I Danmark er alle anæstesisygeplejersker specialuddannede i anæstesisygepleje. Specialuddannelsen er toårig og består af en kombination af klinisk praksis, teoretisk undervisning med skriftlig eksamen samt en større skriftlig opgave i et selvvalgt emne inden for anæstesisygepleje (2).

Faglige kompetencer er dog mere end blot uddannelse; faglige kompetencer udvikles i forhold til, hvad man beskæf-

tiger sig med, og hvad man interesserer sig for og omfatter derfor både viden, færdigheder, erfaringer og personlige egenskaber (3).

I praksis oplever vi, at den teoretiske aflæring sker hurtigt efter endt specialuddannelse, hvilket kan skabe en kløft mellem erfarne anæstesisygeplejersker og sygeplejersker, som er i gang med uddannelsen. Men i Danmark er der ikke tradition for re-certificering af sundhedspersonale, der varetager kritiske opgaver. Det er derimod den enkelte sygeplejerske og den enkelte anæstesi-afdeling, der har ansvaret for at vedligeholde og udvikle de anæstesiologiske sygeplejekompetencer, hvilket har stor betydning for patientsikkerheden.

Formålet med dette projekt var derfor at udvikle en model for systematisk vedligeholdelse af kritiske kompetencer for at sikre, at alle anæstesisygeplejersker er i stand til at håndtere kritiske situationer og udstyr med høj faglighed og sikkerhed.

Kompetencekort anvendt som model

Vi valgte at arbejde med kompetencekort kendt fra specialuddannelsen for anæstesisygepleje (2). Kompetencekortene indeholder en kort beskrivelse af anæstesisygeplejerskens kompetencer i forhold til en bestemt situation eller specifikt udstyr. Kompetencekortene lægger sig således tæt op ad afdelingens retningslinje for samme emne med den væsentlige forskel, at kompetencekortet opstiller mål for de sygeplejefaglige færdigheder/handlinger, der er nødvendige for at håndtere situationen eller udstyret.

Patienter med truede luftveje, anafylaktisk shock eller akut medicinsk kald er eksempler på kritiske situationer, som anæstesisygeplejersken skal kunne håndtere. Avanceret udstyr kan f.eks. være udstyr til hurtig transfusion af opvarmet blod eller til støtte af nyfødtes respiration. Det er nødvendigt at identificere situationer og udstyr lokalt ud fra de situationer, der forekommer i de enkelte afsnit, se Boks 1 og Boks 2.

Arbejdet med udvikling og implementering af kompetencekort blev ledet af en styregruppe, som bestod af afdelingssygeplejerskerne for de to anæstesiafsnit i Hospitalsenheden Vest samt forfatterne til denne artikel. Styregruppen har haft overblikket, mens superbrugere og ressourcepersoner lokalt i afdelingerne har udarbejdet kompetencekort inden for deres respektive ansvarsområder. Styregruppen har fungeret som vejledere.

Det har været højt prioriteret at inddrage alle anæstesisygeplejersker i udviklingsarbejdet, så der opstod fælles ejerskab for arbejdet med kompetencekortene. Desuden var vi interesserede i at fremme en ikke-dømmende læringskultur baseret på nysgerrighed og åbenhed, hvor det var acceptabelt at indrømme, at der var emner, som man havde brug for at få genopfrisket.

Efterfølgende har de enkelte superbrugere og ressourcepersoner været ansvarlige for at afvikle undervisningen knyttet til det kompetencekort, som han eller hun havde udarbejdet.

Der var metodefrihed, når det enkelte kompetencekort skulle afvikles. Da afdelingen består af en stor gruppe sygeplejersker med meget forskellig viden og erfaring, var hensigten med kompetencekortene at ramme bredt og gerne med flere forskellige undervisningsmetoder for at tilgodese manges læringsbehov. Vi anerkendte, at forudsætninger for at lære er forskellige, og for at opnå så stort udbytte af kompetencekortene som muligt foregik undervisningen ved arbejdsstationer, ved tavle, ved sidemandsop-læring og e-læring.

De første tilbagemeldinger på kompetencekortene var positive, og anæstesisygeplejerskerne gav udtryk for, at de oplevede en større sikkerhed, når de havde gennemgået et kompetencekort. Derfor ønskede vi at evaluere, om

Boks 1. Kompetencekort for kritiske situationer

Anafylaktisk shock

Sufficient behandling af patienter med anafylaktisk reaktion/shock

Blod uden BAC-test

Bestilling og registrering af blodkomponenter når BAC-test ikke foreligger

Den luftvejstruede patient

Klargøring og håndtering af udstyr og medicin til vanskelig intubation

Dårligt barn

Fremgangsmåde ved kald vedr. dårligt barn på fødestuen

Håndtering af blodprodukter

Håndtering af alle led i arbejdsgangen vedr. blodtransfusion

Intern transport

Varetage behandling af stabile/ustabile patienter under intern transport

Akut medicinsk kald

Klargøring og håndtering af udstyr og medicin til den akutte medicinske patient

Neonatal genoplivning

Støtte til omstilling og/eller genoplivning af nyfødte

kompetencekortene reelt øgede anæstesi-sygeplejerskernes viden, og om det kunne påvirke deres tiltro til egne evner i den kritiske situation.

Hænger den erhvervede viden ved? Altså efter et halvt år eller mere?

Evaluering af kompetencekort-modellen

I februar 2020 afviklede vi to forskellige kompetencekort. På anæstesiafsnittet i Holstebro gennemførte vi kompetencekortet "Vanskelig Luftvej".

Kortet er relevant for anæstesisygeplejersker, da Regionshospitalet Holstebro har akutfunktion for patienter med truet luftvej pga. placeringen af det øre-næse-halskirurgiske speciale, som dækker et optageområde på 600.000 indbyggere i Region Midtjylland.

På anæstesiafsnittet i Herning gennemførte vi kompetencekortet "LIFE-PAK 15", som omhandler udstyr til monitorering, pacing og defibrillering af patienter med behov for stabilisering eller genoplivning. Kortet er relevant for anæstesisygeplejersker, fordi Regionshospitalet Herning er et akuthospital med over 300 akutte kald om året.

Kompetencekortene blev afviklet over en uge i februar med daglig undervisning samt mulighed for at gennemgå kompetencekortet ved selvstudie.

Alle anæstesisygeplejersker modtog et elektronisk spørgeskema 14 dage før, kompetencekortet blev afviklet. Første del af spørgeskemaet relaterede sig til det kompetencekort, der skulle gennemgås, og havde 7-8 multiple choice-spørgsmål relateret til kompetencekortets indhold, f.eks. "Lægen skal intubere fiberoptisk. Hvilken tube størrelse er den mindste til AScope Slim?"

Sidste del af spørgeskemaet evaluerede tiltro til egne evner med Banduras Self-efficacy scale (4). Skalaen består af 10 udsagn, og anæstesisygeplejersken blev bedt om at bedømme egne evner i forhold til det specifikke kompetencekort på en 4-trins skala fra 1 (passer slet ikke) til 4 (passer præcist). Den laveste score var 10, den højeste score 40.

Fjorten dage efter afviklingen blev spørgeskemaet genudsendt med den tilføjelse, at respondenterne skulle angive, om de havde deltaget i afviklingen af kompetencekortet. Dem, der ikke svarede, fik en påmindelse efter en uge. Antallet af rigtige svar og self-efficacy score før og efter kompetencekortet blev afviklet blev sammenlignet statistisk med Students t-test.

Kompetencekort øger faktuel viden

På anæstesiaafdelingen i Holstebro besvarede 31 anæstesisygeplejersker spørgeskemaet før og 27 efter afviklingen af kompetencekortet "Vanskelig luftvej". Efter undervisningen havde anæstesisygeplejerskerne signifikant flere rigtige svar om håndteringen af situationen (16,6 procentpoint, 95 pct. CI (6,4-26,9), $p=0,002$).

På anæstesiaafdelingen i Herning besvarede 35 anæstesisygeplejersker spørgeskemaet før og 31 efter afviklingen af kompetencekortet om LIFEPAK 15. Efter undervisningen havde anæstesisygeplejerskerne signifikant flere rigtige svar om anvendelsen af udstyret (24,4 procentpoint, 95 pct. CI (14,9 til 34,0) $p<0,0001$).



Kompetencekortene indeholder en kort beskrivelse af anæstesisygeplejerskens kompetencer i forhold til en bestemt situation eller specifikt udstyr.

Der var ikke forskel på self-efficacy scores på nogle af afdelingerne, men den gennemsnitlige self-efficacy score lå højt både før og efter, se Tabel 1 på næste side.

Undersøgelsen viste, at kompetencekortene forbedrede anæstesisygeplejerskernes faktuelle viden væsentligt. Resultaterne peger på, at det er vigtigt at have vedligeholdende undervisning i kritiske kompetencer. I Hospitalsenheden Vest er der udarbejdet retningslinjer for, hvor hyppigt højrisiko-udstyr skal gennemgås, men det kan være problematisk at standardisere, hvor hyppigt høj-risikoapparat skal gennemgås, fordi det er individuelt, hvor hurtigt aflæring sker (3). Det illustrerer, at det er vigtigt at skabe åbenhed om behovet for at få genopfrisket kompetencer, så den enkelte sygeplejerske kan bede om, at bestemte kompetencekort gentages. Hyppigheden af undervisning er dog begrænset af, hvilke ressourcer der er til

Boks 2. Kompetencekort for højrisiko udstyr

Baby monitor MP5

Betjening af udstyr til overvågning af vitale parameter hos nyfødte

C-NAP cn system

Betjening af udstyr til non-invasiv måling af arterietryk

Fiberscop

Kende fiberscoopet og dets tilbehør

IO-kanyle

Anlæggelse af knogleskrue

Level 1

Klargøring og betjening af udstyr til transfusion ved ukontrollabel blødning

Lifepack 15

Betjening af udstyr til monitorering, pacing og defibrillering hos børn og voksne

Mindray monitor

Betjening af udstyr til overvågning af vitale parametre hos børn og voksne

Neopuff

Betjening af udstyr til C-PAP og/eller ventilation af nyfødte

stede i afdelingen. Det er vores erfaring, at det er meget ressourcetrækkende at opstarte og vedligeholde kompetencekortene. Derfor har det været afgørende, at processen har været ledelsesforankret.

Valg af undervisningsmetode kræver omtanke

Det er vigtigt at anvende de relevante pædagogiske undervisningsmetoder, for at anæstesisygeplejerskerne kan nå målene i kompetencekortene. Det kræver, at ressourcemanden i samarbejde med styregruppen har gjort sig pædagogiske overvejelser om, hvilke metoder der vælges. I forskellige sammenhænge refereres til "læringspyramiden" (5) som et hierarki af læringsmetoder, hvor det man husker øges med graden af medinddragelse i undervisningen.

Denne forståelse er blevet udfordret (5), og læringsudbytte skal formentlig snarere ses som et samspil mellem det, der skal læres, og den der skal lære det (3,5). Det betyder, at der kan være behov for at blande metoderne, så de passer til det, der skal formidles.

Undervejs har vi justeret metoder fra tavleundervisning til bedsideundervisning for at opnå et større udbytte, fordi vi skønnede, at det var mere produktivt at få praktisk erfaring med det konkrete stof, men vi afviser ikke på forhånd nogle metoder som uegnede (5). Vi har derimod erkendt, at der er behov for at arbejde med at udvikle pædagogiske og didaktiske retningslinjer, som kan danne grundlag for afvikling af kompetencekortene, så vi kan støtte de kolleger, som får ansvar for undervisningen.

Mulighed for øget self-efficacy på lang sigt

Undersøgelsen viser, at anæstesisygeplejerskerne har en relativt høj self-efficacy



... kompetencekortene forbedrede anæstesisygeplejerskernes faktuelle viden væsentligt.

Tabel 1. Resultater af spørgeskemaundersøgelsen

	Før	Efter
Herning		
Antal besvarelser, n (pct.)	35 (85)	31 (79)
Alder (gennemsnit)	49 år	49 år
Erfaring som anæstesisygeplejerske (gennemsnit)	15 år	14 år
Uddannede anæstesisygeplejersker/kursister (n)	34/2	31/2
Andel korrekte svar (gennemsnit)	48,1 pct.	72,6 pct.
Self-efficacy score (gennemsnit)	30,5	32,1
Holstebro		
Antal besvarelser, n (pct.)	31 (82)	27 (75)
Alder, gennemsnit	47 år	50 år
Erfaring som anæstesisygeplejerske (gennemsnit)	14 år	16 år
Uddannede anæstesisygeplejersker/kursister (n)	30/3	27/1
Andel korrekte svar (gennemsnit)	62,2 pct.	78,8 pct.
Self-efficacy score (gennemsnit)	30,8	31,9

score både før og efter afviklingen af kompetencekortet. En forklaring kan være, at anæstesisygeplejersker generelt har høj tiltro til egne evner. Ifølge Koushede vil personer med høj self-efficacy betragte vanskelige situationer og opgaver som udfordringer, der kan overkommes, og ikke som trusler, som skal undgås (6). På den baggrund kan vores resultat være udtryk for, at arbejdet som anæstesisygeplejerske med omskiftelige arbejdsopgaver, høje krav til praktiske færdigheder og teoretisk viden i et meget selvstændigt miljø tiltrækker sygeplejersker med stor tiltro til egne evner.

Self-efficacy påvirkes positivt, når man oplever at kunne mestre en situation; hvis der er gode rollemodeller, hvis man oplever støtte fra andre, og hvis man er i følelsesmæssig balance (6). Metoderne i forbindelse med afviklingen af kompetencekortene påvirkede ikke sygeplejerskernes tiltro til egne evner, men alligevel øgedes deres viden og kompetencer. På sigt kan det derfor være muligt at øge self-efficacy, hvis undervisningen fører til, at anæstesisygeplejerskerne føler sig endnu mere trygge og oplever succes i håndteringen af kritiske situationer.

Metoden kan anvendes i andre specialer

Kompetencekort som læringsmetode kan desuden være interessant for sygeplejersker i andre kliniske specialer som f.eks. intensiv, operation, dialyse, akutmodtagelse eller andre afdelinger med en kombination af kritisk syge patienter og højteknologi.

Kompetencekortene viste sig at være effektive i forhold til at opbygge et ledelsesforankret læringsmiljø i vores anæstesiafsnit. Centralt var, at medarbejdere med særlige kompetenceområder blev involveret i udarbejdelsen og afviklingen af de enkelte kompetencekort. Det gav os mulighed for at sætte fokus på, at der løbende er behov for at vedligeholde viden og kompetencer og ikke blot for at tilegne sig nye kompetencer.

Vi oplevede, at der blev vakt en glæde og nysgerrighed blandt vores kolleger, hvilket har medført åbenhed for faglige diskussioner i hverdagen, og mange beder om, at kompetencekort gentages, og at nye kompetencekort udvikles. ●

Tak til

Afdelingssygeplejerske Alice Kjær Simonsen, Anæstesiologisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Holstebro, afdelingssygeplejerske Edel Haislund, Anæstesiologisk Afdeling, MPQM, Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Herning, kvalitetskoordinator og anæstesisygeplejerske Anne-Marie Najbjerg Vrist, Anæstesiologisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest samt forskningsansvarlig sygeplejerske, MKS, ph.d., Anne Højager Nielsen, Anæstesiologisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest.



Kompetencekort som læringsmetode kan desuden være interessant for sygeplejersker i andre kliniske specialer...



Hvordan vedligeholder I kritiske kompetencer på din arbejdsplads?

Hvilke fordele og ulemper er der ved at involvere medarbejderne aktivt i genopfriskning af kompetencer?

Hvordan skaber I åbenhed om, at medarbejdernes kompetencer har brug for at blive holdt ved lige og udviklet?

1. Lemb H, et al. Kompetencekort viser vej i praksis. *Sygeplejersken*, 2014;(6):58-61. 2. Sundheds og Ældreministeriet, Bekendtgørelse om specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje. 2017, Retsinformation: København. <https://www.retsinformation.dk/> 3. Illeris K (ed.) *Læring*. Frederiksberg: Samfundslitteratur 2015. 4. Bandura A. *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman 1997. 5. Bundsgaard J. *Krydsmodel for undervisningstilrettelæggelse*. *Dansk universitetspædagogisk tidsskrift*, årg. 4, 2009;(7):10-7. 6. Koushede V. *For mental sundhed - et nyt perspektiv*. København: Statens Institut for Folkesundhed 2015.

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.



BRITT HANSEN

Tryksårssygeplejerske, Master i Klinisk sygepleje. Ansat på Plastikkirurgisk Afdeling Z, Odense Universitets Hospital (OUH) samt superviserende sår- og tryksårssygeplejerske på OUH/Svendborg Sygehus.

Britt.Hansen@rsyd.dk



KNÆRKE SØGAARD

Ph.d.-studerende. Sygeplejerske med specialuddannelse i intensiv sygepleje, efteruddannelse inden for ledelse og sygepleje samt kvalitet og patientsikkerhed på master- og kandidatniveau.



ÅSE FREMMELEVHOLM

Tryksårssygeplejerske, SD i ledelse. Ansat på Plastikkirurgisk Afdeling Z, Odense Universitets Hospital (OUH) samt superviserende sår- og tryksårssygeplejerske på OUH/Svendborg Sygehus.

Tryksår fra medicinsk udstyr kan forebygges

RESUME

Et internationalt konsensusdokument udgivet af Journal of Wound Care i 2020 har givet inspiration til samt øget opmærksomhed på og viden om trykskader fra medicinsk udstyr. Et område som covid-19-pandemien har sat ekstra fokus på.

Fokus er i den forbindelse rettet mod både klinisk praksis i forhold til patienter og mod sundhedspersonale, som anvender værnemidler.

Når nyt udstyr bliver taget i brug, er det vigtigt med en instruks både for anvendelse og påsætning og med prioritering af oplæring.

Hudens status skal kontrolleres ved en daglig vurdering som led i det sygeplejefaglige skøn i forhold til forebyggelse af tryksår.

Hvis skaden opstår, skal specialister inddrages, og producenten skal have en tilbagemelding, så der er

mulighed for at forbedre produktet. Omfanget af trykskader bør overvåges lokalt, og skader bør indberettes som en utilsigtet hændelse til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, så et systematisk forbedringsarbejde kan iværksættes.

Trykskader kan forebygges ved systematisk observation og daglig vurdering af hud kombineret med forebyggende tiltag.

Trykskader forårsaget af medicinsk udstyr er en velkendt problematik i klinisk praksis og ses særligt i afdelinger og specialer, som hyppigt anvender medicinsk udstyr, f.eks. operationsgange, intensive afsnit og akutafsnit.

Det præcise omfang af trykskader fra medicinsk udstyr i Danmark kendes ikke, men opgørelser viser, at patienter, som er påført medicinsk udstyr, har mere end 2,4 gange højere risiko for at udvikle trykskader end patienter uden udstyr (1). Trykskader hos børn er primært relateret til anvendelse af medicinsk udstyr (2,3).

I Australien beskriver et systematisk Review fra 2019, at incidensen af trykskader som følge af medicinsk udstyr hos voksne, intensive patienter er mellem 0,9 – 41,2 pct., og prævalensen er fra 1,4 pct. - 121 pct. (1), hvilket understreger behovet for fokus på dette område.

Øget fokus på skader og hudproblemer

I februar 2020 udkom et internationalt konsensusdokument om udstyrsrelaterede tryksår (4) udarbejdet af en ekspertgruppe bestående af klinikere, forskere og ingeniører.

I denne artikel vil vi gengive væsentlige elementer fra konsensusdokumentet for at medvirke til øget opmærksomhed på

og viden om udstyrsrelaterede trykskader og give opdaterede og relevante handleredskaber til forbedring af daglig klinisk praksis.

Covid-19-pandemien har medført øget fokus på hudproblemer og skader hos sundhedsprofessionelle, som kan ses efter langvarigt brug af f.eks. visirer og kirurgiske masker. I den forbindelse har især fugtproblemer været en udfordring, som man har forsøgt at løse (5).

Der kan ses en del paralleller mellem brug af værnemidler og medicinsk udstyr, og en væsentlig del af anbefalingerne i denne artikel vil kunne overføres til personalets brug af værnemidler.

Trykskader fra medicinsk udstyr

Medicinsk udstyr defineres som produkter, der anvendes til at diagnosticere, forebygge, lindre eller behandle sygdomme, handicap eller skader. Der findes flere end 500.000 forskellige typer medicinsk udstyr, som kan være alt fra kørestole og briller til pacemakere og avanceret operationsudstyr (6). Når medicinsk udstyr fæstnes til kroppen, giver dette et træk i vævet, som medfører, at cellerne deformeres. Deformeret væv er meget sårbart for tryk, og forskning viser, at kombinationen af tryk og vævsforskydning kan medføre vævsskader på meget kort tid, helt ned til 15-20 minutter (4,7).

Medicinsk udstyr er i denne artikel udstyr, som er påsat patienten, f.eks. traekalkanyler, ernæringssonder, venekatetre, iltkatetre, blærekatetre, halskraver, gipsbandager, antiembolistrømper (pga. tiltagende ødem f.eks. i forbindelse med langvarige operationer, som medfører at antiembolistrømper ikke længere passer) samt diverse respirationsunderstøttende masker, se Foto nr. 1.

Da meget medicinsk udstyr har en lille overflade som f.eks. en ansigtsmaske eller dropslange, kan trykket mod huden blive meget højt på et lille område, helt op til 200 mm hg.

Trykskader kan være smertefulde

Trykskader som følge af medicinsk udstyr vil derfor hyppigst optræde på ører, næse, mundvige og hals samt underben pga. antiembolistrømper. Yder-



Foto 1. Tryksår efter iltkateter.



Foto 2. Ødem pga. fiksering af venekateter med uelastisk, cirkulær bandage.

mere ses medicinsk udstyr også på kønslæber, glans penis, perineum og rektum efter anvendelse af katetre og afføringsposer.

Trykskaderne kan være meget smertefulde, og der er risiko for sårddannelser med infektion til følge, og i værste fald kan infektionerne føre til sepsis. Dybe trykskader kan give arvævddannelser, hvilket kan have negativ indvirkning på patientens kropsbillede. Dette ses f.eks. ved dybe trykskader efter brug af halskrave, hvor hårrødderne på bagehovedet kan have taget skade, hvilket medfører permanent hårtab i området. En trykskade kan dermed være forbundet med store menneskelige omkostninger.

Trykskader fra medicinsk udstyr kan desuden have økonomiske konsekvenser, medføre forlænget indlæggelsestid og efterfølgende behov for sårbehandling.

Forebyggelse af trykskader ved medicinsk udstyr

Risikovurdering

Det er væsentligt at understrege, at alle patienter, som er påsat medicinsk udstyr, skal betragtes som værende i risiko for udvikling af trykskade. Det gælder både børn og voksne.

Der findes ingen risikovurderingsredskaber til at vurdere voksne patienters risiko for udvikling af trykskade fra medicinsk udstyr (4), og sygeplejerskens vurdering må baseres på faglig viden og det kliniske blik.

Hos børn kan man anvende risikovurderingsredskabet Braden QD skala (2). Risikoen vurderes ud fra den totale mængde udstyr, som er påsat barnet, samt graden af immobilisering (3). Det skal dog understreges, at alle børn med påsat medicinsk udstyr må betragtes som værende i risiko for at udvikle trykskade.

Risikoen for trykskader øges ved shear og fugtighed samt ved langvarig anvendelse af udstyr, som vanskeligt kan flyttes eller understøttes. Øvrige

risikofaktorer er høj alder, komorbiditet og nedsat perfusion af huden.

Begrænset adgang til udstyr i passende former og størrelser samt manglende oplæring i brugen af medicinsk udstyr vil også kunne øge risikoen for trykskader (4).

Hudstatus

Vurdering af hudens status er en vigtig faktor i forebyggelsen af trykskader fra medicinsk udstyr, da hudens tilstand vil afgøre, hvilke interventioner der skal anvendes.

Det anbefales, at man i et afsnit/en afdeling udarbejder en systematisk tilgang til vurdering af huden i forhold til forebyggelse af udstyrsrelaterede trykskader. Det er vigtigt, at det sundhedsfaglige personale gennemfører en fuld hoved-til-tå og forside-til-bagside vurdering, som også inkluderer huden under medicinsk udstyr. Det anbefales, at huden under medicinsk udstyr observeres minimum to gange dagligt (4) mhp. ændringer i hudens mikroklima. Det er oplagt at gøre dette i forbindelse med plejeopgaver og anden håndtering af patienten. Patientens hud bør vurderes i forhold til:

Farve

- Ses der rødme eller misfarvet hud nogle steder på patientens krop?
- Ses der hud, som er helt bleg på grund af trykpåvirkning?

Fugtighed

- Ses der fugtigt miljø på huden under medicinsk udstyr?

Ødem

- Ses der perifere ødemer på hænder og arme?
- Ses der f.eks. ødem af ansigtet?

Hudens fasthed/turgor

- Er huden elastisk?
- Er huden fast og med normal turgor?

Macereret og svampet hud

- Ses huden svampet med fugtig overflade?

Temperatur (kold/varm)

- Mærkes huden varm, måske pga. temperaturforhøjelse?
- Mærkes huden kold, måske pga. perifere kredsløbsforstyrrelser?

Forekomst af hudirritation, vævsskade eller potentiel vævsskade

- Ses der allerede skader på huden på patientens krop?

Blå mærker

- Ses områder på huden, hvor der er blå mærker og/eller hæmatomer?

Tør og revnet hud

- Ses huden tør, skællende og måske med revner?

Hvis der allerede ved første vurdering af patientens hud forekommer nogle af ovenstående forhold, vil patienten være i øget risiko for at udvikle en trykskade under medicinsk udstyr.

Udfordrende opgave

Observation og vurdering af huden kan være udfordrende hos bevidstløse patienter, som ikke må vendes/drejes, eller hvor det påsatte udstyr ikke kan fjernes/løftes

pga. risiko for livstruende konsekvenser. Hos patienter med ortopædiske fikseringsskinner, plader, proteser og halskraver kan det være udfordrende at tilse huden under disse. Hvis patienten er vågen og har bevaret følesans, kan patienten sandsynligvis tilkendegive smerter og ubehag under udstyret. Dog får mange patienter smertestillende behandling, som vil kunne sløre denne smerte.

Det er specielt vigtigt at anvende det sygeplejefaglige skøn ved vurdering af huden, og især når patienten ikke kan udtrykke ubehag og smerter verbalt. Her vil observation af udtryk fra patienten såsom grimasser, motorisk uro og agitation være vigtige, fordi dette kan bidrage til det sygeplejefaglige skøn (4,7).

Det kan være en udfordring af vurdere mørkpigmenteret hud, da potentiel skade kan være mindre synlig og sværere at observere med det blotte øje.

Praktiske anbefalinger om forebyggelse

Ved fiksering af udstyr bør man særligt rette opmærksomhed på ødem, efter at det medicinske udstyr er påsat, da dette kan medføre, at udstyret pludselig sidder for stramt eller slet ikke passer. Det ses f.eks. ved perifere venekatetre hos både børn og voksne, som nogle gange fikseres uhensigtsmæssigt med uelastisk cirkulær bandage for at forebygge autoseponering af bandage, se Foto nr. 2. Det ses også ved ødemer i ansigtet, hvor den maske, der skal understøtte respirationen, begynder at give trykskade, fordi masken ikke længere passer.

Hudens mikroklima ses ændret ved især aldrende hud som følge af medicinsk behandling (f.eks. binyrebarkhormon-behandling) eller ved visse systemiske sygdomme.

Ligeledes er for tidligt fødte børn ekstra udsatte for trykskader under medicinsk udstyr pga. ustabil umodent væv med tynd epidermis og mindre subkutant væv.

For at forebygge trykskade og friktion ved brug af medicinsk udstyr kan man gøre brug af tynde skumbandager, som klippes til i rette størrelser og sættes direkte på huden på det udsatte område under det medicinske udstyr, se Foto nr. 3 og 4.

Skumbandage uden klæbekant

Det er vigtigt at vælge en tynd skumbandage uden klæbekant, og det kan anbefales at følge en klippevejledning, så man får det optimale ud af skumbandagen, se Foto 5-7 for klippevejledning.

Man skal være opmærksom på, at det kan være nødvendigt at anvende forskellige klippeformer, så bandagen passer bedst muligt til patientens ansigtsform.

Huden under medicinsk udstyr tjekkes to gange dagligt og hyppigere hos patienter, hvis hud er i risiko og derved sårbar overfor væske, eller hos patienter med generelt eller lokalt ødem (4,5,7). Huden under den trykaf-



Når der skal vælges medicinsk udstyr, skal man sikre sig, at udstyret passer til patienten i form og størrelse.

lastende skumbandage kan tilses ved, at bandagen forsigtigt løsnes, huden tilses, og bandagen sættes på plads igen.

Skader som følge af fugt

Hudens mikroklima kan påvirkes af høj feber, øget fugt, svedtendens eller tør hud, hvilket igen kan øge risikoen for mekanisk skade. F.eks. kan luftfugtere, der anvendes til inhalation af medicin, medføre øget fugt, som blødgør overhuden samt øger friktionen og derved øges risikoen for hudskade.

For at forebygge disse fugtskader bør man anvende en barrierecreme, som helst skal påføres, inden skaden opstår. I den forbindelse er det vigtigt, at cremen så vidt som muligt tørrer ud på huden, inden det medicinske udstyr påsættes igen.

Regelmæssig flytning og bevægelse

Udover systematiske hudtjek, brug af skumbandager og barrierecreme skal medicinsk udstyr så vidt muligt flyttes, og placeringen ændres jævnlige, så det ikke trykker på præcis samme sted hele tiden. Der bør udarbejdes lokale rutiner og procedurer for, hvor ofte dette skal ske i klinisk praksis. Om muligt skal udstyret flyttes eller roteres til et sted, hvor huden ikke er påvirket, og hvor der ikke ses tegn på skade. Det er væsentligt at tænke på, at selv små ændringer i udstyrets placering eller understøttelse kan være effektivt til at aflaste huden og dermed medvirke til forebyggelse af tryksskader (4,7).

Placering af udstyr under patienten skal undgås, så vidt det overhovedet er muligt. Hvis det ikke kan undgås, skal man minimere trykpåvirkningen ved polstring og lejrning. Hver eneste mobilisering, lejringsændring og procedure afsluttes optimalt med et hurtigt tjek af, at udstyret ikke er placeret, så patienten udsættes for tryk.

Udstyr skal passe i form og størrelse

Når der skal vælges medicinsk udstyr, skal man sikre sig, at udstyret passer til patienten i form og størrelse. Hvis udstyret er for stort, vil det kunne sidde og skurre over huden og derved skabe friktionsskader. Hvis udstyret er for lille, vil der være en øget risiko for stræk af huden og forøget tryk, hvor det medicinske udstyr trykker mod huden. Hvis det vurderes, at udstyret ikke passer til patienten, bør det kraftigt overvejes at finde en anden løsning.

Et andet opmærksomhedspunkt er, at udstyret ikke strammes/spændes eller fastgøres for tæt til huden, da det også kan forårsage skader.

Alt medicinsk udstyr har en instruks for anvendelse og påsætning. Når man anvender medicinsk udstyr, bør man som professionel sætte sig ind i disse instrukser. Oplæring i brug af medicinsk udstyr er essentielt for at sikre korrekt anvendelse og brug.

Når medicinsk udstyr ikke længere er i brug, skal det, så snart det er medicinsk forsvarligt, fjernes (4,7).

Indsats og rutiner skal være systematiske

I den enkelte organisation bør forebyggelse af tryksskader som følge af medicinsk udstyr inkorporeres i den eksisterende tryksårsforebyggelsesindsats. Der skal iværksættes systematiske rutiner og fremgangsmåder, som kan styrke indsatsen.

I 2020 udkom den nationale retningslinje for Forebyggelse af Tryksår hos voksne over 18 år (8), som netop anbefaler en systematisk fremgangsmåde for forebyggelse af tryksår i form af care bundles.



Foto 3. og 4. Tilpasset bandage påsat huden til forebyggelse af tryksår efter medicinsk udstyr

Et care bundle er et sæt evidensbaserede interventioner, der, når disse implementeres sammen, forbedrer patient-outcome signifikant. Ofte anvendes minimum tre til fem interventioner, og disse anbefalinger bør implementeres i klinisk praksis.

Det anbefales, at man lokalt sørger for at overvåge omfanget af tryksskader som følge af medicinsk udstyr. Det kan gøres på en enkel måde og giver mulighed for

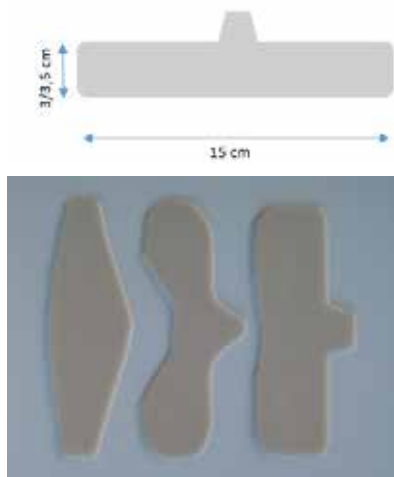


Foto 5. Klippevejledning sikrer optimal tilpasning af skumbandagen. Her klippeform til anvendelse på næse og i ansigt.

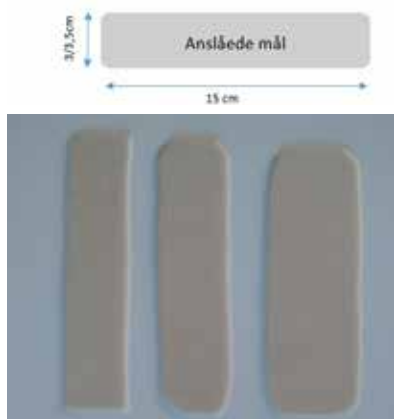


Foto 6. Klippeform til anvendelse i panden



Foto 7. Klippeform til anvendelse på ører

at arbejde systematisk med forbedring. Når man har data på, hvor mange og hvilke tryksskader man har i egen afdeling, kan der sættes målrettet ind overfor disse.

Viden og erfaringer vedrørende tryksskader som følge af medicinsk udstyr kan med fordel deles på tværs af specialer og afdelinger, og man kan samarbejde om et højere niveau af forebyggelse.

Som organisation er det vigtigt at melde tilbage til producenterne, hvis man finder problemer eller uhensigtsmæssigheder ved brug af et medicinsk udstyr, så dette kan blive forbedret. Selv om den enkelte afdeling kun ser få skader, kan det vise sig, at andre afdelinger har de samme problemer, som derved har et langt større omfang, end man umiddelbart troede (4).

Sekundær forebyggelse og behandling vigtig

Når der opstår en tryksskade, er sekundær forebyggelse og behandling af tryksskaden vigtig. Det skadede område skal straks aflastes mest muligt, helst totalt, og huden må ikke masseres. Udstyr, som ikke kan fjernes eller flyttes væk fra det skadede område, skal understøttes for at opnå mest mulig aflastning og trykfordeling. Selv små ændringer i placering af udstyr kan medføre en anden fordeling af tryk og dermed aflaste det beskadigede område.

En forudsætning for iværksættelse af optimal behandling er, at tryksskadens omfang vurderes og evt. kategoriseres fra I-IV ud fra gældende kategoriseringsoversigt fra internationale retningslinjer (7). Dog findes der ikke redskaber til at vurdere tryksskader, som er opstået på slimhinder, f.eks. i munden (4,7). Skaden beskrives, og der lægges en plan for behandlingen.

Alle tryksskader vil kræve maksimal aflastning, og hvis der observeres et violet område, kan det være tegn på en dybereliggende vævsskade. Det kræver tæt observation at se, om skaden udvikler sig, og tryksskadens omfang vil markeres yderligere i løbet af dage eller op til en uge. Det er således ikke altid muligt at vurdere skadens omfang før op til en uge efter dens opståen.

Hvis huden ikke er intakt, skal der påsættes bandage efter principperne for fugtig sårheling, og området aflastes maksimalt. Hvis der er mistanke om infektion i tryksskaden med tegn som hævelse, rødme og varme, skal patienten vurderes af en læge.

Oprensning af eventuelle nekrotiske tryksskader er en specialistopgave, som skal varetages af en læge eller en sårsygeplejerske. Ved tryksskader \geq kategori III (7) med manglende heling eller ved mistanke om infektion, bør specialafdeling kontaktes med henblik på vurdering af patienten og eventuelt behov for kirurgisk intervention.

Tryksskader kan være smertefulde

Tryksskader fra medicinsk udstyr kan være meget smertefulde. Smerten kan være konstant eller primært optræde i forbindelse med sårbehandling eller



Tryksskader som følge af medicinsk udstyr vil hyppigst optræde på ører, næse, mundvige og hals, samt underben grundet antiemboli-strømper.

i timerne efter. Behovet for smertestillende behandling skal derfor vurderes individuelt og kan gives enten fast eller forud for sårbehandling (7).

God, systematisk dokumentation af såret og behandlingen er en forudsætning for vurdering af heling. Det kan være en god ide at bruge billeddokumentation i kombination med en fyldestgørende sårjournal.

Opheling af et dybt tryksår er en langvarig affære, som kræver tålmodighed og løbende evaluering af behandlingen. Ved manglende fremgang skal komplikationer mistænkes og en specialafdeling kontaktes med henblik på en vurdering af såret og behandlingen.

Patienten, som erhverver sig et tryksår, skal vejledes i klagemulighed, og tryksår er kategoriseret som utilsigtet hændelse og bør derfor rapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

Implikationer for klinisk praksis

Alle patienter, som er påsat medicinsk udstyr, er i risiko for trykskader. Det gælder både børn og voksne.

Trykskaderne kan forebygges ved systematisk observation (minimum to gange dagligt) og vurdering af huden skal kombineres med iværksættelse af forebyggende tiltag.

Forebyggende tiltag er anvendelse af tynde skumbandaager under udstyret, håndtering af fugtproblematikker ved brug af barrierecreme samt trykaflastning og understøttelse af udstyr.

For at forebyggelsen af skader fra medicinsk udstyr skal lykkes, bør der i de enkelte organisationer være fokus på tilgængeligheden af udstyr og materialer til forebyggelse og mulighed for at vælge flere størrelser og udformninger.

Viden om og indsigt i forebyggelse af trykskader fra medicinsk udstyr vil kunne føre til højere plejekvalitet hos patienterne samt forebyggelse af smertefulde og langvarige trykskader, som kan have store menneskelige og økonomiske konsekvenser. ●



Viden om og indsigt i forebyggelse af trykskader fra medicinsk udstyr vil kunne føre til højere plejekvalitet...



Hvor mange og hvilke typer af trykskader fra medicinsk udstyr, har I på din afdeling?

Hvad er jeres største udfordring i forhold til trykskader som følge af medicinsk udstyr?

Hvordan kan der arbejdes med en systematisk fremgangsmåde i din organisation for at forebygge trykskader fra medicinsk udstyr?

Referencer

- Barakat-Johnson M, Lai M, Wand T, Li M, White K, Coyer F. The incidence and prevalence of medical device-related pressure ulcers in intensive care: a systematic review. *Journal of Wound Care*. 2019;28(8):512-21.
- Søgaard K, & Sørensen JA. Trykskader hos børn er underrapporteret. *Ugeskrift for læger*; 2019;181:V05190290.
- Curley MAQ, Hasbani NR, Quigley SM, Stellar JJ, Pasek TA, Shelley SS, et al. Predicting Pressure Injury Risk in Pediatric Patients: The Braden QD Scale. *Journal of Pediatrics*. 2018;192:189.
- Gefen A AP, Ciprandi G et al. Device related pressure ulcers: Secure prevention. 2020. *J Wound Care*; [S1-S52]. Available from: <http://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1>.
- Alves P, Gefen A, Moura A, A V??, Ferreira A, Beeckman D, et al. PRPPE. COVID 19 - UPDATE. PRevention of skin lesions caused be Personal Protective Equipment (Face masks, respirators, visors and protection glasses). 2020.
- Lægemiddelstyrelsen. Vejledning til fabrikanter af medicinsk udstyr 2016 [Available from: [https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/udstyr/lovgivning-og-vejledning/sundhedsstyrelsens-vejledninger/vejledning-til-fabrikanter-af-medicinsk-udstyr-i-klasse-i/#Hvad er medicinsk udstyr](https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/udstyr/lovgivning-og-vejledning/sundhedsstyrelsens-vejledninger/vejledning-til-fabrikanter-af-medicinsk-udstyr-i-klasse-i/#Hvad%20er%20medicinsk%20udstyr)].
- European Pressure Ulcer Advisory Panel NPIAP/PPPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. In: (Ed.) EH, editor.: EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019.
- Skovgaard S. National Klinisk retningslinje for Forebyggelse af Tryksår hos voksne over 18 år. Forskningsenheden, Center for planlagt kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, HE Midt; 2020.





Det omsorgssteriliserede begrebsapparat i psykiatrien

Relationen, den ikke-evidensbaserede del af sygeplejen, bliver altafgørende for, hvordan hvad kommer til at ske i et hvilket som helst møde i det danske sundhedsvæsen - hvad enten karrieren lige er begyndt eller har nået et foreløbigt højdepunkt.



FREDERIK ALKIER GILDBERG, sygeplejerske, ph.d., professor i retspsykiatri, forskningsleder. Retspsykiatrisk Forskningsenhed Middelfart (RFM), Institut for Regional Sundhedsforskning, Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, Syddansk Universitet & Psykiatrisk Afdeling Middelfart, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Klokken er 08:00 en kold novembermorgen, da jeg sjosker ned til Preben på stue 12 på den åbne psykiatriske afdeling. Jeg er ny, jeg er studerende, og jeg har ingen idé om, hvad psykiatri går ud på.

Sådan er der mange, der starter. Enkelte af dem ser vi aldrig igen, nogle bliver hængende resten af livet. Her skriver jeg ikke om patienterne men om vores sygeplejestuderende, som dukker op i praktik og smutter igen.

Kaffemaskinen bobler og sprutter, Preben ligger i sin seng og har ondt i maven. Det er den tid på året, hvor man let fanger sig en maveforkølelse, som det vel hedder i folkemunde. Preben er skidt tilpas og må løbe. Jeg har første dag som studerende, og jeg har lige været nede for at hilse på ham, for jeg er dagens kontaktperson. Det første af et utal af underlige begreber – *kontaktperson*.

Der er eftermiddagskonference og patientgennemgang, min vejleder skal nok tage sig af Preben, og jeg har fodret ham med information om Prebens somatiske tilstand: Form, farve og lugt. Jo, man er vel sygeplejestuderende.

Min vejleder rømmer sig: ”Ja, og så er der jo Preben nede på stue 12, som er indlagt pga. ... ” Min vejleder fremlægger sygehistorien og slutter med at bemærke: ”Ja, Preben siger, at han har angiveligt siddet på toiletet hele natten med diarré, men øh, måske er det lige så meget fordi, han langt om længe er ved at give lidt slip på sig selv ... ”

Jeg smiler ved den idé, men jeg er den eneste i lokalet, som synes, at den bemærkning er sjov og helt ved siden af. Det er ikke Prebens situation, der er sjov, tro mig, men personalets de- og rekontekstualisering af en helt almindelig somatisk erfaring på en psykiatrisk afdeling.

Når vi mennesker nedtømmer et psykologiseret og omsorgssteriliseret begrebsapparat over et menneske i krise uden hensyntagen til det absurde i vores tolkning og tilgang, gør vi lige så meget overgreb på mennesket, vi har med at gøre, som når vi spænder folk fast med et bælte. Det ene beskytter patienten mod at gøre skade på sig selv, det andet beskytter måske personalet mod det, vi til tider dårligt kan forstå.



Det er ikke Prebens situation, der er sjov, tro mig, men personalets de- og rekontekstualisering af en helt almindelig somatisk erfaring på en psykiatrisk afdeling.

I en simpel erkendelse af vores erfaringsmæssige adskilthed må den nye sygeplejestuderende ligesom den gamle garvede vove sig frem. Relationen: Den ikke-evidensbaserede del af sygeplejen bliver altafgørende for, hvordan hvad kommer til at ske i et hvilket som helst møde i det danske sundhedsvæsen. Terapeutisk tilgang, erfaring, intuition? Klar, parat, start!

De første ti minutter er altafgørende for den tone, resten af interaktionen mellem de to mennesker, hvoraf kun den ene reelt har sin lidelse på dagsordenen, kommer til at have.

Klokken er 08:00 en kølig forårmorgen, da jeg sjosker ned til Preben på den retspsykiatriske afdeling. Jeg er ny, jeg er professor, og jeg har ingen idé om ... ●



Billeder, der giver ro i sindet og positive tanker

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

Design din skærm på EasyScreenDesign.com

Silentia ApS • Tlf: 39 90 85 85 • info@silentia.dk • silentia.dk



Silentia®
Keep it Clean™