

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Kroniske smertepatienter: Husk den bio-psyko- sociale tilgang

**KRONISKE SMERTER
– FRA TILSTAND TIL DIAGNOSE**

**HJÆLP PATIENTEN MED AT FORSTÅ
OG HÅNDTERE SMERTERNE**

KRONISKE SMERTER OG OPIOIDER

TVÆRFAGLIG INDSATS ER VIGTIG

SIDE 14

NY PRAKSIS

Tværasektorielt. Lungeteam rykker ud til patienter med KOL hele døgnet

SIDE 10

PEER REVIEWED

Præhabilitering. Patienten kan forbedre sin sundhedstilstand før operation

SIDE 38

FAGLIGT AJOUR

Evidensbaseret. Dårlig søvn hos psykiatriske patienter kan afhjælpes uden medicin

SIDE 48

PÅ SPIDSEN

Sygeplejefaglighed. Fundamentals of Care må tilbage i sygeplejen

SIDE 75

Redaktionspanel

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



**SELINA
KIKKENBORG
BERG**

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



MARI HOLEN

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., lektor ved Center for Sundhedsfremmeforskning, Institut for Mennesker og Teknologi ved Roskilde Universitet. Forskningsinteressen gælder mødet mellem sundhedsvæsenet og patienten i bred forstand, især hvordan sygdomsidentitet og institutionsidentitet udspiller sig i det kliniske felt. Arbejder med kvalitativ metodologi og trækker på sociologisk teori. Forsker aktuelt i brugerinddragelse, ulighed i sundhed og i sammenhænge på tværs 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 FRIMANN STORM
mfs@dsr.dk
Telefon: 4695 4281

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

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

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

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

Tryk
Stibo

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

Manuskriptvejledning
www.dsr.dk/
manuskriptvejledning

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



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

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

Illustration side 1, 4, 14, 17, 22: Mathias N Justesen / 18, 23, 24, 31, 33, 38, 48, 56, 62 og 70 : iStock



Indlæggelse kan forebygges ved tidlig indsats

UDGÅENDE LUNGETEAM. Patienter med svær og meget svær KOL har ikke altid følt sig taget alvorligt, når de pga. en forværring i deres sygdom kontaktede kommunens akutteam. Resultatet var, at det ofte endte med en indlæggelse via kontakt til 112.

Hyppige indlæggelser er en belastning for en sårbar patientgruppe, og den erkendelse førte til et forskningsprojekt, hvor målet var ikke bare færre indlæggelser, men også at skabe større tryghed for patientgruppen.

Projektet har ført til skabelsen af et tværsektorielt samarbejde mellem Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital, hvor patienterne døgnet rundt kan kontakte kommunens akutsygeplejersker, som arbejder i et særligt lunge-team. Og projektet har ført til færre indlæggelser i patientgruppen.



Patienter med kroniske smerter får ofte ikke den hjælp i tide, de har behov for. Tværfaglige indsatser og patientens bio-psykosociale forhold skal i spil langt tidligere - med sygeplejersker i afgørende roller.

LÆS SIDE 10

Patienter med kroniske smerter:

Den bio-psyko-sociale tilgang skal i spil langt tidligere

De er ofte usynlige, men langt fra sjældne. 1,3 mio. danskere har kroniske smerter, som kan medføre store personlige, sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske omkostninger.

Smerter klassificeres som kroniske, hvis de har varet 3-6 måneder eller længere. Den internationale smerteorganisation IASP og Verdenssundhedsorganisationen WHO opererer med syv overordnede smertediagnoser, som igen har det tilfælles, at der er tale om komplekse tilstande, der involverer både fysiske, psykiske og sociale faktorer.

Sygeplejersker i kommuner, regioner og almen praksis skal være med til at opspore og sikre patienterne kvalificeret

hjælp og behandling i tide. Det kræver en basal smertefaglig viden samt en tværfaglig tilgang til patienterne med fokus på både behandling og patientens bio-psyko-sociale forhold.

Mange steder i det danske sundhedsvæsen arbejdes der dog fortsat efter en overvejende biologisk sygdomsmodel, hvor der primært fokuseres på den fysiske årsag til smerten, som så forsøges behandlet medicinsk og/eller kirurgisk. Dermed glemmer sundhedspersonalet det hele menneske og den bio-psyko-

sociale tilgang til patienten, som skal i spil så tidligt som muligt, siger forsker og kliniker i denne Trialog.

Jo tidligere patienterne får hjælp til at sætte ord på, hvordan smerterne påvirker dem, ikke blot fysisk, men også socialt og psykisk, jo tidligere kan de få den rette behandling, der også omfatter non-farmakologisk behandling som fysioterapi, ergoterapi og kommunale tilbud om patientuddannelse.

LÆS SIDE

14

DISKRIMINERING.

Ældre patienter oplever, at den individuelle støtte fra plejepersonalet er ringere end den, yngre aldersgrupper modtager.

HELTE.

Sygeplejersker er blevet en del af heltefortællingen under covid-19-pandemien. Det opløser forbindelsen mellem politikere, samfund og sundhedssystem.

FAMILIE.

Trygfondens Familiehus opleves som et sted, hvor familien kan trække vejret frit.

LÆS SIDE 35



Forberedelse på egne præmisser

Viden om patientperspektivet på præhabilitering er sparsom, hvilket kan få betydning for patienternes tilfredshed og adherence. En præhabiliterende indsats er ifølge Københavns Kommunes hjemmeside "et tilbud om forebyggende tiltag for patienter, som afventer operation. Det kan være hjælp til rygestop, nedsættelse af alkoholforbrug og vejledning om generel fysisk aktivitet eller mere specifik selvtræning – alt efter patientens behov. Indsatsen kan medvirke til at nedsætte risikoen for komplikationer i patientens forløb under og efter et planlagt kirurgisk indgreb" – men kan også danne baggrund for mere private tiltag som at skrive testamente eller rydde op i vigtige papirer.

Patienter, som skal gennemgå en omfattende kræftoperation, vil gerne og er også

i stand til at forberede sig på operationen, men det skal foregå på deres egne præmisser. Det viser en undersøgelse af holdninger til og gennemførlighed af præhabilitering hos 79 patienter, som bidrog med data via interviews og/eller registreringer i en folder. Kvalitative data blev analyseret via systematisk tekstkondensering og kvantitative data via deskriptiv statistik.

Nøgleordet i udviklingen af et anvendeligt program for prærehabilitering er patientinvolvering, lyder konklusionen.

LÆS SIDE 38

Søvndagbog reducerer søvnproblemer

Søvnproblemer hos mennesker med sindslidelser anses ofte for at være en del af diagnosen og får derfor ikke den store opmærksomhed. Et forskningsbaseret tilbud om søvnbehandling, som består af seks sessioner og udfyldelse af søvndagbog, har dog givet klinisk reduktion af søvnproblemer og signifikant bedre søvnkvalitet hos de 46 patienter, som fuldførte behandlingen. Sygeplejersker kan varetage behandlingen efter undervisning og træning.

LÆS SIDE

48

Vejledning sker kollektivt

Kollektiv, akademisk vejledning er indført på specialuddannelsen i psykiatri. Hensigten er at styrke evnen til refleksion og via opponentfunktion på medstuderendes opgaver at øve evnen til at argumentere via teori. Det kritiske blik, som er nødvendigt i en foranderlig psykiatri, får dermed mulighed for at blive styrket.

LÆS SIDE

70

Generel tilfredshed med plejen

Der er forskel på at være akut og elektiv operationspatient, det siger sig selv. Alligevel er begge patientgrupper generelt meget tilfredse med den perioperative sygepleje på forskellige parametre. Der er dog enkelte forskelle, som kan skyldes den akutte patients manglende forberedelse, bekymringer for fremtiden, tid på døgnet, alder og overskud.

LÆS SIDE

62

Patientinvolvering – for alle?

Tre patienter, Zola, Pia og Holger, har begrænset mulighed for indflydelse på egen behandling og dermed også begrænset mulighed for at få gavn af de tilbud, som sundhedsvæsenet har. Hvorfor er det sådan? Er patientinvolvering ikke for alle?

Patientinvolvering handler overordnet om, hvordan relationerne mellem sundhedsprofessionelle og patienter udfoldes, og om hvordan ansvar og magt fordeles

LÆS SIDE

56



Når vi til stadighed drøfter, hvad sygepleje er, og hvad sygepleje fordrer, kan jeg være bekymret for sygeplejefagligheden som vores stærkeste kort.

LÆS SIDE ... 75

Brug den viden, der findes

Kvalitet. Sygeplejersker stræber efter kvalitet i arbejdet, og der er aldrig i historien udviklet mere viden om sygepleje og patienter end nu. Den viden skal frem i lyset.



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

Det syder og bobler i forskningsgryden, det kan sygeplejersker forsikre sig om ved at bladre i nordiske og internationale tidsskrifter om sygepleje. Antallet af højtuddannede sygeplejersker er samtidigt stigende. Det kan mærkes, og jeg forestiller mig, at det smitter af på praksis og lysten til at udvikle sygepleje.

Alligevel fortalte en forsker for nylig, at *Sygeplejerskens* lillesøster, *Fag & Forskning*, ikke bliver brugt efter fortjeneste.

Redaktionen modtager 45-50 artikler om året i kategorien 'Fagligt Ajour', færre i kategorien 'Peer Reviewed'. Alle artikler bliver læst og vurderet grundigt, forskningsartiklerne af to bedømmere, som ikke kender hinanden eller artiklens forfatter. De øvrige artikler vurderes af en eller to redaktionelle medarbejdere eller om nødvendigt af en ekspert hentet uden for redaktionen. Nogle artikler bliver afvist, nogle går glat igennem, andre bliver der arbejdet grundigt med. De fleste artikler har et kvalitativt design, de kvantitative er der længere imellem.

Arbejdet med artiklerne er ikke skønne spildte kræfter, håber jeg, men hvordan skabes der en stemning af glæde ved at læse, diskutere og udvikle sygepleje hos den enkelte leder, sygeplejerske og studerende. Hvordan udformes en struktur, der giver plads til faglig udvikling?

Når der findes så mange gode artikler om sygepleje i alle afskygninger, skrevet af kolleger, skal de bruges. Fagligt Ajour-artikler har af samme grund tre debatspørgsmål hæftet på i slutningen af artiklen – ideen er, at de kan bruges som trædesten i en faglig samtale.

Sygeplejersker læser som alle andre af lyst eller af pligt, og alle faglige artikler kan ikke læses af lyst, det er jeg med på. Men hvad med pligtlæsning? Den skylder vi patienterne, og som en studerende skrev, ”... når man bliver god til at læse forskningsartikler, så er det sjovt” (1). Enhver sygeplejerske skal ikke knække forskningsartikler, der er vi ikke endnu, men på sygeplejerskeuddannelsen går underviserne forrest, håber jeg, de viser den rivende udvikling af praksis og opmuntrer studerende til at søge litteratur for at blive klogere på spørgsmålet: Hvad ved vi om dette område i forvejen?

En liste over de 100 mest læste artikler fra *Sygeplejersken* viser, at sygeplejefilosofi, kvalitativ forskning, grundlæggende behov og fænomenologi ligger øverst på listen. Sygepleje til døende og personer med tryksår er der ikke.

Naturligt, kan man mene, og dog ... er sygeplejerskeuddannelsen fulgt med udviklingen af praksis? Det er en naturlig eftertanke.

En vært på P8 Jazz afprøver et nyt koncept: Lyt i fem minutter, og lær at elske Beethoven. Vi får en bid af Måneskinssonaten. Næste gang vælger hun en ny komponist. Konceptet kan overføres til sygepleje med forskning og udvikling i fokus. Lyder det yderligtgående kedsommeligt? Erstat lyt med læs, så kommer interessen, er jeg sikker på. Måske lærer sygeplejersken ikke at elske emnet blodtransfusion, men han eller hun snuser til et nyt felt, og det er en god begyndelse. ●

1. *Sygeplejersken* 2020;(7):64. Digitalt: 'Jeg er sygeplejerske, fordi det ligger i mine gener'

TIL SYGEPLEJERSKER
MED PH.D.- ELLER DOKTORGRAD
FRA REDAKTIONEN,
FAG & FORSKNING

En verden af viden

Redaktionen vil gerne føre listen med sygeplejersker, som har en ph.d.- eller en doktorgrad, ajour. Hensigten er, at alle sygeplejersker får mulighed for at finde titler på de afhandlinger, som danske sygeplejersker/forskere har produceret og dermed også mulighed for at bruge den viden, som forskerne har genereret, enten som inspiration, i uddannelse, efteruddannelse eller i sygeplejen.

Navn på forfatteren og afhandlingens titel danner grundlag for litteratursøgning i en af de databaser, der rummer forskning i sygepleje.

Hører du til målgruppen, og kan du ikke finde dig selv på denne liste: sygeplejeforskning.dk > **Ph.d. listen** > **Sygeplejersker der har erhvervet ph.d.-grad** hører vi derfor gerne fra dig.

Skriv til redaktionen@dsr.dk og anfør navn, universitet/fakultet, årstal for erhvervelsen af graden og titel på afhandlingen. Så kommer du på listen.

*Venlig hilsen,
Redaktionen,
Fag & Forskning.*

SMA SEJRE OVER SMERTERNE

For seks år siden fik Jesper Meinert en kikkertoperation i højre knæ. Så fulgte flere operationer i venstre knæ, som resulterede i nerverelaterede smerter, der bl.a. kostede ham ægteskab og job. Et tværfagligt forløb i et smertecenter har givet ham redskaber til at leve et godt liv med kroniske smerter. Læs interviewet med Jesper Meinert i *Sygeplejersken* nr. 10/2021 og trialogen om kroniske smerter på side 14 i dette nummer af *Fag&Forskning*.

**Syge
plejer
sken**



PATIENTER KAN GØRE DET DIGITALT

Digitale sundhedsværktøjer der hjælper til en smidigere diabeteshåndtering



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



VIS

Sundhedspersonale har sikker adgang til patienters glukoserapporter via cloud-løsningen LibreView¹



SKAN

Personer med diabetes kan på bekvæmmelig vis tjekke deres glukoseniveau ved brug af mobiltelefon²



FORBIND

Omsorgspersoner kan følge en brugers glukosedata og tendenser på deres smartphone³




FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM

Læs mere på
www.FreeStyle.Abbott


life. to the fullest.®
Abbott

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

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

© 2021 Abbott. FreeStyle, Libre og relaterede varemærker ejes af Abbott. Andre varemærker tilhører deres respektive ejere. ADC-42286 v 2.0 07/21
www.FreeStyle.Abbott · +45 3977 0190 · Abbott Laboratories · Emdrupvej 28C, 2100 København Ø

Tidlig indsats kan forebygge indlæggelse



Det er jo en sårbar gruppe, der helst ikke vil indlægges. Projektet viser, at det i mange tilfælde kan undgås, hvis der ved forværring tages kontakt i tide," siger Birgit Refsgaard.

Patienter med svær og meget svær KOL kan kontakte et tværsektorielt udgående lungeteam døgnet rundt, og en større del af behandlingen er rykket ud i hjemmene.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

Omkring 320.000 danskere lever med lungesygdommen KOL. En del af dem er meget syge. De er i medicinsk behandling og får ilt døgnet rundt. Forværringer kan betyde hyppige indlæggelser, og det er belastende for en sårbar gruppe. Dødeligheden efter en indlæggelse er høj.

Men kan indlæggelse i nogle tilfælde forhindres gennem en tidlig indsats ved forværring? Det skulle et forskningsprojekt i Aarhus afklare, og sygeplejerske, ph.d., Birgit Refsgaard har stået i spidsen for forskningen. I dag er resultatet implementeret i et

tværsektorielt samarbejde mellem Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune.

Tryghed blev en del af projektet

”Det blev til et projekt, der ikke kun handler om at reducere antallet af indlæggelser. Det kom i høj grad også til at handle om tryghed og dermed livskvalitet for nogle patienter, der har det meget dårligt på grund af deres KOL. Og det er i sig selv en stor tilfredsstillelse,” fortæller Birgit Refsgaard.

Hun har arbejdet med lungepatienter siden 2004, og i 2015 skete der noget: Der blev på ledelsesniveau drøftet, om der kunne gøres noget for de patientgrupper, der er store i både primær- og sekundærsektoren, herunder patienter med KOL. Og så var Birgit Refsgaard parat.

”Det var dermed et fokus fra både Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune, der satte os i gang. Jeg og kolleger bød ind, fordi vi mente, at vi måske kunne gøre noget for vores patientgruppe. Det førte til et pilotprojekt sammen med kommunens akutteam,” fortæller Birgit Refsgaard.

Ikke altid taget alvorligt

Pilotprojektet skulle vise, om man var på rette vej. Der blev brainstormet, og det blev undersøgt, hvad der lå af tidligere undersøgelser.

Rapporter viste, at patienterne ikke altid følte sig taget alvorligt, hvis de ringede ind ved en forværring. Derfor trak de det, til det blev nødvendigt at ringe 112, hvorefter de blev indlagt. Andre gange kontaktede de vagtlægen, og han eller hun turde så ikke andet end vælge indlæggelse.

”Vi ville gerne rykke det tidspunkt, hvor patienterne ringer ind ved forværring af KOL. Vi ville have patienten til at tage kontakt ved moderat forværring

i stedet for at vente på en voldsom forværring. Patienterne blev undervist i, hvilke symptomer de skulle reagere på: mere hoste end vanligt, mere åndenød og ændring i farve på slimen. Og de kunne henvende sig direkte og fik så besøg og behandling i hjemmet i de tilfælde, hvor det var nødvendigt,” siger Birgit Refsgaard.

På rette vej

Pilotprojektet viste, at man var på rette vej. Dog var der ingen kontrolgruppe, som man kunne sammenligne med. Men ud fra statistiske beregninger på antallet af indlæggelser for de seneste tre år blev det beregnet, hvad der normalt kunne forventes af antal indlæggelser for de pågældende patienter. Det antal, der reelt blev tale om, når patienterne var tilknyttet det udgående lungeteam, lå markant under de forventede antal indlæggelser. Altså var der god grund til at tro, at projektet kunne føre til en positiv forandring.

Fra pilotprojekt til videnskabeligt projekt

”Herefter blev det egentlige projekt sat i gang i form af et randomiseret kontrolleret studie,” fortæller Birgit Refsgaard.

For hende blev det nu et ph.d.-projekt, som begyndte i 2017. Ved lodtrækning blev 144 patienter med svær og meget svær KOL delt op i to grupper. Den ene gruppe kunne kontakte det udgående lungeteam og fik at vide, at de hellere måtte ringe en gang for meget end en gang for lidt. De skulle holde øje med symptomerne og ikke holde sig tilbage med at tage kontakt, hvis de konstaterede forværring. Patienterne i den anden gruppe, kontrolgruppen, skulle gøre, som de altid havde gjort ved forværring: Kontakte egen læge, KOL-klinikken på Aarhus Universitetshospital, vagtlægen eller ringe 112.

”Det centrale i projektet er samarbejdet med kommunens akutsygeplejersker i et særligt lungeteam, som patienterne kan kontakte. Nogle gange tager man sammen ud til patienten, andre gange alene. De kommunalt ansatte sygeplejersker er vant til at komme i hjemmene og har det brede syn på patienterne. Omvendt har vi en ekspertise på lungeområdet, som vi kan give videre til sygeplejerskerne i kommunens akutteam. Det virker rigtig godt,” siger Birgit Refsgaard.

Entydige tal

Hun indsamlede og behandlede data fra studiet, og tallene var ret entydige: Patienter i den gruppe, der var tilknyttet det udgående lungeteam, havde årligt 0,6 antal indlæggelser på grund af forværring af KOL. For patienter i kontrolgruppen var tallet 1,9. Der var altså tale om færre indlæggelser, men tallene viste også kortere indlæggelser: For patienter, der var tilknyttet det udgående lungeteam, var antallet af dage pr. indlæggelse 3,3. For patienter i kontrolgruppen var tallet 4,5.

”Det er for mig en stor tilfredsstillelse, at vi i så høj grad kan hjælpe patienterne i en sårbar gruppe, så de både får færre og kortere indlæggelser. Jeg er nu i gang med opfølgende interviews, og her er budskabet klart: Det betyder meget, at de kan ringe til en person, der kender dem og deres situation. Det giver tryghed i dagligdagen. Jeg kan blive helt rørt, når de fortæller, hvor glade de er for ordningen,” siger Birgit Refsgaard. ●

Om projektet

- På landsplan viser tallene, at hver femte patient med KOL efter en indlæggelse bliver genindlagt inden for en måned.
- Tidligere studier har vist, at mange patienter med KOL ved forværring udskyder kontakten til læge eller sygehus så længe, at de må indlægges via 112 eller af vagtlægen.
- Det randomiserede studie viste, at der er færre og kortere indlæggelser, når KOL-patienter i tide kan kontakte et særligt lungeteam, og når de involveres og bliver bedre til at vurdere symptomer.
- Sygeplejerske Birgit Refsgaard har udarbejdet og forsvaret en ph.d.-afhandling om projektet. Samarbejdspartnerne var Aarhus Universitetshospital, Aarhus Kommune og Forskningscenter for Patientinvolvering.



Tryghed er en vigtig del af det her. Det giver så meget mening

I det udgående lungeteam for KOL-patienter er der kun en halv meter mellem regionen og kommunen.

Tekst **KURT BALLE JENSEN** · Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

Vi er kørt fra Aarhus Universitetshospital til en lav rødstensbygning nogle få kilometer derfra. "Akutteamet" står der på et skilt. Vi går indenfor, og der er et lederkontor og et mødelokale, hvor der også kan spises frokost. Og så er der noget, der nærmest minder om et sekretariat - hjertet i bygningen.

Her sidder der netop nu fire sygeplejersker. De er kommunalt ansatte undtagen en enkelt, som er ansat under regionen på Aarhus Universitetshospitalet.

Men de er kolleger, og de snakker ind over bordene om de patienter, det hele handler om. Lene Brock Jakobsen hedder den hospitalsansatte lungesy-

geplejerske, og hun har netop nu en patient i telefonen.

"Skal vi komme ud til dig?"

"Jeg har det så skidt," siger patienten med svag stemme, mens hun hiver efter vejret. Patienten har svær KOL. Lene Brock Jakobsen har tastet hende frem på skærmen og har alle oplysninger der.

"Du har svært ved at trække vejret, kan jeg høre. Er det åndenøden, der er værst?"

Det er det. Lene Brock Jakobsen spørger ind til, om patienten har mere slim, og om det har en anden farve. Patienten gentager, at hun har svært ved at få luft.

"Sådan er det nogle dage for dig. Det ved du godt. Det kan være forskel-

ligt fra dag til dag. Vil du gerne, at vi kommer ud til dig?"

De snakker lidt om det. Lene Brock Jakobsen spørger mere ind til situationen. Hun beroliger patienten. Hun kender hende, og patienten kender Lene. Patienten mener måske ikke, det er så nødvendigt, at de kommer. Eller måske...

"Vi kan jo ringes ved lidt senere og se, om det er bedre. Skal vi sige det?"

Det er tydeligt, at patienten er blevet mere tryk i løbet af samtalen. Hun lyder ikke bange mere. De runder af.

"Du ved, at du kan ringe når som helst," siger Lene Brock Jakobsen.

Det er ofte nok. Trygheden. At får bekræftet, at hjælpen kun er nogle tryk på tasterne væk.

Patienten skal tage ansvar

Vi går ind i mødelokalet. Telefonerne er stillet om, så det nu er kollegerne fra Akutteamet, der tager den. Det er sidst på formiddagen. Lene Brock Jakobsen har



Sygeplejerske Lene Brock Jakobsen (bagerst) har været 10 år på KOL-klinikken, heraf har hun de fem af årene arbejdet i det udgående lungeteam. Forrest kollegaen Marianne Pedersen.

foreløbig haft fem telefonsamtaler med KOL-patienter i dag. Hun har ikke været ude i et hjem, men det skal hun senere på dagen.

”Vi vil gerne følge patienterne tæt. Hvis vi ikke var her, ville de måske ved en forværring vente med at ringe så længe, at en indlæggelse var nødvendigt. Det er meget forskelligt, hvad der kan klares med en snak i telefonen, og hvornår vi tager ud. Det vigtige for os er at engagere patienten i sin egen situation. At de tager ansvar og er opmærksomme på symptomer, så vi sammen kan vurdere, hvad der skal ske. Om de gerne vil have et besøg og hjælp i hjemmet. Nogle gange får de det bedre ved blot at vide, at der kommer nogen senere på dagen,” siger Lene Brock Jakobsen.

Hun ser ud gennem vinduet, hvor en bil svinger ind på parkeringspladsen.

”Nå, nu kommer Marianne. Hun har været ude hos en patient,” siger hun.

Marianne Pedersen er ligeledes regionsansat og er ansat på halv tid i lungeteamet.

Samarbejdet på tværs af region og kommune betyder meget, netop fordi de sidder sammen. Sygeplejerskerne i Akutteamet er blevet særligt rustet til at tage sig af lungepatienter, og i vagttiden, det vil sige aften, nat og weekend, er det dem, der rykker ud eller tager snakken i telefonen.

De kan også afløse, f.eks. når Lene Brock Jakobsen om mandagen gennemgår patienternes AmbuFlex-skemaer, hvor patienter indrapporterer symptomer og målinger af f.eks. iltmætningen i blodet.

Svarene i AmbuFlex kategoriseres ud fra en grøn, gul eller rød algoritme, hvor det ved rød ofte er nødvendigt med et besøg i hjemmet.

Behandling i hjemmet

Ude hos patienten kan der måles værdier, gives antibiotika, også intravenøst, gives medicinsk behandling eller ilt- og CPAP-behandling. Skal ny behandling eller måske indlæggelse anbefales, tages kontakt til den lungelæge på Aarhus Universitetshospital, som er tilknyttet projektet. Lægen rykker ikke selv ud, det er kommunikationen mellem sygeplejerske og læge, der er afgørende. Patientens egen læge får besked, når noget sættes i værk.

”Samarbejdet på tværs af sektorerne foregår helt naturligt. Vi kan ikke over skærmen gå ind i hinandens systemer, og den praktiserende læge har et helt tredje system. Men vi kan tale sammen ind over bordet, og jeg kan f.eks. ringe til hjemmehjælpen eller omvendt,” siger Lene.

Det kan være i forbindelse med en udskrivning, hvor hun gennem sit kendskab til patienten ved, hvordan forholdene er.

”Det kan være, at jeg ved, at noget skal aftales med hjemmehjælpen først. Patienten siger måske, at han eller hun selv kan sørge for at få ilt, men jeg ved, at det ikke er tilfældet. Eller en patient siger, at det med medicinen ikke er noget problem og ikke kræver hjælp. Men jeg ved, at når vedkommende kommer hjem, pakkes det bare væk i en taske,” siger Lene Brock Jakobsen.

Det handler om tryghed

Hun kender patienterne, kommer i deres hjem, kan spotte, når noget måske kræver en indsats fra kommunens side. Og patienten er tryk ved hende og de andre i det udgående lungeteam, kender deres

stemme i telefonen, har mødt dem og har den hurtige og direkte kontakt.

”Det her handler ikke kun om færre indlæggelser. Det handler også om tryghed. Man bliver jo bange, når man ikke kan trække vejret. Og selvfølgelig vil de helst blive hjemme og behandles der, når det er muligt. Og det er det ofte, når der reageres i tide. Derfor er deres egen involvering vigtig. De skal sammen med os læse symptomerne: Er dette en forværring, eller skyldes min tilstand i dag den variation, der altid kan være fra dag til dag?”

Nu går Lene så ind på sin plads hos kollegerne. Marianne Petersen er også i gang med headsettet på. Akutteamets sygeplejersker har deres at se til lige nu med deres mange forskellige opgaver. Det er tværsektorielt samarbejde til gavn for patienterne. Her er der kun en halv meter mellem kommune og region.

”Det giver så meget mening at arbejde på den måde her,” siger Lene Brock Jakobsen. ●

Om teamet

- Det udgående lungeteam består i dag af halvanden sygeplejersker fra KOL-klinikken på Aarhus Universitetshospital og akutsygeplejersker fra Aarhus Kommune. De er fysisk placeret sammen.
- 130 patienter er foreløbig tilknyttet ordningen, der efter forskningsprojektet er blevet permanent implementeret på hospital og i kommune.
- Patienterne kan døgnet rundt kontakte og få besøg af lungeteamet. Der er forskellige behandlinger, der kan klares i hjemmet, men ofte er telefonisk konsultation nok. Tryghed er et vigtigt element.
- Det udgående lungeteam skal blandt andet sikre, at patienterne hurtigere reagerer ved forværring, så indlæggelse evt. kan undgås. Her hjælper den tættere kontakt og det personlige kendskab, så det er enklere for patienten at ringe.
- Hver 14. dag holdes der tværsektorielle konferencer med det særlige lungeteam, hospitalslægen, KOL-klinikken og sengeafsnittet. Her drøftes patienter og komplekse situationer, bl.a. i forbindelse med indlæggelse, udskrivning og hjælp i hjemmet.

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

Inddrag altid kroniske smertepatienters bio-psyko-sociale forhold

Patienter med kroniske smerter får sjældent den hjælp, de har brug for, i tide. Det skyldes bl.a., at sundhedsvæsenet mange steder fortsat har en overvejende biologisk tilgang til sygdom og behandling, siger sygeplejeforsker. Tværfaglige indsatser og patientens bio-psyko-sociale forhold skal i spil langt tidligere – med sygeplejersker i afgørende roller.



CARRINNA A. HANSEN. Sygeplejefaglig forskningsleder, klinisk sygeplejespecialist, MPH og ph.d. Ortopædkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital Køge. Har siden 2013 primært forsket i kroniske smertepatienter og patient- og pårørendeinddragelse under sine ansættelser på bl.a. Glostrup Hospital, Rigshospitalet og nu Sjællands Universitetshospital Køge.



Tekst
CHRISTINA SOMMER
Journalist



NINA BACHE. Afdelingssygeplejerske, DL og MRPQM, Tværfagligt Smertecenter, Sjællands Universitetshospital Køge. Har arbejdet med kroniske smertepatienter på Sjællands Universitetshospital Køge siden 2002, først som menig sygeplejerske og siden 2008 som afdelingssygeplejerske. Har gennem alle årene været med til at udvikle hospitalets tilbud til kroniske smertepatienter.

De er ofte usynlige, men langt fra sjældne. Flere end hver femte voksne dansker (1) lever med kroniske smerter, som kan medføre store personlige, sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske omkostninger.

Det er 55-årige Jesper Meinert et eksempel på. For bare seks år siden var han en aktiv familiefar med gang i både karriere og privatliv. Men slidgigt og efterfølgende operationer i begge knæ har som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 10/2021 (udsendt med dette nummer af *Fag&Forskning*) resulteret i kroniske smerter, hvilket bl.a. kostede ham job og ægteskab.

”Nu kan jeg se, at smerterne gjorde mig til en lidt gammel og sur mand – knapt så sød og hyggelig at være sammen med. Jeg rejste meget dengang og var helt smadret, når jeg kom hjem. Jeg havde ingen kræfter til at tage mig af hus og børn, som min daværende kone havde været alene om en hel uge,” fortæller han.

Et par år efter sin første knæoperation blev han pga. vedvarende smerter henvist til Tværfagligt Smertecenter på Sjællands Universitetshospital Køge. Han fortæller, at især holdforløbene med andre kroniske smertepatienter faciliteret af en sygeplejerske, fysioterapeut og psykolog har gjort en stor forskel for ham. Her mødtes han med ligesindede og delte erfaringer, glæder og sorger. Hans forståelse for egen situation er blevet bedre, og han har fået redskaber til at leve et godt liv med smerterne som fast følgesvend.

Systemet gør patienter mere syge

Og netop den tværfaglige tilgang med fokus på både (medicinsk) behandling og patientens bio-psykosociale forhold er vejen frem, når sygeplejersker skal være med til at opspore og behandle patienter med kroniske smerter (2,3,4). Det fastslår Carrinna A. Hansen, som er en af landets førende sygeplejerskere på området.



Men denne tilgang er desværre ikke udbredt overalt i det danske sundhedsvæsen, fortsætter forskeren, hvis interesse for patienter med kroniske smerter blev vakt under sygeplejestudiet. Her skrev hun en case-opgave vedr. en neurokirurgisk patient med en svær spondylolistese-problematik (hvirvelbuedefekt i rygsøjlen med glidning af ryghvirvlen), som bl.a. medførte gentagne operationer. Som nyuddannet sygeplejerske arbejdede hun på neurokirurgisk afdeling, siden som hjemmesygeplejerske, klinisk udviklingssygeplejerske inden for det medicinske område og forskningsansvarlig sygeplejerske i neuro-anæstesiologisk klinik på Rigshospitalet.

”Jeg har altid brændt for de ”svage” patienter, som kan have tendens til at blive stigmatiseret og kan have svært ved at blive forstået og mødt som de mennesker, de er. Da jeg arbejdede med min ph.d. om livet med osteoporose, fandt jeg bl.a., at mange ofte har en for- men også eksisterende historie omkring kroniske smerteproblematikker. Og det gjorde mig mere og mere optaget af inddragelse af både patienten selv og dennes pårørende som en del af sundhedsvæsenets hjælp til patientens egenhåndtering,” siger hun.

Ifølge Carrinna A. Hansen arbejdes der dog mange steder fortsat efter en overvejende biologisk sygdomsmodel, hvor sundhedspersonalet primært fokuserer på patientens fysiske symptomer frem for det hele menneske.

”Forskning tyder på, at vores system også kan være med til at sygeliggøre og ”kronificere” de her patienter (1,5). Vi har opbygget et system, hvor der i lang tid primært fokuseres på den fysiske årsag til smerten, som vi så prøver at behandle medicinsk og/ eller kirurgisk. Vi glemmer tit det hele menneske og dermed også den bio-psyko-sociale tilgang,” siger hun og tilføjer:

”Derved overser vi, at nogle smertepatienter f.eks. er socialt belastede, ensomme eller midt i en skilsmisse, hvilket også påvirker patienternes smerteoplevelse og mestringssevne. Det lægger vores behandlingssystem ikke umiddelbart op til at inddrage, før vi har konkluderet, at patienten er kronisk syg, og nogle andre må tage over. For mig er det oplagt at tænke, at man som patient kan blive mere syg af ikke at blive set som et helt menneske.”

Basal smertefaglig viden vigtig

Ikke alle patienter med kroniske smerter kan eller skal, som Jesper Meinert, tilknyttes en af landets 11 offentlige smerteklinikker. Flertallet behandles i dag

i primær sektor, men behandlingen kan som beskrevet ovenfor blive bedre, og her har sygeplejersker i f.eks. almen praksis og hjemmesygeplejen centrale roller, mener Carrinna A. Hansen.

Det er Nina Bache, afdelingssygeplejerske ved Tværfagligt Smertecenter Sjællands Universitetshospital Køge, enig i:

”De patienter, vi ser i smertecentret, har ofte en lang historie og et langt udredningsforløb bag sig med diffuse smerter, operationer og genoperationer. De har haft mange kontakter med sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle på deres vej gennem sundhedsvæsenet. Og jeg er overbevist om, at flere kunne have fået kvalificeret hjælp tidligere,” siger hun, men tilføjer:

”Det kræver, at bl.a. sygeplejerskerne som minimum har en basal smertefaglig viden, hvilket desværre ikke altid er tilfældet. Det er et komplekst felt, og det kan være skræmmende for både sygeplejersker og andre faggrupper,” siger Nina Bache og refererer også til, at smerter og smertebehandling ikke er et selvstændigt eksamensfag på hverken lægestudiet, sygeplejestudiet eller fysioterapeutuddannelsen.

Nina Baches interesse for patienter med kroniske smerter begyndte under hendes elevtid, hvor hun skrev opgave om en patient med polio, som var blevet opereret 17 gange i sit knæ.

”Patienten havde udtalte smerter, hvilket udfordrede personalet. Det gjorde stort indtryk,” husker hun.

Som nyuddannet sygeplejerske arbejdede hun i psykiatrien, herefter på infektionsmedicinsk afdeling og siden som intensivsygeplejerske – hele tiden med en underliggende interesse for smerter og smertebehandling. Og da hun på et tidspunkt var på kursus i smertebehandling med en underviser fra et tværfagligt smertecenter, vidste hun, at det var den vej, hun skulle gå:

”I psykiatrien var vi enormt gode til at arbejde tværfagligt, hvilket jeg undrede mig over ikke var mere udbredt i somatikken. Jeg er også meget interesseret i pårørendeinddragelse, og det hele går op i en højere enhed, når man sætter ind med tværfaglig smertebehandling.”

I denne Trialog har *Fag&Forskning* interviewet Carrinna A. Hansen og Nina Bache om den nyeste evidens og viden inden for kroniske smerter. På de følgende sider kan du læse mere om kroniske smerter, og hvordan du bedst identificerer, møder og behandler patienter med kroniske smerter. ●

Kroniske smerter – fra tilstand til diagnose

Smerter klassificeres som kroniske, hvis de har varet tre-seks måneder eller længere. Omkring 1,3 mio. danskere har kroniske smerter, hvilket igen dækker over en lang række smertetilstande.

D Hovedpine, gigt og lændesmerter. Tre eksempler på smertetilstande, der hører ind under diagnosen kroniske smerter. Kroniske smerter bliver også beskrevet med synonymer som ”vedvarende, langvarende eller persisterende” smerter. Og de smerter har igen det til fælles, at der er tale om komplekse tilstande, som involverer både fysiske, psykiske og sociale faktorer (se Boks 1 her og Boks 2 næste side). Sygeplejeforsker Carrinna A. Hansen uddyber:

”I 2019 blev kroniske smerter officielt en diagnose (1,6). Inden da var det en tilstand. Og der er væsentlig forskel på en diagnose og en tilstand, dels i forhold til hvor alvorligt lidelsen bliver taget, og dels i forhold til hvilke behandlingstilbud der tilbydes,” siger Carrinna A. Hansen og fortsætter:

”En tilstand er mere diffus, mens der med en diagnose kommer en række specifikke koder, som lægerne kan bruge, når de stiller den endelige diagnose, f.eks. komplekst regionalt smertesyndrom (CPRS, red.) eller fibromyalgi. Det bliver mere præcist, og det betyder rigtig meget i forhold til legitimitet i sundhedsvæsenet, men også i samfundet som helhed.”

[Boks 1]

HVAD ER SMERTE?

Ifølge den internationale smerteorganisation ”International Association for The Study of Pain” (IASP) er smerte: ”En ubehagelig sensorisk og emotional oplevelse, som er forbundet med reel eller potentiel vævsbeskadigelse, eller som har lighed hermed.” (22)

Smerte er altså ikke blot en sansemæssig oplevelse som følge af en vævsskade, men en kompleks oplevelse, som ledsages af følelsesmæssige komponenter som ubehag, frygt og angst. Smerteoplevelsen består altså af tre komponenter: en sansemæssig, en følelsesmæssig og en kognitiv komponent, som ikke uden videre kan måles. Og oplevelsen varierer fra person til person og hos den enkelte person på forskellige tidspunkter og under forskellige livsomstændigheder (1).

(Kilde: 1,22)

[Boks 2]

HVAD ER KRONISKE SMERTER?

Smertor defineres som kroniske, hvis de har varet mere end 3-6 mdr. Kroniske smerter opdeles normalt i maligne og non-maligne smerter, samt nociceptive smerter (vævsskadesmerter) og neuropatiske (nervesmerter) smerter.

Nociceptive smerter viser sig som skarpe, dumpe, dunkende, borende, murrende eller knugende smerter.

Neuropatiske smerter viser sig som brændende, snurrende jagende, stikkende, prikkende smerter, evt. som elektriske stød.

Kroniske smerter opdeles også efter lokation, f.eks. muskuloskeletale smerter (bevægeapparatet) eller viscerale smerter (i de indre organer).

Kroniske smerter har været dårligt og usystematisk repræsenteret i Verdenssundhedsorganisationen WHO's sygdomsklassifikation ICD (the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), som også bruges i Danmark. I Danmark anvendes pt. ICD-10, men i 2019 frigav WHO ICD-11, som forventes at træde i kraft i Danmark januar 2022.

Her optræder kroniske smerter som en overordnet diagnose, der dækker over en lang række andre diagnoser, som igen bygges på IASP's systematiske klassifikation af kroniske smerter fra 2019. Her er kroniske smerter organiseret i syv hovedkategorier, oversat til dansk af professor, dr.med. Nanna Brix Finnerup og gengivet med tilladelse fra Best Practice Nordic (23).

1. Kroniske sekundære muskuloskeletale smerter:

Er den kategori, som de fleste smerter, der ses i de reumatologiske klinikker, klassificeres under. De er defineret som kroniske smerter, der skyldes nociception i led, knogler, muskler, sener og relateret blødt væv. Gruppen er organiseret i smerter, der skyldes:

- Persisterende inflammation.
- Strukturelle ændringer.
- Neurologiske sygdomme, for eksempel spasmer ved rygmarvsskade.

Muskuloskeletale smerter associeret med inflammation er yderligere opdelt i smerter pga. inflammation, krystalaflejringer samt autoimmune og autoinflammatoriske sygdomme. Muskuloskeletale smerter associeret med strukturelle ændringer er inddelt i osteoartrose, spondylose og traumer.

2. Kroniske primære smerter:

Er defineret ved, at smerterne:

- Har varet mindst tre måneder.
- Indvirker på dagligdags aktiviteter eller persons sociale funktion – eller er ledsaget af angst, depression eller frustration.
- Ikke kan forklares ved en anden diagnose end kroniske smerter.

Kroniske primære smerter inddeles yderligere i fem kategorier:

1. kroniske udbredte (widespread) smerter (herunder fibromyalgi),
2. komplekst regionalt smertesyndrom,
3. primær hovedpine og orofaciale smerter (for eksempel migræne, spændingshovedpine og kronisk temporomandibulær syndrom),

4. kroniske primære viscerale smerter (for eksempel irritable tyktarm) og

5. kroniske primære muskuloskeletale smerter.

3. Kroniske cancerrelaterede smerter:

Smerter, der skyldes cancer eller cancerbehandling, f.eks. postoperative smerter, smerter på grund af anti-trostrogen behandling og smertefuld polyneuropati på grund af kemoterapi.

4. Kroniske postoperative og posttraumatiske smerter:

Kroniske smerter efter operation og traumer, f.eks. fantomsmerter, postmastektomismarter og smerter ved brandsår.

5. Kroniske neuropatiske smerter:

Smerter, der skyldes en læsion eller sygdom i det perifere eller centrale nervesystem. De primære diagnoser er trigeminus neuralgi, postherpetisk neuralgi, smertefuld polyneuropati og radikulopati, smerter efter perifere nerveskader og centrale smerter ved for eksempel rygmarvsskade, apopleksi og multipel sklerose.

6. Kronisk sekundær hovedpine og orofaciale smerter:

Inkluderer bl.a. post-traumatisk hovedpine og kroniske smerter pga. tandsygdomme.

7. Kroniske sekundære viscerale smerter:

Er inddelt efter de underliggende mekanismer i smerter, der skyldes mekaniske faktorer, vaskulære mekanismer eller persisterende inflammation.

Udover de diagnostiske koder er der mulighed for at udfylde tillægskoder. For smerter kan man specificere f.eks. smerteintensitet, indflydelse på dagligdagen, temporale aspekter og psykosociale faktorer.

ICD-11 er et onlinesystem som har en ny flad og mere klinisk intuitiv struktur, hvilket muliggør princippet "multiple parenting". Det betyder, at de samme smerter kan klassificeres flere steder, f.eks. kan post-mastektomi-smerter klassificeres under både postoperative smerter, cancerrelaterede smerter og neuropatiske smerter.

(Kilde: 1,6,8,23)

Afdelingssygeplejerske Nina Bache er enig, men tilføjer:

”For nogle patienter kan det virke voldsomt at få en diagnose. De ser måske ikke sig selv som en kronisk smertepatient, men netop snarere at de har en tilstand, som de ikke har behov for behandling for. Hvornår er det hensigtsmæssigt, at smerterne går hen og bliver en diagnose? Det er en vigtig dialog at tage med patienterne,” siger hun.

Carrinna A. Hansen mener, at ovenstående pointe er vigtig:

”Selvom man har en langvarig smertetilstand, behøver den ikke at være af kronisk karakter. En kronisk smertetilstand er et vilkår, som patienten skal lære at befinde sig i og tilpasse sit liv i forhold til. Det er et eller andet sted det overordnede formål med al behandling af kroniske smerter. Men diagnosen kan være en stor hjælp, hvis patienten er meget invalideret af smerterne med vanskelige udsigter til, at de kan afhjælpes. Med en diagnose står patienten stærkere, f.eks. også i det sociale system i forhold til at få den hjælp og forståelse, der er behov for,” siger forskeren.

Varigheden afgørende

Hvornår smerter defineres som kroniske, afhænger ifølge Carrinna A. Hansen lidt af konteksten. I Danmark kategoriserer Sundhedsstyrelsen smerter som kroniske, hvis de har været til stede i mere end seks måneder. I en del andre lande bruges definitionen fra den internationale smerteorganisation ”International Association for the Study of Pain” (IASP), som definerer smerter som kroniske smerter, hvis de har eksisteret og varet i tre måneder eller længere (6).

Carrinna A. Hansen bruger selv IASP’s definition i sit virke, og Sundhedsstyrelsen vil tage den i brug, så snart Verdenssundhedsorganisationen WHO’s reviderede internationale klassifikation af sygdomme ”ICD-11” (hvor kroniske sygdomme netop blev kategoriseret som diagnose frem for tilstand) forventeligt træder i kraft i Danmark primo 2022 (1,7).

”Og hele diskussionen om overgangen fra akutte til kroniske smerter er et kapitel for sig selv. Der er tale om en glidende overgang. Og årsager, mekanismer og symptomer varierer fra tilstand til tilstand,” siger Carrinna A. Hansen (se Boks 3).

Nina Bache supplerer:

”Det, de kroniske smertetilstande altid har til fælles, er netop varigheden. Og der er international konsensus om at anse smerter for at være kroniske, når smerter efter en skade har varet længere end den forventede ophelingstid (ca. tre måneder), og/eller når konstante eller tilbagevendende smerter har stået på i 3-6 måneder (7,8).”

[Boks 3]

FORSKEL PÅ AKUTTE OG KRONISKE SMERTER

Akutte smerter udløses af en akut eller potentiel vævsskade og tjener som advarsel om fare.

Et autonomt, endokrint respons på smerten gør kroppen klar til kamp og/eller flugt mhp. overlevelse. Kroniske smerter er modsat akutte IKKE en klassisk melding fra de smerteførende nerver om, at der er sket en akut vævsskade.

Kroniske smerter er nærmere et forvrænget signal, der skyldes en varig forandring af selve smertesystemet eller dets funktioner (læs mere om kroniske smerter i Boks 2).

(Kilde: 8)

Opdeling i forskellige kategorier

I Danmark anslår Sundhedsstyrelsen, at 1,3 mio. danskere over 16 år har kroniske smerter (1). Kroniske smerter kan igen opdeles i mange forskellige kategorier afhængigt af bl.a. sværhedsgrad, tilstande og årsager.

”Der er rigtig mange veje at gå i forhold til smertekategorier og årsager. Men det giver først og fremmest mening at skelne mellem non-maligne og maligne smerter, fordi smerternes årsager, behandlingsforløb og prognose er meget forskellige,” siger Carrinna A. Hansen og tilføjer:

”Cancer kan i sig selv give smerter, og det kan behandling af cancer også. I forbindelse med IASP’s nye definition af kroniske smerter (6) har man åbnet mere op for at imødekomme de patienter, der har haft cancer, og som får kroniske smerter f.eks. efter stråleskader. De har tidligere ikke været eksplicit medtænkt i kategorien.” (Se Boks 2).

Alle smerter – både akutte og kroniske – kan igen opdeles efter f.eks. mekanisme og lokation. Hvad angår kroniske sygdomme, er gigt den mest udbredte i Danmark. Ifølge Gigtforeningen er 700.000 danskere berørt i mere eller mindre grad (9). Og kroniske rygsmerter er også kendt som en folkesygdom i mange vestlige lande, siger Carrinna A. Hansen:

”Rigtig mange danskere har kroniske rygsmerter, og en del får også kroniske smerter efter operation. De er ofte blevet opereret flere gange. Og her skulle vi



måske ikke have opereret den tredje eller fjerde gang, da det kan øge risikoen for udvikling af kroniske smerter, f.eks. føleforstyrrelser eller nervesmerter.”

Syv overordnede smertediagnoser

Kroniske smerter opdeles, som beskrevet ovenfor, først og fremmest i to overordnede smertediagnoser: *non-maligne* (kronisk primær smerte) og *maligne* smerter (kronisk cancerrelateret smerte). De indgår begge i den allerede omtalte definition af kroniske smertediagnoser, som IASP som sagt offentliggjorde i 2019, og som også er den definition, WHO bruger i sin klassifikation af sygdomme ”ICD-11” (6,8) (se Boks 2).

Carrinna A. Hansen uddyber:

”De her syv overordnede smertediagnoser, IASP opererer med, dækker over de mest udbredte typer af kroniske smerter. De har betydning for både sygepleje og behandling, bl.a. i forhold til smertestillende medicin, hvor der er forskel på, hvilken medicin der virker bedst på de forskellige diagnoser. Det samme gør sig gældende i forhold til fysisk aktivitet og træning,” fortæller hun.

Til behandling af muskuloskeletale smerter anvendes der f.eks. ofte gængse smertestillende præparater, som kan købes i håndkøb (10). Og der vil ofte også være fokus på at få patienterne til at styrke og smidiggøre musklerne i området samtidig med, at det tværfaglige behandlingsteam vil forsøge at reducere angst for bevægelse og omfanget af uhensigtsmæssig bevægelse, bl.a. understøttet af den medicinske smertestillende behandling.

Det adskiller sig fra den medicinske behandling af neuropatiske smerter, hvor der ofte ordineres lave doser af såkaldt ”sekundær analgetika”-præparater med indikation for epilepsi og/eller depression som supplement til de gængse smertestillende præparater (se Boks 10 side 32).

Endelig vil fokus hos patienter med kroniske neurogene smerter, herunder fantomsmerter, ofte, men ikke udelukkende, være på at lære patienten om smertemekanismer samtidig med, at aktivitetsniveauet gradvist øges i forhold til smerteintensiteten, bl.a. ved hjælp af fysioterapi.

”For al fysioterapi gælder, at der sideløbende med regelrette øvelser og aktivitetsregulering arbejdes med at bibringe patienten indsigt i og forståelse for både smerter og smertemekanismer. Formålet er at reducere et eventuelt alarmberedskab, og her kan sygeplejersker være en vigtig samarbejdspartner for fysioterapeuten,” siger Carrinna A. Hansen og uddyber:

”Sygeplejersker kan samtale med både patient og dennes pårørende om emner som f.eks. livskvalitet, målsætninger og motiverende faktorer i den enkeltes

liv. Det kan være med til at sætte patientens forståelse af smertemekanismer i perspektiv.”

Når årsag er ukendt

For nogle smertetilstande er den udløsende årsag til smerterne ukendt. Her kan smerterne dog i nogle tilfælde forklares ved en særlig følsomhed i centralnervesystemet (central sensibilisering), hvilket IASP klassificerer som funktionelle smertetilstande (1,7). I WHO’s reviderede internationale klassifikation af sygdomme ”ICD-11” hører de funktionelle smertetilstande under den overordnede smertediagnose ”primære kroniske smerter” (7).

Nina Bache fortæller, at hun og kollegerne ser en del patienter, hvor årsagen til de langvarige smerter kan være svær at finde.

”Og når systemet ikke kan identificere en årsag, opstår snakken ofte, om det kan være en funktionel lidelse eller ej. Tidligere omtalte man noget ukritisk rigtig mange smertetilstande som værende nervesmerter, altså neuropatiske smerter. Men vi er blevet klogere (11), selvom det kan være svært at finde ud af, om smerterne skyldes en funktionel lidelse eller ej, hvis man ikke kan pege på en oplagt årsag som f.eks. et traume eller en diskusprolaps,” siger hun.

Ifølge Nina Bache vil mange patienter hellere have diagnosen kroniske smerter frem for funktionel lidelse, hvilket er den betegnelse, der ofte anvendes ved vedvarende uforklarede fysiske symptomer (12). Det skyldes bl.a., at flere patienter føler det stigmatiserende at blive diagnosticeret med en funktionel lidelse, hvis behandling indtil for nyligt var organiseret under psykiatrien, men er i gang med at overgå til somatikken. Og i modsætning til kroniske smerter er vedvarende uforklarede fysiske symptomer – eller funktionelle lidelser om man vil – heller ikke omfattet af behandlingsgarantien.

”Så jeg kan sagtens forstå patienterne – at når man har smerter, vil man hellere tilknyttes et smertecenter end en klinik for funktionelle lidelser. Der er masser af fysiologi involveret i at have en kronisk smertetilstand uanset, om den er uforklaret eller ej. Og vi skal huske, at selvom det ikke lykkes os at finde den fysiske årsag, kan det måske skyldes, at vi ikke er gode nok til at lede,” siger Nina Bache.

Carrinna A. Hansen tilføjer:

”Der er rigtig meget, vi stadig ikke ved om kroniske smerter. Om 20-50 år kigger vi nok tilbage og tænker ”Hold da op, det vidste vi ikke i 2021!”

Smerter kan ”gå i arv”

Trods de mange ubesvarede spørgsmål er der påvist en række risikofaktorer for at udvikle kroniske

smerter (se Boks 4 på næste side). Nogle er biologiske, f.eks. høj alder eller hvis man er kvinde. Andre risikofaktorer er psykologiske, som arvelig disponering for at udvikle angst, og andre igen sociale, som kort uddannelse og hårdt fysisk arbejde. Og der er også påvist en genetisk disposition.

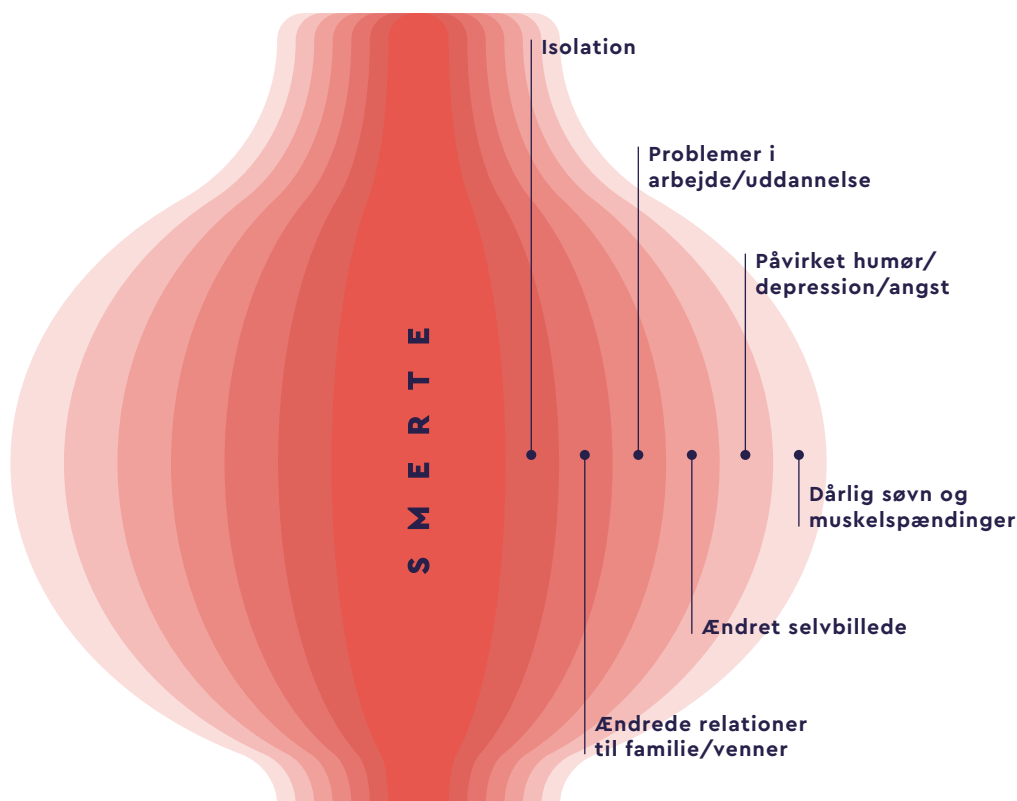
”De senere år har jeg for alvor fået øjnene op for, at kroniske smerter kan gå i arv. I mit forrige arbejde tilknyttet Rigshospitalets tværfaglige smertecenter blev jeg opmærksom på, hvordan hjemmeboende børn kan blive voldsomt påvirkede af, at mor eller far har en kronisk smertetilstand,” siger forskeren og uddyber:

”Studier viser, at børn, der er vokset op med forældre, der har kroniske smerter, har øget risiko for selv at udvikle en kronisk smertetilstand senere i livet (16,17). Vi ser det også inden for andre kroniske

sygdomsområder. Om det skyldes miljømæssige eller genetiske årsager, ved vi ikke endnu. Det kan også være psyko-sociale årsager, der påvirker børnene – at de ser nogle adfærdsmønstre og kopierer dem.”

Ifølge Carrinna A. Hansen viser forskning, at disse børn ofte kan føle sig svigtet og også tit mangler at få en ordentlig forklaring på, hvad deres forældre fejler. Børn kan være bange for, at deres forældre skal dø af smertetilstandene (13,14). Sygeplejersker og andre fagpersoner kan hjælpe forældre og børn med den vigtige samtale, som med fordel kan tage udgangspunkt i ”Smerteløget” (se Figur 1), der bl.a. bruges i de tværfaglige smertecentre i Region Syddanmark (15). I et multicenterstudie (13) fremhævede en mandlig patient, hvor svært det var at forklare sine børn, hvad kroniske smerter er, siger Carrinna A. Hansen:

[Figur 1] **SMERTELØGET**



Som tiden går, lægger de fysiske, psykiske og sociale problemer sig omkring den oprindelige kerne af smerter – som lag omkring et løg.

Gengivet med tilladelse fra Smertecenter Syd

(Kilde: 15,57)

”Han forsøgte at forklare og berolige børnene ved at tage udgangspunkt i Smerteløget.”

Nina Bache genkender billedet:

”Vi har også flere generationer tilknyttet smertecentret. Det er muligt, at der er genetik i, om smerten opstår, men der er ikke genetik i måden at tackle smerterne på. Og netop det gør det så spændende at arbejde med det her område. I nogle familier, især med få ressourcer, kan meget af det, der er svært, blive puttet hen under smerterne: ”Jeg har ondt, og derfor trækker jeg mig fra den svære samtale ved middagsbordet og tager noget medicin.” Det kan blive en måde at kommunikere på i nogle familier, desværre,” siger hun (se Boks 5).

Koster patienter og samfund dyrt

Som kronisk smertepatient kan det være svært at forklare sine omgivelser, hvordan det er at leve med konstante smerter. Omvendt kan det være svært for pårørende at forstå og rumme smerternes omfang, og forskning viser, at patienter med kroniske smertetilstande har risiko for at miste en eller flere relationer.

”Deres perifere relationer forsvinder ofte hurtigt, men de er også i risiko for at miste nære relationer. Mange bliver skilt, og i et studie beskrev en patient det rigtig godt (13). Han fortalte, at han boede alene uden nogle rigtigt tætte relationer. Han havde sine søskende, men de troede ikke på ham, fordi de ofte oplevede, at han på dagen måtte aflyse aftaler som f.eks. biografbesøg pga. sine smerter,” fortæller Carrinna A. Hansen og fortsætter:

”Han sagde, at han oplevede, at de bebrejdede ham, fordi de tolkede aflysningen som om, han ikke ville være sammen med dem. Hvis de ugen forinden har set ham velfungerende i to timer, uvidende om, at han går hjem og er helt kvæstet bagefter, og når han så aflyser en hyggelig aftale ugen efter, kan det være nærliggende at tro, at ”nå – det gider han ikke”. De sociale omkostninger kan være store.”

Og – påpeger både forsker og kliniker i denne Dialog – det er ikke blot de nære relationer, der kan have svært ved at forstå smerternes omfang. Såvel patienternes arbejdspladser som personale i både sundhedsvæsenet og det sociale system møder nogle gange kroniske patienter med mistro og skepsis.

”Jeg oplever, at sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, især uden for de specialiserede smertecentre, kan være med til at stigmatisere patienterne. Jeg ved, det måske er en voldsom generalisering, jeg er ude i her, men jeg ser, at vi som faggruppe kommer til at afspejle samfundets syn på de her patienter,” siger Carrinna A. Hansen og fortsætter:

[Boks 4]

RISIKOFAKTORER

Der er påvist en række risikofaktorer for at udvikle kroniske smerter, hvoraf nogle vigtige er oplistet nedenfor:

Biologiske:

- Høj alder
- Kvindekøn
- Genetisk disposition
- Svær overvægt
- Traumer og kirurgiske indgreb, herunder gentagen kirurgi, stærke smerter efter kirurgi
- Eksisterende kroniske smertetilstande inden kirurgi kan være en risikofaktor for, at de kroniske smerter øges eller udbredes yderligere.

Fysiologiske:

- Fysisk inaktivitet

Psykologiske:

- Tendens til angst og katastrofetænkning
- Dårligt selvurderet helbred
- Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD)
- Krigstraumer og andre traumer
- Psykiske, fysiske og/eller seksuelle overgreb i børne- og ungdomsalder

Sociale:

- Kort uddannelse
- Hårdt fysisk arbejde
- Separation/skilsmisse
- Ikke-vestlig baggrund

(Kilde: 1,24)

”Det er en usynlig diagnose, uhåndgribelig og svær at forstå, og det kan medføre mistro. Vi kan også være hurtige til at putte dem i kassen ”Her er nogle patienter, som er dårligt socialt fungerende, de vil nok bare gerne have en pension, så de kan gå hjemme og slappe af.” Vi bliver nødt til at kigge indad på vores egen kultur og også på, om vi gennem sygeplejerskeuddannelsen bliver godt nok uddannet til mødet med smertepatienter.”

Nina Bache tilføjer:

”Som fagperson kan det være svært at stå over for et menneske med en lidelse, man både har svært ved at se og måske også forstå samtidig med, at man

ikke kan få den til at forsvinde. Her er kommunikation afgørende. Patienterne er bange for deres smerter og for at blive stigmatiseret. Og vi skal gøre alt, hvad vi kan for at imødekomme deres frygt," (se Boks 5).

Øget risiko for at dø

Patienter med kroniske smerter har øget risiko for at udvikle depression og angst. Et dansk studie fra 2016, der omfatter personer med kroniske smerter under behandling på et offentligt tværfagligt smertecenter, viste, at personernes fysiske funktionsniveau og den helbredsrelaterede livskvalitet var svært reduceret. Og over halvdelen havde angst og/eller depression. Kun en femtedel af personerne var i arbejde på fuld eller nedsat tid (18). Nina Bache tilføjer:

"Vi ser mange patienter med angstproblematikker. Nogle kæmper med problematikkerne, før de får smerter, andre udvikler dem efter. Andre patienter har svære sociale problemer, og nogle har fået tvangsfjernet børn. Det er de mere alvorlige tilfælde, men de findes, og de problematikker har også betydning for, hvilken behandling vi kan tilbyde."

Kroniske smerter har også store samfundsmæssige økonomiske omkostninger. I 2015 kostede alene behandling af lænderygsmærter ca. 1,8 mia. kr. og medførte udgifter til tabt produktion på ca. 4,8 mia. kr. (19). Carrinna A. Hansen refererer desuden til et dansk studie af de socioøkonomiske konsekvenser af smerteintensive diagnoser fra 2011 (20):

"Udgifterne til denne patientgruppe er større end de samlede udgifter til behandling af cancer-, diabetes- og hjerterehabiliteringspatienter tilsammen (20). Selvom det ikke er et rart ord, udgør de kroniske smertepatienter en byrde for samfundet, og vi må kunne gøre det bedre," siger Carrinna A. Hansen – for både samfundets og patienternes skyld:

"Et studie i primær sektor har vist, at dødeligheden var næsten dobbelt så høj for gruppen af patienter med kroniske smerter sammenlignet med kontrolgruppen. De signifikante risikofaktorer var øget forekomst af kardiovaskulære lidelser, herunder adipositas (svær overvægt, red.), fysisk inaktivitet, hypertension og diabetes mellitus. Samlet set havde 13,1 pct. af patienterne med kroniske smerter hjerte-kar-sygdom sammenlignet med 4,8 pct. i kontrolgruppen (21)." ●

[Boks 5]

HUSK DE PÅRØRENDE

En interviewundersøgelse (13) med patienter, pårørende og medarbejdere i tre tværfaglige smertecentre peger på, at en del kroniske smertepatienter med mindre og lidt større hjemmeboende børn oplever dårlig samvittighed, fortæller Carrinna A. Hansen:

"Forældrene har ofte dårlig samvittighed over ikke at kunne følge børnene i skole, til fodbold etc. og de udtrykte også, at deres børn havde svært ved at forstå, hvad det hele handlede om og ønskede specifikt, at det var sundhedsfaglige, der forklarede børnene, hvad det betød, at mor eller far har kroniske smerter. Og de pårørende ønskede også inddragelse af børnene i forløbene."

I teenagefamilier gav forældre udtryk for, at familien var i krise, og at sammenstød med vrede/frustrerede teenager kunne være en næsten uoverkommelig udfordring (13).

"De sundhedsprofessionelle fandt også, at der var behov for at inddrage børnene, men at de samtidig havde bekymringer for, om de var kompetente til at tale med børnene," siger Carrinna A. Hansen.

Nina Bache supplerer:

"Vi inddrager børnene i det omfang, vi kan. Men vi kan klart blive bedre. Det er mest fra fem år og opefter, hvor det kan være både sygeplejersker og psykologer, som taler med børnene, mens den smerteramte og evt. andre relevante familiemedlemmer er til stede. Fra sygeplejerskeuddannelsen ved vi en del om børns udvikling og kommunikation med dem, og er vi usikre, må vi læse op på det. Vi må hellere øve os lidt og nogle gange træde en smule ved siden af end at lade være," siger hun og tilføjer:

"Vi kan have stor berøringsangst, når det handler om børn, men alle de familier, vi har haft konsultationer med, fortæller, at det hjælper dem meget. Børnene bliver f.eks. lettede, når en fagperson tegner og fortæller om forskellen på akutte og kroniske smerter – at smerterne ikke er farlige, og at det ikke er deres skyld, at mor eller far har ondt."

"Overordnet er det vigtigt at inddrage alle pårørende – både børn og andre nære familiemedlemmer som ægtefæller og kærester, hvilket dog ikke altid sker," tilføjer Carrinna A. Hansen. Ovennævnte interviewundersøgelse viste overordnet, at de pårørende har et overvældende behov for at blive involveret i patientforløbet, men at involvering sker i mindre grad end forventet (13).

"Der er brug for mere forskning på området, så involveringen af de pårørende kan blive så relevant og individuel som muligt. Men vi tænker, at familiefokuseret sygepleje som være en måde at sikre pårørendee involvering på (25)," siger Carrinna A. Hansen.



[Boks 6]

SMERTEVUR- DERING VED KRONISKE SMERTER

Når en patient henvender sig til sundhedsvæsenet pga. smerter, er en smerteanamnese altid på sin plads. Men når det kommer til patienter i behandling for kroniske smerter, giver det generelt ikke mening løbende at smertescore efter gængse smertescoringsregimer som f.eks. VAS (Visuel Analog Scale) og NRS (Numeric Rating Scale), fortæller Nina Bache.

"Selvfølgelig skal sygeplejersker på sygehusene smertescore patienter, der bliver indlagt, f.eks. på kirurgiske afdelinger. Men generelt giver det ikke mening at smertescore patienter med kroniske smerter med mindre man også inddrager deres funktionsniveau og -evne. Smertescoring alene giver et u hensigtsmæssigt fokus på smerter og kan være med til at fastholde patienterne i en u hensigtsmæssig sygerolle," siger hun og fortsætter:

"Vi bruger smertescoring meget lidt, primært når patienterne starter i forløb hos os for at få et billede af, hvordan deres hverdag ser ud. Og vi kæder altid smertescoringen sammen med f.eks. deres psykiske velbefindende og deres funktionsevne," siger Nina Bache og henviser til, at målet med behandlingen netop er at øge patienternes livskvalitet og funktionsevne.

I denne forbindelse skal funktionsevne tænkes meget bredere end fysisk formåen, hvilket verdenssundhedsorganisationen WHO's Internationale Klassifikation af Funktionsevne (ICF) inviterer til (se Figur 4 side 28).

(Kilde: 33)

Hjælp patienten med at forstå og håndtere smerterne

Sygepleje til patienter med kroniske smerter skal altid tage udgangspunkt i den bio-psyko-sociale tilgang. Målet er at lære patienterne at mestre livet med smerter bedst muligt.

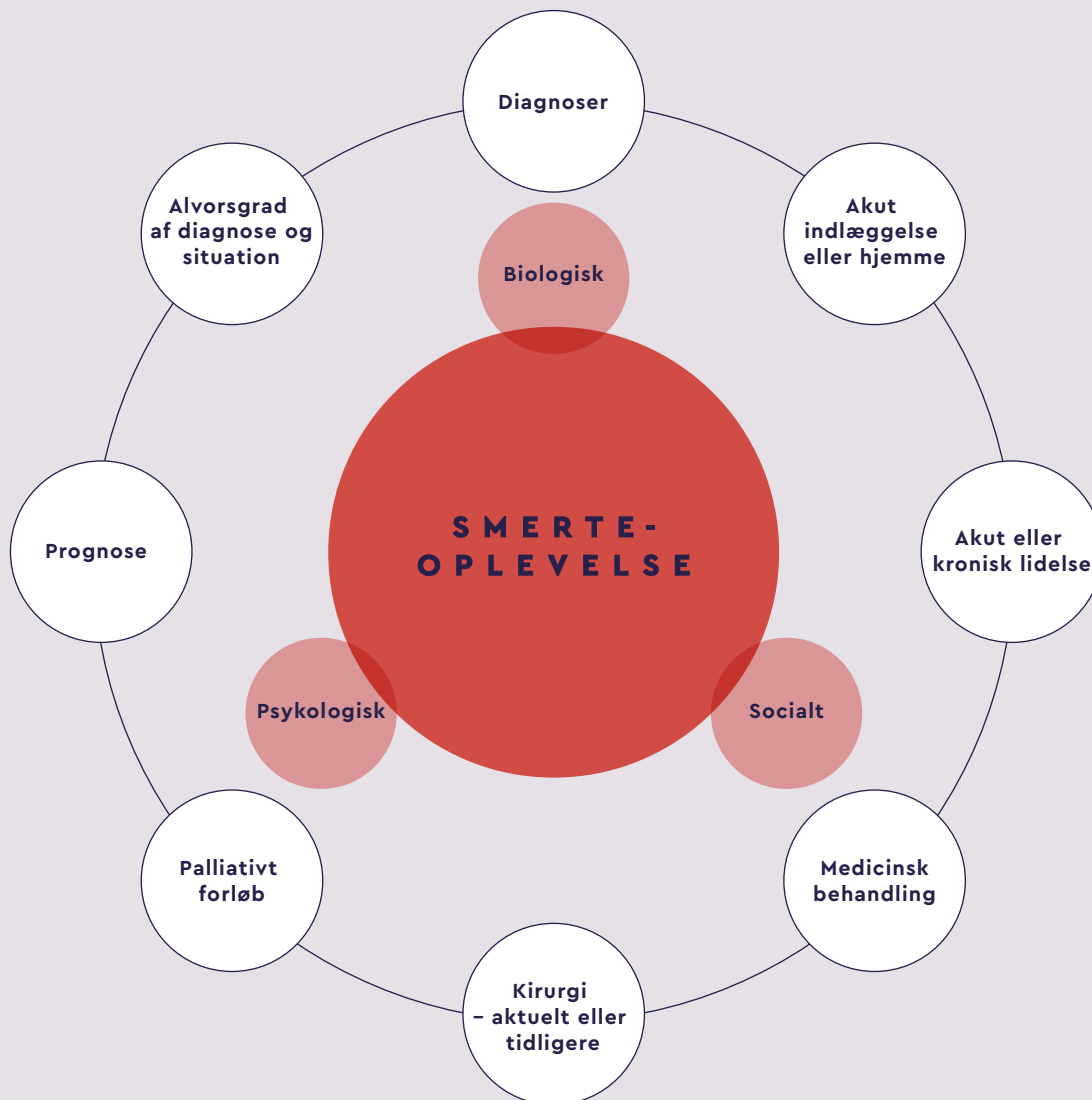
Uanset hvor du arbejder som sygeplejerske, vil du med jævne mellemrum møde en af de 1,3 mio. danskere, som har kroniske smerter. Og netop derfor kan sygeplejersker være med til at sikre, at patienterne får den bedst mulige behandling så tidligt som muligt," siger Carrinna A. Hansen og Nina Bache.

"Jo før patienterne får hjælp til at sætte ord på, hvordan smerterne påvirker dem ikke blot fysisk, men også socialt og psykisk, jo før kan de blive bevidste om de forskellige mekanismer og adfærdsmønstre, de lever med, og forhåbentlig blive hjulpet bedre og tidligere," siger Nina Bache, (se Boks 6).

Som afdelingssygeplejerske på smertecentret på Sjællands Universitetshospital Køge, modtager Nina Bache og kollegerne først patienterne, når deres kroniske smertetilstand er en realitet. Her bruger både sygeplejersker og andre faggrupper den bio-psyko-sociale tilgang lige fra det første møde med patienten. Og med udgangspunkt i forskning (26) advokerer Carrinna A. Hansen og Nina Bache for, at al sygepleje til kroniske smertepatienter, uanset hvor sygeplejerskerne møder patienterne henne, skal tage afsæt i den bio-psyko-sociale tilgang, mere detaljeret beskrevet i den bio-psyko-sociale smerteforståelsesmodel (se Figur 2).

[Figur 2]

DEN BIO-PSYKO-SOCIALE SMERTEFORSTÅELSESMODEL



Individuelle forskelle i de biologiske, psykologiske og sociokulturelle faktorer træder frem i den subjektive smerteoplevelse (de inderste cirkler). Smerteoplevelsen og reaktionen herpå influeres endvidere af konteksten for smertens opståen og for mødet med sundhedsvæsenet samt de konsekvenser, begivenheden har for patienten (de yderste cirkler).

Gengivet med tilladelse fra forlaget.

(Kilde: 8)

”Samtidig med, at vi som sundhedsvæsen leder efter en diagnose og en passende behandling, er det vigtigt, at vi på samme tid inviterer patienterne med ind i den her tankegang,” siger Nina Bache og tilføjer:

”Nogle patienter bliver forskrækkede, når de første gang bliver præsenteret for, at andre ting end det fysiske kan påvirke smerten, og at vi måske også

skal kigge på det. Men der kommer også hurtigere fokus på at differentiere smerten – hvad er det for en type, hvordan påvirker den patientens dagligdag, og hvad kan man gøre ved den – det er kongstanken med hele den bio-psyko-sociale tilgang.”

Og den opgave kan sygeplejersker være med til at løfte, uanset hvor de er ansat henne. Også selvom mødet

med patienten måske er kortere og mere flygtigt end det, personalet på de mono- eller tværfaglige smertecentre har, når patienterne er tilknyttet centrene i et længere behandlingsforløb (se boks 7).

”I mange lægepraksisser har man f.eks. diabetes- og KOL-sygeplejersker, som de respektive patientkategorier går i fast forløb hos. Lad os få nogle smertesygeplejersker ansat i almen praksis. De kan også have faste patientforløb med kroniske smertepatienter og løbende afholde smertekurser for nye,” siger Nina Bache.

Smerteforståelse er målet

Den bio-psyko-sociale tilgang til smerteforståelse så dagens lys allerede i 1970'erne (2,3,4,27). Ifølge den anskues både akutte og kroniske smerter som et sammensat fænomen med biologiske, psykologiske og sociale (herunder kulturelle) komponenter. De indgår alle i smerteoplevelsen og i den måde, patienten udtrykker og håndterer smerterne på (se Figur 2 på forrige side).

Kort fortalt omfatter den biologiske komponent den biologiske del af smerten, herunder årsag til smerte (f.eks. traume/kirurgi/is-kæmi) og selve den fysiske smertepåvirkning. Alder, køn og andre genetiske forhold samt fysisk form, funktionsevne og helbreds-mæssige forhold mm. gør sig også gældende her.

Den *psykologiske* komponent omfatter det eksistentielle og det personlige i smerteoplevelsen, f.eks. selvværd, selvforståelse, intelligens, uddannelse, kommunikationsevne, evne til at håndtere stressbelastninger, tærskel for angst etc.

Og den *sociale/sociokulturelle* komponent omfatter alle de sociokulturelle faktorer som civilstand, familie, erhverv, økonomi og det sociale liv med f.eks. familie og venner. Derudover kan patientens etnicitet, traditioner, kultur og religion o.l. også have betydning for smerteoplevelse, -udtryk og -adfærd (4).

Og det, sygeplejerskerne især kan i forhold til patienter med kroniske smerter, er at tage samtalen om, hvordan de forskellige komponenter spiller sammen og derved bibringe patienterne en mere nuanceret smerteforståelse, påpeger Nina Bache.

”Når først patienten har forståelse for og anerkender, at de kroniske smerter ikke kun er en biomedicinsk størrelse, bliver det lettere for dem at forstå, at vi nok ikke kan få smerten til at forsvinde. Men også at vi formentlig godt kan lindre smerten lidt bedre, måske ved at hjælpe patienten med at skrue på nogle af de andre parametre, så smerten kommer til at fylde mindre,” fortæller hun og tilføjer:

”Det tager tre minutter at forklare den her model, når først man er inde i den. Så den kan man sagtens bruge i en lægepraksis, på en ortopædkirurgisk afdeling eller andre steder.”

Vær ikke opioid-forskrækket

Carrinna A. Hansen kan genkende Nina Baches betragtninger og kliniske erfaringer:

”Jeg har jo min primære gang i en ortopædkirurgisk afdeling med et meget højt patientflow, hvor mange kommer med både akutte og kroniske smerter. Vi ser dem ofte kun i kort tid, og vi kan ikke løse det hele her. Men bare det, at vi anerkender og italesætter patientens smerter, kan være med til at berolige

[Boks 7]

SMERTESYGEPLEJE TIL PATIENTER MED KRONISKE SMERTER

Formålet med smertesygepleje er at sikre patienten bedst mulig smertelindring og mindst muligt omfang af negative følger af smerte og smertebehandling. Sygeplejen skal tage afsæt i den bio-psyko-sociale tilgang og, så vidt det er muligt, foregå i samarbejde med patienten med hensyntagen til patientens præferencer, med tilknyttede pårørende og med relevante faggrupper og instanser. Carrinna A. Hansen tilføjer, at en personcentreret praksis-tilgang er vejen frem:

”I mange år har vi talt om ”shared decision making”, empowerment og inddragelse. Det er alt sammen en del af personcentret praksis, lige som f.eks. Fundamentals of Care er det. En personcentreret praksis-tilgang har fokus på både patient, pårørende OG sundhedspersonalets rolle i pleje og behandling, hvilket giver god mening.”

For at kunne yde bedst mulig sygepleje og tage de korrekte kliniske beslutninger, skal sygeplejerskerne bl.a. kunne:

- Identificere patienter med (kroniske) smerter
- Identificere og håndtere patientens bio-psyko-sociale reaktion på smerter og smertebehandling
- Forebygge og håndtere negative følger af smerter og smertebehandling
- Administrere farmakologisk og non-farmakologisk behandling
- Monitorere, evaluere og dokumentere behandlingens effekt og foranledige justering af denne
- Undervise patient og pårørende i relevante smerterelaterede emner.

I længerevarende patientforløb med kroniske smerter er destabiliserings- og rehabiliteringsparablen et godt værktøj at tale ud fra. Det kan især bruges til at skabe forståelse for, hvad der har været, og hvad der kan komme fra traumat/skaden er sket, til patienten er tilpasset sit handicap, (se Figur 3).

(Kilde: 8)

patienten, hvilket igen kan medføre, at smerten bliver mindre påtrængende. Jo mere bekymret, man som patient er over sine smerter, jo kraftigere bliver smerteoplevelsen (5,26,28),” siger forskeren og tilføjer:

”Noget af det, jeg ser, vi generelt kan blive bedre til i sundhedsvæsenet og også i egen afdeling, er at være mindre opioid-forskrækkede. Med det mener jeg, at vi skal blive bedre til at anerkende, at en kronisk smertepatient postoperativt både skal have sin vanlige smertemedicin plus postoperativ medicinsk

smertebehandling – og i nogle tilfælde lidt til.” (Læs også artiklen ”Kroniske smerter og opioider” side 30).

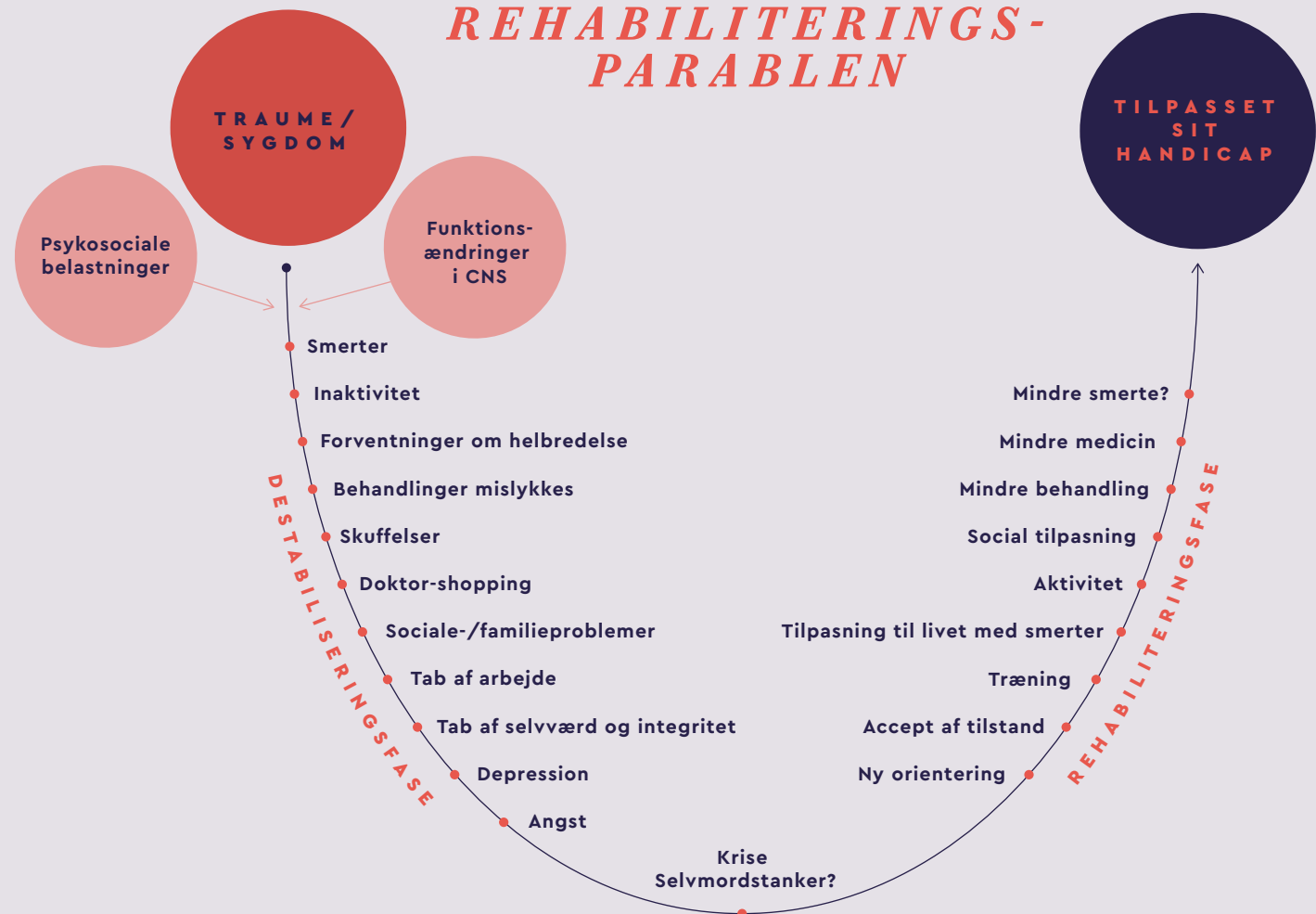
Omvendt kan en patient, der f.eks. lige har fået amputeret foden, måske opleve, at der er lidt for ensidigt fokus på ben og smerter, fremfor hvad der skal ske, når han/hun skal hjem. Det sidste punkt fylder måske mest hos patienten og kan være med til

at forværre smerteoplevelsen, siger Nina Bache og uddyber, at en kort samtale med udgangspunkt i den bio-psyko-sociale smerte-forståelsesmodel kan hjælpe:

”Noget à la ”Lige nu har du mange smerter, og derfor prioriterer vi sårpleje, og at du kommer op og stå og bliver mobiliseret. Men vi skal også nok sørge for at få f.eks. en socialrådgiver,

[Figur 3]

DESTABILISERINGS- OG REHABILITERINGS-PARABLEN



Destabiliserings- og rehabiliteringsparablen kan anvendes som redskab til forståelse af, hvad der har været, og hvad der kan komme, idet den illustrerer et typisk forløb for en kronisk smertepatient med destabiliseringsfasen på den venstre side af kurven og rehabiliteringsfasen på den højre side.

En patient har udtalt, at havde vedkommende og hans hustru haft samtaler om smertedefinitionen og parablen 5 år tidligere, hvor smertetilstanden blev vurderet som kronisk, havde de været bedre forberedte på, hvad der kunne komme, og de havde haft større mulighed for at prioritere.

I gennemgangen af smertedefinitionen forklares patienten, hvordan ydre omstændigheder kan påvirke smerteoplevelsen til det værre eller bedre.

Gengivet med tilladelse fra forlaget.

(Kilde: 8)

kommunen, hjemmeplejen og genoptræning med ind over, så du kommer til at fungere så godt som muligt trods den manglende fod?”

Gode redskaber til samtaler

Så snart sygeplejersker og andre fagfolk inddrager den bio-psyko-sociale smerteforståelsesmodel, overgår patientforløbet naturligt fra at fokusere udelukkende på diagnose og medicinsk behandling til også at inddrage rehabiliterende tiltag som f.eks. fysioterapi, mindfulness, smertekurser og psykologsamtaler.

På Smertecenter Syd bruger sygeplejersker og andre medarbejdere f.eks. modellen ”Smerteløget” (15) (Figur 1) til at tale med patienterne om, hvordan livet med kroniske smerter kan give både kropslige, personlige og sociale udfordringer, fortæller Carrinna A. Hansen:

”Smerteløget viser, hvordan der billedligt talt bliver lagt flere lag af lidelse uden på smerten – som på et løg. Der er en kerne af smerter, man ikke kan fjerne. Men man kan pille de yderste lag af løget, så kun kernen er tilbage. Smerteløget kan hjælpe patienten med at blive opmærksom på disse ekstra lag for dernæst at kunne arbejde med dem ét for ét.”

Nina Bache tilføjer:

”Hvis man anvender smerteløget, er det vigtigt at tydeliggøre, at der ikke er tale om en fast kerne af smerter, da smerter er fluktuierende og som tidligere nævnt et sammensat fænomen, der involverer biologiske, psykologiske og sociale og kulturelle komponenter.”

Hun henviser til et andet redskab, sygeplejersker kan bruge, nemlig den såkaldte destabiliserings- og rehabiliteringsparabel (29), (se Figur 3 på forrige side). Den illustrerer et typisk forløb for en patient med kroniske smerter, lige fra traume/sygdommen og dermed smerterne opstår, til patienten har tilpasset sit liv smerterne/sit handicap. De ord, der anvendes i parabelen, er overskrifter på oplevelser og erfaringer, som mange smertepatienter kan genkende og derfor tage afsæt i, når de skal forholde sig til deres egen situation, fortæller Nina Bache:

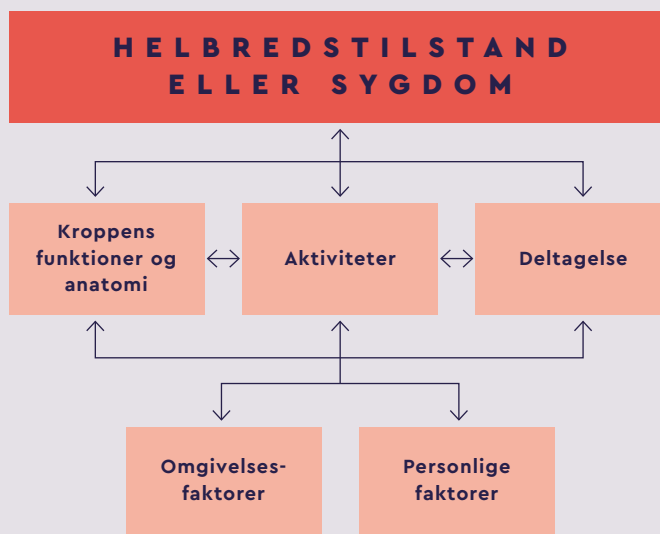
”Det er vigtigt at påpege, at processen ikke følger punkterne slavisk, men sygeplejersker kan anvende parabelen, når de skal hjælpe patienter med at forstå, hvor i processen mange er, når de har det svært og starter behandling, og hvor man ofte også taler om mål med behandlingen. Og parabelen kan også bruges i samtaler, hvor man taler om overordnet tryghed i forhold til den proces, patienterne er i, uanset hvor de befinder sig i forløbet.”

Stor effekt af tværfaglig indsats

Samtaler som ovenstående kan være med til at forebygge, at kroniske smertetilstande bliver direkte invaliderende og ødelæggende for patienten, f.eks. ved at inddrage andre former for behandling end medicinsk tidligere i forløbet, fortæller Carrinna A. Hansen. Hun dvæler specifikt ved fysioterapeuternes vigtige rolle i den tværfaglige indsats.

”De senere år har jeg virkelig fået øje på, hvor stor en effekt fysioterapi kan have for kroniske smertepatienter. At de

[Figur 4] WHO'S INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH



WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health går på dansk under navnet ICF-modellen. Det er både en helhedsmodel (som netop inddrager patienternes bio-psyko-sociale forhold) og en klassifikation.

ICF gør det muligt at beskrive funktionsevnen med fokus på krop, aktivitet og deltagelse – samt de helbredsmæssige og kontekstuelle (personlige og omgivelsesmæssige) faktorer, der påvirker funktionsevnen. Pilene i figuren signalerer, at alle faktorer er gensidigt afhængige og påvirkelige.

Med ICF er der udviklet en forståelsesramme og et standardiseret sprog til at beskrive helbred, funktionsevne og kontekst, der kan anvendes tværfagligt, tværsektorielt og på tværs af nationer. ICF kan anvendes i relation til medfødt sygdom, akut opstået sygdom, kronisk sygdom samt i det forebyggende arbejde. Fælles Sprog III (fælleskommunal metode for dokumentation og udveksling af data på sundheds- og ældreområdet) er bygget op om ICF-modellen, som også bruges fast hos bl.a. fysioterapeuter.

Læs mere i Lægehåndbogen – funktionsevnevurdering og ICF på www.sundhed.dk (33).

© Birgitte Lerche-Barlach 2010

får bevæget sig og brugt hele kroppen og ikke blot lader den fod, eller hvad der nu gør ondt, være i hvile. Dette gør op med vores naturlige katastrofe-tankegang – hjernen siger ”Pas på, det gør ondt, der skal vi ikke hen,” men det er netop den tankegang, vi skal forebygge. Patienter med kroniske smerter skal derud og bevæge det, der er ramt (8,26).”

Nina Bache supplerer:

”De fleste fysioterapeuter er specifikt uddannet til at arbejde med såkaldt fear-avoidance, altså angst for bevægelse, som er en naturlig handling, når man har ondt. De har det her blik på hele tiden, og sygeplejersker kan jo om nogen være med til at

afdække behovet for fysioterapi under samtalerne og opfordre patienter til at prøve det.”

Carrinna A. Hansen har ikke selv beskæftiget sig meget med de teoretiske aspekter af den tværfaglige indsats i forbindelse med kroniske smertepatienter. Men qua sine observationer i praksis fremhæver hun især tværfaglige konferencer med deltagelse af læger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere som effektive (26).

”Smertecentre med et reelt tværfagligt team har bedre muligheder for at hjælpe patienterne (3). Både eksisterende og nye problematikker bliver set og diskuteret ud fra perspektiverne i de forskellige faggrupper, som derefter finder ud af, hvem der kan gøre hvad for patienten,” fortæller Carrinna A. Hansen.

Aldrig smertefri

Som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 10/2021 har den kroniske smertepatient Jesper Meinert efter et længere forløb i et tværfagligt smertecenter erkendt, at han aldrig bliver smertefri. Men forløbet har givet ham redskaber til at leve et godt liv alligevel. Behandlingen er lykkedes, fastslår Nina Bache, men tilføjer:

”Netop fordi kroniske smerter er så komplekse og individuelle, er det svært at opliste nogle konkrete måleindikatorer for, hvornår behandlingen er lykkedes.”

Hun henviser dog til den danske database Pain-Data, som er et nationalt klinisk smerteregister, der sigter mod at forbedre forståelsen og behandlingen af patienter, som oplever vedvarende smerte (30). PainData indeholder pt. data fra flere end 11.000 patienter med kroniske smerter, som har været henvist til behandling på et smertecenter fra 2015 og frem. Næste mål er at få en national klinisk database godkendt i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP, fortæller Nina Bache og uddyber:

”Til det formål er en arbejdsgruppe i gang med at finde ud af, hvilke kvalitetsindikatorer der kan anvendes i den tværfaglige behandling. Det overordnede succeskriterie for al behandling er dog, at patienten har et liv, der fungerer så godt som muligt med smerter som en del af hverdagen.”

Carrinna A. Hansen byder ovenstående arbejde meget velkomment og påpeger, at det taler lige ind i den udvikling af PREM – Patient Reported Experience Measures (på dansk ”patient-rapporteret selv-vurderet oplevelse”) og PROM – Patient Reported Outcome Measures (på dansk ”patient-rapporteret vurdering af symptomer, livskvalitet og funktionsniveau i forbindelse med behandlingsresultater”), som finder sted i sundhedsvæsenet i disse år.

Hun fremhæver også, at en del forskning viser, at dedikeret arbejde med patienters selvmanagement og empowerment, altså hvordan patienter lærer at leve med de nye livsvilkår, gavner kroniske smertepatienter (31,32):

”Hvad der giver mening og livskvalitet, er så individuelt fra smertepatient til smertepatient. Her kan vi som sygeplejersker hjælpe patienterne med at få sat ord på, hvad der betyder mest for dem. For nogle er det vigtigst at bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet, for andre at de kan følge deres søn til fodbold hver onsdag eller noget helt tredje.”

Nina Bache har endnu et bud på, hvornår behandlingen er lykkedes:

”Når patienterne holder op med at opsøge sundhedsvæsenet for at få yderligere udredning og ”hurtig” behandling for deres kroniske smerter, skyldes det forhåbentligt, at de har lært at leve så godt som muligt med smerterne” (se Boks 8). ●

[Boks 8]

PATIENTER SKAL IKKE "GÅ TIL SMERTE"

Nogle patienter med kroniske smerter kan have svært ved at slippe behandlerens system. Men uden fremdrift bør de afsluttes, mener Nina Bache.

”Nogle bliver henvist igen og igen. De cykler rundt mellem smertecentrene, og man skal ikke tage fejl af, at nogle af de patienter, der bliver henvist til et smertecenter for første gang, får sparring og vidner til deres liv og smerter i en grad, de ikke har prøvet før. Men her har vi nu skærpet opmærksomhed på, at der skal være fremdrift i forhold til de problematikker, der er smerterelaterede,” siger hun.

Konkret sker det ved, at der laves status på alle patienter hver 3.-4. måned.

”Mangler der fremdrift, eller oplever vi stagnation, afslutter vi dem, også selvom de ikke har fået det væsentligt bedre. Som en psykolog i smertecentret en gang påpegede, er det ikke hjælpsomt for patienterne at ”gå til smerte”. Det var en øjenåbner for mange af os. Der skal være en mening med det. Det handler også om parathed, og de kan altid komme igen, når de er klar til at arbejde med deres situation,” siger hun.

(Kilde: 31)

Kroniske smerter og opioider

Selvom udviklingen går den rette vej, er alt for mange danske patienter med kroniske smerter stadig i langtidsbehandling med opioider.

For år tilbage var det mere reglen end undtagelsen at behandle kroniske smertepatienter med opioider, og et stort antal danskere er stadig i langtidsbehandling med opioider, fortæller Carrinna A. Hansen, som selv har forsket i emnet.

”Desværre gør Danmark sig stadig dårligt bemærket både internationalt og sammenlignet med de nordiske lande. Vi har et højere opioid-forbrug i befolkningen generelt og blandt de kroniske smertepatienter specifikt. Jeg har noteret, at ulighed i sundhed og behandling slår særligt igennem i forhold til brug af opioider, dvs. i forhold til, hvem der indløser recepter. Men der begynder at ske noget positivt; forbruget er faldet, og det er godt, for det kan være et tegn på, at tværfaglighed i behandlingen virker (3),” siger hun.

Mere og mere viden peger desuden i retning af, at langtidsbehandling med opioider kan have en omvendt (såkaldt paradoks-) effekt og dermed være med til at forværre smertetilstanden frem for at lindre den (8,35,36).

Opioid-behandlingen bliver ofte indledt i forbindelse med indlæggelse og operation, hvorfor det er værd at dvæle ved, hvordan sygeplejersker på især kirurgiske afdelinger kan være med til at stille spørgsmål ved patienternes opioidforbrug på både kortere og længere sigt, siger Carrinna A. Hansen (se Boks 9).

”Når en kronisk smertepatient bliver indlagt med akutte smerter i forbindelse med et traume, er det vigtigt at være opmærksom på, hvilken smertemedicin patienten tager til dagligt og det, der kommer til i forbindelse med traume og operation. Der kan være

en tendens til, at man kigger på det og lægger det hele sammen og tænker ”hold da op, al den medicin, ofte opioider, patienten skal have, kan jo slå en hest ihjel, hvis man giver det hele på samme tid.” Og så holder man igen, for man vil ikke gøre patienten ondt.”

Den praksis kan føre til, at den kroniske smertepatient ikke er godt nok smertelindret under indlæggelsen, og som hovedregel skal alle kroniske smertepatienter have både deres daglige medicin samt medicin for smerter i forbindelse med traume og/eller indgreb under indlæggelsen. Carrinna A. Hansen tilføjer:

”Noget af denne medicin bliver ordineret som PN, dvs. ved behov, så i praksis er det i mange tilfælde op til den enkelte sygeplejerske at vurdere, hvor meget patienten skal have.”

Nedtrappingsplan vigtig

Men i samme øjeblik man sætter en kronisk smertepatient i opioid-behandling, er det vigtigt tidligt i forløbet at tage samtalen om, at opioidbehandling kan have den her paradokseffekt, og patient, læge og sygeplejerske skal have et tæt samarbejde om nedtrapping, som bør være afsluttet efter et par måneder.

”Optimalt set skal postoperativ opioid-behandling ikke anvendes i mere end tre måneder. Og opioid-behandling er ikke det foretrukne behandlingsvalg til kroniske smertepatienter. Dels fordi opioider jo er afhængighedsskabende, dels fordi opioider virker bedst på akutte smerter og mindre effektivt på kroniske smerter,” siger Carrinna A. Hansen (10,37,38).

[Boks 9]

KRONISKE SMERTER EFTER KIRURGI

Undersøgelser viser, at omkring 20 pct. af patienterne udvikler kroniske smerter efter traumer og/eller kirurgi. Og der findes en række faktorer, som øger risikoen for udvikling af kroniske post-operative smerter:

- Gentagen kirurgi
- Genetisk disposition
- Langvarige præoperative stærke smerter
- Psykisk sårbarhed
- Tendens til depression
- Angst og katastrofetænkning
- Moderate til stærke smerter (over eller lig med 4 på en 0-10 NRS) i den første postoperative uge
- Kirurgiske indgreb, hvor beskadigelse eller overskæring af nerver finder sted.

(Kilde: 8,24)

For ca. 12 år siden var omkring 70 pct. af de patienter, Nina Bache og kollegerne modtog på smertecentret i Køge, i opioidbehandling, heraf mange i højdosisbehandling.

”Vi var også selv med til at ordinere opioid. Vi oplevede, at de patienter, vi havde afsluttet på en vis dosis opioid, kom igen efter nogle år. De fortalte, at deres smerter var gået fra at være meget konkrete til at blive mere diffuse. Og de trak sig oftere socialt og meldte om dårlig søvn, manglende sexliv og svagere immunforsvar. Her blev opioidernes mulige paradokseffekt så tydelig for os, at vi ændrede praksis,” siger Nina Bache og uddyber:

”I tæt samarbejde med nogle af vores patienter udviklede vi en metode, vi kalder dialogbaseret nedtrapning, som har været en fast del af vores behandling i adskillige år. Men mit gæt er, at vi konstant har mindst 30 patienter i opioidnedtrapning,” siger Nina Bache og tilføjer:

”Nøgleordet er tryghed i processen. Der skal tages hensyn til både afhængigheden og smerterne. Og det er nogle ret fine mennesker, der vokser frem. De bliver faktisk lidt skræmte over, hvordan opioidbehandlingen har påvirket dem gennem årene. Omkring 50 pct. får færre smerter, mens flertallet af de sidste 50 pct. måske har lige så ondt som før, men er blevet væsentligt bedre til at tackle smerterne, og vi har sågar patienter, der er blevet helt smertefri efter endt nedtrapning.” ●

CANNABIS VIRKER IKKE MOD KRONISKE SMERTER

[Boks 10]

KEND DIN FARMAKOLOGI

Når det kommer til medicinsk behandling, er kroniske smerter i høj grad behandlingsresistente. Smerterne skyldes ikke længere en akut vævsskade, men er ofte en blanding af neuropatiske smerter og sensibiliseringsstilstande. Årsagen er langvarig aktivering af smertesystemet med central sensibilisering (øget smertefølsomhed) som følge af øget aktivitet i centrale neuroner og/eller reduceret central smertedæmpende funktion.

Og neuropatiske smerter lindres bedst af såkaldte "sekundære analgetika", som er lægemidler, der primært er udviklet til andre lidelser end smerter, og derfor ikke har smerter som deres hovedindikation. Sekundære analgetika har nerveimpulsregulerende effekter og er:

- Antikonvulsiva
- Antidepressiva

Primære analgetika inddeles i opioider og non-opioider, hvoraf førstnævnte bør have en yderst begrænset plads i behandling af kroniske smerter.

Som ved al medicinsk behandling skal effekten løbende monitoreres og evalueres med henblik på justering til mest optimale effekt, mindste niveau af bivirkninger og behov for afslutning.

Læs mere i Sundhedsstyrelsens Smertereguide fra 2019, som handler om korrekt valg af lægemidler ved akutte og postoperative smerter, kroniske smerter og cancersmerter (10).

(Kilde: 8,10)

I Danmark indførte man i 2018 en fireårig forsøgsordning med medicinsk cannabis. Det betyder, at læger bl.a. kan udskrive medicinsk cannabis specifikt til behandling af smerter. Derfor vakte det en del debat, da den internationale smerteorganisation IASP i marts 2021 som afslutning på et 2,5 år langt forskningsprojekt konkluderede, at en generel brug af cannabis og cannabinoider til lindring af kroniske smerter på nuværende tidspunkt ikke kan anbefales (39).

Forskningsprojektet er en metaanalyse af den videnskabelige litteratur på området og inkluderer over 7.000 patienter i forskellige studier. Og heri har man altså ikke kunnet finde tilstrækkelig evidens af høj nok kvalitet for cannabis og cannabinoiders virkning på smerter.

Selvom forskerne ikke har kunnet finde dokumenterbare "kvantitative" effekter af cannabis, anerkender de, at nogle patienter oplever positiv effekt af cannabis. Og IASP efterlyser også mere forskning på området. Forskerne har i projektet kun fokuseret på at undersøge cannabis som muligt smertelindringsmiddel og har ikke forholdt sig til eventuelle effekter på andre sygdomme. Desuden har man koncentreret sig om produkter indeholdende THC, da man ikke har kunnet finde tilstrækkeligt stærke studier, der kunne sige noget om virkning og bivirkning af cannabisprodukter, som kun indeholder det ikke-euforiserende stof CBD.

I maj i år besluttede Folketinget at forlænge forsøgsordningen, så den nu løber frem til 31. december 2025.

(Kilde: 39,40)

NON-FARMAKOLOGISK BEHANDLING KAN LINDRE SMERTERNE

Non-farmakologisk behandling kan lindre og give redskaber til bedre håndtering af de kroniske smerter.

Flere patienter med kroniske smerter kan med fordel henvises til non-farmakologisk behandling som f.eks. fysio- og ergoterapeut, kiropraktor, psykolog og kommunale tilbud om patientuddannelse.

Det skriver Sundhedsstyrelsen i sit faglige oplæg til en smerteplan (1). Ifølge Sundhedsstyrelsen "bør indholdet være struktureret og begrænset i tid med fokus på at give patienten viden, tryghed og erfaring med smerterne, så de selv bliver i stand til at mestre hverdagen."

Non-farmakologisk behandling kan ikke få smerterne til at forsvinde, men kan lindre dem og ikke mindst give patienterne redskaber til at håndtere de kroniske smerter bedre. Carrinna A. Hansen og Nina Bache fremhæver følgende:

Psykoedukation

Psykoedukative indsatser har til formål at øge patientens viden om og indsigt i sygdommen samt behandling af denne. Ideen er, at viden øger muligheden for bedre sygdomshåndtering, hvilket kan bidrage til at mildne sygdomsforløb og symptomer. Psykoedukation indgår ofte i holdbehandling (41,42).

Holdbehandlingskoncepter

Der udbydes forskellige holdbehandlinger (43,44,45) rundt omkring i landet, hvor patienter med god effekt møder ligesindede. På smertecentret i Køge afholder man flere kurser, f.eks. i gruppepsykologisk smertehåndtering. Her mødes otte patienter, som bevidst kaldes kursister, i alt otte gange, den ene gang med deltagelse af pårørende. Kurset varetages af psykolog (primær ansvarlig) og sygeplejerske. Der trænes mindfulness (46,47,48,49,50), og overordnede temaer er: smerter, kommunikation, accept, værdier og handlinger

med mulighed for rådgivning og diskussion i forhold til søvn, kognitive forstyrrelser, relationer og seksualitet.

Stanford-modellen

I mange kommuner afholdes kurser for kroniske smertepatienter efter den såkaldte Stanford-model, hvor patienterne får redskaber til at tackle smerterne. I begyndelsen var det smerteramte, der underviste smerteramte. Men nu deltager der ofte også fagfolk i erkendelse af, at patienterne både har behov for at møde ligesindede og spejle sig i hinanden og få reel faglig viden om deres sygdom (51,52).

Mindfulness

Mindfulness anvendes ofte i en mere overordnet håndteringsstrategi, som hjælper patienten til at bevæge sig i retning af accept og tilpasning til smerterne i stedet for undgåelse og uhensigtsmæssig overbelastning. Erfaring peger i retning af, at regelmæssig træning kan bidrage til at styrke patientens non-farmakologiske håndtering af smerterne og medvirke til at reducere smerteforværende stress. De kliniske erfaringer viser, at patienterne efterfølgende beskriver både kropslig og psykisk effekt i form af færre muskelspændinger og mere psykisk nærvær trods smerter. Det er til gengæld sjældent, at patienten oplever egentlig smertelindring (53,54).

Anbefaling

Den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserende smerter i bevægeapparatet anbefaler følgende i forhold til non-farmakologisk behandling (55):

- Kognitiv adfærdsterapi (CBT) eller Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- Patientuddannelse
- Superviseret træning til udvalgte patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet, hvis formålet er at øge funktionsevnen.

Læs evt. mere om non-farmakologiske behandlingstilbud i tema i *Sygeplejersken* nr. 1/2013: 'Hjælp den kroniske smertepatient' (56).



TVÆRFAGLIG INDSATS ER VIGTIG

Som beskrevet i denne Dialog, er sygeplejersker bare én af flere vigtige faggrupper i den tværfaglige indsats for at hjælpe patienter med kroniske smerter. I enkelte tværfaglige forløb, bl.a. på smertecentrene, er der også diætister og ergoterapeuter indover, mens mange har både fysioterapeuter, psykologer og socialrådgivere tilknyttet. Herunder beskrives delelementer af faggruppernes arbejdsområder:

Læger: Er overordnede behandlingsansvarlige for patientens forløb. Foretager den indledende smerteundersøgelse og -vurdering, der bl.a. skal sikre, at patienterne er færdigudredt og evt. forsøgt relevant behandlet inden start af forløb i et smertecenter. Optager grundig smerte-anamnese (smerte-intensitet, lokalisation, karakter, tidsmæssigt forløb og konsekvenser) med afsæt i den bio-psyko-sociale model og står for ændringer i analgetika. Har løbende opfølgende konsultationer med de patienter, der er ansvarlige for.

Fysioterapeuter: Undersøger og vurderer patientens fysiske funktionsniveau, trænings- og forandringsevne (ressourcer, vilje barrierer). Vurderer behovet for genoptræning og udarbejder genoptræningsplan (specialiseret eller almen genoptræning). Har patienter i individuelt specialiseret genoptræningsforløb og udarbejder individuelle træningsprogrammer mhp. selvtræning/hjemmetræning. Er medfacilitator af holdbehandling på mange smertecentre.

Psykologer: Vurderer patientens psykiske tilstand relateret til smertemestring. Varetager både individuelle behandlingsforløb samt holdbehandlingsforløb på mange smertecentre med afsæt i de problematikker/udfordringer, der hindrer hensigtsmæssig mestring af smertetilstanden (f.eks. højt angst- og/eller stressniveau). Kan være primær ansvarlig for at visitere patienten til "det rigtige holdbehandlingskoncept", i relation til patientens psykiske tilstand/parathed.

Socialrådgivere: Indgår i mange smertecentres tværfaglige team med henblik på at yde patienterne en helhedsorienteret behandlingsindsats. Er ansvarlig for rådgivning og vejledning af henviste patienter ud fra en vurdering af deres sociale, økonomiske og arbejdsmæssige situation i relation til smertetilstanden. Støtter den kroniske smertepatient i rehabiliteringsprocessen til at opnå størst mulig grad af social- og arbejdsmæssig kompetence.

(Kilde: Nina Bache)

Referencer

1. Afdækning af smerteområdet. Fagligt oplæg til en smertehandlingsplan. Sundhedsstyrelsen. September 2020. 2. DJ Clauw, MN Essex, V Pitman, KD Jones. Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management. *Postgrad Med.* 2019; 131(3):185-198. 3. RJ Gatchel, DD McGeary, CA McGeary, B Lippe. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol.* 2014; 69(2):119-30. 4. RJ Gatchel, YB Peng, ML Peters, PN Fuchs, DC Turk. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007;133(4):581-624. 5. Kaptain K, Pedersen AK, Randrup K, Schumacher LJ og Sestoft B. Interdisciplinært samarbejde gør smertebehandling mere effektiv. *Fag & Forskning* 2019;(2):60-5. 6. Treede RD, Rief W, Barke A et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (Icd-11). *Pain.* Jan 2019;160(1):19-27. 7. World Health Organization (WHO). MG30 Chronic pain 2019 [cited 2019 18. juni]. 8. Bache N og Schmelling W. "Sygepleje og kroniske smerter", kapitel 14 i "Hundborg S (red.). Sygepleje og klinisk beslutningstagen. Bind 1. 1. udgave, 2. oplag 2019. FADL's Forlag. København. 9. <https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt> 10. Smerteguide. Sundhedsstyrelsen og de fem danske regioner. 2019. 11. Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DLH, Bouhassira D, Cruccu G, Freeman R, Hansson P, Nurmikko T, SN Raja, Rice ASC, Serra J, Smith BH, Treede RD, Jensen TS. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain.* 2016 Aug;157(8):1599-1606. Published online 2016 Jan 13. 12. La Cour P. Hvad er vedvarende uforklarede fysiske symptomer? 1. udgave, 1. oplag. 2021. FADL's Forlag 13. Roenne PF, Horn NS, Hansen CA. Involvement of relatives in chronic non-malignant pain rehabilitation at multidisciplinary pain centres: part one - the patient perspective. *Scand J Pain.* Jan 27 2021;21(1):81-94. 14. Umberger WA, Risko J, Covington E. The forgotten ones: challenges and needs of children living with disabling parental chronic pain. *J Pediatr Nurs* 2015;30:498-507. PMID: 25557986. 15. Nye patient i Smertecenter Syd. Smertecenter Syd. Odense Universitetshospital. Region Syddanmark. 16. Stone AL, Wilson AC. Transmission of risk from parents with chronic pain to offspring: an integrative conceptual model. *Pain* 2016;157:2628-39. PMID: 27380502. 17. Wilson AC, Fales JL. Parenting in the context of chronic pain: a controlled study of parents with chronic pain. *Clin J Pain* 2015;31:689-98. PMID: 25232862. 18. Jensen HI, Plesner K, Kvorning N, Krogh BL, Kimper-Karl A. Associations between demographics and health-related quality of life for chronic non-malignant pain patients treated at a multidisciplinary pain centre: a cohort study. *International journal for quality in health care: Journal of the international society for quality in health care* 2016;28(1):86-91. 19. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet; 2015. 20. Christensen J, Bilde L og Gustavsson A. Socio-economic consequences of pain intensive diseases in Denmark. 2011:104.3112. December. 21. Morales-Espinoza EM, Kostov B, Salami DC et al. Complexity, comorbidity and health care costs associated with chronic pain in primary care. *Pain.* Apr 2016;157(4):818-26. 22. Revised Definition of Pain Translations (July 16, 2020) IASP. 23. Finnerup NB. Klassifikation af kroniske smerter i ICD-11. *Best Practice Nordic.* Maj 2019. 24. Petersen KK, McPhee ME, Hoegh MS, Graven-Nielsen T. Assessment of conditioned pain modulation in healthy participants and patients with chronic pain: manifestations and implications for pain progression. *Curr Opin Support Palliat Care.* Jun 2019;13(2):99-106. 25. Roenne PF, Esbensen BA, Brodsgaard A, Andersen LO, Hansen CA. Family nursing conversations with patients with chronic non-cancer pain and their selected family members. Protocol for the FANCO-PAIN quasi-experimental trial. *Medicine: Case Reports and Study Protocols.* May 2021, Vol 2, Issue 5, p e0103 26. Vartiainen P, Heiskanen T, Sintonen H, Roine RP og Kalso E. Health-related quality of life change in patients treated at a multidisciplinary pain clinic. 2019 Aug;23(7):1318-28. 27. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977 Apr. 8;196(4286):129-36. PMID: 847460. 28. Ostergaard B, Mahrer-Imhof R, Wagner L, Barington T, Videbaek L, Lauridsen J. Effect of family nursing therapeutic conversations on health-related quality of life, self-care and depression among outpatients with heart failure: a randomized multi-centre trial. *Patient Educ Counsel* 2018;101:1385-93. PMID: 29567335. 29. Bache N og Schmelling. Sygepleje og akutte smerter, kapitel 13 i "Hundborg S (red.). Sygepleje og klinisk beslutningstagen - bind 1, 1. udg., 2. opl. 2019. FADL's Forlag. København. 30. Vaegter HB and the PainData Working Group (2020) PainData Data Rapport 2015-2019. Pain Research Group, Pain Center, University Hospital Odense. Denmark 31. Devan H, Hale L, Hempel D, Saip B, Perry MA. What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* 2018;98(5):381-97. PMID: 29669089. 32. MK Nicholas, FM Blyth. Are self-management strategies effective in chronic pain treatment? *Pain Manag.* 2016; 6(1):75-88. PMID: 26678703. 33. Lægehåndbogen. Funktionsevnevurdering og ICF. Sundhed.dk Funktionsevnevurdering og ICF - Lægehåndbogen på sundhed.dk 34. McCance T, McCormack B, Dewing J. An exploration of person-centredness in practice. *Online J Issues Nurs.* May 31 2011;16(2):1. 35. Birke H, Ekholm O, Sjogren P, Kurita GP og Højsted J. Long-term opioid therapy in Denmark: A disappointing journey. First published: 08 May 2017. 36. Chen L, Sein M, Vo T, Amhed S, Zhang Y, Hilaire KS, et al. Clinical interpretation of opioid tolerance versus opioid-induced hyperalgesia. *Journal of opioid management.* 2014;10(6):383-93. 37. Hansen, CA., Ernst, MT., Stougaard, M., Abrahamson, B. Tramadol prescribed use in general and chronic noncancer pain: A nationwide register-based cohort study of all patients above 16 years. *Scand J Pain.* 2019 Dec; 20(1):109-124. 38. Packiasabapathy S, Sadhasivam S. Gender, genetics and analgesia: understanding the differences in response to pain relief. *Journal of pain research.* 2018;11:279-39. 39. International Association for the Study of Pain Presidential Task Force on Cannabis and Cannabinoid Analgesia position statement. IASP Presidential Task Force on Cannabis and Cannabinoid Analgesia. *PAIN:* July 2021 - Volume 162 - Issue - p S1-S2. 40. Jungersen R, Grønbech L. Internationalt studie: Dansk forsker i spidsen: Generel brug af cannabis og cannabinoide kan på nuværende tidspunkt ikke anbefales til smertelindring. www.dr.dk, 18. marts 2021. Fundet på www.dr.dk 22. juni 2021. 41. Horn A, Kaneshiro K, Tsui BCH. Preemptive and Preventive Pain Psychoeducation and Its Potential Application as a Multimodal Perioperative Pain Control Option: A Systematic Review. *Anesth Analg.* 2020 Mar;130(3):559-73. 42. Vanhauzenhuysse A, Gillet A, Malaise N, Salamun I, Grosdent S, Maquet D, Nyssen AS, Faymonville ME. Psychological interventions influence patients' attitudes and beliefs about their chronic pain. *J Tradit Complement Med.* 2017 May 11;8(2):296-302. 43. Anastas TM, Meints SM, Gleckman AD, Hirsh AT. Social Influences on Peer Judgments about Chronic Pain and Disability. *J Pain.* 2019 Jun;20(6):698-705. 44. Khodnevya Y, Richman J, Andreae S, Cherrington A, Safford MM. Peer Support Intervention Improves Pain-Related Outcomes Among Rural Adults With Diabetes and Chronic Pain at 12-Month Follow-Up. *J Rural Health.* 2021 Mar;37(2):394-405. 45. Matthias MS, Bair MJ, Ofner S, Heisler M, Kukla M, McGuire AB, Adams J, Kempf C, Pierce E, Menen T, McCalley S, Johnson NL, Daggy J. Peer Support for Self-Management of Chronic Pain: the Evaluation of a Peer Coach-Led Intervention to Improve Pain Symptoms (ECLIPSE) Trial. *J Gen Intern Med.* 2020 Dec;35(12):3525-33. 46. Pardos-Gascón EM, Narambuena L, Leal-Costa C, van-der Hofstaad-Román CJ. Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *Int J Clin Health Psychol.* 2021 Jan-Apr;21(1):100197. 47. Pei JH, Ma T, Nan RL, Chen HX, Zhang YB, Gou L, Dou XM. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Chronic Pain. A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychol Health Med.* 2021 Mar;26(3):333-46. 48. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, Colaiaco B, Maher AR, Shanman RM, Sorbero ME, Maglione MA. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med.* 2017 Apr;51(2):199-213. 49. Majeed MH, Ali AA, Sudak DM. Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian J Psychiatr.* 2018 Feb;32:79-83. 50. Wielgosz J, Goldberg SB, Kral TRA, Dunne JD, Davidson RJ. Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019 May 7;15:285-316. 51. Hornemann C, Schröder A, Ørnboel E, Christensen NB, Høeg MD, Mehlsens M, Frostholm L. Application of ICD-11 among individuals with chronic pain: A post hoc analysis of the Stanford Self-Management Program. *Eur J Pain.* 2020 Feb;24(2):297-311. 52. Heirich MS, Sinjary LS, Ziadni MS, Sacks S, Buchanan AS, Mackey SC, Newmark JL. Use of Immersive Learning and Simulation Techniques to Teach and Research Opioid Prescribing Practices. *Pain Med.* 2019 Mar 1;20(3):456-63. 53. Bawa FLM, Mercer WM. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2015;65 (635): e387-e400. 54. Veehof M, Oskam M, Schreurs K, Bohlmeijer E. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain.* 2011. 152(3):533-42. 55. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet. Sundhedsstyrelsen: 2018. 56. Svennevig B. Redskaber til at hjælpe den kroniske smertepatient. *Sygeplejersken* 2013;(1):21. 57. Loeser JD, Concepts of Pain. In: Stanton-Hicks J, Boaz R, Eds. *Chronic Low Back Pain*, New York, US: Raven Press, 1982:145-8.

Alder påvirker behandling og pleje

Diskriminering. Ældre patienter oplever individuel støtte fra plejepersonalet som værende ringere end den yngre patientgruppe. Oplevelsen af aldersdiskrimination har desuden indflydelse på selvvurderet helbred.



Kidholm ML, Pedersen KSE. Når ældre patienter (+60 år) oplever, at alder har betydning for sygeplejen – et scoping review. Nordisk Sygeplejeforskning 2021; 11(1), 35-53.

Oplevelse af aldersbetinget diskrimination i sygeplejen ... er ét af de fund, som sygeplejerske Maiken L Kidholm og lektor Karen SE Pedersen har identificeret i deres review publiceret i Nordisk Sygeplejeforskning.

Forfatterne har anvendt scoping review-metoden, som beskrevet af Joanna Briggs Institute og Arksey og O'Malley til at kortlægge og identificere den tilgængelige viden fra studier, der undersøger, hvordan den ældre patient (60+) oplever, at deres alder påvirker den behandling og pleje, de modtager fra sygeplejersker. Ydermere undersøgte de, hvilken indflydelse faktorer som respekt og værdighed i sygeplejen har på ældre patienters oplevelse af sygepleje og behandling jf. nationale og internationale etiske retningslinjer.

På baggrund af en systematisk litteratursøgning blev i alt syv studier (fire kvantitative og tre kvalitative studier) publiceret inden for de seneste fem år identificeret, og de indgår som evidensgrundlaget i scoping review'et.

En tematisk analyse af fundene fra de syv inkluderede studier resulterede i dannelsen af tre kategorier:

1. Ældre patienters oplevelse af behandling og pleje
2. Oplevelse af aldersdiskrimination
3. Implikationer for helbredet.

For kategorien "Ældre patienters oplevelse af behandling og pleje" er det særligt interessant at fremhæve, at ældre patienter oplever individuel støtte fra plejepersonalet som værende ringere end den yngre patientgruppe. Resultaterne viste bl.a., at 25 pct. af de ældre patienter i mindre grad oplevede at blive be-

handlet med respekt, og at gruppen af ældre patienter i mindre grad oplevede at blive mødt med respekt fra personalet, og at sygeplejersken i mindre grad udviste interesse i patientens syn på og holdning til plejen sammenlignet med yngre patienter.

For kategorien "Oplevelse af aldersdiskrimination" fandt man i et studie, at 18,9 pct. af de ældre patienter oplevede aldersdiskrimination i forbindelse med deres indlæggelse, og diskriminationen var associeret med noget negativt.

For kategorien "Implikationer for helbredet" finder man ganske interessant, at aldersdiskrimination har indflydelse på den oplevede livskvalitet. Desuden fandt man en forskel mellem gruppen af respondenter, som oplever aldersdiskrimination sammenlignet med gruppen, som ikke oplever aldersdiskrimination i forhold til selvvurderet helbred.

Dette spændende scoping review har dermed kortlagt nogle essentielle budskaber: dels at aldersdiskrimination af ældre patienter på tværs af sygdomme er et faktum, dels at der er generel mangel på studier, der viser omfang og konsekvenser af dette problem i en større skala både nationalt og internationalt. ●

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

Helterollen hæmmer diskussioner om rettigheder og grænser

Helte. Sygeplejersker er blevet en del af heltefortællingen under covid-19-pandemien. Dette opløser forbindelsen mellem politikere, samfund og sundhedssystem. Ansvar for håndteringen bliver dermed hospitalernes og den enkelte heroiske sundhedsprofessionelles.



Halberg N, Jensen PS, Larsen TS. **We are not heroes –The flipside of the hero narrative amidst the COVID19-pandemic: A Danish hospital ethnography.** J Adv Nurs. 2021 Feb 22;10.1111/jan.14811. doi: 10.1111/jan.14811. Epub ahead of print. PMID: 33616210; PMCID: PMC8014459.

Introduktion. Under covid-19-pandemien har medier, politikere og offentligheden støttet og jublet over frontlinjepersonalet i hele verden. Heltefortællingen kan være potentielt problematisk for både sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Formålet med studiet var at undersøge, hvordan medierne og den socialt etablerede heltefortælling påvirkede plejepersonalet, som arbejdede i frontlinjen under den første bølge af covid-19-pandemien.

Metode. Studiet havde et etnografisk design. Data blev indsamlet i et nyåbnet covid-19-sengeafsnit på et dansk universitetshospital. Feltarbejde blev gennemført april-maj 2020. Fokusgruppeinterview blev gennemført juni 2020. Data blev abduktivt analyseret.

Resultater. Plejepersonalet afviste heltefortællingen på måder, der viser, hvordan heltefortællingen fører til foruddefinerede karakteristika, forestilling om at være uovervindelig og selvopofrende, bevidst og villig til risikofyldt arbejde, grænseoverskridende arbejdsopgaver og kropsliggørelse af grænseløs identitet. At blive udråbt som helt hæmmer vigtige diskussioner om rettigheder og grænser.

Diskussion. Plejepersonalet sigtede mod at yde den bedste pleje til deres patienter, men mange kæmpede med usikkerhed, frygt for virussen, ikke-optimale arbejdsforhold og andre forpligtelser uden for deres ar-

bejde. En heltefortælling underminerer dette, da der ikke er meget heltemod over disse bekymringer.

Konsekvenser for praksis. Når beredskabsplaner bliver revideret, er det vigtigt at anvende sundhedspersonalets erfaringer og tage hensyn til deres rettigheder og grænser. Medierne opfordres til at dække en langvarig pandemi uden at have heltefortællingen som det herskende filter. ☉

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

Familiehuset som en tryk oase

Familie. En interviewundersøgelse viser, at Trykfondens Familiehus (TFH) blev oplevet som et sted, hvor familien kunne trække vejret frit.



Dyckjær CD, Dreyer P.
The family house - A safe haven: A qualitative study of families' experiences staying in a hospital family house during their children's hospitalisation. J Clin Nurs. juni 2019;28(11-12):2276-84. DOI: 10.1111/jocn.14827

Introduktion: Når et barn indlægges med en kronisk, alvorlig eller livstruende sygdom, medfører det en stresssituation for hele familien, da den normale hverdag forstyrres. Ofte er det kun muligt for en af forældrene at være medindlagt på børneafdelingen. Familiemedlemmer eller venner tager ofte hånd om raske søskende hjemme, og de kan opleve intense følelser og udækkede behov. Adskillelsen kan også have en negativ effekt på det indlagte barn, fordi en længere indlæggelse kan påvirke barnets trivsel.

Formålet med denne undersøgelse var at få viden om familiers oplevelser, mens de opholdt sig i Trykfondens Familiehus (TFH) under deres barns indlæggelse på Aarhus Universitetshospital.

Metode: Denne kvalitative interviewundersøgelse udforskede 15 familiers oplevelser af hverdag i TFH ved hjælp af semistruerede interviews med i alt 33 familiemedlemmer. De havde opholdt sig mindst fem døgn eller ad flere omgange i TFH i marts eller august 2017. De indlagte børn var mindst fem år ligesom søskende, der deltog, og interviewene blev fortaget maksimalt en måned efter, at barnet var udskrevet. Data blev analyseret ud fra Kvale og Brinkmanns hermeneutiske tekstfortolkning og meningskondensering.

Resultater: Familierne oplevede TFH som et hjem eller en oase, hvor de kunne bo sammen som familie.

TFH tilbød et stille og fredeligt miljø med plads til familieliv og leg. Samlet set gav dette familierne en følelse af samvær til trods for forskelligheder mellem familierne.

Diskussion: TFH er kendetegnet ved fravær af aktivitetseffektivitet, og forfatterne tror, at dette måske er en af grundene til, at familierne oplevede ro og fred fra det øjeblik, de kom ind i TFH, hvilket kan give energi til at interagere med de andre familier i huset. Desuden peger forfatterne på, at TFH er designet ud fra tanker om helende arkitektur, hvilket formentlig også kan påvirke resultaterne.

Konsekvenser for praksis: Forfatterne mener, at indlagte børn har brug for sikre steder, hvor ingen behandling finder sted, og at familiehuset derfor bør forblive behandlingsfrit.

Kommentar: Førsteforfatteren har modtaget økonomisk støtte fra Trykfondens, som dog ikke har haft indflydelse på resultater eller artikel. Der er plads til 22 familier i TFH. Ved Rigshospitalet kan Ronald McDonald House have 12 familier boende ad gangen. ●

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

HVAD ER VIGTIGT FOR DIG? EN UNDERSØGELSE AF PATIENTPERSPEKTIVET PÅ PRÆHABILITERING FORUD FOR OMFATTENDE KRÆFTOPERATION.

BAGGRUND. Patientperspektivet udgør fundamentet i et patientcentreret præhabiliteringsprogram. Viden om patientperspektivet på præhabilitering er imidlertid sparsom, hvilket kan få betydning for patienternes tilfredshed og adherence.

FORMÅL. At undersøge holdninger til og gennemførlighed af præhabilitering hos patienter, der står over for omfattende abdominal kræftoperation.

DESIGN. Projektet blev struktureret i overensstemmelse med 'The Complex Interventions Framework' med fokus på udvikling og feasibility.

METODE. 79 patienter bidrog med data via interviews og/eller registrering i en folder. Kvalitative data blev analyseret via systematisk tekstkondensering og kvantitative data via deskriptiv statistik.

Forberedelse før operation skal foregå på patientens præmisses

Præhabilitering.

Målet med præhabilitering er at fremme patientens rekonvalescens. Dette gøres ved at udnytte ventetiden op mod operationen til at forbedre patientens almentilstand.

RESULTATER. Fem temaer beskriver patienternes perspektiver og accept af præhabilitering; Den præoperative periode, holdning til præhabilitering, udført præhabilitering, motivation og behov for støtte.

HOVEDKONKLUSION. Patienter, der skal gennemgå en omfattende kræftoperation, vil gerne og er også i stand til at forberede sig på operationen, men det skal foregå på deres egne præmisser.

RELEVANS FOR KLINISK PRAKSIS. Udvikling af et program kræver involvering, når patienternes perspektiver skal integreres for at sikre patientcentring.

FORFATTERE



ANNE BECK
Sygeplejerske
2013, cand.
scient.san. 2016,
ph.d. 2020.
Aktuelt ansat som
klinisk sygepleje-
specialist, Kvinde-
sygdomme og
Fødsler, Aarhus
Universitets-
hospital.
annebeck109@gmail.com



**HENRIETTE VIND
THAYSEN**
Sygeplejerske
1993, cand.
scient.san. 2001,
ph.d. 2013.
Aktuelt ansat
som adjunkt ved
Institut for Klinisk
Medicin, Aarhus
Universitet.



**CHARLOTTE
HASSELHOLT
SØGAARD**
Cand.med.
1990, ph.d. 1995.
Speciallæge i
gynækologi og
obstetrik 2002,
subspecialiseret
i gynækologisk
kræft kirurgi.
Overlæge siden
2006.



LENE SEIBÆK
Sygeplejerske
1982, specialud-
dannet kræft-
sygeplejerske
1999, Master i
Humanistisk Sund-
hedsvidenskab og
Praksisudvikling
2006, ph.d. 2012,
seniorforsker v/
Kvindsygdomme
og Fødsler, Aarhus
Universitetsho-
spital, professor
i sygepleje
ved Institut for
Sygepleje og
Sundhedsviden-
skab, Grønlands
Universitet.
Tilknyttet Center
for Forskning i
Patientinvolvering,
Aarhus Universitet
& Region Midt.

I Introduktion

Præhabilitering omfatter en proces i den præoperative periode, hvor en patient bevidst forbereder sig på sin operation – fysisk, såvel som psykisk. Viden om patientperspektivet på præhabilitering er imidlertid

sparsom, hvilket er uheldigt, fordi patientperspektivet udgør fundamentet i et patientcentreret præhabiliteringsprogram. Denne artikel belyser holdninger til og gennemførlighed af præhabilitering hos patienter, som står over for omfattende, abdominal kræftoperation.

Ventetiden udnyttes

Målet med præhabilitering er at fremme patientens rekonvalescens (fremadrettet benævnt "recovery"). Dette gøres ved at udnytte ventetiden op mod operationen til at forbedre almentilstanden, så patienten bedre kan modstå det kirurgiske stressrespons (1). Forberedelsen kan organiseres som et multimodalt præhabiliteringsprogram, der består af delelementer så som motion, proteinrig kost, angstreducerende teknikker samt ryge- og alkoholophør (2). Sådanne programmer har vist sig at have en gavnlige effekt på patienternes postoperative funktionsniveau (3).

Når det drejer sig om præhabilitering af patienter med cancer, er der imidlertid nogle specifikke udfordringer, som det er nødvendigt at tage hensyn til. Disse patienter gennemgår ofte stor psykisk belastning ved diagnositidspunktet, hvilket kan få betydning for deres muligheder for og motivation til at deltage i præhabilitering.

Interessekonflikter: Forfatterne har ingen interessekonflikter.



Generelt mangler der viden om patientperspektivet på præhabilitering og dét at skulle ændre adfærd op mod en omfattende kræftoperation (4). Samtidig har Sundhedsstyrelsens etablering af kræftpakkeforløb i 2007 medført, at der højst må gå to uger fra patientens accept af behandlingstilbud til eventuel operation, hvilket automatisk begrænser tiden til præhabilitering.

Patienternes adherence er derfor af stor betydning, hvis tiden skal udnyttes så effektivt som muligt. Adherence forstås her som patienternes tilslutning til et præhabiliteringsprogram med tilhørende individuelle mål, der er identificeret i samarbejde med de sundhedsprofessionelle (5). Tilpasning af et præhabiliteringsprogram til patientens behov og præferencer er således af central betydning for at sikre adherence og dermed gennemførligheden af den enkelte patients præhabilitering (6). Alligevel har tilpasningen hidtil primært bestået i at afpasse motionsøvelser til patientens fysiske funktionsniveau (7). Der mangler således viden om andre perspektiver end det rent biomedicinske, fordi der med den

nuværende praksis i mindre grad tages højde for patienternes behov og præferencer.

På baggrund af dette gennemførte vi fra 2017-2020 et projekt som skulle 1) undersøge holdninger til og gennemførlighed af præhabilitering hos patienter, der står over for omfattende abdominal kræftoperation og 2) danne grundlag for senere udvikling af en patientcentreret præhabiliteringsintervention. Patientcentrering henviser her til en individuel og respektfuld pleje og behandling, som er baseret på patienternes behov, præferencer og situation.

M

Metoder

Design

Projektet blev struktureret og gennemført i overensstemmelse med 'The Complex Interventions Framework' udviklet af Medical Research Council (MRC).

Denne guideline indeholder en systematisk tilgang til udvikling, pilottest/feasibility, evaluering og implementering af komplekse interventioner i sundhedsvæsenet (8).

I nærværende projekt var fokus på de to første faser; udvikling og feasibility, som blev undersøgt ved hjælp af interviews og patientrapporterede registreringer.

Patienter

Deltagende patienter var alle henvist til et omfattende kirurgisk indgreb med risiko for komplikationer. De blev rekrutteret fra en mave- og tarmkirurgisk afdeling eller en gynækologisk afdeling med højt specialiseret funktion inden for operation for kolo- rektal- og ovariecancer.

Patienter fra den mave- og tarmkirurgiske afdeling kunne inkluderes, hvis de var vurderet egnede til behandling med cytoreduktiv kirurgi (CRS) efterfulgt af skylning med opvarmet kemoterapi i bughulen (HIPEC). På den gynækologiske afdeling var CRS med efterfølgende HIPEC protokolleret behandling. Derfor blev patienter henvist til CRS alene også inkluderet.

Interviews: Inklusion, dataindsamling og analyse

Med afsæt i en fænomenologisk tilgang blev der udført semistrukturerede interviews. Første inklusionsrunde af patienter til interviews var baseret på deres tilgængelighed (convenience sampling), da kun et begrænset antal patienter blev opereret i inklusionsperioden.

I anden inklusionsrunde blev patienterne foruden de øvrige kriterier udvalgt på baggrund af køn og alder for at sikre en repræsentativ informantgruppe (purposive sampling).

Malteruds begreb "information power" blev brugt til at beslutte, hvornår rekrutteringen af patienter til interviews stoppede (9).

Tabel 1. Interviewguide

	Emne	Spørgsmål
Del 1	Patientens oplevelse af den præoperative periode	<ul style="list-style-type: none"> Hvad lavede du, mens du ventede på operationen? Hvad følte du? Fortæl mig om dine tanker og følelser. Havde du symptomer/gener, mens du ventede på operationen? Gjorde du noget for at forberede dig på operationen? Hvad fandt du meningsfuldt i tiden op mod operationen? Er der så noget, du gerne ville have gjort anderledes i tiden op mod operationen?
Del 2	Patientens oplevelse og erfaring med brug af folderen	<ul style="list-style-type: none"> Hvad synes du om de forskellige elementer? Vil du gerne have det mere/mindre struktureret? Hvad synes du om selv at kunne vælge? Vil du gerne tilføje/fjerne et element? Er programmet meningsfuldt for dig? Hvordan brugte du folderen? Hvad er dine tanker om støtte fra de sundhedsprofessionelle i tiden op mod operationen? Gjorde du noget anderledes på grund af folderen? Hvad motiverede dig? Hvad tænker du om, at folderens anbefalinger er så generelle? Forberedte du på andre måder, som ikke er nævnt i folderen? Hvad skal der til for at få dig til at engagere dig endnu mere i forberedelse før operation? Hvor vil du gerne have, at forberedelsen skal finde sted? Hvordan havde du det med at skulle registrere dine aktiviteter i folderen?
Del 3	Patientens perspektiv på layout og design af folderen	<ul style="list-style-type: none"> Hvad synes du om layoutet? Hvis du kunne bestemme, hvordan vil du så gerne have, at folderen skulle se ud?

Førsteforfatter udførte alle interviews, mens patienterne var indlagt, med undtagelse af ét interview, der blev gennemført i patientens eget hjem grundet tidlig udskrivelse. Interviewguiden ses i Tabel 1.

Selve interviewet varede 20-60 minutter, og systematisk tekstkondensering blev brugt til at analysere data (10).

I Tabel 2 præsenteres de fire trin fra systematisk tekstkondensering kort. Første og sidste forfatter analyserede datamaterialet individuelt, hvorefter fund blev sammenlignet og diskuteret, indtil der opstod fælles forståelse med inddragelse af det øvrige forfatterkollektiv.

Registreringer i den præoperative folder

Baseret på interviewfundene fra første inklusionsrunde udviklede vi en skriftlig informationsfolder: 'Hvordan kan du forberede dig på din operation?', der indeholdt præoperative anbefalinger om motion, kost, afslapning samt ryge- og alkoholophør, se Tabel 3.

Anbefalingerne var inspireret af litteraturen om multimodal præhabilitering, men tog også hensyn til patienternes ønsker i forhold til fleksibilitet og type af aktivitet. Folderen skulle derfor fungere som et sæt af anbefalinger til den præoperative periode, som patienterne selv kunne vælge at følge og afpasse til deres ressourcer og hverdagsliv.

Folderen blev udleveret til patienterne, når de mødte til operationsplanlægning og blev afleveret igen på operationsdagen. Hver dag i tiden op mod operationen registrerede patienterne i folderen, hvilke præhabiliteringsaktiviteter de havde udført. Således kunne vi undersøge adherence til anbefalingerne.

Udvalgte patienter blev efterfølgende interviewet (anden inklusionsrunde) med henblik på at undersøge deres oplevelse af at udføre præhabiliteringsaktiviteter. Den enkelte patients registrering i folderen blev dermed brugt både til dataindsamling og som et afsæt for interviewet med vedkommende. Figur 1 på næste side præsenterer en oversigt over dataindsamlingen.

Etiske overvejelser

Projektet er godkendt af Datatilsynet og forelagt National Videnskabsetisk Komité. Alle patienter fik både mundtlig og skriftlig information om projektet, frivillighed, retten til at trække sit samtykke tilbage, anonymitet og publikation. Skriftlig informeret samtykke blev indhentet fra alle deltagere.

Vi ønskede ikke at påføre patienterne dårlig samvittighed, hvis de var forhindret i at forberede sig, f.eks. på grund af smerter eller kvalme. Derfor tydeliggjorde vi, at de skulle forberede sig så godt de kunne i forhold til deres individuelle situation.

R

Resultater

I alt bidrog 79 patienter med data til projektet. Tabel 4 på næste side giver et overblik over antal interviews og registreringer i folderen samt køn, alder og afdelingsfordeling. Nedenstående temaer

belyser patienternes holdninger til og gennemførelse af

Tabel 2. Systematisk tekstkondensering

Trin	Beskrivelse (10)
Helhedsindtryk	Datamaterialet læses igennem flere gange. Læseren gør sig bevidst om sin forforståelse og forsøger "at sætte denne i parentes" ved at læse fordomsfrit. Foreløbige temaer skrives ned.
Meningsbærende enheder	Meningsbærende enheder, f.eks. tekststykker eller sætninger, som har betydning for formålet, identificeres. Disse sorteres efter de foreløbige temaer, hvorefter de efterprøves og justeres ift. de meningsbærende enheder. Dette fører til dannelsen af kodegrupper (et justeret tema med tilhørende relevante meningsbærende enheder).
Kondensering	Der dykkes ned i den enkelte kodegruppe. De meningsbærende enheder, der fortæller noget om det samme, sættes sammen, og på den måde får den enkelte kodegruppe flere subgrupper. Fra hver subgruppe laves et kondensat (et kunstigt citat) skrevet i 1. person, som udtrykker essensen af subgruppen.
Sammenfatning	De kunstige citater sættes sammen, så det danner en meningsfuld enhed, der repræsenterer kodegruppen. Denne sammenfatning skrives i 3. person, som dermed udgør et relevant aspekt af ét af hovedfundene. Det oprindelige datamateriale læses igennem igen for at sikre overensstemmelse med sammenfatningerne.

Tabel 3. Beskrivelse af folderens anbefalinger til den præoperative periode

Anbefaling	Beskrivelse
Motion	Patienterne blev anbefalet at tænke daglig motion ind i deres hverdag. Motionen skulle række ud over almindelige hverdagsaktiviteter og gerne forhøje pulsen. Forslag til motion var oplistet i folderen.
Kost	Patienterne blev anbefalet at spise ekstra proteinrigt i tiden op mod operationen (ekstra = mere end normalt). Forslag til proteinholdige fødevarer samt opskrifter på proteindrikke var oplistet i folderen.
Afslapning	Patienterne blev anbefalet at sætte tid af til afslapning hver dag i tiden op mod operation. I folderen var et link til en 20-minutters afslapningslydfil fra Kræftens Bekæmpelse.
Rygeophør	Patienterne blev anbefalet rygestop før operation. Links til Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen omhandlende hjælp til rygestop var oplistet i folderen.
Alkoholophør	Hvis patienterne drak mere end fire genstande om dagen, blev de anbefalet alkoholophør. I folderen var et link med tilbud om hjælp til alkoholophør afhængig af kommune, og derudover blev patienterne anbefalet at søge hjælp hos egen læge.
Anden forberedelse	Patienterne blev anbefalet at forberede sig på andre måder, som gav mening for dem i tiden op mod operation. Dette kunne f.eks. være praktiske gøremål, at lave en aftale med familien, skrive dagbog eller at tale med en psykolog.



lighed af præhabilitering, som kan danne basis for senere udvikling af et patientcenteret præhabiliteringsprogram.

Den præoperative periode

Analysen viste, at patienterne intuitivt forberedte sig på operationen, praktisk såvel som fysisk, men de gjorde det på en ikke-systematisk måde, og ikke alle patienter betegnede deres handlinger som decideret "forberedelse".

Præoperativt var patienterne således ikke handlingslammede på trods af, at de var under stor psykisk belastning, hvilket indikerer, at præhabilitering i sig selv er gennemførlig i tiden op mod operationen. Dog satte den korte præoperative periode sine begrænsninger for patienternes forberedelse. Patienterne udtrykte, at de havde travlt, hvorfor præhabiliteringsaktiviteter ikke altid blev prioriteret. Men på trods af, at de havde brug for mere tid for at kunne prioritere præhabilitering, var de ikke interesserede i at få forlænget den præoperative periode. De ønskede at få operationen overstået hurtigst muligt.

Yderligere var patienterne meget opmærksomme på at gøre, hvad de fandt meningsfuldt i tiden op mod operationen. Dette kunne f.eks. være at tilbringe tid sammen med pårørende, arbejde, ordne praktiske gøremål eller bare leve hverdagslivet. Nogle patienter opfattede tiden før operation som sidste mulighed for at leve, som de plejede, fordi de ikke vidste, hvordan de ville have det bagefter. Derfor ønskede de at opretholde hverdagslivet, hvilket præhabiliteringsaktiviteter kunne forhindre, fordi de kostede tid og energi.

Derudover havde flere patienter fysiske symptomer i den præoperative periode. Således rapporterede 60 pct. af patienterne med kolorektal cancer og 64 pct. af patienterne med ovariecancer, at de i løbet af den præoperative periode oplevede symptomer, der forhindrede dem i at udføre præhabiliteringsaktiviteter. I tabel 5 præsenteres citater tilknyttet dette samt kommende temaer.

Holdning til præhabilitering

Patienterne så fordele ved at udføre præhabiliteringsaktiviteter så som at få indflydelse på egen recovery og var af den grund overvejende positivt stemt

over for præhabilitering. Dog opfattede patienterne forberedelse til operation som værende langt mere end præhabilitering.

Forberedelse inkluderede også at have social interaktion og at forberede sig på både liv og død. F.eks. fyldte nogle patienter fryseren op med nemme retter til hjemkomsten, men der blev også skrevet testamente i tilfælde af, at de ikke kom hjem igen. Denne form for forberedelse gav patienterne en følelse af kontrol, ro og sikkerhed. Derudover udtrykte patienterne, at det var vigtigt, at præhabilitering ikke kun blev tilpasset deres fysiske funktionsniveau, men også deres hverdagsliv og præferencer (f.eks. i forhold til type af motion og kost).

Eftersom anbefalingerne i folderen var meget generelle, gav det på den ene side patienterne mulighed for selv at tilpasse præhabilitering til deres liv og formåen, hvilket gjorde det realistisk og håndterbart at ændre adfærd. På den anden side kunne de generelle anbefalinger gøre præhabilitering uvedkommende og irrelevant for den enkelte.

Udført præhabilitering

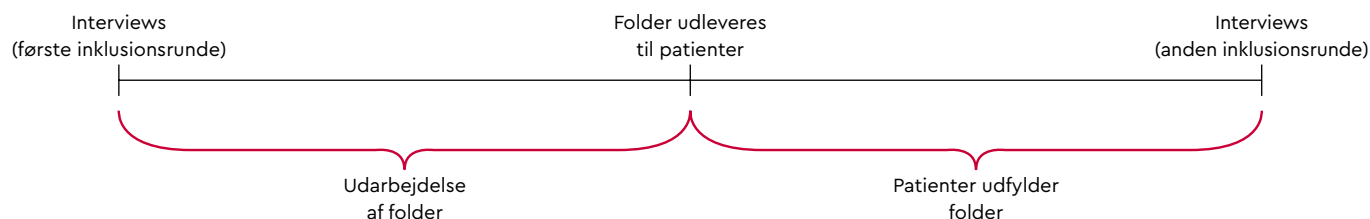
Registreringerne i folderen viste, at mere end 50 pct. af patienterne udviste >75 pct. adherence til de individuelle anbefalinger. Patienter opereret for ovariecancer forbedrede signifikant antal af ugentlige motionssessioner med 33,9 procentpoint (95 pct. CI: 23,0-44,9) i den tid, de havde folderen. Registreringerne viste yderligere, at foretrukne motionsformer var at gå, cykle eller udføre praktiske opgaver (havearbejde eller rengøring). Dette kunne nemlig passes ind i patienternes hverdagsliv og var desuden realistiske valg for de patienter, der var udfordret fysisk og/eller mentalt og følte sig for syge til omfattende/prædefineret præhabilitering.

I forhold til kost opfattede patienterne en god præoperativ ernæring som mere end bare protein, idet de også havde fokus på en grøn diæt og vitamintilskud.

Motivation

Motivationen for præhabilitering omfattede det at få indflydelse på egen recovery ved at styrke sin krop præoperativt. Derudover blev præhabilitering opfattet som en måde, man kunne aflede sig fra negative

Figur 1. Overblik over dataindsamling



Tabel 4. Inkluderede patienter

	Antal patienter	Gennemsnitsalder	Køn (mand/kvinde)	Afdeling (mave-tarm/gynækologisk)
Interviews	31	60	12/19	19/12
Registreringer i folder	53	62	7/46	20/33
Total	79*	62	17/62	36/43

* Fem patienter deltog både i interviews og registreringer i folderen, hvorfor disse er trukket fra (31+53-5 = 79).

Tabel 5. Citater

Overordnet tema	Beskrivelse
Den præoperative periode	<p>"Jeg vil da sige, at selvfølgelig er det træls, at man skal vente så længe, men som jeg siger - jeg føler mig stærkere nu, end jeg gjorde for tre uger siden, og det tror jeg er godt at være, når man skal opereres og er i bedre fysisk form... Og psykisk form! At man lige har nået at vænne sig til det," (kvinde, 69 år).</p> <p>"Jeg troede, jeg havde lidt tid (til forberedelse), men det havde jeg ikke rigtigt alligevel. Men ventetiden ... den var så grim, så det var skønt nok at komme i gang," (kvinde, 52 år).</p> <p>"Jeg har to seksårige børn, og jeg har en travl hverdag på mit arbejde, og det er ligesom de ting, jeg interesserer mig for, og det giver mig sindssygt meget livsenergi og livskvalitet at være de steder her, så hvis du skulle tage det fra mig den sidste tid inden min operation, det tror jeg ikke, jeg ville gå på kompromis med alligevel. Altså, det har betydet noget for mig," (kvinde, 38 år).</p>
Holdning til præhabilitering	<p>"Jamen, det var nok at få ryddet op (meningsfuldt for patienten). Både med hensyn til død, og altså ... Det fik vi lige en ekstra snak om, selv om vi havde det på plads. Men det var sådan ligesom, der skulle ikke være nogen misforståelser [...] Vi flyttede for fire år siden, bliver det nu her i år, så der var nogle kasser, jeg ikke havde fået set i endnu, og det kunne jeg da godt lige nå at se i dem, hvis det bare var noget, der skulle væk. Der er jo ingen grund til at (mand) skulle døje med det, hvis jeg ikke kom tilbage. Altså, sådan nogle ... Men det var ikke nogen grimme tanker - der skulle ryddes op," (kvinde, 71 år).</p> <p>"Jeg tror, at når det går hen og bliver for generelt og bredspektret, så bliver det for uinteressant og for uvedkommende. Så materialet skal være enormt vedkommende ift. at få set på, hvad er det i materialet her, som jeg kan bruge i min situation?" (mand, 51 år).</p>
Udført præhabilitering	<p>"Men en gåtur eller et eller andet, det kan jeg overskue, fordi jeg kan egentlig bare gå ud på vejen og så gå en tur, ikke. Nogle gange kørte jeg til byen og gik inde i centeret eller lidt nede på havnen, for så kan man sige, du har været af sted, du har været ude at gå lidt, men ikke nødvendigvis med pulsen højt oppe," (kvinde, 51 år).</p> <p>"Der er jo rigtig meget fokus på protein, protein, protein, men jeg tror altså også, at der er andre ting i min tarmflora, som grøntsager gør, eller som andre ting gør, som der ikke er så meget fokus på i sygehusvæsenet. Som er i kål og andet mad..." (kvinde, 51 år).</p>
Motivation	<p>"Siden man har fået den her diagnose, så ved man godt, at der er nogle ting, du kan gøre noget ved. Der er en rigtig stor del af det, som du ikke kan gøre noget ved, der må du ligesom lægge det til sygehusvæsenet og sundhedsvæsenet og sige: "hvad kan lade sig gøre, hvad kan vi gøre." Men den del hvor jeg selv har indflydelse, hvor jeg kan sige, at jeg i hvert fald... Det er min krop de skal skære i, så jeg kan i hvert fald tilbyde dem det bedst mulige at skære i," (mand, 40 år).</p> <p>"Så det fik jeg ligesom gjort hver dag, og det havde jeg ikke gjort uden den (folderen), for jeg har fået den der "det er vigtigt med forberedelse", men i og med at jeg skulle skrive noget ned ... Det hjalp virkelig meget! Fordi så skylder jeg jo ligesom: "Uha, jeg må drikke den her, så jeg kan skrive ned, jeg har gjort noget!";" (kvinde, 51 år).</p> <p>"Hvis den var for udspecificeret med har du gjort det der og det der ... For nogle vil det jo være okay, og nogle de trives med det [...] men for mig ville det være "åh nej, nu kan jeg heller ikke klare det" - et nederlag! Nå, nu kan du heller ikke klare det, ligesom alt det andet du i huset ikke kan klare. For mig var det i hvert fald lidt nemmere at skrive, at okay, så havde jeg i det mindste været ude at gå en tur, ikke," (kvinde, 51 år).</p>
Behov for støtte	<p>"... for mig ville det være en hjælp (at have kontakt med sundhedsprofessionelle). Ikke at I bare siger: "Så skal du gå hjem og gøre det og det". Fordi så er det hele tiden mig selv, der skal tage mig sammen. Men hvis der er én, som ligesom kunne motivere mig ... Og hvis man så ligesom kunne parre det sammen med nogle, eller ... Eller familien. Et eller andet, så man havde en træningspartner, det ville være rigtig godt," (kvinde, 56 år).</p> <p>"Er der noget, jeg kan gøre derhjemme? [...] Dét hvor det kan lade sig gøre... For man ofrer i forvejen meget af sit liv for at skulle gennemgå sådan en operation her," (kvinde, 38 år).</p> <p>"Der skulle virkelig pres på! Det skulle der. Og så hvis de lige pludselig ikke var i nærheden, så er jeg ikke sikker på, at jeg ville fuldføre det. Sådan er jeg. Jeg skal holdes øje med," (kvinde, 79 år).</p>

tanker samt indgå i et samarbejde med de sundhedsprofessionelle. Patienterne blev desuden motiverede af, at de skulle registrere udførte præhabiliteringsaktiviteter i folderen, velvidende at en sundhedsprofessionel ville gennemgå disse.

Yderligere var det motiverende, at patienterne selv kunne tilpasse præhabiliteringsaktiviteter til deres egne ressourcer (grundet folderens generelle anbefalinger), så de ikke følte, de mislykkedes.

Slutteligt viste det sig at være motiverende at være en del af et forskningsprojekt, eftersom patienterne på den måde bidrog til ny viden.

Behov for støtte

På den ene side havde patienterne behov for frihed og fleksibilitet i forbindelse med præhabilitering, men på den anden side havde de behov for mere støtte baseret på tæt kontakt med de sundhedsprofessionelle. Således var der brug for mere supervision og støtte til præhabilitering, end anbefalinger i en folder kunne give. Derfor anerkendte flere patienter, at præhabilitering udført på et sygehus eller sundhedscenter kunne føre til forbedret adherence grundet tæt supervision, og hvad de kaldte en grad af pres, kontrol og monitorering. På trods heraf foretrak de fleste patienter alligevel præhabilitering i eget hjem, hvor de følte sig trygge og kunne tilpasse aktiviteterne til deres hverdagsliv, individuelle præferencer og formåen.

D

Diskussion

De fem ovenstående temaer tydeliggør, at patientperspektivet i høj grad kan få betydning for, hvordan og i det hele taget hvorvidt præhabilitering gennemføres. For det første viste antallet af de dage, der

var til rådighed før operationen, sig at have afgørende betydning for deltagernes præhabiliteringsindsats.

I de danske kræftpakkeforløb er den præoperative periode kort (højest to uger), hvilket automatisk begrænser, hvor lang tid et præhabiliteringsprogram kan vare, når det er målrettet kræftbehandling. International forskning inden for præhabilitering anbefaler imidlertid, at der afsættes 4-6 uger til præhabilitering, også selv om positive effekter er observeret efter kun to uger (6,11). En kort præoperativ periode betyder, at et præhabiliteringsprogram skal være ekstra intensivt og struktureret, såfremt det skal have effekt (6).

Imidlertid kan et intensivt og struktureret program være i uoverensstemmelse med patienternes behov for fleksibilitet i den præoperative periode. Således angav patienterne i undersøgelsen at være

travlt beskæftiget i tiden op mod operationen, og at de havde brug for mere tid, hvis de skulle kunne prioritere præhabilitering tilstrækkeligt højt. Alligevel ønskede de ikke en forlængelse af den præoperative periode. Dette kan hænge sammen med frygt for spredning af sygdommen i ventetiden op mod operation. Studier omhandlende udskydning af behandling ved kolorektal- og ovariecancerpatienter har dog ikke fundet en negativ association med overlevelse.

På baggrund heraf konkluderer nogle studier, at den præoperative periode vil kunne forlænges og dermed udnyttes til præhabilitering (12-14).

En folder i sig selv er ikke nok

Patienternes behov for støtte var et centralt omdrejningspunkt i dette projekt. På baggrund af interviewene foretaget efter første inklusionsrunde blev folderen 'Hvordan kan du forberede dig på din operation?' udarbejdet. Ud fra folderens anbefalinger kunne patienterne selv vælge, hvilken form for præhabilitering der passede bedst til deres individuelle hverdagsliv, præferencer og ressourcer. Dette motiverede dem til at følge anbefalingerne, men det viste sig, at folderen i sig selv ikke var nok.

Selv om patienterne udviste adherence til anbefalingerne, øgede hyppigheden af ugentlig motion og gav udtryk for, at folderen motiverede dem, havde de også brug for supplerende støtte fra de sundhedsprofessionelle. Dette forhold genfindes i forskning omhandlende patientcentreret pleje, hvor det anbefales, at et redskab (f.eks. en folder) altid skal ses som en del af et samarbejde, der i tilgift skal være baseret på tæt kontakt og støtte (15).

Dette bringer os videre til en diskussion om, hvorvidt præhabilitering skal foregå på et sygehus, et sundhedscenter eller i eget hjem. Behovet for støtte kan tænkes at være nemmere at imødekomme, hvis patienten møder op på et sygehus til en planlagt præhabiliteringssession. Et review har således sammenlignet adherence ved et superviseret program på sygehuset med et ikke-superviseret hjemmebaseret program. Adherencerater lå på henholdsvis 98 pct. og 70 pct. (7).

Yderligere har patienter, der har deltaget i et superviseret program på et sygehus vist sig at have større forbedring i deres funktionsniveau sammenlignet med patienter i et ikke-superviseret hjemmebaseret program (16). Således er det muligt, at vi havde observeret større adherence og forbedring i motion, hvis patienterne havde skullet møde op på et sygehus eller sundhedscenter, der kunne tilbyde mere støtte fra de sundhedsprofessionelle og mulighed for individualiseret tilpasning.

I præoperative motionsprogrammer har netop støtten vist sig at være altafgørende for deltagernes

adherence, og dét at møde op til planlagte motions-sessioner uden for hjemmet er blevet identificeret som en motiverende faktor for deltagelse.

Ligeledes er social interaktion og gensidig forpligtelse faktorer, der øger deltagernes adherence (17-18). I nærværende projekt anerkendte patienterne, at deres adherence nok ville kunne forbedres, hvis de mødte op på et sygehus eller sundhedscenter, hvor de kunne få mere støtte. Alligevel foretrak en del af patienterne præhabilitering i eget hjem, fordi det blev oplevet som mest realistisk i deres nuværende situation, og fordi det kunne tilpasses deres hverdagsliv.

Desuden opfattede nogle af patienterne også støtte som en form for pres, kontrol og monitorering fra de sundhedsprofessionelles side. I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at litteraturen viser, at en adfærdændring, der er baseret på pres og kontrol, er en kortsigtet løsning, hvorimod en bæredygtig adfærdændring kræver en vis form for selvregulering og evne til selv at tage ansvar (17).

Hvis målet er, at principperne i et præhabiliteringsprogram skal kunne strække sig ud over den præoperative periode og således positivt bidrage til den postoperative rehabilitering, er det derfor vigtigt at arbejde på at genfinde den rette balance mellem, at patienten selv tager ansvar/kontrol og bliver støttet/presset af de sundhedsprofessionelle.

Vigtigt at invitere patienterne

Analysen identificerede, at der til en vis grad var uoverensstemmelse mellem på den ene siden den eksisterende biomedicinske viden om præhabilitering og på den anden side patienternes perspektiver på og ønsker for den præoperative periode. Således viser litteraturen, at et struktureret motionsregime er en central del af et virkningsfuldt præhabiliteringsprogram, hvorimod patienterne foretrak motion, der stemte overens med deres aktuelle hverdagsliv og præferencer.

For at understøtte patientcentreret og samtidigt evidensbaseret praksis er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er villige til at invitere patienterne ind i "maskinrummet" og gennem samarbejde og gensidig udveksling af perspektiver involvere dem i udviklingen af et fremtidigt præhabiliteringsprogram.

Således kan involvering i egen præoperativ forberedelse ikke begrænses til at få patienterne til at udføre prædefinerede præhabiliteringsaktiviteter. Man kunne måske forledes til at tro, at patienterne ville være motiverede af cancerdiagnosen til at ændre adfærd. Dog viste dette projekt, at der eksisterer en række barrierer for præhabilitering og ændring i adfærd i den præoperative periode. Disse barrierer kunne muligvis have ført til bortfald

og lav adherence, hvis man ikke på forhånd havde undersøgt patientperspektivet.

Derfor skal sundhedsprofessionelle spørge sig selv om følgende, inden et præhabiliteringsprogram udrulles: Hvad mener patienterne? Er programmet i overensstemmelse med deres præferencer og hverdagsliv? Svar på disse spørgsmål kræver, at patienterne bliver involveret tidligt i forskningsprocessen.

Metodiske overvejelser

I dette afsnit vil de vigtigste metodiske begrænsninger blive præsenteret.

For det første foretrak patienterne hjemmebaseret træning frem for at skulle møde op på et sygehus til præhabilitering, men eftersom patienterne ikke havde erfaring med præhabilitering på et sygehus, forblev samtalen hypotetisk.

Et studie har vist, at patienter, der deltog i sygehusbaseret præhabilitering, blev mere positive stemt over for dette, jo mere erfaring de fik (17). Dermed kan det tænkes, at patienternes holdning til sygehusbaseret præhabilitering ville have været anderledes, såfremt de havde prøvet dette.

For det andet må man forvente en vis grad af misklassifikation i den præoperative folder, da data er selvrapporterede. Især er selvrapporteret motion forbundet med en overestimering (19). Denne overestimering må imidlertid forventes at være til stede ved både baseline og "followup", hvorfor dette ikke burde at få betydning for estimatet om ændring i patienternes motion.

Sidst men ikke mindst var flertallet af de patienter, der udfyldte folderen, kvinder. Forskning viser, at mænd og kvinder reagerer forskelligt på at blive diagnosticeret med kræft (20), og selektionsbias kan derfor ikke udelukkes.



Patienter, der står over for en omfattende kræftoperation, forholder sig positivt over for ideen om præhabilitering, idet de kan se meningen med selv at have indflydelse på deres almentilstand forud for

operationen. På trods af dette har de en række forbehold over for et prædefineret præhabiliteringsprogram. Dette skyldes, at patienterne har behov for præhabilitering, der er tilpasset den enkelte – ikke kun med hensyn til fysisk formåen, men også med hensyn til hverdagsliv og individuelle præferencer.

De sundhedsprofessionelle kan således ikke forvente, at patienterne bare er motiverede til at følge et prædefineret og standardiseret præhabiliteringsprogram. Omvendt kan de sundhedsprofessionelle heller ikke forvente, at patienterne er i stand



til selv at tage ansvar for deres præhabilitering. Hvis fremtidige programmer skal finde den rette balance mellem støtte og struktur, kræver det derfor, at patienterne bliver involveret fra begyndelsen.

Relevans for klinisk praksis

Hvis præhabilitering skal tilbydes patienter, der står over for omfattende kræftoperation, forudsæt-

ter det, at de sundhedsprofessionelle ikke kun har kendskab til patientens fysiske tilstand men også til dennes individuelle behov og præferencer. Patientperspektivet må prioriteres helt fra start, hvilket lægger op til patientinvolvering allerede i udviklingsfasen af et præhabiliteringsprogram. Kun herved kan der udvikles et patientcentreret præhabiliteringsprogram, som er baseret på patienternes værdier. ●

Referencer

- 1.** Topp R, Ditmyer M, King K, Doherty K, Hornyak 3rd J. The effect of bed rest and potential of prehabilitation on patients in the intensive care unit. *AACN Clin Issues* 2002;13(2):263-76. **2.** Carli F, Silver JK, Feldman LS, McKee A, Gilman S, Gillis C, et al. Surgical Prehabilitation in Patients with Cancer: State-of-the-Science and Recommendations for Future Research from a Panel of Subject Matter Experts. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2017;28(1):49. **3.** Scheede-Bergdahl C, Minnella EM, Carli F. Multi-modal prehabilitation: addressing the why, when, what, how, who and where next? *Anaesthesia* 2019;74(S1):20-6. **4.** McDonald S, Yates D, Durrand JW, Kothmann E, Sniehotta FF, Habgood A, et al. Exploring patient attitudes to behaviour change before surgery to reduce peri-operative risk: preferences for short- vs. long-term behaviour change. *Anaesthesia* 2019 Dec;74(12):1580-88. **5.** Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract* 2008;20(12):600-7. **6.** van Rooijen S, Carli F, Dalton S, Thomas G, Bojesen R, Le Guen M, et al. Multimodal prehabilitation in colorectal cancer patients to improve functional capacity and reduce postoperative complications: the first international randomized controlled trial for multimodal prehabilitation. *BMC Cancer* 2019;19(1):98-018-5232-6. **7.** Thomas G, Tahir MR, Bongers BC, Kallen VL, Slooter GD, van Meeteren NL. A systematic review of randomised controlled trials investigating prehabilitation before major intra-abdominal cancer surgery: An analysis of prehabilitation content and outcome measures. *European Journal of Anaesthesiology* 2019;36(12):933-45. **8.** Richards D. The Complex Interventions Framework. In: Richards D, Hallberg I, editors. *Complex interventions in health - an overview of research methods Great Britain*: Routledge; 2015:1-15. **9.** Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res* 2016;26(13):1753-60. **10.** Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012;40(8):795-805. **11.** Durrand J, Singh SJ, Danjoux G. Prehabilitation. *Clin Med (Lond)* 2019 Nov;19(6):458-64. **12.** Strous MTA, Janssen-Heijnen MLG, Vogelaar FJ. Impact of therapeutic delay in colorectal cancer on overall survival and cancer recurrence - is there a safe timeframe for prehabilitation? *Eur J Surg Oncol* 2019;45(12):2295-2301. **13.** Curtis NJ, West MA, Salib E, Ockrim J, Allison AS, Dalton R, et al. Time from colorectal cancer diagnosis to laparoscopic curative surgery-is there a safe window for prehabilitation? *Int J Colorectal Dis* 2018;33(7):979-83. **14.** Noer MC, Sperling CD, Ottesen B, Antonsen SL, Christensen II, Høgdall C. Ovarian Cancer and Comorbidity: Is Poor Survival Explained by Choice of Primary Treatment or System Delay? *International Journal of Gynecological Cancer* 2017;27(6):1123-33. **15.** Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person-centered care: from ideas to action - bringing together the evidence on shared decision making and self-management support. *The Health Foundation* 2014. **16.** Awasthi R, Minnella EM, Ferreira V, Ramanakumar AV, Scheede-Bergdahl C, Carli F. Supervised exercise training with multimodal pre-habilitation leads to earlier functional recovery following colorectal cancer resection. *Acta Anaesthesiol Scand* 2018;63(4):461-7. **17.** Burke SM, West MA, Grocott MPW, Brunet J, Jack S. Exploring the experience of adhering to a prescribed pre-surgical exercise program for patients with advanced rectal cancer: A phenomenological study. *Psychology of Sport and Exercise* 2015;16:88-95. **18.** Banerjee S, Semper K, Skarparis K, Naisby J, Lewis L, Cucato G, et al. Patient perspectives of vigorous intensity aerobic interval exercise prehabilitation prior to radical cystectomy: a qualitative focus group study. *Disabil Rehabil* 2019;14:1-8. **19.** Watkinson C, van Sluijs EM, Sutton S, Hardeman W, Corder K, Griffin SJ. Overestimation of physical activity level is associated with lower BMI: a cross-sectional analysis. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 2010;7(1):68. **20.** Johnson AS. Mænd og kræft - psykosociale aspekter. *Nordisk Cancer Union* 2002. **En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til førsteforfatteren.**

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.

SKYGGEGEARBEJDE I PSYKIATRIEN

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

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

Lyt til podcasten her: dsr.dk/podcast 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.



METTE KRAGH

Sygeplejerske 1998, cand.scient.san. 2011, ph.d. 2017. Aktuelt ansat i en delt stilling som forsker i afdelingens forskningsenhed og som sygeplejerske i Psykiatriens Hus Aarhus.

metkragh@rm.dk



DORTHE MØLLER

Sygeplejerske 2012. Ansat som udviklingssygeplejerske i Psykiatriens Hus Aarhus.



MARIA SPEED

Cand.scient. i statistik 2015, ph.d. 2018. Siden 2018 ansat som forskningsstatistiker i Afdeling for Depression og Angst, AUH Psykiatrien.



HENNY DYRBERG

Cand.psych. 1998. Specialpsykolog i Psykiatri. Ansat i Psykiatriens Hus.

Non-farmakologisk søvnbehandling reducerer søvnproblemer hos psykiatriske patienter

Trods høj forekomst af søvnproblemer hos patienter i psykiatrien findes der kun få søvnbehandlingstilbud rettet mod disse patienter. Behandling baseret på evidensbaserede metoder giver bedre søvn, viser data.

○ Cirka hver tredje voksen oplever søvnproblemer, og problemerne er associeret med øget risiko for hjerte-kar-lidelser, diabetes, reduceret livskvalitet, øget selvmordsadfærd og øget risiko for depression (1). Søvnløshed (insomni) indebærer problemer med at falde i søvn, have afbrudt søvn eller at vågne for tidligt. Desuden kan personen subjektivt opleve, at søvnen har dårlig kvalitet. Søvnproblemer omfatter bl.a. også øget søvnbehov (hypersomni), utilstrækkelig søvnhygiejne og døgnrytmeforstyrrelser.

Prisvinder

Projektet 'Bedre søvn uden medicin', som er beskrevet i denne artikel, fik i maj 2021 den nationale Innovationspris 'Nyt Sammen Bedre-prisen' sammen med Region Midtjylland og Aarhus Kommune.

RESUME

Non-farmakologisk søvnbehandling kan reducere søvnproblemer hos psykiatriske patienter, og behandlingen kan efter undervisning og træning varetages selvstændigt af sygeplejersker. Der findes dog kun få tilgængelige behandlingstilbud.

Et søvnbehandlingstilbud for psykiatriske patienter med søvnproblemer blev etableret i 2019 i Psykiatriens Hus, Aarhus. Behandlingen tager udgangs-

punkt i en forskningsbaseret manual og består af seks sessioner med følgende indhold: udfyldelse af søvndagbog, undervisning i søvn og døgnrytme, afspænding, stimuluskontrol, søvnrestriktion, kognitiv adfærdsterapi og forebyggelse af tilbagefald.

Forløbene varetages af to sygeplejersker og en specialpsykolog.

Et dataudtræk fra den Elektroniske Patientjournal på de første 55 patienter

viser, at 46 fuldførte behandlingen, og at den hyppigste diagnose var bipolar lidelse. Median for varighed var 50 dage.

Ved start og slut af forløbet udfyldte patienterne validerede spørgeskemaer mhp. at evaluere søvnproblemets sværhedsgrad og søvnens kvalitet.

Analyser viser, at patienterne opnåede en klinisk betydningsfuld reduktion af deres søvnproblemer og fik en signifikant bedre søvnkvalitet.

Fælles for søvnproblemerne er, at de sædvanligvis fører til træthed og ned-sat funktion i dagligdagen (1).

Høj forekomst af søvnproblemer

Blandt psykiatriske patienter ses en meget høj forekomst af søvnproblemer f.eks. på op mod 50-90 pct. ved depression (2). På trods af den høje forekomst findes der kun få søvnbehandlingstilbud rettet mod psykiatriske patienter med søvnproblemer, hvilket kan skyldes, at søvnproblemer ofte betragtes som en del af den psykiatriske diagnose og ikke som en selvstændig lidelse.

Forskning har vist, at psykiatriske patienter med alvorlige søvnproblemer oplevede ringere livskvalitet, alvorligere symptomer på andre psykiske lidelser og fik dårligere udbytte af behandlingen for deres psykiske sygdom (3). Det kan således være hensigtsmæssigt at behandle søvnproblemerne parallelt med den psykiatriske lidelse.

Studier har vist, at behandles søvnproblemer med non-farmakologiske metoder sideløbende med f.eks. anden depressionsbehandling, opnås både en bedring af søvnproblemer og en større reduktion af depressive symptomer mere generelt (4). Samtidig er non-farmakologisk behandling efterspurgt af patienterne, og forskning viser, at effekten varer længere end ved medicinsk behandling (5).

Søvnbehandling efter transdiagnostisk manual

Dette er baggrunden for, at der i Psykiatriens Hus, Aarhus (PH), i august 2019 blev etableret et tilbud om søvnbehandling. Indholdet og opbygningen af søvnbehandling i PH er baseret på en transdiagnostisk manual (6), hvilket er hensigtsmæssigt, idet PH modtager psykiatriske patienter og borgere med et bredt spektrum af diagnoser. (Transdiagnostisk betyder, at man bruger den samme terapi til en hel kategori af lidelser).

Den transdiagnostiske manual bygger på flere evidensbaserede metoder, primært kognitiv adfærdsterapi ved insomni (KAT-I). Denne behandling består af følgende elementer:

- Søvnrestriktion (tid i sengen begrænses til den faktiske søvntid)
- Stimulus-kontrolmetode (sammenhæng mellem seng og søvnløshed aflæres)
- Undervisning om gode søvnvaner
- Afspændingsøvelser og kognitive metoder, der kan afhjælpe søvnrelaterede bekymringer og grubleri samt u hensigtsmæssige antagelser om søvn.

KAT-I er af europæiske retningslinjer anbefalet som førstevalg ved insomni (7). I manualen indgår også kronoterapi defineret som strategier, der kan anvendes til at påvirke vores biologiske ur (8).

Konkret arbejdes der med hensigtsmæssig eksponering for lys og mørke og styrkelse af øvrige faktorer (fysisk aktivitet, måltider og social interaktion), der hjælper med til at fastholde en stabil døgnrytme.

Endelig anvendes 'Den motiverende samtale' (9) for løbende at understøtte de adfærdsændringer, der arbejdes med.

Manualen er opbygget, så den kan anvendes på tværs af diagnoser. Søvnbehandling kan tilpasses den enkeltes behov samt kombineres med den øvrige psykiatriske behandling. Den består af fire tværgående moduler og fire kernemoduler, der altid indgår, samt syv tillægsmoduler.

De tværgående moduler; case-formulering, at sætte mål, undervisning om søvn samt adfærdsændring og motivation, anvendes løbende.

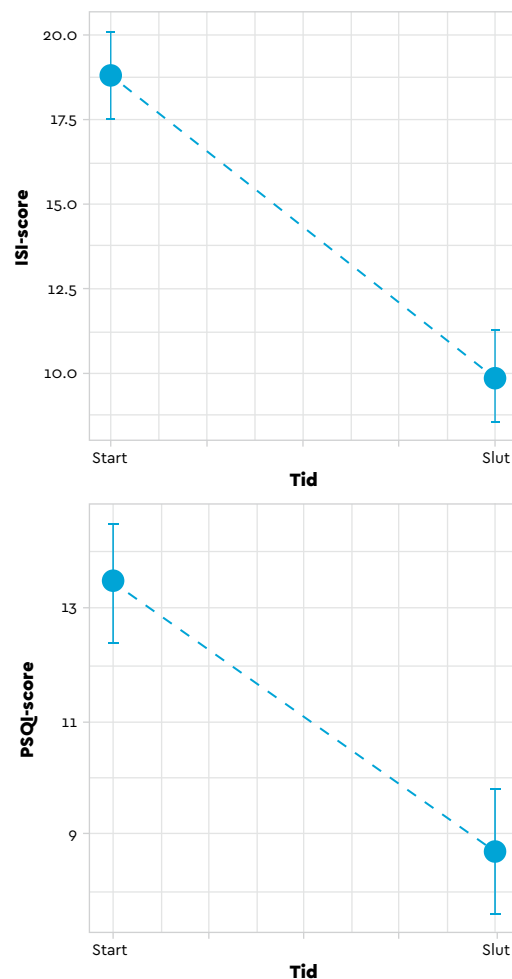
Kernemodulerne handler om at indføre regelmæssige sengetider, indføre en afstressende søvnfremmende rutine, lære en opvågningsrutine, øge

aktivitetsniveauet om dagen samt korrigere dysfunktionelle antagelser og forebyggelse af tilbagefald. Derudover kommer tillægsmodulerne, som indgår, når det er meningsfuldt ud fra patientens problemstilling. De handler f.eks. om at forbedre søvneffektiviteten, arbejde med døgnrytmeforstyrrelser, reducere bekymring og reducere mareridt.

Opbygningen af et søvnforløb

Den transdiagnostiske manual er i Psykiatriens Hus omsat til seks behandlingssessioner, der gennemføres som ugentlige individuelle samtaler af ca. 60 minutters varighed. Vægtningen og rækkefølgen i indholdet samt intervallerne mellem samtalerne kan justeres,

Figur 1. ISI- og PSQI-score inklusive 95 pct. konfidensinterval.



Plot af de gennemsnitlige ISI- og PSQI-score inklusive 95 pct. konfidensinterval.

så behandlingen tilpasses den enkeltes livssituation og problemstilling. Patienten får udleveret en mappe med diverse arbejdsark, herunder en søvndagbog som udfyldes gennem hele forløbet. Hver session startes med en gennemgang af søvndagbogen. Overordnet er indholdet i de seks sessioner følgende:

1. Indledende samtale

I den indledende samtale præsenteres patienten for søvnforløbet og informeres om, at det kræver et vist overskud at deltage, idet det forventes, at man udfylder søvndagbog, kan møde stabilt og er motiveret for at ændre eventuelle uhensigtsmæssige vaner. Ved samtalen udarbejdes en grundig søvnanamnese, hvor der spørges detaljeret ind til patientens søvn, somatiske og psykiske lidelser, brug af sovemedicin samt symptomer på egentlige søvnsygdomme (som f.eks. søvnapnø). Patienten introduceres for søvndagbogen, som han/hun opfordres til at udfylde dagligt under hele forløbet.

2. Aftaler om sengetider mv.

Ud fra søvndagbogen aftales faste sengetider, mulige problemer med at overholde

Tabel 1. Demografi for deltagere som har gennemført søvnforløbene

Karakteristika	Deltagere (n=46)
Køn, n	
Mand	16
Kvinde	30
Alder	
Median (IQR)	34 (27;47)
Diagnose, n	
F31 Bipolar affektiv sindslidelse	13
F33 Periodisk depression	6
F40-F43 Angst, Akut belastningsreaktion	9
F90+F98 Opmærksomhedsforstyrrelser	11
Resten	7
Forløbsvarighed (dage)	
Median (IQR)	50 (35;62)



Det kan være hensigtsmæssigt at behandle søvnproblemerne parallelt med den psykiatriske lidelse.

disse identificeres, og eventuelle problemer løses. Der aftales faste sengetider med patienten, som samtidig introduceres for søvneffektivitetstræning (tid i sengen begrænses til den faktiske søvntid) og stimulus-kontrolmetode (sammenhæng mellem seng og søvnløshed aflæres). Endelig aftales en afstressende søvnfremmende rutine med patienten en time før sengetid. F.eks. skærmfri og beroligende aktiviteter samt dæmpet belysning.

Der opstilles mål for forløbet, og patienten introduceres til søvnens regulering. Søvnens ses som led i en homeostatisk proces, hvor der gennem de vågne timer opbygges et søvnpres, som til

sidst udløser nattesøvnen. Jo længere tid man udskyder søvnen, jo større bliver søvnpresset. Søvnens reguleres desuden af døgnrytmen, som primært justeres af lys og mørke. Lyset påvirker den suprachiasmatiske kerne lokaliseret i hypothalamus, som styrer frigivelsen af det søvnfremmende hormon melatonin fra koglekirtlen.

3. Undervisning

Undervisning i normal søvn, søvnproblemer, døgnrytme og metoder til at afhjælpe søvnproblemer. Herunder planlægges hvordan dagslys (og eventuelt lysterapi) om morgenen/formiddagen kan integreres i dagligdagen. Da der på vores breddegrader i vinterhalvåret er begrænsede muligheder for tilstrækkeligt med dagslyseksposering, er der mulighed for at låne en lysterapilampe. Desuden er der fokus på opkvikkende aktiviteter og optimering af søvnhygiejnen.

4. Introduktion til teori

Teorien bag KAT-I introduceres for patienten med udgangspunkt i Spielmanns model om udvikling af insomni, se Figur 1. Her antages det, at prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer fører til insomni. Medfødte dispositioner eller personlighedstræk i kombination med en eller flere udløsende faktorer som stress, skilsmisse eller lignende, fører til søvnproblemer, der over tid vedligeholdes af uhensigtsmæssige strategier som f.eks. at tage en lur om dagen, gå tidligere i seng, melde afbud til planlagte aktiviteter osv.

Den uhensigtsmæssige adfærd indgår i onde cirkler, hvor negative tanker, anspændthed og kropslig uro forringer søvnen og fører til uoplagthed dagen efter, hvilket yderligere forstærker den uhensigtsmæssige adfærd (10). De vedligeholdende adfærdsmæssige faktorer er et gennemgående fokus i behandlingen.

Introduktion til kognitive metoder; adfærdseksperimenter, aftenterapi, hvor dagens positive oplevelser genkaldes, bekymringstid som er en planlagt afgrænset tid til at nedskrive eller reflektere over bekymringer samt undersøge negative automatiske tanker og modificere disse. Der udvælges en eller flere af disse metoder, som kan afprøves til næste samtale.

5. Introduktion til muskelafspænding

Kropslig anspændthed udfordrer den gode søvn. Introduktion til progressiv muskelafspænding (hold/slip afspænding) tilbydes ved en fysioterapeut.



Teknikken er bevidst valgt, da patienten skal aktivere muskulaturen, hvilket hjælper til at flytte fokus fra tanker som forstyrrer søvnen. Patienterne får tilbudt en lydfil, så de kan udføre øvelsen derhjemme. Nogle patienter har i forvejen så stor erfaring med afspændingsteknikker, at denne session i stedet konverteres til yderligere en individuel samtale eller udelades helt.

6. Opfølgning

Opfølgning på mål og fokus på, hvad patienten kan arbejde videre med på egen hånd. Forløbet evalueres, og den viden, som patienten har tilegnet sig under behandlingen, opsummeres, og der tales om, hvordan resultaterne bevares. Der udarbejdes en forebyggelsesplan for tilbagefald med fokus på at identificere tidlige tegn (f.eks. forlænget indsovning), risikosituationer (f.eks. arbejdsstress) og en nedskrevet plan for håndtering af tilbagevendende søvnproblemer (f.eks. at genoptage faste sengetider).

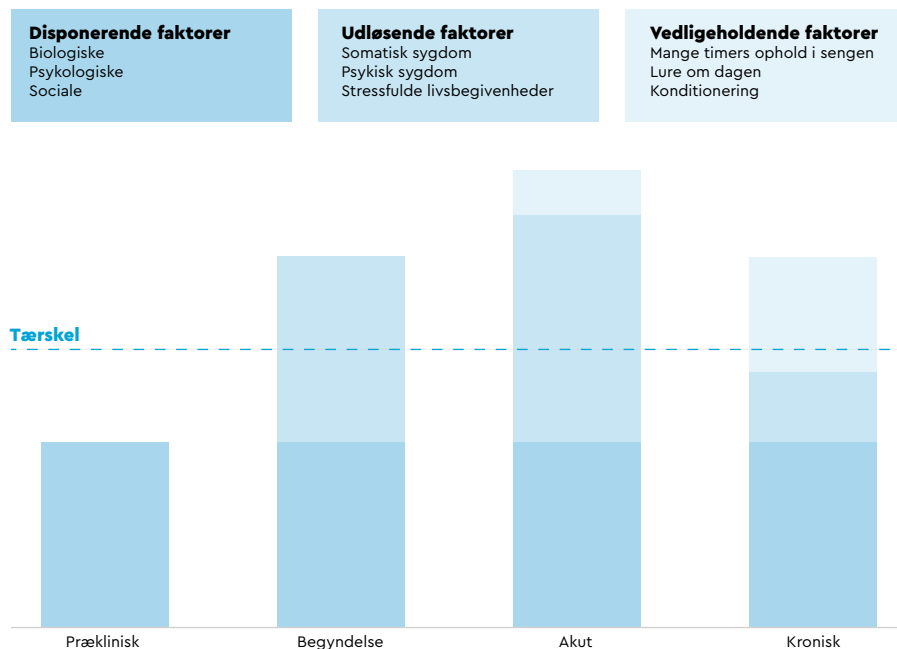
Kvalitetsmonitorering

Patienterne har ved starten og afslutningen af deres forløb udfyldt validerede spørgeskemaer. 'Insomnia Severity Index' (ISI) måler på søvnproblemet sværhedsgrad og har en score fra nul (ingen søvnproblemer) til 28, som indikerer et klinisk søvnproblem af svær grad.

'Pittsburgh Sleep Quality Index' (PSQI) måler på søvnkvaliteten og har en score fra nul til 21. Jo lavere score jo bedre søvnkvalitet.

Et dataudtræk fra den Elektroniske Patientjournal på de første 55 patienter er blevet analyseret. Demografiske og kliniske variable (køn, alder, diagnose, forløbsvarighed) for de deltagere, som gennemførte søvnforløbet, er præsenteret som antal for de kategoriske variable, og som median samt 25 pct.- og 75 pct.-interkvartil (IQR) for de kontinuerte variable.

Figur 2. Spielmans model for udvikling af insomni



I modellen antages det, at prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer fører til insomni. Medfødte dispositioner eller personlighedstræk i kombination med en eller flere udløsende faktorer fører til søvnproblemer, der over tid vedligeholdes af uhensigtsmæssige strategier som f.eks. at tage en lur om dagen, gå tidligere i seng, melde afbud til planlagte aktiviteter osv.

Test for, om der er en signifikant reduktion i ISI- og PSQI-scoren fra start til slut i forløbene, er udført med en lineær mixed effekt-model for henholdsvis ISI- og PSQI-scoren med tidsvariablen (1: Start, 2: Slut), som uafhængig forklarende variable.

Middelværdi og 95 pct.-konfidensinterval samt den gennemsnitlige reduktion over tid og p-værdi for reduktionen i ISI- og PSQI-scoren er udregnet.

Behandlingen reducerer patienternes søvnproblemer

Ud af 55 patienter fuldførte 46 et forløb. Hovedparten af deltagerne i søvnforløbene var yngre kvinder, median for alder var 34 år. Bipolar affektiv sindslidelse var den hyppigste diagnose blandt deltagerne efterfulgt af opmærksomhedsforstyrrelse og periodisk depression. Varigheden på søvnforløbene havde en median på 50 dage, se Tabel 1 på forrige side.

Den gennemsnitlige deltager i søvnforløbene havde en signifikant reduktion i både ISI- og PSQI-scoren over tid, se Figur 2.

Reduktionen for ISI- og PSQI-scoren var på henholdsvis 8,82 og 4,80, begge er signifikante ($p < 0,05$). Se Boks 1 og Boks 2.

Søvnproblemer er oversete

Søvnproblemer er ofte oversete i psykiatrien, og selvom forskning anbefaler non-farmakologisk søvnbehandling, er tilbuddene begrænsede. Vores data viser, at patienter med psykiatriske lidelser kan opnå en klinisk betydningsfuld reduktion af deres søvnproblemer på seks til otte uger, og vi har oplevet stor interesse for tilbuddet. Dog er det vores erfaring, at der kan være visse udfordringer med denne målgruppe i form af psykopatologiske karakteristika: f.eks. overdrevet bekymringstendens, undgåelsesadfærd, manglende lyst og motivation, nedsat energiniveau samt kognitive problemer som igangsætningsbesvær og vanskeligheder med at skabe overblik. Endelig kan bivirkninger fra psykofarmaka give udfordringer som søvnløshed eller øget dagstræthed. Disse udfordringer kan ses på tværs af psykiatriske diagnoser og kan medføre problemer med f.eks. mødestabilitet og adhærens. Dette understreger



Non-farmakologisk behandling er efterspurgt af patienterne, og forskning viser, at effekten varer længere end ved medicinsk behandling.

det meningsfulde i at arbejde ud fra en transdiagnostisk behandlingsmanual samt vigtigheden af det gennemgående motivationsarbejde i forløbet.

Timing er væsentlig

Timing af indsatsen er også væsentlig. Patienten skal have et vist overskud til at arbejde med at ændre på sine vaner og afprøve nye metoder til at forbedre søvnen. Grundlidelser skal være så godt behandlet som muligt, og der må ikke være presserende selvmordstanker. Der skal ikke planlægges større medicinlægningsperioder med risiko for bivirkninger i behandlingsperioden. Den sociale situation skal være forholdsvis rolig, så hjemløshed, flytning eller eksamen ikke forstyrrer for meget. Hvis patienten har en samtidig somatisk lidelse som f.eks. en smertetilstand, er det fordelagtigt, at der er iværksat relevant behandling af denne.

Fokus alene på søvnproblemet

Vi oplever, at det faciliterer en succesfuld behandling udelukkende at fokusere på søvnproblemer i sessionerne til forskel fra sædvanlig praksis i ambulante psykiatriske samtaler, hvor rådgivning i forhold til søvnproblemer blot indgår som en lille del af de mange problemstillinger, der skal adresseres. Dette gør det svært for sygeplejersken at fastholde fokus på søvnproblemet.

For at sikre patientens engagement i søvnforløbet nedskrives mål for behandlingen sammen med patienten som en slags kontrakt for samarbejdet. Patienterne op-

Boks 1.

Patientcase, ung kvinde

20-årig kvinde med PTSD henvises til søvnforløb grundet vedvarende søvnproblemer. Ved opstarten har hun indsovningsbesvær op mod flere timer, hyppige opvågninger og dårlig søvnkvalitet. På Indeks for Søvnproblemet Sværhedsgrad (ISI) scores 19 svarende til klinisk søvnproblem af moderat grad ved opstart, og på Pittsburgh Spørgeskema om søvnkvalitet scores 16 svarende til moderate til svære problemer med søvnkvaliteten ved opstart. I søvnanamnesen fremgår det, at patienten har uhensigtsmæssige vaner, der kan have indflydelse på nattesøvnen, heriblandt et stort koffeinindtag.

I søvnforløbet formulerer patienten følgende mål: maksimalt 30 minutters indsovningstid, maksimalt en opvågning af kortere varighed samt at få positive tanker om søvnen.

I forløbet arbejdes med at reducere indsovningstiden, minimere natlige opvågninger og øge søvnlængden ud fra principperne om søvnrestriktion og stimuluskontrolmetode. Der laves aftaler om at nedsætte koffeinforbrug, og der er fokus på afstressende, søvnfremmende rutiner før sengetid.

Efter fire sessioner beskriver patienten markant fremgang med kort indsovningstid på 10-15 min, som oftest kun en kortvarig opvågning samt en søvnlængde på otte timer. Søvn effektiviteten er steget fra 45 pct. ved opstart til 89 pct. Søvnkvaliteten er ligeledes væsentlig bedre, og patienten beskriver, at hun nu glæder sig til at skulle sove. Patienten afsluttes efter fire sessioner, da hun har opfyldt sine mål og har fået markant bedre søvn.

Afslutningsvis scores 3 på ISI og 7 på Pittsburgh, hvilket er en signifikant forbedring.

Boks 2.

Patientcase, midaldrende mand

Midaldrende mand med akut paranoid psykose henvises til hjemmebehandling efter indlæggelse og efterfølgende til søvnforløb i Psykiatriens Hus. Patienten har massive vanskeligheder med at falde i søvn, oplever uro i kroppen og har tankemylder.

Ved opstart falder han som oftest først i søvn tidligt om morgenen og sover derfor meget sparsomt. Efter eget udsagn højst tre timer. Patienten får også medicin, som kan give søvnløshed som bivirkning. Der tales med primær behandler om at omlægge medicinen til morgen i stedet for aften. Desuden aftales faste senere sengetidspunkter med henblik på at reducere indsovningstiden og undgå for meget vågen tid i sengen. Patienten har fokus på daglige gåture, og der aftales afstressende, søvnfremmende rutiner samt gives beroligende teknikker ved fysioterapeut mhp. beroligende effekt op til sengetid. Desuden introduceres patienten for kognitive teknikker mhp. omstrukturering af tanker og fokusering på positive tanker før sengetid.

Ved afslutningen er indsovningstiden reduceret til højst to timer, og søvnlængden er gennemsnitligt 6,5 time.

Ved opstart scorer patienten 27 på ISI og 19 på Pittsburgh svarende til klinisk søvnproblem af svær grad samt svære problemer med søvnkvaliteten. Ved afslutningen scorer han 12 på ISI og 9 på Pittsburgh og er meget tilfreds med forløbet.

lever, at vi tager deres søvnproblemer alvorligt, og de tilbydes et individuelt, skræddersyet forløb med klare mål. Pårørende, bostøtter og andre i netværket inddrages ved behov for at støtte patienten i at implementere metoder. For yderligere at støtte og kompensere for kognitive vanskeligheder udleveres skriftligt materiale.

Endelig tilbyder vi telefonisk kontakt til patienterne imellem samtalerne ved behov, da metoderne kan opleves krævende, og mange har brug for op-



muntring undervejs. Vi oplever, at det med den rette støtte er muligt for langt de fleste at gennemføre et succesfuldt søvnforløb.

Fremtidsplaner

På sigt har vi planer om at øge tilgængeligheden af non-farmakologisk søvnbehandling i Danmark. I eget regi oplever vi stigende interesse for søvnforløbene og er i gang med at uddanne flere sygeplejersker til at varetage disse. Samtidig har vi ansøgt om midler til at arbejde med at implementere behandlingstilbuddet andre steder i psykiatrien, og vi er ved at udvikle et kursus om non-farmakologisk søvnbehandling til tværfagligt sundhedspersonale.

Endelig har vi planer om på sigt at gennemføre et forskningsprojekt, hvor vi i et kontrolleret randomiseret studie undersøger effekten af søvnforløbene. Vi håber, at det kan foregå i samarbejde med den amerikanske professor i psykologi, Alison Harvey, som har udviklet den manual, søvnforløbet er baseret på. ●



Patienten skal have et vist overskud til at arbejde med at ændre på sine vaner og afprøve nye metoder til at forbedre søvnen.



Hvordan oplever I fokus på non-farmakologisk søvnbehandling i psykiatrien?

Hvilke metoder benytter I for at afhjælpe søvnproblemer hos patienterne?

Hvordan forholder I jer til den non-farmakologiske søvnbehandling, som artiklen skitserer?

Referencer

1. Jennum P. Søvn og sundhed. København: Vidensråd for forebyggelse; 2015. 2. Tsuno N, Besset A, Ritchie K. Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(10):1254-69. 3. Kallestad H, Hansen B, Langsrud K, et al. Impact of sleep disturbance on patients in treatment for mental disorders. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):179. 4. Gee B, Orchard F, Clarke E, et al. The effect of non-pharmacological sleep interventions on depression symptoms: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep medicine reviews*. 2019;43:118-28. 5. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, et al. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. *Archives of Internal Medicine*. 2004;164(17):1888-96. 6. Harvey A, Buysse, JD. Treating sleep problems: a transdiagnostic approach. New York: The Guilford Press; 2018. XV, 192 s. p. 7. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research*. 2017;26(6):675-700. 8. Wirz-Justice A, Benedetti F, Terman M. Chronotherapeutics for affective disorders: a clinician's manual for light and wake therapy. 2., rev. ed. Basel; New York: Karger; 2013. 9. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. New York: Guilford Press; 2013. 10. Morin CM. Insomnia: psychological assessment and management. New York: Guilford Press; 1993.

Fag& Forskning

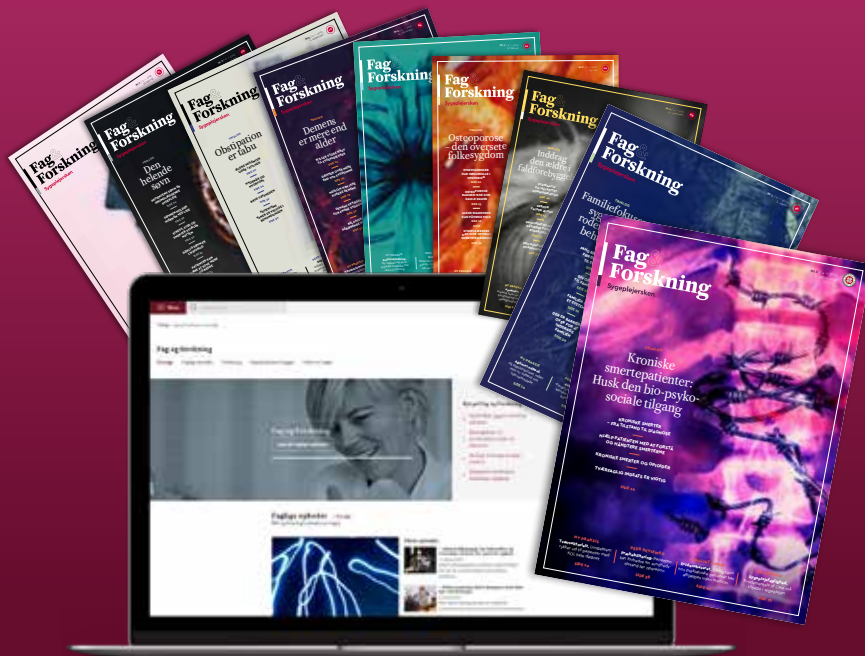
Udkommer med Sygeplejersken
fire gange om året

Følg også med på
dsr.dk/fagogforskning



Sygeplejefaglighed i højsædet

Ny viden og fællesskab omkring faget
og fagets udvikling



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.



LOTTE ØRNEBORG RODKJÆR

Sygeplejerske 1989, MPH 2007, ph.d. 2011. Ansat som seniorforsker, lektor, Infektionssygdomme, Aarhus Universitetshospital, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet og daglig leder, lektor, Center for Forskning i Patientinvolvering (ResCenPI), Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

lottrod@rm.dk



PALLE BAGER

Sygeplejerske 1987, Master of Public Health 2007, ph.d. 2014. Ansat som seniorforsker og klinisk sygeplejespecialist, Lever-, Mave- og Tarmsygdomme, Aarhus Universitetshospital, og lektor ved Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet. Tilknyttet Center for Forskning i Patientinvolvering, Aarhus Universitet & Region Midt.



LENE SEIBÆK

Sygeplejerske 1982, specialuddannet kræftsygeplejerske 1999, Master i Humanistisk Sundhedsvidenskab og Praxisudvikling 2006, ph.d. 2012. Seniorforsker i Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital, og lektor ved Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet samt professor ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Grønlands Universitet. Tilknyttet Center for Forskning i Patientinvolvering, Aarhus Universitet & Region Midt.

Patientinvolvering kan fremme lighed i sundhed



Patienter og borgere skal involveres i egen behandling. Men tre cases illustrerer, at der er et stykke vej endnu, før sundhedsvæsenet qua et nødvendigt paradigmeskifte bliver i stand til at sætte handling bag ordene.

Vi hører ofte, at patienter gerne vil være med til at træffe beslutninger om deres egen behandling, og at behandlingsresultaterne bliver bedst, hvis patienten har været involveret i beslutningerne.

Men hvad skal der til, for at involveringen bliver reel - også for de patienter, som ud over deres helbredsmaessige problemer har komplekse psykosociale udfordringer - hvordan kan alle de patienter, som ønsker det, involveres?

I denne artikel vil vi via tre cases belyse, hvilke faktorer, der har betydning for patientinvolvering og dermed også for lighed i sundhed.

Systematisk skævt fordelt

Det er evident, at social position og levevilkår har betydning for menneskers sundhed, sygdom, levetid og sundhedsrelaterede livskvalitet. Men på trods af et offentligt finansieret sundhedsvæsen



RESUME

Social ulighed i sundhed øger risikoen for polarisering. Det betyder, at de socialt stærke patienter, som kan navigere i sundhedsvæsenet, tilbydes en bedre behandling end de mindre stærke, som kan have svært ved på egen hånd at honorere de krav, der stilles for at opnå indflydelse.

Hvad skal der til for at skabe mere lighed? Et forslag er, at patientinvolvering gøres til en del af løsningen, hvor sygeplejersken som central aktør i mødet med patienten opnår nødvendig viden om og indsigt i den enkeltes behov og præferencer.

Men det er ikke nok at fokusere på sygeplejen. Samtidig skal der skabes rammer og vilkår i sundhedsvæsenet, der gør det muligt at tilrettelægge behandlingen, så den imødekommer alle patienter, uanset hvilke sundhedskompetencer de kommer med.

Tre cases illustrerer, hvordan menneskers livssituation, erfaringer, forventninger og den kontekst, de lever i, har stor indflydelse på deres mulighed for at involvere sig, opnå indflydelse og tage et større ansvar for egen sygdom og sundhed.

er sundhed og sygdom systematisk skævt fordelt i det danske samfund. En ny rapport fra Sundhedsstyrelsen viser således, at den sociale ulighed stiger, og at der er social ulighed i sundhed på stort set alle områder i Danmark (1).

Social ulighed i sundhed øger risikoen for polarisering. Det betyder, at de socialt stærke patienter, som kan navigere i sundhedsvæsenet, tilbydes en bedre behandling end de mindre stærke, som kan have svært ved på egen hånd at honorere de krav, der stilles for som patient at opnå indflydelse.

I tre cases fra egen praksis illustrerer vi i det følgende, hvordan menneskers livssituation, erfaringer, forventninger og den kontekst, de lever i, har stor indflydelse på deres mulighed for at involvere sig, opnå indflydelse og tage et større ansvar for egen sygdom og sundhed.

Case: Zola

Zola ved ikke, hvor gammel hun er. Hun er alene med tre børn og bor med de to mindste i en middelstor dansk by langt fra Sudan, hvor hun er født. Zola har ingen formel uddannelse, men hun er en sand mester i at lave god mad, og så er hun kristen og går i kirke hver eneste søndag. Hun elsker at synge med på salmerne og taler med lidt besvær og mange grin dansk med de andre kirkegængere. Men det står der ikke noget om i hendes journal.

Zola kom til Danmark i 2003, hvor hun fik konstateret hiv. Hun blev smittet af sin mand, der døde af sygdommen i en flygtningelejr i Etiopien. Så Zola ved godt, at hiv er en alvorlig sygdom, der kræver behandling, alligevel møder hun ikke altid op til sin kontrol på hospitalet.

Det skyldes til dels Chidi, hendes yngste søn, som har en blødersygdom. For Zola kommer Chidis helbred i første række. Zola har aldrig tænkt over at spørge, om Chidis kontroltid kan lægges på samme dag som hendes egen. Og der er aldrig nogen, der har spurgt hende, hvilken dag der passer hende bedst.

Så er der det med økonomien. Zola er på kontanthjælp og er aktuelt i jobprøvningsreglen. Hun er faldet for 225-timersreglen og har derfor mistet 2.600 kr. om måneden,

så hun bliver nødt til at spare. Zola tager derfor kun til kontrol på hospitalet og får udleveret medicin for hiv-sygdommen, hvis hun har penge. Hun har 50 km til hospitalet, og offentlig transport er dyr og tager tid.

Zola føler sig meget alene med sin sygdom. Kun Obi, Zolas store datter, ved, at hun har hiv. Fra livet i Sudan er Zola vant til, at familien hjælper ved sygdom, men her i Danmark tør hun ikke fortælle nogen, at hun har hiv, idet hun frygter udstødelse. Zola har faktisk aldrig talt med sygeplejerskerne om disse problemer.

Case: Pia

Pia er 49 år. Hun bor alene med sine to børn på 8 og 10 år i en mindre by i provinsen, og så er hun en rigtig dygtig frisør, som har sin egen salon og en stor, tilfreds kundekreds.

Pia blev for fire måneder siden opereret for kræft i livmoderen. Diagnosen var et kæmpe chok for hende, og tiden både før og efter operationen var svær, også fordi Pia ikke har så meget familie, der kan støtte hende. Hendes mor døde for tre år siden af kræft, det tog hårdt på hendes far. Så hun har egentlig kun sin storebror og så selvfølgelig sin eks, børnenes far, at støtte sig til. Det er ikke oplyst i hendes journal. Selv om hun var lidt groggy efter narkosen, var hun glad for at blive udskrevet allerede dagen efter operationen.

Men nu er der gået flere måneder, og Pia synes egentlig ikke, hun har haft det særlig godt siden. Kan det virkelig passe, at hun stadigvæk skal være så træt, at hun kun orker at smide sig på sofaen om aftenen? Og benene, især det højre, hæver meget efter en lang dag i salonen. Men hun synes ikke, hun kan arbejde mindre; der er hverken råd til en afløser eller til at miste kunder. Så er der også Camilla på 10. Hun gik i forvejen til psykolog efter skilsmissen, men her på det seneste har hun fået det værre og vil ikke i skole.

Pia har lige været til undersøgelse på sygehuset og fået at vide, at alt så fint ud. Hun er nu afsluttet, men fik besked om, at hun kan henvende sig, hvis der opstår problemer. Lige nu spekulerer Pia på, om hun skal ringe til afdelingen. Hun vil ikke være til ulejlighed, og hun er heller ikke sikker på, hvilke problemer det er ok at henvende sig med.

Case: Holger

Holger er 59 år, lagerarbejder, og aktuelt langtidssygemeldt med stress - og så er han tidligere danmarksmester i billard. Han bor alene og har kun sparsom kontakt med sine to voksne børn. Holger har drukket alkohol i hele voksenlivet og forsøger nu at stoppe, men det er en svær kombination, når det eneste, der gør livet værd at leve for tiden, er et slag billard med vennerne.

Holger blev diagnosticeret med levercirrose på alkoholisk basis for fire år siden. Desuden har han en hudsygdom, der generer ham en hel del. Plus en utæt hjerteklap, men den mærker han nu ikke så meget til. Han bliver fulgt i tre forskellige ambulatorier på sygehuset. Det skyldes især levercirrosen, der giver væske i bughulen. Det kræver stram medicinsk behandling og jævnlige tapninger af væsken. Holger, som ellers var stærk som en bjørn i sine unge dage, har nu fået tab af muskelmasse med heraf følgende fald i muskelstyrke og nedsat appetit.

Boks 1. Sundhedskompetence – en definition

Sundhedskompetence (engelsk: health literacy) er en kombination af de personlige kompetencer og de ressourcer i omgivelserne, der bestemmer menneskers mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed (2).

Holger skal tage medicin dagligt. Desuden skal han holde nøje øje med, at vægten ikke stiger som tegn på væskedannelse. Han er tilmeldt e-Boks, men han får ikke læst henvendelserne fra det offentlige, ej heller den skriftlige information som personalet på sygehuset gang på gang udleverer. Der er aftalt faste ambulante besøg ca. hver tredje måned, men Holger udebliver hovedparten af gangene. Når væskedannelsen i bughulen bliver for stor, henvender Holger (eller en nabo) sig i stedet pr. telefon til ambulatoriet, eller også bliver han indlagt akut 3-4 gange om året. Når personalet spørger Holger, hvorfor han ikke møder til sine kontroller, svarer han enten, at han ikke havde mulighed for transport, eller også at han var på druktur. Så spørger de ham ikke om mere.

Graden af sundhedskompetence har betydning

Alle patienter, uanset køn, alder, livsstil, etnicitet, uddannelse, erhverv, sygdomshistorie og sociale relationer, kan blive sårbare i et forløb med alvorlig sygdom og behandling. Dog er det af stor betydning, hvilke sundhedskompetencer den enkelte har, og hvilke sociale relationer/netværk den enkelte har til rådighed, se Boks 1.

Definitionen af sundhedskompetence inkluderer også evnen til at kommunikere, fastholde og handle på beslutninger om sundhed. Som en konsekvens af den tiltagende kompleksitet i det danske sundhedsvæsen med stigende informationsmængde, specialisering og digitalisering bliver evnen til at forstå og navigere en væsentlig nøglekompetence og dermed en forudsætning for involvering. Det stiller krav til den enkelte om at kunne agere autonomt og påtage sig rollen som en ansvarlig.

Vanskeligt at navigere i sundhedsvæsenet

I Danmark er der en målsætning om "et sundhedsvæsen for alle" og et sundhedsvæsen, hvor "patienten er i centrum" (3). Realiteten viser sig desværre ofte at være en lidt anden. Som det fremgår af de tre cases, spiller Zolas, Pias og Holgers sundhedskompetencer en stor rolle for deres muligheder for at være medbestemmende og kunne indgå i et samarbejde med sundhedsprofessionelle.

Målet må være, at flest mulige patienter aktivt benytter de tilbud i sundhedsvæsenet, der måtte være relevante for dem. Forudsætningen er, at alle patienter kan navigere i sundhedsvæsenet, og at de involveres i udvikling af individualiserede tilbud.

Det er ikke nok kun at tænke i at højne den enkeltes grad af sundhedskompetence for at mindske ulighed i sundhed, da det ikke kun er et individuelt anliggende. Patienterne i de tre cases møder også sundhedsprofessionelle, som er bundet af fastlagte strukturer og planlægning af både behandling og patientforløb. Her må fokus i lige så høj grad være at tilpasse selve organiseringen af sundhedsvæsenet til den enkeltes behov, såkaldt organisatorisk sundhedskompetence (2).

Figur 1. Hvad har betydning for, at den enkelte kan involvere sig?

Patientegenskaber	Sundhedsprofessionelles adfærd	Sundhedssystemer
<ul style="list-style-type: none"> Motivation Muligheder Evner 	<ul style="list-style-type: none"> Holdning til patienter og pårørende Samarbejde med patienter og pårørende 	<ul style="list-style-type: none"> Kapacitet Egnethed

Figuren viser områder, der har betydning for, at den enkelte kan involvere sig. Det er faktorer hos den enkelte patient, de sundhedsprofessionelle og sundhedssystemet.



Patientinvolvering kræver primært en erkendelse af, at patientens diagnose ikke siger noget om, hvordan vedkommende fungerer i hverdagen eller oplever sit liv og sine muligheder.

Sundhedskompetence er kontekstafhængig og afhænger desuden af de krav og den kompleksitet, der møder den enkelte ved varetagelse af egen sundhed. De individuelle kompetencer skal derfor ses i relation til omverdenen, konteksten og de krav, samfundet stiller, se Figur 1.

Patientinvolvering er kommet for at blive

Det er ikke blot en forventning men også et lovkrav, at vi i højere og højere grad skal involveres i egen sundhed og behandling (4). Desuden er det et af otte nationale mål for sundhedsvæsenet (3). Undersøgelser viser, at hvis sundhedsvæsenet er tilpasset patienternes præferencer, opnås en bedre ressourcudnyttelse. Desuden har det vist sig, at der er større arbejdsglæde forbundet med at arbejde patientinvolverende, hvilket også kan bidrage til fastholdelse af medarbejdere (5). Patientinvolvering kan medvirke til at

- beslutningsprocesser (og dermed også beslutninger) bedres
- reducere antallet af medicineringsfejl og utilsigtede hændelser
- forbedre patienternes adherence
- styrke patientens tro på at kunne (og deres ønske om at ville) involvere sig aktivt i egen sygdom og behandling (5).

Zola, Pia og Holger har begrænset mulighed for indflydelse på egen behandling og

dermed også begrænset mulighed for at få gavn af de tilbud, som sundhedsvæsenet har. Hvorfor er det sådan? Er patientinvolvering ikke for alle? Patientinvolvering handler overordnet om, hvordan relationerne mellem sundhedsprofessionelle og patienter udfoldes, og om hvordan ansvar og magt fordeles. Der ligger et stort uforløst potentiale i, at den enkelte i højere grad selv får indflydelse, kontrol og bliver taget med på råd i relation til eget behandlingsforløb.

Tankesæt og målsætning må ændres

Involvering af patienter kan bidrage til at reducere ulighed i sundhed, men der skal mere til. Hvis vi oprigtigt mener, at "patienten skal være i centrum", må udgangspunktet være en interesse for patienten og dennes livssituation.

Det kræver dog, at sundhedsvæsenet ændrer tankesæt og målsætning, så den måde, der tænkes patientinvolvering på, går i retning af et system, som i højere grad er baseret på individet. Hvis der primært tænkes i effektivitet, gavner det overvejende de ressourcestærke patienter.

På trods af de mange positive gevinster ved patientinvolvering og et væld af igangværende tiltag for at styrke patientinvolvering i Danmark er vi fortsat langt fra målet. Patientinvolvering kræver primært en erkendelse af, at patientens diagnose ikke siger noget om, hvordan vedkommende fungerer i hverdagen eller oplever sit liv og sine muligheder. Derfor siger diagnosen heller ikke noget om forudsætningerne for at træffe et valg om en bestemt behandling eller om troen på egen formåen. Det kræver faglig indsigt og indblik i den enkelte patients erfaringer og livssituation at kunne støtte patienten i dette.

Hvis sygeplejersken i en konsultation ikke inviterer patienten til at udtrykke sine ønsker og behov, forspildes en mulighed for at høre om de faktorer, der har indflydelse på det valg, den enkelte træffer, hvilke ressourcer patienten har til rådighed, og hvad der skal til, for at behandlingen kan lykkes. Hvis præferencer, der udspringer af patientens levede liv, ikke får tilstrækkelig plads i konsultatio-



Hvis der primært tænkes i effektivitet, gavner det overvejende de ressourcestærke patienter.

Hun ved heller ikke, at disse informationer rent faktisk har betydning for hendes behandling.

Pia har fået at vide, at hendes operation er gået, som den skulle. Men hun er usikker på, om alt er, som det skal være, og hvor og hvordan hun skal henvende sig med sine bekymringer. Hun har kun et skrøbeligt netværk, som kan støtte hende.

Holger har tre kroniske sygdomme og er derfor tilknyttet tre forskellige afdelinger på sygehuset. Samtidig får han ikke læst informationsmaterialet, og det er uanset om det kommer i e-Boks eller bliver udleveret. Ydermere har han periodevis et alkoholproblem. Holgers manglende sundhedskompetencer bliver ikke opvejet af en enkel, individualiseret adgang til og kommunikation med sundhedsvæsenet.

Følger ikke med udviklingen

Sygdomsbilledet har ændret sig og skabt nye behov, da flere lever længere, antallet af kronisk syge stiger, og mange har mere end én sygdom. Indretningen af sundhedsvæsenet er ikke fulgt med denne udvikling. En af de største barrierer er, at vi har indrettet et væsen ud fra antagelsen om den "ideelle patient" - patienten, som har et stærkt socialt netværk, forstår sig på sygdommen, symptomer og henvisninger, og som har overblik og overskud til at finde vej og imødekomme de krav, sundhedsvæsenet stiller. Altså en patient med høje sundhedskompetencer.

De tre cases derimod beskriver livssituationer, som med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet står i vejen for involvering og ikke lever op til forestillingerne om den "ideelle patient". Konsekvenserne er, at Zola, Pia og Holger udelukkes fra den behandling og støtte, de fagligt set har brug for.

Kulturskifte også for de sundhedsprofessionelle

Professor Morten Sodemann påpeger i sin bog "Det, du ikke ved, får patienten ondt af" (6), at en af vejene til at styrke patientinvolvering er, at de sundhedsprofessionelle tillægger kulturel forskellighed og indsigt en klinisk værdi, fordi viden om patienternes livssituation og kultur kan styrke behandlingskvalitet og understøtte fælles løsninger. Selvom patientinvolvering efterhånden er et velkendt og ofte brugt begreb, kan patientinvolvering ansues som et paradigmeskifte, idet patienten bliver tildelt en langt mere aktiv rolle og får tildelt mere ansvar i behandlingsforløbet sammenlignet med tidligere. Derfor er det ikke udelukkende et kulturskifte for patienterne men absolut også for de sundhedsprofessionelle.

Patientinvolvering fordrer, at patienter skal involveres på forskellig vis. Da involvering ikke kan sættes på en standardformel, skal den ressourcestærke



patient måske involveres på andre områder end patienten med færre ressourcer. Samtidig skal der skabes rammer og vilkår i sundhedsvæsenet, der gør det muligt at tilrettelægge behandlingen, så den imødekommer alle typer patienter, uanset hvilke kompetencer de kommer med. Det fordrer, at sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet kontinuerligt udvikler og tilpasser den organisatoriske sundhedskompetence (2) efter de mennesker, der skal gøre brug af tilbud i sundhedsvæsenet og ikke omvendt.

Paradigmeskift nødvendigt

Vi ved, at der mange steder i sundhedsvæsenet arbejdes med metoder til at understøtte patientinvolvering. Spørgsmålet er, om sundhedsvæsenet i tilstrækkelig grad foretager det organisatoriske paradigmeskifte, en patientinvolverende tilgang forudsætter? Om der sættes spørgsmålstejn ved arbejds gange og organiseringen af den del af sundhedsvæsenet, der ikke understøtter involvering af alle patienter i samarbejde med patienten? Om kulturel forskellighed og indsigt i det enkelte menneskes livssituation tillægges tilstrækkelig klinisk værdi?

Det er en absolut nødvendighed, hvis der skal skabes mere lighed i sundhed - også for patienter som Zola, Pia og Holger. ●

Diskuter, hvordan I involverer patienter og borgere på dit arbejde.



Drøft, hvilken viden I har om, hvordan patienten/borgeren fungerer i hverdagen og oplever sit liv og sine muligheder.



Tal om, hvordan I eventuelt kan blive bedre til at styrke grundlaget for at involvere patienten/borgeren i egen behandling. Hvad skal I spørge om? Hvordan lytter I til patienten/borgeren?

Referencer

1. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. København: Sundhedsstyrelsen 2020. 2. GPS - God Praksis for folkesundhed Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv -En vej til lighed i sundhed? Dansk Selskab for Folkesundhed og Dansk Health Literacy Netværk: www.danskselskabforfolkesundhed.dk > Skriv gps health literacy i søgefeltet > GPS om Health Literacy 3. Nationale mål for sundhedsvæsenet. www.sum.dk > Temaer > 8 nationale mål for sundhedsvæsenet 4. Sundhedsloven kap. 1 § 2. <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/a/2018/191> 5. Phillips NM, Street M, Haesler E. *BMJ Qual Saf* 2016;25:110-17. 6. Sodemann M. Det du ikke ved får patienten ondt af: Tværkulturel klinik og kommunikation i mødet med etniske minoritetspatienter. 2020. Kan downloades her: www.ouh.dk > skriv "Det du ikke ved får patienten ondt af" i søgefeltet

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.



MERETE LEBECK HOLM

Sygeplejerske 2004, MKS 2021, udviklingssygeplejerske på Operationsafsnittet ved Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg.

merete.holm@midt.rm.dk



**ANNE MARIE
KJÆRSGAARD-ANDERSEN**

Sygeplejerske 1977, diplomudd. i ledelse og voksenundervisning, master i Humanistisk Sundhedsvidenskab 2006. Siden 2010 ansat i Forskningsenheden ved Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt.



MICHALA HERTEL-JØRGENSEN

Sygeplejerske 2000, efterudd. i sårbeh., DSR 2007, MKS 2015. Operationssygeplejerske (2008-2015) på SLB, Kolding. Siden 2015 klinisk sygeplejespecialist samme sted.



CHARLOTTE ABRAHAMSEN

Sygeplejerske 1993, cand.scient. san. 2013, ph.d. 2017. Siden 2017 adjunkt på Ortopædkirurgisk Afd., Kolding Sygehus, og Enheden for Brugerperspektiver, Institut for Sundhedstjenesteforskning, SDU.

Akutte og elektive operationspatienters tilfredshed med den perioperative sygepleje

Elektive operationspatienter er bedre forberedte på operation og dermed også mere tilfredse med den perioperative sygepleje end akutte patienter. Men forskellen er ikke så stor, som man kunne frygte, viser spørgeskemaundersøgelse.

RESUME

En spørgeskemaundersøgelse blandt akutte og elektive operationspatienter viste, at de generelt var meget tilfredse med den perioperative sygepleje. På spørgsmålene om kropstemperatur, information, musik, støtte, opmuntring, personalets samarbejde, humoristisk sans, opvågningsafdeling og ventetid før operation var de elektive patienter dog mere tilfredse end akutte patienter.

Forskellene kan skyldes de forskellige arbejdsgange i akutte og elektive patientforløb, tidspunkt på døgnet samt mentalt overskud og alder hos patienterne.

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført på Sygehus Lillebælt, Kolding, og Regionshospitalet Silkeborg i 2018, hvor i alt 111 operationspatienter udfyldte et oversat og valideret spørgeskema 'Good Perioperative Nursing Care Scale' (GPNCS).

Undersøgelsen blev iværksat, da den årlige 'Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed' (LUP) blandt indlagte og ambulante patienter på hospitalerne ikke giver svar på patienttilfredsheden med de perioperative forløb.

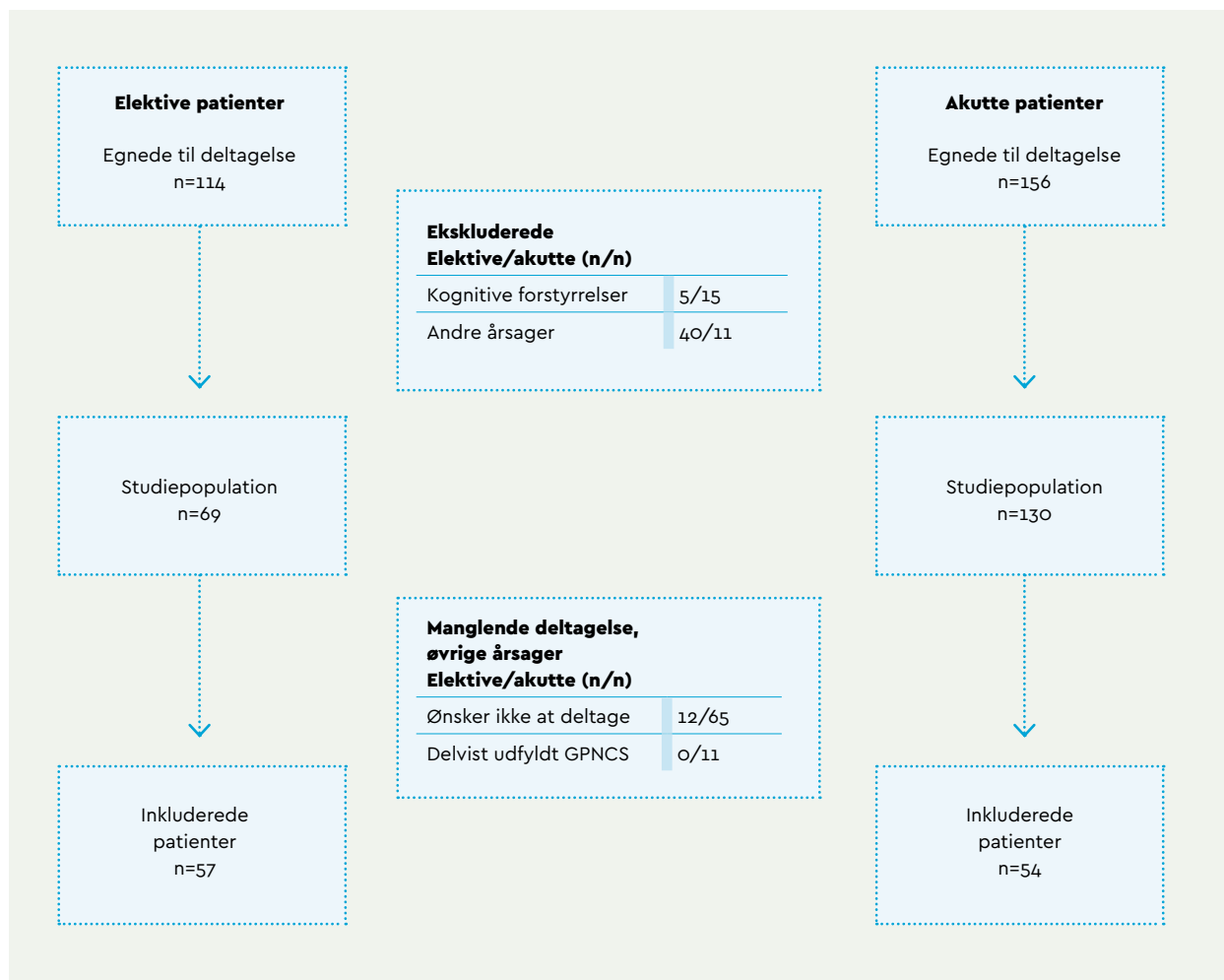
I Danmark udføres årligt over en million akutte og elektive operationer (1).

I forbindelse med en akut eller planlagt operation møder operationspatienten et operationsteam på operationsstuen og opvågningspersonale på opvågningsstuen. Operationsteamet og opvågningspersonalet bidrager med forskellige faglige kompetencer til at sikre, at patienten oplever et trygt, sikkert og godt forløb af høj faglig kvalitet.

Patienternes tilfredshed med det perioperative forløb kan afhænge af den konkrete operation, men også af patientens forventninger til forløbet og den sygepleje og behandling, patienten oplever (2,3).

Hvert år gennemføres den 'Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed' (LUP) blandt indlagte og ambulante patienter på hospitalerne. Den giver et indblik i patienters oplevelser af patientforløbet på forskellige afdelinger/specialer. Desværre giver undersøgelsen ingen svar på patienttilfredsheden med det perioperative forløb. En undersøgelse fra Finland har vist, at

Figur 1. Flowchart for inklusion af deltagere i spørgeskemaundersøgelsen



Figuren illustrerer processen med inklusion af deltagere i spørgeskemaundersøgelsen. Værdier er angivet i absolutte tal.

På itemniveau blev svarkategorierne samlet i fire kategorier, så "Helt enig"/"Enig" angav en positiv tilfredshed, "Hverken enig eller uenig" en neutral tilfredshed, "Helt uenig"/"Uenig" en negativ tilfredshed, og endelig forblev "Kan ikke vurdere dette udsagn" en selvstændig kategori. Sammenligningen af operationspatienters tilfredshed på itemniveau blev analyseret ved en Chi²-test.

Etiske overvejelser

Patienterne blev informeret mundtligt og skriftligt om formålet med projektet, frivillig deltagelse samt anonymitet. Desuden blev de informeret om, at deres deltagelse/svar ikke fik indflydelse på deres behandling, samt at de til enhver tid kunne trække sig fra projektet uden konsekvenser for deres pleje og behandling.

Resultater

I alt 270 elektive og akutte patienter blev fundet egnede til at indgå i spørgeskemaundersøgelsen.

I alt 111 patienter, henholdsvis 57 elektive og 54 akutte, besvarede spørgeskemaet, svarende til en besvarelsesprocent på 82,6 pct. og 41,5 pct., se Figur 1.

Tabel 1. Demografiske data – inkluderede patienter (n=111)

	Elektive patienter	Akutte patienter	P-værdi
Deltagere, antal	57	54	
Alder i år, antal (pct.)			
18 - 39	1 (2 pct.)	9 (17 pct.)	0,02
40 - 49	5 (9 pct.)	10 (18 pct.)	
50 - 59	9 (16 pct.)	5 (9 pct.)	
60 - 69	20 (35 pct.)	16 (30 pct.)	
70 - 89	22 (39 pct.)	14 (26 pct.)	
Civil status, antal (pct.)			0,15
Enlig	14 (25 pct.)	20 (37 pct.)	
Samboende	43 (75 pct.)	34 (63 pct.)	
Uddannelsesniveau, antal (pct.)			0,09
Grundskole/folkeskole	10 (17 pct.)	18 (33 pct.)	
Gymnasial uddannelse	0 (0 pct.)	3 (6 pct.)	
Erhvervsfaglig uddannelse	17 (30 pct.)	11 (20 pct.)	
Mellemlang videregående uddannelse	25 (44 pct.)	17 (32 pct.)	
Lang videregående uddannelse	5 (9 pct.)	5 (9 pct.)	
Jobsituation, antal (pct.)			0,18
I arbejde	18 (32 pct.)	22 (41 pct.)	
Arbejdsløs	4 (7 pct.)	2 (4 pct.)	
Studerende	0 (0 pct.)	4 (7 pct.)	
Hjemmegående	0 (0 pct.)	0 (0 pct.)	
Pensionist	32 (56 pct.)	24 (44 pct.)	
Andet	3 (5 pct.)	2 (4 pct.)	
Anæsthesitype, antal (pct.) *			0,33
Generel anæstesi	27 (47 pct.)	31 (57 pct.)	
Lokal/regional anæstesi	29 (51 pct.)	23 (43 pct.)	
Ankomsttidspunkt til operation, antal (pct.)			< 0,001
Morgen	37 (65 pct.)	8 (15 pct.)	
Middag	16 (28 pct.)	8 (15 pct.)	
Eftermiddag	4 (7 pct.)	22 (41 pct.)	
Aften	0 (0 pct.)	12 (22 pct.)	
Nat	0 (0 pct.)	4 (7 pct.)	

Beregningerne er angivet i absolutte tal såvel som i procent.

* Note: En af de elektive patienter havde under anæsthesitype angivet ikke at vide, hvordan vedkommende var bedøvet, derfor er patienten ikke medtaget i analysen af anæsthesitype.



Overordnet angav både elektive og akutte patienter at være meget tilfredse med den perioperative sygepleje.

De to patientgrupper er sammenlignelige på alle patient- og indlæggelseskaraktistika fraset alder og ankomsttidspunkt på operationsafsnittet. Signifikant flere i den elektive patientgruppe var over 60 år og ankom på operationsafsnittene i dagtid i forhold til den akutte patientgruppe, se Tabel 1.

Overordnet angav både elektive og akutte patienter at være meget tilfredse med den perioperative sygepleje. Gennemsnittene på faktorniveau lå meget tæt på den højeste mulige score (maksimum) inden for alle faktorerne. Trods de høje gennemsnit begge steder fandt vi en signifikant højere tilfredshedsscore hos de elektive patienter inden for faktorerne 2) *information* (28,8 vs. 27,6; $p=0,04$), 3) *støtte* (18,8 vs. 17,1; $p<0,01$) og 7) *proces i sygeplejen* (9,5 vs. 8,8; $p<0,01$), se Tabel 2.

På itemniveau (udsagnene enkeltvis) fandt vi statistisk forskel i den procentvise fordeling af patienttilfredshed mellem elektive og akutte patienter på otte udsagn, se Tabel 3.

Generel tilfredshed i begge grupper, men ...

Vi fandt, at akutte og elektive patienter generelt var meget tilfredse med den perioperative sygepleje. De elektive patienter var dog signifikant mere tilfredse med faktorerne *information*, *støtte* og *proces i sygeplejen* end de akutte patienter. Ydermere fandt vi, at de elektive patienter var mere tilfredse end de akutte patienter på otte specifikke udsagn.

Flere elektive end akutte patienter oplevede, at *kropstemperaturen* blev holdt stabil på opvågningsafsnittet postopera-



Table 2: Gennemsnitsscore pr. faktor for elektive og akutte patienter

Faktor	Antal udsagn	Min./maks. score *)	Elektive patienter Gnsn. (SD)	Akutte patienter Gnsn. (SD)	P-værdi
1. Fysiske interventioner	10	10-50	48,6 (2,4)	47,5 (3,8)	0,08
2. Information	6	6-30	28,8 (2,2)	27,6 (3,7)	0,04
3. Støtte	4	4-20	18,8 (2,0)	17,1 (3,9)	< 0,01
4. Respekt	3	3-15	14,6 (0,9)	14,1 (2,0)	0,07
5. Karakteristik af personalet	5	5-25	24,5 (1,3)	24,0 (2,1)	0,15
6. Omgivelserne	4	4-20	19,2 (1,6)	19,0 (2,3)	0,58
7. Proces i sygeplejen	2	2-10	9,5 (0,9)	8,8 (1,4)	<0,01

Beregningerne er angivet i absolutte tal såvel som procenter.

*) Note: Minimum- og maksimumscoren angiver den lavest mulige score og den højest mulige score for hver faktor.

Table 3: Otte udsagn, hvor den procentvise fordeling af patienttilfredshed var signifikant forskellig mellem elektive og akutte patienter

		Elektive patienter/Akutte patienter (pct./pct.)				P-værdi
		Helt enig/ enig	Hverken eller	Helt uenig/ uenig	Kan ikke vurdere dette udsagn	
Faktor 1: Udsagn 6	Min kropstemperatur blev holdt stabil på opvågningsafdelingen efter operationen	98/74	0/4	0/2	2/20	<0,001
Faktor 2: Udsagn 13	På operationsafdelingen modtog jeg tydelig og dybdegående information om min behandling (uden brug af medicinske fagudtryk)	89/78	0/9	0/4	11/9	0,03
Faktor 3: Udsagn 18	Jeg fik lov til at lytte til musik, hvis jeg havde lyst til det	54/30	4/7	2/11	40/52	0,02
Faktor 3: Udsagn 19	På operationsafdelingen blev jeg opmuntret og støttet mentalt	91/76	0/2	0/7	9/15	0,04
Faktor 5: Udsagn 25	Personalet på operationsafdelingen havde et godt samarbejde	100/89	0/0	0/0	0/11	0,01
Faktor 5: Udsagn 26	Personalet på operationsafdelingen havde en god humoristisk sans	98/80	2/4	0/0	0/16	0,001
Faktor 6: Udsagn 31	Opvågningsafdelingen var et roligt sted at komme sig efter en operation	93/81	5/2	0/2	2/15	0,01
Faktor 7: Udsagn 33	Jeg følte ikke, at jeg ventede for længe (på sengeafdelingen), inden jeg kom til operationsafsnittet	89/67	5/18	2/13	4/2	<0,01

Tabellen viser otte udsagn, hvor patienttilfredsheden var signifikant forskellig mellem de elektive og akutte patienter. Beregningerne er angivet i procent.

tivt. Det kan skyldes forskellige arbejdsgange på opvågningsafsnittene og operationstyper.

Desuden oplevede flere elektive patienter at modtage mere tydelig og dybdegående *information* om deres behandling end akutte patienter, hvilket understøttes af lignende studier (4,6). Elektive patienter har ofte været igennem et længere forløb med udredning, planlægning og grundig information om det forløb, de skal gennemgå. Akutte patienter har derimod ofte været ude for et uheld eller er blevet akut syge med behov for hurtig operation og har dermed ikke haft samme tid og mulighed for at modtage information. Der findes dog en høj grad af tilfredshed med informationen i begge grupper.

Under halvdelen af de akutte og elektive patienter angav, at de fik lov til at lytte til musik, hvis de havde lyst til det. Når patienter får mulighed for at lytte til musik efter eget valg under en operation, reduceres deres angst og nervøsitet (7,8). Det er dog kun relevant at lytte til musik, når patienter er vågne og i spinalanæstesi og dermed kun for 43-50 pct. akutte og elektive patienter i denne undersøgelse. Med andre ord var næsten alle, for hvem det var relevant, tilfredse.

Vi fandt flere elektive end akutte patienter, som følte sig opmuntret og støttet mentalt, og som oplevede, at personalet havde humoristisk sans og et godt samarbejde. Det kan skyldes, at mange akutte patienters mentale overskud til at interagere, forstå humoren og i det hele taget kunne rumme en nyopstået situation, hvor ulykken eller skaden kan få betydning for deres hverdagsliv og førlighed, er mindre end hos elektive patienter. Elektive patienter ankommer planlagt og velforberejede og dermed med et forventeligt overskud, hvilket findes i en lignende undersøgelse (6).

Ventetid er en faktor, der kan påvirke patienttilfredsheden. Jo længere tid patienterne venter, des mere utilfredse er de (4). Vi fandt flere elektive end akutte patienter, som angav ikke at vente for længe på sengeafdelingen, inden de kom til operationsafsnittet. Da operationsplanlægningen på et akuthospital kan være udfordret af uforudsigelighed, kan ventetiden være længere end ved elektiv operationsplanlægning. Lignende resultater er fundet i den finske undersøgelse (4).

I denne undersøgelse er de elektive patienter signifikant ældre end de akutte patienter. Litteraturen viser, at ældre patienter generelt rapporterer større tilfredshed med sygeplejen end yngre patienter, og alderen kan derfor have medvirket til en øget tilfredshed blandt de elektive patienter i forhold til de akutte patienter (9). Desuden kan antallet af akutte patienter opereret sidst på dagen eller om natten have bidraget til et lavere antal tilfredse akutte patienter. Jo senere på dagen patienterne ankommer til operationsafsnittet, jo mere utilfredse er de generelt med den perioperative sygepleje (4).



... akutte patienter har ofte været ude for et uheld eller er blevet akut syge med behov for hurtig operation og har dermed ikke haft samme tid og mulighed for at modtage information.

Diskussion

Vi anvendte et valideret spørgeskema til at undersøge operationspatienternes tilfredshed med den perioperative sygepleje (5).

Dataindsamlingen blev foretaget på første postoperative dag, hvorved patientens oplevelser og erfaringer kunne nå at bundfælde sig, og de stadig kunne huske opholdet på operationsafdelingen. Samme tidspunkt for dataindsamling er valgt i lignende studier med begrundelsen, at patienters frygt for operation er reduceret, smerter er under kontrol, og påvirkning fra anæstesen anses at være aftaget (10).

Undersøgelsen blev foretaget på to forskellige hospitaler i to forskellige regioner – et akut sygehus med traumefunktion og et specialiseret regionshospital med elektive operationer. Den forskelligartede kontekst og operationstyper kan have påvirket patienternes besvarelser. Desuden kan halvdelen af de akutte patienters tilfredshed være påvirket i positiv retning, social desirability bias, idet halvdelen af dataindsamlerne på Kolding Sygehus var iført kittel. (Social desirability bias = respondentens tendens til at besvare spørgsmål på en måde, som andre vil se positivt på).

Responsraten var væsentlig højere blandt de elektive patienter i Silkeborg (82 pct.) end hos de akutte patienter i Kolding (41,5 pct.). Henholdsvis 12 og 65 patienter ønskede ikke at deltage i undersøgelsen i Silkeborg og Kolding. Det store antal akutte patienter, som ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, kan skyldes deres indlæggelsesforløb. Akutte patienter ankommer ofte ufrivilligt og uforberedte og kan derfor opleve det hele meget stressende.

Konklusion

Akutte og elektive operationspatienter er generelt meget tilfredse med den perioperative sygepleje. På spørgsmålene om *kropstemperatur, information, musik, støtte, opmuntring, personalets samarbejde, humoristisk sans, opvågningsafdelingen og ventetid før operation* er elektive patienter dog mere tilfredse end

akutte patienter. Forskellene kan skyldes forskelle i arbejdsgange i akutte og elektive patientforløb, operationstidspunkt samt mentalt overskud og alder hos patienterne.

Perspektivering

Spørgeskemaet GPNCSdk kan anvendes til vurdering af den perioperative sygepleje ud fra et patientperspektiv, og resultaterne kan inspirere til det videre arbejde med at forbedre den patientoplevede kvalitet. Den lokale population og kontekst kan have betydning for resultaterne, og det anbefales derfor, at der tages afsæt i egen organisation i arbejdet med patienternes tilfredshed med den perioperative sygepleje. ●



Hvordan taler I om forskellen på sygeplejen til akutte og elektive operationspatienter?

●

Hvordan inddrager I patienternes perspektiv på den perioperative sygepleje på din arbejdsplads?

●

Hvordan kan akutte patienters tilfredshed i det perioperative forløb blive bedre?

Referencer

1. Villadsen E. Landspatientregisteret [Cited 2020 July 4] <https://www.esundhed.dk/Registre/Landspatientregisteret/Operationer#tabpanelB764195E715B474E98FFDA6F01A81F38>. 2. Gebremedhn EG, et al. Patient satisfaction with anaesthesia services and associated factors at the University of Gondar Hospital, 2013: a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2015;8:377. 3. Perneger TV. Adjustment for patient characteristics in satisfaction surveys. *Int Journal Qual Health Care* 2004;16(6):433-35. 4. Leinonen T, et al. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *J Adv Nurs* 2001;35(2):294-306. 5. Hertel-Jørgensen M, et al. Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2018;29:41-8. 6. Forsberg A, et al. Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *ACORN* 2017;30:3. 7. Trängeberg ÖS, Stomberg MW. Listening to Music During Regional Anesthesia: patients' Experiences and the Effect on Modd. *J Perianesth Nurs* 2013;28(5):291-7. 8. Jiménez-Jiménez M, et al. Intraoperative stress and anxiety reduction with music therapy: a controlled randomized clinical trial of efficacy and safety. *J Vasc Nurs* 2013;31:101-06. 9. Chow A, et al. Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *J Surg* 2009;146(3):435-43. 10. Donmez YC, Ozbayir T. Validity and reliability of the 'good perioperative nursing care scale' for Turkish patients and nurses. *J Clin Nurs* 2010;20:166-74.

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.



HELLE MERETE NORDENTOFT

Sygeplejerske og sundhedsprofessionel supervisor. Ph.d. og lektor i vejledning ved DPU Aarhus Universitet.

hmn@edu.au.dk



INA MIE RASMUSSEN

MKS, Master i Uddannelsesledelse, uddannelseskoordinator for specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje.



CARINA JENSEN

Kandidat i Pædagogik, udviklingskonsulent i Region Hovedstadens Psykiatri.

Forfatterne udgjorde projektgruppen, som faciliterede kompetenceudvikling af kliniske vejledere og implementerede KAV på specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje.

Den kliniske vejleder som facilitator - nye tendenser i den kliniske vejledning

RESUME

I Region Hovedstadens Psykiatri har de kliniske vejledere gennem de seneste to år fået kompetencer i at vejlede studerende i 'Kollektiv Akademisk Vejledning' på specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje.

Fra at være ekspertvejledere har de kliniske vejledere lært at facilitere og styrke studerendes reflektive processer i et kollektivt forum. Disse lærerige dialoger i vejledningsrummet har styrket de studerendes kritisk-refleksive blik på praksis som en væsentlig kompetence til at kunne navigere i en konstant foranderlig psykiatri.

Kliniske vejledere i Region Hovedstadens Psykiatri har fået kompetencer i at vejlede studerende på specialuddannelsen ud fra 'Kollektiv Akademisk Vejledning' med fokus på facilitering.

Der er brug for sygeplejersker, som har både kliniske og videnskabeligt funderede kompetencer i en konstant foranderlig psykiatri. Senest er der er lagt øget pres på de kliniske vejledere i psykiatrien, da flere ressourcer har betydet, at optaget af studerende på specialuddannelsen er øget med 50 pct. siden 2017.

Specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje har indtil nu fokuseret på at styrke det faglige og skolestiske (skolelærdom, af græsk scholastikos 'som har med studier/skole at gøre') i undervisningen frem for at styrke vejledningen til trods for, at evalueringer peger på, at der er udfordringer med kvaliteten af den individuelle vejledning.

F.eks. er det ikke ualmindeligt, at den kliniske vejledning på specialuddannelsen aflyses pga. travlhed, og en del studerende fortæller, hvordan de kan føle sig ensomme i deres arbejds- og skriveproces. I efteråret 2019 blev det derfor besluttet at implementere en kollektiv vejledningsform på specialuddannelsen: 'Kollektiv Akademisk Vejledning' med afsæt i en forskningsbaseret bog om denne vejledningsform (1-3), se Boks 1.

Fra ekspert til facilitator

Denne ændring betyder et skift for vejlederne fra at være ekspertvejleder til at være facilitator i vejledningen – dvs. et skift fra at være tilbøjelig til

'Kollektiv Akademisk Vejledning' i praksis. Fra venstre ses klinisk vejleder Marianne Østerskov og studerende på specialuddannelsen Cecilie Stii, Julie Østerskov Rasmussen og Mia Nielsen.

Boks 1. Kollektiv Akademisk Vejledning – en definition

Kollektiv Akademisk Vejledning er en kollektiv akademisk arbejdsform via vejledning, hvor studerende får erfaringer med at præsentere og diskutere faglige spørgsmål i et kollektivt forum. Vejledningen er akademisk, fordi den faciliterer centrale akademiske kompetencer som at give feedback, fokusere, argumentere og diskutere – både mundtligt og skriftligt.

at besvare de studerendes spørgsmål til at facilitere en proces, hvor de studerende selv undersøger spørgsmålene for at finde bud på svar.

I denne artikel ser vi på, hvad dette skift betyder for den måde, vejlederne vejleder på i den kollektive vejledning.

At vejlede kollektivt stiller nye krav til vejlederne. I omlægningen af vejledningen sparrer to vejledere derfor med hinanden om organisering af vejledningen i hver vejledningsgruppe, se Boks 2. Vejledernes kompetenceudvikling er desuden blevet styrket gennem faglige workshops med erfaringsdeling ca. hvert halve år, se Boks 3.

Denne artikel tager afsæt i vores erfaringer fra vejledningsforløbet samt en evaluerings-survey i foråret 2020, hvor 80 pct. af vejlederne har kommenteret på skiftet fra individuel til Kollektiv Akademisk Vejledning.

Forskelle som drivkraft i vejledningen

En central pointe i Kollektiv Akademisk Vejledning er arbejdet med at løfte og

Boks 2. Organisering af Kollektiv Akademisk Vejledning på specialuddannelsen

- Den kliniske vejledning udbydes som Kollektiv Akademisk Vejledning (4-6 studerende i en gruppe) på de syv centre i Region Hovedstadens Psykiatri. Kollektiv Akademisk Vejledning finder sted i de kliniske uddannelsesperioder
- To kliniske vejledere på master- eller kandidatniveau eller med en specialuddannelse sparrer om at facilitere en vejledningsgruppe. Begge har desuden solid erfaring med vejledning og pædagogisk praksis.
- Forud for vejledningen deler de studerende udkast til refleksive rapporter med hinanden og vejlederne.
- I Kollektiv Akademisk Vejledning er arbejdet med feedback et centralt omdrejningspunkt i udviklingen af indhold og form i de refleksive rapporter - det gælder både fra vejleder og i form af peer feedback fra medstuderende.

Boks 3. Tre temadage for kliniske vejledere om Kollektiv Akademisk Vejledning

DAG 1: August 2020

- Introduktion til rationalet bag Kollektiv Akademisk Vejledning.
- Hvad har evalueringerne af første runde i Kollektiv Akademisk Vejledning vist?
- Fra ekspert til facilitator: Oplæg og praktisk inspiration til facilitatorrollen.

DAG 2: November 2020

- Oplæg og øvelse om kollegialt samarbejde og peer feedback.
- Inspiration til, hvordan I arbejder med at organisere dialog og øvelser i Kollektiv Akademisk Vejledning gennem erfaringsdeling med de øvrige kliniske vejledere. Hvert Psykiatrisk Center præsenterer deres måde at gribe vejledningen an på.

DAG 3: Maj 2021

- Oplæg og øvelse om et narrativt perspektiv på vejledning.
- Fortsat fokus på erfaringsdeling og udarbejdelse af et idekatalog på baggrund af erfaringerne.

italesætte forskelle mellem de studerendes forskellige erfaringer og deres teoretiske og metodiske perspektiver i de skriftlige refleksive rapporter, de studerende udarbejder som oplæg til vejledningen, se Boks 4. Tesen er ganske enkelt, at den enkelte studerende bliver klogere på sit eget projekt ved at få øje på forskelle/n mellem eget fokus og det fokus, som medstuderende arbejder med. Arbejdet med at identificere forskelle i de studerendes rapporter fungerer således som drivkraft i at styrke ikke kun den individuelle, men også den kollektive læring (4).

Denne tilgang til vejledning er inspireret af den russiske litteraturteoretiker Bakhtin. Han peger på, at der netop ligger et læringspotentiale i at undersøge de forskelle og måske spændinger, der kan være mellem de studerendes forskellige afsæt i dialogen frem for at betragte dem som forstyrrende elementer, som skal fejles under gulvtæppet (4,5). For at skabe en konstruktiv dynamik mellem forskellige perspektiver inden for et fagområde er det derfor nødvendigt med en didaktisk rammesætning af de aktiviteter, der foregår i vejledningen (1,3).

Den tydelige og velforberejede vejleder

Vejlederne er ikke kommet sovende til deres nye vejlederrolle. De har lært, at forarbejde er fundamentet for det refleksive arbejde i vejledningsgruppen. Første gang afstemmer vejlederne forventninger med de studerende om vejledningens indhold, metoder og samarbejdet om at nå målene i uddannelsesordningen. En af vejlederne fortæller:

”Der har fra min side været meget tydelige rammer for vejledningen (komme og gå til tiden, at deadlines for aflevering af rapporter skal overholdes osv.). I samarbejde med de studerende har vi aftalt, hvordan det forventes, at alle er forberedte og har læst samtlige rapporter inden vejledningen.”

Kollektiv Akademisk Vejledning har øget vejledernes opmærksomhed på, hvor vigtigt det er at være tydelig og sætte rammer for vejledningen både

skriftligt og mundtligt. For at sikre kvaliteten i vejledningen har vejlederne derfor fra starten præciseret deres forventninger til de studerendes aktive deltagelse. Ligeledes har de understreget de studerendes medansvar for egen læring og for deres udbytte af peer feedback i vejledningen. Som en af vejlederne formulerer det:

”Udgangspunktet for vejledningen har været de reflektive rapporter, hvor de studerende har skulle give hinanden feedback.”

Krav til den didaktiske vejleder

Som facilitator stilladserer vejlederne vejledningsprocessen, se Boks 5. Konstruktionen af et læringsstillads stiller krav til vejledernes didaktiske forberedelse og organisering af vejledningsrummet - og ikke mindst, at de formår at veksle mellem at anerkende og forstyrre de studerendes faglige refleksionsproces. Konkret har vejlederne søgt at skabe tydelige rammer for de studerendes progression i deres læringsproces gennem de aktiviteter, som er blevet introduceret i vejledningen. Aktiviteterne har givet de studerende både retning og støtte i deres reflektive arbejde med at nå de mål, som uddannelsesordningen kræver, i arbejdet med deres rapporter. Med tiden fortæller vejlederne, hvordan de er blevet belønnet for deres anstrengelser og har fået skabt et trygt vejledningsrum, hvor de sammen med deltagerne har eksperimenteret med nye ideer og metoder.

Den kliniske vejleder som oversætter og omsætter

At facilitere betyder ”at gøre lettere” og ”at fremme”. Opdraget for den kliniske vejleder i rollen som facilitator har været at skabe de optimale rammer for gruppens reflektive proces. I Kollektiv Akademisk Vejledning fortæller vejlederne, at øvelsen har været at skabe en dynamisk og konstruktiv vekselvirkning mellem at åbne for og lukke ned for gruppens forskelligheder, så forskellighederne faciliterer indsigt frem for forvirring hos de studerende. I

Boks 4.

Case: Refleksiv rapport i Kollektiv Akademisk Vejledning

- Tema i den reflektive rapport: Ethiske dilemmaer i psykiatrisk sygeplejepraksis. F.eks.: Hvilken betydning får det videnskabelige og teoretiske perspektiv for, hvordan man kan forstå et dilemma og handle?
- Den studerendes fokus: Patientinvolvering af sårbare/psykotiske patienter.
- En patient, som blev indlagt med psykose. Patienten har et meget begrænset netværk, er tavs og virker hverken motiveret for at modtage information eller deltage i fysisk aktivitet.
- Dilemma: Hvordan involverer og motiverer man sårbare patienter uden at overskride deres grænser?
- Den studerende spørger vejleder og gruppe: Hvordan arbejder I med et dilemma som mit i jeres afdelinger? Hvad tænker I om mine teoretiske overvejelser og mine erfaringer fra praksis? I vejledningen faciliterer vejleder en dialog, hvor hun beder de studerende reflektere over disse spørgsmål med fokus på, hvorfor og hvordan problemer bliver til etiske dilemmaer herunder, hvordan forskellige teoretiske perspektiver og forståelser får betydning for, hvordan de kan håndteres.



Arbejdet med at identificere forskelle i de studerendes rapporter fungerer som drivkraft,

denne proces har vejlederne fungeret som oversættere af de studerendes forskellige tilgange med henblik på at kvalificere refleksionerne, så de kunne omsættes i rapporter.

Mere og mere har vejlederne øvet sig i ”at sidde på hænderne”, mens forskellene mellem de studerende er blevet synlige og har været en del af den reflektive dialog i vejledningsrummet. Arbejdet med opponenterfunktionen i de studerendes peer-feedback er et eksempel på, hvordan de studerendes forskellighed er blevet synliggjort metodisk.

Erfaringsdelingen med medstuderende har givet ensomheden baghjul og givet blik for, hvordan man kan tænke og handle anderledes. Vejlederne beskriver, hvordan en løbende forventningsafstemning sammen med en fast ramme og struktur for vejledningen har været afgørende for, at det er lykkedes.

Med ”afprivatiseringen” af vejledningen giver vejlederne udtryk for, at der er opstået et andet vejledningsrum, som er præget af en større faglighed end tidligere. Som en af vejlederne formulerer det:

”Der er skabt et rum, hvor man som vejleder føler, at man ikke kun kommer som individ, men primært som repræsentant for specialuddannelsen.”

Boks 5. Stilladsering – en definition

Stilladsering betegner den proces, hvorved vejlederen skaber rammen for den studerendes læringsprocesser i et dialogisk samspil mellem den studerendes kompetencer og de læringsmål, som skal nås (1).

Nye handlemuligheder i en foranderlig psykiatri

Erfaringerne fra de faglige workshops sammen med evaluerings-surveyen viser, at vejlederne synes, at det er sjovere og mere fagligt tilfredsstillende at være facilitator end ekspertvejleder. De har skabt et dialogisk rum, hvor uenigheder, forskelle og modsætninger i den psykiatriske sygepleje er blevet undersøgt i erkendelsen af, at der ikke findes enkle løsninger på komplekse problemer. Disse lærerige dialoger i vejledningsrummet har faciliteret både vejledernes og de studerendes kritisk-refleksive blik på praksis ved at fremme en forståelse af, hvordan konkrete praksissituationer ofte er modsætningsfyldte og påvirket af lokale magtforhold.

Ikke mindst har arbejdet med at identificere forskelle givet indsigt i, hvordan egen forforståelse og ageren i praksis får betydning for, hvad der bliver muligt og dermed også givet blik for et mere nuanceret handlerum (6). Et blik, som styrker de specialuddannede sygeplejerskers kompetencer i at kunne navigere i en konstant foranderlig psykiatri. ●



... der er opstået et andet vejledningsrum, som er præget af større faglighed end tidligere.



Hvilke fordele og ulemper kan I se ved Kollektiv Akademisk Vejledning?

Hvordan kan man arbejde med at gøre forskelle mellem de studerende til en mulighed for læring frem for en udfordring i vejlederpraksis?

Diskuter jeres ønsker og håb for fremtidens psykiatriske sygeplejerske. Hvilken profil skal han eller hun have?

Referencer

1. Nordentoft HM, Hvass H, Mariager-Anderson K, Bengtsen SS, Smedegaard A, & Warrer SD. Kollektiv Akademisk Vejledning. Fra forskning til praksis. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag 2019. 2. Lorentzen V. Enkel bog med en fremragende pædagogisk opbygning. Sygeplejersken, 2019;(8):44. 3. Nordentoft HM, Thomsen R & Wichmann-Hansen G. Collective academic supervision: a model for participation and learning in higher education. Higher Education 2013; 65(5):581-93. 4. Iglund M-A, Dysthe O. Mikhail Bakhtin og sociokulturel teori. In O. Dysthe (ed.), Dialog, samspil og læring. Århus: Forlaget Klim 2003. 5. Phillips L. Med forskel som forandringskraft: en introduktion til dialogisk kommunikationsteori. I Almlund P & Andersen NB (red.). Fra metateori til kommunikation. København: Hans Reitzels Forlag 2011. 6. Nordentoft HM, Jensen MEG. "En usleben diamant": Video i udviklingen af masterstuderendes kritiske refleksivitet. Dansk Universitetspædagogisk Tidsskrift 2017;12(23): 71-86.



Hvor langt kan vi strække elastikken?

Akutte og alternative løsninger bliver taget i brug pga. rekrutterings- og fastholdelsesproblemer i sygeplejen med risiko for, at de sygeplejefaglige grundværdier udvandes. Lad os værne om sygeplejefagligheden. Den har betydning for kvalitet i plejen og for arbejdsglæde.



METTE GRØNKJÆR, forskningsleder og professor i klinisk sygepleje, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, Klinisk Institut, Aalborg Universitet.



”Sygeplejerske søges: du skal kunne bevare overblikket i pressede situationer, trives med mange bolde i luften og have hjertet på rette sted”.

Sådan en beskrivelse ser jeg ofte i stillingsopslag, og jeg undrer mig hver gang over, hvorfor sygeplejefaglighed ikke konsekvent efterspørges i sådan et opslag. Den fremhæves heller ikke i højaktuelle debatter om sygeplejerskers værd(i). Adskillige studier viser, at sygepleje af høj kvalitet har direkte indvirkning på patientsikkerhed, indlæggelsestid, genindlæggelse og dødelighed. Alligevel er der stadig fokus på at definere, hvad sygepleje er, og hvad den fordrer.

Hvorfor er det nødvendigt? Ved vi ikke det? Er det fordi, vores fag løbende ændres og dermed tvinger os til at revidere vores opfattelse? At vi i takt med sundhedsvæsenets og samfundets udvikling finder det nødvendigt at redefinere sygeplejefaglighedsens særlige genstandsfelt?

Der er sikkert mange svar, men sygeplejersker giver udtryk for, at faget er gledet væk fra de sygeplejefaglige grundværdier, hvilket har ført til et behov for at ændre kurs, komme ”back to basics”. Ikke forstået som noget basalt, simpelt eller noget, der er let at udføre. Tværtimod. Men som en måde at fokusere på det væsentlige og komplekse i sygepleje.

Det er netop målet med bogen: *Fundamentals of Care: Klinik, ledelse, uddannelse og forskning* (1), som mine gode kollegaer Ingrid Poulsen, Tove Lindhardt og jeg har været redaktører på. Bogen bidrager til et fokus på sygeplejens selvstændige genstandsområde ved hjælp af begrebsrammen *Fundamentals of Care* – som en måde at beskrive, hvad sygepleje er og fordrer.

I en tid med rekrutterings- og fastholdelsesproblemer er det nødvendigt med akutte og alternative løsninger til at dække vagtbelastningen. Således ser vi aktuelt, at andre faggrupper rekrutteres for at løse opgaver af sygeplejefaglig karakter. Manglen på andre sundhedsprofessionelle medfører desuden, at sygeplejersker må udføre opgaver, der ikke har med sygepleje at gøre. Det kan være lægelige opgaver eller f.eks. blodprøvetagning, fordi der er for få bioanalytikere.

Fleksibilitet er et nøgleord i nutidens sundhedsvæsen. Vi skal være omstillingsparate og tilpasse os de foranderlige krav. Men hvor langt kan vi strække elastikken i fleksibilitetens navn?



Sygeplejersker giver udtryk for, at faget er gledet væk fra de sygeplejefaglige grundværdier, hvilket har ført til et behov for at ændre kurs, komme ”back to basics”.

Når vi til stadighed drøfter, hvad sygepleje er, og hvad sygepleje fordrer, kan jeg være bekymret for sygeplejefagligheden som vores stærkeste kort. Ikke mindst når en dansk kommune ansætter en læge med begrundelsen ”for at hæve sygeplejerskers faglighed”.

Tværfaglighed er væsentligt for patienters samlede forløb, men sygeplejefaglighed må ligge på sygeplejerskers banehalvdel. Sygeplejefaglig specialviden, kompetencer og fordybelse i et fagligt felt har betydning for kvalitet i plejen, fastholdelse og arbejdsglæde. Jeg tror, vi skal passe på, at elastikken ikke bliver for slap.

Jobannoncer skal afspejle, at sygeplejefagligheden er vores stærkeste kort. ●

Referencer

1. Lindhardt, T, Grønkjær M, Poulsen I (red). *Fundamentals of Care: Klinik, ledelse, uddannelse og forskning*. København: Munksgaard 2021.

Minimér faren ved kirurgisk røg



Operationspersonale udsættes for risiko hver gang, der skabes kirurgisk røg på operationsstuen. Vidste du, at den røg, der skabes ved at ødelægge eller dissekere 1g væv indeholder den samme mængde skadelige toxiner, som hvis du ryger **6** cigaretter uden filter¹?

Løsningen er lige for hånden med den nye, unikke **Mölnlycke® Plume Evacuation Pencil** (diatermipen med røgsug). Vi sætter din og dine patienters sikkerhed først.

- Et unikt, alt-i-en, letvægts, smalt design med integreret teleskopfunktion, hvilket giver en umiddelbar løsning til både dybe og overfladiske incisioner.
- Mölnlycke Plume Evacuation Pencil tilbyder en bæredygtig løsning, DEHP og PVC fri.
- Meget høj sugekapaletet (85 l/min) hvilket minimerer udsættelsen for røg og giver hurtig visualisering af operationsfeltet.
- Fås i både dine kundetilpassede procedurepakker samt sterilt, enkeltpakket



Referencer: 1. Bree K, et al (2017). The Dangers of Electrosurgical Smoke to Operating Room Personnel. A Review. Workplace Health & Safety, Vol 65, No. 11

Prima Medical Limited er den lovmæssige producent af Plume Evacuation Pencil.

Læs mere på www.molnlycke.dk

Mölnlycke Health Care ApS, Gydevang 39, 3450 Allerød. Tlf.: 80 88 68 10. info.dk@molnlycke.com.
Mölnlycke varemærke, navn og logo er registreret globalt til en eller flere af virksomheder i Mölnlycke Health Care gruppen. © 2021 Mölnlycke Health Care AB. Alle rettigheder forbeholdes. DKSU0182106


Mölnlycke®