

Fag & Forskning

Sygeplejersken

FAGLIGT AJOUR / COVID-19

Beredskab stiller høje krav til ledere

SIDE 26

NY PRAKSIS

Hygiejne. Nyudviklet sensor registrerer, om hænderne er sprittet af.

SIDE 8

PEER REVIEWED

EOL. End-of-life samtalen på hospitalet er vigtig.

SIDE 12

FAGLIGT AJOUR

Ledelse. Sammenhæng mellem ledelse, kompetence og løn.

SIDE 42

PÅ SPIDSEN

Pårørende. Skal pårørende med ind på traumestuen?

SIDE 59

Redaktionspanel

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



**SELINA
KIKKENBORG BERG**

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



MARI HOLEN

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



KIRSTEN LOMBORG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Distribueret oplag
Perioden 2018-2019:
77.393 eksp.
Medlem af Danske Medier

Tryk
Stibo

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

Manuskriptvejledning
www.dsr.dk/
manuskriptvejledning

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



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

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

Illustration side 12, 26, 36, 42, 48 og 54 : iStock

OVERBLIK

Ny
Praksis



Håndfast greb om hygiejnen

HYGIEJNE. En lille sensor på sygeplejerskens uniform registrerer, om sygeplejersken har været ved spritdispenseren for at spritte hænder. Og en sensor tæt ved patienten registrerer, om sygeplejersken – eller anden sundhedsperson – har fået sprittet hænderne af. En enkel idé fostret af sygeplejespecialist Anne-Mette Iversen, Aarhus

Universitetshospital, og udviklet sammen med bl.a. en gruppe ingeniørstuderende fra Danmarks Tekniske Universitet. Systemet er foreløbig implementeret på et sengeafsnit på kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital.

LÆS SIDE

8



Covid-19-pandemien påvirker de fleste sygeplejerskers dagligdag. Faste arbejdsrutiner bliver udfordret, og det stiller krav til både ledelse og kolleger, hvis det skal lykkes godt.

Peer
Reviewed

The
Journal
Club

Forskellige ønsker til samtaler om livets afslutning

Der er brug for viden, erfaring og fingerspidsfølelse, hvis patienter og pårørende skal tilbydes systematiske samtaler om livets afslutning.

End-of-life, EOL-samtaler, reducerer omkostninger og giver bedre kvalitet i behandlingen i de sidste uger af livet, viser forskning.

Denne artikel er baseret på et kvalitativt studie, og metoden er semistrukturerede interview. 17 respondenter deltog, 11 patienter, som lever med livstruende sygdom, og seks ægtefæller. Fokus var respondenternes tanker og ønsker til deres fremtidige liv og deres behov for at tale om EOL.

Resultaterne af studiet viser, at der er meget forskellige ønsker i forhold til EOL-samtaler. Der var et stort spænd fra ikke at ville tale om og tænke på EOL til at være

parat til at planlægge begravelse og forvente, at sundhedspersonale kunne og ville tale om livets afslutning.

EOL er en individuel sag, og der er stor diversitet, viser studiet. Dette kræver, at der udvikles samtaleværktøjer, der kan favne både de patienter og pårørende, som ønsker EOL-samtaler og de, som ikke gør.

VITAMINTILSKUD.

Kronisk træthed hos patienter med inflammatorisk tarmsygdom kan modvirkes ved tilskud af højdosis B1-vitamin.

ERNÆRING.

Patienter med KOL oplever, at ingen sundhedsprofessionelle føler ansvar for deres ernæring.

OMSORG.

Nedprioritering af omsorg som værdi i sygeplejerskepraksis ser ud til at åbne op for, at sygeplejersker kan indtage nogle af lægens tidligere roller som behandler, organisationsleder og forsker.

LÆS SIDE 22

LÆS SIDE 12

Godt incitament til at fastholde medarbejdere

Løn efter kompetencer, det er et bærende princip i en incitamentsstruktur, der er indført på en afdeling for urinvejs sygdomme. Sygeplejerskernes stillinger er systematisk beskrevet, og det giver den enkelte sygeplejerske mulighed for at tilrettelægge sin karriere, så anstrengelserne ved at efter- og videreuddanne sig bliver honoreret. Det er med til at fastholde sygeplejersker på afdelingen og højne kvaliteten af den sygepleje, der ydes.

LÆS SIDE

42

Meget er nået med god ledelse

Nye funktioner, nye kolleger, omorganisering af sygeplejen. Det var resultaterne af etableringen af covid-19 beredskabet. En elektronisk spørgeskemaundersøgelse har kortlagt, hvordan plejepersonalet oplevede perioden. Resultaterne viser, at tydelig ledelse, tryghed, frivillighed, introduktion og motivation var afgørende faktorer for plejepersonalet. Hvis ledelsen kan angive retning, mål og motivere medarbejderne, er meget nået.

LÆS SIDE

26

Nye kompetencer påkrævet

Oprettelse af fire nye covid-19-afsnit krævede udvikling af nye kompetencer. Løsningen blev in situ simulationer i form af to faste scenarier afviklet for i alt 277 medarbejdere på arbejdsstedet. Scenarierne havde fokus på pleje og behandling af den respiratorisk dårlige covid-19-patient.

En opfølgende kvalitativ dataindsamling viste, at simulationerne skabte faglig og personlig tryghed hos de sundhedsprofessionelle.

LÆS SIDE

36

Sygeplejersker overtager kontrollen via telefonen

Telefonkonsultation hos en sygeplejerske kan uden problemer erstatte kontrol hos en læge efter en primær knæalloplastik, viser en opfølgning. Konsultationen tager udgangspunkt i en systematisk interviewguide og har reduceret de lægelige kontroller med 85 pct. Når sygeplejerskerne overtager kontrollen, er det væsentligt, at de har generel sygeplejefaglig viden på området, erfaring med knæalloplastik og ordentlig tid til at tale med patienten.

LÆS SIDE

54

MAT øger patientsikkerheden

Mobilt Akut Team (MAT), hvad er det, og hvordan bliver det brugt? En retrospektiv undersøgelse af 356 patienter, som modtog 656 akutte tilsyn fra MAT over seks måneder, viste, at MAT bliver kaldt til en mangfoldighed af opgaver. Nogle kræver den specialuddannede intensivsygeplejerskes kompetencer, mens

andre ligger inden for den ikke intensivuddannede sygeplejerskes kompetenceområde. MAT øger dermed patientsikkerheden og styrker kompetencerne hos sygeplejersker på sengeafdelingen.

LÆS SIDE

48



Pårørende vil gerne være ved patientens side under genoplivning, anlæggelse af stent og andre livreddende procedurer, det har forskning vist for lang tid siden. Alligevel er praksis ikke ensartet.

LÆS SIDE 59

Løft blikket

Udsyn. Grundig oprydning på tre hylder med krydderi-er førte til tanker om aktuel covid-19-forskning. Pandemien kan lære os mange ting, og vi er så heldige at bo i et land, hvor det kan lade sig gøre.



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

Jeg taler jævnligt med min faster, som er bosat i Paris. Hun klager ikke trods sine 84 år, men sidste gang løb hun alligevel over: "Jeg synes, jeg er blevet dummere under le confinement," fastslog hun. "Og hvad betyder så det," måtte jeg spørge. "Nedlukningen," svarer hun en anelse træt.

Mit ikke vildt overbevisende greb om det franske sprog irriterer hende. Men vi kunne da blive enige om, at de fleste af os er blevet dummere eller måske mere præcist efterhånden massivt understimulerede, fordi vi mangler gode menneskers selskab, koncerter, film og udstillinger. Selv et møde med naboens hund vækker derfor utilsløret glæde i denne tid.

Men magter vi at løfte blikket et kort øjeblik, er der fortsat en del at være glad for, synes jeg. Den korte, skønne vinter og de skæve påfund i hverdagen.

Jeg går målrettet mod metroen på Kongens Nytorv med blikket rettet mod

uendelig, da min opmærksomhed bliver fanget af en lille træramme mellem udstillede huer, vanter og sokker. Jeg bakker. "Det bliver godt igen," står der i billedet. Og det må vi tro på. Budskabet afslører et betænksomt overskud midt i årets mørkeste måned og ægte omsorg for dem, som altid er i underskud.

Inspireret af det selvsikre løfte tager jeg hjem og foretager en radikal oprydning på de tre krydderihylder, jeg har i mit køkken. Fra allehånde til wasabi. Det gode, gamle alfabet er i brug, så længe det varer, og alle ukurante mærkværdigheder er smidt ud. Den nyetablerede systematik får mig til at tænke på de forskere, som under covid-19 har reageret hurtigt, søgt og fået midler og under pandemien registrerer og analyserer konsekvenser for sygepleje og sygeplejersker. Vi hører meget om sygeplejerskerne, mindre om den ændrede pleje af de meget syge patienter. Dog er der forlydender om, at den grundlæggende sygepleje bliver forsømt, bugleje til de respirationshæmmede og ifølge Nursing Standard nye takter i plejen af patienter med hjertekomplikationer.

Infektion med covid-19 giver hjerteproblemer hos en ud af fem indlagte patienter, viser en metaanalyse. Hos ikkeindlagte patienter er telefonkonsultationer og digital kontakt øget, og sygeplejersker spiller en afgørende rolle med at opdage tegn på hjerteproblemer, f.eks. i form af hævede ankler, hurtig vægtøgning, åndenød, at personen foretrækker at sove i en stol eller bruger mange ekstra hovedpuder.

I modsætning til Royal College of Nursing, som har haft en forside på Nursing Standard i juli 2020 med billeder af 60 covid-19-døde sygeplejersker, har ingen dansk sygeplejerske mistet livet. Højest lugtesansen, og det kan være alvorligt nok. Vi skal heller ikke trækkes med vaccinemodstand i fransk skala. Her ønsker kun 39 pct. at lade sig vaccinere, mens det i Danmark er 87 pct. I Frankrig kan en samtale mellem en sygeplejerske og en patient derfor ikke indledes med et "er du allerede blevet vaccineret?" men skal omkring et "Har du overvejet at blive vaccineret?"

Vi er på mange måder heldige. ©

ANNONCE

Sensorer, data og analyser løfter håndhygiejnen



Sygeplejespecialist Anne-Mette Iversen, Aarhus Universitetshospital, Skejby: "Det vigtige var at få udviklet et system, der passer til hverdagen og den måde, der kan sprittes af på, når man er på vej fra den ene opgave til den næste. Det kan dette system, fordi det følger personen."

Elektronisk monitoreringssystem til håndhygiejne med sensorer på spritdispensere, personer og i rum viser, om der er steder og tidspunkter, hvor der skal strammes op

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

En dag erkendte sygeplejespecialist Anne-Mette Iversen, at der i bogstaveligste forstand var behov for et mere håndfast greb om håndhygiejnen på afdelingen, hvor hun arbejder. Hun er formand for hygiejnegruppen i kræftafdelingen på Aarhus Universitetshospital, der har mange afsnit og flere end 600 ansatte. Og da hun kom til erkendelsen i 2015, var adressen endnu ikke Skejby men de gamle rødstensbygninger midt i Aarhus.

"Vi havde i årevis talt om, at vi skulle forbedre håndhygiejnen. Vi vidste udmærket, at det får antallet af infektioner ned og kan redde liv. Og vi syntes, vi havde gjort alt, hvad der kunne gøres. Vi havde lavet skriftligt materiale, undervisning, lyskasser, hvor man kunne teste, og meget mere. Vi havde kørt kampagner, men det gjorde ikke den store forskel. Alle kendte jo reglerne, og alle mente, at de fulgte dem," fortæller Anne-Mette Iversen.

Hun mener, det er svært at sige, hvor mange hospitalserhvervede infektioner, der kan undgås med bedre håndhygiejne.

"Der er jo meget, der spiller ind. Også patienternes egen hygiejne og rengøring på hospitalet har betydning. Vi ved dog, at vores håndhygiejne er den største enkeltstående faktor, når smitteveje skal brydes," siger Anne-Mette Iversen.

Adfærdsændring nødvendig

Men hvordan kom hygiejnegruppen videre? Kampagner var ikke nok, der skulle adfærdsændringer til. Spørgsmålet var, hvordan man får kolleger til at ændre adfærd.

"Det vidste vi ikke nok om. Vi er dygtige læger og sygeplejersker, men vi ved ikke noget om at skabe adfærdsændringer. Så vi skulle have hjælp, og jeg googlede for at finde frem til en person, der beskæftiger sig med ændring af adfærd," fortæller Anne-Mette Iversen.

Et navn dukkede op: Adfærdsekspert Morten Münster. Vi kontaktede ham, og han mente, at det ville være en forholdsvis enkel opgave, som han gerne ville være med til at løse.

”Hvor er problemet størst? Hvornår på døgnet? Hvilke faggrupper? Alt det spurgte han om, og det vidste vi ikke. Vi ville bare have bedre håndhygiejne.”

”I skal have data,” sagde han, for det havde vi ikke. Vi lavede observationer en gang om året, men der er stor usikkerhed ved denne metode, for når vi lavede observationerne, sprittede folk jo altid af, som de skulle,” siger Anne-Mette Iversen.

Morten Münster kendte nogle ingeniørstuderende på DTU, som måske ville være med, og de kom over til et møde.

”Pludselig var vi en gruppe af ildsjæle, og så tog det fart. Der blev hurtigt lavet en prototype af en sensor, der kunne give lys i en dispenser til afspritning. Den blev afprøvet på patienttoiletter og viste, at alene det grønne lys medførte en 100 pct. stigning i, hvor ofte der blev sprittet hænder af. Så vidste vi, at det her skulle vi gå videre med,” husker Anne-Mette Iversen

De første studier

Et forskningsprojekt kom på skinner. Anne-Mette Iversen lavede litteratursøgning på emnet og studerede, hvad der var af viden på området. Ledende mikrobiolog på Aarhus Universitetshospital, Svend Ellermann-Eriksen, kom med i projektet, og det samme gjorde overlæge Brian Kristensen fra Statens Serum Institut. Der blev søgt penge, så de ingeniørstuderende kunne gå videre med deres udvikling af sensorer, der kunne indsamle data på personalets håndhygiejne-compliance. Derudover skulle sensorerne på forskellig måde kunne få dispenseren til at ”gøre opmærksom på sig selv” og dermed bidrage til at ændre adfærden.

Der blev udviklet og fremstillet små sensorer, der kan bæres af den enkelte sygeplejerske, læge og serviceassistent, og som kan placeres i de forskellige rum og fortælle, om alle tilstedeværende personer har fået sprittet af. Også kirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital kom med i projektet, så der kunne hentes erfaringer fra flere hospitaler og specialer.

”Vi startede i de gamle bygninger inde på Nørrebrogade og holdt pause, mens vi flyttede. Herefter fortsatte vi her på Skejby, hvor systemet nu er implementeret med sensorer på dispensere placeret på kræftafdelingens to sengeafsnit og på blodsygdommes to sengeafsnit,” fortæller Anne-Mette Iversen.

Allerede inde på Nørrebrogade blev det i et studie konstateret, at håndhygiejnen er bedst først på dagen og dårligst om natten, og at den er bedre på personalettoiletet end i patientrummet.

Athena Prisen

Anne-Mette Iversen fik Athena Prisen 2020 for udviklingen af automatisk monitorering af håndhygiejne. I indstillingen skrev dommerkomiteen blandt andet:

”Med projektet kan man imødegå tilfælde af smitte. Hvert år smittes 60.000 danskere med infektion på hospitalerne. Mindst 3.000 danskere dør af infektioner. Andre gennemgår forlængede indlæggelser med smerter, ubehag og varige mén. Den sygeplejefaglige indsats er ikke blevet mindre relevant i forbindelse med den aktuelle covid-19-epidemi, hvor alles håndhygiejne er sat under lup.”

”Dommerkomiteen har lagt vægt på de samfundsøkonomiske perspektiver, som kan spare patienter for infektioner og samfundet for store beløb. Det vil også kunne være en del af en aktiv indsats for at bekæmpe antibiotikaresistens.”

Læs mere: www.dsr.dk > Skriv ”Athena Prisen” i søgefeltet

Om projektet

- De første skridt til projektet med udvikling af automatisk monitorering af håndhygiejne blev taget i 2015, hvor Anne-Mette Iversen samlede et team bestående af en adfærdsforsker, en ledende mikrobiolog, ingeniørstuderende og klinisk personale.
- Der blev gennem litteratursøgning fundet og studeret artikler om håndhygiejne og dens betydning i kampen mod hospitalsinfektioner.
- Baggrunden for projektet var en erkendelse af, at man ikke kom videre med de traditionelle tiltag. Der skal adfærsændringer til for at forbedre overholdelse af reglerne for håndhygiejne.
- Selve projektet kom i gang i 2016. Der blev designet og udviklet et system, Sani Nudge, der med sensorer på dispensere, personale og i de enkelte rum opsamler data om personalets brug af dispenserne.
- Der er undervejs blevet samarbejdet med Statens Serum Institut, og projektet er støttet af Sundheds- og Ældreministeriet og Innovationsfonden.
- Dataanalyser har foreløbig vist, at retningslinjerne overholdes bedst først på dagen og dårligst om natten. De viser også, at håndhygiejnen er bedre på personalettoilet og i medicinrum end på patientstuer, som sygeplejersker konstant ”løber ud og ind af”.

Resultatet af studiet blev publiceret i det amerikanske tidsskrift *American Journal of Infection Control*.

Klar til næste skridt

Forskningsprojektet er fortsat i gang, og også to plejehjem har nu fået installeret systemet.

”Vi har udviklet rigtig mange algoritmer, der fortæller systemet, hvad det skal se efter. Det giver data fra hele døgnet, og analyser af dem kan fortælle, hvor og hvornår på døgnet der skal gøres en indsats for at løfte standarden,” siger Anne-Mette Iversen.

Næste skridt bliver et ph.d.-studie med udgangspunkt i projektet. Her vil Anne-Mette Iversen i et adfærdsstudie forske i, hvilke interventioner der skal til for at ændre adfærd. Hvilke former for lys i spritdispenseren virker bedst? Skal det blinke, når en person nærmer sig, eller skal det kvittere med et blink, når dispenseren er blevet benyttet? Hvordan skal der meldes tilbage, skal det være samlet som gruppe en gang om ugen eller personligt?

”Nu har vi fået udviklet systemet og får data. Så nu skal vi finde ud af, hvordan vi bruger de mange data, så vi kan lave de nødvendige adfærsinterventioner,” siger Anne-Mette Iversen. ●



30 sekunder 100 gange om dagen

Håndhygiejne og konstant afspritning er en indarbejdet del af arbejdsgangene på et hospital, men i en presset hverdag kan det glippe. Det skal det automatiske monitoringsystem ændre på

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

Det er en ganske almindelig formiddag på sengeafsnit 1 på kræftafdelingen på Aarhus Universitetshospital. Sygeplejerske Pauline Nystrøm Fick kommer gående hurtigt hen ad gangen. Nærmest af sig selv går hun hen mod den ene væg, hvor der hænger en spritdispenser. Den er forsynet med en sensor, der får den til at lyse op, og Pauline Nystrøm Fick lader hurtigt

dispenseren give den mængde sprit, hun har brug for. Hun får derefter et signal om, at sensoren på hendes uniform har registret handlingen. Hun gnider hænder og kommer godt ind i fingerkrogene og rundt om begge tommelfingre.

Så går Pauline Nystrøm Fick videre og ind i medicinrummet. Her arbejder hun hurtigt med professionelle hænder. Om lidt skal hun ind på en patientstue, men inden

da skal der sprittes af igen. Og det skal der gøres rigtig mange gange, før vagten er slut.

”Ja, jeg vil tro, at jeg skal udføre håndhygiejne op mod 100 gange på en vagt. Og jeg skal beregne 30 sekunder per gang,” siger Pauline Nystrøm Fick.

Systemet følger personen

Når hun nu om lidt er inde på patientstuen, er der en zone omkring den enkelte



Sygeplejerske Pauline Nystrøm Fick: "Sensorerne er en ekstra reminder og motivation i hverdagen. Det er i sig selv med til at forbedre håndhygiejnen."

patient, hvor der ligeledes er placeret sensorer. De registrerer, at her er en person, som lige har fået sprittet hænder. Det er et system, der taler sammen: Sensoren på dispenseren, sensoren på personen og sensorerne i de enkelte rum.

"Og det særlige med systemet er, at det følger personen. Det er det eneste system i verden, der måler på den her måde. Det betyder, at Pauline Nystrøm Fick kan spritte af inde på kontoret og så gå ind til en patient uden at spritte af på vej ind på patientstuen. Systemet ved, at det har hun gjort. Det er styrken ved dette system," siger sygeplejespecialist Anne-Mette Iversen.

Hun har stået for det forskningsprojekt, der nu er implementeret, men som er under fortsat udvikling, ikke kun i Aarhus, men efterhånden også på andre hospitaler og plejehjem. Og for hende er det vigtigt, at det netop passer til den hverdag, det sundhedsfaglige personale har.

"Det er nødvendigt, for ellers får vi forkerte data. Vi spritter jo af, mens vi er på vej hen til noget andet," siger hun.

Et følsomt emne

Pauline Nystrøm Fick har for længst vænnet sig til at bære den lille sensor. Hun ved, at det er anonymt, og at det ikke er hende men et nummer, der registreres. Det er frivilligt, om man vil være med, men ingen sygeplejersker har sagt fra.

"Vi har ikke rigtig haft mistanke om, at vi nu med dette system ville blive overvåget, og om man kan se, hvordan vi bevæger os rundt, og om vi holder for lange pauser," siger Pauline Nystrøm Fick.

Anne-Mette Iversen: "I de data, vi indsamler, kan vi ikke se, om personalet f.eks. holder pause. I dette projekt ser vi udelukkende på, om personalet spritter deres hænder af ifølge retningslinjerne. Det er jo et universitetshospital, så personalet er vant til forskningsprojekter og ved godt, at man ikke begynder at se på alt muligt andet."

Alligevel er emnet følsomt, for ingen har lyst til at få skudt i skoene, at hygjejen ikke er i orden.

"Jeg kunne godt fornemme i starten, at vi fandt undskyldninger: "Jeg skulle lige hurtigt ind med noget og fik så ikke sprittet af." Man føler sig jo ramt på fagligheden, men det kan altså nemt glippe, når der er meget pres på," siger Pauline Nystrøm Fick.

Hun tror, at projektet i sig selv har betydet mere opmærksomhed på håndhygiejne.

"Vi har sensorer på, og de giver lige en besked en gang imellem. Det er en ekstra motivation. Når man ser de der nudges lyse, tænker man uvilkårligt: "Du skal huske at spritte af." Det ville jeg nok have gjort alligevel, men jeg tror også, der ville være tilfælde, hvor jeg ikke havde fået det gjort. I starten fik vi jo nogle tilbagemeldinger, der viste, at der var nogle rum, vi skulle have ekstra fokus på. Vi havde det nok alle sådan, at selvfølgelig sprittede vi af, men det viste sig jo så, at det gjorde vi bare ikke hver gang. Så det var lige en ekstra reminder."

"Jeg skal huske at få sprittet af"

Med sensorer, der hele tiden registrerer adfærden omkring håndhygiejne, kan

Sani Nudge

Ingeniørerne, der som studerende blev involveret i projektet, har dannet et firma, som man har samarbejdet med. Dermed blev projektet et samarbejde mellem det offentlige og det private.

Der blev først udviklet nudging med et blått lys med en hånd, som lyste op, når et toilet blev benyttet, og en grøn lampe med et hjerte, som lyste op, når der var blevet sprittet af. Det fik forbedret afspritningen med 100 pct., og det viste, at mange efter toiletbesøg vaskede hænder, men ikke efterfølgende sprittede af. Det ændrede sig.

Herefter blev det nuværende system med sensorer til registrering af håndhygiejne udviklet, og de mange data kan nu identificere, hvor der evt. er problemer med håndhygiejnen.

Se mere på saninudge.com

projektet også være med til at påvirke arbejds gange og den måde, hverdagens utroligt mange opgaver organiseres på, mener Pauline Nystrøm Fick.

"Man prøver nok at undgå at sætte sig i situationer, hvor man skulle have sprittet af, men af en eller anden grund ikke får det gjort. Det kan være noget med at huske at få det hele med ind i et rum, så man ikke skal ud og ind flere gange lige efter hinanden. Og så tror jeg, at man hele tiden lige tænker over det. Når man for eksempel går ud af et rum med noget i hænderne og ikke kan komme til at spritte af, siger man til sig selv: Jeg skulle have sprittet af, men nu rører jeg ikke ved noget, før jeg har gjort det," siger Pauline Nystrøm Fick.

På fire sengeafsnit på Aarhus Universitetshospital er systemet Sani Nudge blevet en del af hverdagen. Nu skal der arbejdes videre med udviklingen og med, hvordan og hvornår lys i dispenseren fungerer bedst. Men Pauline Nystrøm Fick er ikke i tvivl: Adfærden er allerede blevet påvirket og har løftet håndhygiejnen. Nu skal Anne-Mette Iversen gennem sin ph.d.-forskning videre med projektet, så de mange data, der hentes ind i løbet af døgnet, kan fortælle mere om vigtige indsatsområder og interventioner for yderligere at påvirke adfærden. ●

ET KVALITATIVT STUDIE AF ØNSKER TIL SAMTALER PÅ HOSPITALET OM LIVETS AFSLUTNING FRA PATIENTERS OG ÆGTEFÆLLERS PERSPEKTIV

BAGGRUND. Samtaler om livets afslutning (EOL – *end-of-life*) er yderst vigtige for patienter, der lever med livstruende sygdomme, og for deres pårørende. Det at tale om EOL er forbundet med reducerede omkostninger og en bedre kvalitet i behandlingen i de sidste uger af livet, men der er et behov for en yderligere udforskning af de aktuelle ønsker til EOL-samtaler i en hospitalssammenhæng.

FORMÅL. Formålet med dette studie var at undersøge ønsker om og behov for at tale om EOL på hospitalet for patienter, der lever med livstruende sygdom og deres pårørende.

METODE. Dette studie er et kvalitativt studie, der anvender semistrukturerede dybdegående interviews. I alt 17 respondenter (11 patienter og seks ægtefæller) deltog. Patienterne blev identificeret af hospitalspersonale på en medicinsk og kirurgisk afdeling ved anvendelse af SPICT™. Interviewspørgsmålene fokuserede på respondenternes tanker om og ønsker til deres fremtidige liv samt deres ønsker i forhold til at tale om EOL på hospitalet.



Samtale om livets afslutning på hospitalet

End-of-Life-samtalen.

Patienter og pårørende på hospitalet skal have tilbud om en systematisk samtale om livets afslutning. Men ingen skal tvinges til at deltage i den.

RESULTATER. Dette studie har vist, at ønsket om at tale om EOL var meget forskelligt blandt respondenterne. Sygdommens progression og negative indvirkning på patienternes hverdag havde hovedfokus, hvorimod det at tale om og tænke på livets afslutning var sekundært. Samtaler om EOL var en individuel sag. Der eksisterede et stort spænd fra ikke at ville tale om EOL til at være klar til at planlægge sin egen begravelse og også forvente, at sundhedspersonale kunne samtale om livets afslutning. Samtalerne varierede således mellem overfladisk og grænseoverskridende snak.

KONKLUSION. Ønsket om at tale om EOL på hospitalet er en individuel sag, og der er en stor diversitet. Denne individuelle indstilling kræver, at man udvikler samtaleværktøjer, der kan favne både de patienter og pårørende, der ønsker at have en EOL-samtale, og de, der ikke gør. Herudover kræver det, at de sundhedsprofessionelle uddannes til at initiere og facilitere disse samtaler.

I

Introduktion

Mange mennesker lever med livstruende kroniske sygdomme i adskillige år i nutidens aldrende befolkning (1). Det er derfor vigtigt at vide, hvornår det er tid til at tale om afslutning på livet (End of Life,

EOL), og hvordan dette skal gøres. Forskning har vist, at samtale om og planlægning af EOL er vigtigt for, hvordan de sidste dage i en patients liv forløber og er forbundet med reducerede omkostninger samt en højere behandlingskvalitet i de sidste uger af livet (2-4).

Et nyere dansk studie har endog vist, at patienter, der deltager i EOL-planlægning, har en signifikant længere forventet levetid (5). Da mange patienter er indlagt det eller de sidste år af livet (6), er det også nødvendigt, at der bliver talt om EOL på hospitalet. Patienter, som lever med en livstruende sygdom, udtrykker parathed til at tale om EOL, før de sundhedsprofessionelle tager emnet op (7). Disse samtaler finder tidsmæssigt sted meget tæt på døden - i den sidste uge af livet (8). Selv om patienterne har tanker om EOL, er kommunikationen og dokumentationen vedrørende deres ønsker utilstrækkelig (9).

Barriererne i forhold til at indlede EOL-samtaler er velbeskrevne. Disse er f.eks. manglende kompetencer hos de sundhedsprofessionelle (10), undervurdering af behovet for information (11) og frygten for at fratage patientens håb (12). Dette kan resultere i en sen indledning på EOL-samtaler. Et studie har vist, at for halvdelen af patienter med terminale kroniske sygdomme, som har levet med disse sygdomme i mange år, blev deres ønsker i forhold til EOL ikke opfyldt (13).

Med hensyn til timingen af EOL-samtaler har Mack et al. vist, at EOL-samtaler kun blev dokumenteret for 27 pct. af patienterne og ofte fandt sted

FORFATTERE



HEIDI BERGENHOLTZ^{1,2}

Sygeplejerske 2005 fra H:S sygeplejerskeuddannelsen. Cand. scient.san. Københavns Universitet 2011. Ph.d. Københavns Universitet 2016. Postdoc og klinisk sygeplejerspecialist, Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliative enheder, Sjællands Universitetshospital, Roskilde og REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.

heidi.bergenholtz@gmail.com



MALENE MISSELE³

Sygeplejerske 2000 fra H:S sygeplejerskeuddannelsen. Cand. cur. Aarhus Universitet 2008. Ph.d. Københavns Universitet 2016. Klinisk sygeplejerspecialist, Thoraxkirurgisk afdeling, Rigshospitalet.

¹ Holbæk Sygehus, Region Sjælland

² REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

³ Rigshospitalet



HELLE TIMM³

Professor, kultursociolog, ph.d. i sundhedsvidenskab. Efter 15 år som leder i vidensinstitutioner nu igen fuldtidsforsker og aktuelt tilknyttet Statens Institut for Folkesundhed i et deltidsprofessorat.

ERKLÆRINGER

Etik og samtykke til deltagelse: Registrering og tilladelse fra Datatilsynet blev indhentet før studiet (REG-163-2017). På grund af studiets kvalitative karakter har den lokale etiske komité i Region Sjælland erklæret, at en formel etisk godkendelse ikke var nødvendig i dette specifikke tilfælde. Respondenterne modtog mundtlig og skriftlig information forud for studiet, og de gav mundtligt tilslag om deltagelse i studiet, og dette tilslag blev optaget på bånd.

Samtykke til publikation: Ikke relevant.

Tilgængelighed af data og materiale: Datamaterialet er tilgængeligt fra førsteforfatter på grundlag af en rimelig anmodning, som ikke bryder anonymiteten og fortroligheden af dataene.

Interessekonflikter: Forfatterne erklærer, at de ikke har nogen interessekonflikter.

Funding: Følgende fonde har ydet finansiel støtte til projektet: Novo Nordisk Fonden og Region Sjællands Sundhedsvidenskabelige Forskningsfond. Fondene havde ingen rolle i studiedesign, dataindsamling, analyse, fortolkning og udfærdigelse af manuskriptet.

Forfatterens bidrag: Alle forfattere (HB, MM, HT) har udtænkt og bidraget til studiet. HB har indsamlet datamaterialet og guidet analysen. Både HB, MM og HT har deltaget i analysen og skrivningen af manuskriptet. Alle forfattere har læst og godkendt det sidste manuskript.

Tak: En særlig tak til respondenterne for deres tid ved deltagelse i interviewene. Vores tak for gennemførelse af dele af interviewene til: Birthe Holmegaard, Maria Christensen, Iris Beate Jensen, Lisbeth Nielsen, Holbæk Sygehus. Vi retter også en tak til Angela Heath-Larsen og Ffion Bell for sproglig redigering.

**FORKORTELSER**

Forkortelser anvendt i denne artikel:

EOL: Afslutning på livet (End-of-Life)

ACP: Avanceret behandlingsplan (Advance Care Planning)

Sundhedsprofessionelle: Læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

SPICTM (Supportive and Palliative Care Indicator Tool) Et afprøvet og anerkendt redskab til at afdække behov for basal palliation.

COREQ-retningslinjerne: (Consolidated criteria for reporting qualitative research). Formålet med guidelines for rapportering er at højne kvaliteten og ensrette rapporteringen af forskellige studietyper samt at gøre det nemmere for læserne at forstå design, udførelse og analyse af publicerede studier.

under akut behandling på hospitalet sent i sygdomsforløbet (14). Dette betyder, at mange patienter kan være indlagt (og endog dø) uden at have talt om deres ønsker i forhold til EOL (15,16). Desuden er det værd at nævne, at døden og det at dø stadig er tabuemner i mange kulturer, hvilket også kan være en forklaring på, hvorfor EOL-samtaler undgås.

I en familiemæssig sammenhæng har patienter og pårørende måske ikke altid de samme perspektiver på en "god død" (17), og det er beskrevet, at de pårørende har uopfyldte behov i forhold til kommunikation på hospitalet (18).

Til dette studies formål defineres "EOL-samtaler" som en bred definition af samtaler, der afholdes mellem sundhedsprofessionelle, patienter og deres pårørende vedrørende tanker, ønsker og planlægning af EOL. Initiativer såsom ACP (Advanced Care Planning) (19) anvendes ofte som redskab, når det handler om samtaler med patienter om EOL. ACP indebærer beslutninger vedrørende behandlingsniveau og foretrukket dødssted. Der er evidens for, at ACP har en positiv indvirkning på kvaliteten af EOL (20) især på plejehjem, hvor det er observeret, at ACP reducerer indlæggelsesraten blandt plejehjemsboere (21). ACP-initiativer er imidlertid ikke systematisk implementeret i det danske sundhedssystem (22), så det er fortsat uvist, hvordan EOL-spørgsmål håndteres på akutte hospitaler i Danmark.

Ét studie har vist, at de emner, der berøres i EOL-samtaler på hospitalet, er begrænset til en "her-og-nu"-status, beslutninger om behandlingsniveau og i mindre grad patienternes og de pårørendes behov for at dele deres tanker og ønsker vedrørende EOL (23). Dette på trods af, at der findes nationale anbefalinger i Danmark, der omhandler EOL-samtaler (24,25).

Formålet med studiet er derfor at undersøge patienter, som lever med livstruende sygdom og deres ægtefællers ønsker i forhold til EOL-samtaler på hospitalet.



Dette er et kvalitativt studie, der anvender semistrukturerede dybdegående interviews til at undersøge patienters og pårørendes ønsker i forhold til at tale om EOL. Anvendelsen af semistrukturerede interview

som en metode er baseret på en forståelse af, at patienters og pårørendes livserfaringer er væsentlige i forståelsen af deres aktuelle sygdom og livssituation (26).

Sample- og dataindsamling

Studiet fandt sted på et dansk akuthospital med 338 sengepladser og 1.298 dødsfald pr. år. To separate

sengeafdelinger blev udvalgt: en almen medicinsk afdeling, der dækkede 10 afsnit, og en akut abdominalkirurgisk afdeling, der dækkede et afsnit. Den medicinske afdeling havde 165 sengepladser og indbefattede kardiologi, nefrologi (også dialyse), geriatri og lungemedicin. Den kirurgiske afdeling havde 38 sengepladser (26 akutte og 12 elektive), og patienterne spændte fra patienter med akutte abdominale og gynækologiske sygdomme til cancerpatienter, som ikke længere kunne tilbydes aktiv behandling og var i palliativ fase.

Valget af de to afdelinger var begrundet i, at de gav mulighed for at kunne rekruttere patienter med forskellige diagnoser herunder maligne samt kroniske, livstruende sygdomme. I perioden marts 2019 - juni 2019 deltog i alt 17 respondenter (11 patienter og seks ægtefæller) med forskellige livstruende diagnoser i studiet, se Tabel 1.

Det ulige antal respondenter skyldtes det faktum, at ikke alle patienter havde en pårørende, og ikke alle pårørende ønskede at deltage. I ét tilfælde (respondent 3) ønskede patienten ikke at deltage, men ægtefællen accepterede. Det var ikke et kriterie for studiet, at den pårørende skulle være en ægtefælle, det skulle blot være en person, som patienten havde en tæt relation til. Denne person blev udpeget af patienten. Det var derfor en tilfældighed, at alle de deltagende pårørende var ægtefæller. Patienterne blev identificeret ved hjælp af SPICTM (Supportive and Palliative Care Indicator Tool) (27) for at sikre, at studiet inkluderede patienter, der var i en palliativ fase i deres sygdomsforløb. Vi var klar over, at patienterne og deres pårørende muligvis ikke havde talt med de sundhedsprofessionelle om døden under deres indlæggelse, da ikke alle tilbydes en EOL-samtale som beskrevet i baggrundsafsnittet. Det var ikke et kriterie at have haft denne samtale, da vores formål var at undersøge behovet for og ønsket om at tale om EOL på hospitalet (uanset erfaringer).

Identificeringen blev foretaget af en sygeplejerske, som var trænet i at bruge SPICTM i hver afdeling. For at blive inkluderet i studiet skulle mindst to af de generelle indikatorer og en af de kliniske indikatorer være opfyldt (= en positiv SPICTM). De generelle indikatorer henviser til generelt dårligt eller svækket helbred, hvorimod de kliniske indikatorer henviser til en eller flere livstruende tilstande. Den pårørende/ægtefællen blev valgt af patienten som en person, de anså som værende tæt på dem, og som muligvis også var påvirket af deres situation med at leve med en livstruende sygdom.

Patienterne og ægtefællerne blev udpeget under en hospitalsindlæggelse og blev tilbudt mulighed for at blive interviewet enten på hospitalet eller hjemme efter udskrivelse. Hvis interviewet fandt sted på hospitalet, blev der anvendt et aflukket rum for at

kunne sikre anonymitet og fortrolighed. Hvis hjemmet blev foretrukket, aftalte sygeplejersken (eller forskeren) et egnet tidspunkt.

Fire sygeplejersker, (tre fra den medicinske afdeling og en fra den kirurgiske afdeling) blev undervist af førsteforfatter i at gennemføre interview. Sygeplejerskerne var ikke direkte involveret i behandlingen af patienterne, de interviewede. Når de gennemførte interviewene, bar de deres eget tøj (ikke en uniform) for at signalere, at interviewet ikke var en del af og ikke ville påvirke deres behandling på hospitalet. Sygeplejerskerne og forskeren (førsteforfatter, som var en erfaren interviewer og også uddannet sygeplejerske) gennemførte mellem to og fire interview hver, og forskeren fungerede som vejleder for sygeplejerskerne. Det var de uddannede forskeres (forfatterens) opgave at sikre, at COREQ-retningslinjerne blev fulgt (28). Dette betød, at det var deres opgave at sikre den videnskabelige kvalitet af studiet.

Interviewerne guidede interviewet ved at fokusere åbent på patienternes livssituation, deres tanker om og ønsker for deres liv samt deres erfaringer med at tale om EOL (hvis dette blev taget op af respondenterne). Alle interview begyndte med et åbent spørgsmål: "Er det ok, hvis vi taler om dit (og din ægtefælles) liv med en alvorlig sygdom - kan du fortælle mig, hvad det har betydet/betyder at leve med denne sygdom?"

Efterfølgende var der spørgsmål, såsom "Hvilke tanker har du haft om fremtiden?", "Hvad er vigtigt for dig at tale med sundhedspersonen om, når du (din ægtefælle) er indlagt?" og (hvis det tages op) "Hvilke tanker har du haft om de sidste dage i dit (din ægtefælles) liv?", "Hvad giver dig mening og håb?" og "Hvem foretrækker du at tale med om dette?"

Interviewene blev styret af opfølgende spørgsmål som "Kan du fortælle mig mere?" og "Hvad betød det for dig?" for yderligere at uddybe de beretninger og situationer, der blev beskrevet af respondenterne.

Interviewene blev optaget og efterfølgende transkriberet ordret og varede mellem 23 og 56 minutter (i gennemsnit 40 minutter).

Analyse

Analysen af interviewene fulgte Creswells femtrins dataanalyse for kvalitativ undersøgelse (26), se Tabel 2. Analysen blev ledet af førsteforfatter, som har tidligere erfaring i kvalitativ forskning og i palliativ indsats. Resultaterne blev diskuteret blandt alle forfattere (alle uddannede forskere) samt sygeplejerskerne fra afdelingerne, som deltog i forskningsprocessen. Analysen forløb fra en indledende læsning af alle transkriptioner af interviewene over organisering og søgning efter temaer og mønstre til

Tabel 1. Respondenter

Respondent Patient (P) Ægtefælle (Æ)	Køn	Alder	Diagnose	Ægteskabelig stilling	Interviewsted (hjem eller hospital)
1 (P)	K	60-69	Levercirrose	Bor alene	Hospital
2 (P)	M	40-49	Levercirrose	Bor alene	Hospital
3 (Æ)	M	50-59	Pankreascancer (kone)	Gift	Hospital
4 (P)	M	50-59	Levercirrose	Bor sammen med kæreste	Hospital
5 (P)	K	70-79	KOL	Gift	Hjemme
6 (Æ) til 5	M	70-79	KOL (kone)	Gift	Hjemme
7 (Æ) til 8	K	60-69	Nyresvigt (dialyse) (mand)	Gift	Hjemme
8 (P)	M	60-69	Nyresvigt (dialyse)	Gift	Hjemme
9 (P)	K	80-89	Leukæmi (dialyse)	Gift	Hjemme
10 (Æ) til 9	M	80-89	Leukæmi (kone)	Gift	Hjemme
11 (P)	M	70-79	Nyresvigt (dialyse)	Gift	Hjemme
12 (P)	M	70-79	Hjertesvigt	Gift	Hjemme
13 (Æ) til 12	K	60-69	Hjertesvigt (mand)	Gift	Hjemme
14 (P)	M	60-69	Cancer (colon)	Enlig	Hospital
15 (P)	K	70-79	Cancer (lunge)	Gift	Hospital
16 (P)	M	60-69	Hjertesvigt	Gift	Hjemme
17 (Æ) til 16	K	60-69	Hjertesvigt (mand)	Gift	Hjemme

Tabel 2. Trin i dataanalyse (Creswell 2018)

Behandling og organisering af data	Transskriptionerne af interviewene blev udskrevet for hver deltager, og dataene blev opbevaret sikkert i et låst rum. Analysemetoden blev valgt og blev først udført i hånden og dernæst indført i et Word-dokument.
Læsning og notering af opdykkende idéer	Alle transskriptioner blev læst adskillige gange af førsteforfatter for at opnå en fornemmelse af interviewet som en helhed. Indledende tanker og koder blev skrevet i marginerne af transskriptionerne.
Beskrivelse og klassificering af koder i temaer	En søgning efter mønstre blev indledt. De indledende koder blev klassificeret i temaer og relateret til studiets formål (forskningsspørgsmålet). Dette blev udført ved at fokusere på både unikke og tilbagevendende temaer på tværs af interviewene.
Udvikling og vurderende tolkninger	Betydningen af hvert interview/hver beretning blev identificeret, og selv om hvert interview var unikt, var der tilbagevendende temaer. Koderne blev tolket og diskuteret af forfatterne.
Præsentation og visualisering af dataene	Betydningen af interviewene præsenteres i resultatets afsnit (Resultater). Citater fra respondenter bliver præsenteret i dette afsnit for at illustrere temaerne og gøre det muligt for læseren at vurdere overførbarehed.



identificering af betydningen af hvert interview samt på tværs af alle beretninger i forhold til formålet med studiet.

Etiske overvejelser

Studiet er godkendt og registreret af Datatilsynet (REG-163-2017), og lagringen af data blev fulgt i overensstemmelse hermed. Endvidere blev Helsinki-deklarationen fulgt, og respondenterne blev informeret både mundtligt og skriftligt om projektet og deres deltagelse. De blev garanteret anonymitet og fortrolighed, og de gav deres samtykke, da interviewet var arrangeret og igen før interviewet startede.

Da respondenterne blev rekrutteret, var de i en sårbar tilstand, idet patienterne var indlagt som følge af svækkelse og/eller akut sygdom. Intervieweren og sundhedspersonalet i den enkelte afdeling arbejdede sammen om at finde det rigtige tidspunkt til at informere patienten. Det vil sige, når de ikke var akut dårlige (akut svækkede). Det er vigtigt at bemærke, at patienterne muligvis ikke havde haft en samtale om EOL på hospitalet. Dette betød, at respondenterne muligvis ikke havde talt om deres sygdom som livstruende eller om at få brug for palliativ behandling. Det blev derfor betragtet som uetisk, hvis det blev afsløret under interviewene, at patienten var blevet identificeret som en patient med behov for palliativ behandling (ved identificering ved hjælp af SPICTM). Intervieweren nævnte derfor ikke ordene "livstruende", "død" eller "døende", medmindre de blev nævnt af patienten og ægtefællen.

R

Resultater

Der blev identificeret to temaer under analysen, som omhandlede, hvordan respondenterne ønskede at tale om EOL på hospitalet. Det første tema beskriver respondenternes refleksioner om liv, død, håb og

det at dø og ønsket om at tale om dette generelt. Andet tema beskriver respondentens ønske til samtale om EOL på hospitalet, og hvordan de ser de sundhedsprofessionelles rolle i denne forbindelse.

Tema 1: *Livets afslutning som en individuel sag – refleksioner om død og det at dø, når man lever med en livstruende sygdom*

Både patienternes og deres ægtefællers liv var mærket af deres sygdom. Respondenterne gav udtryk for, hvor forskellige deres liv var sammenlignet med før sygdommens indtræden. Tabet af arbejde, venner og fysiske evner var frustrerende for respondenterne. Det generelle behov for og ønske om både at tale om

og tænke på EOL var sekundært for patienterne. Den negative indvirkning, sygdommen havde på deres hverdag, tog al fokus. Respondenterne var bekymrede ved udsigten til at blive afhængige af andre ved forværring af sygdommen. Tanken om at blive afhængig af andre overskyggede alle andre tanker for patienterne, og de beskrev, hvordan de hellere ville dø end ende i en sådan situation. Beretninger om frygt for afhængighed af andre var et gennemgribende tema, når der blev talt om progressionen af sygdommen.

Interviewer: "Når du siger "meget værre", hvad mener du så med det?"

"... så vil jeg sgu hellere vælte om og være død.

Man skal være afhængig af en masse mennesker." (Patient - Respondent 12)

"Jeg har besluttet, at hvis mit liv bliver et helvede, så vil jeg hellere slet ikke være her." (Patient - Respondent 16).

Selv om de primære bekymringer for respondenterne drejede sig om dagligdagen med en livstruende sygdom, blev der også talt om deres ønsker og behov for EOL-samtaler. Der var imidlertid en stor variation i disse blandt respondenterne. Det var en individuel sag, som strakte sig i spektret fra ikke at ønske at tale om eller tænke på EOL overhovedet til at ønske at planlægge EOL i detaljer.

I den ene ende af spektret var de respondenter, som havde mange overvejelser om død og det at dø, og som også havde diskuteret disse med deres ægtefæller og andre pårørende. De havde planlagt alting på en måde, som ville drage omsorg for de efterladte, når patienterne ikke selv længere var i stand til at gøre det:

"Det vigtigste for mig er, at min datter, når jeg ikke længere er her, vil skulle klare sig selv. Det er svært at acceptere, at jeg ikke vil være her og ikke længere vil kunne hjælpe." (Patient - Respondent 4)

For denne gruppe af patienter (som ønskede at tale om EOL) involverede det også beslutningstagning vedrørende testamente og en sikring af, at deres pårørende var økonomisk sikret, samt en beslutning om fravalg af genoplivning. For nogle også en detaljeret planlægning af, hvordan de ønskede at forlade denne verden, herunder valg af kiste eller planlægning af tiden, når de var døde.

Som det andet ekstrem ønskede respondenterne ikke at bruge tid på at tænke på og bekymre sig om EOL:

"... men når den dag kommer, og det gør den, skal man sige farvel ... men det vil jeg ikke bruge mit liv på at spekulere over." (Patient - Respondent 9)

En distanceret måde at forholde sig til EOL blev også udtrykt ved at forholde sig optimistisk og acceptere vilkåret - at få så meget ud af resten af deres liv som muligt:

“Man skal forsøge at være en smule positiv, det nytter ikke at sidde i et hjørne og tude, det hjælper ikke. Det ændrer ingenting. Jeg mener, man skal blive ved med at være positiv og fokusere på de gode ting.” (Ægtefælle - Respondent 7)

Nogle patienter var ikke på samme niveau som deres ægtefælle i forhold til behovet for at tale om EOL. Et par havde f.eks. meget forskellige tilgange til det at tale om døden og det at dø. Patienten (en mand) var meget åben og havde en religiøs tilgang til, hvor han ville komme hen efter døden, hvori mod hans kone ikke ønskede at tale om dette emne med ham:

“... min kone tænker ikke så meget på det. Hun stikker hovedet i busken og håber på, det vil gå over. Men det gør det altså ikke.” (Patient - Respondent 16)

Denne forskel gav anledning til udfordringer, da det efterlod patienten isoleret med sit ønske om at tale om EOL.

Begrebet håb blev nævnt adskillige gange af respondenterne. Håb blev udtrykt som det at have noget at se frem til - noget, der kunne ske i fremtiden, når patienterne måske ville være i en bedre fysisk tilstand. Det blev beskrevet på forskellige måder, idet nogle håbede på en reel helbredelse og overlevelse, mens andre håbede, at deres fysiske tilstand og energiniveau ville forbedres, så det kunne muliggøre, at de deltog i flere aktiviteter:

“Jeg er helt klar over, at hun lige nu er uhelbredeligt syg, men det eneste, man kan gøre, er at holde hende i live ... og håbe, at de en dag finder en eller anden type helbredelse, er det ikke rigtigt?” (Ægtefælle - Respondent 3)

“Når jeg får det bedre vil jeg købe en lille motorbåd, så vil jeg tage ud og fange nogle torsk og sådan og hygge mig ...bare nyde livet.” (Patient - Respondent 14)

Nogle gav også udtryk for, at de fandt trøst og håb ved, at lægerne fortsatte med at tilbyde behandling:

“Der er nogen, der siger ... så længe dit hjerte slår, kan vi behandle dig, og det er virkelig beroligende.” (Patient - Respondent 3)

Dette tema viste, at der eksisterede et bredt spektrum i respondenternes måde at tænke på og tale om EOL. Dette spektrum fandt vi eksisterede både hos patienter og deres ægtefæller.

Tema 2: At balancere mellem grænseoverskridende og overfladisk kommunikation - forventninger til samtalen om livets afslutning med de sundhedsprofessionelle

Det brede spektrum blandt respondenterne, der er beskrevet i tema 1, var også tilfældet i forhold til respondenternes ønsker til at tale om EOL med de sundhedsprofessionelle på hospitalet. For nogle var det en følsom og personlig sag, som de begrænsede til at tage op med familie og venner, snarere end noget de forventede, der blev talt om på hospitalet. I den anden ende af spektret var respondenter, der forventede, at de sundhedsprofessionelle var i stand til at tale om EOL:

“... Jeg forventer, at personalet kan tale om alt ... de helt unge har ingen problemer med at tale om det.” (Patient - Respondent 4)

I kontrast til dette udtrykte nogle respondenter, at de sundhedsprofessionelle overskred en grænse, hvis de talte om EOL på hospitalet:

“... hun var indlagt her før jul pga. hun havde en infektion i sin tarm, hvor han (lægen) siger til hende: “Har du egentlig tænkt på, hvad du vil med din begravelse?” ... Det er da unødvendigt, tænker jeg, og jeg blev sgu sur ... men det kan de da slet ikke forstå ... så jeg tænker bare, der mangler noget etik i alt det her her.” (Ægtefælle - Respondent 3)

Der blev opfordret til en mere etisk tilgang fra de sundhedsprofessionelle, og respondenterne udtrykte et ønske om, at læger og sygeplejersker viste større følsomhed i forhold til det at tale om EOL. Et andet eksempel drejede sig om, hvor det faktiske fysiske møde om EOL-spørgsmål kunne foregå, og som var grænseoverskridende:

“Samtalen, jeg havde med en af lægerne, foregik ude på gangen. Han gav hende tre måneder at leve i, herefter ændrede han det til seks, hvorefter han sagde, at hun godt kunne have et år tilbage. Herefter kunne han ikke sige mere og løb ind på kontoret.” (Ægtefælle - Respondent 3)

Desuden nævnte adskillige respondenter, at en samtale om EOL ikke var noget, der skulle foregå, når patienterne var alene. Respondenterne foretrak at have familie med, når der skulle tales om følsomme emner. Når respondenterne skulle forholde sig til prognoser, var det at dø, hverken noget patienterne anså for sandsynligt ville ske snart, eller noget de ønskede at tale om:

“Jeg har ikke brug for det, og jeg føler, at hvis jeg får en dato ... hvis man siger, der er et halvt år tilbage, så tæller man bare dagene ned, og det mener jeg ikke, der er nogen grund til.” (Patient - Respondent 8)



Begreberne tillid og "kemi" i forholdet til de sundhedsprofessionelle blev nævnt af adskillige respondenter. De karakteriserede for det meste de sundhedsprofessionelle som rare og velmenende, men havde også en opfattelse af, at de ikke havde tid til at tale om EOL. Rollefordelingen i samtalen (som det at være patient og en sygeplejerske på arbejde) blev af nogle beskrevet som en barriere for at tale om følsomme emner:

"... De svære ting er privaten. Jeg kender sygeplejerskerne fra tre ugentlige møder. Men for det første har de deres læs at trække, og for det andet kan det jo være svært, at de siger: "nå, det var det." Og så har de fyraften. Og det ville de problemer jeg har være for betydningsfulde til, at det er et menneske, der bare sådan går." (Patient - Respondent 11)

Forholdet til den enkelte sundhedsperson blev anset for afgørende for etableringen af tillid, men det, der blev forventet af de sundhedsprofessionelle, var forbundet med medicin og behandling. Det blev ikke forventet, at eksistentielle og følelsesmæssige emner blev taget op. Andre følte, at følsomme emner som døden og det at dø ikke var noget, som de sundhedsprofessionelle selv havde det godt med at tale om.

"Lægerne og sygeplejerskerne de snakker jo ikke så meget om ens personlige forhold ... det er mere det håndgribelige i forhold til sygdom, og hvad kan du gøre for at forbedre, og hvad kan du ikke gøre, og hvilke muligheder er der og hvordan og hvorledes ... der er ingen læge eller sygeplejerske, som spørger ind til de ting overhovedet, det må du selv bokse med." (Patient - Respondent 16)

En nævner, at det føltes som om, de sundhedsprofessionelle kun tog overfladiske ting vedrørende sygdommen op:

"Jeg synes, de gør et godt gedigent arbejde, og så alligevel så er det ikke altid, at de sådan lige fanger, hvad man snakker om ... det er mere sådan, at de kommer med medicin. De kommer med mad, de kommer med dit, og de kommer med dat ... på den måde, så bliver det sådan lidt overfladisk." (Patient - Respondent 12)

Sammenfattet viser fundene, at der eksisterer stor diversitet i forhold til ønsker og behov for at tale om EOL, og dette gælder også på hospitalet. En livstruende sygdom fremstilles som at være altindgribende i dagligdagen, og det dominerende fokus var håb om at genvinde en bedre fysisk tilstand. Forringelsen af den fysiske funktion havde derfor alvorlige konsekvenser for respondenternes liv, og et ønske om at "få det bedre" var meget fremherskende. Det så ud til, at ønsket om at tale om EOL på hospitalet var

defineret af dette. Respondenterne beskrev, hvordan forholdet til de sundhedsprofessionelle på hospitalet ofte var mere professionelt end personligt.

D

Diskussion

Det at leve med en livstruende sygdom i mange år medfører mange udfordringer for patienten og dennes ægtefælle. Selv om dagligdagen syntes at have det største fokus for respondenterne i dette studie,

var der også en bevidsthed om, at sygdommen ville udvikle sig, og patienterne ville få behov for palliativ behandling på et tidspunkt. Fundene i dette studie kan derfor måske pege mod måder, hvor palliativ indsats og rehabilitering kan arbejde side om side, når EOL-spørgsmål håndteres. Rehabilitering kan understøtte og forbedre dagligdagens aktiviteter, mens den palliative behandling kan lindre symptomer, der er relateret til fysiske, psykologiske, eksistentielle og psykosociale problemer.

Koblingen mellem palliativ behandling og rehabilitering har været genstand for megen diskussion i de senere år, da mange patienter med livstruende sygdomme lever betydeligt længere. Dette gør interventioner indeholdende både rehabilitering og palliativ indsats meget relevante. En nyere dansk artikel skriver, at selv om der er strukturelle og professionelle udfordringer i koordineringen af rehabilitering og palliativ behandling, er det betydningsfuldt for patienter at få gang i begge indsatser gennem et sygdomsforløb (29).

I vores studie ønskede respondenter ikke blot en forbedret fysisk funktion, men også at få mere energi til at deltage i sociale aktiviteter. Da de fleste rehabiliteringsinterventioner for mennesker med livstruende sygdomme består af fysiske øvelser udviklet til cancerpatienter (30), er der måske brug for nye måder at tænke på integreringen af palliativ indsats og rehabilitering. Dette forstået således, at fremtidige palliative rehabiliteringstiltag skal være tilpasset de individuelle behov og ønsker hos patienterne og deres pårørende.

Dette indbefatter et øget fokus på EOL-samtaler, specifikt hvornår og hvordan emnet skal tages op. Den fine linje mellem at tilbyde og afbryde behandling viste sig også forskelligartet i vores studie. Nogle fandt håb og trøst i, at lægerne fortsatte med at tilbyde behandling (idet de håbede på helbredelse), hvorimod andre var bevidst om, at sygdommen havde et slutpunkt og ønskede at dø, før de blev yderligere svækket.

For at de sundhedsprofessionelle kan identificere, hvor patienten og dennes ægtefælle står, kræver det en vis fortrolighed med patienten, som kan opnås

gennem samtaler. Gerber et al. (31) har beskrevet, hvordan patienter og pårørende balancerer mellem ikke at vide nok og at vide for meget. Det kan skabe en følelse af usikkerhed, hvis patienterne og deres pårørende håber på helbredelse, og de sundhedsprofessionelle taler om en forestående død. Løsningen er ikke simpel, men som Gerber et al. påpeger, er samtale og beslutning om EOL en kontekstafhængig, personlig, relationel, betinget og fleksibel proces, der ikke skal begrænses til en enkelt samtale – det kræver tværfagligt samarbejde.

Ønsket om at tale om EOL varierede blandt respondenterne i vores studie. Dette er overensstemmende med et studie af Simon et al. (32), som viste, at der er uensartethed blandt ældre personer og deres pårørende i deres behov for at tale om EOL. For nogle respondenter i vores studie var det en udfordring, hvis patienten og dennes ægtefælle ikke var på samme niveau i forhold til deres ønske om at tale om EOL – en manglende EOL-samtale kunne let efterlade den ene af dem med en følelse af isolation. Det kan således være afgørende, at de sundhedsprofessionelle tager dette op og måske endog mægler mellem patienten og ægtefællen i deres forskellighed.

I vores studie syntes respondenternes ønsker om at tale om EOL-spørgsmål med de sundhedsprofessionelle på hospitalet at være en balancegang mellem overfladisk og grænseoverskridende kommunikation. Dette betyder, at der skulle findes en balance mellem at respektere ønskerne og grænserne hos individuelle patienter og ægtefæller, og samtidig tilbydes en samtale til dem, der havde brug for det, og ikke begrænse interaktionen til overfladiske emner. At favne denne diversitet og samtidig sikre et tillidsfuldt forhold i et passende fysisk rum stiller store krav til de sundhedsprofessionelle. Denne balancegang er beskrevet som gjort af Simon et al. (33) som "Ikke endnu" og "Bare spørg".

Faktorer som timing, sted og forholdet til de sundhedsprofessionelle er afgørende, når der skal tales om EOL. Det, vi så i vores studie, var, at EOL-samtaler tilbydes på, hvad man kan kalde "systemets præmisser". Dette betyder, at samtalerne blev tilbudt, hvor og når det passede de sundhedsprofessionelle, i stedet for at blive organiseret efter behovene hos patienterne og deres ægtefæller. Dette resulterede i, som nogle respondenter beskrev det, grænseoverskridende, at de følte, at de skulle tale om EOL på en hospitalsgang, eller når lægen lige havde tid. Respondenterne følte, at patienten skulle have en pårørende med. Vores studie viste, at det, der forventedes af de sundhedsprofessionelle, var forbundet med sygdommen og dens behandling, snarere end EOL-samtalen.

En nyere artikel (34) indikerer, at brugen af personlige beretninger kan lindre den psykosociale

og eksistentielle smerte på hospitalet, men at der er brug for fleksible indsatser tilpasset både kontekst og individuelle behov. Fundene fra dette studie viser, at de sundhedsprofessionelle skal håndtere EOL-spørgsmål på en anden måde – en måde, der favner patientens parathed på det pågældende tidspunkt og er følsom over for det faktum, at patienterne og deres ægtefæller muligvis ikke er på samme niveau. Dette understøtter studier blandt hjemmesygeplejersker (35), som fremhæver, at selv om det er vigtigt at indlede EOL-samtaler, er det også vigtigt at være følsom over for diversiteten i meninger og timingen af disse samtaler. Værktøjer som ACP kan være for skematiske til nogle scenarier og er måske ikke i stand til at tage hensyn til ønskerne hos de enkelte patienter og deres pårørende (36). ACP er imidlertid en systematisk måde at tage EOL-samtaler op på, som er afgørende for at sikre, at alle patienter får tilbudt muligheden for at udtrykke deres EOL-ønsker. Et andet eksempel er planlægningsdelen af SPICITTM, redskabet, som blev anvendt til at identificere respondenterne i vores studie. Selv om SPICITTM ikke er et samtaleværktøj, inddrager det en planlægningsdel, der lyder: "Aftal en aktuel og fremtidig behandlingsplan med personen og dennes familie" (37). På baggrund af fundene i vores studie er det yderst vigtigt, at denne behandlingsplan styres af patienternes og ægtefællernes synspunkter. Den skal indledes af uddannede sundhedsprofessionelle, som kan mestre balancen mellem overfladisk og grænseoverskridende kommunikation, mens de samtidig favner de forskellige ønsker til samtalen om EOL.

Styrker og begrænsninger

Begrænsningerne i dette studie indbefatter til dels, at der er flere interviewere (herunder sygeplejersker som interviewere) og til dels timingen af interviewene. For det første inkluderede dette studie fem interviewere i alt. Selv om sygeplejerskerne var fuldt uddannede i at gennemføre interviews, kan deres manglende forskningsmæssige uddannelse have resulteret i forskellige tilgange under interviewene. Den første forfatter vejledte dem dog gennem hele processen og sikrede, at studiet fulgte COREQ-retningslinjerne (28). Ud fra vores perspektiv er inklusionen af sygeplejersker, som arbejder i klinisk praksis, også en styrke for dette studie, da denne tilgang blev valgt for at koble klinisk praksis og forskning. Sygeplejerskerne fik indsigt i patienternes og de pårørendes liv ved at træde ud af deres rolle som sygeplejersker og gennemføre interview. Dette betød, at de udviklede et nyt perspektiv til at tale med patienter om EOL.

Vi er bevidst om, at det faktum, at det var sygeplejersker, der gennemførte interviewene, kan have ført til en svarbias forstået således, at da sygeplejersker repræsenterer hospitalet, kan de have påvirket





respondenternes svar som følge af en magt-ubalance. Vores oplevelse var dog helt den modsatte. Respondenterne var tilfredse og trygge ved det faktum, at sygeplejerskerne var bekendt med hospitalssystemet og havde et vist kendskab til sygdomme.

For det andet blev patienterne og ægtefællerne kontaktede på hospitalet under en forværring af sygdommen. Dette kan have betydet, at patienterne og ægtefællerne var optaget af tilbagefaldet, der lige havde fundet sted, og at dette således optog en masse af interviewtiden. Spørgsmålet om, hvorvidt denne begrænsning kunne være undgået ved at vente længere tid med at interviewe, er vanskelig at besvare. Det faktum, at de har haft sygdommen i mange år, og at den funktionelle tilbagegang har stået på over en længere periode, kan understøtte den tanke, at det ikke ville have gjort den store forskel. Desuden skal det bemærkes, at vi ikke fandt nogen forskel i svarene fra deltagere, der blev interviewet hjemme versus på hospitalet.

K Konklusion

Dette studie viser, at ønsker vedrørende samtaler om EOL er en personlig og individuel sag for patienter og ægtefæller. Det at leve med en livstruende sygdom er udfordrende, da faldende funktionsniveau har

store konsekvenser for dagligdagen: frygten for yderligere svækkelse optog respondenternes tanker i højere grad end EOL. Der er dog en stor diversitet i respondenters ønsker vedrørende EOL-samtaler, og

dette fremgår også af deres ønsker i forhold til at deltage i EOL-samtaler med de sundhedsprofessionelle. Ønsker og behov befandt sig i et bredt spektrum fra ikke at ønske at tænke på eller tale om EOL og føle, at sundhedsprofessionelle var grænseoverskridende, hvis de tog det op, til et ønske om at tale om og planlægge EOL i detaljer med en forventning om, at de sundhedsprofessionelle engagerer sig i det.

Vores studie fremhæver behovet for individualiserede samtaleværktøjer, der kan favne denne diversitet og sikre, at alle patienter systematisk tilbydes muligheden for at tale om EOL på hospitalet – uden at de tvinges til at gøre det. ●

Læs også:

Tema i Sygeplejersken nr. 13/2019: "Den svære, men nødvendige samtale"

Trialog i Fag&Forskning nr. 3/2020: "En værdig død hjemme kræver en velforberedt indsats"

Referencer

1. Bone AE, Gomes B, Etkind SN, Verne J, Murtagh FE, Evans CJ, et al. What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. *Palliat Med* [Internet]. 2018 Feb 10;32(2):329-36. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216317734435>
2. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med* [Internet]. 2009 Mar 9;169(5):480-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19273778>
3. Travers A, Taylor V. What are the barriers to initiating end-of-life conversations with patients in the last year of life? *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2016 Sep 2;22(9):454-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27666307>
4. Gramling R, Ingersoll LT, Anderson W, Priest J, Berns S, Cheung K, et al. End-of-Life Preferences, Length-of-Life Conversations, and Hospice Enrollment in Palliative Care: A Direct Observation Cohort Study among People with Advanced Cancer. *J Palliat Med* [Internet]. 2018 Dec 8; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30526222>
5. Neergaard MA, Skorstengaard MH, Brogaard T, Bendstrup E, Løkke A, Aagaard S, et al. Ad-

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, forfattere har angivet.

vance care planning and longer survival in the terminally ill: a randomised controlled trial unexpected finding. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2019 Dec 10; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31822479> **6**. Jarlbaek L, Timm H, Gott M, Clark D. A population-based study of patients in Danish hospitals who are in their last year of life. *Dan Med J* [Internet]. 2019 Dec;66(12). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31791479> **7**. Abdul-Razzak A, Sherifali D, You J, Simon J, Brazil K. "Talk to me": a mixed methods study on preferred physician behaviours during end-of-life communication from the patient perspective. *Health Expect* [Internet]. 2016;19(4):883-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26176292> **8**. Williams S, Hwang K, Watt J, Batchelor F, Gerber K, Hayes B, et al. How are older people's care preferences documented towards the end of life? *Collegian* [Internet]. 2020 Jun;27(3):313-8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S132276961930232X> **9**. Heyland DK, Barwich D, Pichora D, Dodek P, Lamontagne F, You JJ, et al. Failure to Engage Hospitalized Elderly Patients and Their Families in Advance Care Planning. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2013 May 13 [cited 2019 Mar 6];173(9):778. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23545563> **10**. Galushko M, Romotzky V, Voltz R. Challenges in end-of-life communication. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2012 Sep;6(3):355-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2871981> **11**. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Walder S, Butow PN, Carrick S, et al. Discrepant perceptions about end-of-life communication: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2007 Aug;34(2):190-200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17544247> **12**. Coulourides Kogan A, Penido M, Enguidanos S. Does Disclosure of Terminal Prognosis Mean Losing Hope? Insights from Exploring Patient Perspectives on Their Experience of Palliative Care Consultations. *J Palliat Med* [Internet]. 2015 Dec;18(12):1019-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26288098> **13**. Carlucci A, Vitacca M, Malovini A, Pierucci P, Guerrieri A, Barbano L, et al. End-of-Life Discussion, Patient Understanding and Determinants of Preferences in Very Severe COPD Patients: A Multicentric Study. *COPD* [Internet]. 2016;13(5):632-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27027671> **14**. Mack JW, Cronin A, Taback N, Huskamp HA, Keating NL, Malin JL, et al. End-of-life care discussions among patients with advanced cancer: a cohort study. *Ann Intern Med* [Internet]. 2012 Feb 7;156(3):204-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22312140> **15**. Anderson WG, Kools S, Lyndon A. Dancing around death: hospitalist-patient communication about serious illness. *Qual Health Res* [Internet]. 2013 Jan;23(1):3-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23034778> **16**. Sullivan AM, Lakoma MD, Matsuyama RK, Rosenblatt L, Arnold RM, Block SD. Diagnosing and discussing imminent death in the hospital: a secondary analysis of physician interviews. *J Palliat Med* [Internet]. 2007 Aug;10(4):882-93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17803409> **17**. Meier EA, Gallegos J V, Thomas LPM, Depp CA, Irwin SA, Jeste D V. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2016 Apr;24(4):261-71. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S106474811600138X> **18**. Preisler M, Rohrmoser A, Gøerling U, Kendel F, Bär K, Riemer M, et al. Early palliative care for those who care: A qualitative exploration of cancer caregivers' information needs during hospital stays. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2019 Mar;28(2):e12990. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30623515> **19**. Fahner JC, Beunders AJM, van der Heide A, Rietjens JAC, Vanderschuren MM, van Delden JJM, et al. Interventions Guiding Advance Care Planning Conversations: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2018 Nov 22; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30471947> **20**. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* [Internet]. 2014 Sep;28(8):1000-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24651708> **21**. Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2016 Apr;17(4):284-93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861015007768> **22**. Skorstengaard MH, Grønvold M, Jensen AB, Johnsen AT, Brogaard T, Christensen CA, et al. [Care and treatment can be planned in advance with advance care planning]. *Ugeskr Laeger* [Internet]. 2017 Feb 13;179(7). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28397675> **23**. Bergholtz H, Timm HU, Missel M. Talking about end of life in general palliative care - what's going on? A qualitative study on end-of-life conversations in an acute care hospital in Denmark. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2019 Jul 25;18(1):62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31345196> **24**. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Klar til samtalen (Ready for the conversation) [Internet]. 2019. Available from: https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2019/05/klartil samtale_rapport4_hyperlinks_v2.pdf **25**. Jørgensen H. Etiske overvejelser om selvbestemmelse og palliation ved livets afslutning. 2016. **26**. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Vol. 3rd. London: SAGE Publications Inc.; 2013. **27**. Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2014 Sep;4(3):285-90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24644193> **28**. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care* [Internet]. 2007 Dec;19(6):349-57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937> **29**. Timm H, Vibe-Petersen J, Thuesen J. [Coordinating rehabilitation and palliative care]. *Ugeskr Laeger* [Internet]. 2018 Feb 12;180(7). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29465032> **30**. Wittry SA, Lam N-Y, McNalley T. The Value of Rehabilitation Medicine for Patients Receiving Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2018 Jun;35(6):889-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29179573> **31**. Gerber K, Hayes B, Bryant C. 'It all depends!': A qualitative study of preferences for place of care and place of death in terminally ill patients and their family caregivers. *Palliat Med* [Internet]. 2019 Jul 3;33(7):802-11. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216319845794> **32**. Clarke A, Seymour J. "At the Foot of a Very Long Ladder": Discussing the End of Life with Older People and Informal Caregivers. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010 Dec;40(6):857-69. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392410005245> **33**. Simon J, Porterfield P, Bouchal SR, Heyland D. "Not yet" and "Just ask": barriers and facilitators to advance care planning--a qualitative descriptive study of the perspectives of seriously ill, older patients and their families. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2015 Mar;5(1):54-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24644192> **34**. Roikjær SG, Missel M, Bergholtz HM, Schönau MN, Timm HU. The use of personal narratives in hospital-based palliative care interventions: An integrative literature review. *Palliat Med* [Internet]. 2019 Aug 1;269216319866651. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31368845> **35**. Gjerberg E, Lillemoen L, Førde R, Pedersen R. End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes--experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatr* [Internet]. 2015 Aug 19;15:103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26286070> **36**. Andreassen P, Neergaard MA, Brogaard T, Skorstengaard MH, Jensen AB. The diverse impact of advance care planning: a long-term follow-up study on patients' and relatives' experiences. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2015 Sep 30; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26424073> **37**. The University of Edinburgh. *SPICT* [Internet]. 2017. Available from: www.spict.org.uk



The Journal Club

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

DENNE GANG KAN DU LÆSE OM

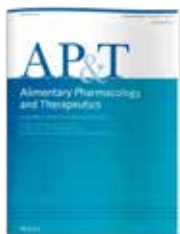
- Vitamintilskud:** Kronisk træthed hos patienter med inflammatorisk tarm sygdom kan modvirkes ved tilskud af højdosis B1-vitamin.
- Ernæring:** Patienter med KOL oplever, at ingen sundhedsprofessionelle føler ansvar for deres ernæring.
- Omsorg:** Nedprioritering af omsorg som værdi i sygeplejerskepraksis ser ud til at åbne op for, at sygeplejersker kan indtage nogle af lægens tidligere roller som behandler, organisationsleder og forsker.

VIL DIN JOURNAL CLUB BIDRAGE?

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

Højdosis B1-vitamin kan modvirke kronisk træthed hos patienter med inflammatorisk tarmsygdom

Vitamintilskud. Kronisk træthed, også kaldet fatigue, er et udbredt problem hos patienter med Morbus Crohn og Colitis Ulcerosa. Et randomiseret, dobbeltblindet, crossover design anviser en ny behandling.



Bager P, Hvas CL, Rud CL, Dahlerup JF.

Randomised clinical trial: high-dose oral thiamine versus placebo for chronic fatigue in patients with quiescent inflammatory bowel disease.

Aliment Pharmacol Ther. 2020;00:1-8.

Introduktion. Et forskerhold fra Aarhus Universitetshospital og Aarhus Universitet har i et randomiseret klinisk kontrolleret studie påvist en effekt af fire ugers behandling med højdosis B1-vitamin på svær kronisk træthed hos patienter med inflammatorisk tarmsygdom.

Kronisk træthed, også kaldet fatigue, er et udbredt problem hos patienter med inflammatorisk tarmsygdom. 15 - 54 pct. af patienter med inflammatorisk sygdom i rolig fase oplever den altopslugende kropslige og mentale træthed, som er væsentligt voldsommere end almindelig træthed og påvirker livskvaliteten betydeligt.

Metode. Studiet inkluderede 40 patienter med inflammatoriske tarmsygdom i rolig fase og med svær træthed i mere end seks måneder. Halvdelen af de inkluderede patienter havde Morbus Crohn og den anden halvdel Colitis Ulcerosa, og der var ingen oplagte forklaringer på deres træthed.

Til at undersøge effekten af B1-vitamin på fatigue anvendte studiet et randomiseret, dobbeltblindet, crossover-design. Det vil sige, at deltagerne ved lodtrækning blev inddelt i to grupper, at de ikke vidste, hvornår de fik B1-vitamin, samt at de agerede egen kontrolgruppe.

Gruppe 1 fik B1-vitamintabletter i fire uger, mens gruppe 2 startede med placebo-tabletter. Efter fire ugers pause fik deltagerne den modsatte behandling i fire uger.

Målet for studiet var at reducere deltagernes selvrapporterede træthed efter fire ugers behandling med B1-vitamin, som blev målt på IBD-F (Inflammatory Bowel Disease-Fatigue Questionnaire). Skalaen er valideret i en dansk kontekst, og desto højere score desto større grad af fatigue og/eller påvirkning af fatigue.

Resultat. Effekten af behandling med B1-vitamin var ikke kun statistisk signifikant, men i den grad også klinisk signifikant når den blev sammenlignet med placebo.

Resultatet var en gennemsnitlig reduktion på 4,5 point på IBD-F-skalaen, og i alt 45 pct. af deltagerne opnåede et normalt træthedsniveau efter fire ugers behandling med B1-vitamin.

Diskussion. Bager et al. står igen bag et banebrydende arbejde, denne gang med et studie med stort potentiale for patienter med inflammatorisk sygdom og svær kronisk træthed. Ikke blot er der tale om en behandling med ganske få eller ingen bivirkninger, men der er også tale om en behandling, som har stor betydning for denne gruppe patienters livskvalitet og dagligdag og er et værdifuldt bidrag til behandlingen af både denne gruppe og evt. andre lignende gruppers fatigue. ●

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

Ingen føler ansvar for måltiderne hos patienten med KOL

Ernæring. Et studie udforsker patienternes oplevelser af og praksis relateret til måltidsudfordringer i stabile og ustabile faser af KOL.



Sørensen D, Wieghorst AR, Elbek JA, Mousing CA. **Mealtime challenges in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Who is responsible?** J Clin Nurs. 2020;29(23-4):4583-93. <https://doi.org/10.1111/jocn.15491>

Sundhedspersonale er uddannet til at identificere ernæringsbehov, servere maden, overvåge ernæringsstatus, motivere patienterne og sikre, at patienterne har tilstrækkelig viden til at forhindre dem i at blive undervægtige, men forfatterne konkluderer, at det ikke sker. Patienternes udfordringer med måltiderne er enorme, og de ser ud til at stå alene med disse udfordringer.

Introduktion. Undervægt og utilsigtet vægttab hos patienter med KOL er velkendt og udbredt i hele verden. Det forlænger hospitalsophold, nedsætter livskvaliteten for patienten og øger mortaliteten. Formålet med studiet var derfor at udforske patienternes oplevelser af og praksis relateret til måltidsudfordringer i stabile og ustabile faser af KOL.

Metode. 15 danske patienter med KOL i alderen 62-90 blev observeret og interviewet i eget hjem og/eller hospitalsafdeling med den etnografiske go-along-metode i forbindelse med selve måltidet, men også i tiden før (f.eks. indkøb) og efter.

Resultater: Fraværet af ansvar fra de professionelle viste sig som hovedproblemet. Dataanalysen gav fem temaer:

Spisetid: Måltidet handler om "opfedning" og er ikke en længere behagelig social situation.

Ingens ansvar: Patientens viden om madens betydning blev ikke undersøgt, og at maden var uspiset, blev der ikke fulgt op på. Flere forskellige professionelle var involveret i hvert måltid uden tydelig ansvarsfordeling.

Reduceret udvalg af mad: Patientens præferencer blev ofte ikke hørt, og mad blev ikke spist, når konsistens eller smag fjernede appetitten.

Ikke besværet værd: Fysiologiske udfordringer førte til, at patienter revurderede fordelene ved at spise og konkluderede, at det ikke var umagen værd.

Usagte ting: Desuden var patienter tøvende med at kommunikere deres behov, hvilket efterlod en række usagte udfordringer uløste.

Diskussion. Go-along-metoden er ikke ofte anvendt, men viste sig velegnet til at afdække området. Fundene korrelerer med andre studiers fund.

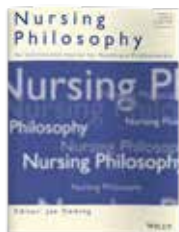
Anbefalinger for praksis. Opmærksomhed på hele måltidet inkl. omgivelserne. Grundig dataindsamling vedr. patientens præferencer. Samme professionelle tilrettelægger, serverer og afrydder måltidet.

Kommentar. Vægttab hos patienter med KOL forværrer deres situation dag for dag. I 1861 publicerede Florence Nightingale *Directions for Cooking by Troops in Camp and Hospital* med anvisninger til, hvordan ernæring kan afhjælpe forværring af sygdom og død. Ingen kommer i dag igennem uddannelsen til sygeplejerske uden at få kendskab til måltidets betydning. Studiet her viser, at opmærksomheden tilsyneladende forsvinder, når det drejer sig om KOL-patienter, men studiet afdækker ikke hvorfor. ●

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

Nedprioritering af omsorg skaber nye karriereveje

Omsorg. En situationsorienteret og en sygdomsorienteret praksis udgør to forskellige perspektiver i sygepleje. For især ældre patienter er valg af perspektiv mærkbart.



Falch L.A. **A career open to the talents - Nurses' doing and focus during the history.**

Nursing Philosophy 2020 <https://doi.org/10.1111/nup.12336>

Introduktion. Tidligere historiske undersøgelser har vist, at der i sundhedsvæsenet eksisterer en situationsorienteret og en sygdomsorienteret praksis, der står i styrkeforhold til hinanden, og som ændrer sig over tid i de forskellige sundhedsprofessioner.

I det situationsorienterede perspektiv er der fokus på patientens sygdom og situation, og her opfattes omsorg samt livskvalitet som værdier. I det sygdomsorienterede perspektiv fokuseres der på sygdom, og patienten behandles som et undersøgelsesobjekt. Her anses det som værdi at finde biologiske funktionsfejl og behandle dem. Artiklen undersøger spændingsforholdet mellem de to perspektiver i sygeplejepraksis over tid og diskuterer betydningen af perspektivernes ændrede styrkeforhold for patienter og sygeplejersker i nutiden.

Metode. En Foucault-inspireret genealogisk undersøgelse af sygeplejerskepraksis fra 1800-tallet til i dag. Empirien er indsamlet via historisk og lokalt feltarbejde, hvor der indgår billeder, faglitteratur, avisartikler, observationer samt interview med sundhedsprofessionelle og patienter. Ud fra et eksemplarisk eksempel på Holbæk Sygehus undersøges sygeplejerskers arbejde gennem 200 år.

Resultater. I sygeplejepraksis er der gennem de seneste 200 år sket et skift fra en situationsorienteret praksis til en sygdomsorienteret praksis. I starten af 1900-tallet arbejdede sygeplejersker som lægens assistent, omsorgsgiver og som leder

af andre sygeplejersker. I nutiden arbejder sygeplejersker med særlige talenter også som behandlere, flowkoordinatorer, organisationsledere samt som forskere.

Diskussion. En konsekvens af det dominerende sygdomsorienterede perspektiv i sundhedspraksis er, at rollen som omsorgsgiver nedprioriteres i sygeplejepraksis. Patienter ses i stigende grad som genstande, der ikke længere kun måles og vejes i behandlingsøjemed, men også flyttes rundt mellem hospitalsafdelinger for at sikre effektiv brug af hospitalets kapacitet.

Konsekvenser for praksis. Ældre medicinske patienter med flere sygdomme er særligt udsatte for at blive behandlet som objekter, der flyttes rundt mellem afdelinger for at sikre et effektivt flow. Nedprioritering af omsorg som værdi i sygeplejerskepraksis ser ud til at åbne op for, at sygeplejersker kan indtage nogle af lægens tidligere roller som behandler, organisationsleder og forsker. Disse roller åbner ikke kun op for nye karriereveje, men kan også give sygeplejersker en stærkere taleposition, legitimitet og status i samfundet. ●

Lotte Evron, lektor, ph.d., cand.mag., sygeplejerske, Københavns Professionshøjskole, Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelse, samt ekstern lektor på Aarhus Universitet, Institut for Sygepleje.

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.



IBEN TOUSGAARD

Sygeplejerske (1999). Intensiv specialuddannelse (2004), MPH (2017). Enhed for sygeplejeforskning og Evidensbasering, Afdeling for Kvalitet og Uddannelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

iben.tousgaard.01@regionh.dk



MARIE ALBRECHTSEN PAINE

Sygeplejerske (2009), cand.scient.san. (2018). Lungemedicinsk afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.



MARIA GAI OLSEN

Sygeplejerske (2006), cand.pæd. psyk. (2014). Abdominalcenter K, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.



CHRISTINA EMME

Sygeplejerske (2003), cand.scient.san. (2009), ph.d. i sundhedsvidenskab (2014). Enhed for sygeplejeforskning og Evidensbasering, Afdeling for Kvalitet og Uddannelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

God introduktion og synlig ledelse, tak

RESUME

Covid-19 medførte i foråret 2020 omorganisering af sygeplejen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i form af omstilling til nye funktioner og udlån af personale. For at kunne sikre de bedste forudsætninger for en fremtidig omorganisering er det vigtigt at vide, hvordan plejepersonalet oplevede omorganiseringen under covid-19. Derfor blev det besluttet at undersøge, hvilke faktorer der havde indflydelse på, hvordan plejeperso-

nalet oplevede omorganiseringen af sygeplejen.

Der blev udsendt en elektronisk spørgeskemaundersøgelse til alt plejepersonale, hvori respondenterne havde mulighed for at begrunde deres svar. De kvantitative data blev analyseret i SPSS, og de kvalitative kommentarer blev tematiseret.

Undersøgelsens resultater viser, at der var signifikant sammenhæng mellem plejepersonalets oplevelse af at

blive udlånt eller varetage nye opgaver og deres motivation, tryghed, introduktion samt oplevelse af at blive pålagt nye opgaver/udlånt til andre afdelinger.

Konklusionen på undersøgelsen lyder, at tryghed, frivillighed, introduktion og motivation havde betydning for, hvordan plejepersonalet oplevede omorganiseringen. Dette stiller krav til organisering, ledere og medarbejdere, hvis der igen opstår behov for en omorganisering af sygeplejen.

Tryghed og frivillighed havde betydning for, om plejepersonalet havde en god oplevelse med at være udlånt til andre afdelinger i forbindelse med covid-19 i foråret 2020. Det stiller krav til ledelse og nye kolleger.

COVID-19 blev første gang påvist i den kinesiske millionby Wuhan i december 2019 og har siden januar 2020 udviklet sig hurtigt med det første bekræftede tilfælde i Danmark den 27. februar (1). Da covid-19 blev en realitet i Danmark, måtte mange sygehuse hurtigt omstille deres personale og afdelinger til nye funktioner, som kunne håndtere patienter med covid-19 eller med mistanke om covid-19 (2). På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) i Region Hovedstaden fulgte direktionen hospitalets beredskabsplan samt

anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen i sin håndtering af covid-19-udbruddet. For mange afdelinger medførte det ændringer i form af midlertidig nedlukning, omstilling til andre funktioner samt udlån eller modtagelse af personale til/fra andre afdelinger.

Undervejs i forløbet blev man på hospitalet opmærksom på, at plejepersonalet reagerede meget forskelligt på omorganiseringen af sygeplejen og de ændrede arbejdsforhold i forbindelse med covid-19. Tidligere forskning har vist, at plejepersonale kan opleve det stressende, angstprovokerende og utilfredsstillende at blive flyttet til et andet afsnit eller en anden afdeling (3). Herudover har et iransk studie fundet, at sundhedsprofessionelle oplevede angst og depression under første bølge af covid-19 (4). Vi kan risikere at stå i lignende situationer med behov for at oprette et beredskab, der inkluderer udlån af sundhedsfagligt personale til andre afdelinger og etablering af nye funktioner



i fremtiden. Vi fandt det derfor nødvendigt at undersøge, hvordan plejepersonalet oplevede omorganiseringen af sygeplejen med henblik på at sikre de bedste forudsætninger for en succesfuld omorganisering, hvis eller når det igen bliver nødvendigt.

Formål og metode

Formålet med projektet var at undersøge, hvilke faktorer der havde indflydelse på, hvordan plejepersonalet oplevede omorganiseringen af sygeplejen under første bølge af covid-19.

En spørgeskemaundersøgelse blev udarbejdet med henblik på at afdække, hvorvidt plejepersonalet var udlånt til et andet afsnit eller en anden afdeling i forbindelse med covid-19, og hvorvidt de havde andre arbejdsopgaver eller funktioner under covid-19 end vanligt. De respondenter, som svarede ”ja” til dette, blev desuden spurgt om, i hvilken grad de følte, at faktorer som tryk, information og motivation havde betydning for deres oplevelse af omorganiseringen (på en Likert-skala fra 1-5, hvor 1 = slet ikke og 5 = i meget høj grad).

Ved flere af spørgsmålene havde respondenterne mulighed for at komme med uddybende kommentarer. Desuden afdækkede spørgeskemaet følgende baggrundsvariable: anciennitet, alder, køn, uddannelse, funktion og afdelingstype.

Spørgeskemaet blev udsendt elektronisk via SurveyXact til hospitalets plejepersonale, og undersøgelsen forløb i perioden 22. juni - 7. juli 2020. Respondenter, som ikke havde besvaret spørgeskemaundersøgelsen efter en uge, fik tilsendt en reminder med en opfordring om at udfylde skemaet.

Det var frivilligt for plejepersonalet at deltage, og deres oplysninger blev opbevaret og behandlet fortroligt. Projektet er anmeldt til Datatilsynet (journal-nr.: P-2020-689), og hospitalets direktion har godkendt projektet.

De kvantitative data blev analyseret i IBM statistics SPSS 25 vha. deskriptiv statistik. To spørgsmål omhandlende plejepersonalets overordnede oplevelse af udlån og nye opgaver havde seks svarkategorier, som blev omkodet til to kategorier i analysen (mindre god oplevelse og god oplevelse) af hensyn til fortolkningen af resultaterne.

Tabel 1. Baggrundsoplysninger (n=553)

		Respondenter, n (pct.)
Køn	Mand	48 (8,7)
	Kvinde	505 (91,3)
Anciennitet	Under 6 måneder	12 (2,2)
	Mellem 6 måneder og 2 år	39 (7,1)
	Mellem 2 år og 5 år	66 (11,9)
	Mellem 5 år og 10 år	86 (15,6)
	Mellem 10 år og 20 år	144 (26)
	Mellem 20 år og 30 år	111 (20,1)
	Over 30 år	95 (17,2)
Afsnitstype	Sengeafsnit	186 (33,6)
	Ambulatorium eller lignende	115 (20,8)
	Modtagelse	79 (14,3)
	Daghospital/dagkirurgisk	9 (1,6)
	Operationsgang	60 (10,8)
	Intensiv/opvågning	57 (10,3)
	Andet	47 (8,5)
Funktion	Sygeplejerske	358 (64,7)
	Sygeplejerske med klinisk specialfunktion	58 (10,5)
	Klinisk sygeplejespecialist	12 (2,2)
	Klinisk underviser	7 (1,3)
	Afdelingssygeplejerske	30 (5,4)
	Ass. afdelingssygeplejerske	11 (2)
	Sosu-assistent	50 (9)
	Sygehjælper	7 (1,3)
	Andet	20 (3,6)
Tid i nuværende funktion	Under 6 måneder	55 (9,9)
	Mellem 6 måneder og 2 år	121 (21,9)
	Mellem 2 år og 5 år	127 (23)
	Mellem 5 år og 10 år	86 (15,6)
	Mellem 10 år og 20 år	110 (19,9)
	Mellem 20 år og 30 år	35 (6,3)
	Over 30 år	19 (3,4)



Høj tryghed viste sig især ved opbakning fra en synlig ledelse, kompetente og imødekommende kolleger i den nye afdeling/afsnit, eller at man var udlånt sammen med egne kolleger.

Krydstabeller (χ^2 og gamma-test) blev anvendt til at analysere sammenhænge mellem data på nominal- og ordinalskalaniveau.

Ensidet variansanalyse (ANOVA) blev anvendt til at undersøge sammenhænge mellem data på binært og kontinuert niveau (f.eks. alder og overordnet oplevelse af udlån).

Respondenternes supplerende kommentarer til de enkelte spørgsmål blev tematiseret af forfatterne og anvendt som uddybende kommentarer til de kvantitative fund.

Resultater

Demografiske data

I alt svarede 553 i gruppen plejepersonale på spørgeskemaet (svarprocent = 43). Af dem var 91 pct. kvinder, og respondenterne var i gennemsnit 44 år (range 22-69 år). 63 pct. (n=350) af respondenterne havde været uddannet i mere end 10 år. Ca. en tredjedel (34 pct., n=186) af respondenterne arbejdede på sengeafsnit, og 21 pct. (n=115) arbejdede i ambulatorium. I alt 65 pct. (n=358) af respondenterne havde funktion som bassetygeplejerske, mens 10 pct. (n=57) arbejdede som social- og sundhedsassistent eller sygehjælper, se Tabel 1.

Udlån til andet afsnit/anden afdeling

I alt angav 171 respondenter (31 pct.) at have været udlånt i forbindelse med co-

vid-19. Heraf var 105 respondenter udlånt til anden afdeling, og 66 var udlånt til andet/andre afsnit i egen afdeling.

Overordnet set angav 56 pct. af respondenterne, at det havde været en god oplevelse (Likert 4-6) at være udlånt til en anden afdeling eller afsnit, mens 44 pct. angav, at det var en mindre god oplevelse (Likert 1-3). Vi fandt signifikant sammenhæng mellem plejepersonalets overordnede oplevelse af at blive udlånt og plejepersonalets motivation (c=0.77, p=.000), oplevelse af at være blevet pålagt at skulle udlånes (c=-0.65, p=.000), tryghed ved at blive udlånt (c=0.54, p=.000) samt oplevelsen af at være blevet introduceret til det nye afsnit/afdeling (c=0.56, p=.000), se Tabel 2 på næste side.

Der var ingen sammenhæng mellem alder, køn eller erfaringsniveau og respondenternes overordnede oplevelse af at være udlånt.

Op mod halvdelen af respondenterne (47 pct.) var i høj grad motiverede for udlån (Likert 4-5), mens 30 pct. i ringe grad var motiveret for dette (Likert 1-2). Motivationen for at blive udlånt var højest, når udlånet foregik på frivillig basis, udsprang af en trang til at hjælpe andre, lyst til at få nye faglige udfordringer eller at møde nye kolleger.

”Det var frivilligt om vi ville udlånes, og der var brug for hjælp, så jeg meldte mig frivilligt.”

En lav motivation for at blive udlånt hang bl.a. sammen med dårlig organisering af arbejdet, ændrede vagtplaner, uklarhed om opgavernes karakter, skiftende retningslinjer for håndtering af covid-19 eller uklare udmeldinger fra ledelsen.

”Pålagte nattevagter på fremmede afsnit med ukendte kolleger, hvor der ikke var helt forventningsafstemt i forhold til arbejdsopgaver og kompetencer, var yderst demotiverende.”

Næsten halvdelen (49 pct.) af de udlånte respondenter følte sig i høj grad trygge (Likert 4-5) ved at arbejde på et andet afsnit/afdeling, mens 20 pct. i ringe grad følte sig trygge (Likert 1-2). Høj tryghed viste sig især ved opbakning fra en synlig ledelse, kompetente og imødekommende kolleger i den nye afdeling/afsnit, eller at man var udlånt sammen med egne kolleger. Desuden havde det betydning, at man var introduceret til eller allerede kendte den nye afdeling eller de arbejdsopgaver, man skulle varetage.

”God vejledning og introduktion til hver enkelt opgave har hjulpet med til at skabe tryghed om opgaverne.”

Personalets personlige indstilling til udlånet havde også betydning for trygheden.

”Er vant til at omstille mig og forventningsafstemme med nye afdelinger. Havde det ikke været tilfældet, tror jeg, at jeg havde følt mig meget mere usikker over for at være udlånt.”

Utryghed ved at være udlånt kom til udtryk i kommentarer, der bar præg af, at respondenterne kom under en ny ledelse, havde en uvis ansættelsestid på det nye afsnit, samt at hele covid-19-situationen var ny og ukendt. Desuden gjorde manglende forventningsafstemning om opgaver og rammer respondenterne utrygge, ligesom det medvirkede til utryghed, hvis de ikke følte sig imødekommet eller ikke kunne få den nødvendige hjælp eller sparring hos de nye kolleger.

”Fast personale, som heller ikke tog notits af os udefrakommende. Følelse af ensomhed. Følelse af at være usynlig.”



"Jeg følte slet ikke, at jeg fik oplæring til at kunne passe patienterne godt nok. Jeg har aldrig arbejdet på et sengeafsnit før og blev kastet lige ud i det."

Det skabte også utryghed, at der var risiko for at blive smittet med covid-19, og at der var uklare retningslinjer ift. brug af værnemidler.

"Værnemiddelsituationen føltes især i starten utryg, da der var tvivl om, hvorvidt der var nok, kvaliteten af det og hvornår man skulle bruge hvad."

I alt følte 43 pct. af de udlånte respondenter sig i høj grad introduceret til at arbejde på et andet afsnit/afdeling (Likert 4-5), mens 34 pct. i ringe grad følte sig introduceret (Likert 1-2). God introduktion hang sammen med, at forløbet var planlagt, at man blev vist rundt i afdelingen samt at man blev introduceret til rutiner, opgaver og kolleger.

"Afdelingen havde gjort nogle virkelig gode tiltag, som betød at opgaven var let at gå til, og så fik vi rettet til efterhånden. Meget stort enga-

gement fra begge sider, det var jo en ny tid for alle, og vi løftede i flok."

Nogle beskrev introduktionen som mangelfuld. Andre respondenter fandt introduktionen direkte kaotisk.

"Det var ret kaotisk og med kort varsel."

"Det var en ubehagelig oplevelse stort set ikke at få nogen introduktion."

I alt følte 38 pct. af respondenterne, at de i lav grad (Likert 1-2) var blevet pålagt at blive udlånt til andet afsnit eller anden afdeling, mens 50 pct. i høj grad følte, at de var blevet pålagt udlånet (Likert 5-6). Der så dog ud til at være forskellige grader

Tabel 2. Oplevelse af at være udlånt til andet afsnit/anden afdeling (n=171)

Overordnet oplevelse	I hvilken grad var du motiveret for at arbejde på et andet afsnit/en anden afdeling, på en skala fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad)?							Gamma	p-værdi
	1 n (pct.)	2 n (pct.)	3 n (pct.)	4 n (pct.)	5 n (pct.)	Total n (pct.)			
Mindre god oplevelse	18 (23,7)	24 (31,6)	21 (27,6)	11 (14,5)	2 (2,6)	76 (100)	0,77	,000	
God oplevelse	1 (1,1)	8 (8,4)	18 (18,9)	34 (35,8)	34 (35,8)	95 (100)			
Total, n (pct.)	19 (11,1)	32 (18,7)	39 (22,8)	45 (26,3)	36 (21,1)	171 (100)			
Overordnet oplevelse	I hvilken grad følte du, at du blev pålagt at arbejde på et andet afsnit/en anden afdeling, på en skala fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad)?							Gamma	p-værdi
	1 n (pct.)	2 n (pct.)	3 n (pct.)	4 n (pct.)	5 n (pct.)	Total n (pct.)			
Mindre god oplevelse	4 (5,3)	8 (10,5)	8 (10,5)	20 (26,3)	36 (47,4)	76 (100)	-0,65	,000	
God oplevelse	40 (42,1)	12 (12,6)	12 (12,6)	19 (20,8)	12 (12,6)	95 (100)			
Total, n (pct.)	44 (25,7)	20 (11,7)	20 (11,7)	39 (22,8)	48 (28,1)	171 (100)			
Overordnet oplevelse	I hvilken grad følte du dig tryk ved at arbejde på et andet afsnit/en anden afdeling, på en skala fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad)?							Gamma	p-værdi
	1 n (pct.)	2 n (pct.)	3 n (pct.)	4 n (pct.)	5 n (pct.)	Total n (pct.)			
Mindre god oplevelse	10 (13,2)	14 (18,4)	30 (39,5)	16 (21,1)	6 (7,9)	76 (100)	0,54	,000	
God oplevelse	3 (3,2)	7 (7,4)	24 (25,3)	35 (36,8)	26 (27,4)	95 (100)			
Total, n (pct.)	13 (7,6)	21 (9,2)	54 (31,6)	51 (29,8)	32 (18,7)	171 (100)			
Overordnet oplevelse	I hvilken grad følte du dig introduceret til afsnittet/afdelingen, på en skala fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad)?							Gamma	p-værdi
	1 n (pct.)	2 n (pct.)	3 n (pct.)	4 n (pct.)	5 n (pct.)	Total n (pct.)			
Mindre god oplevelse	15 (19,7)	24 (31,6)	21 (27,6)	12 (27,6)	4 (5,3)	76 (100)	0,56	,000	
God oplevelse	7 (7,4)	13 (13,7)	18 (18,9)	30 (31,6)	27 (28,4)	95 (100)			
Total, n (pct.)	22 (12,9)	37 (21,6)	39 (22,8)	42 (24,6)	31 (18,1)	171 (100)			

af frivillighed. Nogle meldte sig, fordi de ønskede at hjælpe til, havde kompetencer inden for et givent område eller følte sig moralsk forpligtede. Andre beskrev en implicit forventning fra ledelsens side om at melde sig til at blive udlånt.

”Det var på eget initiativ, men selvfølgelig lå der en forventning fra afdelingens side om, at vi alle hjalp til der, hvor organisationen havde mest brug for os.”

Andre igen valgte at melde sig frivilligt og derigennem bevare en form for indflydelse på situationen fremfor at blive pålagt udlån.

”Jeg tænkte, at det var bedre at byde ind med det samme og få en ønsket opgave, end senere måske at blive pålagt.”

Andre havde intet valg i forhold til at blive udlånt, da deres afsnit var lukkede pga. covid-19.

”Der var intet valg! Mit afsnit lukkede ned.”

Nogle respondenter fik mulighed for at ønske, hvor de ville udlånes til (f.eks. covid-19-afsnit eller afsnit inden for eget speciale), mens andre efterlyste dialog med deres leder omkring netop dette.

”Jeg oplevede, at det ville have gjort en kæmpe forskel, hvis der havde været en inddragende dialog med min ledelse i forhold til det pålagte arbejde.”

Varetagelse af andre opgaver/funktioner

I alt angav 271 af respondenterne (49 pct.) at have fået nye opgaver/funktioner i forbindelse med covid-19. Heraf havde 226 (41 pct.) delvist fået nye opgaver/funktioner, mens 45 (8 pct.) havde varetaget helt nye opgaver/funktioner. Overordnet vurderede 70 pct. af de respondenter, som varetog nye opgaver/funktioner, at dette havde været en god oplevelse (Likert 4-6), mens 30 pct. angav at have haft en mindre god oplevelse (Likert 1-3). Vi fandt signifikant sammenhæng mellem plejepersonalets overordnede oplevelse af at varetage nye opgaver eller funktioner og plejepersona-



Nylige debatter i medierne viser, at der er fokus på sygeplejerskers rolle, betydning og ikke mindst arbejdsvilkår og løn under den pågående pandemi.

Respondenterne angav, at det, som motiverede dem, var at hjælpe andre, som havde behov for det, samt at gøre gavn i den særlige situation under covid-19.

”I sådan en force majeure-situation hjælper man, hvor man kan.”

”Jeg ville gerne bidrage med min faglighed, så patienter og kolleger fik den støtte og en så god behandling som muligt i denne svære situation.”

En anden motivationsfaktor var faglige udfordringer og spændende arbejdsopgaver.

”Tanken om en beredskabssituation gjorde, at man som sulten soldat stod klar til at løfte nye opgaver.”

”Jeg synes, at det var spændende og lærerigt at opleve at alle arbejdede for samme sag. Det var også en god måde for mig at komme tættere på klinikken. Fagligt spændende.”

En af de faktorer, som så ud til at have en negativ indflydelse på respondenternes motivation, var manglende indflydelse på deres arbejdsituation.

”[...] var uden indflydelse på, hvilke dage der kunne være bedst for mig. Fra dag til dag kunne vi opleve at skulle møde et andet sted uden at være tydeligt informeret om dette.”

Desuden blev det oplevet som demotiverende, at der reelt ikke var behov for hjælp, i takt med at antallet af indlagte med covid aftog.

62 pct. følte sig i høj grad trygge ved at varetage nye funktioner eller opgaver (Likert 4-5), mens 12 pct. i ringe grad følte sig trygge (Likert 1-2). De faktorer, som så ud til at bidrage til, at respondenterne følte sig trygge ved at varetage nye opgaver, var introduktion, videndeling, personlig indstilling og kollegers hjælpsomhed. Ledelsen spillede også en vigtig rolle ift. tryghed.

”Min leder har været meget tydelig i sin ledelse og de nye behov for afdelingen, og det har givet tryghed og mod til at varetage nye funktioner.”

Herudover så erfaring også ud til at være væsentlig ift. tryghed ved at varetage nye opgaver.

”Mange års erfaring fra lignende sengeafsnit var så rimelig present, så det var let at varetage kendte opgaver, omend det ikke er mine normale og aktuelle arbejdsopgaver.”

lets motivation ($c=0.77$, $p=.000$), oplevelse af at være blevet pålagt at skulle have nye opgaver/funktioner ($c=-0.44$, $p=.000$), tryk ved at få nye opgaver/funktioner ($c=0.66$, $p=.000$) samt oplevelsen af at være blevet introduceret til de nye opgaver/funktioner ($c=0.57$, $p=.000$), se Tabel 3 i netudgaven af denne artikel. Der var ingen sammenhæng mellem alder, køn eller erfaringsniveau og respondenternes overordnede oplevelse af at varetage nye opgaver eller funktioner.

Cirka 68 pct. af de respondenter, som varetog nye opgaver eller funktioner, var i høj grad motiverede for dette (Likert 4-5), mens 9 pct. i ringe grad var motiverede (Likert 1-2).

Omvendt skabte oplevelsen af manglende kompetencer utryghed hos respondenterne.

"Jeg følte mig rimelig utryg ved opgaverne [...] var jeg usikker på, om mine sygeplejefaglige kompetencer var tilstrækkelige i forhold til den svært dårlige patient, idet jeg normalt ikke arbejder med den type patienter."

Andre faktorer, som medførte utryghed, var konstante ændringer i retningslinjer og vejledninger, manglende introduktion og uklar organisering af opgaver. Herudover følte nogle respondenter sig utrygge ift. værnemidler og risiko for smitte.

"I starten var jeg meget utryg ved, om værnemidlerne var sikre nok. Også meget utryg i forhold til, om jeg ville blive smittet."

I alt følte 41 pct. sig i høj grad introduceret til de nye opgaver (Likert 4-5), mens 23 pct. i ringe grad følte sig introduceret (Likert 1-2). Det, som kendetegnede god introduktion, var, at respondenterne blev introduceret til deres funktioner og arbejdsopgaver, eventuelt modtog undervisning samt havde mulighed for at følges med en erfaren kollega i starten. Respondenternes indstilling til introduktionen var dog meget forskellig. Nogle oplevede ikke behov for introduktion, andre følte, at de blev kastet ud i opgaverne. Andre igen gav udtryk for accept af de vanskelige vilkår for introduktion.

"Jeg fik støtte, men stenene blev lagt, mens vi gik. Jeg tænker ikke, at nogen var i stand til at introducere mig."

En stor andel (48 pct.) af respondenterne følte sig i høj grad pålagt at varetage nye opgaver eller funktioner (Likert 4-5), og 33 pct. følte sig i ringe grad (Likert 1-2) pålagt. Respondenternes oplevelse af, hvorvidt de var blevet pålagt nye opgaver, var meget forskellig, da nogle meldte sig frivilligt, andre blev adspurgt, og andre igen følte, at det var en forventning eller decideret pålagt, og med meget sparsom grad af indflydelse.

"Jeg følte mig som en brik, man kunne flytte rundt på, hvornår der skulle være behov for det."

"Jeg blev ikke spurgt, men overgik straks til basissygeplejerske, da jeg sagde ja til covid-afsnittet. Det kom bag på mig, at jeg fik så lidt indflydelse."

Flere gav dog udtryk for, at det var en nødvendighed, at de påtog sig nye opgaver eller funktioner af hensyn til patienterne og personalet.

"Det var nødvendigt at være åben over for nye opgaver. Der skulle tænkes og handles hurtigt, og løses mange opgaver hen ad vejen."

Den gode oplevelse

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen viste, at introduktion, tryghed, frivillighed og motivation havde betydning for, om plejepersonalet havde en god oplevelse med at være udlånt til andre afsnit eller afdelinger eller med at varetage nye opgaver/funktioner i forbindelse med første bølge af covid-19.

Motivation for at blive udlånt

Studiet viste, at motivationen for at varetage andre opgaver eller funktioner var høj blandt respondenterne, samt at særligt frivillighed, ønsket om at gøre



... god introduktion, synlig ledelse, støttende kolleger og erfaring havde betydning for følelsen af tryghed.

gavn og ønsket om faglige udfordringer havde betydning for denne motivation.

Ønsket om og pligten til at hjælpe, beskrives også i et engelsk kvalitativt studie, hvor man har undersøgt sundhedspersonalets holdninger til at arbejde under en influenzapandemi. Plejepersonalet beskrev her, at de var motiverede, men prioriterede familiemedlemmers sundhed højere end arbejdet, samt at de manglede tiltro til sundhedsmyndighederne (5).

I vores studie viste det sig tilsvarende, at den hjælp, man ydede, skulle være meningsfuld. Således angav plejepersonalet, at manglende indflydelse og oplevelsen af, at der ikke var reelt behov for deres hjælp i forhold til den egentlige opgave, var demotiverende. Der er således en tendens til, at man ikke for alt i verden vil hjælpe til. Nylige debatter i medierne viser, at der er fokus på sygeplejerskers rolle, betydning og ikke mindst arbejdsvilkår og løn under den pågående pandemi. Flere sygeplejersker har meldt ud, at de overvejer at sige op, hvis de igen skal udsættes for omorganisering eller føler sig utilstrækkelige og frygter for patientsikkerheden (6,7).

I en nyligt offentliggjort forskningsrapport fra Region Sjælland, hvor man gennem fokusgruppeinterview undersøgte frontlinjepersonalets oplevelser i forbindelse med covid-19, beskrives lignende oplevelser. Personalet udtrykker "at være til grin" og føler sig uden indflydelse på vagtplan og arbejds gange (8). Det er således vigtigt, at organisationen - og særligt lederne - har fokus på meningsfuldhed og inddragelse af personalet for at øge og bevare deres motivation i forbindelse med udlån eller varetagelse af nye funktioner.

Konsekvenser af at blive pålagt at blive udlånt

Vores studie fandt, at op mod halvdelen af plejepersonalet følte sig pålagt at blive udlånt eller påtage sig nye funktioner. Herudover fandt vi en signifikant sammenhæng mellem respondenternes overordnede oplevelse af at deltage i beredskabet og følelsen af at blive pålagt nye funktioner/nye opgaver eller udlån.

Temaet frivillighed vs. tvang er også centralt i forskningsrapporten fra Region



Table 4. Anbefalinger for omorganisering af personale

<p>Overordnede anbefalinger for udlån til andet afsnit/anden afdeling og/eller varetagelse af andre arbejdsopgaver/anden funktion</p>	<p>Det anbefales, at:</p> <ul style="list-style-type: none">• Udlån til andet afsnit/anden afdeling og/eller varetagelse af andre arbejdsopgaver/anden funktion bygger på frivillighed fra medarbejderens side og ikke pålægges medarbejderen• Nye opgaver/funktioner er tydeligt beskrevet og tilpasset den konkrete medarbejders kompetencer
<p>Anbefalinger til afdelinger/afsnit, der modtager medarbejdere til nye arbejdsopgaver/andre funktioner</p>	<p>Det anbefales, at:</p> <ul style="list-style-type: none">• Modtagende afdeling forbereder og gennemfører relevant introduktion• Klarlægge/forventningsafstemme opgaver og kompetencer, som den nye medarbejder skal varetage• Den øvrige personalegruppe informeres om:<ul style="list-style-type: none">◦ At der kommer midlertidige kollegaer og hvornår◦ Hvilke funktioner udlånte medarbejdere forventes at varetage◦ Hvad deres opgave er i forhold til midlertidige kollegaer i afsnittet• Udlånet/opgaven/funktionen aftales i en på forhånd kendt tidsperiode• Der er lavet aftaler for udlånet i forhold til, hvordan man forholder sig, hvis der ikke er behov for udlånet• Modtagende afdeling tilstræber, at den nye medarbejder integreres i medarbejderstaben, så denne føler sig tryk
<p>Anbefalinger til rammer og organisering</p>	<p>Det anbefales, at:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ansættelsesforhold, vagtplaner, mødetider og løn, er aftalt på forhånd• Medarbejderen så vidt muligt følger sit vanlige rol/vanlige arbejdstider, hvis dette er et ønske for medarbejderen• Der spørges ind til medarbejderens kompetencer/erfaring, så medarbejderen føler sig "set" og i videst muligt omfang udnytter sit potentiale• Medarbejderen bliver introduceret til de fysiske rammer, mulighed for afholdelse af pauser, omklædningsfaciliteter m.m.
<p>Anbefalinger til ledere</p>	<p>Det anbefales, at:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lederen udviser ansvar i den aktuelle situation• Lederen lytter til medarbejderne, tilstræber åben og tydelig kommunikation og åben dialog• Lederen er tydelig omkring, hvem der har ledelsesansvaret for den enkelte udlånte/lånte medarbejder i perioden• Der laves aftaler for, hvad medarbejderen kan lave, hvis der ikke er behov for hjælp på modtagende afdeling. Evt. mulighed for tilkald/hjemsendelse kan overvejes
<p>Anbefalinger til medarbejdere</p>	<p>Det anbefales, at medarbejderen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gør opmærksom på egen motivation for udlån til andet afsnit/anden afdeling og/eller varetagelse af andre arbejdsopgaver/anden funktion samt eventuelle personlige eller faglige forhold, der spiller ind• Er bevidst om egne kompetencer og er opsøgende overfor ny/nødvendig viden• Er bevidst om, hvordan denne "lærer bedst" og kan udtrykke dette, samt sige "til og fra" i situationer, hvor medarbejderen føler sig mere eller mindre tryk

Sjælland (8), hvor man fandt, at personale, som deltog frivilligt, oplevede arbejdsglæde, fællesskab og faglig udfordring.

Ligeledes fandt et kinesisk studie, at personale, som selv havde valgt at deltage i frontlinjepleje af patienter med covid-19, havde en højere grad af tilfredshed sammenlignet med personale, som var blevet pålagt det af hospitalet (9).

Kommentarerne i vores spørgeskemaundersøgelse viser dog, at følelsen af at blive pålagt vs. frivillig deltagelse er et kontinuum med mange nuancer såsom ledelsesmæssig opfordring og en accept af at blive pålagt udlån eller ny funktion pga. den givne situation. Oplevelsen af at kunne vælge mellem forskellige funktioner eller afdelinger samt dialog med lederen om dette ser ud til at have betydning for plejepersonalet.

Tryghed ved at være udlånt eller varetage nye opgaver eller funktioner

Vores studie fandt, at næsten halvdelen af respondenterne i høj grad følte sig trygge ved at være udlånt, mens 2/3 i høj grad følte sig trygge ved at varetage andre opgaver. De kvalitative kommentarer til spørgsmålene om tryghed viste, at god introduktion, synlig ledelse, støttende kolleger og erfaring havde betydning for følelsen af tryghed. Uklar organisering, skiftende retningslinjer og manglende kompetencer bidrog derimod til utryghed. Forskningsrapporten fra Region Sjælland fandt også, at skiftende retningslinjer og tiltro til at kunne varetage skiftende opgaver var væsentligt i forhold til plejepersonalets oplevelse af tryghed (8). Lederne bør derfor være opmærksomme på, om plejepersonalet har behov for kompetenceudvikling for at kunne varetage andre opgaver end vanligt.

Et kinesisk studie, som undersøgte, hvordan sygeplejersker uden erfaring fra det respiratoriske speciale oplevede at deltage i plejen af patienter med covid-19, fandt, at sygeplejerskerne blev påvirkede af uklare roller, arbejdsmiljø og -intensitet, ukendte omgivelser og foranderlige vagtplaner (10). Dette stemmer overens med vores resultater og peger på betydningen af at overveje, hvordan man bedst organiserer et fremtidigt beredskab.

I et endnu ikke afsluttet forskningsprojekt fra Region Midtjylland og Aarhus Universitet viser foreløbige resultater, at sygeplejersker, som var involveret i behandlingen af patienter med covid-19 under første bølge, oplevede angst, stress og depression. Dette gjaldt især dem, som var udlånt fra andre afdelinger til at varetage plejen af patienter med covid-19. Sygeplejerskerne følte stolthed over deres arbejde, men var samtidigt utrygge. Uvished om arbejdstid, manglende oplæring samt risikoen for at blive bedt om at deltage i plejen af patienter med covid-19 skabte utryghed. Tillige var mange bekymrede for eget helbred, og risikoen for at smitte andre medførte endnu større bekymring (11).

Et emne, som interesserede

En styrke ved dette studie er den høje svarprocent, den relativt korte svarfrist taget i betragtning. Dette siger os, at vi har spurgt ind til et emne, som interesserer plejepersonalet. De kvantitative data i undersøgelsen kan anvendes til at undersøge associationer, men siger intet om kausalitet. De bidrager dog til en forståelse af, hvilke faktorer der har betydning for,



Der bør ikke kun være fokus på oplæring og faglige kompetencer, men også på den mentale sundhed og trivsel.

hvorvidt det blev oplevet positivt at være udlånt til anden afdeling eller afsnit eller varetage nye funktioner/nye opgaver under forårets covid-19-udbrud. Resultaterne kan dog ikke vise, hvilke faktorer der medfører, at man f.eks. føler sig motiveret eller tryk ved udlån til nye afsnit, afdelinger eller nye opgaver.

En styrke ved dette studie er derfor, at respondenterne havde mulighed for at komme med uddybende kommentarer. Resultaterne kunne være blevet underbygget yderligere ved at gennemføre uddybende interview med udvalgte respondenter.

Store krav til ledelse og organisering

Resultaterne af denne spørgeskemaundersøgelse suppleret med de kvalitative kommentarer illustrerer, at der var meget på spil under forårets covid-19-udbrud. Dette stiller store krav til ledelse, organisering og samarbejde.

Herudover illustrerer resultaterne betydningen af at inddrage personalet, så de føler sig motiverede og trygge ved forandringer og oplever at have indflydelse på deres arbejdsituation og -opgaver. Der bør ikke kun være fokus på oplæring og faglige kompetencer, men også på den mentale sundhed og trivsel.

Resultaterne af denne spørgeskemaundersøgelse er blevet anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af en drejebog for udlån af personale på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i form af anbefalinger for såvel modtagende som afgivende afsnit, ledelser og medarbejdere, som skal udlånes, se Tabel 4 på foregående side.

Resultaterne har ligeledes skabt opmærksomhed på vigtigheden af oplæring og kompetenceudvikling i forbindelse med covid-19, hvilket bl.a. har medført, at hospitalets kliniske sygeplejespecialister på flere områder planlægger og gennemfører kompetenceudvikling i fællesskab.

Forudsætninger for en god oplevelse

Tryghed, frivillighed, introduktion og motivation havde betydning for, om plejepersonalet havde en god oplevelse med at være udlånt til andre afdelinger eller afsnit og/eller varetage nye opgaver/

funktioner i forbindelse med covid-19 i foråret 2020. For at give medarbejderne de bedst mulige vilkår og oplevelse af at være udlånt eller varetage nye opgaver under en beredskabssituation bør man tage højde for disse faktorer, hvilket stiller krav til ledelsen, organisering af plejen og personalets kompetencer, men også til den enkelte medarbejder som i højere grad bør inddrages i beslutninger om egen arbejdssituation. For at håndtere lignende situationer i fremtiden er der behov for yderligere forskning med afdækning af, hvilke faktorer der har betydning for plejepersonalets oplevelse af omorganisering af sygeplejen i en beredskabssituation, samt hvordan vi bedst forbereder personalet og organisationen på denne. ●



Hvilke erfaringer har I gjort jer med udlån, arbejdsopgaver og involvering under covid-19-pandemien?

Hvilke anbefalinger for et kommende beredskab mener I, er helt centrale?

Hvordan har I modtaget nye kolleger under covid-19-pandemien?

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. COVID-19. Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark. Sundhedsstyrelsen 2020. Hentet d. 15.12.2020 på: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Strategi-for-COVID-19.ashx?la=da&hash=067BF6AFOA95D88B3EOA329ABB3C8935E12DDDDFF> **2.** Sommer C. Danmark lukkede ned. Sygeplejerskerne er spændte, men klar. *Sygeplejersken* 2020;4:22-4. **3.** Good E & Bishop P. Willing to walk. A creative strategy to minimize stress related to floating. *JONA* 2011;41(5):231-34. **4.** Zhang SX, Liu J, Jahanshahi AA et al. At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, behavior and immunity* 2020;87:144-46. **5.** Ives J, Greenfield S, Parry JM et al. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. *BMC Public Health* 2009;9:56. **6.** Bech TH & Heilskov NA. Sygeplejersker tvinges ind i corona-beredskaber: "Mange er trætte og brugte". Hentet d. 16.12.20 på: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/sygeplejersker-tvinges-ind-i-corona-beredskaber-mange-er-traette-og-brugte> **7.** Jensen SS. Sygeplejersker på corona-afdeling går grædende hjem dag efter dag: "Vi føler os utilstrækkelige". Hentet d. 16.12.20 på: <https://www.tv2ostjylland.dk/aarhus/sygeplejersker-paa-corona-afdeling-gaar-graedende-hjem-dag-efter-dag-vi-foeler-os-utilstraekkelige> **8.** Kjerholt M, Hølge-Hazelton B & Borre LZ (red). Frontline. Et forsknings- og udviklingsprogram om personalets erfaringer med COVID-19 på Sjællands Universitetshospital. *Region Sjælland* 2020;2:17. **9.** Yu X, Zhao Y, Li Y et al. Factors associated with job satisfaction of frontline medical staff fighting against COVID-19: A cross-sectional study in China. *Front Public Health* 2020;8:426. **10.** Fan J, Hu K, Li X et al. A qualitative study of the vocational and psychological perceptions and issues of transdisciplinary nurses during the COVID-19 outbreak. *Aging* 2020;12;13: 12479-92 **11.** Boesen H. Udlånte sygeplejersker mest belastede. *Sygeplejersken* 2020;(14):8.

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.



NEEL TOXVIG

Sygeplejerske 2008, cand.scient. san. Udviklingssygeplejerske ved Koncern HR, MidtSim, Simulationscenter for Region Midtjylland.

Neel.Toxvig@rm.dk



HELLE VOLHØJ

Sygeplejerske 1999, Pædagogisk diplom og Master i Ledelses- og Organisationspsykologi (LOOP).

Leder af uddannelsesteamet, Kvalitet og HR-udvikling, Århus Universitetshospital.



JOACHIM VILSLEV JUELSGAARD

Læge 2017, 2018-2019: anæstesiologisk afdeling, RRH og AUH. 2019-2020: Lungemedicinsk afdeling, AUH. 2020: Hoveduddannelseslæge i anæstesi, AUH. Simulatorinstruktør ved Koncern HR, MidtSim, Simulationscenter for Region Midtjylland.



MAGNUS BIE

Sygeplejerske 2006, stud.scient. san., Aarhus Universitet. Projektssygeplejerske og simulatorinstruktør ved Koncern HR, MidtSim, Simulationscenter for Region Midtjylland.

En vej til faglig sikkerhed i ekstraordinære situationer

Simulation af pleje og behandling af covid-19 patienter har betydning for patientsikkerhed og for personalets tryghed, når de indgår i beredskabssituationer.

RESUME

Da covid-19-pandemien skyllede ind over Danmark i foråret 2020, oplevede mange sundhedsprofessionelle, at deres hverdag blev ændret radikalt.

På Aarhus Universitetshospital (AUH) blev der hurtigt oprettet fire nye covid-afsnit til at håndtere det forventede pres på sygehuset fra den nye gruppe patienter. Dette medførte et stort behov for kompetenceudvikling for det personale, der blev tilknyttet de nyoprettede covid-afsnit.

Som led i denne kompetenceudvikling blev der i perioden marts/april 2020 gennemført 65 in situ (på stedet) simulationer for i alt 277 medarbejdere på AUH. In situ

simulationerne fokuserede på pleje og behandling af den respiratorisk dårlige covid-patient og sikker anvendelse af værnemidler.

En opfølgende, kvalitativ dataindsamling viste, at in situ simulationerne bidrog til at øge de sundhedsprofessionelles faglige kompetencer, øge deres tillid til egne kompetencer samt afmystificere en ukendt og frygtet ny sygdom.

In situ simulation har således ikke kun et læringsmæssigt formål, men kan i høj grad medvirke til at skabe faglig og personlig tryghed i situationer, hvor sundhedsprofessionelle udsættes for forandringer og risici.

Da covid-19-pandemien gjorde sit indtog i Danmark, opstod et akut behov for på kort tid at gennemføre store omstillinger i sundhedsvæsenet. Den alvorlige situation globalt, hvor reportager fra Italien viste et sundhedsvæsen tæt på sammenbrud, betød, at regeringen og sundhedsmyndighederne stillede tydelige krav til hospitalerne om at etablere faciliteter, herunder modtageenheder og isolationsstuer/afsnit, samt øge den intensive behandlingskapacitet til håndtering af et stort, men ukendt antal covid-19-patienter. Danske sundhedsprofessionelle stod over for en kaotisk tid med store omvæltninger.

På Aarhus Universitetshospital (AUH) gav starten af covid-19-pandemien anledning til store organisatoriske forandringer. Der blev hurtigt opbygget covid-19-klinikker til børn og voksne i Akutafdelingen til den initiale diagnostik og udredning, samtidig med at behandlingskapaciteten på intensivafdelingen blev øget.

For at udrede og behandle fortrinsvis respiratorisk stabile patienter med indlæggelseskrævende covid-19-symptomer blev der etableret nye isolationsengeafsnit, "covid-19-klyngerne". Afdeling for infektionssygdomme havde det faglige ansvar for indsamling af viden om sygdommen samt pleje, behandling og formidling af den hurtigt skiftende viden på tværs af AUH. Ledelsen af klyngerne blev varetaget af en funktionsansvarlig overlæge

sammen med en eller flere afdelingssygeplejersker. Disse afdelinger blev bemandet af personale fra en række kirurgiske- og medicinske specialer.

Uvante arbejdsituationer

Personalet i covid-klyngerne havde forskellige forudsætninger og kompetencer i forhold til at arbejde i isolationsregimer og med patienter med respiratoriske problemstillinger. Det sammenbragte personale stod over for at skulle håndtere en ny sygdom, hvis udvikling og egenskaber var ukendte, samtidig med krav om sikker brug af værnemidler og høj faglighed i uvante patientsituationer. Der skulle ligeledes udvikles og indarbejdes nye arbejdsgange i klyngerne, hvilket medførte et behov for struktureret kompetenceudvikling, der blandt andet indeholdt teamtræning.

Som et led i dette opstod et samarbejde mellem afdeling for lungesygdomme på AUH og MidtSim (Region Midtjyllands simulationscenter) om udvikling af et in situ simulationsprogram (i rigtige omgivelser med korrekt brug af værnemidler): "Den akut respiratorisk påvirkede patient på isolationsstuen" målrettet personalet på de oprettede covid-klynger (1).

I aktiveringsplanen indgik pr. 1. april 2020 en samlet kapacitet på i alt 306 akut- og isolationssejgepladser, heraf 20 til børn og 148 intensive sejgepladser. Personalet til de fire første covid-19-klynger (i alt 134 isolationssejgepladser), se Figur 1, skulle sikres den nødvendige kompetenceudvikling.

Formålet med denne artikel er ud fra praktiske erfaringer at beskrive den indflydelse, som in situ simulationerne havde på personalets oplevelse af faglig og psykologisk sikkerhed under første bølge af covid-19. Desuden angives perspektiver for brug af in situ simulation til at skabe faglig tryghed blandt sundhedspersonale.

De data, der danner baggrund for vores analyse, er genereret i forbindelse med en større undersøgelse omfattende effekterne af hele in situ simulationsindsatsen på Aarhus Universitetshospital i foråret 2020.

Set-up og afvikling af in situ simulationerne

In situ simulationen blev forankret i den enkelte covid-klynge. Simulationerne blev primært faciliteret ved en intern klinisk ekspert med en sygepleje-

eller lægefaglig baggrund og en simulationsfaglig ekspert fra MidtSim. Deltagelsen blev koordineret af udviklings- og uddannelsesansvarligt personale i klyngerne i samarbejde med funktionsledelsen.

Alle covid-19 klyngerne brugte de samme to scenarier baseret på kliniske cases (Scenarie 1 og 2). Simulationsprogrammets to scenarier havde følgende læringsmål:

- ABCDE-tilgang til den akut respiratorisk påvirkede patient
- Teamsamarbejde i den akutte situation
- Sikker brug af værnemidler i overensstemmelse med gældende retningslinjer, Region Midtjylland.

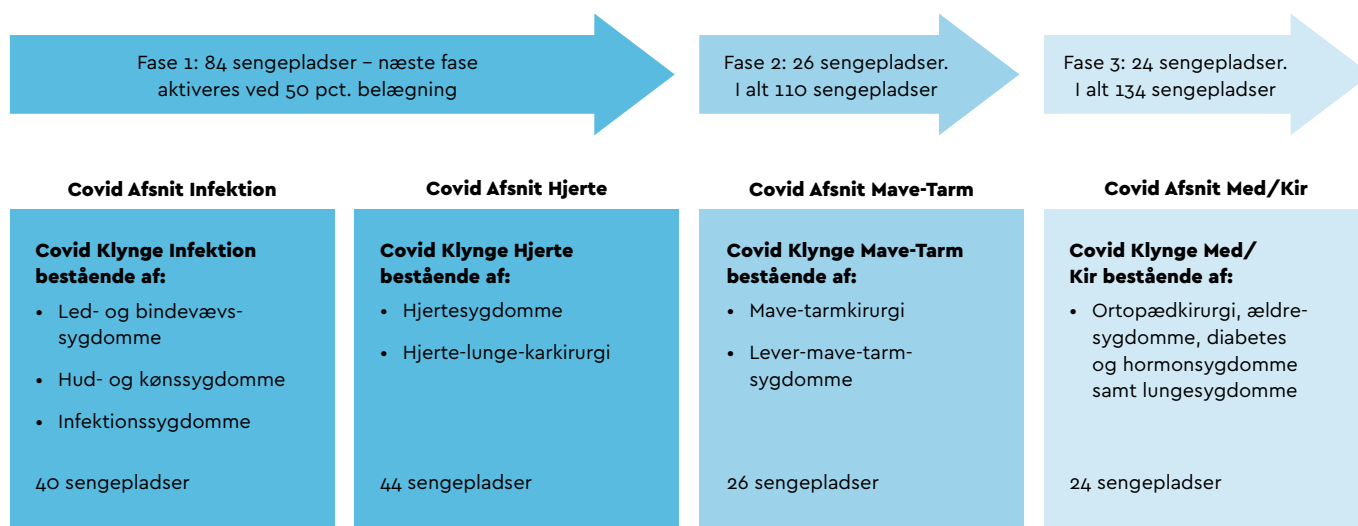
Scenarie 1

Basal pleje og behandling af den respiratorisk dårlige covid-19-patient, ABCDE-gennemgang. Scenariet gav teamet mulighed for at overveje prioriteringer af værnemidler i behandlingen samt håndtering og transport af udstyr ind og ud af isolationsstuen.

Scenarie 2

Pleje og behandling af den akutte, kritiske og svært respiratorisk dårlige covid-19-patient med akut behov for overflytning fra stamafsnit til intensivafdeling. Dette scenarie havde fokus på behovet for klar kommunikation i den akutte situation,

Figur 1. Covid-klynger AUH marts 2020 – isolationssejgepladser





... in situ simulationerne bidrog til at øge de sundhedsprofessionelles faglige kompetencer, øge deres tillid til egne kompetencer samt afmystificere en ukendt og frygtet ny sygdom.

processerne bag godt teamsamarbejde og opmærksomhed på værnemidler ved aerosoldannende interventioner.

I perioden marts/april 2020 blev der gennemført 65 simulationer for i alt 277 medarbejdere allokert til de fire covid-19 klynger. Hver træningsseance, der varede 60-90 minutter, bestod af en case-præsentation, teori, simulation og debriefing.

Systematisk erfaringsopsamling

Som opfølgning på simulationerne blev der efter de sidste scenarier foretaget en systematisk erfaringsopsamling ved hjælp af flere fokusgruppeinterview. Informanterne var deltagere, kliniske eksperter, simulatorinstruktører, uddannelsesansvarlige og funktionsledere fra covid-19-klyngerne. Artiklen tager udgangspunkt i de interview, der blev udført med personale fra covid-klyngerne, som deltog i in situ simulationerne. Disse interview blev foretaget af forskere og eksperter i simulation fra MidtSim.

Der blev udført fire semistrukturerede fokusgruppeinterview med tilfældigt udvalgte deltagere, 3-4 sundhedsprofessionelle fra hver klynge. Størstedelen af de interviewede deltagere var sygeplejersker og yngre læger.

Interviewene tog bl.a. udgangspunkt i deltagernes oplevelse af at være sundhedsprofessionel under den tidlige fase af

covid-19, hvor arbejdet omfattede nye retningslinjer, nye arbejds gange, nye patienter og høje krav til håndteringen af smitte. Derudover blev der i interviewene spurgt ind til, hvilken betydning deltagelsen i in situ simulationen havde for deres videre arbejde.

Stort mentalt pres på personalet

Interviewene viste, at de store organisatoriske forandringer og behovet for en ekstraordinær indsats medførte et stort mentalt pres på personalet, særligt i de første uger efter pandemiens indtog.

"Det var lidt svært i starten at finde ud af, hvad vi skulle, og hvordan skulle vi gøre os klar, for der var ingen opskrift på det! Vi skulle ligesom finde ud af det hen ad vejen ..."

(Deltager i in situ simulation).

Hovedparten af simulationsdeltagerne oplevede ved pandemiens begyndelse arbejdet i covid-klyngerne som værende forbundet med en oplevelse af frygt og usikkerhed.

For nogle handlede det om frygt for selv at blive syg eller overføre smitte til egen familie. Andre beskrev det som at være fanget i en form for limbo eller parallelsamfund, idet Danmark lukkede ned, mens sundhedssektoren eksploderede i omstruktureringer og nye guidelines.

Sygdommen var allestedsnærværende, og ingen vidste, hvorvidt Danmark så frem til tilstande, som dem medierne omtalte i Italien og Spanien. For mange genererede ventetiden på de første covid-patienter i egen afdeling en vis utryghed.

"Hvad kommer jeg ind og møder? ... hvad kommer jeg til at stå i? ... dør de som fluer?"

(Deltager i in situ simulation).

Den manglende erfaring med covid-patienter og udfordringerne ved ikke at kende de lokale forhold på covid-klyngen førte i begyndelsen til en følelse af faglig usikkerhed.

"Det har været usikkert ... tingene har ændret sig dag for dag, vi har skullet forsøge at holde os ajour med e-dok dokumenter (kliniske retningslinjer, red.). For mit vedkommende også som en kastebold mellem forskellige afdelinger."

(Deltager i in situ simulation)

Alt personale understregede i vores interview stor villighed til at være omstillingsparat, og mange deltagere syntes, det var spændende at have været med til at forme behandlingen til en ny og ukendt patientgruppe. Samtidig var der dog en konstant og allestedsnærværende utryghed forbundet med, at sygdommens omfang på dette tidspunkt var uklar.

"Vi har savnet noget sikkerhed, vi frygter at skulle passe covid-patienter."

(Deltager i in situ simulation)

Flere deltagere beskrev den turbulente virkelighed som særdeles hård, og enkelte beskrev konkrete fysiske symptomer afledt af situationen.

"Det har også været spændende og meget udfordrende, men meget usikkert ... og jeg kan godt mærke nogle fysiske symptomer bagefter. Jeg har svært ved at sove, og jeg har spekuleret meget. Nu, hvor der er faldet ro på, så begynder man at tænke efter. Det har fyldt alt i min



hverdag, både herude hvor man skulle sætte sig ind i tingene hver dag ... og så gik du hjem, og så så du nyhederne. Efter fire uger er man helt "fed up" og har brug for at sove meget"

(Deltager i in situ simulation).

Frygten for det uvisse afmystificeret

De store forandringer under covid-19-pandemiens første uger havde således stor betydning for de sundhedsprofessionelles mentale helbred. Interviewene viste dog, at in situ simulationerne havde afmystificeret noget af frygten for det uvisse omkring covid-patienten.

"Jeg er ikke nervøs mere. Det har givet en ro ... hvor dårlige er de egentlig? Det fik jeg svar på gennem de her cases ... nåh, det er altså sådan, vi skal gøre ... det gjorde, at jeg egentlig ikke var nervøs for at skulle passe dem bagefter."

(Deltager i in situ simulation)

Oplevelsen af at stå i en simuleret men realistisk situation i de virkelige lokaler bidrog til, at deltagerne fik større tillid til deres egne faglige kompetencer og egen sikkerhed i forbindelse med brug af værnemidler.

"Man agerer bare anderledes i noget andet tøj, og det med værnemidler er vigtigt. Man får også afmystificeret tingene ved bare at springe ud i det og prøve at skrue lidt på ilten og sådan."

(Deltager i in situ simulation).

Vigtigheden af at træne i de rigtige omgivelser med korrekt brug af værnemidler blev fremhævet adskillige gange blandt deltagerne. Ydermere hjalp simulationerne deltagerne til at konkretisere den teoretiske viden om covid-19 til klinisk praksis – også for de deltagere, som ikke havde erfaring med respiratorisk dårlige patienter:

"Vi er blevet bedre til at håndtere respiratorisk dårlige patienter. Det er måske ikke det, vi sådan plejer at tænke på. Så på den måde tror jeg, man har nogle andre briller på nu ... det er ikke der, vi plejer at have vores fokus."

(Deltager i in situ simulation).

Simulation kan afhjælpe den kognitive belastning

Under tidligere epidemier som f.eks. Ebola har simulation vist sig som et effektivt værktøj til at afprøve nye arbejdsgange og sikre teamsamarbejdet i en blandet personalegruppe (2). Ud over det umiddelbart uddannelsesmæssige formål kan simulation anvendes til at sætte fokus på organisatoriske udfordringer og hjælpe personalet til at klare det emotionelle pres, som kan opstå under en pandemi som covid-19 (3).

De tidligste estimater fra Kina anslår, at over 3.000 sundhedsprofessionelle blev inficeret med covid (4), og det er derfor vigtigt ikke at underkende oplevelserne af frygt og risiko blandt de professionelle, som stod i første række under covid-19-pandemiens tidligste måneder.

Den høje mentale belastning viste sig for nogle af undersøgelsens deltagere som træthed og fysisk udmattelse, et symp-

tombillede der muligvis vil ses blandt flere sundhedsprofessionelle, efterhånden som pandemien trækker ud. Selv om covid-19 efterhånden er blevet en stor del af alle danskeres hverdag, stiller den fortsat høje krav til dem, der arbejder med sygdommen tæt inde på livet hver dag. Der er således fortsat behov for øget fokus på tiltag, der kan afhjælpe det oplevede emotionelle pres blandt sundhedsprofessionelle. Samtidig er det væsentligt kontinuerligt at afdække behovet for kompetenceudvikling ved nye indgribende organisatoriske forandringer grundet covid-19.

Denne undersøgelse bekræfter internationale eksperter udsagn om, at simulation kan afhjælpe den kognitive belastning, der opstår under pandemier som covid-19 (3). Simulation har således ikke kun et lærings- og patientsikkerhedsmæssigt formål, men kan i høj grad medvirke til at skabe faglig og personlig tryghed i situationer, hvor det sundhedsfaglige personale udsættes for store forandringer og risici. Dette perspektiv understreges af yderligere undersøgelser (1) og gennem deltagernes oplevede afmystificering af det ukendte og i første omgang frygtede ved covid-19-patienten.

Oplevelse af større faglig sikkerhed

In situ simulation bidrog til, at de pleje- og behandlingsmæssige opgaver omkring covid-19-patienten blev tydelige, hvilket førte til en oplevelse af større faglig sikkerhed både individuelt og i teamet. Desuden gav in situ simulationerne deltagerne mulighed for at træne teamsamarbejde og kommunikation, vigtige elementer når de ansatte på covid-klyngerne ikke nødvendigvis kendte hinanden i forvejen. In situ simulationerne gav desuden deltagerne mulighed for at efterprøve nye arbejdsgange, hvilket førte til stor organisatorisk læring på flere niveauer.

En sådan læring er mulig, fordi simulation skaber et rum, hvor det er tilladt at fejle, og den enkelte opfordres til at bidrage med sin viden uanset erfaringsgrundlag (5). Med få, fokuserede læringsmål reduceres det problemfelt, deltageren forventes at kunne håndtere, hvilket mindsker kognitiv belastning og giver plads til læring (5).



Danmark lukkede ned, mens sundhedssektoren eksploderede i omstruktureringer og nye guidelines.



Den ekstraordinære situation i foråret 2020 gjorde det muligt at afvikle og implementere in situ simulation i særligt stort omfang og derved hjælpe flere hundrede sundhedsprofessionelle med at omstille sig på ganske få uger. Det er vores opfattelse, at behovet for tydelige roller og ansvarsfordeling i samarbejdet omkring patienten, kendskab til afdelingens patientkategori og et fælles tværfagligt sprog ikke kan ses som unikke for en ekstraordinær pandemisituation. Tydelig teamkommunikation og oplevelsen af faglig tryghed i behandlingssituationer er kendte faktorer med betydning for patientsikkerheden (6) i den almindelige kliniske hverdag.

På baggrund af undersøgelsens resultater kan det derfor anbefales at indtænke in situ simulation, når sundhedsprofessionelle konfronteres med nye eller uvante situationer, hvor teoretisk viden skal omsættes til håndgribelige sundhedsfaglige opgaver (1). Herved mindskes oplevelsen af faglig usikkerhed til gavn for både den professionelle og for patientsikkerheden. ●



Det anbefales at indtænke in situ simulation, når sundhedsprofessionelle konfronteres med nye eller uvante situationer ...

Hvordan opnår vi større fokus på faglig og personlig tryghed i situationer, hvor sundhedsprofessionelle oplever forandringer?

Hvornår oplevede du sidst godt teamsamarbejde i en behandlingssituation, hvor du ikke kendte alle i teamet – og hvad var godt?

Hvordan har covid-19 påvirket dit og dine kollegers arbejde?

Referencer

1. Jensen RD, Bie M, Gundso AP, Schmid JM, Juelsgaard J, Gamborg ML, Mainz H, Rölfing J*. Preparing an orthopedic department for covid-19 - lessons learned from reorganization and educational activities. *Acta Orthop. Epub: 2020 Sep 10 doi.org/10.1080/17453674.2020.1817305* 2. Gaba DM. Simulation as a critical resource in the response to Ebola virus disease. *Simul Healthc. 2014;9(6):337-8.* 3. Dieckmann, P, Torgeirsen K, Qvinesland SA et al. The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like covid-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Adv Simul 2020;5,3 https://doi.org/10.1186/s41077-020-00121-5.* 4. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the covid-19 global epidemic. *JAMA;2020. JAMA. 2020;323(15):1439-40. doi:10.1001/jama.2020.3972* 5. Reedy GB. Using cognitive load theory to inform simulation design and practice. *Clin Simul Nursing; 2015;11(8):355-60.* 6. Tørring B, Gittell JH, Laursen M, Rasmussen BS, Sorensen EE. Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. (2019). *BMC health service research. Vol 19, Article no; 528 https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0*

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.

Ledelse, kompetencer og løn er forbundet

En ny stillingsstruktur inddelte sygeplejerskerne på en urologisk afdeling i tre trin, og for de to øverste trin blev der defineret specifikke uddannelseskrav, der afspejles i lønnen.

🔵 Hvordan sikrer en leder udvikling af de sygeplejefaglige kompetencer, og hvordan kan lederen matche sygeplejerskernes løn i et foranderligt sundhedsvæsen? Hvilke udfordringer har en leder?

Der er mangel på sygeplejersker i Danmark. Regeringen taler om 1.000, men er det nok? Hvad koster en sygeplejerske? De unge er billigere end dem med flere års erfaring og mere uddannelse. Erfaring og uddannelse koster penge. Og har vi råd til det? Man kan også spørge, om vi har råd til at lade være? Vi skal have pengene til at række med den lønsum, vi har til rådighed, men hvilken pris betaler vi for ikke at give sygeplejerskerne løn efter deres kompetencer,



KIRSTEN RUD

Sygeplejerske 1978, SD, DLS, Ledelse med et systemisk og narrativt perspektiv (DISPUK). Ledende oversygeplejerske, Afdeling for urinvejssygdomme, Herlev Gentofte Hospital.

Kirsten.rud.o1@regionh.dk

RESUME

Sygeplejefaglige ledere bør styrke de sygeplejefaglige kompetencer hos sygeplejerskerne, og det kræver vedholdenhed og fokus på sygeplejens faglige værdi. Det skaber et spændende tværfagligt samarbejde og et godt arbejdsmiljø, men forudsætter, at sygeplejerskernes stillingsstruktur er sat i system, og at sygeplejerskerne får løn i forhold til deres kompetencer.

Dette var indholdet af en ambitiøs vision for ledelsen af sygeplejen i Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev Gentofte Hospital. For at nå dertil blev der gennemført en kortlægning via spørgeskemaer for at finde afdelingens

udgangspunkt og kompetencer. Desuden blev der gennemført uformelle fokusgruppeinterview med ledere og sygeplejersker på alle niveauer.

Forløbet førte til, at basissygeplejerskerne i afdelingen blev kategoriseret i forhold til et kompetenceprogram for sygeplejersker, der indeholder tre kategorier. Desuden blev sygeplejerskernes stillingsstruktur sat i system, så de nu får løn i forhold til kompetencer, men inden for en økonomisk ramme.

For patienterne betyder det, at de nu modtager sygepleje på et højt niveau udført af sygeplejersker med kompetencer på et specialiseret niveau.

og hvad betyder det at højne fagligheden hos sygeplejerskerne? Som ledende sygeplejersker har vi et ansvar for at uddanne og øge den enkelte sygeplejerskes kompetencer og betale løn i forhold hertil og at sikre, at patienterne får pleje af højeste kvalitet.

Som sygeplejefaglige ledere i et foranderligt sundhedsvæsen har vi pligt til at gøre sygeplejefaget attraktivt for både de nyuddannede og de erfarne. Faget skal kunne rumme begge grupper, og det skal ses som en styrke, at vi har unge sygeplejersker med en teoretisk baggrund og modne sygeplejersker med en høj grad af erfaringsviden. Vi skal have fokus på at få begge typer sygeplejersker til at kompetentere hinanden. Lederen må derfor stå i spidsen for et favnende arbejdsmiljø (1).

Det faglige udgangspunkt kortlagt

Som en start på udvikling af kompetencer også i vores afdeling blev det sygeplejefaglige udgangspunkt kortlagt i 2015. Kortlægningen viste, at de unge sygeplejersker og dermed også dem med mindst erfaring arbejder i sengeafdelingerne. De modne sygeplejersker med mere erfaring er i ambulatorierne. Løntillæg er tilfældige, usystematiske og har ingen kobling til kompetencer, se Tabel 1,2,3.

Kortlægningen viste også, at Urologisk afdeling rummer sygeplejersker med stor praksiserfaring, som bidrager til at skabe struktur og rutiner. Halvdelen af sygeplejerskerne i sengeafdelingen og samtlige sygeplejersker i ambulatoriet havde fra seks til mere end 10 års erfaring.

Udgangspunkt for kompetenceudvikling og løn i 2015

Tabel 1. Basissygeplejersker 2015

Urologisk afdeling	Sengeafsnit	Ambulatorium	Lønforhold
Erfaring som sygeplejerske			Tilfældigt/usystematisk/uigennemskuelig/ingen kobling med kompetencer
0-5 år	50 pct.	0	
6->10 år	50 pct.	100 pct.	

Tabel 1 viser, at halvdelen af sygeplejerskerne i sengeafsnittene har 0-5 års erfaring, og halvdelen har 6->10 års erfaring. I ambulatorierne har alle 6->10 års erfaring. Generelt er lønnen uden systematik, og der er ingen kobling mellem kompetencer og løn.

Tabel 2. Specialsygeplejersker 2015

Specialsygeplejersker*	Sengeafsnit, antal ansatte	Ambulatorium, antal ansatte
	0	0

I 2015 havde afdelingen ingen sygeplejersker med betegnelsen specialsygeplejersker.

*En specialsygeplejerske har mange års erfaring inden for specialet urologi og teoretisk uddannelse (hel eller delvis diplomuddannelse/specialuddannelse (f.eks. kræftsygepleje) og arbejder i klinikken indenfor et specielt klinisk område/med en speciel funktion på et højt fagligt niveau, se Tabel 5).

Tabel 3. Kliniske specialister 2015

Kliniske specialister inden for områderne	Sengeafsnit, antal ansatte	Ambulatorium, antal ansatte	Master/kandidatgrad	Lønforhold
Prostata	0	1	Ingen efteruddannelse	Tilfældigt og beskrevet som personlige tillæg uden kobling til kompetencer.
Nyre	1	0	Ingen efteruddannelse	Do.
Blære	1	0	Ingen efteruddannelse	Do.
Sten	1	0	Masteruddannelse	Ifølge overenskomst

Afdelingen havde kliniske specialister inden for fire hovedområder i 2015. Kun en af de kliniske specialister havde en videregående uddannelse på dette tidspunkt.

Det er dog en udfordring, at de ansatte sygeplejersker med titlen "klinisk sygeplejespecialist" primært har dygtiggjort sig i klinikken og i mindre grad tilegnet sig videreuddannelse, for videreuddannelse bidrager bl.a. til kreativitet og nytænkning i sygepleje, hvorfor det er et område, der er fokus på i kompetenceudviklingsprogrammet. Struktur og rutine på afdelingen er en forudsætning for udøvelse af kreativitet og udvikling af sygeplejen, men det kan også være bremsende for den faglige udvikling og kultur, hvis lederen kun tilstræber struktur og rutiner (2).

Et kompetenceudviklingsprogram med tre trin

Region Hovedstaden offentliggjorde i 2015 en strategi for forenkling af stillingsstrukturen, som for den kliniske sygepleje blev opdelt i følgende stillinger: basissygeplejerske, specialsygeplejerske og klinisk sygeplejespecialist. Strategien beskrev, at der inden for stillingerne specialsygeplejerske og klinisk sygeplejespecialist forelå specifikke uddannelseskrav (3).

Siden 2015 har afdelingssygeplejerskerne, kliniske specialister, kliniske undervisere samt forfatteren arbejdet for at opfylde Region Hovedstadens mål om forenkling af stillingsstrukturen for sygeplejersker.

Vores hovedområde har været den kliniske sygepleje. Her har vi udarbejdet et kompetenceprogram for basissygeplejerskerne med tre trin (K1-K3) for at øge deres kvalifikationer og har beskrevet selvstændige funktioner for sygeplejersker både i ambulatorierne og i sengeafsnittene.

Mulighed for faglig udvikling

Visionen for afdelingen var at skabe en sygeplejefaglig kultur, som indeholdt struktur og rutiner, der kunne bidrage til patientsikkerhed, men også give mulighed for videreuddannelse for at skabe frihed til at være kreativ og nytænkende. Det havde dog førstehedsrang til styrke basissygeplejerskers kompetencer.

Sygeplejersker, som plejer patienterne enten i sengeafsnittene eller i ambulatorierne, er den største gruppe og rummer 85-90 pct. af sygeplejerskegruppen. Visionen var klar og enkel: Urologisk afdeling skal være et sted, hvor sygeplejersker har mulighed for at udvikle sig fagligt, har lyst til at arbejde både som nyuddannede og erfarne, hvor lønnen afspejler den enkeltes kompetencer, og hvor patienterne får pleje af høj kvalitet.

En dilemmafyldt kultur

Erfaringen er, at de nyuddannede sygeplejersker er vant til fra deres uddannelse, at der bliver stillet krav til deres kliniske og teoretiske kunnen. De har gåpåmod og forudsætningerne for at fordybe sig i de klinisknære områder. Derfor er det op til lederen at være kreativ, nytænkende og turde at lade de nyuddannede udfolde sig.

De erfarne sygeplejersker er typisk uddannet, før uddannelsen blev en professionsbacheloruddannelse og kan ofte være toneangivende overfor de nyuddannede sygeplejersker, hvilket fra tid til anden kan bidrage til en dilemmafyldt kultur. Dilemmaet opstår, hvis de nyuddannede sygeplejersker stiller spørgsmål ved den struktur og de rutiner, der netop er bestemt af de erfarne sygeplejersker. Det kan virke afskrækkende og tage modet fra nye sygeplejersker, hvis de bliver afvist af erfarne sygeplejersker. En dansk masterstuderende (4) angiver, at nogle nyuddannede sygeplejersker ligefrem



Uddannelse i kombination med erfaring har stor betydning for faget.

kan føle sig mobbet og nedgjort af de ældre sygeplejersker.

Sammenhæng mellem løn og kompetencer

Kortlægningen i 2015 viste, at sygeplejerskernes løntillæg er tilfældigt fordelt. De sygeplejersker, som har haft en frembrusende personlighed og mod til at spørge om mere i løn, opnåede dette. Den stille sygeplejerske med mindre mod til at spørge om højere løn er til gengæld blevet forbigået. Det er dermed klart, at der er behov for en klar vision om, at kompetenceudvikling og løn hos sygeplejersker skal følges ad og ikke være afhængige af hverken mod eller personlighed. Desuden skal det være muligt for sygeplejersker på både sengeafsnit og i ambulatorier at øge deres sygeplejefaglige kompetencer og vide, hvilken løn de er berettiget til.

Udfordringer med en retfærdig løn

Når man prøver at udforme en lønramme til basissygeplejersker, der imødekommer deres kompetencer, er der både muligheder og begrænsninger. Der er mulighed for at give løntillæg for kvalifikationer og funktioner, men beløbene har en begrænsning, idet de samlet set ikke må overstige budgettet for sygeplejersker i afdelingen. Ligeledes må tillæg til basissygeplejersker ikke overstige de tillæg, der er forhandlet til specialsygeplejersker og kliniske specialister, idet der til de funktioner er koblet et krav om uddannelse.

- Tillæggene for basissygeplejersker (bachelor i sygepleje) i Urologisk afdeling indeholder både kvalifikations- og funktionstillæg og har et maksimum svarende til 4.300 kr. pr. måned ved fuldtid på 37 timer.
- Tillæggene for sygeplejersker med specialfunktioner, der har et krav om en specialuddannelse eller hel/delvis diplomuddannelse, har et maksimum svarende til 5.150 kr. pr. måned ved fuldtid på 37 timer.
- Tillæggene for kliniske sygeplejespecialister med krav om master eller kandidatuddannelse er forhandlet med



Resultat af kompetenceudvikling og løn 2020

Table 4. Basissygeplejersker 2020

Basis	Sengeafsnit Antal (n= 53)	Ambulatorium Antal (n=52)	Lønforhold	Løntillæg: Samlet maks. beløb pr. år: 52.000 kr.
Intro	7		Grundbeløb som sygeplejerske	
K1	46	52	Kompetenceniveau 1 forhandlet	Kr. 14.194
K2	29	46	Kompetenceniveau 2	Kr. 14.194
K3	0	27	Kompetenceniveau 3	Kr. 14.194
F	x)	x)	F = Funktionstillæg. En sygeplejerske kan kun have én funktion. f.eks. sår, ernæring eller smertebehandling. x) = Forekommer både i sengeafsnit og ambulatorium	Kr. 7.215

Sengeafsnittene (tre stk.) har 53 sygeplejersker. Syv sygeplejersker har endnu ikke opnået K1, 46 har opnået K1, og 29 har desuden opnået K2, endnu har ingen sygeplejersker opnået K3. I ambulatorierne (to stk.) har 52 sygeplejersker opnået K1, 46 K2 og 27 K3.

Funktionstillæg kan opnås i både sengeafsnit og i ambulatorium. Dog er det kun muligt at have én funktion pr. sygeplejerske. En mindre gruppe sygeplejersker har selvstændige ambulatorielister (lister med patienter, som sygeplejerskerne selvstændigt taler med som opfølgning på behandling eller rehabiliteringssamtaler). Tillæg for dette: kr. 9.463/året.

Table 5. Specialsygeplejersker 2020

Kategorier for specialsygepleje	OP, antal ansatte specialsygeplejersker	Ambulatorium, antal ansatte specialsygeplejersker	Sengeafsnit, antal ansatte specialsygeplejersker	Hel eller delvis diplomuddannelse/specialuddannelse/urologisk erfaring
OP-booker	3	0	0	Individuelt
Kræftkoordinator	0	3	0	Individuelt
Uro-stomi	0	2	0	Individuelt
Stenkusning	0	2	0	Individuelt
Uroterapi	0	1	0	Individuelt (Uroterapeut, specialuddannelse)
Kræftsygepleje	0	1	0	Individuelt (Kræftsygepleje, specialuddannelse)
Ledelsesfunktion	0	2	1	Individuelt
Udskrivelseskoordinator	0	0	2	Individuelt

Table 5 viser, at afdelingen har defineret otte kategorier som specialsygepleje. Sygeplejerskerne arbejder i klinikken, koordinerer patientforløbene og har stor erfaring inden for det urologiske speciale samt teoretisk uddannelse som hel eller delvis diplomuddannelse/specialuddannelse eller har gennemgået en teoretisk del, som er sammensat af interne kurser/certificering. De enkelte sygeplejersker har individuelle funktionsbeskrivelser, og løntillæggene er opdelt i teoretisk tillæg/erfaringsstillæg ud over kvalifikationstillæg, hvilket tilsammen udgør 18.925 kr. pr. år ud over kvalifikationstillæg.

Table 6. Kliniske specialister 2020

Specialistområder	Sengeafsnit, antal ansatte	Ambulatorium, antal ansatte	Master/kandidat
Prostata	1*	1	Master i klinisk sygepleje (*MKS-studerende).
Nyre	1	0	Master i klinisk sygepleje
Blære	1	0	Master i klinisk sygepleje
Kompleks urologi	1	0	Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling
Sten	1	0	Master i pædagogik
Vandladningsproblemer	0	1	Kandidat i antropologi
Sexologi	0	1	Master i klinisk sexologi

Afdelingen har i 2020 kliniske specialister inden for syv områder, et område har to ansatte (prostataområdet). Det svarer til én til hvert subspecialt (team) i afdelingen. Syv er uddannede på master/kandidat niveau, og én forventes at afslutte masteruddannelse i 2021. Alle har individuelle stillingsbeskrivelser med 3:2-funktion i klinikken/fordybelse. Den kliniske specialist har pligt til at deltage i udviklingen af sygeplejen inden for sit kliniske område i afdelingen. Løntillæggene gives i forhold til lønforhandling med Dansk Sygeplejeråd, Region H. Løntillægget udgør maksimalt kr. 89.000 om året.

Dansk Sygeplejeråd og er på 88.948 kr. pr. år svarende til 7.400 kr. pr. måned ved fuldtid på 37 timer.

Se Tabel 4,5,6 på den foregående side.

Personalets synspunkter inddraget

For at få et overblik over den nye struktur, der skulle indføres i afdelingen, blev der foretaget uformelle fokusgruppeinterview med henholdsvis nyuddannede basissygeplejersker, sygeplejersker med potentiel specialfunktion og kliniske sygeplejespecialister for at inddrage deres synspunkter i den videre proces og høre deres syn på krav om uddannelse, så vi ledelsesmæssigt kan tage afsæt i det (5).

Nyuddannede basissygeplejersker

På baggrund af fokusgruppeinterview med fire nyuddannede sygeplejersker blev det tydeligt, at de nyuddannede er meget motiverede for at arbejde i afdelingen og har et ønske om at fordybe sig i funktionsområder, f.eks. kirurgiske sår, behandling og ernæring. De nyuddannede sygeplejerskers forståelse for lønstigning kombineret med faglige indikatorer er ny. De nyuddannede sygeplejersker fremhævede positivt det retfærdige i, at øgede faglige kompetencer afspejler sig i lønnen. Det er dermed en leders ansvar at formidle præmisserne for at opnå højere kompetencer og derved højere løn til de nyuddannede.

Specialsygeplejersker

Via fokusgruppeinterview med specialsygeplejersker blev det tydeligt, at der kan være en barriere ved at tage en teoretisk uddannelse på diplomniveau. Det skyldes til dels, at det er en udfordring at finde diplomkurser, der matcher de kliniske områder, som specialsygeplejerskerne varetager. Det kan også skyldes, at det er længe siden, specialsygeplejerskerne har afsluttet deres sygeplejefaglige uddannelse, og de kan være nervøse for, om de kan overskue at tage en teoretisk uddannelse og samtidig opretholde et familieliv ved siden af. Det er afgørende, at lederen understøtter, at sygeplejersker med en specialfunktion har de rette kompetencer, der både indeholder erfaring og den rette uddannelse, så den matcher deres titel. Det giver anerkendelse og arbejdsglæde hos den enkelte specialsygeplejerske, at andre kender deres funktion og beføjelser. Det handler bl.a. om, at løn og anerkendelse går hånd i hånd, hvilket har stor betydning for arbejdsglæden.

Kliniske sygeplejespecialister

Via fokusgruppeinterview med de kliniske sygeplejespecialister stod det klart, at de sygeplejersker, som er ansat som kliniske sygeplejespecialister, ikke levede ikke op til de formelle uddannelseskra. De var dog fulde af ambitioner for både den kliniske sygepleje og det tværfaglige samarbejde med afsæt i viden og forskning inden for specifikke områder af urologien. De kliniske sygeplejespecialister har lyst til at tilegne sig mere viden, hvis muligheden er der. De er motiverede for at lære mere og udvikle sig, hvilket kan bidrage til et sikkert fundament og et bedre samspil med de øvrige sundhedsfaglige grupper.

Udfordringer med arbejde i klinikken vs. fordybelse

Behovet for specialisering inden for sygeplejen er igennem de seneste år blevet større. På afdelingen har vi derfor besluttet, at de kliniske sygeplejespecialister skal have ansvar for ét klinisk område inden for urologien. Det

indebærer bl.a., at de både skal have klinisk nært arbejde og samtidig tid til fordybelse, hvilket tiltaler de kliniske sygeplejespecialister.

Vi har som udgangspunkt i afdelingen en fleksibel 3:2-fordeling mellem det kliniske nære arbejde og fordybelse, hvilket fremgår af stillingsbeskrivelserne for den enkelte kliniske sygeplejespecialist.

Den tid, som de kliniske sygeplejespecialister anvender til fordybelse og derfor ikke er til stede i klinikken, har afdelings-sygeplejerskerne italesat overfor de øvrige sygeplejersker på afdelingen. Italesættelsen hjælper med at forebygge, at der opstår mistillid til den kliniske sygeplejespecialist. Ledelsens rolle er at synliggøre, hvilke udviklingsområder afdelingen arbejder med og vigtigheden af at kunne udvikle faget og formidle det.

Sygepleje på højt niveau skal fremmes

Ved at fokusere på de uddannelsesmæssige krav til de enkelte stillinger bliver det klart, at en kombination af teori og metode sammen med praksis udvikler sygeplejerskers færdigheder hurtigere end erfaring i klinikken alene. Uddannelse i kombination med erfaring har stor betydning for faget. Det har i særdeleshed også stor betydning for den enkelte sygeplejerskes adfærd og det tværfaglige samarbejde. Derfor er det vigtigt, at lederen fremmer en kultur, hvor der er plads til, at sygeplejerskerne tilegner sig større teoretisk og metodisk viden. På den måde sikres det, at sygepleje udføres på det højeste mulige niveau.

Kategorisering gennemført

Efter et par år, hvor alle medarbejdere har været gennem MUS, er det lykkedes for afdelings-sygeplejerskerne at kategorisere de enkelte basissygeplejersker inden for kompetencekategorierne K1-K3. I sengeafdelingerne har sygeplejerskerne opnået K1 og K2 og i ambulatorierne K1, K2 og K3.

Både i sengeafsnitene og i ambulatoriet har vi taget funktionsområder og selvstændige ambulatorielister i brug (lister med patienter, som sygeplejerskerne selvstændigt taler med som opfølgning på behandling eller rehabiliteringssamtaler).



Vi har defineret og uddannet sygeplejersker til at varetage specialfunktioner i klinikken, og vi har defineret, hvilke områder der kræver specialister samt sørget for, at de kan honorere de krav, der er til specialuddannelserne (master eller kandidat), se Tabel 4,5,6.

Et godt ledelsesværktøj

Afdelingssygeplejerskerne betragter i dag kompetenceprogrammet som et godt ledelsesværktøj. Der er sat ord på de enkelte kompetenceniveauer, og der er en plan for, hvilken grundlæggende træning i afdelingen og hvilke kurser de nyuddannede sygeplejersker skal igennem for at opnå et højere kompetenceniveau. Det er dog en stor udfordring at have et ledelsesmæssigt overblik over udviklingen hos hver enkelt sygeplejerske og samtidig overholde budgettet. Det er vigtigt, at der er et tilbud til alle, og at tilbuddene er relevante for den enkelte sygeplejerske.

I praksis bliver kompetenceudviklingsprogrammet brugt i forbindelse med den årlige MUS-samtale for basissygeplejerskerne. Afdelingssygeplejersken vurderer i samarbejde med den kliniske sygeplejespecialist og mentorerne de enkelte sygeplejerskers færdigheder og potentiale. Herefter afholder afdelingssygeplejersken MUS-samtale med de enkelte sygeplejersker, hvor sygeplejersken får mulighed for at reflektere over eget sygeplejefaglige niveau, ønsker og muligheder.

Hold fast i sygeplejens faglige værdi

Det er vigtigt, at sygeplejefaglige ledere tager udgangspunkt i at styrke de sygeplejefaglige kompetencer hos sygeplejerskerne. Det kræver vedholdenhed og fokus på sygeplejens faglige værdi i patientens forløb. Men det skaber også et spændende tværfagligt samarbejde og et godt arbejdsmiljø. Det øgede fokus på kompetenceudvikling for basissygeplejersker og forenkling af stillingsbetegnelser har betydet, at stillingsstrukturen for sygeplejersker er sat i system.

Det er overbevisningen, at fremtiden for sygeplejen er øget specialisering og mulighed for uddannelse, kompetenceudvikling og fordybelse i sygeplejefaglige områder, der har relation til klinikken. Det betyder, at sygeplejen skal ledes med et fagligt fokus, så patienterne oplever, at de modtager sygepleje på et højt niveau.

For at det skal lykkes, kræver det, at vi fortsat arbejder efter visionen og har modet til at udfordre kompetencerne hos den enkelte sygeplejerske og hos os selv som ledere. ●

Hvordan forholder I jer til koblingen mellem krav om videreuddannelse og løn?

Hvilke fordele og ulemper ser I ved en sådan stillingsstruktur?

Hvordan vil patienterne profitere af et øget uddannelsesniveau hos sygeplejerskerne?

Referencer

1. Kelly LA, Mchugh MD, Aiken LH. Nurse outcomes in Magnet and non-Magnet hospital. *J Nurs Adm* 2012;42:44-9. doi: 10.1097/NNA.0b013e31823ee676
2. Larsen B & Hein HH (red). *De nye professionelle. Fremtidens rolle for de veluddannede. Rutiner og rammer, kunst og kreativitet.* København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag 2007;151-71.
3. Region Hovedstaden: *Kvalitet og udvikling. Stillingsstruktur, generiske stillingsbeskrivelser og karriereveje for sygepleje på Herlev og Gentofte hospital* 2015;1-7.
4. Skriver C. *Fastholdelse af nyansatte gennem onboarding og situeret læring, Master i voksnes læring og kompetenceudvikling, Aarhus Universitet* 2018. **Fås ved henvendelse til claus.skriver@regionh.dk**
5. Fogh Kirkeby O. *Ledelsesfilosofi. Et radikalt normativt perspektiv.* København: Samfunds-litteratur 2003;134.

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.



TINA CHARLOTTE BITSCH HANSEN

Sygeplejerske 2003, specialuddannet intensiv sygeplejerske 2009, Master i Humanistisk Sundhedsvidenskab og Praktisudvikling, Aarhus Universitet 2015. Ansat på Nykøbing Sjællands Sygehus, medicinsk afdeling fra 2003-2005. Herefter ansat på Anæstesiologisk afdeling, intensivt afsnit, Holbæk Sygehus, og tilknyttet Forskningshus, Holbæk Sygehus.



GITTE BUNKENBORG

Sygeplejerske 1989, specialuddannet intensiv sygeplejerske 1999, Master i Voksenuddannelse fra Roskilde Universitet 2004, ph.d. fra Lunds Universitet 2014. Ansat på Anæstesiologisk afdeling i intensivt regi på henholdsvis Roskilde Sygehus og Hvidovre Hospital 1992-2014, siden 2014 forskningsleder for MVU-området på Holbæk Sygehus. Lektor i klinisk sygepleje på Institut for Regional Sundhedsforskning på Syddansk Universitet.

gibu@regionsjaelland.dk

Mobilt akut-team hjælper både patienter og personale

Mobilt Akut Team (MAT) findes på mange danske sygehuse. På Holbæk Sygehus er der over en periode på et halvt år foretaget en undersøgelse, der viser organisering og effekt af MAT-kald.

Formålet med artiklen er at præsentere patientsikkerhedsredskabet Mobilt Akut Team (MAT) og debattere anvendelsen af MAT, der er blevet en del af sygeplejerskers arbejdspraksis på mange danske sygehuse. MAT blev præsenteret i fagbladet *Sygeplejersken* i 2007 efter at være blevet implementeret på bl.a. Hvidovre Hospital som led i Operation Life (1,2), se Boks 1.

Organisering og effekt af MAT

Der er forskellige måder at organisere et MAT på. Det kan være bemanded med en anæstesiolog og en intensivsygeplejerske eller blot med en intensivsygeplejerske, som foretager den første vurdering af patienten og kalder anæstesiolog ved behov. Uanset teamsammensætning skal den tilkaldende sygeplejerske og læge samarbejde.

Hidtil har undersøgelser ikke kunnet svare entydigt på, hvilken teamsammensætning der er bedst. Undersøgelser af effekten af MAT målt på antal hjertestop viser heller ikke et entydigt resultat, idet nogle review konkluderer, at MAT har en reducerende effekt på antallet af hjertestop (3,4), mens andre ikke har fundet en sådan effekt. Sidstnævnte påpeger dog, at MAT har en betydning på andre forhold såsom forbedring af end-of-life care (5).

RESUME

Mobilt Akut Team (MAT) bliver kaldt til mangfoldige opgaver, hvoraf nogle kræver den specialuddannede intensivsygeplejerskes erfaring og kompetence, mens andre ligger inden for den erfarne ikke-intensivuddannede sygeplejerskes kompetenceområde.

MAT-funktionen blev introduceret som led i Operation Life i 2007. Resultaterne fra en retrospektiv undersøgelse af 356 patienter gennemført på Holbæk Sygehus i første halvdel af 2018 viser, at patienterne modtog i alt 656 akutte tilsyn fra MAT.

Undersøgelsen havde til formål bl.a. at skabe overblik over den aktuelle anvendelse af MAT og sammenholde anvendelsen med det, der var den oprindelige hensigt med funktionen.

Ud fra et perspektiv om at yde en faglig kompetent, undervisende og tryghedsskabende indsats, der styrker patientsikkerheden og øger sygeplejerskernes kompetencer på stamafdelingen, kan der være god og nyttig mening med, at spændvidden i opgaverne er bred.

Aktuelt foregår et studie med udgangspunkt fra Holbæk Sygehus, der undersøger, for hvem, hvordan og i hvilken udstrækning MAT virker. Svarene på disse spørgsmål forventes at være meget anvendelige for at kunne forbedre MAT.

Tilkald af MAT

MAT kan tilkaldes til alle voksne patienter. En international undersøgelse fandt, at patienter over 80 år diagnosticeret med flere kroniske sygdomme (særligt hjerte- og lungesygdomme) og med flere tidligere indlæggelser bag sig har en øget risiko for at få behov for MAT-tilsyn inden for 48 timer efter indlæggelse (6). MAT skal tilse patienten og i samarbejde med stamafdelingens sygeplejerske og læge foreslå sygeplejefaglige handlinger og til tider egentlig behandling, der kan stabilisere patienten.

For at MAT kan tilse en patient, er det afgørende, at der er en sygeplejerske, en læge eller en social- og sundhedsassistent, som identificerer, at patienten er ustabil og tilkalder MAT. I slutningen af 00'erne var tilkaldekriterierne fastsat som grænseværdier for de enkelte vitale parametre.

Sundhedspersonale kunne også tilkalde MAT, hvis de var bekymrede for patienten, uden at der var afvigelse i en eller flere vitale parametre. Både nationalt og internationalt er der opdaterede kriterier for tilkald af MAT. Teamet kan altid tilkaldes, hvis stamafdelingens personale er bekymrede for patienten eller ved ønske om en second opinion, f.eks. hvis patienten kun har mindre symptomer på forværring, men sygeplejersken vurderer, at noget er under opsejling, se Boks 2.

I dag er tilkald af MAT blevet en integreret del af Region Hovedstadens og Region Sjællands tværregionale instruks for anvendelse af Early Warning Score System, kaldet National Early Warning Score (NEWS). Der anvendes Early Warning Score-systemer over det meste af landet til systematisk monitorering af alle indlagte patienter for at kunne opspore forværring og iværksætte en bred vifte af målrettede handlinger i tide.

Overvejelser før tilkald

I tilfælde af, at patienten har en NEWS >6 eller at en enkeltparameterscore er >3, og der ikke foreligger en handlingsplan, skal det overvejes, om MAT skal kaldes. Tilkaldekriterier giver en klar rettesnor for, hvornår og til hvad, der skal kaldes MAT. Undersøgelser har fundet, at trods tilkaldekriterier og retningslinjer kan kulturen på en afdeling, sygeplejerskers uddannelsesniveau og deres erfaring med MAT samt MAT-sygeplejerskernes adfærd udgøre barrierer for at tilkalde MAT.

Boks 1. Kerneopgaver for MAT

Hensigten med og kerneopgaverne for det sygeplejerske-ledede Mobilt Akut Team:

- MAT bistår personalet på almene kirurgiske og medicinske afdelinger med at forebygge, at forværring i patienters tilstand fører til hjertestop eller indlæggelse på intensiv afdeling.
- MAT er en direkte tilgang til en specialuddannet intensivsygeplejerskes kompetencer.
- MAT kan kaldes af alt klinisk personale uden forudgående ordination fra læge.
- MAT underviser stamafdelingens sygeplejersker og unge læger, så de med tiden kan håndtere en lignede kritisk situation.

Boks 2. Karakteristik af deltagerne

Kriterier for tilkald af Mobilt Akut Team i Region Sjælland og Region Hovedstaden:

Akut forværring i vitale parametre

Respiration	Frekvens <8 eller >25
Iltmætning	=/<91 pct. trods iltbehandling
Systolisk BT	<90
Puls	<40 eller >131
Diureser	<50 ml/ 4 timer
Neurologi	Ændring i bevidsthedsniveau
Andet	Enhver patient, du er bekymret for, selvom ovenstående ikke er opfyldt.

Undersøgelserne peger også på, til hvilke konkrete opgaver der kaldes MAT. For eksempel fandt et amerikansk kvalitativt studie, at nyopståede ændringer i patientens vitale parametre får medicinske og kirurgiske sygeplejersker til at kalde MAT (7). Derudover lyttede sygeplejerskerne til deres intuition og foretog en helhedsvurdering af patienten, hvorefter de tilkaldte MAT ved bekymring for patienten. Sygeplejerskerne tilkaldte også MAT ved mangel på teknisk kunnen i forbindelse med udstyr, de ikke var bekendt med, ved mangel på praktiske færdigheder eller mangel på udstyr.

Sygeplejerskerne valgte også at kalde MAT for at få sparring til håndtering af patienter, hvis sygdomsbillede og plejebestand havde en større kompleksitet, end den enkelte sygeplejerske kunne håndtere. Undersøgelsen beskriver en tendens til, at relativt uerfarne sygeplejersker typisk tilkalder MAT til hjælp i forbindelse med praktiske opgaver som hjælp til at tage arteriepunktur m.m., mens mere erfarne sygeplejersker kalder til sparring og mere komplekse opgaver (7).

Det efterfølgende afsnit af artiklen tager afsæt i en retrospektiv undersøgelse af MAT-kald på Holbæk Sygehus i første halvdel af 2018.

MAT på Holbæk Sygehus

Holbæk Sygehus er et akut sygehus i Region Sjælland med ca. 338 sengepladser, og der udskrives på årsbasis (2018) ca. 22.660 patienter fra sygehuset. Region Sjællands borgere er i løbet af de seneste 30 år blevet mere multisyge, dvs. at mange lider af to eller flere kroniske sygdomme. Desuden er regionens borgere mere syge end borgerne i andre danske regioner (8). Multisygdom kan medføre mange og hyppige kontakter med sundhedsvæsenet herunder flere indlæggelser inden for en kort tidsperiode, efterhånden som patienterne bliver ældre, og deres kroniske sygdomme forværres.

MAT på Holbæk Sygehus blev startet i 2012 og er bemanded med en erfaren og specialuddannet intensivsygeplejerske, som døgnet rundt kan tilkaldes til indlagte patienter over 18 år. Efter en kort introduktion til funktionen, som varetages af den MAT-ansvarlige sygeplejerske på intensiv afdeling, oplæres den nye MAT-

sygeplejerske ved at følge en kollega rundt på tilkald. Den MAT-ansvarlige sygeplejerske præsenterer MAT-funktionen ved den månedlige fællesintroduktion af nye medarbejdere.

På Holbæk Sygehus skal den sygeplejerske, som har tilkaldt MAT, samt stamafdelingens læge være tilstede, når MAT ankommer på afdelingen, hvilket skal ske inden for 15 minutter. I løbet af MAT-kaldet aftales en pleje- og behandlingsstrategi, der kan imødegå patientens problematikker. Hvis der er behov for yderligere kompetencer, skal anæstesilæge tilkaldes.

I forbindelse med MAT-kald kan der foregå uformel bedside undervisning, hvor MAT-sygeplejersken demonstrerer, instruerer eller sparrer med sygeplejersken og/eller lægen, som har tilkaldt MAT. Herudover ud-

Boks 3. Opgave for vagthavende

Den vagthavende sygeplejerske på Mobilt Akut Team, Holbæk Sygehus, har følgende opgaver, der alle indebærer et møde mellem teamet, stamafdelingens sygeplejerske og patienten:

1. Akutte MAT-kald til en patient, der opfylder et eller flere tilkaldekriterier inkl. sygeplejerskens bekymring for patienten. Stamafdelingens sygeplejerske og læge skal være til stede hos patienten, når MAT kommer.
2. Efter hvert akutte MAT-kald går MAT-sygeplejersken et opfølgningstilsyn ca. 1-2 timer efter det oprindelige kald for at sikre, at den aftalte plan er fulgt, og at patientens tilstand ikke er forværret.
3. MAT-kald, hvor der efterspørges praktisk assistance, f.eks. a-gasser, tracheal-sugning, anlæggelse af PVK, sonder, urinkatetre.
4. Telefonkonsultationer om mindre vigtige spørgsmål.
5. Dialogrunder på Medicinsk, Ortopæd- og Parenkym-kirurgiske afdelinger. På disse runder går MAT-sygeplejersken ind på samtlige afsnit og forhører sig hos den ansvarshavende sygeplejerske, om der er behov for hjælp eller sparring til en patient. Afdelingernes sygeplejersker har således mulighed for at rådspørge sig vedrørende patienter, som de er særligt opmærksomme på, men som de vurderer, ikke har behov for et akut MAT-kald.
6. Opfølgende tilsyn på patienter, som dagen før blev udskrevet fra Intensiv afsnit efter at have været indlagt der i mere end 24 timer.

fører MAT-sygeplejersken opfølgende og opsøgende besøg m.m., se Boks 3.

Aktuelt dokumenteres aktiviteter, sygeplejefaglige handlinger og overvejelser i forbindelse med akutte MAT-kald i Sundhedsplatformen, men der foreligger ikke krav om at dokumentere hverken de opfølgende tilsyn eller aktiviteter i forbindelse med dialogrunderne og de telefoniske henvendelser. Det betyder, at en ret betydelig del af MAT-sygeplejerskernes arbejdsopgaver ikke er dokumenteret i detaljer, men kun opgjort som antal.

Hvordan anvendes MAT-funktionen?

Gennem en retrospektiv undersøgelse af MAT-funktionen på Holbæk Sygehus i pe-



MAT på Holbæk Sygehus blev startet i 2012 og er bemanded med en erfaren og specialuddannet intensivsygeplejerske, som døgnet rundt kan tilkaldes til indlagte patienter over 18 år.



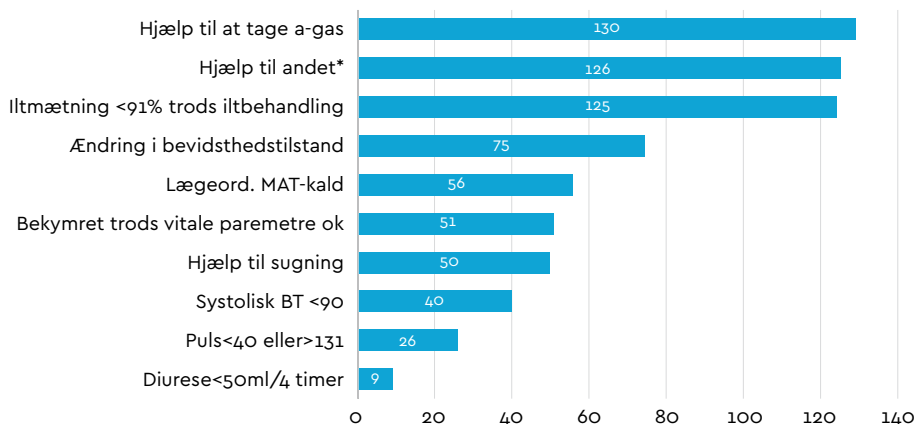
Oprindeligt var det hensigten, at MAT skulle undervise i håndtering af akutte situationer og ikke i basale sygeplejeopgaver.

rioden 1. januar til 30. juni 2018 ønskede vi at undersøge, hvad sygehusets MAT-funktion anvendes til, og at få et billede af den typiske patient, som tilses ved akutte MAT-kald. Vi mener, at den viden er vigtig, for at vi kan udvikle kvaliteten af MAT-funktionen, så den kan imødekomme de behov for hjælp, som patienter og sygeplejersker på de tilkaldende afdelinger har.

Vi gennemgik notater i Sundhedsplatformen for alle MAT-kald i første halvdel af 2018. I alt blev MAT i perioden tilkaldt til 356 patienter, som havde en gennemsnitsalder på 75 år (den yngste var 21 og den ældste 100 år), 51 pct. af patienterne var mænd, og hele 86 pct. af de 356 patienter havde mere end to komobiditeter, f.eks. hjerte-kar-sygdom, diabetes eller KOL.

Tabel 1. Årsager til tilkald af MAT

Årsager til at kalde Mobilt Akut Team på Holbæk Sygehus i 2018 angivet ved antal telefoniske henvendelse til teamet:



*Hjælp til andet dækker over en samling af forespørgsler vedrørende opsætning af varmtvandsfugter, anlæggelse af sonde og urinkateter m.m.

En lille tredjedel (29 pct.) af de 356 patienter havde været indlagt inden for den seneste måned, og 35 pct. af patienterne døde under den aktuelle indlæggelse. De, som døde, havde en gennemsnitlig alder på 80 år, og de patienter, som overlevede 180 dage efter udskrivelse, havde en gennemsnitlig alder på 70 år. Af de 230 patienter, som blev udskrevet fra sygehuset, blev 30 pct. genindlagt inden for 30 dage.

Når MAT tilkaldes på Holbæk Sygehus, foregår det pr. telefon direkte til MAT-sygeplejersken, som derved taler med den tilkaldende sygeplejerske og beder om en årsag til henvendelsen. De i Tabel 1 nævnte kaldekriterier samt høj NEWS (NEWS >6) blev kun nævnt i 47 pct. af tilkaldene. Årsagen til de fleste MAT-kald var et ønske om hjælp til praktiske handlinger, og ofte blev der opgivet flere årsager til MAT-kaldet, f.eks. lav iltmætning, hjælp til arteriepunktur og sugning.

Hvis man sorterer årsager til MAT-kald ud fra de såkaldte ABC-principper, hvor A er Airway, B er Breathing og C er Circulation, så vedrører 44 pct. af MAT-kaldene A- og B-problematikker. Herunder hører også hjælp til at få taget en arteriepunktur og hjælp til at trakealsuge patienten. Se Tabel 1.

Det er MAT-sygeplejerskens opgave at vurdere og lytte til patienten og have en dialog med sygeplejersken og lægen. I vores undersøgelse vurderede MAT-sygeplejersken, at der i visse tilfælde var andre presserende opgaver, der skulle håndteres, end de, der var blevet præsenteret i telefonen. En stor del af de opgaver, der blev udført i forbindelse med MAT-kald, var hjælp til vurdering og håndtering af luftveje og vejrtrækning, idet 77 pct. af kaldene kunne relateres til A- og B-problematikker på trods af, at A- og B-problemer i årsagsangivelserne kun var nævnt i 44 pct. af tilkaldene. Samlet set var der kun var meget få kald, der omhandlede C-, D- og E-problematikker.

”Hjælp til andet” er også rigt repræsenteret. Det dækker over andre interventioner, alt fra praktiske gøremål som anlæggelse af sonde og urinkateter til sparring med læge og sygeplejersker på afdelingen om den fremadrettede pleje- og behandlingsplan, se Tabel 2 på side 52.

Hos 108 af de 356 patienter blev MAT tilkaldt mere end én gang i løbet af den aktuelle indlæggelse. Data viser, at disse 108 patienter blev tilset af MAT mellem to og 13 gange med et gennemsnit på tre kald pr. patient. Hos 39 patienter var årsagen til MAT-kaldet den samme som tidligere (arteriepunktur, sugning og CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) som de mest gængse), mens der hos 69 patienter blev kaldt MAT på baggrund af andre årsager og udført andre tiltag. Hjælp til håndtering af A- og B-problematikker var som nævnt den hyppigste årsag til at kalde MAT, se Tabel 3 på næste side.

MAT opfylder behov

Patienterne, som modtager hjælp fra MAT, er ældre (gns. 75 år) og multisyge, og flere end en tredjedel af alle patienter

ter, som modtager hjælp fra MAT, dør under den aktuelle indlæggelse. En del patienter har behov for MAT's bistand flere gange og til flere forskellige problematikker.

Det er fakta, der er med til at tegne et billede af patientgruppen, der har behov for MAT som værende alvorligt syge mennesker med komplekse pleje- og behandlingsbehov, og det kan tænkes at have en betydning for, hvilke handlinger det vurderes at være hensigtsmæssige at iværksætte hos patienterne. Meget tyder på, at stamafdelingens sygeplejersker er bevidste om ABCDE-principperne, og at de er meget opmærksomme, når patienterne udviser unormale symptomer, der indikerer A (Airway)- og B (Breathing)-problematikker. De savner erfaring med, hvordan de selv skal håndtere problemerne og tilkalder MAT, idet der visse steder er langt mellem de erfarne kollegaer, sygeplejerskerne kan søge råd hos.

I lighed med internationale undersøgelser (7,9) er der på Holbæk Sygehus mange MAT-opgaver, der vedrører praktiske gøremål såsom at foretage

og analysere arteriepunktur, starte high-flow CPAP, anlægge sonde og urinkateter samt oplære sygeplejersker i opsætning af varmtvandsfugter og anlæggelse af PVK. Det tyder på, at sygeplejersker på medicinske og kirurgiske sengeafsnit har behov for støtte og supervision fra MAT-sygeplejersken til at udføre en klinisk opgave, inden de kaster sig ud i at udføre den selvstændigt.

Den anvendelse af MAT er i tråd med den oprindelige tanke om, at MAT skal bistå med bedside klinisk undervisning. Dog var det hensigten, at MAT skulle undervise i håndtering af akutte situationer og ikke i basale sygeplejeopgaver. Man kan formode, at en del tilkald involverer den lidt mere erfarne sygeplejerske, som ønsker sparring på en mere kompleks situation. Her er MAT typisk en sparringspartner og indgår i dialog med stamafdelingens sygeplejersker og læge. Vi har dog ikke data for sygeplejerskernes anciennitet og kan derfor ikke koble den med årsag til at tilkalde MAT.

MAT optimerer sygeplejen

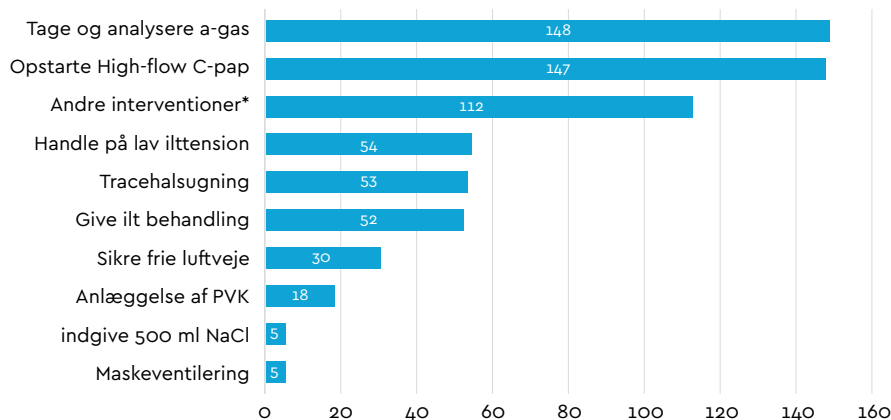
Den lokale Holbæk-undersøgelse viser, at de oplyste behov for hjælp og MAT-sygeplejerskens vurdering af handlingsbehovet ikke altid harmonerer, idet MAT identificerer andre problemer end dem, hun kaldes til og iværksætter handlinger på på baggrund af nyidentificerede problemer. Vi forstår det sådan, at med de ekstra øjne og den specifikke viden og erfaring, som en specialuddannet intensivsygeplejerske har, drager både patienter og sygeplejersker nytte af, at der eksisterer MAT på danske sygehuse. MAT-sygeplejersken er den erfarne kollega, som kan demonstrere praktiske handlinger og kan indgå i en refleksion over komplekse patientforløb, og endelig er hun et sikkerhedsnet under patienten, idet ikke-identificerede problematikker bliver opdaget, hvilket fører til iværksættelse af målrettede handlinger.

Vores undersøgelse peger på, at MAT anvendes ganske ofte, og at de opgaver, MAT bliver kaldt til, falder ind under den oprindelige hensigt med MAT

Gennemsnitligt er der på Holbæk Sygehus to akutte MAT-kald pr. dag, og hertil

Tabel 2. Handlinger udført ved kald af MAT

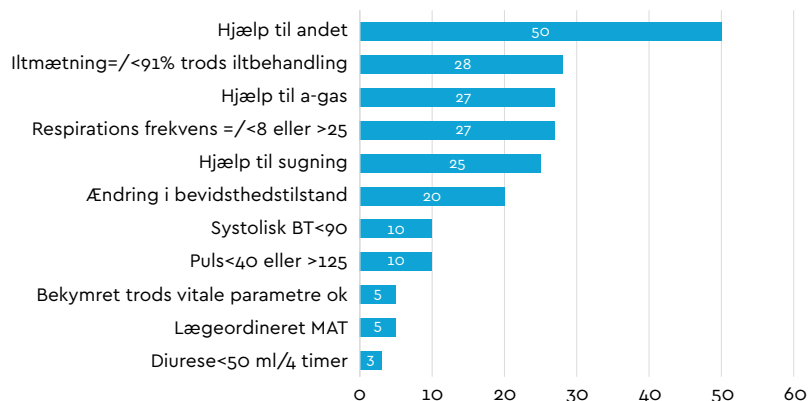
Handlinger udført af Mobilt Akut Team på Holbæk Sygehus i 2018 ved førstegangsk akutte tilkald:



*Andre interventioner er en samling af alt fra anlæggelse af sonder over vejledning i medicingivning til sparring om den fremadrettede pleje- og behandlingsplan.

Tabel 3. Handlinger udført ved tilkald af MAT, gentagelsestilfælde

Handlinger udført af Mobilt Akut Team på Holbæk Sygehus i 2018 hos patienter med behov for flere akutte tilkald af teamet og på baggrund af problematikker og behov for handlinger, der var forskellige fra første akutte tilkald:





kommer andre opgaver i form af opfølgende tilsyn efter akutte kald og overflytning fra intensivafdelingen samt sparring under de daglige runder på afdelingerne. Vi vurderer, at den hyppige anvendelse er et udtryk for, at funktionen værdsættes. MAT udfører en række forskellige opgaver og gør med stor sandsynlighed en positiv forskel for patienter og sygeplejersker.

Man kan med rette problematisere, at der kun er krav om dokumentation af en begrænset andel af alle de opgaver, som MAT udfører, og derfor er det ikke tydeligt, hvilken ressource den samlede MAT-funktion udgør for varetagelsen af akutte og mere basale opgaver på et sygehus.

Anlægger man et kritisk blik på det faktum, at MAT anvendes til at udføre basale sygeplejefaglige opgaver, f.eks. at lægge sonde, kan man spørge, om det er den bedste udnyttelse af meget erfarne, specialuddannede intensivsygeplejerskers kompetencer og tid, eller om behovet for supervision og støtte til nyuddannede sygeplejersker kan tilgodeses på en bedre måde?

Det er vores opfattelse, at det er hensigtsmæssigt at have en MAT-funktion i og med at MAT-sygeplejersken, samtidig med at hun udfører en basal praktisk opgave, vurderer patienten med inddragelse af al sin viden og erfaring. Dermed følger hun sin kliniske kompetence til de specialekyndige sygeplejerskers viden og kendskab til den enkelte patient. Det giver alt i alt den bedste faglige løsning på patientens problemer. ●



Man kan med rette problematisere, at der kun er krav om dokumentation af en begrænset andel af alle de opgaver, som MAT udfører ...

I hvilke situationer og til hvilke opgaver kalder I MAT på din afdeling?

I hvor stor udstrækning vurderer MAT, at der er behov for hjælp til andre opgaver end dem, I har kaldt til?

På hvilken måde har henholdsvis patient og sygeplejerske udbytte af MAT på din afdeling?


Referencer

1. Bunkenborg G, Petersen JA. Etablering af Mobilt Akut Team. *Sygeplejersken* 2007;17:70-1. 2. Kjeldsen SB. Livredder på løbehjul. *Sygeplejersken* 2007;17:18-9. 3. Solomon RS, Corwin GS, Barclay DC, et al. Effectiveness of Rapid Response Teams on Rates of In-Hospital Cardiopulmonary Arrest and Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Hosp Med* 2016;11(6):438-45. 4. Rocha HAL, de Castro Alcantara AC, Rocha SGMO, et al. Effectiveness of rapid response teams in reducing intrahospital cardiac arrests and deaths: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Ter Intensiva* 2018; 30(3):366-75. 5. Lyons PG, Edelson DP, Churpek MM. Rapid Response Systems. *Resuscitation* 2018;128:191-7. 6. Allen J, Orellana L Jones D, et al. Associations between patient and system characteristics and MET review within 48 h of admission to a teaching hospital: A retrospective cohort study. *European Journal of Internal Medicine* 2019;66:62-8. 7. Hart PL, Spiva LA, Dolly L, et al. Medical-surgical nurses' experiences as first responders during deterioration events: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 2016;25:3241-51. 8. <http://publikationer.regionsjælland.dk/pfi/sundhedsprofilen-2017/2020-01-1> 9. Topple M, Brooke R, Baldwin I, et al. Tasks Completed by nursing members of a teaching hospital Medical Emergency Team, *Intensive and Critical Care Nursing* 2016;32:12-19.

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.

Telefonisk kontakt reducerede antal fremmødte

På Næstved Sygehus har sygeplejersker overtaget tremåneders kontrollen med patienter, som har fået foretaget en primær knæalloplastik.

 Tidligere blev kontrollen varetaget af en læge eller en fysioterapeut. Nu har sygeplejersker overtaget den rutinemæssige tremåneders efterkontrol af patienter, som har fået foretaget en primær knæalloplastik i Center for Planlagt Ortopædkirurgi på Næstved Sygehus, se Boks 1 og 2. Formålet med kontrollen er at identificere og håndtere eventuelle postoperative problemer så tidligt som muligt for at forbedre det endelige operationsresultat (1).

Det var derfor problematisk, at der i begyndelsen af 2018 opstod ventetid på fremmødekontrollen. Den stigende ventetid blev afhjulpet med opgaveflytning. Fremmødet blev erstattet med en telefonkonsultation ved en sygeplejerske, som ved behov skulle følges op med en fremmødekontrol hos en ortopædkirurg. Forventningen var at kunne reducere antallet af fremmødekontroller efter en primær knæalloplastik med 70 pct.

Der er ikke evidens for, hvornår kontrollen efter en primær knæalloplastik skal foretages, eller hvilken faggruppe der skal foretage kontrollen (2). I Danmark er der således varierende ortopædkirurgisk praksis. Så vidt vides har en tremåneders efterkontrol af patienter, som har fået foretaget en primær knæalloplastik, ikke tidligere været udført som en telefonkonsultation foretaget af sygeplejersker.

Formålet med denne artikel er at beskrive erfaringer med at erstatte fremmødekontrollen efter primær knæalloplastik med en telefonkonsultation foretaget af en sygeplejerske, se Boks 3 på næste opslag.

Projektgruppe planlagde ændringen

Planlægning og implementering af opgaveflytningen blev i tæt samarbejde med afdelingssygeplejersken varetaget af en projektgruppe, der



LINDA MIE

RØHMER CHRISTENSEN

Sygeplejerske 2002, cand.cur. 2018.
Kvalitets- og udviklings-
sygeplejerske, Center for Planlagt
Ortopædkirurgi, Næstved Sygehus.

lmcs@regionsjaelland.dk



RESUME

Ventetiden på kontrol efter en primær knæalloplastik på Center for Planlagt Ortopædkirurgi på Næstved Sygehus skulle reduceres, og midlet til at opnå dette var at erstatte fremmødekontrollen med en telefonkonsultation foretaget af sygeplejersker. Målet var en reduktion af antallet af fremmødekontroller på 70 pct.

Som led i at opnå en reduktion blev der defineret kriterier for frem-

mødekontrollen, der blev udarbejdet en interviewguide, og sygeplejersker modtog undervisning i den nye arbejdsgang, som blev evalueret efter seks måneder.

Efter implementering af telefonkonsultationen var der ikke længere ventetid på den rutinemæssige kontrol efter en primær knæalloplastik, og antallet af fremmødekontroller blev reduceret mere end forventet - med 85 pct.

Generel sygeplejefaglig viden, specifik erfaring inden for det knæalloplastiske område samt tilstrækkelig tid viste sig at være tre vigtige forudsætninger for at sygeplejersker kunne varetage telefonkonsultationen.

Erfaringerne med projektet kan anvendes i klinisk praksis i forbindelse med opgaveflytning eller implementering af telefonkonsultation som erstatning for et ambulante besøg på sygehuset.

Boks 1. Center for Planlagt Ortopædkirurgi, Næstved Sygehus

Centret består af et ambulatorium og en sengeafdeling, som siden 1. januar 2011 har leveret ortopædkirurgiske ydelser til borgerne i Region Sjælland.

I den elektive sengeafdeling, indlægges patienter til planlagt knæ- eller hoftealloplastik.

I 2018 blev der foretaget omkring 850 knæalloplastikker, hvoraf de 715 var primære knæalloplastikker (1).

Boks 2. Primær knæalloplastik

Knæalloplastik er betegnelsen for indsættelse af et kunstigt knæled. Primær indikerer, at det er den første operation med indsættelse af en alloplastik.

Det operative indgreb foretages primært på grund af slidgigt i knæledet.

Formålet med indgrebet er smertereduktion og forbedring af funktionsniveauet (1).

bestod af afdelingens klinisk ansvarlige sygeplejerske samt den knæansvarlige overlæge.

Ni sygeplejersker med flere års ortopædkirurgisk erfaring blev undervist i den nye arbejdsgang af den klinisk ansvarlige sygeplejerske.

Den skriftlige patientinformation blev tilpasset den ændrede arbejdsgang, og bookingen af telefonkonsultationen blev varetaget af en social- og sundhedsassistent i sengeafsnittet.

For at sikre en systematisk og ensartet tilgang blev der desuden udarbejdet en beskrivelse af arbejdsgangen.

Telefonkonsultation blev planlagt til at blive foretaget ni uger postoperativt, og der blev afsat 15 minutter til konsultationen. Patienter med behov for en fremmødekontrol hos en ortopædkirurg skulle have en tid inden for 14 dage. Derved ville patienter med komplikationer blive set til en fremmødekontrol inden for tre måneder som tidligere.

Fire kriterier for fremmødekontrol

Kriterier for fremmødekontrol blev defineret. Patienter skulle indkaldes til fremmødekontrol hos en ortopædkirurg ved tilstedeværelse af mindst ét af fire følgende kriterier:

1. Svær smerteproblematik defineret som ingen fremgang eller pludselig forværring.
2. Utilfredsstillende fleksion eller ekstension defineret som ingen fremgang trods træning ved fysioterapeut.
3. Knæet giver efter eller svigter dagligt.
4. Mistanke om infektion.

De fire kriterier blev suppleret med en aftale om, at en sygeplejefaglig vurdering kunne danne grundlag for en fremmødekontrol.

For at sikre, at de fastsatte kriterier for en fremmødekontrol blev identificeret, blev der udarbejdet en interviewguide, der bestod af de fire overordnede temaer:

1. Smarter og smertebehandling
2. Bevægelighed, træning og hverdag
3. Cicatrice og hævelse
4. Komplikationer.

Til de fire temaer blev der udarbejdet en række spørgsmål med tilhørende svarkategorier.

Interviewguiden indeholdt desuden et felt til dokumentation af den videre plan og vejledning til patienten.

Seks måneder efter implementering af telefonkonsultation blev data vedrørende kontaktstatus og plan for det videre patientforløb opgjort, og den ny arbejdsgang evalueret.

Tre vigtige forudsætninger identificeret

På baggrund af arbejdet med implementeringen af telefonkonsultation blev generel sygeplejefaglig viden, specifik



Formålet med kontrollen er at identificere og håndtere eventuelle postoperative problemer så tidligt som muligt.

erfaring inden for det knæalloplastiske område og tid identificeret som tre vigtige forudsætninger for at varetage opgaven.

Patienter anvendte telefonkonsultationen som en mulighed for afklaring af postoperative problemer. Sygeplejerskerne oplevede, at patienterne ni uger efter det operative indgreb stadig havde behov for vejledning i forhold til håndtering af postoperative problematikker, som ikke krævede en fremmødekontrol. Derfor var det af afgørende betydning, at de sygeplejersker, som varetog opgaven, både havde generel sygeplejefaglig viden og specifik viden om det knæalloplastiske forløb.

Afklaring af problemer tager tid. Nogle telefonkonsultationer varede længere end 15 minutter, mens andre blev foretaget inden for tidsrammen.

Det er vigtigt, at opgaven er prioriteret, så sygeplejersken har tid til både at vurdere, om der er postoperative problemer, der kræver fremmødekontrol, og mulighed for at rådgive om de postoperative problemer, patienterne oplever.

Beskrivelsen af arbejdsgange fjernede tvivl om opgaveløsningen, hvilket blev positivt fremhævet af sygeplejerskerne.

Patientens ønsker og behov dannede grundlag for en fremmødekontrol. Den blev sammen med tilstedeværelsen af et af de fire definerede kriterier fulgt op af en sygeplejefaglig anbefaling.

Boks 3. Telefonkonsultationer

Telefonkonsultationer udført af sygeplejersker har igennem flere år været anvendt som alternativ til fremmødekontroller på hospital. Det har vist sig at være en effektiv metode til udveksling af information, rådgivning, hjælp til håndtering af symptomer og til identifikation af komplikationer. Desuden letter det overgangen fra hospital til hjem (3,4). Samtidig er metoden accepteret af patienterne, som undgår at bruge tid på transport til og fra hospital (5).

Telefonkonsultationer har vundet indpas i ortopædkirurgien. Pga. kortere indlæggelsestid har patienter, som har fået et nyt knæ, behov for at kommunikere med sundhedsfagligt personale i ugerne efter udskrivelse for at få adresseret postoperative problemer (6). Szöts et al. fandt, at en telefonisk opfølgning af en sygeplejerske efter udskrivelse med fokus på støtte, råd og vejledning i forhold til håndtering af postoperative problemer, forbedrer patienternes self-efficacy, så de bliver i stand til at forebygge fysiske postoperative problemer, hvilket påvirker livskvaliteten positivt (ibid.).

I sidste ende var det dog patienterne, som vurderede, om de oplevede et behov for kontrol, og om de ønskede at benytte sig af tilbuddet.

Mulighed for dialog med patienten

Interviewguiden dannede udgangspunkt for dialog. Ud over at fungere som et redskab til identifikation af patienter med komplikationer åbnede interviewguidens temaer og spørgsmål op for en dybere dialog om patientens situation og postoperative problemer. Dialogen repræsenterede derved en mulighed for patientcentreret sygeplejefaglig støtte og vejledning, se Boks 4.

Flere end forventet afsluttet telefonisk

Fra den 4. juni 2018 til den 21. december 2018, en periode på 29 uger, blev der foretaget 349 telefonopkald.

323 (92,6 pct.) patienter blev succesfuldt kontaktet, og 298 (85,4 pct.) patientforløb afsluttet, når de patienter, der ikke kunne etableres telefonisk kontakt til efter tre forsøg, inkluderes.

Den initiale forventning om at reducere antallet af fremmødekontroller efter primær knæalloplastik med 70 pct. blev derved indfriet med en yderligere reduktion på 15,4 procentpoint.

Boks 4. Eksempler på patientoplevede problemer postoperativt

- Hr. Jensen giver i forbindelse med samtalen udtryk for, at han ni uger efter det operative indgreb stadig oplever, at knæet hæver meget i løbet af dagen. Er det forventeligt? vil han gerne vide.
- Fru Sørensen undrer sig over, at der nogle gange kommer en kliklyd fra det nye knæ. Er det normalt? spørger hun bekymret sygeplejersken.
- "Jeg regnede med at være startet på arbejde, men det kan jeg ikke, fordi jeg stadig har svære smerter i knæet. Jeg kender andre, der er startet på arbejde ni uger efter, at de har fået et nyt knæ. Hvorfor har jeg stadig så mange smerter i knæet?" vil Peter Petersen gerne have en forklaring på.

Oversigt over kontaktstatus og plan for det videre patientforløb efter telefonkonsultationen, se Figur 1.

Kriterier for fremmødekontrol, interviewguide og beskrivelsen af arbejdsgangen har vist sig at være brugbare redskaber. Undervisning har været med til at klæde sygeplejerskerne på til at varetage den nye arbejdsopgave, men redskaber og undervisning kan ikke stå alene.

Vigtige forudsætninger for telefonkonsultationen

Vores erfaring er, at generel sygeplejefaglig viden, tid og specifik erfaring inden for det knæalloplastiske område er vigtige forudsætninger for at varetage telefonkonsultationen. Desuden er det essentielt, at udgangspunktet er den enkelte patients ønsker og behov.

Patienterne anvender telefonkonsultationen som en mulighed for at få afklaret postoperative problematikker. Det forudsætter, at sygeplejersken kan støtte, rådgive og vejlede om de postoperative problemer, som patienterne oplever ni uger efter det operative indgreb. Derfor er det vigtigt, at opgaven varetages af sygeplejersker med erfaring inden for det knæalloplastiske område.

Ud over viden og erfaring er tid en vigtig forudsætning for, at sygeplejersken kan opnå indsigt i patientens aktuelle problemer, ønsker og behov.

Ukendt årsag til ubesvarede opkald

En telefonkonsultation er et tilbud. Der kan være patienter, som ikke oplever problemer, og derfor skønner, at de ikke har behov for telefonkonsultationen.

Vi ved ikke noget om årsagen til, at nogle patienter ikke besvarer opkaldet. Den tid, der anvendes i forsøget på at etablere kontakt, går fra andre sygeplejeopgaver. Det repræsenterer et incitament til at se nærmere på, om der kan gøres en aktiv indsats for at reducere antallet af ubesvarede opkald.

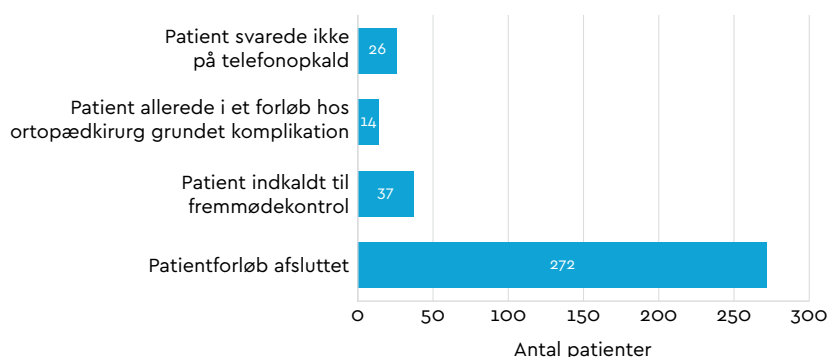
Den anvendte interviewguide er ikke valideret. Det kunne derfor være interessant at undersøge, om alle patienter med problemer identificeres ved hjælp af interviewguiden.

Evalueringen giver os viden om antallet af patienter, som inden for ni uger efter det operative indgreb ønsker eller oplever problemer, der kræver



Den tid, der anvendes i forsøget på at etablere kontakt, går fra andre sygeplejeopgaver.

Figur 1. Oversigt over kontaktstatus og plan for det videre forløb



en lægefaglig konsultation. Vi har ikke viden om antallet af patienter, som henvender sig med problemer efter den planlagte telefonkonsultation. Det vil vi gerne undersøge nærmere, da manglende viden herom kan have medført en overestimering af telefonkonsultationens effekt på antallet af fremmødekontroller.

Omkring 25 pct. af de patienter, som oplever postoperative problemer, tager selv kontakt til afdelingen for at få en fremmødekontrol, mens 75 pct. identificeres i forbindelse med telefonkonsultationerne.

Trods de modsatrettede tendenser indikerer begge resultater, at der er et behov for en fastlagt kontrol ni uger efter en primær knæalloplastik for at sikre, at alle patienter med behov tilbydes en fremmødekontrol.

Ventetiden forsvundet

Efter implementeringen af telefonkonsultationen er der ikke længere ventetid på den rutinemæssige kontrol efter primær knæalloplastik. Alle patienter, som har fået foretaget en primær knæalloplastik, modtager et planlagt telefonopkald af en erfaren sygeplejerske ni uger postoperativt.

En telefonkonsultation kan ikke erstatte alle fysiske fremmøder, men antallet af fremmødekontroller efter en primær knæalloplastik er reduceret med 85 pct. Ændringerne i arbejdsgangen har dermed haft den ønskede effekt.

Opgaveflytningen har medført kompetenceudvikling og har givet sygeplejerskerne mulighed for at opnå viden om patienterne ni uger efter det operative indgreb. Erfaringerne fra opgaveflytningen har betydet, at vi i Center for Planlagt Ortopædkirurgi har set nærmere på, om andre opgaver kan flyttes fra læger til sygeplejersker. Et aktuelt projekt er, at sygeplejersker i begyndelsen af 2020 har overtaget forundersøgelsen af patienter, som uden forudgående nerveledningsundersøgelse er henvist til udredning for karpaltunnelsyndrom.

I det danske sundhedsvæsen er der fokus på reduktion af ambulante kontakter og brug af digitale løsninger. Erfaringen er, at telefonkonsultationer foretaget af sygeplejersker kan spare et kontrolbesøg på sygehuset for mange patienter og derved frigive lægefaglige ressourcer til diagnosticering og andre opgaver. Vi håber, at vores erfaringer kan bruges fremadrettet i andre projekter med opgaveflytning. ●



I det danske sundhedsvæsen er der fokus på reduktion af ambulante kontakter og brug af digitale løsninger.



Hvilke redskaber og fokusområder er centrale i forbindelse med opgaveflytning?

Hvilke fordele og ulemper er der ved at erstatte fremmødekontrol hos en læge med en telefonkonsultation ved en sygeplejerske?

Hvilken betydning har det for sygeplejersken, at sygeplejersker overtager opgaver fra lægerne?

Referencer

1. Odgaard A, Troelsen A, Østgaard SE et al. Knæalloplastikregister; Årsrapport 2019. 2. Husted H, Solgaard S, Hansen TB et al. Care principles at four fast-track arthroplasty departments in Denmark. *Dan Med Bull* 2010b;57. 3. Cox K, Wilson E. Follow-up for people with cancer; nurse-led services and telephone interventions. *J. Adv. Nursing*;2003;43:51-61. 4. Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;2006(4):CD004510. Published 2006 Oct 18. 5. Casey RG, Powell L, Braithwaite M, Booth CM, Sizer B, Corr JG. Nurse-Led Phone Call Follow-Up Clinics Are Effective for Patients with Prostate Cancer. *J Patient Exp*. 2017 Sep;4(3):114-20. 6. Szöts K, Konradsen H, Solgaard S, Oestergaard B. Telephone Follow-Up by Nurse After Total Knee Arthroplasty: Results of a Randomized Clinical Trial. *Orthop Nurs*. 2016 Nov/Dec;35(6):411-420.



Pårørende i den akutte fase: pest, kolera eller inddragelse?

Der er fortsat diskussioner om, hvorvidt pårørende må komme ind på traumestuen under akut behandling. Men de pårørende har for længst tilkendegivet, hvad de ønsker i den akutte fase.



BRITT BORREGAARD, sygeplejerske, ph.d., postdoc

Ved både første og anden bølge af covid-19 er en gammel debat blusset op igen: pårørende i den akutte fase og under indlæggelse. Risiko for smittespredning har betydet, at landets hospitaler har indført restriktioner for de pårørende i forskelligt omfang, og det har givet næring til diskussioner både internt i afdelingerne og på sociale medier. Der argumenteres flittigt for, at restriktionerne har givet mere ro, mere tid til kernefagligheden og mere tid til patienterne. Men er det udelukkende personalets perspektiv?

Allerede i 2003 bragte *Sygeplejersken* et temanummer om emnet og heri bl.a. en artikel af journalist Lotte Havemann, hvor modstanden mod pårørende på traumestuen blev synliggjort (1). Havemann beskrev, hvordan tilstedeværelse af pårørende i den akutte fase hørte til sjældenhederne – på trods af ønsker om det modsatte fra patienter og pårørende. Både dengang og sidenhen har resultaterne af forskning på området vist det samme; de pårørende ønsker at deltage i den akutte fase (2-4).

Også i den akutte kardiologi diskuterer vi ofte, om pårørende skal med i den akutte fase – med ind i maskinrummet – operationsstuerne i et kardiologisk laboratorium. En erfaren sygeplejerske bragte emnet op: Hvad er barriererne for at lukke de pårørende ind, hvor tingene sker?

En rundspørge på flere akutte modtageafdelinger afslørede, at praksis er meget forskellig. Nogle steder er det fast kutyme, at de pårørende lukkes ind, andre steder er de ikke velkomne i den mest akutte fase. Men hvorfor egentligt ikke?

På den ene side argumenteres der for at skåne de pårørende for den voldsomme oplevelse, som f.eks. et akut hjertestop kan være, men på den anden side kan deltagelse måske give en forståelse og accept af, hvordan det går patienten. Er vi bekymrede for, at de pårørende tager tiden fra patienten? At vi skal bruge tiden på omsorg for den pårørende fremfor for patienten. Eller handler det om vores faglighed?

Hvorfor skal vi igen under covid-19-pandemien diskutere, om deltagelse af pårørende er en nødvendighed? Er der virkelig et alternativ til at inddrage pårørende – et alternativ til at åbne døren og lukke de pårørende helt ind?

Vi har brug for viden og den nødvendige faglighed for at føle os trygge ved, at pårørendeinddragelse naturligvis er den rigtige løsning. Og samtidig

skal vi sikre, at vi har ressourcer til at tage imod, give omsorg og give tid – både til patienten og den pårørende.

Når Jane og Peter bliver modtaget akut, fordi Peter har fået et hjertestop på løbeturen i skoven – skal Jane så med ind i maskinrummet og se, at vi gjorde alt, hvad vi kunne for at redde Peter? Eller skal hun skånes for denne oplevelse og henvises til en dagligstue, hvor hun kan vente? Jeg ved godt, hvad jeg ville vælge, hvis jeg var Jane ... ●

Referencer

1. Havemann L. Modstand mod pårørende på traumestuen. *Sygeplejersken* 2003;11:6-10.
2. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians. *AJN* 2000;100(2):32-43.
3. Toronto CE, LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *J Clin Nurs* 2019;28(1-2):32-46. doi: 10.1111/jocn.14649 [published Online First: 2018/08/22]
4. de Mingo FE, Martín GM, Herrera MJ. Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. *Nursing ethics* 2020;969733020968171. doi: 10.1177/0969733020968171 [published Online First: 2020/12/17].



Keep it Clean™

Ny, bredere gavlskærm giver ekstra afskærmning

Silentias mobile gavlskærme gør det nemt at skærme af omkring patienterne. Den nuværende gavlskærm på 1,5 m bliver nu fulgt op med en ny 2,5 meter bred gavlskærm, der er ideel som ekstra afskærmning og til at kombinere med vægmonterede skærme langs sengen.

EasyClean™ forebygger smittespredning

Høj hygiejne omkring patienterne er afgørende. Silentias produkter har glatte overflader, som er hurtige at rengøre på stedet. Det forebygger smittespredning effektivt. Silentias skærmsystem er enkelt at håndtere, flytte og folde sammen – og så fleksibelt, at det kan tilpasses alle miljøer i sundhedssektoren.

Design din egen skærm online og få et pristilbud

På EasyScreenDesign.com kan du designe din egen skærm. Vælg mellem vores mange løsninger, størrelser, farver og design, og send dit forslag til os. Så vender vi tilbage med et pristilbud.

Kontakt os på tlf. 39 90 85 85 eller info@silentia.dk



Mobilt vaccinationsrum

Silentias fleksible foldeskærme gør det nemt at indrette et afskærmet vaccinationsområde, og skærmene er hurtige at spritte af mellem hver vaccination.



Mobil dobbeltskærm

Silentias mobile dobbeltskærm er en fritstående skærmløsning med to foldeskærme monteret på samme vognbasis. Løsningen fås i op til 7,5 meters længde, og vognen fylder minimalt, når skærmene er foldet sammen.

