



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Aalborg Universitet

Et godt arbejdsmiljø får sygeplejersker til at blive i faget

Tjørnelund, Anne-Mette; Pedersen, Louise Møller

Published in:
Fag & Forskning

Publication date:
2022

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Tjørnelund, A.-M., & Pedersen, L. M. (2022). Et godt arbejdsmiljø får sygeplejersker til at blive i faget. *Fag & Forskning*, 3, 48-53. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2022-3/et-godt-arbejdsmiljoe-faar-sygeplejersker-til-at-blive-i-faget>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

O R G A N I S K D E L I R I U M

Et muligt første tegn på akut sygdom

SIDE 14

NY PRAKSIS

Ernæring.

Sundhedsteknologi hjælper ældre til at spise mere.

SIDE 10

PEER REVIEWED

KOL.

Sundhedsprofessionelle skal kunne aflæse patientens angst.

SIDE 38

FAGLIGT AJOUR

Fastholdelse.

Et godt arbejdsmiljø er afgørende.

SIDE 48

PÅ SPIDSEN

Profession sygeplejerske.

Vær stolt af din baggrund.

SIDE 75

REDAKTION

Ansvh. chefredaktør
MORTEN JAKOBSEN
mja@dsr.dk
Telefon: 4695 4110

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

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

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

Fagredaktør
MAJ SIERCKE
msi@dsr.dk
Telefon: 4695 4116

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

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

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

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

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

Journalist
MAI RATHJE SKOVGAARD
mas@dsr.dk
Telefon: 4695 4283

Journalist
HELLE LINDBERG EMARATI
hli@dsr.dk
Telefon: 4695 4279

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

Grafiker
CATHERINE T JØRGENSEN
caj@dsr.dk
Telefon: 4695 4282

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

Distribueret oplag: Perioden 2020 - 2021 78.501 eksp. Medlem af Danske Medier **Tryk:** Stibo **Annøncer:** Media-Partners, Det gl. Mejeri, Alhøjvej 2, Stilling, 8660 Skanderborg, Telefon: 2967 1436, annoncer@media-partners.dk **Manuskriptvejledning:** www.dsr.dk/manuskriptvejledning **Ansvar:** Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter **Udgiver:** Dansk Sygeplejeråd, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K, Telefon: 3315 1555, redaktionen@dsr.dk, www.sygeplejersken.dk ISSN 2445-9461

Illustration side 1, 4, 14, 19, 21, 22 og 26: Mathias Justesen / iStock // Foto side 49: Ricky John Molloy / iStock // Illustration side 38, 54, 62, 69, 70 og 73: iStock



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.



BODIL BJØRNSHAVE NOE

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



LENE SEIBÆK

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



Teknologi og medinddragelse sikrer, at patienten får tilstrækkelig mad

ERNÆRING. Skal patienten spise tilstrækkeligt under en indlæggelse, handler det ikke bare om valg af kost, men også om inddragelse af patienten i sit valg.

Det er hovedbudskabet i en ph.d. lavet af klinisk sygeplejespecialist Rikke Terp fra Afdeling for Medicinske Sygdomme på Gentofte Hospital.

Hendes afhandling viser, hvordan sundhedspersonalet kan støtte og motivere ældre patienter til at deltage aktivt i ernæringsindsatsen ved hjælp af teknologi for på den måde at sikre, at de både får nok energi og protein, mens de er indlagt.

Indsatsen sker gennem en ernæringsapp, der giver patienter mulighed for via en tablet selv at bestille mad og følge egen ernæringstilstand.

Patientens bestilling af mad kan ske med hjælp fra en sygeplejerske, som er med til at sikre, at patienten bestiller mad i tilstrækkeligt omfang.



Organisk delirium er en akut indsættende tilstand, der varer i dage eller uger og ses i forbindelse med akut sygdom. Følgevirkningerne kan være store – og man kan dø af det.

LÆS SIDE 10

Første tegn på akut sygdom eller forværring af sygdom

Organisk delirium er en akut opstået tilstand, der varer i dage eller uger og ses i forbindelse med somatisk sygdom. Lidelsen kan være første tegn på akut sygdom eller forværring af sygdom.

”Hvis du som intensiv patient har delirium i 10 dage eller mere, er din risiko for at dø 90 pct. større sammenlignet med intensivpatienter uden delirium,” forklarer sygeplejeforsker Marie Oxenbøll Collet.

Studier viser, at personer, som har haft delirium på hospitalet, har større risiko for at komme på plejehjem eller efterfølgende være afhængig af at få ekstra hjælp i hjemmet. Desuden har patienten større risiko for at få kognitive problemer og for at udvikle demens. Forebyggelse af delirium kan derfor også forebygge følgevirkningerne.

Patienter beskriver tilstanden som meget lidelsesfuld. Mange har en oplevelse af, at personalet vil

gøre dem fortræd og er ude på at tage livet af dem gennem interventioner. F.eks. kan en iltmaske opleves som klaustrofobisk, og patienten tror måske, at personalet vil kvæle ham. De oplevede vrangforestillinger kan efterfølgende sætte sig som traumer og i nogle tilfælde invalidere patienterne.

Delirium skal både forebygges og behandles med medicin, fysio- og ergoterapi samt fast vagt. Det er opgaver, der skal iværksættes i et tværfagligt team. Det er også vigtigt ved en tværfaglig stuegang at gennemgå patienten systematisk for risikofaktorer og at planlægge forebyggende og behandlende tiltag.

**AFDELINGS-
SYGEPLEJERSKENS
AFGØRENDE ROLLE**

**ATTRAKTIVE
ARBEJDSVILKÅR**

**AFDELINGS-
SYGEPLEJERSKEN
SOM KULTURBÆRER**

**ELEKTRONISK
DOKUMENTATION
HAR BETYDNING**

**SKÆRMTID PÅVIRKER
BØRNS AKTIVITET**

**SYGEPLEJEFAGET
UNDER FORANDRING**

LÆS FRA SIDE 32

Angsten er ydmygende og medvirker til tab af værdighed

Angst relateret til åndenød har stor betydning for hverdagslivet for mennesker med svær KOL. Angst er et velkendt vilkår, men vanskeligt at tale om, og omverdenen kan have svært ved at identificere og forstå betydningen af angst.

Et studie viser, at angsten beskrives via tre kategorier: "Angstens udtryk", "At tæmme angsten" og "Kampen for værdighed". Angsten, der præger hverdagen hos mennesker med svær KOL, udtrykkes forskelligt: verbalt, indirekte og diskret, men også direkte gennem adfærd og reaktions-

mønstre. Angsten er ydmygende og medvirker til tab af værdighed. Ubehaget ved angst skaber behov for at kunne tæmme den for at opnå selvspekt og værdighed. Det kræver, at de professionelle, der interagerer med mennesker med svær KOL, kan identificere og imødekomme angsten.

LÆS SIDE 28

Det skal der til for at fastholde sygeplejersker i professionen

Manglen på sygeplejersker er et højrelevant tema såvel i Danmark som internationalt.

Studier viser, at arbejdsmiljø og -vilkår er vigtige for sygeplejerskernes arbejdsmotivation og lyst til at blive i professionen. Desuden viser ny forskning en klar sammenhæng mellem sundhedspersonalets psykosociale arbejdsmiljø og kvaliteten af sundhedsydelse.

Resultatet af bl.a. dybdegående interviews med sygeplejersker bidrager med flere arbejdsmiljømæssige perspektiver på, hvad der skal til for at fastholde sygeplejersker i professionen: strategisk prioritering af arbejdsmiljøet og arbejdsrelationerne mellem kollegaerne, herunder et større fokus på organisering af vagtplanerne samt et øget fokus på sygeplejerskernes faglige udvikling.

LÆS SIDE

48

Kompetenceudvikling i en fagkultur indebærer forandring

Udviklingsprojektet på Afdeling for Øjensygdomme, Rigshospitalet – Glostrup, er gennemført med udgangspunkt i tre overordnede principper: involvering, begrænset påvirkning af drift og sikring af fremdrift.

Og kompetenceudvikling i en fagkultur indebærer forandring. Meningsfulde beslutninger, ændringer og vedholdenhed er nødvendige elementer for at skabe forankring af kompetenceudviklingstiltag i klinisk praksis. Til- og fravalg er et vilkår i arbejdet med kompetenceudvikling, som får betydning for både proces og resultat.

Resultatet af projektet har ført til fem kompetenceprofiler for en oftalmologisk sygeplejerske. Kompetenceprofilerne har dannet afsæt for udarbejdelsen af et samlet program for kompetenceudvikling og har skabt transparens i forhold til ansvar i opgaveløsning, karrierevej og faglighed.

LÆS SIDE

54

Hele netværket rammes af den enkeltes erhvervede hjerneskade

En erhvervet hjerneskade rammer hele netværket omkring den ramte. Ikke bare den hjerneskaderamte, men også de pårørende, som pludselig befinder sig i en ny situation. Forskning viser, at pårørende oftere får symptomer på f.eks. angst og depression.

Nye forskningsperspektiver sætter fokus på sorg blandt pårørende samt en mere dynamisk forståelse af begrebet pårørende. Det fører til et behov for at gå fra et individ- og problemorienteret fokus til et mere dynamisk og helhedsorienteret fokus. Dermed ændres perspektiverne på, hvordan fagprofessionelle bedst muligt møder pårørende i rehabilitering.

62

LÆS SIDE

Sundhedsprofessionelle savner viden om henvisning til rygestop

Rygestopindsatser i sundhedssektoren er voldsomt underprioriteret, på trods af at størstedelen af danske rygere ønsker at stoppe.

Selvom der i de seneste år er sket en fordobling i antal henvisninger fra hospitalerne til kommunal rygestoprådgivning, er det kun en brøkdel af de rygende patienter, som henvises, viser en evaluering foretaget på Region Hovedstadens hospitaler. Årsagen er generelt manglende viden om mulighederne for henvisning til kommunal rygestopstøtte blandt de sundhedsprofessionelle på hospitalerne. Derfor skal viden om positive effekter ved sygdoms- og behandlingsforløb, lavere risiko for genindlæggelser og muligheder for gratis rygestopstøtte hos kommunerne udbredes på hospitalerne. Sundhedsprofessionelle skal have de rigtige kompetencer og viden til at rådgive og henvise, så rygestopindsatsen ses som en af de vigtigste sygdomsforebyggende faktorer i Danmark.

68

LÆS SIDE

EFTER
TÆNKEN

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

PÅ SPIDSEN 

Set fra mit perspektiv er der nu om muligt endnu større behov for tydelige sygeplejersker på alle poster i sundhedsvæsenet, hvor mennesker har behov for omsorg.

LÆS SIDE 75

Du har nu 3 muligheder ...

Gakkelak.

Digitalisering og telefonsvarer kan være en hjælp til genveje i sundhedsvæsenet. Når systemerne svigter, står vi med en udfordring, som der bør tages hånd om.



Tekst **MAJ SIERCKE**, sygeplejerske, ph.d., fagredaktør, Sygeplejersken og Fag&Forskning

Følger efter en fraktur i albuen medfører, at ortopædkirurgen sender mig venligt videre til eksperter på et andet hospital. I indkaldelse står der, at jeg skal til røntgen. Men da jeg i forvejen både har fået foretaget røntgen og MR-scanning, forekommer det mig meningsløst. Jeg tænker, at det må være en "rutinefejl". Jeg griber optimistisk telefonen:

"... Velkommen til ortopædkirurgisk ambulatorium. Du får nu tre valgmuligheder. Lyt venligst alle muligheder igennem, så du ikke skal omstilles. Tast 1, hvis henvendelsen drejer sig om hænder, fødder og skulder. Tast 2, hvis det drejer sig om hofter, knæ eller sår. Tast 3 for operation. Lyt igen, tast 4."

For en sikkerheds skyld vælger jeg "lyt igen", hvis jeg nu ikke havde opfanget, i hvilken kategori albuen var placeret. Beslutter mig for at vælge '1' - kategorien med hænder, fødder og skulder er trods alt anatomisk tættere på end hofter, knæ eller sår, og operation står endnu ikke for døren.

Efter et par minutter i telefonkøen kommer jeg igennem til lægesekretæren,

som jeg forklarer mit ærinde. "Ja, det er ikke her - vi tager kun henvendelser omkring hænder, fødder og skulder."

Jeg udbryder "Ej, det er da helt gakkelak, når nu I gerne vil undgå omstilling, at albue ikke er i en kategori?" "Ja, siger lægesekretæren - men det er ikke lige sådan at ændre, men du får lige telefonnummeret her."

Herefter starter et omstillingscirkus, hvor jeg forgæves prøver at argumentere for fornuftigt brug af sundhedsvæsenets midler: "Vil lægerne mon indledningsvis se på min meget velbeskrevne sag og herefter tage stilling til, om det overhovedet er nødvendigt at komme?" "Nej, for afdelingen får ikke nogen penge, før du fysisk har været på afdelingen ... et røntgenbillede er ikke bare et røntgenbillede, vi er jo landets fremmeste eksperter, og lægerne her kan se noget, ingen andre kan ... Nå, men skal jeg så skrive her til lægen, at du ikke er interesseret i at få foretaget et røntgenbillede?" ... "Øh ja," siger jeg forundret over nu at være blevet forvandlet til den "besværlige patient", som ikke vil gøre som anbefalet.

Bare tanken giver mig nakkestivhed, for hvem har lyst til at være på tværs? Indrømmet - nakkestivheden kan til tider også forvandles til trodsighed. Som nu i min app 'Medicinkortet', hvor der altid kommer en stor rød advarsel med et udråbstegn: "Du er registreret "indlagt", hvilket betyder, at dit medicinkort ikke nødvendigvis bliver opdateret, f.eks. fordi du er indlagt til behandling på et sygehus."

Her satser jeg efterhånden på at få rekorden i Danmarks længste indlæggelse. Sidst, jeg var indlagt på pågældende afdeling, var nemlig i 2015. Jeg har frem til 2017 ringet tre gange til afdelingen, som hver gang lover at få mig registreret korrekt. Jeg har skrevet til Sundhedsdatastyrelsen, som henviser til afdelingen ... lige meget hjælper det ...

Jeg elsker digitalisering, som hjælper og gør tilværelsen nemmere. Nogle gange kunne man godt ønske sig tilbage til håndholdte og analoge former eller en universel hotline med et fornuftigt menneske i den anden ende, som tager hånd om problemet. Måske vi endda skulle oprette et "digitaliseringspoliti", der har ret til at nedlægge veto over systemer, som er gakkelak. ©



PATIENTER KAN GØRE DET DIGITALT

Digitale sundhedsværktøjer der hjælper til en smidigere diabetesbehandling



Scan QR-koden og tilmeld dig vores nyhedsbreve om diabetes



VIS

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



SKAN

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



FORBIND

Omsorgspersoner kan følge en brugers glukosedata og tendenser på deres smartphone³



Læs mere på
www.FreeStyle.Abbott



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

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

© 2021 Abbott. FreeStyle, Libre og relaterede varemærker ejes af Abbott. Andre varemærker tilhører deres respektive ejere. ADC-42286 v4.0 11/21.

www.FreeStyle.Abbott · +45 3977 0190 · Abbott Laboratories · Emdrupvej 28C, 2100 København Ø

Medinddragelse får ældre patienter til at spise mere



"Medinddragelse af patienterne kræver mange kompetencer fra personalets side. Det kræver viden og ikke mindst færdigheder, hvilket kræver træning," understreger Rikke Terp, klinisk sygeplejespecialist og postdoc på Afdeling for Medicinske Sygdomme på Gentofte Hospital.

Med sundhedsteknologi og den rette støtte spiser ældre mere. Det er budskabet fra postdoc Rikke Terp, som forsker i, hvordan sundhedspersonale kan motivere ældre til at tage aktiv del i egen ernæring ved hjælp af teknologi.

Tekst **NANA TOFT**
Foto **NIKOLAI LINARES**

◉ Vil du sikre, at patienter spiser tilstrækkeligt under indlæggelse? Så handler det – også – om medinddragelse! Det er hovedbudskabet fra Rikke Terp, klinisk sygeplejespecialist og postdoc på Afdeling for Medicinske Sygdomme på Gentofte Hospital.

Tilbage i 2017 påbegyndte hun en ph.d. om den indsats, der hedder ENI: Educative Nutritional Intervention. Den handler om, hvordan sundhedspersonalet kan støtte og motivere ældre patienter til at deltage aktivt i ernæringsindsatsen ved hjælp af teknologi. For på den måde at sikre, at de både får nok energi og protein, mens de er indlagt.

Konkret koblede hun sine studier op på app'en Food'n'Go. App'en blev udviklet i et tidligere forskningsprojekt af seniorforsker Tove Lindhardt i samarbejde med et privat it-firma, der giver patienter mulighed for selv at bestille mad og følge egen ernæringstilstand på en tablet.

Og studierne viste, at medinddragelse virker. Konklusionen efter en 3-måneders testperiode medio 2020 var, at patienterne i en eftermåling både havde et øget indtag af energi og af protein. Ligesom projektet viste stor grad af acceptability, altså at såvel personale som patienter var både interesserede og åbne over for at inddrage og blive inddraget.

"Du skal op på 75 pct."

I dag har samtlige patienter på sengeafsnittet for infektionssygdomme på Gentofte Hospital en tablet på stuen. Ligesom hver patient bliver vurderet i forhold til fire forskellige patientprofi-

ler, hvilket markeres med en magnet på patientens tavle. Under indlæggelse tilbyder personalet så den støtte, der er beskrevet under hver patientprofil.

Patienterne kan se, hvilke tilbud hele hospitalet har på mad og drikke, og væsentligt er det, at det er visuelt: Der er billeder af det hele, pointerer Rikke Terp.

Mindst lige så vigtigt er det, at app'en har en særlig feature, der giver feedback til både patient og personale om, om patienten, ved det han eller hun bestiller, får nok protein og energi.

“Der kommer simpelthen en besked op om, at man ikke har bestilt nok i forhold til at komme op på den mængde proteiner og den mængde energi, der er udregnet for den enkelte,” forklarer Rikke Terp.

“Et stjerne-eksempel var, da jeg på et tidspunkt underviser personalet i, hvordan man involverer ved hjælp af teknologi. Vi går ind på en patientstue til en ret underernæret, ældre kvinde, som absolut ingen appetit har. Sygeplejersken sætter sig så ved siden af hende, lægger tabletten i skødet på hende og peger på skærmen: “Du skal herop omkring 75 pct. for, at vi kan sige, at du får nok at spise.”

Derefter begyndte kvinden straks at trykke på ”mælk” og en af de berigede drikke og pludselig, meget tydeligt kunne se, hvilken effekt det ville få for hendes indtag. Hun endte med at få det, hun skulle, fordi indsatsen var medinddragende; plejepersonalet lænede sig en smule tilbage, præsenterede mulighederne og illustrerede, hvad der ville ske, hvis patienten valgte at bestille mere mad,” forklarer Rikke Terp.

“I modsætning til, hvis personalet blot havde fortalt, hvad der var at spise og drikke eller havde besluttet det på patientens vegne,” lyder det uddybende.

Rikke Terp understreger, at medinddragelse kræver mange kompetencer fra personalets side:

“Det kræver viden og ikke mindst færdigheder, hvilket kræver træning. Så vi har ikke kun fokus på Patient Empowerment, men også at empower personalet,” pointerer Rikke Terp.

“Jeg tror ikke, at det her projekt ville have battet på samme måde, hvis vi ikke havde haft fokus på at klæde personalet på. Det tror jeg faktisk ikke,” siger Rikke Terp.

Fokus på differentieret teknologibrug

Helt centralt i Rikke Terps forskning er for forståelsen af, eller fordommen om, at ældre ikke kan anvende teknologi. Helt i begyndelsen af sin ph.d. var det meget tydeligt, at plejepersonalet havde den holdning, at ældre ikke var i stand til at anvende teknologi.

ENI: Educative Nutritional Intervention

Som led i Rikke Terps ph.d. udviklede hun ENI (Educative Nutritional Intervention, der består af fem komponenter:

1. Vurdér og dokumenter patientens kompetence og behov for støtte til at bruge ernæringsapp'en Food'n'Go
2. Giv patienten informationer om ernæring og Food'n'Go
3. Medinddrag patienten i ernæringsindsatsen ved hjælp af Food'n'Go
4. Inviter og medinddrag pårørende i ernæringsindsatsen og brug af Food'n'Go
5. Tværfaglig støtte til patientdeltagelse i ernæringsindsatsen

FIRE PATIENTPROFILER

Som en del af sit forskningsprojekt har Rikke Terp udviklet fire patientprofiler, der viser patientens behov for støtte til at bruge Food'n'Go:

1. Patienten kan selv
2. Patienten skal have lidt hjælp, f.eks. på grund af usikkerhed
3. Patienten forstår konceptet og kan samtale om egen ernæring, men kan ikke selv anvende tablet
4. Patienten er fysisk/kognitiv svækket og har brug for, at plejepersonalet tager over

Kilde: Rikke Terp, klinisk sygeplejespecialist og postdoc

“Udmeldingen var, at dér var jeg gået galt i byen,” forklarer Rikke Terp.

“Men faktisk er den vigtigste læring for mig gennem hele den her proces, hvor irrelevant det er at stille spørgsmålet, om ældre kan anvende teknologi. Det korrekte er at undersøge, hvordan vi kan bruge teknologi til at involvere dem,” pointerer Rikke Terp.

“Faktisk viser et stort kvalitativt studie, som jeg gennemførte på henholdsvis Herlev og Gentofte, at godt 60 pct. af de ældre patienter har både computer, tablets, smartphone og tilmed smartwatch derhjemme. Med andre ord; det er simpelthen ikke rigtigt, at ældre ikke har erfaring med at anvende teknologi og ikke er motiverede.

For det har og er de,” understreger Rikke Terp.

Hendes studier viste derimod, at ældre nok har en oplevelse af, at ernæring og mad hænger sammen. Men at ernæring er en central del af behandlingen, er en kobling, langt de færreste laver.

“Det er ikke fordi, vores patientgruppe er uvidende. Tværtimod. Langt de fleste er meget opmærksomme på at passe på deres helbred. Men de mangler simpelthen en viden om sammenhængen mellem ernæring og deres fysiske funktionsniveau,” forklarer Rikke Terp.

“En del af ENI har derfor ikke noget med skærmen at gøre, men handler om at informere patienterne og koble det på, når man sidder med tabletten,” siger Rikke Terp.

“Og igen, så handler det om, at vi skal have mere fokus på differentieret teknologibrug, som altså betyder, at teknologien er et værktøj, der skal bruges differentieret i forhold til patienternes behov og kompetencer. Ellers får vi ikke den store gruppe med,” pointerer Rikke Terp. ●

“Det er nu lidt sjovt at følge med i sin egen ernæring. Det er interessant,” siger patienten, 95-årige Folmer, henvendt til sygeplejerske Mia Kiær Hertzum.



I dag er det langt mere synligt, hvor lidt vores patienter spiser

For få år siden ville patienter, som ellers var i ernæringsrisiko, kunne gå under radaren. Det gør de ikke i dag. Ved hjælp af en app og et konstant fokus på medinddragelse får sygeplejerske Mia Kiær Hertzum i dag langt højere øje på dem, hun kalder gråzonepatienterne.

Tekst **NANA TOFT**
Foto **NIKOLAI LINARES**



“Vil du op at sidde, Folmer?”

Det er tidlig eftermiddag på sengeafsnittet for Infektionssygdomme på Gentofte Hospital, og Folmer på 95 år er lige vågnet fra sin middagslur.

Sygeplejerske Mia Kiær Hertzum tager fjernbetjeningen, rejser sengegærdet op, tager den tablet, der hænger på væggen, og sætter sig på kanten af sengen ved siden af Folmer.

“Vi skal lige kigge på den her tablet i forhold til, hvad du fik at spise til frokost,” siger Mia Kiær Hertzum og lægger tabletten på det lille sengebord foran dem begge. Folmer følger nysgerrigt med, mens Mia Kiær Hertzum trykker på skærmen.



“Vi kan se, du har fået suppe. Spiste du alt den?” Folmer nikker. “Så var der en proteindrik med solbær. Kunne du lide den?” Folmer nikker igen. “Dem kan jeg rigtig godt lide,” bedyrer han.

Mia Kiær Hertzum kaster et blik på frugtskålen, der står på sengebordet. “Du har lidt tilbage af frugten, kan jeg se?”

“Jeg lider en del af mundtørhed, og frugten gør det værre,” forklarer Folmer.

“Vi må lige se, hvad der kan fungere i stedet for,” siger Mia Kiær Hertzum, som vipper tabletten op mod Folmer, så lyset fra vinduet ikke gør, at skærmen er svær at se.

På skærmen er et søjlediagram, der viser, at Folmer har nået ernæringsmålet for frokostmåltidet.

“Du er over 75 procent på energi og protein. Rigtig flot. Så er vi glade og tilfredse,” siger Mia Kiær Hertzum.

Øje på gråzonepatienterne

Det er andet år i træk, at personalet benytter sig af ernæringsapp'en Food'n'Go samt en medinddragende indsats, hvor patienten i høj grad har indflydelse på, hvad og hvor meget mad de spiser.

Lige nu er der 17 patienter indlagt, hvor langt de fleste er i ernæringsmæssig risiko. Men til forskel for et par år siden er det sygeplejerske Mia Kiær Hertzums oplevelse, at hun i langt højere grad får øje på de patienter, hun kalder 'gråzonepatienterne': Dem, der burde få en ernæringsindsats, men som går under radaren.

“Vi har altid haft ernæringssscreeninger, og det har også altid været nemt at se, at patienter, som vejer 20-30 kilo, skal have en indsats. Udfordringen har været at spotte de patienter, som måske ligefrem er normalvægtige, men som ikke spiser. De er i risiko for at blive tabt i det andet system,” pointerer Mia Kiær Hertzum.

“Det bliver de ikke nu. I dag er det langt mere synligt, hvor lidt de spiser, fordi vi kostregistrerer alt, og søjlediagrammerne gør det hele meget visuelt,” forklarer Mia Kiær Hertzum, som klart foretrækker den digitale kostregistrering frem for den manuelle på papir.

“Papiret gør det svært at gennemskue, hvor langt vi ernæringsmæssigt er med den enkelte patient. Med app'en er det nemt at se, at selvom en patient spiser tre salater, så har de ikke nået deres behov,” fortæller Mia Kiær Hertzum, som fremhæver den medinddragende indsats.

“App'en gør en forskel, men jeg synes også, vi er blevet bedre til at lytte til patienterne. Vi spørger langt mere ind til ønsker og behov, og fordi vi fanger gråzonepatienterne i dag, så taler vi langt mere med alle patienterne, og ikke kun med dem, der meget tydeligt er i en seriøs risiko,” pointerer Mia Kiær Hertzum.

En eksemplarisk patient

“Spring al smørrebrød over. Dyrslægens Natmad. Kartoffelmad. Nej tak.”

Folmer er i gang med at bestille mad til aftensmaden. Der er flere måltider, han synes, ser indbydende ud, men han

har også udfordringer med sine smagsløg. Tingene smager ikke af det, de plejer, forklarer han.

“Hvad med risengrød eller hjemmelavet is,” foreslår Mia Kiær Hertzum.

“Ja tak. Begge dele. Og også gerne noget ymer,” siger Folmer begejstret.

Mia Kiær Hertzum kører fingeren opad på tabletten.

“Prøv lige at se her. 100 pct. af dine behov. Flot. Du er altså en eksemplarisk patient, Folmer. Det er du.”

Og det er åbenbart ikke engang løgn. Folmer er eksemplarisk. I følge Mia Kiær Hertzum når langt de fleste patienter på afdelingen ikke 100 pct. End ikke de 75 pct., som er afdelingens erklærede mål for deres patienter. Ved enkelte indlagte kan Mia Kiær Hertzum endda se, at de kun har nået 10 pct. af deres mål, og her bliver det hendes opgave at se, hvordan hun motiverer den enkelte bedst.

“Det kan være, vi kigger på søjlerne, og jeg siger: “Der er lang vej igen, prøv at se,” eller at jeg fortæller, hvad de kan opnå ved at spise lidt mere. For eksempel at de kan få lov til at gå en tur: Hvor skal du ellers få kræfterne fra, siger jeg tit, og så vil de gerne have den der proteindrik alligevel,” siger Mia Kiær Hertzum.

“Det er sjovt at følge med i egen ernæring”

Hun fortæller desuden, at det er meget forskelligt fra patient til patient, hvor meget de kan og har lyst til at bruge deres tablet.

“Nogle tager den bare ud af hånden på mig. Andre er bange for at røre ved den og tror, den går i stykker. Indimellem holder jeg den for dem, og så går mange ret hurtigt i gang med at scrolle, selvom de indledningsvis ikke turde,” fortæller Mia Kiær Hertzum.

På patientstuen nærstuderer Folmer sine søjler i forbindelse med sit aftensmåltid.

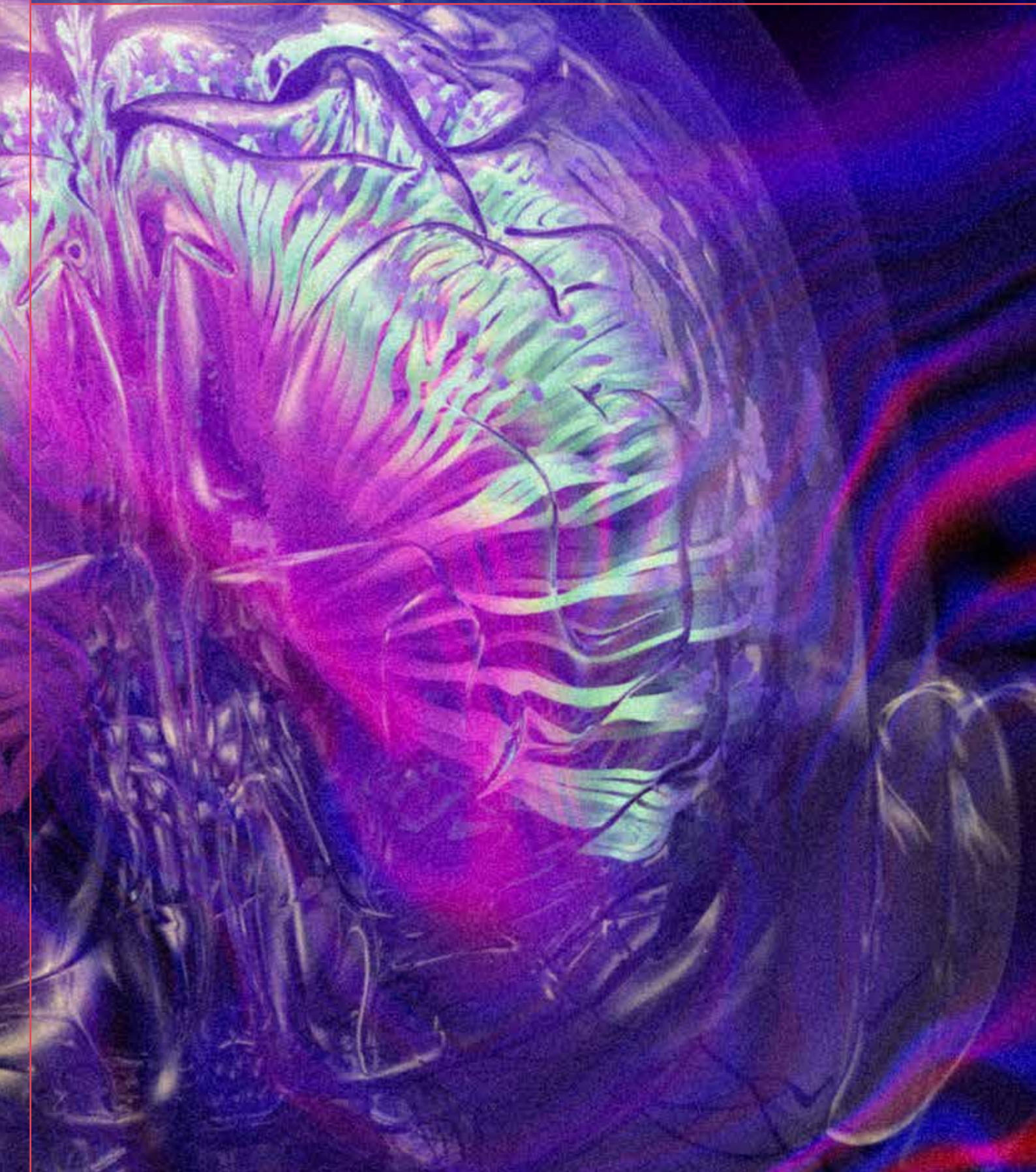
“Det er nu lidt sjovt at følge med i sin egen ernæring. Det er interessant, synes jeg,” siger han henvendt til Mia Kiær Hertzum.

“Skal vi bestille det så?, spørger hun. Folmer nikker.

Mia Kiær Hertzum smiler.

“Ah, men det kan simpelthen ikke være bedre, det her.” ●

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



Sladrehanke, vi skal tage alvorligt

Følgvirkningerne af **organisk delirium** er store for både patient og samfund. Og så kan delirium være første tegn på akut sygdom eller forværring af sygdom.



TINA PICO. Sygeplejerske siden 1998 og master i klinisk sygepleje. Arbejder som klinisk sygeplejespecialist på Thoraxintensiv afsnit ved Rigshospitalets Hjertecenter, hvor hun har erfaring med delirium fra sit arbejde med intensive patienter. Har været med til at udarbejde 'Vejledning til forebyggelse og behandling af delirium' ved Rigshospitalets Hjertecenteret, hvor hun også er en del af et tværfagligt deliriumråd.



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



MARIE OXENBØLL COLLET. Sygeplejerske siden 2002, kandidat i sundhedsvidenskab og ph.d. Arbejder som postdocforsker og klinisk sygeplejespecialist ved afdeling for Intensiv Behandling ved Rigshospitalet. Har arbejdet med delirium i 20 år både via sine ansættelser som sygeplejerske og som forsker. Har været fagkonsulent på udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje 'Forebyggelse og behandling af organisk delirium'.

Ét langt mareridt.

Sådan beskriver en ældre mandlig patient sin oplevelse af en hospitalsindlæggelse med et deliriumforløb, der strakte sig over flere uger. Et halvt år efter indlæggelsen mødtes han med klinisk sygeplejespecialist Tina Pico fra Rigshospitalets Hjertecenter for at tale om oplevelserne.

”Patienten kunne ikke huske ret meget andet fra perioderne med delirium end næsten konstante og meget voldsomme, ubehagelige oplevelser. Blandt andet troede han, at hans nære familiemedlemmer havde råbt ad ham, og han havde set scenarier, hvor fremmede mænd voldtog og slog ihjel – ligesom det man nogle gange ser på middelaldermalerier.

Oplevelserne var entydigt dårlige og skræmmende,” fortæller Tina Pico.

Til daglig arbejder hun med patienter, som er i intensiv behandling efter operationer i bl.a. hjerte og lunger, og her støder hun ofte på patienter med delirium.

”Eftervirkningerne af delirium kan være enorme. Den mandlige patient var et halvt år efter stadigvæk tydeligt påvirket af forløbet og sad og græd under vores samtale. Han beskrev, at hans oplevelser med delirium føltes lige så virkelige, som da han sad og talte med mig,” siger Tina Pico.

Delirium kan være farligt

Organisk delirium er en akut indsættende tilstand, der varer i dage eller uger og ses i forbindelse med somatisk sygdom (1).

Ifølge Marie Oxenbøll Collet, postdocforsker ved afdeling for Intensiv Behandling i Center for Kræft og Organsygdomme ved Rigshospitalet, er delirium hyppigt blandt indlagte patienter (se Boks ’Delirium i tal’). Alligevel er delirium et overset fænomen, som kan have alvorlige konsekvenser (2).

”Jo flere dage med delirium, jo større er risikoen for ikke at være i live et år efter intensivindlæggelse (3). Hvis du som intensiv patient har delirium i 10 dage eller mere, er din risiko for at dø 90 pct. større sammenlignet med intensivpatienter uden delirium (3).

Tilsvarende viste en canadisk undersøgelse på en skadestue en markant øget dødelighed (31 versus 12 pct.) for de patienter, som havde uopdaget delirium sammenlignet med patienter, som blev diagnosticeret med delirium (4).

Delirium er et organsvigt

Både længere indlæggelsestid og kognitive problemer er blandt de alvorlige konsekvenser af delirium.

”Observationelle studier har vist, at hvis du har haft delirium på hospitalet, har du større risiko for at komme på plejehjem eller efterfølgende få ekstra hjælp i hjemmet (5). Du har også større risiko for at få kognitive problemer og for at udvikle demens (6,7). Hvis vi forebygger delirium, kan vi også forebygge følgevirkningerne,” siger Marie Oxenbøll Collet.

Hun forklarer, at delirium er et organsvigt, der skal tages alvorligt.

”Ved delirium er hjernen påvirket af, at du er kritisk syg. Hjernen er et organsystem, der svigter ligesom ved nyresvigt, septisk chok eller respirationsinsufficiens. Derfor skal vi tage delirium lige så alvorligt som andre organsvigt.” Se hjernens påvirkning før og efter delirium illustreret i Figur 1 side 17.

Første tegn på akut sygdom

Der er endnu en vigtig årsag til, at delirium er vigtigt at opdage og behandle, fortæller Tina Pico.

DELIRIUM I TAL

- Delirium er hyppigt forekommende hos akut syge og ses hos op mod halvdelen af ældre indlagte patienter.
- Hos patienter indlagt på intensivafdelingen, som modtager respiratorbehandling, ses delirium hos op mod 80 pct. og hos terminale patienter hos op mod 90 pct.
- På både kort og lang sigt har patienter med delirium en dårlig prognose: en markant øget etårs dødelighed (62 pct.), forlænget indlæggelsestid, øget forekomst af komplikationer under indlæggelsen samt funktionstab, øget plejeburde og kognitiv dysfunktion i efterforløbet.

Kilde: (11)

HVAD ER ORGANISK DELIRIUM?

- Organisk delirium – delirium ved somatisk sygdom – er en akut og alvorlig tilstand, der kan udvikle sig over timer til få dage.
- Delirium påvirker opmærksomheden og patientens kognitive evner. Patienten opleves som konfus med ændret adfærd og kan udvikle psykoselignende symptomer.
- Tilstanden kan forekomme hos alle patienter, som er akut syge, både på og uden for hospitalet.
- Patienterne kan opleve den delirøse tilstand som yderst skræmmende, mens andre ikke er påvirket af de vrangforestillinger og hallucinationer, de har haft.
- Nogle patienter oplever at have vedvarende delirium, hvor tilstanden ikke holder op, selvom risikofaktorer eller kritisk sygdom ikke længere er til stede.

Kilde: (12)

TYPER AF DELIRIUM

Der skelnes mellem tre subtyper:

- Ved **hyperaktivt delirium** er patienten agiteret, pillende eller motorisk urolig, højtråbende, evt. udadreagerende samt senge- og afdelingsflygtig. I svære tilfælde er patienten til fare for sig selv, sin egen behandling og andre.
- Ved **hypoaktivt delirium** er patienten sløv, somnolent og apatisk, og der kan ses nedsat mimik og psykomotorisk hæmning. Denne form kan let overses i den kliniske hverdag.
- **Blandet delirium** indeholder elementer af både hypo- og hyperaktivt delirium.

Hypigste risikofaktorer for udvikling af delirium: Høj alder, demens eller kognitiv dysfunktion, funktionsnedsættelse og akut sygdom samt skrøbelighed.

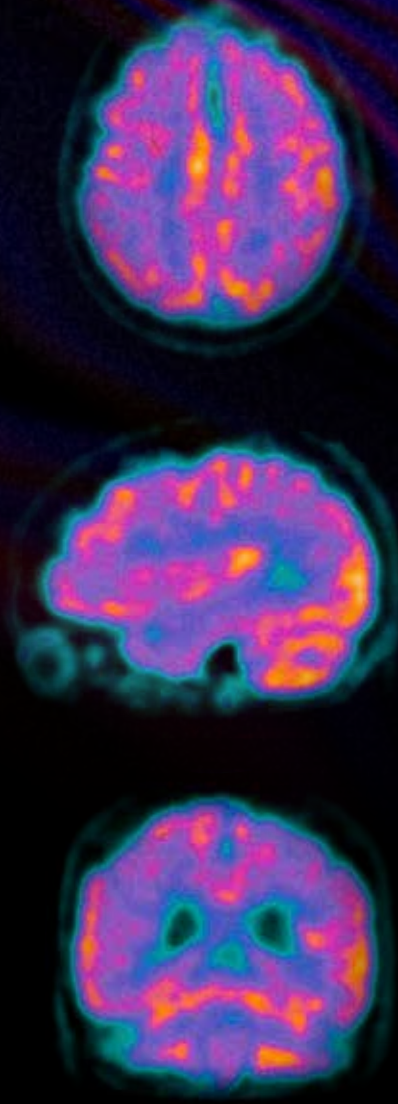
Kilde: (11)

FIGUR 1

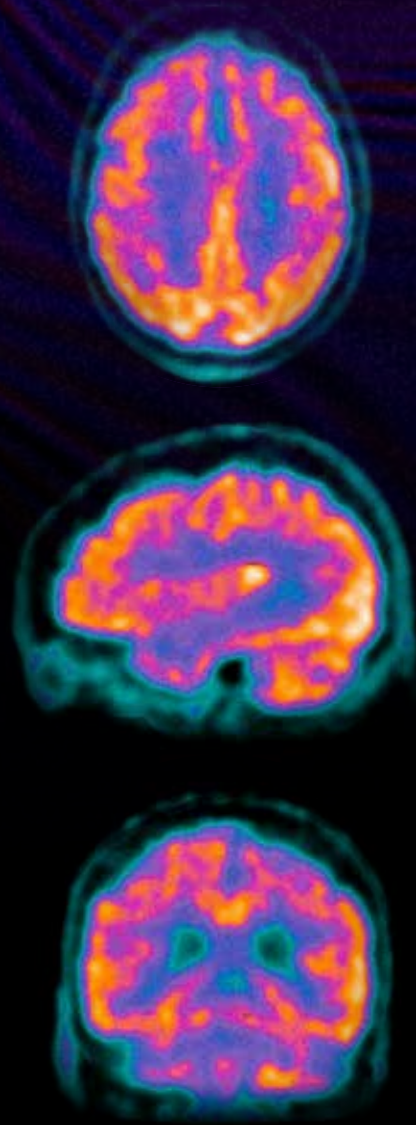
HJERNESCANNING AF GLUCOSEMETABOLISMEN UNDER OG EFTER DELIRIUM

Mørke farver indikerer lavere metabolisme.

A
**GLOBAL
HYPOMETABOLISME
UNDER DELIRIUM**



B
**OVERORDNET
FORBEDRING EFTER
DELIRIUM, MEN IKKE FULD
NORMALISERING AF
METABOLISMEN**



VIDSTE DU?*I gamle dage hed delirium også "febervildelse".*

"Delirium er en "sladrehank", der kan vise sig som det første tegn på akut sygdom på et tidspunkt, hvor vi endnu ikke har set en stigning i f.eks. infektionsparametre eller har opdaget, at patienten ikke får næring nok. Vi skal som sundhedsprofessionelle finde ud af, hvilken ubalance der ligger bag, f.eks. en begyndende lungebetændelse, væskemangel eller bivirkninger af medicin," siger hun.

Og så har det stor betydning, at de fleste patienter med delirium lider og har det rigtig skidt, siger Marie Oxenbøll Collet.

"Patienterne selv beskriver tilstanden som meget lidelsesfuld (8). Mange af dem har en oplevelse af, at personalet vil gøre dem fortræd og er ude på at tage livet af dem med vores interventioner. F.eks. kan en iltmaske opleves som klaustrofobisk, og patienten tror måske, at vi vil kvæle ham. De oplevede vrangforestillinger kan efterfølgende sætte sig som traumer og i nogle tilfælde invalidere patienterne," forklarer hun.

Delirium kan også gøre det svært at iværksætte forebyggende behandlinger som f.eks. CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) eller mobilisering, fordi patienten måske optræder mistroisk, udadretagerende eller finder interventionen for ubehagelig.

Større tværfaglighed

Identificering og ikke-medicinsk behandling af delirium er en opgave, der med fordel kan varetages af sygeplejersker. Det viser et kvalitativt studie, som Marie Oxenbøll Collet stod i spidsen for, hvor 24 sygeplejersker og 15 læger blev interviewet i fokusgrupper (9).

Alligevel vurderer hun, at ansvaret ikke alene skal påhvile sygeplejerskerne.

"Selvom forebyggelse og behandling af delirium er en klar sygeplejefaglig opgave, har vi behov for en tværfaglig tilgang til delirium. Delirium skal både forebygges og behandles med medicin, fysioterapi, ergoterapi og fast vagt alle opgaver, der skal iværksættes i et tværfagligt team. Det er også vigtigt ved en tværfaglig stuegang at systematisk gennemgå patienten for risikofaktorer og at planlægge forebyggende og behandelende tiltag," siger Marie Oxenbøll Collet.

Det kvalitative studie viste desuden, at ansvaret for delirium i nuværende praksis i for høj grad er overladt til sygeplejerskerne (9). Det er Tina Pico enig i.

"Som sygeplejersker har vi nogle gange en oplevelse af at stå meget alene med ansvaret for både forebyggelse, opsporing og behandling af delirium. Vi oplever ikke altid, at det er en tværfaglig opgave, der bliver taget tilstrækkeligt alvorligt. Selvom vores lægefaglige kolleger heldigvis i stigende grad er opmærksomme på det," tilføjer hun.

Systematik er afgørende

Interessen blandt det danske sundhedspersonale for at komme delirium til livs er ellers stor, viser Marie Oxenbøll Collets kvalitative studie (9).

"Resultaterne peger på, at det danske sundhedsfaglige personale har en vilje til og en tro på, at vi kan bryde og nedsætte antal dage med delirium. Det kan vi gøre ved at anerkende, at delirium er hyppigt, og ved at anvende en systematisk tilgang til at identificere, forebygge og behandle," forklarer hun.

Bl.a. drejer det sig om at anvende de rette screeningsredskaber til at opspore patienter med symptomer på delirium (læs artiklen 'Daglig screening kan redde liv', side 19).

"Vores fokusgruppeundersøgelser viser, at hvis ikke vi gør brug af en evidensbaseret systematisk tilgang til at identificere, forebygge og behandle delirium, er indsatsen afhængig af personlig og kollektiv erfaring (9,10). Og det vil alt andet lige give en stor variation i kvaliteten af vores indsats, siger Marie Oxenbøll Collet. ●

**KAN BØRN
FÅ DELIRIUM?**

Børn kan også få delirium. Ligesom for voksne optræder delirium hos kritisk syge børn, og op mod halvdelen af børn indlagt på intensivafdelinger, har på et tidspunkt under indlæggelsen symptomer på delirium.

Til børn kan screeningsredskabet SOS-PD (Sophia Observation Withdrawal Symptoms - Pediatric Delirium scale) benyttes.

Kilde: 13



Daglig screening kan redde liv

Især hypoaktive patienter opdages ved screening.

Af **SUSSI BOBERG BÆCH**, journalist, cand.scient., ph.d.

Delirøse patienter med hypoaktiv eller blandet delirium er de patienter, som har flest gener og oplever de værste konsekvenser af tilstanden, viser observationelle studier (14).

”Som sundhedspersonale opdager vi simpelthen ikke de hypoaktive delirøse patienter. Samtidig er det de patienter, som har størst risiko for negative konsekvenser, så det synes jeg, er vigtigt, at vi er opmærksomme på,” siger Marie Oxenbøll Collet.

Det hele falder tilbage på en manglende screening.

”Hvis vi systematisk gennemgår alle vores patienter hver dag – og ikke kun de patienter, vi vurderer, er i risiko for at få delirium – så finder vi også de patienter, der sidder alene inde på stuen og ikke gør væsen af sig,” siger hun.

”Det er de patienter, som har det allerværst, fordi de overlades til sig selv. Ved at opdage delirium hos de patienter får vi en skærpet opmærksomhed, der

gør, at vi kan behandle tilstanden,” forklarer hun.

Hun opfordrer derfor til at screene alle patienter på alle sengeafdelinger helst et par gange om dagen, da delirium er en svingende tilstand. De bedste redskaber til hurtig screening er redskaberne 4AF, B-CAM, CAM-ICU og ICDSC (se Boks side 20).

”På mange intensivafdelinger screener vi efterhånden rutinemæssigt for delirium, men på de almindelige sengeafdelinger, på plejecentre og i hjemmeplejens akutteams, oplever jeg, at det ikke er en del af den almindelige praksis. F.eks. kender jeg ikke til, at der er udviklet redskaber til brug ved deliriumscreening i den primære sektor,” vurderer Marie Oxenbøll Collet.

Delirium giver berøringsangst

Den mangelfulde praksis kan bl.a. hænge sammen med en berøringsangst for at tale om delirium, vurderer Tina Pico.

”Mange sygeplejersker oplever, at de taler ned til patienterne og bliver pinligt berørte, når de i forbindelse med screening for delirium skal stille spørgsmål i stil med ”vil en sten flyde på vandet?” eller ”vejer et kilo mere end to kilo?” I nogle tilfælde kan de næsten ikke få sig selv til at stille spørgsmålene, selvom de reelt godt ved, at det er den eneste måde at finde ud af, om patienterne har delirium,” fortæller hun.

Men det handler blandt andet om at starte samtalen på den rigtige måde.

”Vi får en naturlig start på samtalen ved f.eks. at sige ”vi ved, at hjernen ligesom resten af kroppen kan blive påvirket af et sygdomsforløb, så derfor stiller jeg dig lige et par spørgsmål, som kan hjælpe os med at vurdere, hvordan du har det?” siger hun. ●

SCREENINGSREDSKABER

Her er fire af de hyppigst anvendte redskaber til screening for delirium. Redskaberne er validerede og skal anvendes systematisk f.eks. i hver vagt. De kan alle udføres på stuen hos patienten. Det anbefales at oplære sundhedspersonalet i brugen af værktøjerne (11).

BCAM (15) og CAM-ICU

CAM (Confusion Assessment Method) tager mindre end to minutter at udføre, hvor i alt fire punkter vurderes. Delirium er til stede, når de to første punkter og enten punkt 3 eller 4 er positive:

1. Akut indsættende og fluktuerende forløb
2. Uopmærksomhed
3. Ændret bevidsthedsniveau
4. Uorganiseret tankegang.

BCAM (Brief Confusion Assessment Method): Til patienter på almindelige sengeafdelinger.

CAM-ICU (Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit): Til kritisk syge intuberede patienter på intensivafdelingen.

Kilde: 16

4AT: 4 A'S TEST

Til hurtig indledende vurdering af delirium. Tager to minutter. 4AT indeholder fire elementer:

1. En **rating** af patientens **bevidsthedsniveau** (score 0 eller 4)
2. En kort test af **orientering** i tid, sted og egne data (score 0-2)
3. En kort **opmærksomhedstest** (årets måneder bagfra) (score 0-2)
4. Vurdering af, om der er sket en **akut ændring** eller **udsving** i patientens **bevidsthedsniveau** inden for de seneste to uger (score 0 eller 4).

Kilde: 17

INTENSIVE CARE DELIRIUM SCREENING CHECKLIST (ICDSC)

Til identifikation af kritisk syge patienter med delirium. Består af otte punkter, hvor patienten kan opnå en score på 0 eller 1 point for hvert punkt. Patienten har delirium ved en score på mindst 4. De otte punkter er:

1. **Ændret bevidsthedsniveau:** Hvor vågen er patienten?
2. **Uopmærksomhed:** Kan patienten følge en simpel instruks?
3. **Desorienteret:** Er patienten klar over, hvor han er, og kan han genkende folk?
4. **Hallucinationer eller vrangforestillinger:** Oplever patienten ting, der ikke er der, eller er bange for mennesker og ting omkring sig?
5. **Psykomotorisk agitation eller sløvhed:** Er patienten hyper- eller hypoaktiv eller en blanding deraf?
6. **Upassende tale eller sindsstemning:** Siger patienten upassende ting, eller passer reaktionen ikke til situationen?
7. **Søvn/vågen-cyklus:** Sover patienten mere end fire timer om dagen eller mindre end fire timer om natten?
8. **Svingende symptomer:** Svinger deliriumsymptomerne fra vagt til vagt?

Kilde: 18



”Patienten skal hjælpes til at finde ro”

At forebygge og behandle delirium handler om at fjerne årsagerne, lave grundlæggende sygepleje og at skabe tryghed og et helende miljø.

Af **SUSSI BOBERG BÆCH**, journalist, cand.scient., ph.d.

Ikke to deliriumforløb er ens. Det er f.eks. langt fra alle patienter, som oplever vrangforestillinger. At forebygge og behandle delirium er derfor komplekst, og arbejdet består af mange sideløbende interventioner.

Sygeplejerske Tina Pico beskriver et eksempel på et deliriumforløb med en ældre kvinde, som var indlagt på Rigshospitalets Thoraxintensive afsnit efter en hjerteoperation. Kvinden havde på grund af dårlig lungestatus brug for CPAP-behandling. Kortvarigt inde i behandlingen blev kvinden agiteret og gav udtryk for, at hun troede, at personalet forsøgte at skade hende.

”Hun var tydeligt angst og påvirket af en vrangforestilling om, at vi ville hende det ondt og prøvede

at forgifte hende og kvæle hende med CPAP-masken. Hun sagde noget i stil med ”gå væk, jeg vil ikke – I prøver at slå mig ihjel”,” fortæller Tina Pico.

Tina Pico og hendes kolleger gennemførte ikke behandlingen. I stedet begyndte de at vise interesse for kvindens oplevelser og den virkelighed, hun befandt sig i.

”Vi prøvede at få hende til at sætte ord på, hvorfor hun troede, at vi ville slå hende ihjel. Måske var der rent faktisk noget, vi kunne ændre på, så hun kunne blive mere tryk ved os. Kvinden fortalte, at hun oplevede personalet som truende og uhyggelige, bl.a. fordi vi kom og holdt masken med hvæsende luft op mod hendes ansigt,” fortæller Tina Pico.



Løsningen blev at lade kvinden selv holde masken. ”Det gav hende en fornemmelse af kontrol, der betød, at ved næste behandling var hun mere tryk ved masken, og vi kunne udføre behandlingen, mens én af os holdt hende i hånden. Selvom det ikke fik hende ud af deliriumtilstanden, gjorde det, at situationen ikke eskalerede og forværrede hendes oplevelse,” fortæller Tina Pico.

Et helende miljø

Eksemplet med kvinden er blot ét ud af mange, man kunne forestille sig med en delirøs patient. Selvom alle forløb er vidt forskellige, forsøger Tina Pico at beskrive, hvordan hun plejer at gribe det an i mødet med en deliriumpatient.

”Først og fremmest handler det om at fjerne årsagerne til delirium ved at behandle underliggende sygdom og smerter og sørge for et helende miljø, der er rart for patienten. Patienten skal hjælpes til at finde ro og til at sove.”

”Jeg orienterer patienten om tid og sted, og om at jeg er sygeplejerske og hedder Tina. Jeg taler med de pårørende om at skaffe ting med velkendte dufte eller et billede, der kan skabe tryghed, af hunden eller katten derhjemme. De pårørende udfylder et skema med personlige informationer om patienten, så vi også næste gang kan tale om vedkommendes hund, job eller børnebørn, fortæller hun.

Forebyggelse og behandling af delirium handler også om god grundlæggende sygepleje.

”Det er helt essentielt, at patienten kommer på toilettet, får nok at spise og drikke og kommer ud af sengen så tidligt som muligt. Mobilisering stimulerer sanserne og gør patienterne trætte, så de sover bedre,” siger Tina Pico.

”Nogle gange kan patienten være så svært medtaget af delirium, at det eneste rigtige er at give sedativer og lægge patienten i medicinsk induceret koma og så håbe på, at deliriumtilstanden er væk, når patienten vågner,” tilføjer hun.

Ingen medicin kan behandle

For Marie Oxenbøll Collet er det vigtigt at starte med at slå fast, at der ikke findes noget medicinsk præparat, som vi ved, selvstændigt kan forebygge eller behandle delirium (19,20).

”Ingen antipsykotiske præparater, benzodiazepiner eller sedativer har indtil videre vist sig i kliniske studier at kunne forebygge eller behandle delirium. F.eks. er haloperidol, også kaldet Serenase, testet i lave doser for at se, om færre patienter udviklede delirium. Desværre viste det ingen effekt sammenlignet med placebo (21),” fortæller hun.

Men måske er der alligevel en lille mulighed for, at det i fremtiden vil være lettere at komme delirium til livs.

”I Frankrig er der i øjeblikket gang i studier med præparatet dexmedetomidin. Studiet undersøger, om præparatet kan nedsætte antallet af dage med delirium og derved dødeligheden (22). Og en amerikansk forskergruppe er i gang med at undersøge i et større randomiseret studie, om dexmedetomidin kan forebygge delirium (23).

Også et igangværende dansk studie med Haloperidol versus placebo undersøger, om Haloperidol kan nedsætte antallet af dage med delirium (24).

Evidens for syv interventioner

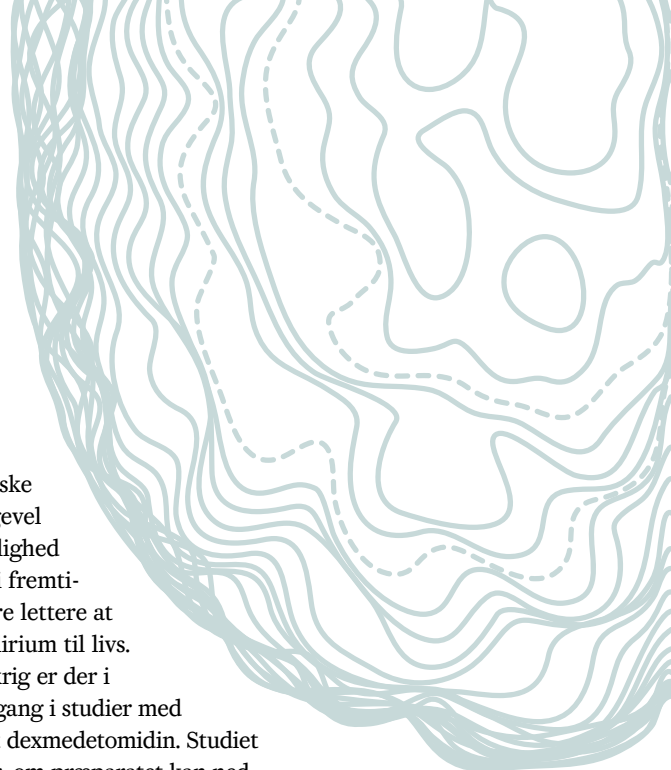
Da der ikke findes medicinske præparater, der selvstændigt kan forebygge eller behandle delirium, består det forebyggende og behandlende arbejde af en kombination af sideløbende medicinske interventioner og plejinterventioner. De skal tilsammen sørge for, at delirium enten ikke udvikler sig, eller at tilstanden brydes – se anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (11) (se Boks ’Sundhedsstyrelsen siger’).

Anbefalingerne omkring plejinterventioner i Sundhedsstyrelsens retningslinje er baseret på lav evidens for de enkelte interventioner, men med høj evidens for en multikomponent intervention.

”Nye amerikanske studier har vist, at en systematisk tilgang til plejinterventioner kan forebygge nye tilfælde af delirium ved at anvende den såkaldte ’A-B-C-D-E-F-G bundle’ (25),” forklarer Marie Oxenbøll Collet.

Selvom ’A-B-C-D-E-F-G bundle’ er udviklet til intensivpatienter, vurderer hun, at det giver rigtig god mening også at anvende redskabet til patienter på almindelige sengeafdelinger i kombination med anbefalingerne i den kliniske retningslinje. Hun fortæller hvorfor:

”A-B-C-D-E-F-G bundle’ er den eneste evidensbaserede deliriumintervention, vi kender til. Den består af syv separate interventioner, som anvendt sammen på en systematisk måde er vist at forebygge delirium hos 15.000 patienter indlagt på intensivafdelinger.



Derimod kender vi ikke til interventioner, der er vist at kunne behandle delirium,”

fortæller Marie Oxenbøll Collet.

Udover daglig screening af alle patienter for delirium går de syv interventioner ud på at sikre sig, at patienten ikke har smerter, bliver korrekt medicineret og medicinsaneret, bliver mobiliseret, ligger kortest mulig tid i respirator, får understøttet en god nats søvn, og at pårørende bliver inddraget og undervist i delirium (Se Boks 'De syv interventioner' på næste side).

Kan blive kompliceret

Marie Oxenbøll Collet påpeger, at der i den nyeste udgave af Sundhedsstyrelsens retningslinje for forebyggelse og behandling af delirium er sket en vigtig ændring. Hvor retningslinjen tidligere havde en svag anbefaling for at behandle delirium med antipsykotisk medicin, har retningslinjen nu en svag anbefaling om at *undlade* det (11).

”Årsagen er manglende evidens for, at medikamenterne nedsætter varigheden af delirium eller mindsker uro. Men det er vigtigt også at have med i vurderingen af medicinsk behandling, om en antipsykotisk behandling kan lindre de delirøse symptomer,” forklarer Marie Oxenbøll Collet, som var fagkonsulent på retningslinjen.

Retningslinjen angiver også, at det er god praksis ikke systematisk at anvende benzodiazepiner eller benzodiazepin-lignende stoffer til behandling af delirium (11). Det kan nemlig være medvirkende årsag til udvikling af eller forlænge varigheden af delirium.

Og det er her, at det pludselig kan blive kompliceret. For i nogle tilfælde kan det nemlig alligevel være en god idé med medicinsk behandling.

”Nogle gange kan vi ved medicinsk behandling hjælpe patienten til at sove bedre eller ikke blive angst eller agiteret og derved forebygge delirium. På den anden side kan behandling med sedationsmedicin og benzodiazepiner øge risikoen for delirium. Så det er en vurdering af, hvad der er bedst i det enkelte tilfælde,” siger Marie Oxenbøll Collet. ●

SUNDHEDSSTYRELSEN S I G E R O M FOREBYGGELSE OG BEHANDLING AF ORGANISK DELIRIUM

På almindelige sengeafdelinger anbefaler Sundhedsstyrelsen at:

- Undlade rutinemæssig behandling mod delirium med **antipsykotika**. Kan dog overvejes, hvis patienten er til fare for sig selv eller andre, hvis delirium forhindrer nødvendig diagnostik og behandling, hvis patienten er forpint eller til terminale patienter.
- Undlade behandling mod delirium med **benzodiazepiner** og **benzodiazepin-lignende stoffer** samt **melatonin**. Kan dog overvejes til patienter med angst og uro eller terminale patienter eller patienter på intensivafsnit, hvor der er mulighed for respiratorisk støtte og monitorering.
- **Screene** risikopatienter for delirium.
- Anvende **skærmede omgivelser**.
- Inddrage og undervise **pårørende** i delirium.
- Gennemgå og justere **medicin**.
- Forebygge og behandle med **multikomponent plejeintervention**.

MULTIKOMPONENT PLEJEINTERVENTION:

- **Sanseoptimering:** Sørg for tilstrækkeligt lys i rummet, så patienten kan orientere sig. Ved nedsat syn eller hørelse skal patientens briller eller høreapparat fremskaffes og evt. hjælpes til brug. Alternativt kan kommunikator bruges hos hørehæmmede.
- **Orientering og kognitiv stimulation:** Synligt ur og kalender og evt. tavle med dagsplan på stuen. Undgå skiftende personale, gentag præsentation af personale, som indgår i plejen, samt sted og årsag til indlæggelse. Evt. samtale om aktuelle emner. Fremskaf kendte objekter, f.eks. billeder og indret sengestuen, så patienten føler sig mere hjemme.
- **Mobilisering:** Patienten bør mobiliseres flere gange dagligt som minimum til måltiderne. Og bør selv udføre eller hjælpe med personlig hygiejne. Evt. gangredskab skal være tilgængeligt. Skal tænkes ind fra første indlæggelsesdag.
- **Ernæring:** Vurder patientens ernæringstilstand og evt. problemer med fødeindtag og afhjælp om muligt f.eks. ved vurdering af fagperson.
- **Rehydrering:** Vurder hydreringsgrad og væskeindtag og suppler med relevant væsketerapi om nødvendigt.
- **Døgnrytme:** Understøt patientens naturlige døgnrytme.

Kilde: 11

DE 7 INTERVENTIONER

Den evidensbaserede algoritme kaldet **'A-B-C-D-E-F-G bundle'** (26) er et "bundet" af syv interventioner, der tilsammen har vist sig i et stort kohortestudie at forebygge delirium hos 15.000 patienter på intensivafdelinger (25). Studiet viste signifikante og klinisk meningsfulde forbedringer i forhold til overlevelse, mekanisk ventilering, koma, delirium, genindlæggelser og behov for hjemmepleje (25).

A

FOR ANERKEND:

Anerkend, vurder, forebyg og håndter smerter.

Smerter er hyppige og kan være svære at identificere hos mange patienter med delirium, og derfor er det vigtigt at lokalisere og behandle smerter (27). Smerterne kan lokaliseres ved hjælp af værktøjer som NRS (numeric rating scale) eller VRS (verbal rating scale). Non-farmakologiske metoder som brug af varmepuder, lejrning, berøring eller bevægelse, kan også virke positivt ind på smerter.

B

FOR BEDØM:

Bedøm dagligt, om respiratorbehandling er nødvendigt, ved opvågnings-test og spontan respirations-test (vejtrækningstest).

Patienter, som ligger længere tid i respirator, har en større risiko for at få delirium. Ved dagligt at vurdere, om der forsat er behov for respiratorbehandling, kan den tid, en patient ligger i respirator, forkortes.

Målet er, at patienten skal være vågen, der skal være klar kontakt til patienten og patienten skal spontant kunne trække vejret selv. Herefter kan patienten enten forblive i respirator uden sedativer, eller der kan opstartes sedativer igen for at opnå komfort hos patienten.

Når patienten kommer ud af respiratoren, er det vigtigt at sikre sig, at patienten får ilt nok ved at måle iltmætningen. Ellers lider kroppen, og det øger risikoen for delirium.

C

FOR SANER:

Valg af sedativer og mængde.

Medicin skal gennemgås og justeres. Det skal vurderes, om patienten får sedativer, som kan øge risikoen for delirium. Til det formål kan seponeringslisten være en hjælp.

D FOR DELIRIUM:

Vurder, forebyg og behandl delirium.

Alle patienter bør screenes på daglig basis for delirium med et evidensbaseret screeningsredskab for på en systematisk måde at forebygge og behandle delirium.

Det er vigtigt at turde tale med patienten om delirium og være nysgerrig på patientens virkelighed. Mange føler sig alene og forladte, når de har delirium. Det kan få delirium til at virke mindre skræmmende, hvis de får at vide, at mange andre tidligere har haft lignende oplevelser. Og at delirium går væk igen.

E FOR EKSTRA TIDLIG MOBILISERING:

Tidlig mobilisering og træning er vigtigt.

Mobilisering kan give følelsen af normalitet og er med til at forebygge delirium. Patienterne skal op og ud af sengen så tidligt som muligt. Det gælder for alle kritisk syge patienter, også på en almen afdeling. Jo tidligere patienten kommer ud af sengen, jo bedre. Patienterne skal hjælpes til at gøre aktiviteter, der er en normal del af dagligdagen og kan give en kropslig oplevelse. F.eks. at tage et bad og børste tænder morgen og aften.

Det er også godt og sikkert for patienter i respirator, som stadigvæk får en smule sedation, at komme op at sidde i en stol. Det gør vejrtrækningen bedre, og behovet for sedation bliver måske mindre. I sidste ende kan det betyde færre dage i respirator og mindre risiko for delirium.

F FOR FAMILIE- INVOLVERING:

Familien skal engageres og medinddrages.

Det er vigtigt, at familien besøger patienten med delirium og er til stede så meget som muligt. Læs også artiklen 'Pårørende er vigtige støtter', side 26.

G FOR GOD SØVN:

God søvn er vigtigt.

God søvn er en stor udfordring for patienter med delirium. Man kan skabe mulighed for en god søvn ved at mindske forstyrrelser, der er:

- **Miljøbetinget:** larm, lys, dårlig sengekomfort, aktiviteter ved anden seng, besøgende, lugt.
- **Fysiologisk og patologisk betinget:** smerter, for varmt eller koldt, dyspnø, hoste, tørst, sult, kvalme.
- **Pleje- og behandlingsbetinget:** patientprocedurer, overvågningsudstyr, diagnostiske test, medicinadministration, endotracheal tube, katetre, sygepleje.
- **Psykologisk betinget:** angst, frygt, ikke orienteret i tid og sted, ensom, manglende privatliv, stress, manglende sengerutiner.

Ro omkring patienten er det vigtigste. Det er vigtigt at sikre sig, at patienten ligger godt og ikke har smerter. At patienten har fået børstet tænder, måske fået nusset fødderne og tilbudt ørepropper og flybrille.

Mobilisering er vigtigt for søvnen, fordi patienten bliver træt efter et par timer i en stol. Det er vigtigt at skille vågen- og sovetid ad. Når patienterne er vågne, skal de ikke ligge i sengen.

Sedation kan være skidt for patienter med delirium, fordi det ikke giver en naturlig søvn. Hjernen "rensner" sig selv ved REM-søvn, men sedativer giver ikke i sig selv REM-søvn.

Pårørende er vigtige støtter

Pårørende skal vide, at delirium er noget,
der går over igen.

Af **SUSSI BOBERG BÆCH**, journalist, cand.scient., ph.d.



For pårørende kan det være en skræmmende oplevelse, når en person, de kender rigtig godt, ændrer adfærd på dramatisk vis.

Marie Oxenbøll Collet husker tilbage på en 58-årig mandlig patient, som havde delirium og var ved at vågne efter 10 dage i respirator. Han hev og flåede i tube og slanger, og Marie Oxenbøll Collet kom lige akkurat tids nok ind på patientstuen til at forhindre, at tuben røg ud. Hans kone stod ved siden af sengen og så ulykkeligt til.

”Hun fortalte mig, at hendes mand så på hende med øjne, som hun slet ikke genkendte. Hun var grædefærdig, fordi hun havde en oplevelse af, at hun havde mistet den mand, hun kendte,” fortæller Marie Oxenbøll Collet, og fortsætter:

”Jeg inviterede hende til en samtale om, hvad delirium er. Jeg fortalte, at delirium er noget, man kan få, når man er akut kritisk syg. Og at vi kan gøre nogle ting for at lindre det. Jeg fortalte også, at det går over igen, og jeg gav hende en informationspjece, som vi har udarbejdet til pårørende til patienter med delirium.”

”Det fik kvinden til at sænke skuldrene og blive rolig. Det er vigtigt, at pårørende får at vide, at delirium er noget, der går over, og at langt de fleste bliver sig selv igen, fortæller Marie Oxenbøll Collet.

De fleste vil hjælpe

Pårørende kan være med til at skabe ro og tryghed og bringe en form for normalitet ind på hospitalet, der gør, at patienten genkender elementer fra hverdagen, fortæller Tina Pico.

”F.eks. ved at medbringe nogle af patientens ejendele som en pude, et billede eller et vækkeur,” siger hun.

”Hvis patienten er vant til at læse, kan de pårørende læse højt fra avisen, en bog eller læse op af besserwisser-spørgsmål. Eller pynte op på stuen med billeder af familien eller tegninger fra børnebørnene, så der er noget at tale om,” foreslår Tina Pico.

Hun fortæller, at langt de fleste pårørende rigtig gerne vil hjælpe og som regel spørger personalet, hvad de kan gøre for patienten.

”Men når det er sagt, skal vi være opmærksomme på ikke at overlade ansvaret til de pårørende,” siger hun.

Et australsk studie viser, at pårørende kan udføre systematiske opgaver som re-orientering og kognitiv træning lige så godt som en intensiv sygeplejerske (28). I nogle tilfælde kan det derfor give god mening at overlade en plejeopgave til de pårørende, vurderer Marie Oxenbøll Collet.

”Her skal vi overveje, om den pårørende er i stand til systematisk at løfte en plejeopgave i forhold til delirium, eller er for påvirket af hele situationen. Under alle omstændigheder kan den pårørende sagtens være en ressource for patienten alligevel,” siger hun.

Brug enkelt sprog

Sundhedspersonalet kan være en stor hjælp for de pårørende ved at videregive viden om, hvordan man bedst kommunikerer med en person, der har delirium. Så det passer til personens kognitive niveau og er konfliktnedtrappende.

Marie Oxenbøll Collet forklarer:

”F.eks. er det vigtigt at bruge korte sætninger uden for mange informationer og valg, da patientens opmærksomhed og kognitive funktion er væsentligt påvirket. Ved f.eks. at fortælle, at ”det er mandag formiddag, og det er mig Lone, der er på besøg”, kan det hjælpe patienten til at komme ind i den virkelighed, som vi andre befinder os i.”

Nogle gange kan iagttagelser fra pårørende være afgørende for at opdage delirium hos en patient.

”Når pårørende fortæller, at de synes, patienten opfører sig anderledes, end han eller hun plejer, skal vi som sundhedsprofessionelle straks tænke delirium,” siger Marie Oxenbøll Collet. ●

Overladt til sig selv

Når patienten kommer hjem, bør et deliriumforløb følges op af kognitiv rehabilitering og samtaleterapi.

Af **SUSSI BOBERG BÆCH**, journalist, cand.scient., ph.d.

Selvom mange patienter efterfølgende er påvirkede af deres oplevelser med delirium under indlæggelsen, tilbydes der de fleste steder i Danmark ingen opfølgning efter udskrivelse. Patient og pårørende er med andre ord overladt til sig selv med oplevelserne.

Det kan ifølge Marie Oxenbøll Collet være problematisk af flere årsager.

”Et studie lavet på intensivpatienter med delirium viser, at de færreste patienter de facto husker, hvad der skete under indlæggelsen (8). De husker derimod de hallucinationer og vrangforestillinger, de havde i forbindelse med deliriumtilstanden og oplever det, som var det sket i virkeligheden,” forklarer hun.

”Det kan efterlade patienterne i en forpint tilstand, hvor den enkelte patient er tydeligt påvirket af oplevelserne fra indlæggelsen, og hvor nogle patienter decideret bliver invalideret af oplevelserne,” fortæller Marie Oxenbøll Collet.

Anerkend oplevelserne

Hertil kommer, at et norsk studie har vist, at delirium gør patientens kognitive funktion dårligere, sammenlignet med før patienten fik delirium (29).

”Opfølgning bør derfor bestå både af kognitiv rehabilitering, hvor hjernen skal komme sig, og af samtaleterapi, så de voldsomme oplevelser, som delirium kan give, ikke sætter sig som egentlige traumer og skaber konflikter i forholdet til de nære,” siger Marie Oxenbøll Collet og uddyber.

”I og med at man ofte har svært ved at huske faktuelle ting fra indlæggelsen, og at vrangforestillingerne er så virkelige for patienten, kan det skabe konflikt mellem patient og pårørende, når man taler om indlæggelsen, fordi oplevelserne er så forskellige,” tilføjer hun.

Derfor kan det også være en god ide at tale med pårørende om, at det er vigtigt at anerkende, at patienten måske har en anden oplevelse af indlæggelsen, end de pårørende har.

”Vi kan ikke tage de ofte voldsomme oplevelser forbundet med delirium fra patienten. Selvom den pårørende ikke deler patientens oplevelse af, at f.eks. personalet har gjort patienten ondt, eller at væggene var fyldt med blod, og gulvet gyngede, er man som pårørende nødt til at anerkende patientens oplevelser,” forklarer hun.

Kan opleves pinligt

Endelig kan det være stigmatiserende at have haft delirium.

”Mange forbinder delirium med, at man har et alkoholproblem, fordi de forveksler det med delirium tremens, der i gamle dage blev kaldt ”drankergalskab” (se boks). Herudover kan det måske opleves som pinligt, at delirium er noget med hallucinationer, og at man under indlæggelsen har sagt mærkelige ting til sine nære,” siger Marie Oxenbøll Collet.

På Rigshospitalet bliver patienter, der har været indlagt på intensivafdeling, tilbudt en samtale seks uger efter de er blevet udskrevet. Til samtalen er der mulighed for at tale et evt. deliriumforløb igennem og få iværksat rehabilitering, hvis det er nødvendigt. ●

DRANKERGALS KAB

Delirium tremens – i gamle dage kaldet drankergalskab – er noget helt andet end organisk delirium, da tilstanden skyldes alkoholabstinenser. Det er en alvorlig og ofte livstruende tilstand, der er præget af desorientering, angst, hallucinationer, rysten og uro samt sveden.

Kilde: 30

Referencer

1. European Delirium Association; American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med.* 2014 Oct 8;12:141.
2. Selim AA, Ely EW. Delirium the under-recognised syndrome: survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units. *J Clin Nurs.* 2017 Mar;26(5-6):813-24.
3. Pisani MA, Kong SY, Kasl SV, Murphy TE, Araujo KL, Van Ness PH. Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009 Dec 1;180(11):1092-7.
4. Kakuma R., du Fort GG, Arsenaull L., Perrault A., Platt RW, Monette J., et al.: Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003;51(4):443-50.
5. Salluh JJ, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2015 Jun 3;350:h2538.
6. Pandharipande PP, Girard TD, Ely EW. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med.* 2014 Jan 9;370(2):185-6.
7. Goldberg TE, Chen C, Wang Y, Jung E, Swanson A, Ing C, Garcia PS, Whittington RA, Moitra V. Association of Delirium With Long-term Cognitive Decline: A Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2020 Nov 1;77(11):1373-81.
8. Svenningsen H, Egerod I, Dreyer P. Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. *J Clin Nurs.* 2016 Oct;25(19-20):2807-15.
9. Collet MO, Thomsen T, Egerod I. Nurses' and physicians' approaches to delirium management in the intensive care unit: A focus group investigation. *Aust Crit Care.* 2019 Jul;32(4):299-305.
10. Collet MO, Caballero J, Sonnevill R, Bozza FA, Nydahl P, Schandl A, et al. AID-ICU cohort study co-authors. Prevalence and risk factors related to haloperidol use for delirium in adult intensive care patients: the multinational AID-ICU inception cohort study. *Intensive Care Med.* 2018 Jul;44(7):1081-89.
11. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje: Forebyggelse og behandling af organisk delirium. København S, 2021.
12. Sundhedsstyrelsen 2022. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/nkr-forebyggelse-og-behandling-af-organisk-delirium>. Tilgæet d. 02-06-2022.
13. Stenkjaer RL, Egerod I, Moszkowicz M, Greisen G, Ista E, Herling SF, Weis J. Clinical application of 'Sophia Observation withdrawal Symptoms-Paediatric Delirium' screening tool in Danish version: A feasibility study. *Scand J Caring Sci.* 2022 Mar 6.
14. la Cour KN, Andersen-Ranberg NC, Weihe S, Poulsen LM, Mortensen CB, Kjer CKW, Collet MO, et al. Distribution of delirium motor subtypes in the intensive care unit: a systematic scoping review. *Crit Care.* 2022 Mar 3;26(1):53.
15. Devlin JW, Fong JJ, Schumaker G, O'Connor H, Ruthazer R, Garpestad E. Use of a validated delirium assessment tool improves the ability of physicians to identify delirium in medical intensive care unit patients. *Crit Care Med.* 2007 Dec;35(12):2721-4; quiz 2725.
16. Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, Shintani A, Schnelle JF, Dittus RS, et al. Diagnosing delirium in older emergency department patients: validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Ann Emerg Med.* 2013 Nov;62(5):457-65.
17. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA.* 2001 Dec 5;286(21):2703-10.
18. Tiegies Z, Maclullich AMJ, Anand A, Brookes C, Cassarino M, O'connor M, Ryan D, Saller T, Arora RC, Chang Y, Agarwal K, Taffet G, Quinn T, Shenkin SD, Galvin R. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2021 May 5;50(3):733-43.
19. Burry L, Hutton B, Williamson DR, Mehta S, Adhikari NK, Cheng W, et al. Pharmacological interventions for the treatment of delirium in critically ill adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Sep 3;9(9):CD011749.
20. Herling SF, Greve IE, Vasilevskis EE, Egerod I, Bekker Mortensen C, Møller AM, et al. Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov 23;11(11):CD009783.
21. van den Boogaard M, Slooter AJC, Brüggemann RJM, Schoonhoven L, Beishuizen A, Vermeijden JW, et al. Effect of Haloperidol on Survival Among Critically Ill Adults With a High Risk of Delirium: The REDUCE Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2018 Feb 20;319(7):680-90.
22. Louis C, Godet T, Chanques G, Bourguignon N, Morand D, Pereira B, et al. Effects of dexmedetomidine on delirium duration of non-intubated ICU patients (4D trial): study protocol for a randomized trial. *Trials.* 2018 Jun 4;19(1):307.
23. Shankar P, Mueller A, Packiasabapathy S, Gasangwa D, Patxot M, O'Gara B, et al. Dexmedetomidine and intravenous acetaminophen for the prevention of postoperative delirium following cardiac surgery (DEXACET trial): protocol for a prospective randomized controlled trial. *Trials.* 2018 Jun 22;19(1):326.
24. Andersen-Ranberg NC, Poulsen LM, Perner A, Wetterslev J, Estrup S, Lange T, et al. Agents intervening against delirium in the intensive care unit (AID-ICU) - Protocol for a randomised placebo-controlled trial of haloperidol in patients with delirium in the ICU. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2019 Nov;63(10):1426-33.
25. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med.* 2019 Jan;47(1):3-14.
26. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin.* 2017 Apr;33(2):225-43.
27. Sampson EL, West E, Fischer T. Pain and delirium: mechanisms, assessment, and management. *Eur Geriatr Med.* 2020 Feb;11(1):45-52.
28. Mitchell ML, Kean S, Rattray JE, Hull AM, Davis C, Murfield JE, Aitken LM. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017 Jun;40:77-84.
29. Krogseth M. Cognitive trajectories after delirium among frail home-dwelling persons. Results from the CASCADE-study. Congress abstract for the European delirium Association and Royal College of Physicians of Edinburgh Joint Conference on Delirium 2019.
30. Sundhed.dk 2022. Delirium tremens. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/alkohol/delirium-tremens/>. Tilgæet d. 16-06-2022.

Patientperspektiver på delirium

Narrativ Medicin – Stærke fortællinger fra biografier kan øge forståelsen af delirium.

Af MAJ SIERCKE, ph.d., fagredaktør, Sygeplejersken og Fag&Forskning



Narrative critical care: A literary analysis of first-person critical illness pathographies. Ingrid Egerod 1, Benjamin Olivares Bøgeskov 2, Janet F Jensen 3, Lisa Dahlager 4, Dorthe Overgaard 5.

DOI: 10.1016/j.jcicr.2020.06.018

Artiklen analyserer fem bøger skrevet af tidligere intensivpatienter, som kan give nye indsigter og hjælpe sundhedsprofessionelle med at forstå patientens perspektiv. Litteraturanalsen af førstehåndsberetninger og læsning af biografierne kan øge forståelsen af patientperspektiver på lidelse og vejen hen mod helbredelse.



JASON WATT fortæller: "Og væggene fik ansigter. Jeg kunne se massevis af mærkelige fordrejede ansigter, der kom ud af væggene og bevægede munden,

som om de talte. Prøvede jeg at lukke øjnene, så jeg stadigvæk disse ansigter, de skiftede blot farve fra grå til rød ... en blanding af drøm og fantasi." (Jason blev lammet ved en motorcykelulykke i 1999 og bundet til en kørestol resten af sit liv).



ANNE MEINICHE fortæller: "Så kom Jason Watt gående (!) sammen med nogle af sine venner. De var alle i køredragter af hvidt skind med reklamer overalt.

De rullede min seng hen til en rød racerbil. Så tog de mig op og lagde mig på kølerhjelm ... de hældte motorolie i min mund, og det smagte rædselsfuldt." Anne Meiniche havde hørt, at Jason Watt havde ligget på afdelingen tidligere (I 2000 blev Anne livsfarligt kvæstet ved en trafikulykke og tilbragte 28 timer på operationsbordet, 5 uger i respirator og blev efterfølgende konstateret 65 pct. invalid).



SABINE VARMING CHEYNE fortæller: "Jeg rejste til et andet sted, hvor jeg oplevede, at jeg befandt mig lige så virkelig, som vi oplever vores dagligdag. Det var

hverken drømmende eller uvirkeligt, men oplevedes intenst. Først så jeg Jesu Kristi flamme, som var et par meter høj, og jeg

så den lige så virkeligt og tydeligt, som når man kigger ind i flammerne på et bål. Samtidig blev jeg mødt af en flodbølge af ubetinget kærlighed og accept. En uendelig stor kærlighedsfølelse. Her var trygt. Varmt. Og tillidsfuldt." Mange deliriumfortællinger er ubehagelige, men denne er god og frelsende.

(Sabine fik Leukæmi og intensiv højdosis kemoterapi og lå i koma i 18 måneder efter en fejlslagen operation, dømt til et liv i kørestol).



RIKKE SCHMIDT KJERGAARD fortæller: "Min korttidshukommelse var på ny forsvundet. Det lille glimt af håb efter at have fået kontakt med mig fortonede sig langsomt."



"En af de store udfordringer er, at tanker begynder at drille. Det skete også for mig. Ud over at forblive i live var den vigtigste opgave for mig at bevare forstanden."

(Rikke bliver ramt af bakteriel meningitis og får hjertestop. Bliver genoplivet med "locked-in syndrome" – en tilstand forårsaget af omfattende skader i hjerne-stammen, hvor man er fuldt vågen og bevidst, men ude af stand til at tale og røre sig. Hendes mand opdager, at hun kan kommunikere ved at blinke).

TO MULIGHEDER FOR STØTTE TIL FORSKNINGSPROJEKTER

I efteråret åbner to puljer for ansøgning af midler til forskning i sygepleje.

REGIONERNES UDVIKLINGS- OG FORSKNINGSPULJE

Regionernes udviklings- og forskningspulje er aftalt ved OK21 med Danske Regioner og Sundhedskartellet. Udviklings- og forskningspuljen støtter projekter inden for temaerne:

- Sammenhængende og helhedsorienterede patientforløb
- Digitalisering og teknologi

DANSK SYGEPLEJERÅDS SYGEPLEJEFAGLIGE FORSKNINGSFOND

Den Sygeplejefaglige Forskningsfond støtter i 2023 forskningsprojekter under temaet "Sygepleje til borgere i eget hjem"

For begge puljer gælder, at der åbnes for ansøgninger i henholdsvis september og oktober.

Læs mere i kommende udgaver af Sygeplejersken og på dsr.dk om konkretisering af forskningsemnerne, om prioritering af ansøgninger og om, hvornår der åbnes for ansøgning samt ansøgningsfrister.

MEDLEMSTILBUD

SOM BANKEJER FÅR DU LÅN TIL LAVE RENTER

Det betaler sig at eje en bank.

Og det gør alle medlemmer af DSR. Det giver bl.a. lave renter og gebyrer i Lån & Spar.

dsr.dk/rabatter



Afdelingssygeplejersken har en afgørende rolle

Fastholdelse. Oplevelsen af gensidig respekt og loyalitet fra en omsorgsfuld og understøttende afdelingssygeplejerske kan fastholde sygeplejersker.



Bibi Hølge-Hazelton & Connie B. Berthelsen.
Why nurses stay in departments with low turnover: A constructivist approach.
Nordic Journal of Nursing Research. 2021; vol. 41(3):158-65.

Introduktion. Der beskrives indledningsvist, hvordan stort arbejdspress, dårlig ledelse og et stressfyldt arbejdsmiljø har medvirket til en stigende mangel på hospitalssygeplejersker. For at adressere sygeplejerskemanglen igangsatte Region Sjælland flere tiltag, hvis fokus var fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker. Et af disse initiativer er NUCAP, som nærværende studie er en del af, og hvis formål er at undersøge sygeplejerskers oplevelse af praksis i hospitalsafdelinger med en lav udskiftning af sygeplejersker.

Metode. Det teoretiske perspektiv 'positive deviance' blev anvendt til at udforske positive praktikker hos sygeplejersker ansat i fire afdelinger udvalgt på baggrund af den laveste sygeplejerskeomsætning på regionens hospitaler. Data blev indsamlet ved hjælp af fire fokusgruppeinterview med i alt 13 sygeplejersker i de fire udvalgte afdelinger.

Resultater. Kollegialt fællesskab, professionel stolthed og en oplevelse af en opmærksom og beskyttende afdelingssygeplejerske blev fremanalyseret som de centrale temaer. Oplevelsen af en fællesskabsfølelse mellem sygeplejersker og afdelingsledelse og en særlig kultur i afdelingen bidrog til, at sygeplejerskerne ønskede at blive i afdelingen.

Følelsen af fællesskab i afdelingen blev beskrevet som et samarbejdende fællesskab med opmærksomme og støttende kollegaer, en stærk følelse af professionel stolthed og en understøttende, omsorgsfuld og nærværende afdelingssygeplejerske. Sygeplejerskernes gensidige loyalitet og respekt for deres op-

mærksomme og omsorgsfulde afdelingssygeplejerske var en gennemgående begrundelse for at blive i deres stilling i afdelingen.

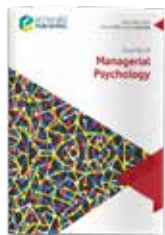
Diskussion. På baggrund af tidligere studier diskuteres det, hvordan øget arbejdspress og en stresset hverdag har negativ indflydelse på sygeplejerskers professionelle stolthed og modsat, hvordan en stærk fællesskabsfølelse blandt sygeplejersker er associeret med deres intentioner om at forblive i en stilling. Sidst men ikke mindst diskuteres, hvordan afdelingssygeplejersker igennem autentisk lederskab kan fastholde personale og styrke sygeplejerskers tillid til, at de kan håndtere de løbende arbejdsrelaterede udfordringer.

Konsekvenser for praksis. Forfatterne opfordrer sygeplejersker til at udføre lignende lokale undersøgelser for at udforske lokale specifikke fastholdelsestiltag. Metoder og teoretisk afsæt er udførligt beskrevet. Der inviteres til at igangsætte nye studier, der undersøger sygeplejerskers egen praksis. Nye studier er forholdsvis nemme at igangsætte på baggrund af denne glimrende og praksisrelevante artikel. Den danske NUCAP-projektrapport med anbefalinger kan findes på nettet: www.regionsjaelland.dk > Skriv NUCAP RAPPORT 2020 i søgefeltet

*Søsserr Grimshaw-Aagaard, forskningsansvarlig sygeplejerske, cand.cur., ph.d., Hjerteafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.
soesserr.lone.smilla.grimshaw-aagaard@regionh.dk*

Arbejdsvilkår og unikke ansættelser er attraktive

Sygeplejerskekarriere I. Bedre karrieremuligheder, spændende specialer, bedre løn og gode ledere får sygeplejersker til at vælge pendlerlivet.



Nicoline Møller,
Connie Berthelsen,
Bibi Hølge-Hazelton.
Driving for the unique opportunity for work: a qualitative study of nurses' motivation to commute to work.
Journal of Managerial Psychology. 2022, vol. 37(3):279-93.

Introduktion. Studiet er en del af NUCAP-projektet i Region Sjælland. Det undersøger sygeplejerskers tilvalg af lang transporttid for at arbejde på en afdeling, de oplever giver dem unikke professionelle muligheder, hvilket er en relevant problematik. Der argumenteres med, at 1.500 sygeplejersker dagligt pendler til et arbejde, der i gennemsnit ligger 42 km fra eget hjem.

Metode. Studiet har et kvalitativt beskrivende design baseret på indholdsanalyse i overensstemmelse med Graneheim og Lundman 2004. Der er i alt inkluderet 19 sygeplejersker bosiddende i Region Sjælland, og som pendlede til et af Region Hovedstadens hospitaler. Alle interview er foregået som telefoninterview, og der redegøres for fordele og ulemper ved dataindsamlingsmetoden.

Resultater. Sygeplejerskerne oplevede, at den valgte arbejdsplads på en hospitalsafdeling i Region Hovedstaden gav dem bedre karrieremuligheder, bedre muligheder for specialstillinger, stillinger i specialiserede afdelinger, udvikling og uddannelse samt et lavere ledelsesmæssigt hierarki, som de værdsatte. Faktorer som højere løn, en understøttende og synlig ledelse samt muligheder for at påvirke egne arbejdsvilkår var ligeledes afgørende for valg af arbejdsplads. Samtidig anså sygeplejerskerne de unikke muligheder, som ansættelsen gav dem, som opvejende for den lange transporttid til arbejde.

Diskussion. På baggrund af analysens fund er der udarbejdet en model, der beskriver de faktorer, der har størst indflydelse på sygeplejerskers motivation

for at pendle på arbejde. Faktorer som sygeplejerskernes oplevelse af at være ansat i en unik afdeling med mange muligheder og afdelingssygeplejerskernes indflydelse på fastholdelse og rekruttering diskuteres og perspektiveres med relevant litteratur. Særligt de fund, der ikke kan genfindes i andre studier, får den nødvendige plads i diskussionsafsnittet. Herunder den fraværende uvilje mod at pendle til, hvad der opleves som en unik og særlig arbejdsplads, samt sygeplejerskernes manglende fokus på inter-kollegiale relationer som motiverende for ansættelsen.

Konsekvenser for praksis. Studiet tilvejebringer en ramme, som hospitaler og afdelinger kan anvende til at arbejde med de kulturbærende narrativer, som alle arbejdspladser har. Der peges samtidig på konkrete tiltag såsom lønforhold, fleksibilitet i ansættelserne og ledelsesmæssig understøttelse og samarbejde med sygeplejerskerne som nødvendige, hvis mindre centralt placerede hospitaler skal kunne rekruttere og fastholde deres sygeplejersker i fremtiden. Studiet bidrager med ny viden om sygeplejerskernes motivation for ansættelse i en afdeling og tilbyder samtidig en ramme om det videre arbejde med fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker, som må forventes at blive et stigende problem i årene fremover.

*Søsserr Grimshaw-Aagaard, forskningsansvarlig sygeplejerske, cand.cur., ph.d., Hjerteafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.
soesserr.lone.smilla.grimshaw-aagaard@regionh.dk*

Den autentiske afdelingssygeplejerske som kulturbærer i afdelingen

Sygeplejerskekarriere II. Ledere, som værner om værdier og kultur, kan i højere grad fastholde sygeplejersker.



Bibi Hølge-Hazelton & Connie Berthelsen. **Leading unique cultures in departments with low turnover of nurses. A positive deviance approach study.** Journal of Nursing management. 2020, vol. 28 (6): 1207-14.

Introduktion. Dette NUCAP-delstudie undersøger for det første sygeplejelederes overvejelser og strategier vedrørende fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker. For det andet hvordan sygeplejeledere beskriver og værner om kulturen og arbejdsmiljøet i deres afdeling.

Metode. Studiet er baseret på en fokuseret etnografisk metode samt et teoretisk perspektiv rettet mod positive afvigelser som beskrevet af Zanetti & Taylor (2016). Sygeplejelederne blev udvalgt på baggrund af statistikker, der viste netop disse afdelingers eller afsnits evne til at fastholde deres sygeplejersker. Der er inkluderet i alt ni ledere fra fire forskellige afdelinger i regionen, der er interviewet med deltagelse af begge forfattere.

Resultater. Alle inkluderede ledere havde meget tydelige visioner for værdier og kultur i deres respektive afdelinger. Herunder tydelige ideer til håndteringen af de nuværende og fremtidige udfordringer med den høje sygeplejerskeomsætning på regionens hospitaler. De to fremanalyserede temaer 'Kulturen som unik' og 'Fastholdelse, beskyttelse og reetablering af den unikke kultur' bliver beskrevet, og deres egenskaber præsenteret.

Diskussion. Der argumenteres for både overlap og forskelle i perspektiver på den unikke kultur, alle ledere beskriver som karakteristisk for kulturen i egen afdeling. Forskellene blev fundet i forskellige ledelsesmæssige anskuelser af den særlige kultur

(klankultur, kreativ kultur, omsorgskultur og professionel kultur). Alle inkluderede ledere udtrykte tillid til og havde en klar vision for at lede afdelingen på en måde, der understøttede fastholdelsen af den særlige kultur i afdelingen. Samtidig anså alle lederne diversitet og balance i personalegruppen som en central værdi, der gjorde, at de indimellem afviste ansøgere, der ikke blev anset som mulige eller ønskelige at op-søge i afdelingens kultur.

Konsekvenser for praksis. Nærværende studie peger på, at sygeplejeledere, som formår at værne om og understøtte den særlige kultur i afdelingen, kan være associeret med en lavere omsætning af sygeplejersker. Disse fund peger på, at sygeplejefaglige ledere i højere grad bør undersøge egen afdelingskultur og være understøttende og måske ligefrem bærende af de kulturbårne fortællinger, som er en del af vores fag og vores afdelinger. Det er mit håb, at mange ledere vil tage sig tid til at læse dette studie, der tilbyder mange interessante perspektiver på ledelsens ansvar som kulturbærere. Ikke blot i en hospitalskontekst men overalt i vores sundhedsvæsen.

*Søsserr Grimshaw-Aagaard, forskningsansvarlig sygeplejerske, cand.cur., ph.d., Hjerteafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.
soesserr.lone.smilla.grimshaw-aagaard@regionh.dk*

Elektronisk dokumentation påvirker den udførte sygepleje

Journalføring. Elektronisk dokumentation tildeler den sundhedsprofessionelle en subjektposition som medarbejder, der handler efter organisationens rammer frem for professionens normative rammer.



Duval Jensen J, Ledderer L, Beedholm K. **How digital health documentation transforms professional practices in primary healthcare in Denmark: A WPR document analysis.** Nurs Inq :e12499. [henvist 20. maj 2022] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nin.12499>

Introduktion. Historisk har journalføring været en væsentlig opgave for sundhedsprofessionelle. I dag foregår denne obligatoriske opgave i stigende grad elektronisk. Formålet med denne artikel var at undersøge, hvordan problemer konstrueres i praktisk digital sundhedsdokumentation i det kommunale sundhedsvæsen, og hvordan disse problemstillinger præsenterer særlige løsninger for sundhedsprofessionelle.

Metode. 40 danske, elektroniske dokumenter fra 2000-2021 i form af retningslinjer, strategier og kvalitetskontroldokumenter blev inkluderet i den første kontekstanalyse.

Derefter blev fire dokumenter udvalgt til en analyse baseret på Bacchis tilgang: Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle – Strategi for digital sundhed 2018-2022; Fællessprog III Metodehåndbog; Målepunkter for tilsyn på plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, sygeplejeklinikker, akutfunktioner og midlertidige pladser 2019-2020; Målepunkter til Ældretilsynet på plejecentre, hjemmeplejeenheder og midlertidige pladser.

Resultater. Analysen afdækkede tre problemområder:

- Mangel på sammenhæng mellem sundhedsydelse i et komplekst sundhedsvæsen.
- Mangel på valide data til ledelse og politisk prioritering.
- Et ineffektivt sundhedsvæsen.

Diskussion. Den foreslåede løsning er en digitaliseret og standardiseret praksis, der transformerer journalføringen i kommunerne. Det kommunale sundhedsvæsen risikerer dog at blive fragmenteret pga. digital dokumentations fokus på den organisatoriske styring af sundhed med opgaveorienteret praksis leveret af en anonym sundhedsprofessionel.

Konsekvenser for praksis.

- Borgerne oplever, at information går tabt mellem sektorer.
- Dokumentationssystemets opbygning styrer den sundhedsprofessionelles handlemuligheder.
- Standardisering, hvor dokumentation uden ledelsesmæssig interesse er spild af tid.

Kommentar. Ingen savner de alenlange kragetæer eller skønskrift skrevet med blå, grøn eller rød kuglepen afhængigt af vagttidspunktet. Men studiet her viser bagsiden af bl.a. minimumsdatasæt og standardiseringen, der alligevel ikke giver sikkerhed for, at de relevante data for borgerens pleje kommer frem til rette vedkommende. Når den ovenikøbet påvirker den måde, plejen udføres på, så er det vist på tide, at vi råber op, også på dette område!

*Helle Svenningsen, lektor, MKS, ph.d. Sygeplejerskeuddannelsen VIA University College, Aarhus
hesv@via.dk*

Mindre skærmtid øger børns fysiske aktivitet

Stillesiddende. Resultat af eksperiment understreger vigtigheden af en balanceret brug af skærmtid, så det ikke fortrænger fysisk aktivitet - sundhedsprofessionelle bør forebygge.



Pedersen J, Rasmussen MGB, Sorensen SO, Mortensen SR, Olesen LG, Brønd JC, Brage S, Kristensen PL, Grøntved A. **Effects of Limiting Recreational Screen Media Use on Physical Activity and Sleep in Families With Children: A Cluster Randomized Clinical Trial.** JAMA pediatrics. 2022. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.1519.

Introduktion. Mange børn og unge bevæger sig ikke tilstrækkeligt, og det kan have negative konsekvenser for både fysisk og mental sundhed. Tidligere studier har undersøgt skærmtids indvirkning på bevægelse, men de har ikke givet et klart svar. Det har ofte været tværsnitsundersøgelser, og de få lodtrækningsforsøg har haft mange fejlkilder. Studierne har bl.a. manglet objektiv måling af skærmb brug, som er vigtigt i forhold til tilliden til resultaterne. Derfor satte forfattergruppen sig for at designe et familieeksperiment til at undersøge, om reducere af skærmtid i fritiden fører til øget fysisk aktivitet blandt børn og voksne.

Metode. I alt 89 familier (181 børn og 164 voksne) deltog i eksperimentet og fik målt deres fysiske aktivitetsniveau over syv dage før og efter en intervention ved hjælp af to accelerometre.

Familierne blev tilfældigt fordelt i to grupper: skærmbegrænsnings- og kontrolgruppe. I førstnævnte skulle familierne aflevere deres smartphones og tablets, og de måtte kun bruge 3 timer/uge på skærm i fritiden. I sidstnævnte skulle familierne fortsætte med at bruge skærm, som de plejede, og begge gruppers skærmb brug blev registreret med objektive metoder.

Resultater. Resultaterne viste, at børn i skærmbegrænsningsgruppen i gennemsnit bevægede sig 45 minutter mere om dagen sammenlignet med børn i kontrolgruppen. Der var specielt stor forskel på weekenddage, hvor børn i interventionsgruppen bevægede sig 73 minutter mere end børn i kontrol-

gruppen. Resultater viste også, at voksne deltagere i interventionsgruppen ikke øgede deres fysiske aktivitetsniveau.

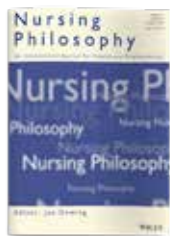
Diskussion. Studiet viser tydeligt, at mange børns brug af skærme i fritiden i høj grad fortrænger fysisk aktivitet. Det kan virke oplagt, at mindre skærmtid fører til øget fysisk aktivitet, men resultaterne peger overraskende nok på, at reducere af skærmtid påvirker børn og voksne forskelligt. Dette kan muligvis forklares ved, at børn er mere spontane i deres bevægelse, hvor voksne har et mere struktureret forhold til fysisk aktivitet.

Konsekvenser for praksis. Studiet peger på vigtigheden af, at forældre hjælper børn med at finde en sund balance for skærmb brug, da det kan påvirke, hvor meget fysisk aktivitet de får. Sundhedsprofessionelle bør derfor være opmærksomme på, om de børn, de møder i praksis, bruger store mængder af tid på skærmedier, og om det fortrænger fysisk aktivitet.

Jesper Pedersen, fysioterapeut, MSc, ph.d.-studerende ved Syddansk Universitet.

Sygeplejefaget har over tid overtaget lægernes karrierestrategier

Sygeplejehistorie. Sygdomsorienteret praksis har fjernet omsorgen, og det skaber ikke kvalitet i ældreplejen.



Lisbeth Aaskov Falch. 'A career open to the talents -Nurses' doing and focus during the history' in Nursing Philosophy, (2020) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nup.12336>

Introduktion. Artiklen handler om sygeplejerskers kliniske praksis historisk set. Klinisk praksis har ændret sig markant og har flyttet fagets fokus fra en situationsorienteret til en sygdomsorienteret praksis.

Konsekvensen er, at de grundlæggende omsorgsværdier er trådt i baggrunden. Sygeplejefaget er blevet et karrierefag.

Udgangspunktet er forfatterens ph.d. om hospitalssygeplejerskens praksis og pleje af ældre patienter. Den viste, at der er sparsom interesse i den geriatriske patient. Men har det altid været sådan? På det spørgsmål iværksættes en historisk og nutidig undersøgelse af sygeplejerskens doing and focus i plejen af ældre patienter.

Metode. Undersøgelsen tager afsæt i Michel Foucaults genealogi/diskursanalyse og Uffe Juul Jensens praksisfilosofi om en biomedicinsk sygdomsorienteret og en holistisk situationsorienteret praksis. Undersøgelsen er afgrænset til Holbæk Sygehus, hvor data udgøres af et etnologisk feltarbejde og historiske kilder om sygehuset herunder fotografier.

Resultater. Der identificeres tre perioder. I første periode 1844-1930 var sygeplejerskens primære opgave at være lægens assistent og yde omsorg. Rammen om fagligheden var et offentligt husmoderskab og en situationsorienteret praksis. I anden periode 1930-1990 blev virkefeltet udvidet, så sygeplejersken også fik ledelseskompetencer. Den periode var både for læger og sygeplejersker situationsorienteret. I tredje periode

1990 og frem var/er sygeplejerskens fokus behandling, administration og forskning. Det skyldes bl.a. opgaveuddeling fra læger til sygeplejersker, en diskurs der gav nye opgaver og karriereveje, men samtidig forsvandt omsorgen som fagets kerne.

I dag er en sygdomsorienteret praksis i fokus, og professionen er blevet 'a career open to the talents', altså et fag med muligheder for status, position og legitimitet.

Diskussion. Der ses på, hvilken betydning udviklingen har for patienterne og faget. Udviklingen fra en situationsorienteret til en sygdomsorienteret praksis betyder, at omsorgen er fjernet som det centrale, og patienten nu fremstår som et objekt. Data viser, at denne udvikling har betydning for den ældre patients oplevelse af at være indlagt. Gruppen af ældre oplever nemlig en fragmenteret pleje, og at sygeplejersker går efter kvantitative målinger.

Konsekvenser for praksis. Med et øget antal ældre har sundhedssystemet en stor udfordring. Historisk har sygeplejefaget overtaget lægernes karrierestrategier, men det skaber ikke kvalitet i ældreplejen. Således er det nødvendigt, at sygeplejefprofessionen lærer af fagets historie og genintroducerer en situationsorienteret holistisk sygepleje, så omsorgen genindsættes som fagets kerne.

Susanne Malchau Dietz, sygeplejehistoriker, ph.d., s-malchau@mail.tele.dk

ANGST HOS MENNESKER MED SVÆR KOL – HVORDAN KOMMER ANGST TIL I KOMMUNE OG PÅ HOSPITAL AFHJÆLPE ANGST

BAGGRUND. Angst relateret til åndehjerte har stor betydning for hverdagslivet for mennesker med svær KOL. Angst er et velkendt vilkår men vanskeligt at tale om, og omverdenen kan have svært ved at identificere og forstå betydningen af angst.

FORMÅL. At undersøge, hvordan angst kommer til udtryk blandt mennesker med svær KOL, og hvilken betydning angst har for hverdagsliv og mestringsstrategier. Ligeledes undersøges de professionelle perspektiv på angst blandt mennesker med KOL.

DESIGN OG METODE. Sekundær induktiv indholdsanalyse af seks individuelle interviews med mennesker med svær KOL og tre fokusgruppeinterviews med professionelle.

En hverdag præget af angst

KOL. Mennesker med svær KOL skal kunne udtrykke deres angst. Det kræver, at sundhedsprofessionelle skal have indsigt i og kendskab til patientgruppen for at kunne forstå og hjælpe dem.

UDTRYK, OG HVORDAN KAN PROFESSIONELLE

RESULTATER OG KONKLUSION. Angsten beskrives via tre kategorier: "Angstens udtryk", "At tæmme angsten" og "Kampen for værdighed". Angsten, der præger hverdagen hos mennesker med svær KOL, udtrykkes forskelligt: verbalt, indirekte og diskret, men også direkte gennem adfærd og reaktionsmønstre. Angsten er ydmygende og medvirker til tab af værdighed. Ubehaget ved angst skaber behov for at kunne tæmme den for at opnå selvrespekt og værdighed. Det kræver, at de professionelle, der interagerer med mennesker med svær KOL, kan identificere og imødekomme angst.

RELEVANS FOR KLINISK PRAKSIS. Artiklen bidrager med indsigt i angst relateret til svær KOL og bidrager til, at professionelle bedre kan identificere og forstå betydningen af angst.

FORFATTERE



MARIANNE REVENTLOV HUSTED

Sygeplejerske, cand.cur., lektor på Sygeplejerskeuddannelsen, UC Syd Campus Esbjerg. mrhu@ucsyd.dk



LIBBET VESTERGAARD HANSEN

Sygeplejerske, sundhedsplejerske, Master i sundhedsantropologi, lektor på Ergoterapeutuddannelsen, UC Syd Campus Esbjerg.



GITTE ANDSAGER SMORAWSKI

Sygeplejerske, cand.scient.san publ., lektor på Sygeplejerskeuddannelsen, UC Syd Campus Esbjerg.



BODIL BJØRNSHAVE NOE

Sygeplejerske, cand.scient. san., ph.d., docent ved Forskningsprogrammet for Sundhedsfaglig Praksis, Forskning og Udvikling UC Syd.

Tak

Tak til borgere for deltagelse i undersøgelsen.

Tak til deltagerne i fokusgruppinterview fra lungemedicinsk afdeling og palliativt team på Sydvestjysk Sygehus, Hospice Sydvestjylland og Varde kommune.

Tak til lungemedicinsk afdeling Sydvestjysk Sygehus og Varde Kommunes hjemmepleje for at bidrage til kontakt til borgere med svær KOL og deres pårørende.

Tak til UC Syd forsknings- og udviklingsafdeling for at støtte projektet økonomisk og til sygeplejerske- og ergoterapeutuddannelsens studieledere for at bakke op om den praktiske gennemførelse af projektet og for opbakning til artikelskrivning.

Der er ingen interessekonflikter.

I

Introduktion

... og den kamp for ligesom at få vejret rettet ind igen. Og undervejs, der er der angst, det er der ...

Mennesker med svær KOL lever med åndenød og angst (1), som nærmest antages som et

vilkår uden beskrivelse af vigtige nuancer og betydninger af angst (2). Vi ønsker at udfolde fænomenet angst i forbindelse med KOL, så kompleksiteten ud fra et borger- og professionelt perspektiv tydeliggøres.

Komponenter i en ond cirkel

Oplevelsen af åndenød og angst har stor betydning for psykisk og fysisk velbefindende og livskvalitet (3,4). Angst kan vise sig som fysiske symptomer f.eks. hjertebanken, kvalme, svedudbrud, uro, rysten

eller svimmelhed og et psykisk ubehag, der kan resultere i handlingslammelse, øget alarmberedskab, flugt eller undgåelse (5), se Boks 1

Angst og åndenød er, sammen med patofysiologiske faktorer ved KOL, vigtige komponenter i en ond cirkel, der indebærer begrænset funktionsevne i

Boks 1. Definition af angst

"Angst er en normal tilstand, som alle kender. Det er en ubehagelig tilstand med generende fysiske symptomer, f.eks. hjertebanken, kvalme, svedudbrud, uro, rysten og svimmelhed. Angst er tæt forbundet med situationer, tanker eller forestillinger om noget aktuelt eller fremtidigt usikkert og truende. Handlingslammelse, øget alarmberedskab, flugt eller undgåelse er de typiske adfærdsmæssige reaktionsmønstre ved angst. Situationen med kortvarig stress udløser ofte angstsymptomer i hverdagen." (5)

Tabel 1. Borgerkarakteristika n=6

Nr.	Køn	Alder	Civilstatus	Boligstatus	Sygdomsstatus
1	Kvinde	70 år	Gift	Samboende i hus	Svær KOL
2	Mand	64 år	Gift	Samboende i hus	Svær KOL
3	Kvinde	67 år	Gift	Samboende i hus	Svær KOL
4	Mand	80 år	Enkemand	Bor alene i hus	Svær KOL
5	Kvinde	74 år	Gift	Samboende i hus	Svær KOL
6	Mand	63 år	Fraskilt	Bor alene i plejebolig	Svær KOL



kombination med tiltagende svækkelse og forringet kondition (6), som yderligere kan forværre åndenød og reducere funktionsevne (7). De komplekse interaktioner mellem åndenød og angst i kombination med eksacerbationer (8) og i samspil af sociale og organisatoriske forhold er medvirkende til hyppige indlæggelser (9,10) og et højt forbrug af sundhedsydelse blandt mennesker med KOL (11).

Imidlertid kan angst i forbindelse med KOL være vanskeligt at tale om, og det er vanskeligt at forstå den angst, der kan opstå i relation til åndenød (12). Det bidrager til, at mennesker med KOL kan føle sig alene med deres angst og bekymringer, og at angst er en privat sag, som den enkelte må finde ud af at takle (12). Der er opmærksomhed på, at professionelle i kommuner, almen praksis og på sygehuse må bidrage til at dæmpe angst og styrke mestringsevnen (13,14). Men hvordan udtrykkes angst, og hvordan kan borgere med KOL, deres pårørende og de professionelle forstå angstens udtryk og dens betydning som et vilkår i hverdagslivet? Det er til vores kendskab ikke tidligere undersøgt i en dansk kontekst. Formålet er derfor at undersøge,

- hvordan angst kommer til udtryk blandt mennesker, der lever med KOL, og hvilken betydning angst har for hverdagsliv og mestringsstrategier.
- de professionelle oplevelser og erfaringer med angst blandt mennesker med KOL på hospital, hospice og i hjemmet.

M

Metode

Kvalitativ interviewundersøgelse

Interviewene blev gennemført i 2018, hvor formålet var at undersøge den palliative indsats til mennesker med KOL gennem seks individuelle interviews

med borgere med svær KOL og tre fokusgruppeinterviews med erfarne professionelle beskæftiget inden for KOL området.

Under den primære analyse blev det tydeligt, at angst er et fremtrædende fænomen. Derfor gennemførtes en ny (sekundær) indholdsanalyse, som er en systematisk metode til at opnå indsigt i nuancer af et fænomen.

Udvælgelse af deltagere

To sygeplejersker fra henholdsvis kommunalt KOL-team og udgående funktion fra lungemedicinsk afdeling etablerede kontakt til interesserede informanter. De blev spurgt om tilladelse til at blive kontaktet af projektdeltagere mhp. yderligere information. Syv personer med KOL takkede ja, og seks deltog i interviews, se Tabel 1.

De fleste professionelle, der deltog i fokusgruppeinterviews, havde længerevarende erfaring med komplekse KOL-forløb. Vi sendte skriftlig invitation

Tabel 2. Oversigt over institutioner og faggrupper repræsenteret i de tre fokusgruppeinterview fordelt på faggruppe n= 16

	Palliativt team	Lungemedicinsk afdeling /Syd-vestjysk sygehus	Varde Kommune	Sydvestjysk Hospice
Sygeplejerske inklusiv udkørende ilt-sygeplejerske		3	3	3
Ergoterapeut			1	
Præst		1		
Læge		1		
Fysioterapeut	1		1	
Psykolog				1
Socialrådgiver	1			

Tabel 3. Interviewguide. Individuelle interviews med borgere med svær KOL

De seks individuelle interviews med borgere med svær KOL blev gennemført i 2018 i relation til vores oprindelige projekt vedr. den palliative pleje og behandling til mennesker med KOL. Nedenstående interviewguides er udarbejdet i relation til projektet. Fokus i de individuelle interviews var på de bekymringer og tanker om fremtiden, døden og den sidste tid, som mennesker med KOL kan have.

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

og besøgte to kommuner, en lungemedicinsk afdeling, et hospice og et palliativt team for at informere om projektet. Herefter foretog de respektive ledere udvælgelse af deltagerne. Én kommune og almen praksis ønskede ikke at deltage, se Tabel 2.

Interviewguides

Interviewguides blev udviklet med inspiration fra rapporten 'Palliativ indsats til KOL-patienter', hvor forløb, organisering og individuel tilpasning undersøges (18). Guiden blev opbygget med åbne spørgsmål, der gav mennesker med svær KOL mulighed for at tale åbent om tanker, oplevelser og erfaringer om fremtiden og den sidste tid. Fokusgruppeinterviewene med de professionelle fokuserede på deres erfaringer og refleksioner over den palliative indsats. De åbne spørgsmål indebar mulighed for også at udtrykke angst, se Tabel 3 og 4.

Etik

Studiet overholder deklARATIONER fra Datatilsynet og De Videnskabetiske Komitéer for region Syddanmark. Projektbeskrivelsen er godkendt af UC Syds interne vurderingspanel (J. nr. 4511715). Der er udarbejdet skriftlig deltagerinformation, og deltagerne gav informeret skriftligt samtykke. Vi har været bevidste om, at interviewet kan berøre sensitive emner. Derfor er spørgsmålene formuleret åbne og handler om livet med KOL. Alle interviews er anonymiseret, og rå-data i form af lyd og video er opbevaret, så uvedkommende ikke får adgang. De slettes ved projektets afslutning. Citater fra professionelle er angivet ved (P), da nogle faggrupper er repræsenteret ved en enkelt person, hvorfor der ikke angives faggruppe ved de enkelte citater.

Tabel 4. Interviewguide til fokusgruppeinterview med professionelle

De tre fokusgruppeinterview med professionelle blev gennemført i relation til vores oprindelige projekt vedr. den palliative pleje og behandling til mennesker med KOL i 2018.

Fokus var de professionelle oplevelser, erfaringer og refleksioner over udfordringer og succeser i samarbejdet om den sene palliative/terminale, tværsektorielle og tværprofessionelle pleje og behandling af borgere med KOL, som vi på forhånd havde bedt deltagerne reflektere over.

Hvert fokusgruppeinterview varede 2 timer, og der var tre af forfatterne til stede ved hvert interview.

Fokusgruppeinterviewet var en drøftelse og udveksling af erfaringer og oplevelser ud fra nedenstående interviewguide.

- Vil du beskrive, hvordan du opfatter/forstår "Det sene palliative/terminale KOL-forløb"?
- Vil du beskrive, hvilke "tegn" du er opmærksom på i din vurdering af behov for palliation?
- Kan du beskrive de tanker, forhåbninger og/eller bekymringer, som du oplever, at KOL-borgere giver udtryk for/viser?
- Kan du beskrive, hvordan du har oplevet pårørendes tanker, forhåbninger og/eller bekymringer?
- Kan du fortælle lidt om, hvad der sker i praksis i relation til det sene palliative/terminale forløb?
- Kan du beskrive, hvordan I som fagpersoner taler sammen om det sene palliative/terminale forløb?
- Overvej det bedste samarbejde, du har haft med en borger med KOL i et palliativt forløb. Hvad gjorde det godt?
- Overvej det bedste samarbejde du har haft med pårørende til en borger med KOL i et palliativt forløb. Hvad gjorde det godt?



Analysemetode

Den induktive indholdsanalyse bevæger sig fra specifikke til generelle udsagn for at opnå en kondenseret og nuanceret beskrivelse af fænomenet angst gennem identifikation af kategorier (15–17). Den er systematiseret ud fra fire forskningsspørgsmål, se Boks 2.

Boks 2. Forskningsspørgsmål, som har systematiseret den induktive indholdsanalyse

- Hvordan kommer oplevelsen af angst til udtryk hos borgere med KOL?
- Hvordan mestrer borgere med KOL angst?
- Hvordan identificerer og imødekommer professionelle angst hos borgere med KOL?
- Hvordan interagerer professionelle med borgere med KOL ift. angst?

Første trin i analysen er at opnå et indgående kendskab til indholdet, hvorfor alle forfattere læste interviewene gentagne gange. Andet trin er systematisering af interviewdata i form af kodning. Her udførte to forfattere (MRH, LVH) individuelt kodning, hvor ord og sætninger, som gav mening i forhold til forskningsspørgsmålene, blev markeret (16). Herefter blev betydningsfulde enheder kondenseret til kategorier, hvor de udvalgte citater udgør dokumentation for kodninger og kategorier.

Til sidst deltog alle forfattere i den fortolkende proces, hvor kategorier beskriver generelle udsagn om fænomenet (16) i tæt iagttagelse af formålet og forskningsspørgsmålene, se Tabel 5.

R

Resultater

Der er formuleret tre kategorier: (1) Angstens udtryk, (2) At tæmme angsten, (3) Kampen for værdighed.

Kategori 1: Angstens udtryk

Angsten kommer til udtryk som angst for at dø, og informanterne udtrykker især tanker om dødsprocessen. Flere har ubehagelige forestillinger om, hvordan og hvornår døden indtræffer, idet oplevelsen af åndenød sammenlignes med og opleves som en følelse af kvælning:

”Også fordi jeg er bange, det er jeg. Når jeg har det dårligt en nat, så ligger det absolut meget i hovedet, at der skal ikke ske noget. Jeg er bange

for at dø, hvad det angår. Jeg ville gerne, når det kom dertil, at der så bare blev slukket og lukket.” (M, 63 år).

Angsten kommer også til udtryk som angst for at leve. Navnlig i de perioder, hvor sygdommen er i ro, idet en konstant uvished om, hvornår og hvordan åndenøden vil udvikle sig, og om der er mulighed for at få hjælp, resulterer i begrænsninger for den enkeltes livsudfoldelser.

”Der havde jeg ikke sådan åndenød jo. Der havde jeg det faktisk rigtig, rigtig godt. Og jeg ved godt, det er sådan nogle dage, man skal udnytte, men så er jeg bange for, at der skal komme åndenød.” (K, 67 år).

Flere informanter giver udtryk for, hvor svært det kan være at formidle ubehaget knyttet til åndenød og angst til omverdenen. Når der gives udtryk for oplevelsen af angst, anvendes ofte indirekte og diskrete udtryk. Nogle informanter anvender metaforer for måske netop via billeder at forsøge at tydeliggøre, hvordan angsten opleves. En informant beskriver det således:

”Jeg har virkelig lidt. Det har været ligesom at være i fængsel. Det har været grimt.” (M, 63 år).

En anden informant taler om ”hammeren”:

”... og så dong, så falder hammeren jo med det samme. Der har jeg nok et par gange været, hvor jeg tænkte, der var du lige ved at være derude, hvor du er lige ud til gården.” (M, 80 år).

Ubehaget ved angsten i forbindelse med åndenød har sproglige udtryk som ”fængsel” og ”hammer”, der tydeliggør, at det er uhyre vigtigt for dem at undgå angsten og opnå kontrol.

De professionelle oplever, at angsten kan komme til udtryk, ved at mennesker med KOL for at opnå kontrol har behov for konkrete og gentagne forklaringer om sygdommens natur og dens forventede udvikling, og hvad de konkret kan gøre:

”Men jeg oplever også, at det er ikke nok at sige det én gang ... de har behov for at få det at vide igen og igen ... og om hvordan de skal arbejde med åndedræsteknikker, og det er jo en måde at lære at håndtere noget af det her, som påvirker deres livskvalitet.” (P).

Ifølge de professionelle indebærer det at kunne identificere angst ved aflæsning af nonverbale og indirekte verbale signaler for at få ”nøglen til at åbne låsen” (P) og initiere en samtale om angsten og

Tabel 5. Udsnit af kodning af citater i relation til kategorien "Angstens udtryk"

Forskningsspørgsmål: Hvordan kommer oplevelsen af angst og utryghed til udtryk hos borgere med KOL?	
Citater:	Betydningsfulde enheder:
<p>"Der havde jeg ikke sådan åndenød jo. Der havde jeg det faktisk rigtig, rigtig godt. Og jeg ved godt, det er sådan nogle dage, man skal udnytte, men så er jeg bange for at der skal komme åndenød." (B.)</p> <p>Dette citat indgår i artiklen.</p>	<p>Den tætte sammenhæng mellem angst og åndenød.</p> <p>Oplevelsen af angst.</p> <p>At undgå det ubehagelige.</p>
<p>"Jeg har virkelig lidt. Det har været ligesom at være i fængsel. Det har været grimt. Alt efter hvordan det er, så kan det gå alt fra, hvor træls det er, altså uh hvor er jeg træt af det og den der kamp for ligesom at få vejret rettet ind igen. Og undervejs, der er der angst, det er der. Hvis det er slemt, så er jeg direkte bange." (B.)</p>	<p>Den tætte sammenhæng mellem angst og åndenød</p> <p>Angst for døds måden og døden</p> <p>Lidelse</p>
<p>"Også fordi jeg er bange, det er jeg. Når jeg har det dårligt en nat, så ligger det absolut meget i hovedet, at der skal ikke ske noget. Jeg er bange for at dø, hvad det angår. Jeg ville gerne, når det kom dertil, at der så bare blev slukket og lukket." (B.)</p> <p>Dette citat indgår i artiklen.</p>	<p>Den tætte sammenhæng mellem angst og åndenød.</p> <p>Angst for døds måden og døden.</p>
<p>"Det bliver nok lidt surt ikke at kunne få luft. Men det er der jo ikke noget at gøre ved. Nej. Ja, det ved jeg ikke, hvis ikke man kan få vejret, så er det jo slemt. Og det er vel sådan, det skal slutte, hvis ikke jeg får en afbryder, der slukker og lukker. Det ved jeg ikke." (B.)</p>	<p>Den tætte sammenhæng mellem angst og åndenød.</p> <p>Angst for døds måden/døden</p>
<p>"Altså, de fleste har jo en angst for kvælning, angst for at det er sådan, de skal dø. Der har vi jo undervist rigtig meget på rehabiliteringsholdene, og der er næsten altid en på holdet, der spørger: "Bliver jeg kvælt?" (P.)</p>	<p>Angst for døds måden og døden.</p>
<p>"Min kollega brugte et udtryk med, at ulven kommer, ulven kommer, og pludselig så er man i alarmberedskab og alle alarmklokker ringer, og bum, så var det ikke alligevel, og hvornår er det, ulven kommer, hvornår er det reelt. Så der er også en masse angst og uro forbundet med at være i det der forløb" (P.)</p>	<p>Den tætte sammenhæng mellem angst og åndenød.</p> <p>Døden er altid nærværende.</p>

B = borger, P = professionel

dens individuelle udtryk og konsekvenser. De professionelle giver udtryk for, at det er vigtigt at reagere på signaler ved at "udtrykke indtryk" for at kunne tale om angsten. Derfor italesætter de professionelle de verbale, kropslige og adfærdsmæssige tegn, som de iagttagere hos mennesker med KOL mhp. at skabe dialog. Nysgerrighed, åbenhed og ligeværdighed kan åbne for svære samtaler, hvor det gælder om at finde "det gyldne øjeblik" (P), hvor der kan stilles spørgsmål til angsten:

"Så det fylder rigtig meget med at tro på dagen i morgen og at turde at se frem til en særlig begivenhed og samtidig turde at aflæse de der kropstegn, som hun kan have på angst. Og vi skal være gode til at aflæse de der signaler og italesætte dem. Fordi det er nøglen til at få dem åbnet" (P).

Angsten kommer endvidere til udtryk gennem adfærd og reaktionsmønstre, der kan være uhen-

sigtsmæssige. Det er især, når mestringsstrategierne er utilstrækkelige, og der ikke straks er hjælp fra pårørende eller professionelle. De professionelle oplever, at det er i de situationer, at mennesker med KOL oplever sig alene og overladt til sig selv. Det kan forstærke angsten og føre til uhensigtsmæssig adfærd og resultere i gentagne genindlæggelser:

"Vi havde en dame ... som blev indlagt utallige gange [...] når hun kom hjem, så ringede hun til familiemedlemmer, og det var fuldstændig ligegyldigt, om det var midt om natten, eller om det var en tidlig søndag morgen, for der var hun fuldstændig hæmningsløs. Altså ... kontrolinstansen om, hvad kan man gøre, og hvad kan man ikke gøre, og ... hendes erfaring kunne slet ikke hjælpe hende." (P).

Angsten kan ifølge professionelle blive så dominerende, at den svækker almindelig dømmekraft og påvirker sociale kompetencer, adfærd og dannelse





negativt. Af læsning af tegn på angst anses som særlig vigtigt blandt de professionelle, og de er opmærksomme på, at angst kommer til udtryk både som en angst for at leve livet og for at dø.

Kategori 2: At tæmme angsten

Manglende kontrol over egen tilstand gør det vigtigt at mestre hverdagen, så angst og åndenød ikke løber løbsk. Informanterne mestrer gennem anvendelse af strategier, teknikker og systemer, som fungerer som "livliner", der forankrer mennesker med KOL til en form for normalitet. Desuden mestres hverdagslivet så forudsigeligt og struktureret som muligt:

"Ja, jeg skal have min ro om morgenen. Vi skal ud at gå vores morgentur og have frisk luft, og det skal jeg have. Sidde stille og roligt og få et par kopper kaffe, komme ud på badeværelset og blive vasket og få børstet tænder. Der skal intet være, der presser dig ... hvis jeg bliver presset, så kan jeg også godt mærke det på min KOL, så bliver det svært at få luft. Så føler jeg mig presset af det." (M, 63 år).

Mestring af åndenød og angst indebærer, at mennesker med KOL udvikler en øget selvdisciplin og en skærpet bevidsthed om kropslige signaler:

"Der skal man altså tvinge sig selv til at tage nogle dybe indåndinger, man skal trække vejret ned, og så skal du holde ved det – og så slippe løs. De første 3-4 gange, de er godt nok ikke særlige rare, fordi du er lige ved at eksplodere. Men jeg garanterer dig med, at 10-15 af de dybe indåndinger så har du fuldstændig styr på det." (M, 80 år).

Mhp. at forebygge angst iagttager de professionelle, hvor essentielt det er for mennesker med KOL at udvikle forskellige mestringsstrategier. De beskriver strategien som "redebygning":

"De har overhovedet ikke kontrol over sig selv, de har ikke kontrol over, hvad de kan. Men de kan i hvert fald holde styr på det der vandglas, det skal stå der, den der spray, den skal ligge der, og jeg skal have min kuglepen her, så har man styr på det." (P).

De professionelle oplever, at selvmedicinering med f.eks. vin, medicin i form af røde dråber eller Benzodiazepiner samt rygning også er forsøg på at mestre. Når angsten melder sig, opleves rygning "som ren medicin". Det er en velkendt strategi, som beskrives som beroligende og afstressende.

"Det beroliger mig meget. Altså, det hænger jo også sammen med, at jeg har røget så mange år,

som jeg har, men det gør det. Altså, jeg ryger jo ikke meget, jeg ryger, det ved jeg ikke, jeg ryger en 3-4 stykker. Her i denne her tid, hvor vi har været igennem alt det her med sygdom, der har det været, det har været ren medicin. Det må jeg nok indrømme." (M, 63 år).

Kategori 3: Kampen for værdighed

Det er vigtigt for informanterne at undgå tab af kontrol og værdighed i forbindelse med angst. Nogle informanter forsøger at undgå at komme i berøring med angsten ved f.eks. "at springe over hvor gærdet er lavest" (P) og ved ikke at udfordre sig selv fysisk og "snyde" ift. f.eks. motion. Nogle bagatelliserer ved at anvende humor og slå det hen, og andre undgår at tale om, hvordan angsten påvirker dem emotionelt, samtidig med at det nævnes, hvor vigtigt det er "at lytte efter advarslerne", så man netop ikke ender i "panikken", hvor værdigheden mistes:

"Nu lyder det så ... at gå i panik, fordi når jeg bliver stakåndet og alt det der, så starter jeg ikke med at gå i panik, men hvis du ikke lytter efter advarslerne, så kan du komme i en situation, hvor du siger til dig selv, nu skal du også lige holde styr på dig selv. Hvis du først går i panik, så ... Det er ikke en god situation at komme i." (M, 80 år).

For at bevare værdigheden kan det være vigtigt at udvise handlekompetence og opretholde betydningsfulde aktiviteter på en tilpasset måde for at økonomisere med kræfterne. Det gælder om at holde fast i et handlekraftigt selvbillede eller en oprindelig identitet, som kan være truet af angsten:

"Det er lidt ærgerligt, fordi jeg ville jo gerne det, jeg kunne engang. I den sammenhæng må man så sige, nå ja, men altså der er jo heller ingen, der siger, du skal spille med hele tiden. Det er et blæseorkester ... som jeg altid har sagt, de aftener jeg har været ude og spille, der har jeg været noget. Musikken giver jo også noget andet til sjælen." (M, 80 år).

De professionelle tilgang har ifølge informanterne stor betydning for at bevare værdigheden. Oplevelsen af at blive set og mødt som et særligt menneske med individuelle behov er afgørende for en dialog om angsten:

"Livsmodet kan været svundet lidt ind [...] men det er de gode til at tackle. [...] Jeg synes, at de har en fantastisk indsigt i, at den og den patient kan tåle noget gas. Og det er de skisme også gode til. Altså, en læge skal ikke komme ind til mig og være hovskisnovski, fordi så klapper jeg i ligesom

en østers. Det gider jeg ikke finde mig i, de er ikke mere end mig som mennesker, de har en anden uddannelse end mig, men de er stadigvæk mennesker, og det skal de vise, at de er.” (M, 64 år).

De professionelle må udvise ligeværd som en vigtig forudsætning for at bevare værdigheden og for at opnå åbenhed om angsten. Dette kan udfordres af, at mennesker med KOL ifølge de professionelle giver udtryk for, at de oplever både skyldfølelse og stigmatisering som følge af en livsstil med rygning. Skylden kan således også medvirke til tab af værdighed, og mennesker med KOL undlader dermed dialog om angsten:

”En ting, der i hvert fald betyder også rigtig meget for dem, det er, at de har så meget skyldfølelse – også i forhold til det her stigmatisering – også det med at ”Det skal du ikke bekymre dig om, du skal ikke bruge tid, fordi det er min egen skyld, det er mig, der har påført mig den her sygdom”, og vi slår dem oven i hovedet med det fra samfundet.” (P).

Skylden kan forstærkes, når de professionelle udtrykker ambivalens, når talen falder på rygning. At kunne anerkende mennesker med KOL som følge af rygning kræver ifølge de professionelle en vis forhandling med sig selv:

”Vi siger til dem, at det er menneskeligt at fejle, når det nu er, de kommer 8. gang og kommer i NIV, fordi de har røget smøger. Så tilgiver vi dem én gang til, og så siger vi, at det er muligvis sidste gang, og så kigger du på dem med et smil i håb om, at de måske lader være. Men det gør de så ikke ...” (P).

Her anvendes humor til at håndtere ambivalensen, hvor rygning ses som en fejl, der kræver tilgivelse. Dette syn på rygning hos de professionelle er et udtryk for en stigmatiseringstendens, der kan fremme oplevelsen af skyld. Konsekvensen kan være, at den ligeværdige dialog udebliver, og at angsten ikke italesættes.

D

Diskussion

Mennesker med KOL kan have svært ved at identificere og udtrykke angsten, og den kommer ofte til udtryk indirekte og diskret. Det kan gøre det svært for professionelle at indgå i en samtale om

angst. At kunne tyde og tolke de komplekse udtryk for angst er ifølge de professionelle vigtigt, men det

er vanskeligt at finde det rette øjeblik til samtalen. Mousing (19) finder, at især mindre erfarne professionelle har tendens til at afstå fra at initiere svære samtaler.

Informanterne med KOL oplever, at ikke alle professionelle har erfaring og indsigt i livet med KOL (1). Muligvis som en konsekvens heraf bygger mennesker med svær KOL ”rede” og forskanser sig med store konsekvenser for hverdagsliv.

Strang anvender begrebet livsangst om angst for at leve med den usikkerhed og de restriktioner, der er forbundet med svær KOL og dødsangst om angsten for dødsprocessen, og det at skulle skilles fra sine kære (20). Vi finder, at livsangst og dødsangst holdes på afstand gennem udvikling af systemer, teknikker og strategier, som bidrager til at tæmme angsten og holde de svære tanker om døden på afstand.

Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring opererer med to forskellige mestringsstrategier, som er relevante at anvende i denne sammenhæng, da de adresserer både det konkrete problemløsende og det mere følelsesbaserede: Den problemfokuserede mestring, hvor man søger at ændre svære hverdags-situationer og -opgaver, således at de bliver mere overskuelige og håndterbare ved at skabe systemer og strukturer, og de mere emotionelt fokuserede mestringsstrategier, hvor man forsøger at ændre det tankemønster, der knytter sig til problemet/belastningen (21). I vores fund optræder det f.eks. der, hvor angst søges dulmet vha. stimulanser, samt hvor angsten bagatelliseres og fortrænges.

Informanternes behov for at bevare værdighed er et centralt fund. Tab af værdighed knytter sig både til kontroltab som følge af angst og til oplevelsen af skam og stigmatisering relateret til rygning. De professionelle i vores studie er opmærksomme på faren for stigmatisering forbundet med KOL, men oplever, at det kan være svært at undgå. En svensk undersøgelse finder, at sygeplejersker oplever, at de kan forstærke den skyld, mennesker med KOL oplever. Derfor kæmper de mod både egne og kollegers stigmatiseringstendenser (22).

Informanterne med KOL giver udtryk for, at angsten kan medvirke til tab af værdighed, og at det derfor er altafgørende at udvikle mestringsstrategier for at tæmme angsten. Både så de ydmygende følelser kan undgås og for at opnå en følelse af selvrespekt via handling. I begrebet ”værdighed” er der både respekt fra omverdenen og respekt for sig selv (23). Vi finder, at tabet af værdighed i forbindelse med KOL indeholder begge perspektiver: Værdighedstabet opstår både



som følge af den mangel på selvrespekt, som kan opstå, når kroppens funktioner ikke kan kontrolleres, og på baggrund af omverdenens blik på det kropslige tab af kontrol og den stigmatisering, som omverdenen kan udsætte mennesker med KOL for. Det er i tråd med flere andre undersøgelser. Maddock beskriver (24), hvordan mennesker med KOL bærer på skam og skyld, som forstærkes af de sociale omgivelser, og at mange oplever tab af værdighed relateret til at modtage hjælp til personlig pleje, til angst og depression og til bekymring for fremtiden.

Willgoss (3) beskriver, at fysiske tegn i forbindelse med angst som f.eks. urininkontinens, øget svedtendens og det at være afhængig af transportabel ilt kan medvirke til en følelse af flovhed, skam og skyld og forårsage social isolation. Wilgoss (3) beskriver videre, at tidligere oplevelser med panikanfald kan skabe en konstant underliggende angst og deraf et behov for strategier og restriktioner for at undgå åndenød, panik og tab af værdighed.

Chochinov beskriver begrebet værdighed som noget, der både er relateret til menneskets oplevelse af uafhængighed og til oplevelsen af fysisk og psykisk lidelse. De finder, at noget af det, der har betydning for værdighed, er at have mulighed for at opretholde ens selvfølelse og rolle, at bevare sin stolthed, at have håb, at bevare autonomi og kontrol og at have kampånd/modstandskraft (25). Det er derfor oplagt at se på vores fund i det lys, da alle disse parametre synes at blive udfordret og håndteret hos de svært syge mennesker, vi har interviewet: kampen for at opretholde uafhængighed og autonomi og dermed værdighed kommer til udtryk ved forsøg på at kontrollere hverdagen med systemer og strategier og ved at udvise handlekraft på trods.

De problemfokuserede mestringsstrategier, som systemer og strategier er udtryk for, er således medvirkende til at mindske angsten og bevare værdigheden. Flere forskere, bl.a. Willgoss (3), Bove (12) og Maddock (24) foreslår brug af nonfarmakologiske metoder til at mestre angst og bevare værdighed.

Bove (12) har i et kvalitativt studie undersøgt KOL-patienters oplevelse og erfaringer med kognitiv træning for at lære at ændre deres tolkninger af og reaktioner på ubehagelige fysiske og psykiske symptomer forårsaget af angst. Den form for positiv tolkning af situationen forventes at stimulere indre ressourcer, håb og handlekraft. Boves forståelse af det positive tankesæt kan bidrage til en mere aktiv og handlekraftig ageren og står i modsætning til det

negative tankemønster, der kan fastholde negative tanker, følelser, kropslige fornemmelser og uhenigtsmæssig opførsel (12).

Arbejdet med tankemønstre kan sidestilles med emotionelt fokuseret mestring (21). Det understøttes af, at deltagerne i Boves undersøgelse angav, at de havde svært ved at tale om angsten, men at det visuelle materiale, der blev anvendt til at illustrere positive som negative tanker, følelser og kropslige fornemmelser, gav dem mulighed for at tale om angsten også ift. deres pårørende, som de oplevede, havde svært ved at takle situationer med angst (12).

Deltagerne i vores undersøgelse oplever ofte, at et negativt tankemønster tager over, og at det er svært at kontrollere tanker og følelser. Det kan forstærke oplevelsen af angst. Muligvis kan arbejdet med et positivt tankemønster være måder at tale om angsten på for at styrke evnen til at tæmme den og opretholde værdigheden for mennesker med KOL.

Styrker og begrænsninger

En sekundær analyse kan indebære, at data om angstens udtryk måske ikke har den dybde, der kunne have været, såfremt fokus på angst havde været det primære formål for interviewene. Imidlertid var det tydeligt ved den primære analyse (1), at der var omfattende data, som vi kunne relatere til angst. Det viser, at angst fylder, og understreger fordelene ved anvendelse af åbne spørgsmål, som inviterer deltagerne til at fortælle, hvad de har på hjerte. En styrke er, at forfatterne har udført alle interviews og derved oplevet, hvordan angsten viste sig blandt deltagerne i undersøgelsen. Det har givet en dybere indsigt i, hvorfor det er essentielt for mennesker med KOL at tæmme angsten og kæmpe for værdigheden.

Det ses som en styrke, at de professionelle deltagere i fokusgruppeinterviewene havde specialiseret viden og erfaring med angst blandt mennesker med KOL. Det kunne have været interessant, hvordan det havde påvirket vores fund, hvis flere med kortere erfaring havde deltaget, idet det ofte er den gruppe, der i hverdagen yder pleje og behandling til mennesker med KOL.

Det ville have øget validiteten, hvis for eksempel praktiserende læger og konsultationssygeplejersker havde været inddraget, da de har en væsentlig rolle som tovholdere i KOL-sygdomsforløb og dermed viden og erfaring. Selv om vi kontaktede adskillige praktiserende læger, konsultationssygeplejersker og praksiskoordinatorer, lykkedes det ikke at få deltagere herfra til interviewene.

K

Konklusion

Angst hos mennesker med svær KOL er kompleks og har mange nuancer og udtryk. Angsten præger hverdagen og udtrykkes forskelligt: verbalt, indirekte og diskret men også direkte gennem adfærd og

reaktionsmønstre. Angsten er ydmygende og medvirker til tab af værdighed. Ubehaget ved angst skaber behov for at kunne tæmme den for at opnå selvrespekt og værdighed. Det kræver, at de professionelle har indsigt og kendskab til mennesker med svær KOL, så de i højere grad kan udtrykke deres angst, reducere den på hensigtsmæssige måder og føle sig tryk og forstået og opretholde værdigheden, se Boks 3. ●

Boks 3. Implikationer for klinisk praksis

Hensigten med forslag til implikationer for klinisk praksis er; At mennesker med svær KOL i højere grad kan udtrykke deres angst, reducere den på hensigtsmæssige måder og føle sig trygge og forståede, så de kan opretholde værdigheden.

Forslag på et overordnet strukturelt/organisatorisk plan.

I lighed med teams etableret ift. palliation kan et specialiseret, tværprofessionelt, tværsektorielt og tilgængeligt KOL-team tilbydes til mennesker med svær KOL for at identificere og imødekomme angst og interagere med mennesker med svær KOL.

Forslag på det helt nære og relationelle niveau mellem mennesket med KOL og den professionelle.

Støtte til den professionelle (social- og sundhedsassistent, sygeplejerske, terapeut og andre) i at opnå et indgående kendskab til livet med svær KOL for at bidrage til en styrket opmærksomhed på angstens udtryk og indflydelse på hverdagslivet. Konkret kan et visuelt materiale i form af en skitsering af en positiv cirkel (12) være en støtte i dialogen mellem mennesker med svær KOL og de professionelle.

Referencer

1. Smorawski GA, Husted MR, Hansen LV, Bjørnshave Noe B. Lyt til borgere med svær KOL og deres pårørende. *Fag & Forskning*. 2021(2):24–33.
2. Lange, P. Hvad er KOL? FADL's Forlag 2022.
3. Willgoss TG, Yohannes AM. Anxiety Disorders in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. *Respir Care*. 2012. <http://www.ingentaconnect.com/content/jrcc/rc/pre-prints/rc01862rtwillgoss>
4. Anzueto A, Miravittles M. Pathophysiology of dyspnea in COPD. *Postgraduate Medicine*. 2017;129(3):366–74.
5. Nielsen SL, Nielsen M, Stassen IT, Strømstad GV. Klinisk retningslinje for opsporing af angst og/eller depression hos indlagte og ambulante patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Danmark: Center for Kliniske Retningslinjer, Aalborg Universitet; 2015.
6. Doyle T, Palmer S, Johnson J, Babyak MA, Smith P, Mabe S, m.fl. Association of Anxiety and Depression with Pulmonary-Specific Symptoms in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Psychiatry Med*. 2013;45(2):189–202.
7. Ramon MA, Ter Riet G, Carsin A-E, Gimeno-Santos E, Agustí A, Antó JM, m.fl. The dyspnoea-inactivity vicious circle in COPD: development and external validation of a conceptual model. *Eur Respir J*. 2018;52(3):1800079.
8. Dansk Lungemedicinsk Selskab. Dansk KOL Vejledning [Internet]. 2017. <https://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-vejledning-2017/file.html>
9. Coventry PA, Gemmell I, Todd CJ. Psychosocial risk factors for hospital readmission in COPD patients on early discharge services: a cohort study. *BMC Pulm Med*. 2011;11(1):49.
10. Karasouli E, Munday D, Bailey C, Staniszevska S, Hewison A, Griffiths F. Qualitative critical incident study of patients' experiences leading to emergency hospital admission with advanced respiratory illness. *BMJ Open*. 2016;6(2):e009030.
11. Sundhedsdatastyrelsen. Borgere med KOL – kontaktforbrug i sundheds væsenet og medicinforbrug file:///C:/Users/liha/Downloads/Borgere%20med%20KOL%20kontakt%20og%20medicinforbrug%20(3).pdf
12. Bove DG, Midtgaard J, Kaldan G, Overgaard D, Lomborg K. Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;98:71–7.
13. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom: - den generiske model. København; 2012.
14. Region Syddanmark. Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL - Samarbejde og kommunikation. Vejle; 2016 file:///C:/Users/lvha/Downloads/forl%C3%B8bsprogram%20kol%20a4%20(1).pdf
15. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277–88.
16. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107–15.
17. Klaus Krippendorff. *Content Analysis - An Introduction to Its Methodology*. 3. udgave. Bd. 2013. Californien: SAGE Publications; 2013.
18. Danmarks Lungeforening, Palliativt Videnscenter. Palliativ indsats til KOL-patienter [Internet]. København; 2013. http://www.pavi.dk/Files/KOL_Pal_rapport_low2.pdf
19. Mousing, Camilla Askov CA, Timm H, Lomborg K, Kirkevoold M. Barriers to palliative care in people with chronic obstructive pulmonary disease in home care: A qualitative study of the perspective of professional caregivers. *J Clin Nurs*. 2018;27(3–4):650–60.
20. Strang S, Ekberg-Jansson A, Henoch I. Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. *Pall Supp Care*. 2014;12(6):465–72.
21. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1999
22. Zakrisson A-B, Hägglund D. The asthma/COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24(1):147–55.
23. Det Danske Sprog- og Litteraturselskab. *Den Danske Ordbog*. I: *Den Danske Ordbog* København <https://ordnet.dk/ddo/forside>
24. Maddocks M, Lovell N, Booth S, Man WD-C, Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*. 2017;390(10098):988–1002.
25. Chochinov HM, Johnston W, McClement SE, Hack TF, Dufault B, Enns M, m.fl. Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations. Quinn TJ, redaktør. *PLoS ONE*. 2016;11(1):e0147607.

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

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.

Et godt arbejdsmiljø får sygeplejersker til at blive i faget

En kvalitativ analyse beskriver, hvordan et godt arbejdsmiljø har betydning for at kunne fastholde sygeplejersker i professionen.



ANNE-METTE TJØRNELUND

Sygeplejerske,
cand.scient.san.publ.,
kvalitetskonsulent,
Sydvestjysk Sygehus.

amtjoernelund@gmail.com



LOUISE MØLLER PEDERSEN

Cand.scient.adm., postdoc, Institut for Sociologi og Socialt arbejde, Det Humanistiske og Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet.

I *Sygeplejersken* nr. 12/2021 og i flere videnskabelige publikationer (1-3) præsenteres sygeplejerskemanglen som både en dansk og international problemstilling (4). Verdenssundhedsorganisationen WHO estimerede i 2006 en verdensomspændende mangel på læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale svarende til 4,3 mio. fuldtidsstillinger.

I Danmark mangler der på landsplan aktuelt 4.700 sygeplejersker, et antal der forventes at stige i de kommende år. Ny forskning viser, at især de sygeplejestuderende og de nyuddannede genovervejer deres karrierevalg (3).

Sygeplejerskekonflikten i 2021 har især drejet sig om lønspørgsmålet. Studier viser dog, at arbejdsmiljø og -vilkår er ligeså vigtige for sygeplejerskernes arbejdsmotivation og lyst til at blive i professionen. Desuden viser ny forskning en klar sammenhæng mellem det psykosociale arbejdsmiljø og kvaliteten af sundhedsydelse (5).

Ud fra syv dybdegående interviews med sygeplejersker gennemført i forbindelse med et speciale på Folkesundhed, der blev forsvaret i 2020, teoretiske begreber fra Antonovsky og Karasek (6,7) samt relevant forskning bidrager denne artikel med arbejdsmiljømæssige perspektiver på, hvad der skal til for at fastholde sygeplejerskerne i professionen.

RESUME

Manglen på sygeplejersker er et højrelevant tema såvel i Danmark som internationalt. I Danmark mangler der aktuelt 4.700 sygeplejersker, et antal der forventes at stige i de kommende år.

Sygeplejerskekonflikten i 2021 fokuserede på lønspørgsmålet. Studier viser dog, at arbejdsmiljø og -vilkår er lige så vigtige for sygeplejerskernes arbejdsmotivation og lyst til at blive i professionen.

Ny forskning viser en klar sammenhæng mellem sundhedspersonalets psykosociale arbejdsmiljø og kvaliteten af sundhedsydelse. Resultatet af dybdegående interviews med

sygeplejersker, teoretiske begreber fra Antonovsky og Karasek samt relevant forskning bidrager med flere arbejdsmiljømæssige perspektiver på, hvad der skal til for at fastholde sygeplejersker i professionen. Det gælder bl.a. en strategisk prioritering af arbejdsmiljøet og arbejdsrelationerne mellem kollegaerne, herunder et større fokus på organisering af vagtplanerne samt et øget fokus på sygeplejerskernes faglige udvikling.

Desuden besidder erfarne sygeplejersker en væsentlig tavs viden af betydning for oplæring af nyansatte samt den samlede kvalitet af sygeplejen.

Projektets metode præsenteres i Boks 1, mens Boks 2 og Boks 3 giver en kort præsentation af de anvendte teorier. I Boks 4 præsenteres konkrete løsningsforslag.

Mestringsoplevelser skaber arbejdsglæde og engagement

Omsorg er en stor del af kernen i sygeplejefaget, der traditionelt har været opfattet som et kald. En sygeplejerske siger:

”Jeg var glad for at gøre en forskel og hjælpe de, der havde brug for hjælp, og det var også derfor, jeg blev sygeplejerske” (Informant B).

For flere informanter hænger oplevelsen af mestring og arbejdsglæde sammen med det at kunne yde omsorg for patienten og ikke ”blot” foretage standardiserede, instrumentelle eller administrative opgaver:

”Det gør mig meget mere glad, når jeg ved, at patienten også har haft en social kontakt med mig, der ikke kun har omhandlet blodtryk og puls og andre instrumentelle gøremål. De skal mærke, at vi er mennesker og ikke bare robotter” (Informant A).

Fundet understøttes af international forskning, der konkluderer, at muligheden for at yde patientpleje af en vis kvalitet er afgørende for sygeplejerskernes oplevelse af jobtilfredshed (2) og valget om at blive i afdelingen og/eller professionen.

Andre sygeplejersker fremhæver muligheden for udfordringer, selvledelse og indflydelse på egne arbejdsopgaver som afgørende for deres engagement. En sygeplejerske siger:

”Helt generelt skal jeg kunne udvikle mig, og jeg skal udfordres. Og jeg skal have lov at være selvledende på den måde, at jeg har stor indflydelse og ledelse på mine egne arbejdsopgaver” (Informant F).

Sygeplejerskernes arbejdsbyrde er steget grundet en større mængde administrative og ikke direkte patientrelaterede opgaver (5), hvilket giver variation i arbejdsdagen. Omvendt gør arbejdspresset det svært at afsætte tid til de aktiviteter, der giver sygeplejerskerne en oplevelse af mestring.

Sygeplejerskens oplevelse af mestring, arbejdsglæde og meningsfuldhed i arbejdet er

Boks 1. Metode

- De empiriske data stammer fra et speciale i folkesundhedsvidenskab, som blev forsvaret i 2020. Formålet med specialet var at opnå en udvidet forståelse af sygeplejerskernes motiver og bevæggrunde for at forlade sygeplejefprofessionen samt få et indblik i eventuelle ændringer, der kan medføre, at de sygeplejersker, som har forladt professionen, kan genoverveje en karriere inden for sygeplejefprofessionen
- Der blev anvendt en kvalitativ tilgang, hvor i alt syv individuelle semistrukturerede interviews af 45-60 minutters varighed blev gennemført med henblik på at opnå viden og forståelse for informanternes opfattelse af deres virkelighed og betydningen heraf.
- Fælles for informanterne er, at de alle er uddannede sygeplejersker, har været ansat på samme afdeling og som minimum har arbejdet uden for professionen i 2 år.
- Baun og Clarks tilgang til tematisk analyse er anvendt som analysemetode og danner baggrund for identificeringen og fortolkningen af temaer inden for de empiriske data.
- Gennem inddragelse af teorier og forskning placeres de empiriske iagttagelser i en ny sammenhæng med henblik på opnåelse af en dybere og bredere forståelse af fænomenet.

Boks 2. Karasek – den tredimensionelle teori

Robert Allen Karasek er ansat som arbejdsmiljøprofessor Københavns Universitet og er meget velciteret både i og uden for Skandinavien. Karasek er særligt kendt for krav-kontrol-modellen vedrørende arbejdsdesign, som anvendes i denne artikel.

- Den tredimensionelle krav-kontrol-model skitserer effekten af (u)gunstige jobkarakteristika i relation til trivsel og sundhed (6).
- Teorien kombinerer de psykologiske jobkrav med individets oplevelse af muligheden for kontrol og indflydelse samt social støtte.
- Social støtte refererer til alle niveauer af hjælpsom social interaktion i og uden for arbejdet og formodes at fungere som en modificerende faktor i relation til de negative konsekvenser forårsaget af høje krav og lavt niveau af kontrol.

Boks 3. Antonovsky – mestring

Aaron Antonovsky (1923-1994) var en israelsk-amerikansk sociolog og professor i medicinsk sociologi. Modsat mange andre sundhedsforskere fokuserer Antonovsky på, hvad der holder folk sunde – den salutogeniske idé og teorien om oplevelsen af sammenhæng. Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at

1. de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige (begribelighed)
2. der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller (håndterbarhed)
3. disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i (meningsfuldhed).

De tre kernekomponenter er uløseligt forbundet og essentielle for oplevelsen af sammenhæng (7) og derved for individets evne til kognitivt og emotionelt at håndtere og mestre potentielt stressende situationer. Såfremt sygeplejerskerne ikke oplever begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed i deres arbejde, påvirkes deres mestringssevne negativt.

Boks 4. Løsningsforslag

Sygeplejersker er centrale for at holde de danske sygehuse i gang. Det formodes, at den nuværende og fremtidige sygeplejerskemangel bl.a. påvirkes af demografiske, organisatoriske, økonomiske og sociologiske faktorer, der alle medfører et øget behov for både rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker (9). Derfor skal løsnings tiltag betragte problemstillingens mange delelementer som en helhed fremfor at bygge på en forenklet tankegang om et simpelt årsags- virkningsforhold (4). Ud fra ovenstående analyse foreslår vi følgende tiltag på de danske sygehuse:

- Ledelsesmæssig prioritering af arbejdsmiljøet, herunder kommunikationen mellem (top-) ledelsen, afdelingslederne og sygeplejerskerne om, hvorvidt graden af indflydelse passer til den enkelte.
- Ledelsesmæssig prioritering af sygeplejerskernes arbejdsrelationer gennem vagtplanlægning og strategisk relationsarbejde.
- Prioritering af højere normering på de enkelte vagter. Særligt på vagter, hvor der indgår nyansatte. Dette skal ses som en investering for at forebygge personaleomsætning, øge den faglige kvalitet og at skabe større arbejdsglæde. Med andre ord tjener udgiften til højere normering sig hurtigt hjem andre steder i budgettet og i forhold til arbejdsmiljøet generelt.
- Prioritering af tid til patientpleje; både for at øge sygeplejerskernes arbejdsglæde men også med fokus på kvaliteten af sundhedsydelse.
- Særligt fokus på at fastholde de erfarne sygeplejersker, da disse besidder en central tavs viden og erfaring.
- Mulighed for indflydelse på arbejdsopgaver og selvledelse for de sygeplejersker, som efterspørger det, da dette skaber oplevelsen af mestring.
- Afsat tid til faglig sparring og udvikling.
- Inddragelse af medarbejderne i arbejdet med arbejdsmiljø og trivsel.

med afsæt i Antonovskys teori (7) essentiel for engagementet. Oplevelse af begribelighed og håndterbarhed er derfor afgørende for fastholdelsen af sygeplejersken i afdelingen og professionen. Arbejdsglæde påvirker desuden sygeplejerskens kognitive forståelse af interne og eksterne stimuli og den mentale belastningsbalance. Samlet set har det betydning for sygeplejerskens perception og mestring af potentielle stressorer, hvilket i sidste ende er udslagsgivende for evnen til at forblive sund og rask (7).

Når et individ pålægges større krav uden at have øget kontrol over omstændighederne, vil de psykologiske belastninger ifølge Karasek (6) stige, hvilket kan medføre en øget sundhedsrisiko og sygdomsforekomst blandt de tilbageværende sygeplejersker.

Forudsigelig vagtplan afgørende for fastholdelse

Dansk og international forskning fremhæver arbejdstiderne, herunder aften- og nattearbejde, som en barriere for fastholdelsen af sygeplejersker grundet indvirkning på familie- og privatlivet (1, 2). De interviewede sygeplejersker havde ikke et fast vagtrul for hele året, men derimod en vagtplan for fire uger ad gangen, jf. arbejdstidsaftalen.

Uforudsigeligheden i arbejdstidsplanlægning ud over de fire uger kan påvirke sygeplejerskens oplevelse af begribelighed og håndterbarhed (7). Desuden giver arbejdstidsplanlægningen og de skiftende arbejdstider anledning til udfordringer i hverdagen i relation til fritidsaktiviteter, socialt samvær og familielivet. Derfor er uforudsigeligheden i vagtplanlægningen væsentlig for sygeplejerskernes valg om at forlade afdelingen og professionen.

De mange skift fra dag, aften og/eller nat har ligeledes konsekvenser for fritiden, idet sygeplejerskernes overskud, energi og humør bliver påvirket heraf. En informant siger:

”Jeg havde ikke noget liv ved siden af, fordi jeg havde ikke noget overskud. Min omgangskreds kunne også mærke, at jeg var mere irriteret.” (Informant B).

Andre sygeplejersker oplever de varierede arbejdstider som en fordel og som en del af jobbet:

”I forhold til de skiftende arbejdstider, så synes jeg faktisk, det var rart på en eller anden måde.” (Informant G).

Forskning viser, at sygeplejerskernes familieforhold og tilgang til arbejdet kan påvirke indstillingen til vagtrullet (8). Sygeplejerskernes mulighed for at oprette ønsker til vagtplanlægningen kan med afsæt i Karaseks teori øge oplevelsen af indflydelse og herigennem kontrol (6) – såfremt ønskerne efterkommes. Yderligere skabes et potentiale for, at sygeplejerskerne i højere grad oplever involvering og deltagelse i processerne, der former deres arbejde, og herigennem opnår et øget omfang af meningsfuldhed i relation til arbejdstidsplanlægningen. Et øget niveau af kontrol formodes således at reducere de negative konsekvenser af det høje arbejdspress og derved at øge sygeplejerskernes oplevelse af mestring.

Særligt fokus på de erfarne sygeplejersker

Ny forskning fokuserer på de nyuddannedes sygeplejerskers overgang til arbejdsmarkedet, hvilket er essentielt (3). Det er dog også centralt at fokusere på fastholdelse af de erfarne sygeplejersker – særligt på arbejdspladser med høj medarbejdergennemstrømning (1). Sundhedsfaglig erfaring og såkaldt tavs viden gennem arbejdspraksis er essentiel i relation til sygeplejerskernes forskelligartede opgaver samt i oplæringen af nyansatte (9). En sygeplejerske med under fem års anciennitet siger:

”Jeg ved ikke så meget som hende med 20 års erfaring, men jeg vil da gerne være ligesom hende. Så jeg må hellere trække hende med ind, så hun kan se, hvad jeg har gjort.” (Informant A).

En anden fremhæver:

”Det altid er den mest garvede man går til og stiller spørgsmål, og det skal der være plads til.” (Informant G).

Flere informanter beretter om en stor medarbejdergennemstrømning, hvilket har (in) direkte konsekvenser for plejekvaliteten og arbejdsvilkårene for de tilbageværende sygeplejersker. Ofte bliver erfarne og kompetente sygeplejersker erstattet af forholdsvis nyuddannede sygeplejersker, der ikke besidder samme erfarings- og kompetencegrundlag. Medarbejdergennemstrømningen genererer derfor et øget behov for støtte og vejledning til udførelsen af arbejdsopgaverne og dermed en stigning i de tilbageværende sygeplejerskers jobkrav og arbejdstempo. En sygeplejerske fortæller:

”Den erfarne eller kompetente sygeplejerske bliver udfordret på den måde, at hun pludselig skal varetage flere opgaver, fordi hendes kollegaer jo ikke kan tage den samme mængde, som en kompetent sygeplejerske ville kunne, og det kan godt give gnidninger” (Informant F).

Ifølge international forskning genererer medarbejdergennemstrømning, foruden ovenstående problematikker, administrative omkostninger og nedsat produktivitet.

Organisering af arbejdet i faste teams

Der ses en sammenhæng mellem den overordnede ledelsesstil og sygeplejerskernes arbejdsmiljø og jobtilfredshed (2) samt valget om at forlade afdelingen og/eller professionen (1,10). Ledelsen af hospitalsafdelinger er kompleks og kalder på hybridledelse, hvor lederrollen snarere er at organisere samt procesfacilitere blandt grupper af sygeplejersker. Nyere forskning fremhæver betydningen af arbejdsrelationer for medarbejdernes trivsel samt kvaliteten af sundhedsydelse (5).

Hospitals- og afdelingsledelsen kan påvirke arbejdsrelationerne i en afdeling på tre måder: 1) på det operationelle niveau gennem tilrettelæggelse af opgaver, processer og samarbejde, 2) på det personlige niveau gennem ledelsesstil og 3) på det strategiske niveau, hvor arbejdsrelationer ses som en organisatorisk værdi, der arbejdes strategisk med at fremme.

I det gennemførte studie rummer informanternes seneste sygeplejefaglige arbejdsplads fem forskellige teams og cirka 200 medarbejdere. For at øge fleksibiliteten i arbejdstidsplanlægningen skal sygeplejerskerne kunne varetage arbejdet i 2-3 teams. Dermed møder sygeplejersken mange forskellige kollegaer og samarbejdspartnere, hvilket reducerer vilkårene for nære arbejdsrelationer.

”Afdelingen var så stor, at det var sjældent, at man arbejdede med den samme flere dage i streg ... og på den måde når man jo ikke helt det personlige eller sociale element på samme måde, som hvis man var sammen med de samme mennesker gennem længere tid. Det kunne give nogle udfordringer” (Informant F).

En informant udtaler:

”Nogle gange skulle du bare gøre et eller andet, fordi der ikke var andre at trække på” (Informant A).

Kendskab til hinandens styrker og svagheder

Succesfuld overførsel af tavs viden kan ofte ikke italesættes eller nedskrives, men afhænger af personlig kontakt, kommunikation og tillid (9) og dermed af organiseringen af arbejdet. En informant tilføjer:

”Hvis man kender hinanden, så ved man også, hvordan man skal kompensere for hinandens styrker og svagheder, og hvordan man lige hjælper hinanden” (Informant E).

Arbejdet bør derfor så vidt muligt organiseres i faste teams og desuden tilrettelægges, så nyansatte aldrig står alene med en opgave. På kort sigt kræver dette merudgifter til løn, men på lang sigt sparer afdelingen ressourcer ved at mindske personaleomsætningen og skabe større arbejdsglæde. Omvendt er organiseringen af sygeplejerskerne i flere forskellige teams et tegn på, at ledelsen på det operationelle niveau kun i begrænset omfang understøtter arbejdsrelationerne i afdelingen.

Ledelse er afgørende

Afdelings- og hospitalsledelsen kan desuden understøtte arbejdsrelationerne strategisk gennem sammensætningen af teams og gennem deres personlige ledelsesstil, herunder udøvelsen af ledelsesmæssig social støtte (6). Samtlige informanter havde en oplevelse af, at afdelingsledelsen manglede overblik over travlheden og arbejdsforholdene i afdelingen samt opgavernes kompleksitet. Desuden savnede flere informanter ledelsesmæssig social støtte. I henhold til forskningen hænger begge dele sammen med antallet af sygeplejersker pr. leder og er vigtige indsatsområder for at fremme fastholdelsen af sygeplejerskerne.

Kollegial støtte kompenserer

Trods de ovenfor nævnte rammer har størstedelen af informanterne oplevet et godt kollegialt sammenhold på sygehuset, hvor hjælpsomhed var centralt. Ifølge Antonovskiy dækker håndterbarhed foruden egne ressourcer over ressourcer hos andre, som sygeplejersken har tillid til (7). Tillid til, at der står eksterne ressourcer til rådighed i form af instrumentel social støtte fra kollegaerne i tilfælde, hvor de interne ressourcer ikke er tilstrækkelige, formodes at have en gavnlig effekt på sygeplejerskens opfattelse af håndterbarhed. Foruden viljen til at hjælpe relaterer spørgsmålet sig til vagtplanen og dermed den ledelsesmæssige prioritering af personaleressourcer.

Ifølge Karasek formodes social støtte desuden at fungere som en modificerende faktor i relation til de negative konsekvenser forårsaget af høje krav og lavt niveau af kontrol (6). Flere informanter bekræfter indirekte antagelsen, idet de på forskellig vis angiver, at den sociale støtte gennem de kollegiale arbejdsrelationer havde indflydelse på deres arbejdsdag.

”Hvis du har nogle gode kollegaer, som du kommer godt ud af det med, gør det også, at den der travle eller stressede hverdag bliver nemmere at komme igennem” (Informant B).



Desuden har arbejdsrelationerne indflydelse på sygeplejerskernes arbejdsglæde:

”Kollegaer betyder rigtig meget. Det gør, at man glæder sig til at møde på arbejde” (Informant D).

Gode arbejdsrelationer kan således anskues som en motiverende faktor for sygeplejersken og dennes engagement i arbejdet samt påvirke oplevelsen af meningsfuldhed (7). Sammenfattende oplevede sygeplejerskerne, at god kollegial støtte kompenserer for aspekter af den begrænsede ledelsesmæssige støtte. Ledelsen er dog central i forhold til at understøtte de arbejdsmæssige relationer på det operationelle, personlige og det strategiske niveau.

Nødvendigt med mangesidet indsats

Opretholdelse af det danske sundhedsvæsens vitalitet og kvalitet i de kommende årtier nødvendiggør en mangesidet indsats, herunder tiltag for at fastholde en større andel af sygeplejersker på deres afdelinger og i professionen generelt. Der ses et samspil mellem arbejdsmiljøet og fastholdelsen af sygeplejersker i professionen.

Sygeplejerskerne motiveres af at yde patientpleje af høj kvalitet, faglige og sociale relationer til deres kolleger samt faglig udvikling. Ledelsesmæssig social støtte, herunder kendskab til og anerkendelse af sygeplejerskernes daglige opgaver og eventuelle udfordringer, kan påvirke arbejdsglæden positivt. Samtidig er forudsigelighed i arbejdstidsplanlægningen et vigtigt indsatsområde i henhold til en reducere af arbejdets indvirkning på privatlivet især for sygeplejersker med børn. Vagtplanen er også et redskab til understøttelse af kollegiale relationer og gensidig faglig sparring.

Kollegial støtte er ligeledes en understøttende faktor. Det er derfor vigtigt, at hospitals- og afdelingsledelsen på det operationelle, personlige og strategiske niveau fokuserer på gode vilkår for de kollegiale arbejdsrelationer, idet dette er direkte associeret med medarbejdertrivsel, meningsskabelse og overførslen af tavs viden mellem sygeplejerskerne. Indflydelse skal desuden kunne føre til mestring frem for afmagt. Balancen herimellem er individuel og afhænger bl.a. af anciennitet og erfaring. Derfor er det centralt, at lederne indgår i en dialog med sygeplejerskerne herom.

Denne artikel giver således flere vinkler på, hvordan sygeplejerskerne kan fastholdes i professionen, herunder en strategisk prioritering af arbejdsmiljøet samt arbejdsrelationerne mellem kollegaerne og et øget fokus på faglig udvikling. Endelig betones, hvorledes erfarne sygeplejersker besidder en væsentlig såkaldt tavs viden af betydning for oplæring af nyansatte samt den samlede kvalitet af sygeplejen. Artiklen afsluttes med konkrete indsatser i forhold til at fastholde sygeplejersker på de danske sygehuse, hvilket både kan gavne de enkelte arbejdspladser, sygeplejersker, patienter og den samlede helhed i sygeplejen. ●

Referencer:

1. Jensen, TP, Holm-Pedersen C, Larsen BØ. *Sygeplejerskens veje på arbejdsmarkedet*. København: Anvendt Kommunal Forskning & Dansk Sundhedsinstitut, 2009.
2. Sellgren SF m.fl. *Nursing staff turnover at a Swedish university hospital: an exploratory study*. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:3181-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02770.x
3. Noer VR, Glavind JG, Ankensen PV. (2020) *Debat. Forskere: Sygeplejemangel udgør en alvorlig trussel for patientsikkerheden*. *Altinget* 21.08.2020: Forskere: Sygeplejerskemangel udgør en alvorlig trussel for patientsikkerheden - Altinget - Alt om politik: altinget.dk
4. Drenan VM, Ross F. *Global nurse shortages—the facts, the impact and action for change*. *British Medical Bulletin* 2019;130: 25-37.
5. Pedersen LM m.fl. (under review - opdateres ved accept). *Positive association between social capital and quality of health care service. A cross sectional study*.
6. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work - Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1990.
7. Antonovsky A. *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
8. Hansen GD, Pedersen LM. *Arbejdsværdiorientering og personaleplanlægning - et blik på sygeplejerskeprofessionen*. *Klinisk Sygepleje* 2014;28(3):46-59.
9. Dybbroe B, Nielsen SB, Kamp A m.fl. *Menneskearbejde: Arbejde for mennesker*. *Tidsskrift for Arbejdsliv* 2006;8(1):5-10.
10. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Salenterä S. *Nurses' intention to leave the profession: integrative review*. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66(7):1422-34.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til førsteforfatteren.

Skal sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø på de danske sygehuse i højere grad prioriteres?

Skal muligheden for faste teams i højere grad indtænkes i sygeplejerskernes vagtplaner?

Skal der strategisk indlægges mere tid til faglig sparring mellem sygeplejerskerne?

Læs også *Journal Club* side 32-34 i dette nummer af *Fag&Forskning*.

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.



NINA MILDE

Sygeplejerske, cand.mag. i psykologi og sundhedsfremme og sundhedsstrategier. Klinisk underviser i Afdeling for Øjensygdomme, Rigshospitalet – Glostrup.

nina.milde@regionh.dk



KIRSTEN ENGELHARD NIELSEN

Chefsygeplejerske, MPO



ANNETTE RASMUSSEN

Klinisk sygeplejespecialist, cand.scient.san., ph.d.

Nye øjne på kompetenceudvikling

Kompetenceprofiler på øjenafdelingen har skabt refleksion og fokus på faglighed. Resultatet er arbejdsglæde og faglig stolthed.

RESUME

Kompetenceudvikling i en fagkultur indebærer forandring. Meningsfulde beslutninger, ændringer og vedholdenhed er nødvendige elementer for at skabe forankring af kompetenceudviklingstiltag i klinisk praksis. Til- og fravalg er et vilkår i arbejdet med kompetenceudvikling, som har betydning for både proces og resultat.

Udviklingsprojektet på Afdeling for Øjensygdomme, Rigshospitalet – Glostrup, er gennemført med udgangspunkt i tre overordnede principper: involvering, begrænset påvirkning af drift og sikring af fremdrift.

Nationale rammedokumenter vedrørende kompetenceudvikling samt afsæt i Knud Illeris' læringsteori har formet

baggrundsforståelsen. Der er taget udgangspunkt i Patricia Benners niveauer i faglige sygeplejekompetencer.

Resultatet har ført til fem kompetenceprofiler for en oftalmologisk sygeplejerske. Kompetenceprofilerne har dannet afsæt for udarbejdelsen af et samlet program for kompetenceudvikling og har skabt transparens i forhold til ansvar i opgaveløsning, karrierevej og faglighed.

Refleksion over egen fagkultur har styrket den sygeplejefaglige profil i det oftalmologiske speciale, og fokus på fagligheden har skabt arbejdsglæde og stolthed i en ellers driftspræget hverdag.

Langt de fleste mennesker vil vurdere synssansen, som deres væsentligste sans. Dette skyldes, at vores syn er knyttet til muligheder og selvstændighed. Øjenpatienter oplever i høj grad, at deres livskvalitet påvirkes, når deres syn rammes (1), som en patient udtrykker:

”Jeg kan ikke længere se min families ansigter, forstå deres ansigtsudtryk eller genkende nye ting. Jeg bliver også hurtigere bange, når jeg er i nye omgivelser.”

Derfor er den fælles, tværfaglige kerneopgave i Afdelingen for Øjensygdomme pleje, behandling og forebyggelse af et truende synstab.

Afdelingen består af to operationsgange, et kombineret akut- og sengeafsnit med otte senge og en gennemsnitlig liggetid på mindre end et døgn, en forskningsafdeling, fem ambulatorier og Kennedy Centret. I afdelingen er der årligt knap 150.000 ambulante besøg og 20.000 kirurgisk indgreb. Der er 350 ansatte fordelt på forskellige faggrupper, heraf er cirka 100 sygeplejersker.

Nichepræget sygepleje

Den oftalmologiske sygepleje er på mange måder at betragte som relativt nichepræget. De færreste sygeplejersker har stiftet bekendtskab med specialet inden ansættelse – hverken arbejdsmæssigt eller under studietiden. På Afdeling for Øjensygdomme, Rigshospitalet – Glostrup, er der ikke særligt mange blodtryksapparater eller decubitus. Til gengæld er der et væld af teknisk apparatur, øjendråber, mange patientkontakter med patienter i alle aldersgrupper, akutte og kroniske patientforløb, der behandles medicinsk og/eller kirurgisk..

Vanskeligt at beskrive egen faglighed

Sygeplejen som profession er i mange henseender generisk og universel, men i et nichepræget og teknisk domineret speciale som det oftalmologiske, hvor artefakter og procedurer adskiller sig væsentligt fra mange andre sygeplejepspraksisser, har professionen i afdelingen haft sværere ved at beskrive egen faglighed, og på hvilken måde den adskiller sig øvrige faggruppers. Ved at identificere, formulere og konkretisere sygeplejen var forventningen derfor at skabe et fælles fagligt forankret fodfæste, der kunne tilbyde et bedre afsæt for at lade professionen udfolde sig i den konkrete praksis.

Kendte faktorer har spillet ind

Arbejdet med kompetenceudvikling er ikke nyt og har været et væsentligt element på de fleste arbejdspladser gennem længere tid. På samme måde har fokus på kompetenceudvikling af sygeplejersker tidligere været et opmærksomheds-

punkt i afdelingen, hvorfor delelementer herfra har kunnet kvalificere den aktuelle proces. Ovenstående er alle faktorer, der har influeret på udformningen af arbejdet med kompetenceudviklingen, og som har haft betydning for til- og fravalg. Formålet med denne artikel er at give et indblik i de væsentligste nøglepunkter i den gennemførte proces og udarbejdede dokumenter, som kan være værd at indtænke i arbejdet med kompetenceudvikling og faglighed.

Udgangspunkt i tre overordnede principper

Arbejdet med kompetenceudvikling i afdelingen er tilrettelagt med udgangspunkt i tre overordnede principper; *involvering, mindst mulig påvirkning af den daglige drift og fremdrift*. Involvering af relevante parter har været central for at sikre, at konkrete værdier og begreber for en sygeplejefaglig profil blev genkendelig for praksis samt for at skabe konsensus omkring en fælles strategisk målsætning. Derfor har der løbende været afholdt formelle arbejds møder med drøftelse af varierende emner til beslutning.

Patientbehandlingen er det væsentligste. Derfor har det været essentielt at arbejdet med kompetenceudvikling ikke skulle påvirke den daglige drift unødigt. Med udgangspunkt i dette princip er det hovedsageligt afdelingsledere og tillidsrepræsentant, der har været involveret i processen og på denne måde fungerer som repræsentanter for deres medarbejdere. For løbende at kunne sikre en fremdrift i arbejdet blev der nedsat en tovholdergruppe bestående af ledende over- sygeplejerske, klinisk sygeplejespecialist og

klinisk underviser, som havde til opgave at varetage mødeindkaldelser, dagsorden, opsummering og udarbejdelse af dokumenter.

Programmet for kompetenceudvikling skulle tydeligt afspejle kompetencer, der er beskrevet i bekendtgørelse om uddannelse i professionsbachelor i sygepleje (2), følge Region Hovedstadens model for værdibase- ret sundhed (3) samt Rigshospitalets struktur for karriereveje inden for sygeplejen (4).

Patricia Benners forståelse af sygeplejerskens faglige kompetence er anvendt samt hendes terminologi for beskrivelse af niveauer i faglige sygeplejekompetencer herunder kompetent, kyndig og ekspert (5). Yderligere kendetegn ved den oftalmologiske sygeplejerskes kompetencer er inspireret af og udvalgt med udgangspunkt i Det Nationale Kompetenceregnskab (6): 1) Kommunikative kompetencer, 2) Sociale kompetencer, 3) Læringskompetencer, 4) Udviklings- og forskningskompetencer og 5) Selvledelseskompetencer.

Det nationale kompetencekort for nyan- satte operationssygeplejersker uden operationserfaring har inspireret opbygningen af egne specialespecifikke kompetencekort (7). Kvalifikationsrammen for 'Livslang Læring' har fungeret som et pejlemærke i forhold til at ramme det rette faglige niveau (8). Forståelse af læring og kompetencer har taget udgangspunkt i Illeris' definition af kompetencer som noget først og frem- mest fornufts- og følelsesmæssigt forankret og handlingsorienteret (9).

Brug for en visionær og ambitiøs fortælling

"Forskellen er, at sygeplejersker følger patienterne på toilettet," var et af de udsagn, der kom på et af de første møder, hvor der var fokus på at definere særlige kendetegn for den oftalmologiske sygepleje, herunder hvad der adskilte sygeplejerskernes faglighed fra f.eks. optometristernes faglighed. Udtalelsen blev uforvarende en drivkraft i det forestående arbejde, da den på mange måder fortalte en historie om, at inden for det oftalmologiske speciale var der to faggrupper; den lægefaglige og plejepersonalet – dette til trods for, at plejepersonalet var en heterogen gruppe bestående af mere end fire forskellige faggrupper.

Der var brug for at skabe en mere visionær og ambitiøs fortælling om sygeplejerskens oftalmologiske faglighed, men fortællingen havde sin berettigelse i en klinisk hverdag, hvor mange opgaver og funktioner er sammenlignelige og varetages af flere faggrupper. Dette udmundede i en overordnet strategi for uddannelse og faglig udvikling. Strategien kan ses som den sam- lende paraply af visioner, ambitioner, teori og erfaringer i forhold til at vise vejen frem for den oftalmologiske sygepleje. For at kunne anvende strategien i praksis var der behov for, at den blev operationaliseret.

Resultater af udviklingsprojektet

1. Kompetenceprofiler

For som organisation både at kunne rumme oplæringen af den nyuddannede medarbejder samt tilbyde relevant og fagligt spændende efteruddannelse til den erfarne medarbejder, blev der skitseret fem kompetenceprofiler og karriereveje for sygeplejersker med stigende videns- og erfaringsniveau indenfor de seks nøglekompetencer.

- Kompetenceprofil niveau 1-2: Sygeplejerske
- Kompetenceprofil niveau 3: Kompetent sygeplejerske
- Kompetenceprofil niveau 4: Kyndig sygeplejerske
- Kompetenceprofil niveau 5: Ekspertsygeplejerske

Hver kompetenceprofil indeholder en detaljeret beskrivelse af alle seks nøglekompetencer. Der er ligeledes udarbejdet stillingsbeskrivelser for kompetenceprofilerne, uddybning af karrierevejen mod opnåelse af et hø- jere kompetenceniveau samt et defineret uddannelsesprogram. Eksempel på kompetenceprofil af tre udvalgte niveauer kan ses i Figur 1.

Alle fem kompetenceprofiler er i udgangspunktet lige betydningsfulde, men afdelingens behov for den enkelte kompetenceprofil er forskelligt. Kom- petenceprofilen for den kompetente sygeplejerske (niveau 3) har en særlig betydning i afdelingen og har fungeret som en ramme- og målsætning for flere af de udviklede dokumenter og initiativer, hvorfor denne kompetence- profil vil blive udfoldet yderligere i det følgende afsnit.

Gennem afdækning af afdelingens samlede sygeplejefaglige opgaver og funkti- oner blev det identificeret, at de opgaver og funktioner, der er i afdelingen, fordrer sygeplejersker, som har et godt og solidt kompetenceniveau på alle seks kompe- tenceområder svarende til den kompetente sygeplejerske (niveau 3) og et mindre behov for kyndige sygeplejersker (niveau 4) og ekspertsygeplejersker (niveau 5).

Når man er kompetent sygeplejerske (niveau 3), er man det på alle nøg- lekompetenceområder, dvs. at det ikke er nok blot at være den fagligt kom- petente sygeplejerske - den kompetente sygeplejerske mestrer ligeledes de øvrige fem kompetenceområder (jf. Figur 1). Kompetenceprofilen for den kompetente sygeplejerske opfylder dermed store dele af afdelingens behov i forhold til den konkrete opgaveløsning.

2. Fælles introduktionsprogrammer

Det har været meningsfuldt at udarbejde et fælles introduktionsprogram for nye medarbejdere. I tillæg hertil er der for enkelte afsnit udarbejdet lokale til- føjelser. Formålet hermed er at strømline den information, nyansatte medarbej- dere modtager samt sikre, at det mest væsentlige information viderefremmes.

3. Lokale uddannelsesprogrammer

For alle afsnit er der udarbejdet lokale uddannelsesprogrammer med fokus på op- nåelse af det kompetente niveau. Hvert uddannelsesprogram har dets afsnitsspe-



Figur 1. Kompetenceprofil niveau 1, 3 og 5

	Niveau 1	Niveau 3	Niveau 5
Faglige kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> - Udfører en omsorgsfuld og opgaverelateret grundlæggende og instrumentel sygepleje til stabile patienter og deres pårørende under vejledning. Objektive og målbare observationer er styrende for vurderinger og handlinger. - Kender til de typiske patientforløb i eget afsnit. - Har generel forståelse for etiske dilemmaer i egen praksis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Udfører en rutineret, sikker og selvstændig sygepleje til alle patienter og deres pårørende. Arbejder situationsbestemt og er fremsynet. - Har overblik over alle patientforløb i eget afsnit samt har kendskab til patientforløb på tværs af klinikken, hospitalsafdelinger og sektorer. - Identificerer og reflekterer over etiske dilemmaer i eget afsnit, samt tager initiativ til løsningsforslag. 	<ul style="list-style-type: none"> - Udfører en omsorgsfuld, sikker, hurtig og selvstændig sygepleje på et højt specialiseret niveau. Arbejder yderst situationsbestemt og er i høj grad styret af intuition baseret på viden og erfaring. - Udvikler, implementerer og evaluerer patientforløb på tværs af klinikken, hospitalsafdelinger og sektorer. - Tager kritisk stilling til og løser klinikens etiske dilemmaer.
Kommunikative kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> - Formidler og tilpasser mundtlig information samt anvender fagsprog. - Overleverer under vejledning patientinformation i overgange mellem afsnit og vagter. - Har brugererfaring med hospitalets IT-system. - Er modtagelig over for vejledning, undervisning og feedback. - Fremstår serviceminded og har en imødekommende kommunikation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Giver præcis og fyldestgørende information. - Kan sikkert og selvstændigt overlevere patientinformation og har overblik over, hvilke informationer der er relevante for modtageren. - Tager ansvar for at identificere udfordringer ved hospitalets IT-system og indberetter disse. - Bruger bevidst anerkendende feedback til at fremme kvaliteten af sygeplejen og arbejdsmiljøet. - Samarbejder med kolleger om at give patienter og pårørende den bedste service samt evaluere denne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formidler viden fra forskningsprojekter. Tager selvstændigt initiativ til at revidere og udarbejde diverse informationsmateriale. - Implementerer og evaluerer tiltag der optimerer patientinformation i overgange. - Tager selvstændigt initiativ til at implementere nye tiltag i relation til hospitalets IT-system samt medvirker til udvikling af systemet. - Tager initiativ til og har ansvar for at vejlede og undervise kolleger på et højt fagligt og evidensbaseret niveau. - Udvikler og evaluerer klinikens servicekultur.
Sociale kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> - Bidrager til en god gensidigt givende og konstruktiv relation til patient, pårørende og kolleger i eget afsnit. - Har forståelse for arbejdsmiljøets betydning for trivslen på afsnittet. Kender til arbejdsmiljø- og trivselsinitiativer. Deltager i det sociale arbejdsfællesskab. - Respekterer og anerkender forskelligheder og andre kulturer. Kender til fagets vision. - Forholder sig neutralt og ikke-optrappende i konfliktsituationer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tager initiativ til at skabe og fastholde respektfulde relationer til samarbejdspartner i hele organisationen og andre sektorer. - Arbejder aktivt på at forbedre arbejdsmiljø og trivsel. Tager ansvar for at udvikle det sociale arbejdsfællesskab og er inkluderende ift. kolleger. - Tager initiativ til at arbejde med og bidrage til fagets og organisationens normer, værdier og vision. Tager ansvar for at skabe en fordomsfri kultur. Er rollemodel på nogle områder. - Tager ansvar i problem- og konflikthåndtering. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tager selvstændigt ansvar for at fremme samarbejdsrelationer og forholder sig reflekterende til de interaktioner, der udspilles mellem relationer. - Arbejder målrettet og systematisk med arbejdsmiljø og trivsel via særlige funktionsområder. Diskuterer og implementerer tiltag, der fremmer det sociale arbejdsfællesskab. - Præger og udvikler fagets og organisationens kultur, normer, værdier og vision. Fungerer som rollemodel. - Udvikler og implementerer metoder til konflikthåndtering.
Læringskompetencer	<ul style="list-style-type: none"> - Er motiveret for at lære, og er ofte afhængig af vejledning til at identificere behov for yderligere kvalifikationer. Har kendskab til og deltager i læringsfora. Bidrager med teoretisk viden til praksisfællesskabet. - Holder sig orienteret om eget afsnit og opsøger på opfordring teoretisk viden om afsnittets sygepleje. - Har forståelse for teoretisk viden om sygepleje og behandling samt inddrager denne i mødet med patient/pårørende. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kan i høj grad identificere eget behov for opkvalificering og tager ansvar for at opnå dette. Motiverer andre til læring gennem undervisning og vejledning. Kan være vejleder for uddannelsessøgende. Tager initiativ til at fastholde et godt læringsmiljø. - Opsøger ny viden samt videreformidler denne viden til patienter, pårørende, kolleger og uddannelsessøgende. Søger under vejledning efter videnskabelig litteratur i databaser. - Reflekterer over ny læring, og argumenterer for denne i mødet med patient/pårørende. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tager kritisk stilling til egne, afsnittets og klinikens behov for yderligere opkvalificering, og tager ansvar for at udvikle og implementere læringsiltag. Forholder sig kritisk reflekterende over for oplæringer af nyansatte og uddannelsessøgende. - Tager selvstændigt ansvar for, at der søges efter den nyeste viden til afsnittet ansvar for at vejlede kolleger i simple litteratursøgninger efter videnskabelig litteratur i databaser. - Kritisk stillingtagen til ny læring og diskuterer alternative løsninger.
Udviklings- og forskningskompetencer	<ul style="list-style-type: none"> - Arbejder begyndende evidensbaseret og bidrager indirekte til udviklingen af sygeplejen ved at se på afsnittet med "friske øjne". - Deltager aktivt i Journal Club, sygeplejereflexion, monofaglige møder m.m. 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbejder i høj grad evidensbaseret i den daglige praksis og som f.eks. nøgleperson. Kan bidrage til udviklingen af sygeplejen igennem teoretisk og erfaringsbaseret viden. Deltager i delelementer af udviklings- og forskningsprojekter under vejledning f.eks. implementeringen af nye tiltag. - Holder på eget initiativ oplæg omkring sygeplejefaglige emner. Bidrager med klinisk viden til artikler. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tager ansvar for at udvikle sygeplejen, bl.a. ved at igangsætte og gennemføre udviklingsprojekter under vejledning samt deltage i forskningsprojekter. Bygger sit udviklingsarbejde på et dybdgående metodekendskab. Er nytænkende, kreativ og innovativ. - Præsenterer og holder oplæg på nationale og internationale konferencer. Tager initiativ til at skrive artikler.
Selvledelseskompetencer	<ul style="list-style-type: none"> - Har overblik over egne opgaver relateret til den ukomplicerede patient. - Skaber en god gensidigt givende og konstruktiv relation til patient, pårørende og kolleger. Opsøgende i kendskab til samarbejdspartnere og bidrager til samarbejdet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kan selvstændigt og på eget initiativ koordinere og prioritere egen og andres praksis. Har overblik over patientforløb i eget afsnit og kendskab til patientforløb uden for eget afsnit. - Medvirker til at udvikle og fastholde en respektfuld samarbejdskultur. Indgår i netværk på tværs af klinikken, centret og hospitalet. Arbejder rutineret, sikkert og selvstændigt med fælles mål og metoder i teamarbejdet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leder i høj grad til siden og opad. Har et særligt funktionsområde med delegeret ansvar. Kan overskue hele patientforløb på tværs af klinikker og sektorer. Varetager facilitatorrollen i implementeringsarbejde. - Tager selvstændigt initiativ til at etablere monofaglige, tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsrelationer. Indgår i og skaber nationale og internationale netværk.

ificke læringsområder samt lærings- og evalueringsmetode. Mål for uddannelsen er således defineret med udgangspunkt i kompetenceprofilen for den kompetente sygeplejerske. I forhold til den allerede kompetente sygeplejerske, der ønsker at dygtiggøre sig yderligere henimod det kyndige niveau, aftales et sådant uddannelsesforløb i samarbejde med nærmeste leder og klinisk sygeplejespecialist.

4. Kompetencekort

Kompetencekort er i udgangspunktet tænkt som et redskab til at understøtte en ensartet og struktureret oplæring og kompetenceudvikling opbygget om-

kring begreberne viden, færdigheder og kompetencer.

Der er udarbejdet otte specialespecifikke kompetencekort, der relaterer sig til den oftalmologiske, kliniske praksis i ambulatorier og sengeafsnit. For operationssygeplejerskerne er det besluttet, at de skal gennemgå de nationale kompetencekort for operationssygeplejersker uden

Figur 2. Visusmåling

Forudsætninger: Det er en forudsætning for at kunne gennemføre kompetencekortet tilfredsstillende at have viden om principperne for opbygning af visustavler og om udmåling af subjektiv refraktion på bachelorniveau. Viden om tilhørende litteratur og gældende instrukser, vejledninger og procedurer er en nødvendighed.

Målgruppe: Sundhedsprofessionelle (sygeplejerske, optometrist, optiker, sosu, ortoptist)

Mål: At sundhedsprofessionelle i ambulatoriet kan udmåle en visus på relevante afstande selvstændigt efter gældende instruks. At sundhedsprofessionelle er i stand til at reflektere over og vurdere resultatet fra udmålingen samt handle på evt. udfordringer under udmålingen og på fund, der kan give mistanke om f.eks. patologiske tilstande.

Evalueringsmetode: Struktureret observation og vurdering af den sundhedsprofessionelles færdigheder, viden og kompetencer, der kommer til udtryk i praksis og i den efterfølgende samtale med udgangspunkt i praksis. Nedenstående spørgsmål skal sikre en struktureret tilgang til observation og samtale.

Viden	Dato+initialer
Beskrive de grundlæggende principper for visusmåling og opbygningen af tavler til måling af visus på afstand og nær, herunder valg af optotyper (symboler, bogstaver osv.).	
Beskrive retningslinjer/instruksen for korrekt måling af visus i den almindelige undersøgelsessituation og ved udmåling efter protokol, hvis det er relevant.	
Beskrive overvejelser ved udfordringer i forbindelse med visusmåling. F.eks. opmærksomhed og synsmæssige problemstillinger/diagnose.	
Beskrive problemstillinger ved sammenligning af visus udmålt med forskellige tavler, f.eks. størrelse og genkendelighed af optotyper samt ved sammenligning mellem børne- og voksentavler.	
Færdigheder	
Sikrer korrekte lys- og arbejdsforhold samt patientposition.	
Medinddrager og tilskynder patient til det bedst mulige resultat.	
Måler visus med habituel korrektion, uden korrektion, med autorefraktormåling og med korrektion udmålt ved subjektiv eller objektiv refraktion efter behov.	
Anvender visustavler tilpasset alder/funktionsniveau og formål og tilpasser testafstande samt lys til dette.	
Udfører visusmåling efter gældende instruks (evt. protokol).	
Dokumenterer resultatet af visusmåling med korrekt notation og hensigtsmæssig placering i SP samt noterer, under hvilke forhold visus er fremkommet (hovedbevægelse, kniben, m.m.).	
Dokumenterer resultatet korrekt i forhold til afstande, brøker, decimaler, M-notation, punktnotation osv.	
Kompetencer	
Reflekterer over, om resultatet af visusmålingen er sammenlignelig med tidligere resultater (egne eller andres) eller om undersøgelsessituationen herunder valg af prøvetavler og afstande, typen af korrektion eller manglende korrektion kan gøre det mindre sammenligneligt.	
Reflekterer over mulige fejlkilder ved udmålingen herunder afstande, belysning, patologi og kvaliteten af samarbejdet mellem patient og optometrist/kooperationen.	
Reflekterer over relevant information til patienten i forbindelse med udmålingen.	
Reflekterer over, om det er relevant og muligt at udføre målingen.	
Reflekterer over, om der er tilkommet yderligere informationer fra patienten, der kan foranledige supplerende øjenundersøgelser eller andre undersøgelser.	

Figur 3a og 3b: Illustration af samtaleredskab hvor alle emner (Figur 3a) relateres til alle nøglekompetencer (Figur 3b).

operationserfaring (7). Det er nærmeste leders ansvar at vurdere, hvilke kompetencekort sygeplejersken skal gennemgå og i hvilken rækkefølge.

Se eksempel på kompetencekort til visusmåling (synsstyrke) i Figur 2.

5. Årsplan for undervisning af nyansatte

For at sikre tid til faglig fordybelse har vi udviklet en årsplan for undervisning af nyansatte sygeplejersker. Undervisningen fokuserer særligt på generel viden om det oftalmologiske speciale. Ligeledes er der fokus på refleksion, rehabilitering samt afsat tid til selvstudie.

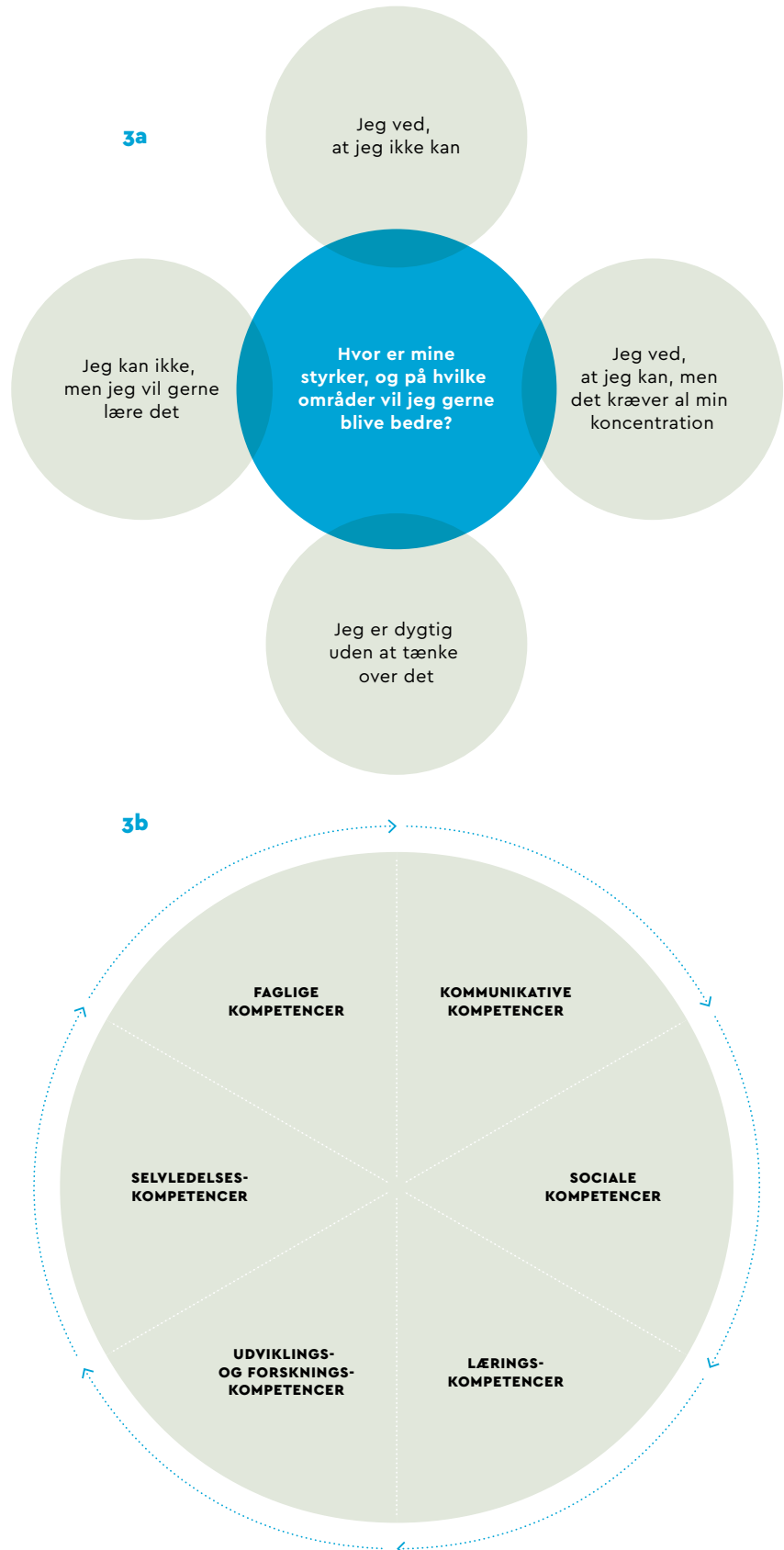
6. Skabelon til afholdelse af uddannelsessamtaler

For at sikre løbende fremdrift i medarbejderens kompetenceudvikling samt justere i forløbet ved behov er der indført uddannelsessamtaler. Dvs. at udover tremåneders-samtalen afholdes der en midtvejssamtale efter cirka 9 – 12 måneders ansættelse og en slutsamtale som afslutning på uddannelsesforløbet. Planlægning, afholdelse og opfølgning sker i et forpligtende samarbejde mellem leder og medarbejder.

7. MUS-koncept som et samlende element

Der er sat mange skibe i søen, og i en stor og kompleks organisation har der været behov for at finde et fixpunkt, der kunne fungere som et samlende element. MUS-samtalen blev et naturligt valg i denne sammenhæng, da det var et allerede eksisterende, kendt og tilbagevendende element. MUS-samtalen er derved blevet opkvalificeret ved udarbejdelse af et samtaleredskab, se Figur 3a og 3b, der sikrer, at samtalen berører en vurdering af alle seks kompetenceområder - også de områder, der erfaringsmæssigt har vist sig at være vanskeligt at berøre:

I Figur 4 er alle elementerne i program for kompetenceudvikling illustreret. Illustration skal ligeledes fremhæve, hvordan de enkelte elementer er forbundne og dermed gensidigt påvirker hinanden.

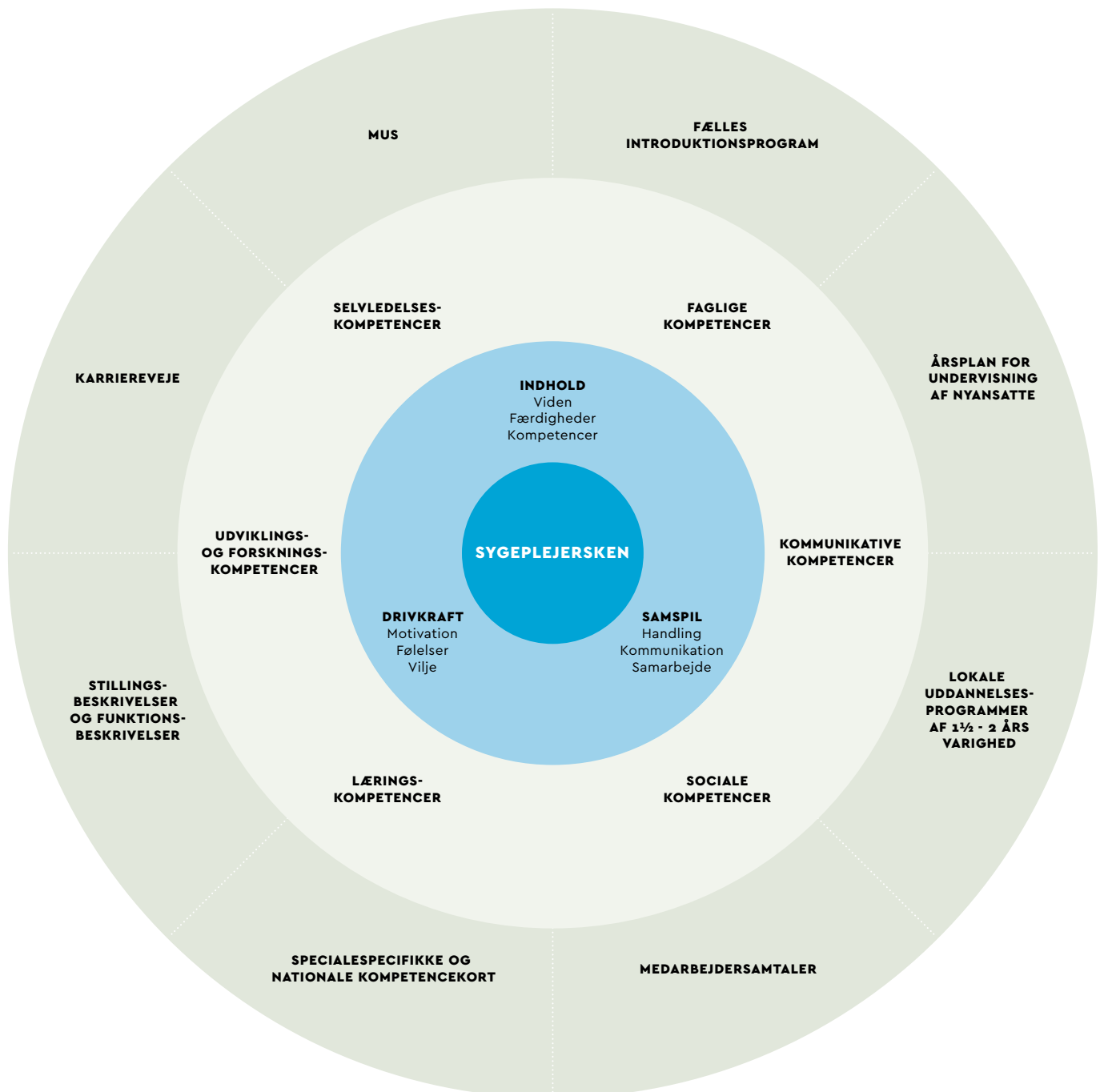


Enighed om væsentlige kompetenceområder

Der er i afdelingen opnået en enighed omkring seks væsentlige kompetenceområder for den oftalmologiske sygeplejerske, hvilket afspejles i stillingsbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og i MUS-samtalen. Der er ligeledes dannet et fælles grundlag for en systematisk og gennemsigtig kompetenceudvikling og synliggørelse af karriereveje.

I det oftalmologiske speciale kan fagligheden sættes under pres grundet et højt produktionskrav. Over tid kan det ses, hvordan kun det aller mest nødvendige løses. Gennem arbejdet med kompetenceudvikling er den kompleksitet, der

Figur 4. Illustration af det samlede program for kompetenceudvikling





Diskuter, hvilke kompetenceområder I synes ville være dækkende for jeres sygeplejepraksis.

Overvej, hvilken arbejdsproces i forhold til fokus på kompetenceudvikling og faglighed der ville være mest befordrende for jer.

Drøft, hvilken påvirkning en tydeliggørelse af ansvar og kompetenceniveauer kan have på arbejdsmiljøet.

er indeholdt i øjensygepleje til trods for organets størrelse på blot 7 gram, blevet tydeligere. Der har hele tiden eksisteret en enighed om et behov for sygeplejersker, som både mestrer synsundersøgelser og teknisk apparatur. Men ved at sætte fokus på kompetenceudvikling og faglighed er det blevet tydeligere, at den faglige kompetence ikke kan stå alene. Patienternes behov fordrer noget andet og mere, som skal afspejles i sygeplejerskens kompetencer. Dette mere har fået et sprog og et fodfæste, så argumenterne for at prioritere i en travl hverdag har bedre forudsætninger. Sygeplejerskerne har fået sat fokus på deres faglighed, og det er blevet tydeligt, hvad forudsætningerne er, for at man kan kaldes en kompetent sygeplejerske. Der er nu et fælles grundlag for en systematisk og gennemsigtig kompetenceudvikling og en synliggørelse af karriereveje.

Tovholdergruppen har haft et væsentligt mandat i forhold til påvirkning af processen, hvilket der både kan ses fordele og ulemper ved. Den dedikerede arbejdskraft, som tovholdergruppen har haft mulighed for at lægge i processen, har sikret fremdrift og reduceret påvirkning af driften. Dog har tovholdergruppen ligeledes påvirket til- og fravalg f.eks. i forhold til, hvem der har været involveret i processen, hvornår og på hvilken måde, samt valg af teoretisk perspektiv, hvilket kan have ekskluderet betydningsfulde indsigter. Ligeledes er arbejdet med kompetenceudvikling også en ledelsesmæssig og organisatorisk prioritering, der indebærer potentiel tilsidesættelse af øvrige relevante udviklingstiltag. At gennemføre et sådant projekt i en kompleks organisation i en foranderlig hverdag har krævet uundgåelige krumspring og løbende prioriteringer mellem formål, ressourcer, konkurrerende projekter og covid-19.

Implementeringen af kompetenceudviklingsprogrammet vil altid være i proces, og forankringen i hverdagen vil være et løbende opmærksomhedspunkt. Uanset hvor god en strategi eller et program er, kan det ikke implementeres, medmindre formidlingen er klar, forståelig og meningsfuld for den konkrete praksis. Konklusionen er, at arbejdet med kompetenceudvikling og tydelig vægt på fagligheden kan være med til at skabe en faglig stolthed, som giver energi og styrke. ●

Referencer

1. Langelaa M, Boer MR, Nispen RMA et.al. *Impact of visual impairment on quality of life: a comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions.* *Ophthalmic Epidemiology.* 2007;14(3):119-26 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17613846/>
2. Retsinformation. *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje.* Findes på: <file:///C:/Users/nped0024/Downloads/B20160080405.pdf> Besøgt 15.06.22.
3. REGIONH-Rigshospitalet. *Model for værdibaseret sundhed i Region Hovedstaden.* Findes på: <https://www.regionh.dk/politik/politiske-udvalg-og-fora/Oevrige-politiske-fora/udvalget-for-vaerdibaseret-styring/Documents/20186%20v%C3%A6rdibaseret%20sundhed%20i%20region%20hovedstaden.pdf> Besøgt 15.06.22.
4. REGIONH – Rigshospitalet. *Stillingsstrukturer og karriereveje på Rigshospitalet.* Findes på: <https://intranet.regionh.dk/rh/personale/min-ans%C3%A6ttelse/medarbejderpolitik/Sider/stillingsstrukturer-karriereveje-rigshospitalet.aspx?rhKeywords=stillingsstrukturer+og+karriereveje> Besøgt 15.06.22.
5. Benner P. *Fra novice til ekspert. Mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis.* 1. udgave: Munksgaard; 1995.
6. Undervisningsministeriet, *Afdelingen for erhvervsrettet voksenuddannelse. Det Nationale Kompetenceregnskab.* 2005. Findes på: <http://static.uvm.dk/publikationer/2005/nkrrapport/index.html> Besøgt 14.06.22.
7. Fagligt Selskab for Operationssygeplejersker. *De nationale Kompetencekort for nyansatte operationssygeplejersker uden operationserfaring.* Findes på: https://dsr.dk/sites/default/files/2083/national_kompetencekort_-_operationssygeplejersker_uden_operationserfaring_gaeldende_4.pdf Besøgt 29.06.22.
8. Uddannelses- og Forskningsministeriet. *Kvalifikationsrammen for Livslang Læring.* Findes på: <https://ufm.dk/uddannelse/anerkendelse-og-dokumentation/dokumentation/kvalifikationsrammer> Besøgt 29.06.22.
9. Illeris, K. *Kompetence – hvad, hvorfor, hvordan?* 1. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2011.

Afdeling for Øjensygdommes 'Program for kompetenceudvikling af sygeplejersker og optometristere' kan rekvireres ved kontakt til forfatterne.

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.



CECILIE MARIE SCHMIDT THØGERSEN

Cand.psych., ph.d.-studerende ved Aalborg Universitet. Ansat som psykolog på Neurocenter Østerskoven, Region Nordjylland,

ceciliemst@ikp.aau.dk



CHARLOTTE GLINTBORG

Cand.pæd.psych, ph.d. i psykologi. Lektor i rehabiliteringspsykologi på Aalborg Universitet.



METTE RYSSEL BYSTRUP

Cand.pæd.soc., ph.d. Ansat som ungementor, Regionshospitalet Hammel Neurocenter.

Miskendt sorg hos pårørende - behov for nye perspektiver

Sorgreaktioner hos pårørende i rehabiliteringsforløb er et overset fænomen. Forskning viser nye perspektiver på, hvordan fagprofessionelle kan møde pårørende.

At blive pårørende til en person med erhvervet hjerneskade er en kæmpe ufrivillig livsomvæltning og ofte et stort traume. Vante hverdagsrutiner ændres markant, og pludselig åbner sig en for mange ny

RESUME

Aktuelle forskningsresultater giver nye perspektiver på, hvordan fagprofessionelle bedst muligt møder pårørende i rehabilitering.

En erhvervet hjerneskade rammer hele netværket omkring den ramte. Ikke bare den hjerneskaderamte men også de pårørende, som pludselig befinder sig i en ny situation.

Det har længe været kendt, at pårørende ofte oplever symptomer på f.eks. angst og depression. Med afsæt i nye forskningsperspektiver er der behov for et øget fokus på sorg blandt pårørende samt en mere dynamisk forståelse af begrebet pårørende. Det fører til et behov for at gå fra et individ- og problemorienteret fokus til et mere dynamisk og helhedsorienteret fokus.

og ukendt verden. Indkøb, vasketøj og rengøring er ikke bare skiftet ud med lange dage på hospitalet, vigtige samtaler og søvnløse nætter med bekymringer – nej, det kommer alt sammen oveni varetagelse af den ramtes tidligere daglige opgaver. Pludselig er man som pårørende ansvarlig for det hele i tillæg med, at ens nærmeste er alvorligt ramt, og man selv er i krise. Derfor er det naturligt, at mange pårørende oplever det som en stor byrde og generelt har det svært.

Inden for den psykologiske forskning har det længe været anerkendt, at positionen som pårørende er udsat, og forskning viser også, at pårørende ofte oplever symptomer på f.eks. depression og angst (1). Men fokus bør udvides, så der også er opmærksomhed på, at mange oplever sorg som følge af de mange tab, som hjerneskaden fører med sig. Sorg, som ofte er miskendt, altså ikke er socialt anerkendt og derfor risikerer ikke at få plads.

I praksis ses pårørende primært som en ressource for personen i rehabilitering, men her ser vi også et skifte i fokus, hvor der er en større opmærksomhed på de pårørendes egne behov. Rehabiliteringsforløb kan være langvarige og kan i sig selv udgøre en belastning for den pårørendes egen sundhed og hverdag.

I den psykologiske forskning udforskes, hvem pårørende egentlig er, hvilke udfordringer pårørende oplever, og hvordan vi som fagprofessionelle bedst muligt støtter dem. I en hvidbog om rehabilitering, der blev udgivet i marts 2022, defineres pårørende som personer, den ramte har en særlig relation med og tillid til. Som udgangspunkt er det personen selv, der definerer, hvem de pårørende er, og der arbejdes med begrebet "det selvvalgte netværk".

I denne artikel vil vi med afsæt i nye forskningsperspektiver samt en dynamisk forståelse af begrebet pårørende diskutere, hvordan fagprofessionelle kan møde pårørende og deres sorg på nye måder.

Pårørendes miskendte sorg

En erhvervet hjerneskade medfører mange forandringer og tab både for den ramte og i høj grad også for de pårørende. Det kan f.eks. være tab af funktions-evne, positioner eller muligheder. Endvidere risikerer de nærmeste pårørende, at deres eget netværk mindskes, så der er færre mennesker omkring dem til at støtte i det svære, de gennemgår (2).

Nogle pårørende oplever også det, som inden for psykologien kaldes ambivalente tab. Ambivalente tab er forbundet med mange modsatrettede følelser og er ofte miskendt i samfundet. For pårørende til personer med erhvervet hjerneskade er det f.eks. tab i forbindelse med, at den ramte ændrer person-

lighed. Det kan være små personlighedsforandringer men også store personlighedsforandringer i form af psykosocial død.

Den naturlige reaktion på oplevelsen af tab er sorg. Men sorg kan have mange sammenfald med depression, hvilket tidligere forskning har peget på som værende udbredt hos pårørende. Det er dog vigtigt at huske, at det ikke er det samme. Sorg er en naturlig selvreguleringsproces, som kan være meget forskellig fra person til person og i forskellige situationer. Derfor har vi undersøgt oplevelsen af sorg hos pårørende ægtefæller (3).

Ægtefællers oplevelse af sorg

Pårørende ægtefæller oplever sorg som følge af tab efter erhvervet hjerneskade. Men oplevelsen af sorg påvirkes af egne og samfundets opfattelse af sorg (4). Når sorgen ikke anerkendes og valideres, betegnes den som miskendt sorg. Miskendt sorg opstår som følge af tab, der ikke er socialt anerkendt, og der er derfor ikke klare sociale forventninger til sorgen og dens udtryk.

Sorgen kræver et vidne for at være en sorg, et vidne som kan bekræfte tabet (5). Sorg kan også opleves ambivalent. Boss (1999) taler om ambivalent sorg, når man opfatter sin nærmeste som fraværende, selvom personen er fysisk til stede (f.eks. pårørende til personer med demens). Hvis tabene, personen oplever, ikke er socialt og kulturelt accepterede, som det ofte gør sig gældende ved ambivalente tab, er der ikke vidner til at bekræfte tabet, og de pårørende vil derfor have svært ved at vide, om de kan forstå deres reaktion som sorg.

Når sorgen er miskendt i samfundet, resulterer dette ofte i, at pårørende føler, at deres sorgoplevelse er forkert. De oplever ikke, at de har ret til at føle sorg, og nogle oplever en social forventning om, at de skal være taknemmelige for fortsat at have den ramte i live. De pårørende risikerer således at opleve følelsesmæssig ensomhed og manglende anerkendelse af deres svære følelser, hvilket kan være en byrde for dem. De har brug for at blive anerkendt som en del af en sørgende gruppe og dermed få plads og ret til den sorg, de oplever.

Nogle har endvidere brug for professionel støtte, men først og fremmest har de brug for anerkendelse af deres oplevede sorg og en guidning i, hvordan de bedst muligt agerer i deres rolle som pårørende, men samtidig har plads til sorgreaktionen. Fagprofessionelle spiller en afgørende rolle i normaliseringen og valideringen af pårørendes oplevelser, f.eks. pårørendes sorg.

Rehabiliteringspsykologiens bidrag

Rehabiliteringspsykologien adresserer de psykosociale dimensioner. Feltet er nært beslægtet med neuropsykologi og sundhedspsykologi, men adskiller sig dog på en række områder og udgør derfor et selvstændigt speciale og defineres som:

"Rehabiliteringspsykologi er et specialområde inden for psykologien, som fokuserer på studiet og anvendelsen af psykologisk viden og kompetencer i relation til personer med en funktionsevnedækkelse eller med kroniske sygdomme. Formålet er at fremme sundhed og velvære, uafhængighed og valg, funkti-

onsevne og social deltagelse i løbet af personens liv.” (American Psychological Association, 2015, egen oversættelse).

Rehabiliteringspsykologers opgave er at tilbyde støttende samtaleforløb til sygdomsramte eller pårørende i krisetilstande og transitioner og trækker på almenpsykologiske teorier. Rehabiliteringspsykologiske teorier kan med fordel anvendes af alle relevante fagpersoner i den interdisciplinære rehabilitering.

Fokus på de psykologiske aspekter af rehabiliteringen kan f.eks. øges ved:

- at give pårørende rum til at fortælle, hvordan de oplever situationen, og hvordan de selv har det.
- at inddrage hele familien og spørge ind til, hvordan sygdommen opleves, og hvordan den påvirker dem.

Undervisning og normalisering af krisereaktioner i forbindelse med funktionsevnenedsættelser bør være en integreret del af rehabiliteringen. Desværre modtager personer, der rammes af sygdom eller funktionsevnenedsættelse, og deres pårørende ofte lidt eller ingen information om de psykosociale reaktioner, de kan få.

Pårørende set i nye perspektiver

Pårørende har de seneste år vundet øget indpas på den sundhedsfaglige og politiske dagsorden. Betegnelsen kan umiddelbart antyde en bestemt og given størrelse. Her ser vi en favorisering af blodsband og juridiske bånd, der kan fungere som et hierarki og med risiko for at (andre) betydningsfulde relationer for den skaderamte kommer ud på sidelinjen (6). Konsekvensen heraf bliver, at nogle pårørende i højere grad er omkring den ramte og dermed har en tættere kontakt til de fagprofessionelle, mens andre er overladt mere til sig selv i deres sorgproces. Men der er ikke nødvendigvis lighedstegn mellem dem, der er tættest på, og dem der har brug for mest støtte i deres sorgproces. Oplevelsen af sorg er et komplekst samspil af mange faktorer, lige så vel som håndtering af en sådan sorgproces vil være forskellig fra person til person. Derfor er der brug for nuancerede forståelser af sorg, og hvilke konsekvenser oplevelsen af sorg har for den pårørendes liv, ligesom en opmærksomhed på at sorg er foranderlig over tid.

Et dynamisk perspektiv

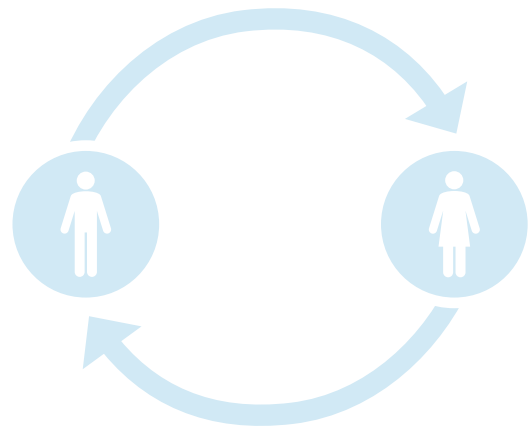
De nærmeste pårørende udpeges traditionelt i begyndelsen af et rehabiliteringsforløb og betragtes derefter som en statisk størrelse. Dog viser et nyere studie omhandlende unge med en svær erhvervet hjerneskade, at pårørende i højere grad bør betragtes i en bredere forståelse og som en dynamisk størrelse, der ændrer sig over tid i et langt rehabiliteringsforløb (6).

Dette er i kontrast til en praksis, hvor der er tradition for, at fagprofessionelle forholder sig til et forholdsvis lille antal pårørende, og at samarbejdet fortsættes med de pårørende, som hospitalet allerede har etableret et samarbejde med, af de næste institutioner i rehabiliteringsforløbet. Tilmed viser studiet, at antallet af pårørende, der samarbejdes med, reduceres igen-

Figur 1. Dyadisk coping

Hvad er dyadisk coping?

- De forskellige måder, som par interagerer på, når de håndterer stress
- Indbyrdes afhængighed og gensidige påvirkninger i parforhold
- Coping-proces, hvor begge kan være afsender og modtager af støtte
- Stress påvirker begge par



nem et rehabiliteringsforløb. I kontrast hertil angiver de skaderamte et noget større antal betydningsfulde sociale relationer i deres liv både før skaden og under rehabiliteringsforløbet.

Fokuser på ny tilgang til rehabiliteringen

Den nye definition af rehabilitering kalder endvidere på et mere dyadisk perspektiv (Dyadisk: "som involverer to enheder og vedrører deres indbyrdes forhold"). Vi skal sikre, at involveringen af pårørende ikke beror på en videreførelse af et individfokus, men at vi i højere grad tillægger en mere dyadisk tilgang på hele rehabiliteringen. På baggrund af sorgforskningen tyder det på, at dyadisk coping støtter en naturlig sorg proces (4), se Figur 1 på foregående side.

Endvidere viser et casestudie om posttraumatisk vækst (PTV) hos par efter erhvervet hjerneskade, at dyadisk coping støtter parrets håndtering af krisen (7). Med udgangspunkt i argumenterne fra det dynamiske perspektiv på pårørende skal der ikke blot fokuseres på dyaden mellem den ramte og dennes partner, men også tænkes i et netværksperspektiv på relationer. Det er meget begrænset med tilbud til ramte og pårørende, som tillægger et dyadisk perspektiv eller netværksperspektiv, men to nyligt afprøvede indsatser viser, at f.eks. parsamtaler som en del af rehabiliteringen og faciliteret af terapeuter giver parret plads til at tale sammen og få en mere dyadisk tilgang til rehabiliteringen. Samtalerne gav deltagerne en større tryghed og mindsket følelsesmæssig ensomhed (8). En anden indsats er 'Familie Intervention efter Traumatisk Skade' (FITS). FITS er en mentaliseret intervention, som tager udgangspunkt i at støtte hele familien omkring den ramte. Indsatsen bliver aktuelt afprøvet i et randomiseret kontrolleret studie i Videnscenter for Neurorehabilitering (9).

Savner samtaler om den svære situation

Til trods for en stigende opmærksomhed på både at inddrage pårørende og tilbyde indsatser målrettet pårørendes egne behov sker dette fortsat ikke systematisk. En nyligt national brugertilfredshedsundersøgelse på hjerneskadeområdet, 'Indtryk & Udtryk', viste, at pårørende savnede samtaler om den svære livssituation, de står i, og ligeledes ikke oplevede, at de blev tilstrækkeligt inddraget (10). Årsagerne til, at pårørende fortsat ikke tilbydes indsatser adresseret til deres behov eller inddrages tilstrækkeligt, vidner om et svært skifte i praksiskultur. Historisk har rehabilitering fokuseret på fysisk genoptræning efter krigsskader hos den, der rammes af skader eller sygdom, og har ikke

inkluderet pårørende/netværket. Endvidere er der politisk og ledelsesmæssigt fokus på at vise effekt af indsatser og målstyring, hvor mål angående fysiske evner i retning af f.eks. at blive selvhjulpne, har overvægt. Derudover kan professionelle have berøringsangst i forhold til følelsesmæssige faktorer, fordi der kan mangle faglige og personlige kompetencer til at inddrage og handle på psykosociale faktorer. Fagprofessionologikker kan præge generel praksis i en biomekanisk retning, hvor patient- eller pårørendeinddragelse bliver teknologiorienteret med fokus på procedurer og retningslinjer. Oplevelser af hverdagen med sygdom og viden om, hvordan de ramte og deres pårørende har det og håndterer situationen, levnes meget lidt plads. En forandret praksis kræver andre spørgsmål fra professionelle, end "hvordan går det", der udelukkende spørger til funktionalitet, til spørgsmål "hvordan opleves det for dig", der berører oplevelsen af at leve med sygdom, og hvordan det påvirker identiteten for den enkelte såvel som for de pårørende og hele familien.

Brug for nye indsatser og perspektiver

Med udgangspunkt i de præsenterede perspektiver på pårørendebegrebet vil vi argumentere for, at der ikke blot er brug for nye indsatser i mødet med pårørende men også nye perspektiver. Et kulturskifte i praksis. Fra et individ- og problemorienteret fokus til et dynamisk og helhedsorienteret fokus. Som fagprofessionelle skal vi ikke blot møde pårørende som en ressource i rehabiliteringen, det er nødvendigt, at vi anerkender betydningen af et større netværk omkring de ramte og opfatter dem som en dynamisk størrelse, der indeholder forskellige behov, som ændres over tid. Alle faggrupper i rehabiliteringen har et ansvar for at se det hele menneske og derved anerkende og give rum til de psykosociale aspekter i forbindelse med rehabilitering. Det kræver selvfølgelig kompetencer af den enkelte, men vigtigst er evnen til at se mennesket, man står overfor, og møde den enkelte i dennes behov. Der er altså tale om et kulturskifte, hvor det f.eks. må prioriteres at spørge, "hvordan har du det?", fremfor "hvordan går det?" Et kulturskifte, hvor der er plads til den oplevelse, som pårørende har lige nu, både når det handler om sorg og når det handler om f.eks. oplevelse af posttraumatisk vækst.

Fagprofessionelle spiller en afgørende rolle i normaliseringen og valideringen af pårørendes oplevelser, f.eks. pårørendes sorg. Det er derfor vigtigt, at fagprofessionelle forstår forskellighedstetheden og det dynamiske omkring pårørende og deres krisereaktioner i forbindelse med erhvervet hjerneskade for bedst muligt at kunne møde dem, der hvor de er. Mere konkret kan det siges, at fagprofessionelle skal kunne være i de svære samtaler, hvor det ikke handler om at lette byrden og lidelsen for den pårørende men bidrage med anerkendelsen og valideringen. At være i det svære sammen, at være vidnet, som bekræfter tabet. Det gælder ikke kun for pårørende af blodsband og juridiske bånd, men relationer i en bredere forståelse. ●



Referencer

1. Norup A, Welling KL, Qvist J, Siert L & Mortensen EL. Depression, anxiety and quality-of-life among relatives of patients with severe brain injury: the acute phase. *Brain injury* 2012, 26(10), 1192-1200. **2.** Bystrup MR, Hindhede AL. Conversion of Social Capital in the Rehabilitation Process of Adolescents after an Acquired Brain Injury. In Harsløf I, Poulsen I, Larsen K, editors, *New Dynamics of Disability and Rehabilitation: Interdisciplinary Perspectives*. 1 ed. Palgrave Macmillan. 2019. p. 195-223 https://doi.org/10.1007/978-981-13-7346-6_9 **3.** Thøgersen CMS & Glintborg C. Ambiguous loss and disenfranchised grief among spouses of brain injury survivors. *Nordic Psychology*, 2022;74:1,16-29. <https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1862699> **4.** Thøgersen CMS, Glintborg C. Miskendt sorg hos pårørende partnere til personer med en erhvervet hjerneskade. *Nordiske Ud-kast* 2021, 49(2), 34. http://nordiskeudkast.dk/?page_id=411 **5.** Boss, P. (1999) *Ambiguous Loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press. **6.** Bystrup MR, Hindhede AL, Larsen K, Pallesen H, Aadal L. Who are Relatives? - Perceptions of Relatives During the Rehabilitation of Young Adults with a Severe Acquired Brain Injury. *Disability and Rehabilitation*. 2021. **7.** Glintborg C, Thøgersen CMS. "We got a second chance" Couple narratives after being affected by an acquired brain injury. I Glintborg C. & de la Mata M. editor. *Identity Construction and Ill-ness Narratives in Persons with Disabilities* Routledge. 2020. <https://doi.org/10.4324/9781003021612-4> **8.** Thøgersen CMS, Neergaard CK, Back LB, Nielsen PL & Glintborg C. At finde hinanden igen: En kvalitativ undersøgelse af pars oplevelser af parsamtaler. *Psyke & Logos*, 2022;42(2), 107-24. **9.** Soendergaard PL, Wolffbrandt MM, Biering-Sørensen F. et al. A manual-based family intervention for families living with the consequences of traumatic injury to the brain or spinal cord: a study protocol of a randomized controlled trial. *Trials* 20, 646;2019. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3794-5> **10.** Glintborg C, Odgaard L. (2021) INDTRYK & UDTRYK - tilfredshedsundersøgelse efter hjerne-skade. **En uddybet litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.**

Hvordan kan professionelle normalisere og anerkende den sorg, pårørende kan opleve?

Hvordan kan vi favne en bredere gruppe af pårørende og deres forskelligartede tilhørende sorgreaktioner og -processer i rehabiliteringen?

Hvordan kan professionelle, pårørende og ramte indgå i partnerskab i rehabiliteringen med plads til pårørendes behov?

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.



SOFIE KB RASMUSSEN

Cand.mag. i sundhedsfremme og pædagogik, videnskabelig assistent på Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse.

sraso431@regionh.dk



CHARLOTTA PISINGER

Læge, ph.d., professor i tobaksforebyggelse ved Københavns Universitet og adjungeret professor ved Syddansk Universitet, MPH.




LOTTE THERKILDSEN

Sygeplejerske, rygestopinstruktør, diplom i sundhedsfremme og forebyggelse på UCSJ, erhvervspædagogikum, projektlederuddannelse, studerer til sundhedsfaglig kandidat på Syddansk Universitet.

Sundhedssektoren forsømmer de rygende patienter

Evaluering viser, at kun ca. 1 pct. af alle de rygende patienter på Region Hovedstadens hospitaler bliver henvist til kommunalt rygestoptilbud.

 I Danmark er der ca. 13.600 tobaksrelaterede dødsfald årligt (1). Det svarer til, at rygning er årsag til hvert fjerde dødsfald. Rygning er den sundhedsrisikofaktor, som har størst betydning for sygdom og dødelighed i Danmark med nettoomkostninger til behandling og pleje på 3,4 mia. kr. om året (1-3).

I 2021 røg 18 pct. af den voksne befolkning dagligt eller lejlighedsvist (4). Undersøgelser har vist, at tre ud af fire danske borgere, som ryger, angiver, at de ønsker at stoppe, og 40 pct. ønsker hjælp til rygestop (5).

Der er meget store helbredsgevinster ved rygestop, og rygestoptilbud er yderst omkostnings-effektive (6). Vi ved, hvad der virker;





RESUME

Rygestopindsatser i sundhedssektoren er voldsomt underprioriteret, selvom størstedelen af danske rygere ønsker at stoppe. Perspektiver og resultater fra en evaluering af den særlige henvisningsmetode (VBA-metoden) til kommunal tobaksforebyggelse på Region Hovedstadens hospitaler kommer til samme konklusion.

Selvom der i de seneste år er sket en fordobling i antal henvisninger fra hospitalerne til kommunal rygestoprådgivning, er det kun en brøkdel af de rygende patienter, som henvises. I gennemsnit henviser hospitalerne i Region Hovedstaden færre end tre patienter om ugen.

Der er generelt manglende viden om mulighederne for henvisning til kommunal rygestopstøtte blandt de sundhedsprofessionelle på hospitalerne. Viden om positive effekter ved sygdoms- og behandlingsforløb, lavere risiko for genindlæggelser og muligheder for gratis rygestopstøtte hos kommunerne skal udbredes på hospitalerne. Sundhedsprofessionelle skal have de rigtige kompetencer og viden til at rådgive og henvise, så rygestopindsatsen ses som en af de vigtigste sygdomsforebyggelige risikofaktorer i Danmark.

rygestopraten øges drastisk, når den rygende borger får evidensbaseret støtte til at holde op med at ryge i form af rygestoprådgivningsforløb kombineret med rygestopmedicin.

Til trods for, at størstedelen af de rygende borgere i Danmark ønsker at stoppe, og alle danske kommuner tilbyder gratis høj kvalitets evidensbaseret rygestoprådgivning, er der få rygere, som benytter sig af tilbuddet, og mange kommuner har svært ved at rekruttere rygere.

Et rygestop kan have en lige så positiv virkning på en patients sygdomsudfald som eksempelvis medicin. Derfor bør alle patienter, som ryger, tilbydes optimal rygestopstøtte, f.eks. ved at alle sundhedsprofessionelle i mødet med patienten gør opmærksom på muligheden for kommunale rygestoprådgivningsforløb og henviser til en samtale med rygestoprådgiver, hvis patienten ønsker det.

Uanset hvornår man holder op med at ryge, vil der være helbredsgevinster ved et rygestop – også selvom man er blevet syg. En person, som stopper med at ryge som 30-årig, vil genvinde næsten 10 le-

veår, og en 60-årig, som stopper med at ryge, vil genvinde omkring 3 år. For patienter, som ryger, er der særligt hurtige helbredsgevinster, der har positiv effekt på sygdomsforløbet. Eksempelvis vil et rygestop efter et hjerteanfald reducere chancen for at få et nyt hjerteanfald med 50 pct. (7), og et rygestop vil forlænge den kræftsyges patients levetid (8), se Boks 1.

VBA – den korte rygestopsamtale

Der er udviklet mange forskellige metoder til at tale om rygning og rygestop med en patient. Den mest benyttede samtale på hospitalerne har hidtil været den korte rygestopsamtale, der tager nogle få minutter og rummer opfordring til rygestop, oplysninger om helbredsskade og/eller helbredsfordele ved rygestop (11). VBA er ikke en rygestopsamtale, men en ikke-konfronterende hurtig henvisningsmetode. Metoden er udviklet til frontmedarbejdere, som via deres arbejde møder borgere, som ryger. Ved hjælp af tre enkle trin (spørg, oplys og henvis) afklares det, om en patient, som ryger, ønsker at blive kontaktet af en rygestoprådgiver, se Figur 1. Henvisningssamtalen tager ca. 30 sekunder og beskrives som en kort opportunistisk intervention designet til at kunne benyttes i næsten alle møder med en rygende patient (12, 13).

VBA bygger på, at rådgivning om effekten af rygestopstøtte kombineret med henvisning til en rygestoprådgiver kan være den udløser, der får rygere

Boks 1. Oversigt over helbredsgevinster ved rygestop over tid

Tid efter rygestoppet	Helbredsgevinst
20 minutter	Fald i puls og blodtryk
12 timer	Kulilteniveauet i blodet falder til det normale
1 døgn	Risikoen for blodpropper er mindsket
2-12 uger	Forbedring af kredsløb og lungefunktion øges
3-12 måneder	Frugtbarheden bedres Hoste og åndenød aftager
1 år	Risiko for koronar hjertesygdom halveres
5 år	Risiko for slagtilfælde er den samme som en person der ikke ryger 5-15 år efter rygestop
10 år	Risiko for lungekræft halveres, og risiko for kræft i mund, svælg, spiserør, blære, livmoderhals og bugspytkirtel falder
15 år	Risiko for koronar hjertesygdom er den samme for en person der ikke ryger

Kilde: 7,9



til at påbegynde et rygestop. Da mange forveksler VBA-samtalen med korte rygestopsamtaler, er det vigtigt at fremhæve, at der ved VBA

- ikke spørges ind til patientens tanker om eller motivation for rygestop
- ikke oplyses om helbredskonsekvenser ved rygning
- ikke oplyses om fordele ved rygestop
- ikke direkte opfordres til rygestop.

Ingen rygende patient skal føle skyld

Der gives blot et tilbud om støtte. Tanken er, at risikoen for, at den rygende patient føler skyld og behov for at forsvare sin rygning dermed mindskes. Rygestoprådgiveren, som siden kontakter den rygende borger, er trænet i og har bedre tid til den motiverende samtale og afdækning af borgerens behov for og ønsker til rygestopstøtte. For at understøtte kommunernes rygestopindsatser blev det med 'Plan for en styrkelse af forebyggelsesområdet i Region Hovedstaden' besluttet, at hospitalerne systematisk skal opspore og henvise borgere til kommunale rygestoptilbud, og at rygestopindsatsen på hospitalerne skal tage udgangspunkt i VBA-henvisningsmetoden. VBA-metoden blev derfor implementeret på alle hospitaler i Region Hovedstaden pr. 1. januar 2020. VBA-metoden benyttes også på sygehuse i Region Sjælland og Syddanmark.

Evaluering af rygestopintervention efter VBA-metoden

Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium gennemførte i 2021 en evaluering af implementeringen af VBA (Very Brief Advice)-metoden i Region Hovedstaden. Formålet med evalueringen var at undersøge, hvor godt VBA var blevet implementeret på hospitalerne i perioden 1. januar 2020 - 31. december 2022, og hvad der skete i kommunerne efter henvisningen af de rygende patienter.

Resultaterne blev i maj 2022 udgivet i en omfattende rapport (10).

Rygestopindsatser er underprioriterede

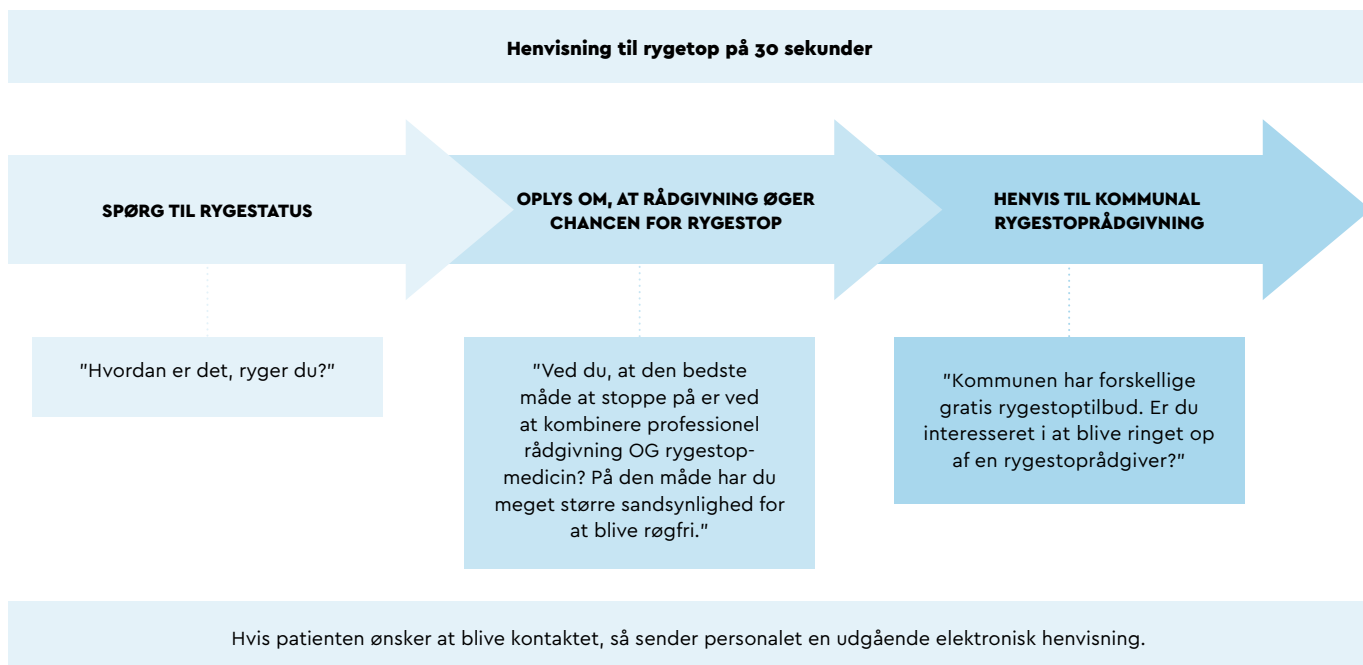
Selvom VBA-metoden beskrives som "relativ let" at implementere i travle arbejds-gange (13), og der er stærk evidens for, at en hvilken som helst samtale om rygestop udført af en sundhedsprofessionel har en effekt på patientens rygestop, har rygestopindsatser altid været underprioriteret på hospitalerne.

Implementeringen af planlagte indsatser er typisk mangelfulde (6,14). Evaluering af implementeringen af VBA på Region Hovedstadens hospitaler viser, at størstedelen af de sundhedsprofessionelle ikke har kendskab til VBA, og kun en tredjedel af de sundhedsprofessionelle, som kender til VBA-metoden, bruger den rutinemæssigt i mødet med rygende patienter (10).

Evalueringen af implementeringen af VBA-metoden i Region Hovedstaden fandt desuden, at

- selvom der på to år er sket næsten en fordobling i antal henvisninger fra

Figur 1. VBA-metoden



hospitalerne til kommunal rygestoprådgivning, er det kun en brøkdel af de rygende borgere, som henvises. I gennemsnit henviser hvert hospital færre end tre patienter om ugen, og mange afdelinger henviser aktuelt næsten ikke til kommunal rygestoprådgivning.

- belastning af hospitalerne pga. covid-19-krisen, personale manglen og sygeplejerskestrejken ikke umiddelbart så ud til at have påvirket brugen af VBA-metoden, og det faktum, at de aller fleste ansatte slet ikke kender VBA-metoden, tyder på, at det er selve implementeringen, der ikke er lykkedes efter hensigten.
- det er enkelte afdelinger og hospitaler, som har haft fokus på rygestopindsatser, og som har gjort en ekstra indsats i forbindelse med implementeringen, der står for de aller fleste henvisninger til kommunal rygestoprådgivning.
- erfaringer viser, at hvis der investeres i et tæt samarbejde mellem hospitalsafdelinger og kommunen, og hvis VBA-metoden prioriteres og sundhedspersonalet oplæres, så er god implementering mulig på hospitalsafdelingerne, og det resulterer i en stor stigning i antal henvisninger.
- samarbejdet omkring VBA fungerer rigtig godt i kommunerne, der hurtigt ringer de henviste borgere op og får fat i de fleste, hvorefter størstedelen af borgerne takker ja til at få støtte til rygestop, f.eks. på de kommunale rygestophold.
- knap halvdelen af kommunerne oplyser, at de ikke har oplevet, at implementeringen af VBA-metoden har været en hjælp i deres rygestoparbejde, formodentlig fordi de ikke har oplevet en stigning i antal af henviste rygende borgere til deres kommune.

Manglende retningslinjer og arbejdsgange

Selvom Region Hovedstaden tilbød sparring og hjælp til implementeringen, valgte de fleste hospitaler at stå for implementeringen selv. Det har betydet, at der på tværs af hospitalerne ikke har været fælles klare retningslinjer for effektiv implementering eller arbejdsgange. Der har ligeledes ikke

været ensrettede aftaler eller fokus på opfølgning og fastholdelse i implementeringen og brugen af metoden, og afdelingerne er ikke blevet målt eller belønnet på graden af rygestopaktiviteter.

Kendskab til metoden og betydning af rygning

Det er typisk på hjerte-lungeafdelingerne, som i forvejen taler med patienterne om rygning, der har kendskab til VBA og bruger metoden i deres daglige arbejde. Blandt ansatte med kendskab til VBA-metoden er der mange, som fravælger at bruge den. Årsagerne til fravalg er mange, men kan overordnet inddeles i en gruppe af sundhedsprofessionelle, som ikke er opmærksomme på betydningen af rygning som årsag til patienternes sygdom eller prognose og dermed ikke mener, at rygestop er værd at prioritere, og så dem der mener, at VBA-metoden ikke er tilstrækkelig eller er utilfredsstillende i mødet med den rygende patient.

”Selve metoden er positiv, fordi den ingen tid tager, men samtidig er det også barrieren. Det, der gør det svært, er at sygeplejerskerne er så fokuserede på, at det kun er de [3] korte spørgsmål, de må stille, og ikke vejlede.” (Sygeplejerske).

”Hvis nogen sidder og griner lidt og svarer, at de ryger i festligt lag, så går jeg ikke mere ind i det, hvis jeg skal være helt ærlig. Det gør jeg ikke.” (Sygeplejerske).

VBA-metodens utilstrækkelighed

Fordi VBA-metoden ikke går dybere ind i samtalen om rygestop med patienten, kan metoden i nogle situationer være en god måde at tale om rygestop på, uden at patienten føler sig nedgjort eller tvunget til at tage stilling til motivation for rygestop. I evalueringen af implementeringen af VBA i Region Hovedstaden berettede især sygeplejersker dog, at det kan det være svært at lægge den vejledende rolle på hylden og ikke gå videre ind i at afdække motivation og overvejelser omkring rygestop. VBA-metoden opleves i den forbindelse som utilstrækkelig eller utilfredsstillende, idet metoden ikke italesætter helbredsskader ved rygning eller helbredsfordele ved rygestop, ikke prøver at påvirke motivationen til rygestop og ikke opfordrer den rygende patient til, at holde op med at ryge.

”Det er ikke noget, der falder os så naturligt endnu. Det her med at vi ikke må gå ind og vejlede, men kun henvise. Det naturlige i, når man er sygeplejerske, at man skal vejlede patienter, den er jo væk her [...] Snakken stopper, når patienten siger nej, i stedet for at spørge ind til, hvad man kan gøre for at motivere.” (Sygeplejerske).

For andre var opfattelsen, at VBA-metoden i nogle tilfælde modtages af patienterne som en løftet pegefing, fordi patienten opfatter det, som at sundhedspersonalet på forhånd antager, at patienten er interesseret i et rygestop.

”Det kan være svært at spørge på den rigtige måde. Man har allerede været forudindtaget om, at de gerne vil stoppe, hvis de svarer, at de ryger, og det er der nogle, der kan stejle på. Derfor ændrede jeg faktisk også min måde at spørge på til først at spørge, om de er interesserede i et rygestop.” (Sygeplejerske).

Underprioritering af rygestopindsatser har skabt en vidensbarriere

Fordi rygestopindsatser altid har været underprioriteret i sundhedsuddannelserne og i sundhedssektoren er der mange sundhedsprofessionelle,

som ikke føler sig klædt på til rygestopsamtalen/henvisningen af patienten. Manglende viden om rygestoptilbud og helbredseffekter ved rygestop mv. er en barriere for prioritering og implementering af rygestopsamtaler, fordi sundhedsprofessionelle er i tvivl, om de vil kunne svare på patientens spørgsmål, hvis samtalen om rygestop bringes på banen.

”De fleste er med på, at rygestop er vigtigt for patientens velvære. Men de færreste sygeplejersker er nok klar over, hvilke retningslinjer der er for rygestopintervention og hjælper derfor ikke patienterne systematisk.” (Sygeplejerske).

Anbefalinger til intensiveret rygestopindsatser

En bedre implementering af VBA-metoden på hospitalerne vil kræve løbende intensiveret opmærksomhed, systematisk løbende oplæring af personalet, ansvarsfordeling samt meget klare retningslinjer for arbejdsgangene. Ledelserne på alle (eller evt. udvalgte) afdelinger vil skulle forpligte sig til at prioritere VBA-metoden og løbende italesætte vigtigheden overfor de ansatte. Ugentlig/månedlig evaluering af antal henviste på afdelingsmøder/-konferencer kunne virke motiverende og minde personalet om at bruge VBA-metoden.

Desuden skal det være nemt og hurtigt at henvise. Og der synes at være behov for oplæring i, hvordan man helt konkret sender en henvisning til kommunen. I starten tog det ca. 5 minutter i den elektroniske patientjournal Sundhedsplatformen at henvise en patient til kommunal rygestoprådgivning (dermed forsvandt ideen med, at det kun tager 30 sek. at tale om rygning, når VBA-metoden benyttes). I dag tager det. ca. 2 min. at henvise elektronisk. Der kan arbejdes mere med optimeringen af den elektroniske del, og relevant personale, som arbejder med metoden på afdelingerne, bør inddrages i udviklingen.

Før implementering af en ny metode bør såvel dens fordele og ulemper såvel som evt. misforståelser afdækkes, og personalet, som skal benytte den, bør sikres grundig oplæring. Ønsker man intensiveret brug af VBA-metoden, bør det også overvejes, om der er noget ved metoden, der skal justeres, og personale med erfaring i metoden bør inddrages i justeringerne, hvorefter der igen skal evalueres, se Boks 2.

Glem ikke rygestopindsatserne

Det vigtigste arbejde i forbindelse med rygestopindsatser på hospitalerne ligger i at holde fast. Alle sundhedsprofessionelle bør stadig helst tilbyde patienterne en kort rygestopsamtale på maks. 3-5 minutter. Her spørger de til rygestatus, vurderer ønske om rygestop, stærkt anbefaler rygestop og forklarer helbredsfordele ved at holde op samt tilbyder at henvise den motiverede patient til rygestopstøtte.

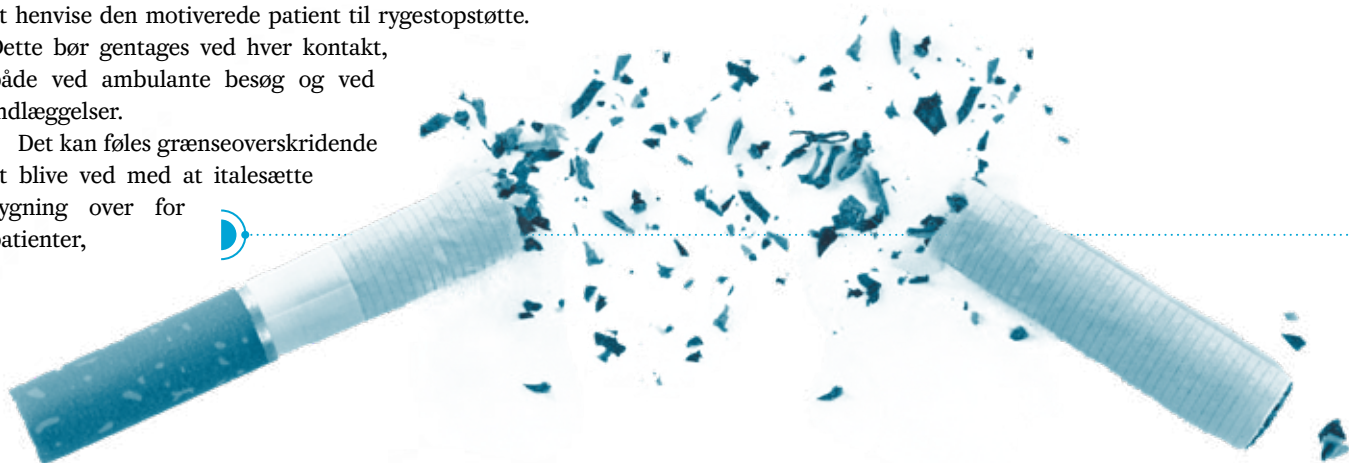
Dette bør gentages ved hver kontakt, både ved ambulante besøg og ved indlæggelser.

Det kan føles grænseoverskridende at blive ved med at italesætte rygning over for patienter,

som har tilkendegivet, at de ikke ønsker rygestop, men motivation for rygestop er ikke en statisk til-stand. Motivationen for rygestop kan være meget svingende, så

Boks 2. Anbefalinger til hospitaler, der ønsker at intensivere arbejdet med VBA-metoden

- Hospitalsdirektørerne og ledelserne på alle (eller evt. udvalgte) afdelinger skal forpligte sig til at prioritere VBA-metoden.
- Der bør være ensartede retningslinjer for implementeringen og oplæring i VBA-metoden. bør være obligatorisk. Incitamenter kan overvejes.
- Der bør være intensiv ledelsesmæssig opmærksomhed på VBA-metoden på afdelingerne.
- Der bør sikres systematisk og kontinuerlig oplæring af personalet, klar ansvarsfordeling samt klare retningslinjer for arbejdsgangene.
- Hospitalerne kan med fordel investere i et tæt samarbejde med omkringliggende kommuner og dermed få hjælp eller sparring til oplæring i og fastholdelse af VBA-metoden.
- Det bør overvejes, om der er noget ved VBA-samtalen, der skal justeres, og personale med erfaring i metoden bør inddrages i justeringerne, før man intensiverer brug af metoden.



selvom en patient talrige gange har afvist at holde op med at ryge eller før har takket nej til tilbud om rygestopstøtte, kan situationen være en anden ved næste kontakt.

Gennemgående underprioritering

VBA som henvisningsmetode til kommunal rygestoprådgivning har ikke vist sig at være den nemme løsning, som man før implementeringen havde håbet på, men dette skyldes ikke nødvendigvis metoden. Forklaringen skal nok i stedet findes i den gennemgående underprioritering af rygestop-indsatser i sundhedsvæsenet. VBA-metoden bør, frem for en mirakelkur til øgede rygestopindsatser, anses som et supplement til de sundhedsprofessionelles rygestopsamtaler eller som en minimumsindsats i mødet med den rygende patient. Vigtigst af alt må implementeringen af VBA-metoden ikke få sundhedspersonalet til at føle, at de ikke længere skal tale med deres patienter om rygning. Selv en kort men tydelig opfordring til rygestop af flere sundhedsprofessionelle har en beviselig effekt på patienters røgfrihed (6). Se Boks 3 for yderligere oplysninger. ●

Boks 3. Yderligere oplysninger

- Find den fulde rapport af evalueringen af implementering af Very Brief Advice-metoden (VBA) i Region Hovedstaden her: www.regionh.dk > Skriv "Evaluering af implementering af Very Brief Advice metoden (VBA) i Region Hovedstaden" i søgefeltet > Rapporten findes i referat fra møde i udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen den 22. juni 2022
- Spørgsmål til evalueringen og implementeringen af VBA i Region Hovedstaden: Kontakt videnskabelig assistent, Sofie K B Rasmussen, sraso431@regionh.dk
- Spørgsmål eller ønske om hjælp til at blive klædt på til samtalen med patienterne omkring rygestop: Kontakt sygeplejerske og specialkonsulent Lotte Therkildsen ltjh@regionsjaelland.dk



Hvordan kan vi få sundhedsprofessionelle til at prioritere rygestopindsatserne?

Hvorfor sidestilles henvisning til rygestopstøtte ikke med andre former for behandlinger?

Hvor ligger ansvaret for støtte og rådgivning til rygestop?

Referencer

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strobaek L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark. Risikofaktorer. København Sundhedsstyrelsen; 2016. [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sygdomsbyrden_i_danmark_2016_low_\(1\).pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sygdomsbyrden_i_danmark_2016_low_(1).pdf). **2.** Reisinger SA, Kamel S, Seiber E, Klein EG, Paskett ED, Wewers ME. Cost-Effectiveness of Community-Based Tobacco Dependence Treatment Interventions: Initial Findings of a Systematic Review. *Prev Chronic Dis.* 2019;16:E161. **3.** Barnett PG, Wong W, Jeffers A, Hall SM, Prochaska JJ. Cost-effectiveness of smoking cessation treatment initiated during psychiatric hospitalization: analysis from a randomized, controlled trial. *JClinPsychiatry.* 2015;76(10):e1285-e91. **4.** Jensen H, Davidsen M, Møller S, et al. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen, 2022. **5.** Lau C, Lykke MB, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Andreasen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse og Center for Sundhed, Region Hovedstaden; 2018. **6.** Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Washington (DC): US Department of Health and Human Services., Mental Health Services A, Office of the Surgeon G; 2020. **7.** WHO. Tobacco: Health benefits of smoking cessation [updated 25-02-2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-health-benefits-of-smoking-cessation>. **8.** Sheikh M, Mukeriya A, Shangina O, Brennan P, Zaridze D. Postdiagnosis Smoking Cessation and Reduced Risk for Lung Cancer Progression and Mortality: A Prospective Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2021;174(9):1232-9. **9.** Sundhedsstyrelsen. Gevinster ved rygestop [updated 27-05-2019. Available from: <https://www.sst.dk/da/Viden/Tobak/Rygning-og-helbred/Gevinster-ved-rygestop>. **10.** SKB R, C P. Evaluering af implementering af Very Brief Advice metoden (VBA) i Region Hovedstaden. Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Danmark: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse; 2022. **11.** Rosendahl Jensen H, Kristensen M, Schneekloth Christiansen N, Paldam Folker A. Very Brief Advice. Kort rådgivning om rygestop. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2017. **12.** McEwen A, McIlvar M, Locker J. Very brief advice on smoking. *Nursing Times.* 2012;108(9). **13.** Sundhedsstyrelsen. Very Brief Advice (VBA). **14.** Lancaster T, Stead L, Silagy C, Souden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ.* 2000;321(7257):355-8.



Forskende sygeplejersker skal være stolte af deres baggrund

Mange sygeplejersker med en akademisk uddannelse præsenterer sig som 'oprindeligt uddannet sygeplejerske' - hvis de overhovedet nævner det. Hvis fag og prestige skal op, skal vi med stolthed sige 'sygeplejerske' først.



BIBI HØLGE-HAZELTON, sygeplejerske, forskningsleder og professor ved Syddansk Universitet, Sjællands Universitetshospital, Forskningsstøtteenheden.
Foto **THURID VAN STEENWIJK**

I Danmark er sygeplejersker blandt de fagprofessionelle, befolkningen har allerstørst tillid til. Alligevel er sygepleje som fag hverken så prestigefyldt eller attraktivt, som det var, da jeg var ung.

Årsagerne er mangfoldige: voksende tidspres, nedprioritering af omsorg, manglende ligestilling, vakante stillinger og fald i tilslutning til uddannelsen generelt. Hertil kommer, at sygeplejersker, som videreuddanner sig, risikerer at blive omtalt som 'kolde hænder' eller 'privattøjs-sygeplejersker' både fra egne rækker og fra andre faggrupper, der mister privilegier, stillinger eller endda fondsmidler, selvom det sidste er sjældent.

Inden for forskermiljøerne er det velkendt, at fokuserede faglige styrkepositioner er nødvendige, hvis forskning skal op på et højt niveau. Alligevel skydes forskere i sygepleje ofte i skoene, at de ikke er tværfaglige nok, at de ikke sikrer, at alle sektorer er involveret, eller at de ikke har det rigtige forskningsdesign. Disse forskere forventes at være akademiske blæksprutter, som tager hensyn til alle mulige modsatrettede interesser. Dette på trods af at de meget sjældent reelt inviteres ind i tværfaglige forsknings samarbejder som andet end støttefunktioner til andre faggrupper. Det er måske også årsagen til, at nogle af de forskende sygeplejersker præsenterer sig som 'oprindeligt uddannet sygeplejerske', hvis de overhovedet nævner, at de har sygeplejefaglig uddannelse. Alene inden for den sidste måned har jeg tre gange mødt sygeplejersker, som har præsenteret sig som akademikere (sociolog, antropolog, folkesundhedsvidenskab), og som alle undlod at nævne deres sygeplejerskebaggrund.

Adspurgt, om de ikke også var sygeplejersker, udtalte de, at det havde de været, men det var de ikke længere, nu er de undervisere, forskere eller forebyggelseseksperter. Den ene, der underviste kommende sygeplejersker, fortalte dog de studerende om sin baggrund i undervisningen, da det jo gav 'street credibility'. Den anden brugte sin baggrund i sit arbejde med udsatte patientgrupper, mens den tredje kæmpede for at blive betragtet som forsker på lige fod med sine kolleger og helst undgik at fortælle, at hun 'oprindeligt' var uddannet sygeplejerske.



Det signal, de bevidst eller ubevidst sender til nuværende eller kommende kolleger, er, at man skal skynde sig væk fra rollen som sygeplejerske så hurtigt som muligt, hvis man skal oparbejde en smule respekt som forsker.

Sagen er, at ingen af de beskrevne forskere kan udføre deres funktioner uden den baggrund, de står på. Det signal, de bevidst eller ubevidst sender til nuværende eller kommende kolleger, er, at man skal skynde sig væk fra rollen som sygeplejerske så hurtigt som muligt, hvis man skal oparbejde en smule respekt som forsker.

Set fra mit perspektiv er der nu om muligt endnu større behov for tydelige sygeplejersker på alle poster i sundhedsvæsenet, hvor mennesker har behov for omsorg. Der drejer sig om den direkte, vejledende, ledende og forskende sygepleje, og det skal vi være stolte af, alle sammen. ●

PhotoPanels™



Billeder, der giver ro i sindet og positive tanker

Silentia PhotoPanels giver både ro, afskærmning og en behagelig følelse. Forskning viser, at billeder og farver kan have en positiv indflydelse på mennesker ved at sænke blodtrykket, vække de positive tanker og lindre stress, smerte og uro. Denne viden er til stor hjælp for personalet på sygehuse, i ældreplejen og andre plejesektorer. PhotoPanels sikrer samtidig optimal hygiejne og afskærmning, der ikke virker indelukket.



■ Design din skærm på **EasyScreenDesign.com**

Silentia ApS ■ 39 90 85 85 ■ silentia.dk