

## SIDE 5

VIDENSKABELIG  
ARTIKEL

"Når familier rammes af type 1 diabetes" - et kvalitativt studie

## SIDE 13

FAGLIG  
ARTIKEL

Lægemeddelrelaterede problemer i sektorovergang – en tidskrævende opgave.  
- Kan der frigives tid til borgernære opgaver?

## SIDE 19

VIDENSKABELIG  
ARTIKEL

Patienters oplevelser af hemithyreoidectomi som dagkirurgisk patientforløb:  
-Et kvalitativt interviewstudie

## SIDE 27

FAGLIG  
ARTIKEL

Inddragelse af patienter i en psykiatrisk kontekst, der fremmer patientens egenomsorg og livskvalitet

02  
2022

SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

# forstyrrelsen

**Save the date!**  
Landskonference om dataeksplosion  
d. 14. og 15. marts 2023. (Se omtale side 14)



Fagligt selskab for  
**SYGEPLEJERSKER**  
der arbejder med  
**UDVIKLING OG FORSKNING**



## Indholdsfortegnelse

Leder .....	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen .....	s. 4
Videnskabelig artikel: "Når familier rammes af type 1 diabetes" - et kvalitativt studie .....	s. 5
Faglig artikel: Lægemiddelrelaterede problemer i sektor- overgang – en tidskrævende opgave. - Kan der frigives tid til borgernære opgaver? .....	s. 13
Videnskabelig artikel: Patienters oplevelser af hemithyreoidectomi som dagkirurgisk patientforløb: -Et kvalitativt interviewstudie .....	s. 19
Faglig artikel: Inddragelse af patienter i en psykiatrisk kontekst, der fremmer patientens egenomsorg og livskvalitet .....	s. 27

# Fagbladet Forstyrrelsen

## Redaktionsgruppen



**Thora Grothe Thomsen,**  
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU, Insti-  
tut for Regional Sundhedsforskning og  
forskningsleder ved Øre-, Næse-, Hals-  
og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands  
Universitetshospital,  
thst@regionsjaelland.dk



**Gitte Bunkenborg,**  
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU,  
Institut for Regional Sundhedsforskning og  
Anæstesiologisk afdeling, Holbæk Sygehus,  
samt Forskningsleder for MVU området,  
Holbæk Sygehus,  
gibu@regionsjaelland.dk



**Birgitte Lerbæk,**  
Postdoc i klinisk sygepleje ved Klinik  
Medicin og Akut, Aalborg Universitets-  
hospital og Forskningsenheden for  
Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitets-  
hospital,  
birgitte.lerbaek@rn.dk

## forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

Fagbladet Forstyrrelsen udgives af overstående redaktørgruppe på vegne af  
Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning.  
Bladet udkommer tre gange årligt

Artikler modtages løbende til én af følgende tre mailadresser thst@regionsjaelland.dk, birgitte.lerbaek@rn.dk eller gibu@regionsjaelland.dk

### Manuskriptvejledning kan findes på selskabets hjemmeside: [www.dsr.dk/fs32](http://www.dsr.dk/fs32)

Redaktionsgruppen forholder sig ret til at afvise artikler eller bede om revision.

Artikler skal målrettes til bladets målgruppe: Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

Bladet finansieres gennem annoncerer, hvorfor der kontinuerligt er behov for medlemmer byder ind med forslag til annoncører.

Grafisk produktion: Kosmos Grafisk ApS · Oplag: 380 stk.

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen på ISSUU.com



## LEDER

Som vi sidder her og færdiggør årets anden udgave af Forstyrrelsen, må vi indse, at sommeren går på hæld. Sommeren og sommerferien har mange gange for mig været ensbetydende med muligheden for at dykke ned i læsning af mindre faglig karakter. Jeg kan godt lide at læse, og jeg må sige, at jeg ofte bliver inspireret af andres måder at skrive på. Hvad enten det gælder fagligt eller skønlitterært læsestof. I mit eget arbejde tænker jeg mange gange på, om ikke man kunne lære at skrive mere kreativt - også inden for rammerne af den forsknings- og udviklingsbaserede formidling.

Denne sommer har ikke budt på så meget tid til læsning som ellers. Dog har jeg kastet mig over en bog, som min opmærksomhed blev ledt hen imod under en konference lige inden sommeren. Bogen placerer sig et sted på grænsen mellem det, jeg vil betegne som faglitteratur og skønlitteratur, og er i en dokumentarisk genre. Det er en type af tekst, som ofte tiltaler mig. Bogen hedder *"The lives they left behind. Suitcases from a state hospital attic"* og er meget kort fortalt bygget op omkring indholdet af 10 kufferter, der (sammen med mange, mange andre kufferter) var efterladt på loftet af et lukket statshospital; Willard Psychiatric Hospital i staten New York. Jeg har endnu ikke læst bogen til ende, men er blevet helt grebet af den måde, som forfatterne fortæller de 10 menneskers historier på, baseret på indholdet af deres efterladte kufferter. Bogen er samtidig en fortælling og et vidnesbyrd om, hvordan den tids statshospitaler blev hjem for mennesker, som af den ene eller anden grund endte der, fordi de ikke kunne klare sig ude i samfundet. For nogen betød det, at opholdet på Willard varede i over 50 år. Et helt liv levet i den beskyttede verden inden for hospitalets mure.

Vi kender også denne type hospitaler fra vores egen behandlingskontekst. Men de er fortid, og det eneste, vi har tilbage, er typisk de bygninger, der rummede den tids totalinstitutioner. Det, der fanger mig ved den type af tekst, er den måde, hvorpå forfatterne formår at formidle historierne om menneskerne. Det er på mange måder langt fra den skrivetradition, som man arbejder sig ind i, som formidler af forsknings- eller udviklingsprojekter. Men jeg er optaget af, hvordan denne slags tekst kan inspirere den akademiske skrivning og måske bibringe den mere kreativitet og spræl. Hvis du sidder inde med gode ideer og inspiration til min interesse, så hører jeg gerne fra dig.

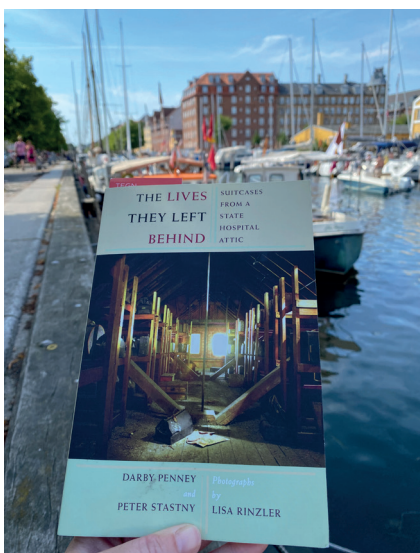
I mellemtiden vil vi her fra redaktionen sige velkommen, kære læser, til en ny udgave af Forstyrrelsen. På grund af nogle ændringer i vores redaktionelle proces, er denne udgivelse også årets sidste. Vi håber på jeres forståelse og tilgivelse, når vi til gengæld er tidligt på banen i 2023 og forventer at kunne udgive første nummer i løbet af februar.

I denne udgave af Forstyrrelsen har vi nyt om næste års Landskonference, som har fokus på *Dataeksplosion i en evidensbaseret verden*. Reserver allerede nu d. 14. og 15. marts 2023, så du kan komme med til Kolding. Se mere information inde i bladet og læs Annesofies beskrivelse af temaet i Nyt fra Bestyrrelsen.

I denne udgave af Forstyrrelsen kan du desuden læse fire artikler, der bringer os vidt omkring. I den første beskriver forfatterne, hvordan familier kan blive ramt, når et barn bliver diagnosticeret med diabetes. Forfatterne beskriver, hvordan det kan opleves som et vendepunkt i livet for børn og familier. Det kan medføre en følelsesmæssig sårbarhed og et behov for at udvikle handleevne til at håndtere hverdagslivet med sygdommen. Den anden artikel omhandler medicinrelaterede problemer i sektorovergange hos patienter med sektorovergang fra hospital til rehabiliteringscenter i kommunen. Projektet afdækker ved brug af en audit-tilgang lægemiddelrelaterede problemer, dispenseringsfejl, manglende recepter, antal kontakter, som dette afledte og den tid, som blev brugt på at løse problemstillingerne. Den tredje artikel beskriver et kvalitativt studie af patienters oplevelser af hemithyreoidectomi som dagkirurgisk patientforløb. Projektet afdækker temaerne: Tidsaspekter, relationelle betydningsfaktorer, forståelse og operationsrelaterede udfordringer. Forfatterne beskriver, at studiet giver indsigt i, hvordan patienter, på trods af oplevelse af mangler og vanskeligheder, angiver tilfredshed med forløbet. Den fjerde og sidste artikel omhandler begrebet inddragelse i en psykiatrisk kontekst. Den afdækker, hvad inddragelse betyder, hvilke udfordringer inddragelse kan medføre, og hvordan man kan fremme inddragelse i en klinisk praksis.

I denne udgave af Forstyrrelsen har vi desværre ikke haft plads til Stafetten og de vanlige boganmeldelser. Men begge dele vender stærkt tilbage i næste udgivelse.

Rigtig god fornøjelse med årets anden udgave af Forstyrrelsen.





## Nyt fra bestyrelsen

# Dataeksplosion i en evidensbaseret verden

I den danske ordbog står der, at data er oplysninger eller kendsgerninger. Men data er ikke bare data.

Det fleste af os har set tabeller, som viser, at antallet af noget (det kunne være ansatte i sundhedsvæsenet) har været voldsomt stigen- de igennem de sidste 10 år. MEN med en ændring i y-aksen ser stigningen pludseligt anderledes ud. Den er blevet stort set usynlig.

Data er ikke bare data, for når oplysninger eller kendsger- ninger bliver tolket eller visuelt fremstillet med forskellige metode, kan de pludselig bruges til at argumentere for forskellige påstande. Samti- dig producerer vi hver især som individer hverdag data, der kan sige noget om sundhed. Det stiller etiske krav til samfundet og sundheds- væsenet om gennemsigtighed i tilblivelsen og brugen af data, så data tiltænkt et formål ikke bliver brugt forkert.

I sundhedsvæsenet i dag bruger vi data på mange forskelli- ge niveauer. Vi er på mange måde blevet dataludomaner. Vi taler om BIGDATA og kan ikke få nok data. Det hænder, at vi producerer rigtig mange data, selvom vi ved, at vi aldrig kommer til at kunne bruge eller overskue alle data. Sam- tidig stiller dataindsamlingen nogle gange regler op for, hvad vi skal dokumentere, eller hvad vi skal tale med den kronisk syge om. Ryger du, spørger vi måske 5 år i træk, og patienten svarer nej, men vi skal spørge, for data skal

### Dataeksplosion i en evidensbaseret verden

Sundhedsvæsenet oplever en sand dataeksplosion. Ofte tror vi, at data vil give os gode svar på svære spørgsmål. Men det er ikke enkelt at arbejde med data. Data kan have mange former; tal, fortællinger, cases eller grafer. Der er en stor bredde i den evidens, vi bygger sygeplejen på. På landskonference vil vi i 2023 berøre data og evidens i bredden og stiller følgen- de spørgsmål:

- Hvad bruger vi data til?
- Hvilke forskellige typer af data kan man tale om?
- Hvad er evidens?
- Tror vi på evidensen?
- Hvorfor er det vigtigt med evidens?
- Hvordan kommer vi fra evidens til praksis?
- Hvor er etikken i data og evidens?

Konferencen afholdes d. 14.-15. marts 2023 på Comwell Kolding.

Du kan tilmelde dig fra midten af oktober 2022 via vores hjemmeside.

- Prisen for deltagelse er:
- 2 dage koster 1795 kr. for medlemmer / 2495 kr. for ikke medlemmer. Efter den 12.1.2023 stiger prisen 400 kr.
  - 1 dag koster 1100 kr. for medlemmer / 1600 kr. for ikke medlemmer herefter stiger prisen 400 kr. Efter den 12.1.2023 stiger prisen 400 kr.



bruges i Regionernes kvalitetsdatabase. Samti- dig får vi ikke spurgt, om personen har udfor- dringer i hverdagen med sin kroniske sygdom, som hun har brug for at tale om.

Disse udfordringer er måske ikke nye, men de er højaktuelle, bl.a. fordi den teknologiske udvikling har muliggjort en endnu større ind- samling og brug af data. Derfor har vi beslut- tet at gøre sammenhængen mellem **data, evidens og etik** til temaet på årets lands- konferencen. Til at åbne konferencen har vi fået Professor Klaus Høyer til at stille skarp på brugen af sundhedsdata. Klaus Høyer udgav i 2019 bogen "Hvem skal bruge sundheds- data – og til hvad?" og skriver bl.a. "Data kan redde liv, men kun hvis de bliver brugt rigtigt". Samtidig argumenterer han for, at vi mang- ler en konstruktiv debat mellem de databe- gejstrede og de mere dataskeptiske.

På bestyrelsens vegne kan jeg kun sige, at vi ser frem til landskonference og håber, oplæggene om emnet kan skabe debat og diskussioner bl.a. om

- Hvordan vi styrer og leder sundhedsvæsenet vha. data?
- Hvilke data vi behøver for at yde den bedste pleje og få øje på patientens behov?
- Hvilken former for evidens forskellige dataformer be- drager til?



**Jette Sørensen, Ph.d.-studerende, Lektor, M.Sc. in Nursing, MEd in Health Promotion and Education, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole, Mail: jeso@ucl.dk**

**Julie Bech Olesen, sygeplejerske og diabeteskoordinator, H.C. Andersen Børne- og Ungehospital, Odense Universitetshospital**

**Tenna Wollesen, sygeplejerske med speciale i diabetes Børne- og Ungeafdeling i Kolding, Sygehus Lillebælt.**

## Videnskabelig artikel

### “Når familier rammes af type 1 diabetes” - et kvalitativt studie

#### Resumé

Baggrund: Internationalt og nationalt forekommer en stigning i antallet af børn og unge med ny-diagnosticeret type 1 diabetes. Mål for behandlingen er at sikre normal vækst og udvikling, høj livskvalitet og minimal risiko for akutte og kroniske komplikationer.

Formål: At undersøge hvordan børn i alderen 8-12 år med ny-diagnosticeret diabetes og deres forældre oplever, at deres behov for læring og sammenhæng i patientforløbet imødekommes.

Metode: Et kvalitativt beskrivende design blev anvendt omfattende semi-strukturerede interviews med 9 børn med diabetes og 11 forældre, 4 uger efter sygdomsdebut. Data blev analyseret ved en hermeneutisk tekstfortolkende tilgang.

Resultat/konklusion: At få stillet diagnosen diabetes opleves af børn og familier som et vendepunkt i deres liv, som medfører en følelsesmæssig sårbarhed samt et behov for at udvikle handleevne til at håndtere hverdagslivet med sygdommen. Forældrene beskrev et behov for struktureret undervisning og dialog. Børnene beskrev et behov for undervisning målrettet deres alder med plads til pauser fra sygdommen.

Relevans for klinisk praksis: Resultaterne kan bidrage til udvikling af patientforløb med dagtilbud som en overgang mellem indlæggelse og udskrivelse, der skaber mere sammenhæng, fremmer trygheden og mindsker sårbarheden. Søskende bør inddrages set i et familieperspektiv.

**Nøgleord:** Diabetes type 1, indlæggelsesforløb, børn og forældre, kvalitativ forskning.

#### Baggrund

I Danmark er der aktuelt 320.545 personer med diabetes, heraf lever 32.000 med Type 1 Diabetes (T1D). Denne type diagnosticeres oftest i børne- og ungdomsårene. I 2012 var antallet af børn og unge med T1D 3.389, og i Danmark diagnosticeres cirka 10 børn og unge med T1D hver uge, svarende til 400 børn om året. Af uforklarlige årsager er incidensen stigende (1). Eksperter forventer, at udviklingen vil fortsætte i Europa, og at der i fremtiden vil ses en stigning på 70% blandt børn under 15 år med T1D (2,3).

T1D er en kronisk sygdom, der kræver livslang medicinsk behandling og uddannelse af børn i egenomsorg. Inddragelse af det berørte barns familie er af væsentlig betydning. Det overordnede mål for behandlingen af danske børn og unge med diabetes er at yde en omsorg og behandling, der sikrer normal vækst og udvikling, høj livskvalitet og minimal risiko for akutte og kroniske komplikationer til sygdommen. Omsorgen for barn og familie indebærer en fastlagt struktur og proces for læring, der sikrer opretholdelse af en god metabolisk kontrol og psykosocial støtte, der matcher familiens sociale, kulturelle og aldersrelaterede behov (4-7).

Flere kvalitative studier beskriver, at forældre er chokerede, bange og følelsesmæssigt ramt, når deres barn diagnosticeres med T1D. Ansvar for at overholde regimer og sikre opretholdelse af en acceptabel metabolisk kontrol medfører således følelsesmæssige og praktiske konsekvenser for hele familien (2,8-11)

Ifølge et kvalitativt studie af Rankin et al., er børn og forældres oplevelser og erfaringen med at modtage undervisning og støtte på det rette tidspunkt underbelyst (2). Dette understøttes i et systematisk review, som konkluderer, at

der mangler forskning om børns behov for støtte (12). Nationalt er der ikke fundet studier, som undersøger børn og forældres erfaringer, synspunkter om og behov for information og støtte i tiden omkring diagnose.

Det er derfor relevant at undersøge de behov, som børn og forældre har, når de indlægges med ny diagnosticeret T1D, så sygeplejen og behandlingen til de enkelte familier bedre kan målrettes og kvaliteten bedre sikres.

## Formål

At undersøge hvordan børn i alderen 8-12 år med ny-diagnosticeret T1D og deres forældre oplever, at deres behov for læring og sammenhæng i patientforløbet imødekommes.

## Metode og design

Undersøgelsen blev designet som en kvalitativ interviewundersøgelse (13). Undersøgelsen blev gennemført ud fra en hermeneutisk forståelsesramme inspireret af Gadamer's filosofiske hermeneutik (14). Perspektivet har været at forstå deltagernes oplevelser og behov i forhold til læringsbehov ved indlæggelsen og efterfølgende at skulle lære at håndtere sygdommen i hverdagslivet. Den fortolkende tilgang fokuserer på at forstå deltagernes oplevelser og relatere resultaterne til relevant forskning og teori (15).

### Deltagere

Børnene og deres forældre blev rekrutteret ud fra en formålsrettet udvælgelse (16) fra en pædiatrisk afdeling på et Universitetshospital i Danmark, i perioden 21.01-10.07. 2017. Børn i alderen 8-12 år (gns. = 10,3 år), som blev indlagt med en ny-diagnosticeret T1D, og deres forældre (n=11) blev inkluderet. Både piger (n=4) og drenge (n=7) blev inkluderet. Indlæggelsesvarigheden for deltagerne var 4-9 dage (gns. = 5,6 dage). Interviewene foregik 3-4 uger efter udskrivelse. Elleve familier blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, og alle familier samtykkede til at deltage.

### Inklusionskriterier:

- Børn i alderen 8-12 år og deres familie (forældre), som blev indlagt med en ny diagnosticeret T1D
- Kunne tale og forstå dansk.
- Forældre behøvede ikke at være samboende.

### Dataindsamling

I den forberedende fase af projektet blev der gennemført et fokusgruppeinterview med et tværprofessionelt diabetesteam for at inddrage deres erfaringer og viden på området i kvalificering og sikring af emner og spørgsmål til interviewguiden. Moderator var første-forfatteren, mens forfatter to og tre dokumenterede udsagn samt havde observerende roller under fokusgruppeinterviewet (17). Efterfølgende blev der gennemført pilotinterview med to familier i målgruppen, og interviewguiden blev rettet til.

Spørgsmålene i interviewguiden var indledningsvis åbne fx "kan du fortælle om, hvordan du oplevede at blive indlagt på hospitalet?" og "kan du uddybe med et eksempel?", til mere konkrete spørgsmål i forhold til undervisning i in-

tektion. Interviewguiden til børnene blev drøftet med afdelingens psykolog (18).

De semistrukturerede interviews blev optaget digitalt og efterfølgende transskriberet. Interview med forældrene varede 30-60 min. Efter deltagernes ønske blev interviewene med børn og forældre udført i eget hjem (fem familier) og på børnehospitalet (seks familier). Ud af de elleve familier i undersøgelsen foregik syv interviews med mødre og tre interviews med begge forældre. I én familie valgte familie-medlemmerne at blive interviewet hver for sig.

Interview med børnene varede 20-25 min. og var tilpasset målgruppen. Da børnene i denne alder er konkret tænkende, anvendte vi korte og konkrete spørgsmål som fx. "hvem måler dit blodsukker", viste billeder fra børneafdelingen og brugte en skala fra 1-10 som støtte til at få børnene til at beskrive deres oplevelser. Ud af de ni børneinterview foregik fem af dem uden forældrenes deltagelse, og hos de mindste børn (fire) deltog forældre som en tryghed under interviewene. Pilotinterviewene indgik i projektet, da der fremkom data af god kvalitet. Interviewene blev gennemført af alle tre forfattere.

### Etiske overvejelser

Etiske refleksioner og beslutninger blev inddraget i hele udviklingsprocessen. Faktorer som egen position, informeret samtykke, informanternes ret til at trække samtykke tilbage uden konsekvenser for det videre forløb og anonymisering af involverede er inddraget (16, 20).

Alle informanter blev informeret mundtligt og skriftligt om formålet med undersøgelsen. Informationsmaterialet blev tilpasset målgruppen og til børnene tilpasset deres gennemsnitlige udviklingstrin i forhold til forståelse. Forældre gav skriftligt samtykke. Grundet børnenes alder gav forældre skriftligt samtykke på børnenes vegne. Alle informanter gav mundtligt samtykke til at deltage. Undersøgelsen er anmeldt til Den Videnskabetiske Komité før gennemførelsen af undersøgelsen og registreret (sagsnr. 17/4753), og der blev oprettet SharePoint til opbevaring af data.

### Analyse af data

Data blev analyseret ud fra en hermeneutisk tilgang inspireret af Dalager og Fredslund (19), med henblik på at opnå en dybere forståelse og fortolkning af meningsfulde relationer omkring oplevelser og behov som børn og familier har, når de indlægges med T1D.

Analysen blev gennemført i fire trin, og alle tre forfattere var involveret i den dynamiske proces. Analyserne blev først foretaget hver for sig og efterfølgende drøftet i en fælles dialog for at skabe dybere indsigt og forståelse af empirien. Præliminære kategorier og temaer blev diskuteret og formuleret efter hvert interview.

I første trin blev alle de transskriberede tekster gennemlæst flere gange for at få en forståelse af teksten som helhed og for at forstå den grundlæggende betydning af deltagernes behov og oplevelser. I andet trin blev meningsbærende

enheder identificeret, og i tredje trin blev alle betydningsenheder organiseret i temaer på tværs af hele materialet. I fjerde trin blev de endelige temaer identificeret styret af studiets formål og forskningsspørgsmål. Se figur 1.

## Resultater

Analyse af empirien identificerede 4 temaer, som sammenfattende beskriver familiernes oplevelser og behov. Se figur 2.

### Når sygdommen rammer

Forældrene udtrykte, at det var følelsesmæssigt svært, at deres barn havde fået en kronisk sygdom. I starten blev de ramt af en følelse af skyld over ikke at have reageret noget før. De følte, at alt var kaos og beskrev sig selv som værende i krise. Nogle havde svært ved at huske, andre græd eller var i fornægtelse. Mens de var indlagt, håndterede forældrene de overvældende følelser ved at have fokus på barnet og de praktiske aspekter af diabetesbehandlingen. Flere beskrev situationer, hvor de lå vågne om natten, eller kørte hjem fra sygehuset, hvor følelserne fik frit løb.

*"Jeg vil sige, hver aften jeg kører hjem, der kører jeg ud af byen, og lige så snart by-lysene slukker, og jeg kører alene på vejen, så kommer alle de der dumme tanker, og alle frustrationerne og følelserne og alt det der. Klumpen sidder helt oppe i halsen". (far til Anders 12 år)*

Forældrene udtrykte behov for, at personalet havde vejledt og snakket mere med dem om de følelsesmæssige reaktioner, de kunne forvente efter udskrivelse, både hos barnet og dem selv. De beskrev, at de havde brug for "psykologisk førstehjælp" og en italesættelse af, at det var "normalt".

For børnene var det svært at forstå omfanget af en kronisk

sygdom og forstå, hvad det betyder at skulle leve med en sygdom resten af livet. Det var især svært for de yngste børn at beskrive deres følelser om at have fået en kronisk sygdom, men flere kunne godt sætte ord på, at det var "træls". En skala fra 1-10 gjorde det dog muligt for børnene at sætte en konkret værdi på deres følelser. Børnene udtrykte at det lå på 5, især fordi det var træls ikke bare at kunne spise uden at skulle tage insulin.

*"Det er ikke dig, jeg er sur på, det er sygdommen. Det kan være rigtig træls nogle gange at have fået den her sygdom ... at jeg hele tiden... at jeg ikke bare må spise, det jeg har lyst til, uden at få insulin". (Oscar 9 år)*

De ældste børn oplevede det som noget af et chok, og som noget de ikke troede kunne ramme dem. Børnene udtrykte behov for at kommunikationen var alderssvarende, og at formidlingen til dem om, at de har en sygdom, skal rumme håb og tage udgangspunkt i, at det kan være svært at rumme:

*"Man skal tage hensyn til børn... det var sådan nogle svære ord, altså fordi man bliver jo bange, når man får at vide, man er syg. Så kom og fortæl det på sådan en mindre svær måde, også med vores alder, for jeg begyndte at græde, da jeg fik det at vide". (Oliver 12 år)*

### Strukturen og organiseringen under indlæggelsen

Forældrene oplevede en tydelig struktur i indlæggelsesforløbet, som de beskrev som en pakkedløsning eller charterrejse. Kontinuitet var et behov, som blev italesat på flere fronter. Personalemæssig kontinuitet blev værdsat meget højt, da det gav tryghed og bidrog til en tillidsfuld relation. Forældrene udtrykte behov for hurtigt at få italesat indlæg-

Tema 1	Meningsbærende enheder	Interviewudsagn	Interviewudsagn	Interviewudsagn
Når sygdommen rammer	Dumme tanker og frustrationer At være alene med sine tanker Klumpen sidder helt op i halsen Vi kunne slet ikke tage det ind Det er en sygdom der ikke går væk Man er bange Man bliver jo bange når man får at vide man er syg Jeg begyndte at græde da jeg fik det at vide	Far til Anders: Jeg vil sige, hver aften jeg kører hjem [...], så kommer alle de der dumme tanker, og alle frustrationerne og alt det, så turene fra sygehuset og hjem, de var rigtig hårde. Det var ikke så galt ude på sygehuset. Lige på nær der, hvor man lige skal lige ringe på arbejdet og sige: "det her er altså lige sket for mig". Det er lige som om, så snart man siger "Anders har fået diabetes". Klumpen sidder helt op i halsen.	Mor til Oliver: Vi kunne slet ikke tage det ind den første dag Det er en sygdom, der aldrig går væk, noget han skal leve med resten af sit liv. Men det var det der med, at man er bange for at lave noget forkert, og så var der det med at forstå, hvad der skete, når han blev lav	Oliver 12 år: Men altså tage hensyn til sådan mindre børn. Der var sådan nogle svære ord, fordi altså man bliver jo bange, når man får at vide man er syg. Så kom og fortæl det på sådan en mindre måde, også med vores alder, for jeg begyndte at græde, da jeg fik det at vide.

Figur 1. Illustration af meningsbærende enheder

<b>Tema 1:</b> Når sygdommen rammer	▪ Betydningen af at blive ramt af sygdom i forhold til børn og forældres oplevelser
<b>Tema 2:</b> Strukturen og organiseringen under indlæggelsen	▪ Betydningen af strukturen og organiseringen i forhold til børn og forældres behov
<b>Tema 3:</b> Undervisning og læring	▪ Betydningen af undervisning og læring under indlæggelsen i forhold til børn og forældres behov
<b>Tema 4:</b> Tilbage til hverdagslivet	▪ Betydningen af hverdagslivet med sygdom i forhold til børn og forældres oplevelser

Figur 2: Oversigt over temaer for både forældre- og børneinterview

gelsens overordnede struktur, behandlingsplanen samt at få forventningsafstemt i forhold til opgavefordelingen mellem familien og personalet. Nogle forældrene beskrev, at de selv spurgte personalet ind til både barnets diagnose og varighed af indlæggelsen, da de manglede svar på dette.

*"Min mand og jeg var meget i tvivl om, hvor længe vi skal være her. Det er vi nødt til at få på plads inde i vores hoveder, og vi spørger direkte, om vores søn har diabetes. Det var der ikke nogen, der havde sagt direkte til os, og det havde vi egentlig behov for." (mor til Tobias 10 år)*

Forældrene oplevede, det var vigtigt at have et fagligt dygtigt team omkring sig, som kunne vise dem vejen i en tid, hvor familien følte, de var på usikker grund. Det var værdifuldt for forældrene, at der hurtigt kom tværfaglige samarbejdspartnere fx diætist og socialrådgiver. Det skabte tryghed og overskud til bedre at kunne koncentrere sig om at lære, når de vidste, der var styr på job og økonomi. Forældrene udtrykte samtidig et behov for, at teamet i højere grad organiserede besøg fra sygeplejerske, læge, diætist mm, da de følte det uoverskueligt og for presset, når de forskellige sundhedsprofessionelle nærmest stod i kø for at snakke med dem. De havde brug for pauser mellem undervisningen og udtrykte ligeledes et behov for, at noget kunne rykkes til om aftenen.

For børnene var behovet for børnevenlige rammer med mulighed for at deltage i kendte, hverdagslignende aktiviteter betydningsfuldt og med til at skabe tryghed. Ingen af børnene havde erfaringer med hospitalsindlæggelser, så meget var ukendt og fremmed for dem. De børnevenlige rammer blev af børnene beskrevet som fx at få besøg af hospitalsklovn, at lege med jævnaldrende, spise pizzasnegle, se fjernsyn og have mor og/eller far hos sig.

### Undervisning og læring

Forældrene oplevede, at alt var kaos, særligt de første dage. Den følelsesmæssige belastning begrænsede deres evne og opmærksomhed til at høre og rumme informationer. Forældrene havde behov for, at der var struktur og gentagelser i undervisningen, så de følte sig trygge og turde spørge og stille spørgsmål.

*"Vi er jo også frygtelig i krise, og havde så meget brug for, og det har vi stadigvæk, at det kommer i kasser. Du ved, især de første par døgn." (mor til Lea 10 år)*

Forældrene havde et behov for at opnå kompetencer og viden om T1D. De satte stor pris på, at de i læringsprocessen blev mødt med en ligeværdig kommunikation samt en tillidsfuld og professionel relation. Forældrene gav udtryk for vigtigheden af, at læringsmiljøet var præget af en positiv stemning med et fagligt kompetent personale, der viste engagement og interesse i at dele deres viden med dem. Det var tydeligt, at forældrene lærte på forskellige måder og havde forskellige præferencer i forhold til undervisningsmetoder.

Det var meget overvældende for forældrene med al den undervisning, der var under indlæggelsen, men de gav samtidig udtryk for, at det ikke kunne være anderledes. Det var nødvendigt, at de opnåede viden, så de kunne håndtere diabetesomsorgen for deres barn. Jo mere viden, jo mindre kaos følte forældrene.

*"Jeg vil helt og holdent sige, at jeg satte min lid til, at I underviste mig. Jeg regnede med, at det I sagde til mig, det var det, jeg skulle undervises i, og så spidsede vi ører." (far til Malthe 9 år)*

Børnene huskede bedst den praktiske og visuelle praksislæring, hvor de aktivt blev inddraget og konkret fik vist f.eks., hvordan de skulle måle deres blodsukker. De fortalte om læringssituationer, hvor sygeplejersken guidede dem, og hvor de sammen havde hjulpet hinanden. Samarbejdet i læringsprocessen bidrog til, at barnet blev tryk og fik mod på at prøve selv. Børnene udtrykte, at de oplevede det som et fælles ansvar mellem dem og forældrene at opnå viden og kompetencer i TDM1.

*"Det var faktisk svært at skulle huske alle tingene. Jeg kan kun huske det, der var nødvendigt at huske, så husker min mor og far resten" (Sofie 9 år).*

Det var tydeligt, at børnene ikke kunne koncentrere sig om undervisning, som kun var mundtlig, langvarig eller ikke alderssvarende. Det gav dem en følelse af utryghed, hvis der blev brugt ord, de ikke forstod. De var dog bevidste om, at det var nødvendigt, at de deltog i undervisningen. Børne-



ne huskede tydeligt de forskellige former for stik under indlæggelsen, fx blodsukkermåling og insulin-givning. Det var forskelligt, hvor smertefuldt børnene oplevede disse, men alle fortæller, at det var en overvindelse at lære.

*"Jeg synes, det var lidt grænseoverskridende at stikke mig selv i starten. Jeg kunne ikke lide at trykke den ind. Så gjorde vi det sammen, og så til sidst gjorde jeg set selv." (Oliver 12 år)*

#### Tilbage til hverdagslivet

Forældrene beskrev en ambivalens i forhold til at skulle hjem. Muligheden for orlov hjemme før den endelige udskrivelse styrkede deres tro på, at de kunne mestre den nye livssituation og gjorde dem mindre nervøse. Tiden hjemme gav dem rum til at prøve den nye læring, og gav dem en pause til at reflektere over det lærte.

Forældrene beskrev, at virkeligheden først ramte dem efter udskrivelse. De beskrev følelsesmæssige reaktioner som angst for fremtiden, bekymringer for sygdomsrelaterede komplikationer og frygten for at miste. Både forældre og børn beskrev episoder med hypoglykæmi og svingende blodsukre, som fyldte og frustrerede dem. Forældrene følte, det var deres skyld, hvis værdierne lå for højt eller lavt. De var bange for ikke at gøre det godt nok, og bekymrede sig om barnets velbefindende. En far beskriver det således:

*"Inde i mit hoved, så handler det jo om sukker, det er jo at være ondsksfuld over for min datter. De tanker havde jeg, og har jeg stadigvæk, når jeg regner forkert, og jeg ved, at jeg påfører hende smerte, fordi jeg ikke har gjort det ordentligt, så bliver jeg revet i stykker. Så tænker man jo bare, det er jo det rene gift for min datter." (far til Lea 10 år)*

Forældrene oplevede, at nye vaner og rutiner skulle læres, så hverdagens selvfølgheder hen af vejen kunne blive tilpasset den nye livssituation. De beskrev det som udfordrende, da det føles overvældende og usikkert at stå med ansvaret. Forældrene vil gerne have kontrol over diabetesbehandlingen og sikre, at barnets liv fortsat er så normalt som muligt. Det er betydningsfuldt for dem hurtigt at komme i gang med at gøre det, de plejer at gøre og finde tilbage til deres normale hverdag.

*"Det er en helt ny verden, man skal lære at kende, og når man kommer hjem fra sygehuset, så står man bare der fuldstændig som at komme hjem med et spædbarn." (mor til Oscar 9 år)*

De nye krav og udfordringer medførte, at forældrene pludselig blev usikre på deres egen forælderrolle. De oplevede, at sygdommen sætter begrænsninger for, hvad barnet må og ikke må og udtrykte, at det er synd for barnet, hvis der sættes alt for mange grænser. Det kan opleves svært at manøvrere i dagligdags dilemmaer og udfordringer, rumme følelsesudbrud for det sygdomsramte barn og reaktioner fra søskende.

Børnene udtrykte, at det var svært at komme hjem, da de oplevede det overvældende at skulle integrere alle nye procedurer og hensyn i hverdagen, særligt i skolen. Bør-

nene havde behov for at føle sig anerkendt og blive mødt som normale børn, så de ikke følte sig anderledes.

*"Det er også lidt svært i skolen nogle gange. Så skal man have alle de tasker med, hvis man skal et eller andet sted hen med skolen og sådan. Ja, og man skal også måle ekstra, når man har været ude i frikvarteret og været meget aktiv og sådan noget" (Alfred 11 år).*

Nogle børn oplevede at blive kede af det i skolen, når deres kammerater nåede at danne hold til fodbold, uden at de nåede ud, fordi de skulle måle blodsukker først. De sociale relationer med jævnaldrende og at være en del af holdet er betydningsfuldt.

#### **Diskussion**

I det følgende vil de væsentligste fund blive diskuteret og relateret til relevant teori og forskning. Det kan konstateres, at familiernes perspektiv er væsentlig at inddrage i planlægning og gennemførelsen af undervisningen omkring diabetes. Alle familier kommer med hver deres narrativ (fx samspil, dynamik og familie vilkår), som former deres forudsætninger for læring og håndtering af den nye livssituation. Ligeledes er det med til at forme, hvordan hverdagslivets vaner og rutiner udfordres, når det selvfølgelig ikke længere er selvfølgelig. Hospitalet er hverken starten eller slutningen - familierne er på hospitalet i en kort periode. At få stillet diagnosen T1D oplevedes af børn og familier som et eksistentielt vendepunkt i deres liv og medførte en følelsesmæssig sårbarhed.

Sorgen eller tabet af det raske barn, der kan opstå, når barnet rammes af en kronisk sygdom, opleves overvældende for både barn og forældre. De følelsesmæssige reaktioner på sygdom såsom chok, skyld, angst, magtesløshed og fornægtelse er blevet sammenlignet med de sorgreaktioner, der opleves som følge af dødsfald (21).

I to-sporsmodellen af Stroebe & Schut beskrives, hvordan mennesket bevæger sig mellem to spor i sorg og derigennem erkender situationen og forholder sig til det nye liv. Det ene spor beskrives som det tabsorienterede spor, hvor mennesket arbejder med sorgen og har fuld fokus på sorgen. Det andet spor er det reetablerende spor. Her prøver mennesket at leve sit liv med sorgen. Den dynamiske proces er forbundet med stressorer, som mennesket skal forholde sig til. Hvorledes denne proces forløber er individuelt og afhænger af, hvilken baggrund samt mestringssevne den enkelte har (22). Empirien her viser, at forældrene gennemlever en form for sorg og smerte over tabet af det raske barn, når deres børn rammes af T1D. Forældrene fortalte alle om situationer, hvor virkeligheden ramte, og de her gav plads til, at deres egne følelser kunne få frit løb. Det var ofte, når der var en pause i løbet af dagens program, når de var alene, om natten, eller når kørte hjem fra hospitalet.

Den følelsesmæssige belastning havde betydning for, hvor meget information de kunne rumme. Fund i undersøgelsen viser, at forældrene er særligt udsatte for kaos og manglende overblik de første par dage af indlæggelsen.

Flere studier understøtter vores fund, idet forældre beskriver følelser som kaos samt vigtigheden af at føle sig tryk og kunne regne med hjælp fra personalet (11,23).

Udvikling af handlekraft og handlekompetence hos børn og forældre er et af målene i behandling af T1D både nationalt og internationalt. Handlinger bag målopfyldelse er, at undervisningen skal sikre livskvalitet og normal livslængde, og børnene skal kunne deltage i livet på lige fod med deres kammerater (5). I tråd med et studie af Ekra & Gjengedal (24) fandt vi, at inddragelse af andre læringsmetoder såsom film og leg, hvor deltagerne involveres på andre måder i aktiviteter, kan fremme læringen.

Vores studie viser, at indtage mad, lege og spille er aktiviteter, som under indlæggelsen er meget værdifulde og vigtige for børnene. Dette understøttes i et svensk studie, hvor børnene på hospitalet forsøger at finde typer af forbindelser til deres liv hjemme for at finde trygheden gennem kendte aktiviteter. (23)

Viden og indsigt er en vigtig del af fundamentet for at kunne reflektere over valgmuligheder og konsekvenser af valg i diabetesbehandlingen og dermed en forudsætning for, at familien opnår kontrol over eget liv. Studier viser, at det er afgørende at inddrage familier og spørge ind til deres samlede livssituation for at kunne give den rette behandling og støtte til mestring af sygdomsforløbet (5,25,26).

Den didaktiske relationsmodel kan anvendes som metode, idet den kan give et kendskab til baggrund, forståelses- og erfaringsgrundlag hos familier (27). Modellen rummer 6 delelementer, som samlet set kan anvendes i planlægning af en undervisnings- og vejledningssituation. Fokus på fx deltagerforudsætninger (hvem er familien), indhold i undervisningen og under hvilke rammer, der undervises, kan inddrages for at optimere effekten af undervisningen og dermed øge familiers handlekompetence nu og i hverdagslivet. Når både barn og forældre er målgruppe for undervisningen, er der således flere faktorer, som må medtænkes, så undervisningen målrettes deres individuelle behov. Ved at eksplicite dagsordenen for den enkeltes undervisning, og når der er enighed om, hvad der kommunikeres ud, styrkes tilliden til personalet og den usikkerhed, der kan opstå, mindskes. Resultater i studiet viser, at forældrene har et behov for, at der bliver forventningsafstemt, så alle arbejder ud fra den samme dagsorden.

I et kvalitativt studie af Wenneick og Hallström (23) oplevede forældrene, at den viden, som de havde opnået under indlæggelsen, var svær at omsætte, når de kom hjem, idet undervisningen om diabetes var generel og ikke tog udgangspunkt i de enkelte familiers levede erfaringer i hverdagen hjemme. Forældrene udtrykte i vores studie et behov for i højere grad at blive klædt på til hverdagslivet samt modtage støtte til, hvordan de håndterer svære situationer, f.eks. hvor deres barn ikke vil have målt blodsukker, eller når barnet er ked af det. Fundene viser behovet for, at der skabes en hyppigere kontakt fra diabetesambulatoriet til familierne efter udskrivelse. Endvidere oplevede børne-

ne, hvordan det påvirkede dem, at de hele tiden skulle tage hensyn til deres T1D ved f.eks. at stikke sig selv, idet de ofte blev mindet om deres sygdom. Dog var børnene gradvist i stand til at tilpasse sig deres nye liv, hvor de udviklede færdigheder og forståelse af diabetes via praksislæring. Børnene oplevede, at de havde en ligeså stor rolle i at lære om diabetes, som deres forældre havde, og oplevede dette som et fælles ansvar. Lignende fund er set i et studie af Rankin et al. (2) og i Børnerådets rapport fra 2017 (28), der finder, at forældre har behov for mere følelsesmæssig støtte fra personalet eller fra familier, der har erfaringer med håndtering af T1D i hverdagens kontekst. Fund i vores undersøgelse viser ligeledes, at forældre kan mangle viden om, hvad de skal gøre i de situationer, hvor deres barn ikke vil have medicin, er ked af det, osv.

Bookshelf et al. beskriver i deres studie, at den læring og støtte, der foregår i de første uger efter at diagnosen er stillet, kan have langvarig effekt på børnenes accept af sygdom, deres kompetencer og motivation for håndteringen (29). Dette understøtter potentialet for at sikre en involverende tilgang og anvende læringsmetoder rettet mod målgruppen, så den opleves interessant og meningsfuld. For den aldersgruppe af børn, som indgik i undersøgelsen, er forældre fortsat en vigtig støtte i forhold til håndteringen af T1D. Studier viser, at forældreinvolvering og dermed delt ansvar giver bedre glykæmisk kontrol (30).

Hverdagslivets vaner og rutiner bliver brudt op, når familier rammes af sygdom. Nye vaner og rutiner må læres, og behandlingsregimer må inkorporeres i hverdagslivet - det kræver øvelse at mestre livet med en sygdom. Dette understøttes i et review, hvor udvikling af strategier og forskellige mønstre medvirker til kontrol og normalisering, hvilket beskrives som vigtige aspekter af familiers respons på sygdom i hverdagslivet (31). Familier kan på den måde skabe en hverdag, hvor sygdommens indflydelse på hverdagslivet hen af vejen minimeres.

#### Diskussion af metode

Processen i undersøgelsen er beskrevet så detaljeret som muligt for at øge undersøgelsens transparens og pålidelighed (14). Den kvalitative metode tillader ikke generaliseringer, men skaber meningsfuld forståelse og viden, der kan anvendes i klinisk praksis og tilpasses andre kontekster. Det kan kritiseres, at undersøgelsen er udført i egen kliniske praksis, idet det kan medføre, at forældre tilbageholder informationer for at sikre en fortsat god behandling. At interviewene blev gennemført af alle tre forfatterne kan kritiseres, men var et bevidst etisk valg i forhold til at drage omsorg for børnene i interviewssituationen. For dem var en tryk og kendt relation vigtig.

#### **Konklusion**

Studiet har givet en indsigt i familiernes præferencer i forbindelse med støtte og undervisning fra sundhedspersonalets side. Familierne oplevede, at læringsmængden var overvældende, særligt fordi de var i en form for krise og havde et stort behov for en simpel og struktureret undervisning med plads til gentagelser og dialog under lærings-

processen. I forlængelse heraf finder børnene undervisningen kedelig, hvis der tales meget og kommunikeres i et sprog, der er fremmed for dem, f.eks. medicinske udtryk, som kan virke skræmmende. I forhold til støtte og undervisning af børnene, viser resultaterne, at børnene sætter stor pris på et godt miljø i børnevenlige rammer, der indbyder til leg og aktiviteter, og som giver dem en pause fra sygdom.

At få stillet diagnosen diabetes opleves af børn og familier som et vendepunkt i deres liv, og det medfører en følelsesmæssig sårbarhed og et behov for at udvikle handleevne til at håndtere hverdagslivet med sygdommen. Når et barn får T1D berører det ikke kun barnet, men hele familien, som skal håndtere følelsesmæssige reaktioner og mestre forandringer i hverdagslivet. Der kan konkluderes, at der er potentiale for at medtænke søskende i patientforløbet og styrke visionen om familiesygepleje som rammen om patientforløbene.

#### Relevans for klinisk praksis

Der er blevet indført en mere struktureret indlæggelsesamtale, hvor familiernes forudsætninger, gensidige forventninger samt koordinering og plan for indlæggelsen drøftes.

For at forebygge utryghed i en sårbar periode er der implementeret hyppigere kontakt til familierne efter udskrivelse, hvor en kontaktsygeplejerske fra diabetesambulatoriet har telefonisk kontakt med familierne en dag efter udskrivelsen. En uge efter udskrivelse kommer familien ind til ambulant opfølgning/samtale. Sygdommen fylder 24/7 for familierne, og det kan tage op til et år eller mere, før den fylder mindre, hvilket kan være godt at vide for familierne. Der er igangsat en proces med at udvikle undervisningsmateriale, som er mere visuelt, praktisk og børnevenligt. Blandt andet små læringsvideoer som udgives på app'en "Mit sygehus".

Den teknologiske udvikling på diabetesområdet har siden studiets gennemførelse medvirket til, at de fleste børn får en insulinpumpe og en glukose-sensor på før udskrivelsen eller meget kort tid efter. Det har betydet mere stabile blodsukre og færre prik i hverdagen for barnet. For forældrene har det medført mere tryghed og mindsket angst for lave blodsukkerværdier.

Der tilbydes nu, at børnene kan komme i sygehuskolen under indlæggelsen, hvilket støtter op om børnene ønske at lave aktiviteter, som de kender til. Der er endvidere etableret mulighed for at forældre og børn i alderen 8-12 år kan møde andre familier i samme situation en gang årligt.

## Referencer

- (1) Diabetesforeningen. Fakta om børn med diabetes 1. 2019; Available at: <https://diabetes.dk/boern-og-unge/fakta-om-boern-og-diabetes.aspx>. Accessed Oct 31, 2019.
- (2) Rankin D, Harden J, Waugh N, Noyes K, Barnard KD, Stephen J, et al. Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes* 2014;15(8):591-598.
- (3) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (. Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes (Dan-DiabKids). U.å.; Available at: <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-register-for-borne--og-ungdomsdiabetes-dandiabkids/>. Accessed Oct 31, 2019.
- (4) Wolfsdorf JL. The International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes guidelines for management of diabetic ketoacidosis: do the guidelines need to be modified? *Pediatr Diabetes* 2014;15(4):277-286.
- (5) Dansk Endokrinologisk Selskab. Kliniske retningslinier for behandling af Børn med Type 1 og Type 2 diabetes . 2010; Available at: <http://www.endocrinology.dk/Kliniske%20retningslinier%20-%20Diabetes%20hos%20boern%20og%20unge.pdf>. Accessed Nov 1, 2019.
- (6) Gregory JM, Moore DJ, Simmons JH. Type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Rev* 2013 May;34(5):203-215.
- (7) Jönsson L, Hallström I, Lundqvist A. A multi-disciplinary education process related to the discharging of children from hospital when the child has been diagnosed with type 1 diabetes--a qualitative study. *BMC Pediatr* 2010 May 27;10:36.
- (8) Jönsson L, Hallström I, Lundqvist A. "The logic of care" - parents' perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes. *BMC Pediatr* 2012 Oct 20;12:165.
- (9) Rankin D, Harden J, Waugh N, Noyes K, Barnard KD, Lawton J. Parents' information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study. *Health Expect* 2016 06;19(3):580-591.
- (10) Marshall M, Carter B, Rose K, Brotherton A. Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *J Clin Nurs* 2009 Jun;18(12):1703-1710.
- (11) Lowes L, Gregory JW. Management of newly diagnosed diabetes: home or hospital? *Archives of Disease in Childhood* 2004 October;89(10):934-937.
- (12) Rankin D, Harden J, Jepson R, Lawton J. Children's experiences of managing Type 1 diabetes in everyday life: a thematic synthesis of qualitative studies. *Diabet Med* 2017 08;34(8):1050-1060.
- (13) Gubrium, Jaber F. & Holstein, James A. *The Active Interview - SAGE Research Methods*. ; 1995.
- (14) Brinkmann, Svend & Tanggaard, Lene. *Kvalitative metoder : en grundbog*. København: Hans Reitzel; 2020.
- (15) Hansen BH. *Den filosofiske hermeneutik som metodisk grundlag. I: Fænomenologi og hermeneutik : anvendelse og argumentation i sygeplejen*. Samfundslitteratur: Samfundslitteratur; 2019.
- (16) Judith Green, Nicki Thorogood. *Qualitative methods for health research*. Sage; 2018.

- (17) Halkier B. Fokusgrupper. Samfundslitteratur: Samfundslitteratur; 2016.
- (18) Ladefoged & Petersen (red). Forskning med børn og unge : etik og etiske dilemmaer. Hans Reitzel: Hans Reitzel; 2020.
- (19) Fredslund, H. & Dahlager, L. Hermeneutisk analyse I: Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Munksgaard Danmark: Munksgaard Danmark; 2015.
- (20) Kvale S, Brinkmann S. Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3.th ed. København: Hans Reitzel; 2015.
- (21) Lowes L, Lyne P. Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: a review of the literature and discussion of the implications for nursing practice. J Adv Nurs 2000 Jul;32(1):41-48.
- (22) Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. Omega (Westport) 2010;61(4):273-289.
- (23) Wennick A, Hallström I. Swedish Families' Lived Experience When a Child Is First Diagnosed as Having Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: An Ongoing Learning Process. Journal of Family Nursing 2006;12(4):368-389.
- (24) Ekra EMR, Korsvold T, Gjengedal E. Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study of children's past and present experiences. BMC NURS 2015;14(1):1-19.
- (25) Jensen BB. Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden- I: Læring i sundhedsvæsenet. Munksgaard Danmark: Munksgaard Danmark; 2000.
- (26) Jensen BB. Et sundhedspædagogisk perspektiv på sundhedsfremme og forebyggelse. I: Sundhedspædagogik og sundhedsfremme : teori, forskning og praksis. Aarhus Universitetsforlag: Aarhus Universitetsforlag; 2009.
- (27) H. Hiim, E. Hippe. Læring gennem oplevelse, forståelse og handling : en studiebog i didaktik. Gyldendal; 2007.
- (28) Børnerådet. Jeg er ikke min sygdom. Børn og unge fortæller om deres møde med det somatiske system. 2017:1-76.
- (29) National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Diabetes (Type 1 and Type 2) in Children and Young People: Diagnosis and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015.
- (30) Powell PW, Corathers SD, Raymond J, Streisand R. New approaches to providing individualized diabetes care in the 21st century. Curr Diabetes Rev 2015;11(4):222-230.
- (31) Knafli KA, Gilliss CL. Families and chronic illness: A synthesis of current research. Journal of Family Nursing 2002;8(3):178-198.



**KONFERENCE**

# Dataeksplosion i en evidensbaseret verden

**Konferencen afholdes d. 14.-15. marts 2023 på Comwell Kolding**

Sundhedsvæsenet oplever en sand dataeksplosion. Ofte tror vi, at data vil give os gode svar på svære spørgsmål. Men det er ikke enkelt at arbejde med data.

Data kan have mange former; tal, fortællinger, cases eller grafer. Der er en stor bredde i den evidens, vi bygger sygeplejen på.

På landskonference vil vi i 2023 berøre data og evidens i bredden og stiller følgende spørgsmål:

- **Hvad bruger vi data til?**
- **Hvilke forskellige typer af data kan man tale om?**
- **Hvad er evidens?**
- **Tror vi på evidensen?**
- **Hvorfor er det vigtigt med evidens?**
- **Hvordan kommer vi fra evidens til praksis?**
- **Hvor er etikken i data og evidens?**

Du kan tilmelde dig fra midten af oktober 2022 via vores hjemmeside.

Prisen for deltagelse er:

- 2 dage koster 1795 kr. for medlemmer / 2495 kr. for ikke medlemmer. Efter den 12.1.2023 stiger prisen 400 kr.
- 1 dag koster 1100 kr. for medlemmer / 1600 kr. for ikke medlemmer. Efter den 12.1.2023 stiger prisen 400 kr.



Marie Juhl<sup>1,2</sup>, Tanja Joest Væver<sup>3</sup>, Birgitte Lerbæk<sup>4,5</sup>, Peter Gaardbo Simonsen<sup>6</sup>, Anne Estrup Olesen<sup>1,2</sup>

1. Klinisk Farmakologisk Enhed, Aalborg Universitetshospital, Aalborg, Danmark
2. Klinisk Institut, Aalborg Universitet, Aalborg, Danmark
3. Center for Sundhed og Pleje, Frederikshavn Kommune, Frederikshavn, Danmark
4. Klinik Medicin og Akut, Aalborg Universitetshospital, Aalborg, Danmark
5. Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, Aalborg, Danmark
6. Lægeklinikken Frederikshavn, Frederikshavn, Danmark

**Kontaktforfatter:**

Anne Estrup Olesen (ORCID iD 0000-0001-9365-1918)  
Aalborg Universitetshospital, Klinisk Farmakologisk Enhed  
Gartnerboligen, stuen, Mølleparkvej 8a, 9000 Aalborg, Danmark, E-mail: aneso@rn.dk

## Faglig artikel

Lægemedielrelaterede problemer i sektorovergang  
– en tidskrævende opgave.  
Kan der frigives tid til borgernære opgaver?

### Abstract

**Baggrund:** Sektorovergange i sundhedsvæsenet udgør en særlig risikosituation i forhold til medicineringsfejl. Det kræver tid og ressourcer at rette op på eventuelle fejl, men omfanget heraf er endnu ikke godt belyst. Formålet med denne undersøgelse var at undersøge medicineringsfejl i sektorovergangen fra hospital til rehabiliteringscenter med særligt fokus på den samlede tid, der bruges på at tage kontakt til sundhedsprofessionelle, f.eks. patientens egen læge, for at få rettet op på fejl og mangler.

**Metode:** Studiet var et prospektivt, tværsektorielt kvalitetssikringsstudie. Studiet blev udført i perioden fra 25. juli 2019 til 4. februar 2020. Studiet inkluderede både kvantitative og kvalitative data og bestod af to dele: I) Audit og II) Arbejdsgangsanalyse. I) Audit blev udført på ældre medicinske borgere, der blev udskrevet fra hospitalet og henvist til rehabiliteringscenter til specialiseret rehabilitering i Region Nordjylland. Kontakter til hospitaler, praktiserende læger og apoteker samt tid, der blev brugt på at løse even-

tuelle lægemiddelrelaterede problemer, blev systematisk registreret. II) Arbejdsgangsanalyse blev udført via gruppeinterviews med plejepersonale, hvor medicinafstemningsprocessen blev skitseret fra start til slut, og tidsforbrug i forbindelse med medicinafstemning blev estimeret.

**Resultater:** Vi inkluderede 22 borgere i studiet. De 22 borgere havde i gennemsnit 11,6 lægemiddelordinationer på det fælles medicinkort (interval 4-23). Ved 20 borgere fandt man: 19 lægemiddelrelaterede problemer (relateret til behandlingseffektivitet, sikkerhed eller uønskede virkninger); 9 dispenseringsfejl i medicin udleveret fra hospitalet og 22 manglende recepter. I relation til disse problemer havde plejepersonalet på rehabiliteringscentret 56 kontakter til hospitaler (17), praktiserende læger (19) eller apoteker (20). Den tid, der blev brugt på at løse lægemiddelrelaterede problemer for én borger, var i gennemsnit 50 minutter (interval: 15-195 min). Den gennemsnitlige vurderede tid, som personalet anvendte på medicinafstemning, var 28 minutter, hvis der ikke var udfordringer og 150 minutter, hvis der var udfordringer i medicinafstemningsprocessen.

**Konklusion:** Vi fandt en høj forekomst af medicineringsfejl i sektorovergangen for ældre medicinske borgere. Fejlene medførte et stort antal tidskrævende kontakter. Der bør afsættes ressourcer til at forebygge medicineringsfejl frem for at løse de enkelte problemer, når de først er opstået. Herved kan der frigives tid til borgernære opgaver.

## Introduktion

Medicineringsfejl er en udfordring for patientsikkerheden og derfor højt prioriteret både sundhedsfagligt og politisk bl.a. ved WHO-initiativet, "Medicin uden skade". Initiativet blev implementeret i 2018 med det formål at mindske antallet af medicinfejl ved at kortlægge, hvor fejlene typisk sker (1).

Overlevering af borgers medicinering mellem hospital og primærsektor er en kompleks opgave, der involverer flere interessenter og forskellige IT-systemer. Sektorovergangen udgør således en særlig risikosituation vedrørende medicineringsfejl (2). Ved hjælp af medicinafstemning forsøger man at forebygge utilsigtede hændelser som følge af medicinering (3, 4). Evidensen er dog stadig begrænset, og der er endnu ikke foretaget systematisk implementering i forhold til patienters forløb på tværs af sekundær og primær sektorer (5).

Sygeplejersker er ofte involveret i håndtering af borgers medicin i forbindelse med udskrivelse og dermed i overgangen mellem hospital og primærsektor. Dette er en kompleks opgave, som stiller krav til sygeplejerskernes kompetencer. Tidligere dansk forskning har beskrevet procedurefejl i opfølgningen på medicinændringer ved sektorovergang fra hospital til pleje i primærsektoren for

geriatiske patienter (6). Desuden beskrives det, at hospitalsansatte sygeplejerskers medicin håndtering, i forbindelse med udskrivelse af ældre multisyge patienter, kan være præget af uforudsigelighed og mangel på sammenhæng i planlægningen af udskrivelsen. Dette kan skyldes fragmenterede arbejdsprocesser med mange involverede aktører samt kommunikationssystemer med høj kompleksitet (7). Tillige er kommunale sygeplejersker ofte involveret i modtagelsen af borgeren, når denne udskrives til eget hjem eller til plejecenter. Her kan det være en krævende opgave at tjekke de aktuelle ordinationer samt at sammenholde den medicinske behandling før og efter hospitalsindlæggelse (8). Mangel på kontinuitet og struktur kan føre til medicineringsfejl og dermed øget forekomst af genindlæggelser og dødelighed (2).

I 2019 ansatte Center for Sundhed og Pleje en farmaceut, der som led i projektet "RETTE medicinering" fik til opgave at øge kvaliteten på medicinområdet for den ældre medicinske borger i Frederikshavn Kommune. Dette skulle ske ved optimering af medicineringsprocessen internt og i sektorovergange med det formål at frigive tid til borgernære opgaver.

En væsentlig baggrund for ansættelsen var, at der, blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (SSA) i kommunen, gentagne gange blev refereret til stort tidsforbrug afledt af medicineringsfejl og udfordringer i borgernes medicin i forbindelse med sektorovergangen. Problemerne opstod typisk, når borgeren var blevet udskrevet fra hospital, og der under indlæggelse var foretaget ændringer i den medicinske behandling. Tidsforbruget kunne eksempelvis være afledt af uklarheder i form af lægemiddelrelaterede problemer på det fælles medicinkort (FMK) i relation til forkert dosis, dobbeltordination, forkert administrationsvej, ikke aktuelle ordinationer, manglende udtrapningsplan og slutdato. Ligeledes kunne der ved manglende medicin og recepter efter udskrivelse være brug for ekstra tidsressourcer for at fremskaffe medicinen tidsnok, inden medicinen, som er udleveret fra hospitalet, slap op. Med henblik på at identificere hvilke konkrete udfordringer der opstår i forbindelse med medicinafstemningsprocessen, når en borger udskrives fra hospitalet, besluttede Center for Sundhed og Pleje, som en del af projektet "RETTE medicinering" at foretage audits og arbejdsgangsanalyser målrettet medicinafstemningsprocessen. Afledt af erfaringer med de førnævnte tidskrævende opgaver skulle denne undersøgelsesproces have fokus på den samlede tid, der blev brugt på at følge op på medicineringsfejl.

På den baggrund blev formålet med denne undersøgelse at udforske eventuelle lægemiddelrelaterede problemer og udfordringer blandt en gruppe ældre medicinske borgere i den tværsektorielle overgang fra hospital til rehabiliteringscenter, med særligt fokus på afledte kontakter til sundhedsvæsenet efter udskrivelse fra hospital.

## Metoder

### Studiedesign

Studiet var et prospektivt, tværsektorielt kvalitetssikringsstudie. Studiet inkluderede både kvantitative og kvalitative data og bestod af to dele: I) Audit og II) Arbejdsgangsanalyse. Dataindsamling blev udført i perioden 25. juli 2019 til 4. februar 2020 på et rehabiliteringscenter i Frederikshavn Kommune, der håndterer borgere i midlertidige afklaringsforløb eksempelvis efter udskrivelse fra hospitalet.

I) Audit: Data blev indsamlet fra hhv. FMK, udskrivningsrapport og plejeforløbsplaner. Audit er en metode til systematisk gennemgang af patientforløb. Det er en metode, som anvendes med henblik på at vurdere kvaliteten af specifikke ydelser i sundhedsvæsenet (9). I dette projekt udførte en klinisk farmaceut audits og medicinafstemning for at vurdere overensstemmelser. Hver borger kunne have tre forskellige medicinoversigter i den primære-sekundære sektorovergang: 1) FMK, 2) Udskrevet medicinkort fra hospital og 3) Lokalt medicinkort fra primærsektor (kun i de tilfælde, hvor borger fik hjælp af kommunen til medicinadministration inden indlæggelsen). Medicinafstemningsprocessen defineres som en "procedure til at sikre et samlet og tidstro overblik over den medicin, som borgeren reelt anvender sammenholdt med den medicin, der er ordineret" (10). Selve dispenseringen af en borgers medicin er ikke en del af medicinafstemningsprocessen.

II) Arbejdsgangsanalyse: Data blev indsamlet via gruppeinterviews med plejepersonale. I gruppeinterviewene blev medicinafstemningsprocessen klarlagt fra start til slut.

### Population

I) Audit: Audit blev udført for borgere, som efter en hospitalsindlæggelse blev indskrevet til midlertidig afklaringsforløb på et rehabiliteringscenter. Da dette er et midlertidigt tilbud, er borgerne ofte nye bekendtskaber for plejepersonalet.

Studiet inkluderede borgere, som havde fået foretaget medicinændringer under indlæggelse på hospital og herefter var udskrevet til ophold på det inkluderede rehabiliteringscenter i Frederikshavn Kommune. Udvælgelsen af borgerne blev foretaget med udgangspunkt i, hvornår auditøren havde mulighed for at modtage borgeren på rehabiliteringscentret

II) Arbejdsgangsanalyse: Deltagere i arbejdsgangsanalysen blev rekrutteret blandt plejepersonalet på det inkluderede rehabiliteringscenter. Fem sygeplejersker deltog i én analyse af arbejdsgangene i medicinafstemningsprocessen, og fire social- og sundhedsassistenter deltog i en anden tilsvarende analyse. Deltagelse i arbejdsgangsanalysen var frivillig.

### Dataindsamling

I) Audit: En klinisk farmaceut udførte audits og foretog en grundig afstemning af alle borgernes medicinskemaer med fokus på tre hovedtemaer og på baggrund af målparametrene, som er angivet i Tabel 1. Det drejede sig om

### Målparametre

- Er det Fælles Medicinkort (FMK) ajourført på udskrivelsestidspunktet?
- Er aktuelt udskrevet medicinkort udleveret til borgeren på hospitalet til rådighed for plejepersonalet?
- Stemmer medicinkortet fra hospitalet overens med FMK på medicinafstemningstidspunktet?
- Er der lægemiddelrelaterede problemer på FMK?
- Er der manglende recepter tilknyttet ordinationer, som blev opstartet under indlæggelsen?
- Er der udtrappingsplan/plan, når en borger er blevet opstartet i opioidbehandling under indlæggelsen?
- Er der plan for antibiotika-behandlingen, når borger fik opstartet dette under indlæggelsen?
- Har borger fået udleveret medicin fra hospitalet?
- Er der dispenseringsfejl i medicin udleveret fra hospitalet?
- Stemmer udleveret medicin overens med medicinkortet, som blev udleveret fra hospitalet?
- Er aktuell medicin/recepter til rådighed, således at det er muligt at dispensere medicin til borger i forhold til det antal døgn, hvortil der er udleveret medicin fra hospitalet?
- Kræver medicinafstemning kontakt til hospitalet?
- Kræver medicinafstemning kontakt til almen praksis?
- Kræver medicinafstemning kontakt til apoteket?
- Samlet effektiv arbejdstid anvendt på medicinafstemningen?

Tabel 1. Oversigt over måleparametre for auditten

Farmaceuten orienterede herefter den ansvarlige sygeplejerske på det involverede rehabiliteringscenter om de identificerede problemer. Sygeplejersken var i daglig praksis ansvarlig for at løse sådanne problemer, herunder også at registrere kontakter til hospital, praktiserende læger, apoteker eller pårørende og den samlede tid brugt herpå. De primære endepunkter fra audit var: 1) antal kontakter og samlet tid brugt på kontakter til sundhedsvæsenet afledt af lægemiddelrelaterede problemer. Sekundært endepunkt fra audit var 2) karakteristik af lægemiddelrelaterede problemer.

II) Arbejdsgangsanalyse: Med formålet om at udføre arbejdsgangsanalyser af medicinafstemningsprocessen faciliterede og gennemførte farmaceuten to arbejdsgangsanalyser. Her blev deltagerne bedt om at estimere tidsforbrug på medicinafstemning i fire forskellige scenarier: 1) Tid brugt på medicinafstemning uden udfordringer, 2) Tid brugt på medicinafstemning med udfordringer, 3) Tid brugt på medicinafstemning uden udfordringer ved dosisdispensering og 4) Tid brugt på medicinafstemning med udfordringer ved dosisdispensering.

Sekundært endepunkt fra arbejdsgangsanalyse var det estimerede tidsforbrug i forskellige scenarier i forhold til at løse udfordringer i medicinafstemningsprocessen.

### Etiske overvejelser

Studiet blev på forhånd godkendt af Frederikshavn Kommune. Ifølge national dansk lovgivning krævedes ingen formel tilladelse fra Etisk Komité, da studiet var kvalitetssikringsstudie, hvor informerede samtykke ikke er nødvendi-

ge. Ledelsen i Frederikshavn Kommune godkendte studiet inden igangsættelse. Alle data blev indsamlet og administreret anonymt. Borgerne blev ikke behandlet dårligere end sædvanlig pleje, da fejl blev identificeret og håndteret i overensstemmelse hermed.

## Resultater

### I) Audit:

#### Lægemeddelrelaterede problemer

Toogtyve borgere, som havde fået foretaget medicinændringer under indlæggelsen, blev inkluderet i studiet. Atten borgere var udskrevet fra Regionshospitalet Nordjylland og fire borgere fra Aalborg Universitetshospital. Alle borgere var udskrevet fra hospitalet til ophold på det inkluderede rehabiliteringscenter.

En gruppe af borgerne (n=14) fik hjælp af kommunen til medicinadministration inden indlæggelsen, mens andre (n=8) ikke modtog hjælp til medicinadministration inden indlæggelsen. De 22 borgere havde gennemsnitlig 11,6 lægemiddelordinationer på FMK (median=10,00; interval=4-23).

Hos 20 (91%) af de 22 borgere fandt man følgende problemer: 19 lægemiddelrelaterede problemer (relateret til behandlingseffektivitet, sikkerhed eller uønskede virkninger), 9 dispenseringsfejl i medicin, som var udleveret fra hospitalet og 22 manglende recepter på FMK. Tabel 2 giver et overblik over de observerede problemer.

FMK var ajourført hos 21 (95%) af de 22 borgere på udskrivelsestidspunktet, dog blev der identificeret 19 lægemiddelrelaterede problemer angående ordinationer på FMK hos 10 borgere (45%). Disse 19 lægemiddelrelaterede problemer blev alle gennemgået af en læge og vurderet klinisk signifikante.

#### Dispenseringsfejl i medicin, som blev udleveret fra hospitalet

Alle 22 borgere havde fået udleveret medicin samt medsendt udskrevet medicinkort fra hospitalet i forbindelse med udskrivelsen. Udleveret medicin, som var dispenseret af hospitalspersonalet, blev gennemgået for 20 borgere (medicinen var administreret til to borgere før farmaceuten ankom). For at undersøge om udleveret medicin fra hospitalet stemte overens med det medsendte medicinkort, blev al den udleverede medicin identificeret via funktionen "Genkend medicin" eller under "Foto og identifikation" for det pågældende præparat i pro.medicin.dk. Efter identifikationen blev medicinen afstemt i forhold til udleveret medicinkort fra hospitalet. I den forbindelse blev der identificeret 9 dispenseringsfejl fordelt på 5 borgere. Alle 9 dispenseringsfejl blev vurderet af læge, som fandt, at i alt 3 dispenseringsfejl havde lettere mulig konsekvens for borger, mens 6 dispenseringsfejl ingen mulig konsekvens havde for borger. For de 20 borgere, hvis medicin fra hospitalet blev gennemgået, fandt man ved 7 dispensererede præparater uoverensstemmelse mellem oplysninger på udleveret medicinkort og dispenseret medicin. Herunder manglende manuel tilretning af udskrevet medicinkortet i

forhold til den medicin, der var dispenseret.

#### Manglende recepter på FMK

For 10 ud af de 22 inkluderede borgere manglede der i alt 22 recepter på FMK for lægemiddelordinationer opstartet på hospitalet. For 13 ud af de 22 borgere krævede det en ekstra indsats af personalet på rehabiliteringscentret at fremskaffe borgernes aktuelle medicin, så den kunne dispenseres til borgeren inden medicinen, som var udleveret fra hospitalet, slap op. Dette skyldtes manglende medicin og/eller recepter efter udskrivelse fra hospitalet.

#### Kontakter afledt af problemer med medicin i sektorovergang

På grund af lægemiddelrelaterede problemer på FMK, dispenseringsfejl i udleveret medicin og manglende recepter resulterede medicinafstemning for de 22 borgere i, at personalet på rehabiliteringscentret havde i alt 56 kontakter til henholdsvis hospitalet, almen praksis og apoteket. Kontakterne var fordelt som følgende: 17 kontakter til hospitalet relateret til 10 borgere om primært tvivlsspørgsmål til ordinationer på FMK og manglende recepter; 19 kontakter til almen praksis relateret til 11 borgere om primært tvivlsspørgsmål til ordinationer på FMK og udstedelse af recepter; 20 kontakter til apoteket relateret til 12 borgere og primært angående akut levering af medicin eller manglende medicin. Den effektive arbejdstid, der blev brugt på medicinafstemningsprocessen, og dermed på at løse lægemiddelrelaterede problemer hos hver borger, var i gennemsnit 50 minutter (15-195 minutter). Den forbrugte effektive arbejdstid, rapporteret af den ansvarlige sygeplejerske ses i Tabel 2.

### II) Arbejdsgangsanalyse og estimeret tidsforbrug:

Arbejdsgangsanalysen af medicinafstemningsprocessen blev foretaget i forbindelse med to gruppeinterviews med henholdsvis 5 sygeplejersker og 4 social- og sundhedsassistenter fra det inkluderede rehabiliteringscenter. Den gennemsnitlige vurdering af den tid, som personalet anvendte på medicinafstemning, var 28 minutter, hvis der ikke var udfordringer og 150 minutter, hvis der var udfordringer i medicinafstemningsprocessen.

### Diskussion

Auditten udført i dette studie viste en høj forekomst af lægemiddelrelaterede problemer relateret til sektorovergange for ældre medicinske borgere. Problemerne medførte et stort antal tidskrævende kontakter til hospital, praktiserende læge og apotek. Dette til trods for mange års fokus på medicineringsfejl i overgangen fra hospital til primærsektoren samt anbefaling om, at der, for at forebygge medicineringsfejl, laves systematisk opfølgning efter udskrivelse med fokus på et opdateret medicinkort (11). I andre lande findes der ligeledes ofte afvigelse i forskellige dokumenter, hvor medicinering beskrives fra den udskrivende institution (12). I vores studie stemte de fleste udleverede medicinkort fra hospital overens med FMK. Trods overensstemmelse fandt vi dog lægemiddelrelaterede problemer. Overensstemmelse peger i retning af, at fejlene fandtes både i FMK og på udleveret medicinkort. Ajourført



FMK kan derfor give en falsk tryghed, da en ajourføring ikke er nogen garanti for kvaliteten. Dette er i tråd med tidligere vurdering af medicinafstemning i Danmark, hvor det konkluderes, at overensstemmelse mellem forskellige medicinkort udelukkende kan sikres ved en dialog mellem patienter og sundhedsprofessionelle, og denne dialog kan ikke blot erstattes af teknologi (3).

Vi havde i studiet særligt fokus på afledte kontakter og fandt, at tidsressourcer var nødvendige for at løse de identificerede problemer. Kontakter er nødvendige i problemløsningen, og det er derfor væsentligt, at primærsektorens personale har tidsressourcer til dette. Generelt viste undersøgelsen overensstemmelse mellem faktisk brugt tid og estimater fra arbejdsgangsanalyserne. Dette indikerer,

at personalet er opmærksomme på de tidskrævende udfordringer. Det viste sig at være udfordrende at registrere afledte kontakter til pårørende. Pårørende blev ofte kontak- tet af personale ved indskrivning på rehabiliteringscentret, når de kom på besøg, men også telefonisk ved behov. Des- uden blev tid anvendt af hospitalspersonale, praktiserende læger eller apotekspersonale ikke målt, men bør tages i be- tragtning i fremtidige undersøgelser og vurdering af nød- vendige tidsressourcer. Den samlede tid brugt på afledte kontakter anses således for at være underestimeret i vores studie, og de tværsektorielle lægemiddelrelaterede proble- mer er sandsynligvis meget mere ressourcekrævende end vist. Tidsressourcer vurderes derfor at være bedre brugt proaktivt på at øge kvaliteten og minimere lægemiddel- relaterede problemer i sektorovergangen. Derved vil der kunne frigives tidsressourcer til at udføre borgernære opgaver.

Andre undersøgelser har også diskuteret, at sygeplejersker i primærsektoren dagligt står over for en stor opgave med at afstem- me uoverensstemmende dokumentation fra hospitalssektoren. Selvom sygeplejer- sker erkender vigtigheden af medicinaf- stemning, står de ofte over for tidspres (12). Den farmaceut, der udførte medicinafstem- ning, var ikke en fast medarbejder, da hun var ansat som projektmedarbejder. Vores studie kan således indikere, at sygeplejer- skerne skal afsætte endnu mere tid til hver borger, end det der blev registreret. Alle inkluderede borgere modtog flere forskel- lige præparater som led i deres behandling (polyfarmaci), hvilket i sig selv øger risikoen for indlæggelser (13). Dermed øges også ri- sikoen for flere sektorovergange, hvor tvær- sektorielt samarbejde er yderst essentielt.

Medicineringsfejl kan medføre kaskader af fejl (14). Derfor er det af stor betydning at forhindre, at medicineringsfejl opstår. I vores studie blev der udført medicinaf- stemninger i primærsektoren. Man kunne forestille sig, at en mere systematisk og præcis medicinafstemning ved udskrivelse i hospitalssektoren ville have større betyd- ning for forebyggelse af fejl i sektorover- gangen. Succesfuld medicin håndtering og reduktion af medicinrelaterede problemer kræver anerkendelse af ansvar og roller i et tværfagligt samarbejde med god kommu- nikation mellem forskellige sundhedspro- fessioner, herunder sygeplejersker, læger, farmaceuter samt patienter og pårørende (15). Dette står i kontrast til sundhedsafta- lerne og det normale henvisningsforløb mellem primær- og sekundær sektor, når patienten overdrages fra den ene kliniker til den anden.

Nr.	Målparametre	Kontakter	Tidsforbrug (minutter)
1	Dispenseringsfejl i medicin udleveret fra hospitalet	Ingen	40
2	Ingen bemærkninger	Ingen	25
3	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK Dispenseringsfejl i medicin udleveret fra hospitalet Manglende recepter	Hospital: 1	45
4	Manglende recepter	Almen praksis: 1 Apotek: 2	40
5	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK Manglende recepter	Hospital: 2 Almen praksis: 4	90
6	Andet ang. dosisdispensering	Almen praksis: 3 Apotek: 3	90
7	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK Manglende recepter	Hospital: 4 Almen praksis: 2 Apotek: 1	70
8	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK	Almen praksis: 1	15
9	Dispenseringsfejl i medicin udleveret fra hospitalet Manglende recepter	Almen praksis: 1 Apotek: 3	70
10	Andet	Apotek: 1	30
11	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK Manglende recepter	Hospital: 2	30
12	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK	Hospital: 1 Apotek: 1	25
13	Dispenseringsfejl i medicin udleveret fra hospitalet Manglende recepter	Hospital: 1 Almen praksis: 1 Apotek: 1	50
14	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK	Hospital: 1 Almen praksis: 1 Apotek: 1	45
15	Ingen bemærkninger	Almen praksis: 1	20
16	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK Manglende recepter	Hospital: 1	15
17	Andet	Ingen	15
18	Andet	Ingen	30
19	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK Manglende recepter	Hospital: 2 Almen praksis: 2 Apotek: 4	55
20	Andet	Almen praksis: 2 Apotek: 1	30
21	Lægemiddelrelaterede problemer på FMK	Hospital: 2 Apotek: 1	195
22	Dispenseringsfejl i medicin udleveret fra hospitalet Manglende recepter	Apotek: 1	80

Tabel 2. Oversigt over kategori af lægemiddelrelaterede problemer hos de 22 inkluderede borgere.

"Shared Care" er en tilgang til organisering af sundhedsydelser, der inkluderer fælles deltagelse af relevant sundhedspersonale og praktiserende læge i den planlagte og strukturerede levering af pleje og behandling til borgere med en kronisk lidelse. Tilgangen bygger på principper om forbedret informationsudveksling, som også rækker ud over rutinemæssige udskrivnings- og henvisningsmeddelelser (16). Det er tidligere påvist, at "Shared Care" samarbejde kan forbedre levering af sundhedsydelser med en beskedent øget økonomisk omkostning, når dette sammenlignes med sædvanlig pleje og behandling (17). Det kan derfor fremadrettet være gavnligt at undersøge, om "Shared Care" også kan være med til at nedsætte antallet af fejl relateret til medicin og medicin håndtering i sektorovergange.

### Konklusion

Dette studie viste en høj forekomst af lægemiddelrelaterede problemer i sektorovergang af ældre medicinske borgere. Fejlene medførte et stort antal tidskrævende kontakter til hospital, praktiserende læge og apotek. Der bør således afsættes ressourcer til at forebygge lægemiddelrelaterede problemer frem for at løse de enkelte problemer, og herved vil der kunne frigives tid til borgernære opgaver. Den tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsform 'Shared Care' repræsenterer en tilgang til levering af sundhedsydelser, som potentielt set kan være med til at sikre pleje- og behandlingsforløb af høj kvalitet. Dette baseret på aftalte standarder gennem optimal brug af sundhedsvæsenets ressourcer for at imødekomme borgernes behov. Potentielle gavnlige effekter relateret til medicin og medicin håndtering i sektorovergange bør udforskes nærmere.

### Anerkendelser

En stor tak til leder af Rehabiliteringscentret Kastaniegården sygeplejerske Gitte Vogdrup Olesen for at tillade udførelsen af audit og arbejdsgangsanalyser på Kastaniegården samt for kritisk gennemgang og godkendelse af den endelige artikel. Også stor tak til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter ansat på Kastaniegården, som både var behjælpelig med dataindsamling ved auditten, og ved deltage i arbejdsgangsanalyserne, hvor deres viden og erfaringer bidrog til et godt overblik over udfordringerne i medicin afstemningsprocessen, set fra kommunalt plejepersonales synsvinkel.

### Referencer

1. WHO. Patient safety. 2019.
2. WHO. Medication Safety in Transitions of Care. 2019.
3. Birkeland SF, Gerdes LU, Tomsen DV, Andersen HB, Ples-sen C Von. Medicin afstemning. Ugeskr Laeger 2018; 180: 2-5.
4. Valente SH, Barbosa SM, Ferro D, Fabriz LA, Schönholzer TE, Pinto IC, Valente SH, Barbosa SM, Ferro D, Fabriz LA, Schönholzer TE, Pinto IC. Drug-Related Problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. Rev Bras Enferm 2019; 72: 345-53.
5. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for im-

proving transitions of care. Cochrane database Syst Rev 2018; 8.

6. Strehlau AG, Larsen MD, Søndergaard J, Almarsdóttir AB, Rosholm J-U. General practitioners' continuation and acceptance of medication changes at sectorial transitions of geriatric patients - a qualitative interview study. BMC Fam Pract 2018; 19: 168.
7. Kollerup MG, Laursen BS. Exploring hospital nurses' transitional medication management for older patients with multi-morbidity: An ethnographic study. Nord J Nurs Res 2021.
8. Kollerup MG, Curtis T, Schantz Laursen B. Visiting nurses' posthospital medication management in home health care: an ethnographic study. Scand J Caring Sci 2018; 32: 222-32.
9. Blomhøj G, Mainz J. Audit - en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2000.
10. Institut for rationel Farmakoterapi. Kom godt i gang med medicingennemgang i almen praksis. 2011.
11. Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. Qual Saf Heal Care 2007; 16: 34-39.
12. Tjia J, Bonner A, Briesacher BA, McGee S, Terrill E, Miller K. Medication discrepancies upon hospital to skilled nursing facility transitions. J Gen Intern Med 2009; 24: 630-35.
13. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polyp-harmacy Management in Older Patients. Mayo Clin Proc 2021; 96: 242-56.
14. Aghili M, Neelathahalli Kasturirangan M. A clinical pharmacist-led integrated approach for evaluation of medication errors among medical intensive care unit patients. JBI Evid Implement 2021; 19: 21-30.
15. Mardani A, Griffiths P, Vaismoradi M. The Role of the Nurse in the Management of Medicines During Transitional Care: A Systematic Review. J Multidiscip Healthc 2020; 13: 1347-61.
16. Rubak SLM, Mainz J, Rubak JM. [Shared care--integrated cooperation across the sector boundaries about patient's course. Modern health care system cooperates]. Ugeskr Laeger 2002; 164: 5256-61.
17. Mitchell GK, Burrige L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J, Jackson CL. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: How effective is it and what determines effectiveness? Aust J Prim Health 2015; 21: 391-408.



**Gitte Lund Hansen, Sygeplejerske, MKS, Øre-næse-halskirurgi, Sygehus Sønderjylland, Gitte.hansen2@rsyd.dk**

**Trine Ungermann Fredskild, Cand.cur. ph.d., Chefkonsulent, Klinisk Forskningsafdeling, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa.**

## Videnskabelig artikel

# Patienters oplevelser af hemithyreoidectomi som dagkirurgisk patientforløb: Et kvalitativt interviewstudie

### Resumé

Thyreoidectomi har i Danmark tidligere været forbundet med indlæggelse pga. risiko for alvorlige komplikationer. Effektivisering og teknologisk udvikling har ført til, at hemithyreoidectomi nu udføres dagkirurgisk. Der findes kun sparsom viden om patienters oplevelser af dette. Studiets formål var derfor at opnå viden om patienters oplevelser, således at patientperspektivet kan inddrages fremadrettet i udvikling af sygeplejen. Gennem fem kvalitative semistrukturerede interviews og en Ricoeur-inspireret analyse fremkom fire overordnede temaer: tidsaspekter, relationelle betydningsfaktorer, forståelse og operationsrelaterede udfordringer. Der findes en overordnet tilfredshed med forløbet, hvilket i høj grad tilskrives de sundhedsprofessionelle. Alle finder, uanset postoperative udfordringer, den tidlige udskrivelse positiv.

**Keywords:** hemithyreoidectomi, dagkirurgi, patientoplevelser, patientperspektiv

### Baggrund

Der udføres i Danmark årligt ca. 1800 hemithyreoidectomier, hvoraf ca. 90 % er benigne (1). I modsætning til praksis i udlandet, har thyreoidectomi i Danmark altid medført indlæggelse pga. den potentielle risiko for alvorlige komplikationer. Fra 2014 har Øre-Næse-Halskirurgi på Sygehus Sønderjylland, som de første i Danmark, udført hemithyreoidectomi for benign sygdom som dagkirurgi. Først som et kirurgisk kvalitetssikringsstudie, siden som standardprocedure.

Operationspatienter har generelt ikke interesse i at blive

hospitalsindlagt, hvis deres kirurgiske indgreb ikke nødvendiggør dette. Dagkirurgi har derfor potentiale til at bedre patienters livskvalitet ved, at de hurtigere kan vende tilbage til eget familiære miljø, deres sociale netværk og deres normale aktivitetsniveau. Dertil minimeres risikoen for nosokomielle infektioner (2). Den tidlige udskrivelse giver dog patienten et øget ansvar for den postoperative periode. Når patientens kontakt med sundhedsvæsenet forkortes, ses derfor et øget behov for information, kommunikation og adgang til sundhedspersonalet efter hjemsendelse (3).

Set i lyset af at den første dagkirurgiske hemithyreoidectomi er beskrevet i 1986 (4), synes viden om patienters oplevelser af dagkirurgiske hemithyreoidectomi at være yderst beskedent. Kvantitative studier fra udlandet angiver dog, at 92-100 % af patienterne er tilfredse eller meget tilfredse med deres forløb i dagkirurgisk regi (5,6,7,8). Den overordnede tilfredshed begrundes i sufficient og forståelig information (7,8), i god kommunikation (8), i kvaliteten af pleje og støtte (6,7,8) og i effektiv smertebehandling samt velvære ved rekreation i familiære omgivelser (7). Omfanget af patienternes smerteoplevelse beskrives dog forskelligt. Hvor et kvantitativt studie finder, at kun 70 % havde let smerte (6), finder et kvalitativt studie, at alle havde smerter (9). Dertil rapporteres om patientoplevede postoperative problemer med at spise og drikke, med kvalme og opkast, med at tale samt med angst, træthed og søvnproblemer. Endvidere har nogle patienter besvær relateret til bevægelse - herunder personlig hygiejne (5,6,8,9). Et studie viser, at de patientoplevede problemer peaker på første postoperative dag og aftager over den første uge. Der anbefales derfor et opfølgende telefonopkald fra de sundhedsprofessionelle for at facilitere en nemmere rekonvalescensperiode (9).

Udvikling af thyreoideakirurgi, hvor især nervemonitorering og karforsegling har ført til korterevarende indgreb, minimalt blodtab og relativt få komplikationer, har muliggjort dagkirurgi. Inklusionskriterierne for at indgå i det nævnte dagkirurgiske patientforløb for hemithyreoidektomi er, at thyreoidealappen, der fjernes, er benign og mindre end 100 ml. Hertil skal patienten have normalt bevægelige stemmebånd, være vurderet ud fra American Society of Anesthesiologists kvalifikation (ASA) til gruppe I eller II og ikke være i antikoagulationsbehandling (1). Selvom det er fundet kirurgisk forsvarligt at hjemsende hemithyreoidektomipatienten på operationsdagen, beror visitation til et dagkirurgisk indgreb stadig på en individuel vurdering (1). Hermed bliver patientinddragelse med afdækning af patienternes præferencer, viden og ressourcer væsentlig. Patientperspektivet vil bidrage til sikring af kvalitet og patientsikkerhed samt muliggøre en værdiskabende sygepleje. Med afsæt i ovenstående har nærværende studie fokus på, hvordan patienter, der har gennemgået en hemithyreoidektomi i dagkirurgisk regi, har oplevet deres forløb, så patientperspektivet kan inddrages i den fremadrettede udvikling af sygeplejen.

## Metode

Studiet har et kvalitativt design med en hermeneutisk fænomenologisk forståelsesramme. Fænomenologien omhandler, hvordan fænomener erfares af det enkelte individ (10). Fænomenologien kommer her især til udtryk som en åbenhed overfor patienternes oplevelse af patientforløbet, således at patienternes erfaringer står frem uden påvirkning af undersøgelsens forforståelse. Hermeneutikkens centrale dele er at fortolke og forstå, således at man gennem menneskelige udtryk og handlinger kan forstå verden (10). Den hermeneutiske tilgang træder derfor hovedsageligt frem i fortolkning og forståelse af det sagte. Empirien er indsamlet via semistrukturerede forskningsinterviews (11).

## Deltagere

De dagkirurgiske hemithyreoidektomipatienter kommer til postoperativ kontrol efter henholdsvis 10 dage og 3 måneder. I den forbindelse blev alle patienter, der i en begrænset periode i foråret 2018 mødte kriterierne i Tabel 1, adspurgt

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Patienter der har fuldført det dagkirurgiske patientforløb for hemithyreoidektomi, hvor man udskrives til eget hjem på operationsdagen.	Patienter under 18 år.
Benign sygdom vurderet til mindre end 100 ml	Patienter der ikke forstår dansk i skrift og tale.
ASA I/II	Patienter der i forløbet indlægges
Ingen antikoagulationsbehandling	
Normalt bevægelige stemmebånd	

Tabel 1: In- og eksklusionskriterier

af den tilstedeværende læge og sygeplejerske om deltagelse i studiet. Informanterne er samtidigt introduceret til studiet via et kombineret informationsbrev og samtykkeklæring, hvorefter de har givet deres samtykke til deltagelse. Ingen fravalgte deltagelse. Informantantallet er dermed ikke et udtryk for datamætning, men et udtryk for det mulige indenfor studiets begrænsninger.

Fem patienter deltog således i interviews udført i april 2018 (Tabel 2). Informanterne repræsenterer forskellighed i demografiske data, herunder alder og etnicitet samt variation i den postoperative periodes længde. Fire informanter var etnisk danske, og en var af anden etnisk herkomst. I undersøgelsesperioden levede ingen mænd op til inklusionskriterierne.

Alder	Interview	Adspurgt efter	Tidligere operationserfaring	Sundhedsfaglig uddannelse	Interview længde
32	Hjemmet	10 dage	Nej	Ja	56 min.
45	Sygehus	10 dage	Nej	Ja	38 min.
50	Sygehus	3 mdr.	Ja	Nej	37 min.
53	Sygehus	3 mdr.	Ja	Nej	45 min.
55	Sygehus	3 mdr.	Ja	Ja	46 min

Tabel 2: Info om informanter og interview.

## Interviewets udførelse

Som styringsredskab til de semistrukturerede interview blev en interviewguide udformet (11). Interviewguiden blev opbygget tematisk ud fra det dagkirurgiske forløbs gang og med inspiration fra studiets formål samt underliggende undersøgelsesspørgsmål (Tabel 3).

### Underliggende spørgsmålstyper

- 1 Er patienterne tilfredse med patientforløbet – hvad skaber/skaber ikke denne tilfredshed?
- 2 Hvad er patienternes oplevelse af informationsniveauet i det dagkirurgiske patientforløb?
- 3 Hvad er patienternes oplevelse af at komme hjem på operationsdagen?
- 4 Hvilke udfordringer oplever patienterne i det postoperative forløb? – og hvornår er det værst?

Tabel 3: Underliggende undersøgelsesspørgsmål.

Alle interview er udført af første forfatter indenfor 14 dage efter, at informantens samtykke blev indhentet. Interviewene er åbnet med et indledende spørgsmål: "Vil du starte med at fortælle lidt om dig selv og grunden til, at du skulle opereres?". Herefter er der fulgt op med sonderende og opfølgende spørgsmål og nogle gange tavshed med det formål at få informanten til at udfolde sine oplevelser med forløbet. For nærmere meningsafklaring er afklarende spørgsmål anvendt (11). Interviewene er digitalt optaget og er straks derefter transskriberet ordret af interviewerens selv.

## Analyse

En Ricoeur-inspireret analysestrategi er anvendt, da denne egner sig til fortolkning af det fænomenologiske og der-

med af det meningssskabende og det betydningsfulde i de transskriberede interviews (12). Samtidig giver den mulighed for at opnå erkendelse og ny forståelse gennem kritisk fortolkning (12). Analysens struktur følger Ricoeurs model om "Den trefoldige mimesis" (13). Analysen består af tre dele; en naiv læsning, en strukturanalyse samt en kritisk fortolkning og diskussion (12). Figur 1 illustrerer et overblik over "Den trefoldige mimesis" indeholdende den naive læsning, strukturanalyse, kritisk fortolkning og diskussion, og hvordan de interagerer – se figur 1.

Den naive læsning er den første helhedslæsning af de transskriberede interview. Formålet er at skabe et overblik over teksten og få en antagelse om, hvad teksten overordnet handler om (12).

Strukturanalysen er det forklarende moment. Her læses teksten igen, og man forsøger at sætte sig i tekstens retning ved gennem en dialektisk proces, mellem forståelse og forklaring, at afdække teksternes struktur og afhængighedsforhold. Teksternes struktur gennemgår her en åben inddeling ud fra, hvad der siges (meningsenheder). Disse meningsenheder relateres til spørgsmål og antagelser fra den naive læsning for at søge forklaring på, hvad der tales om (betydningsenheder). Endeligt uddrages temaer herfra (12).

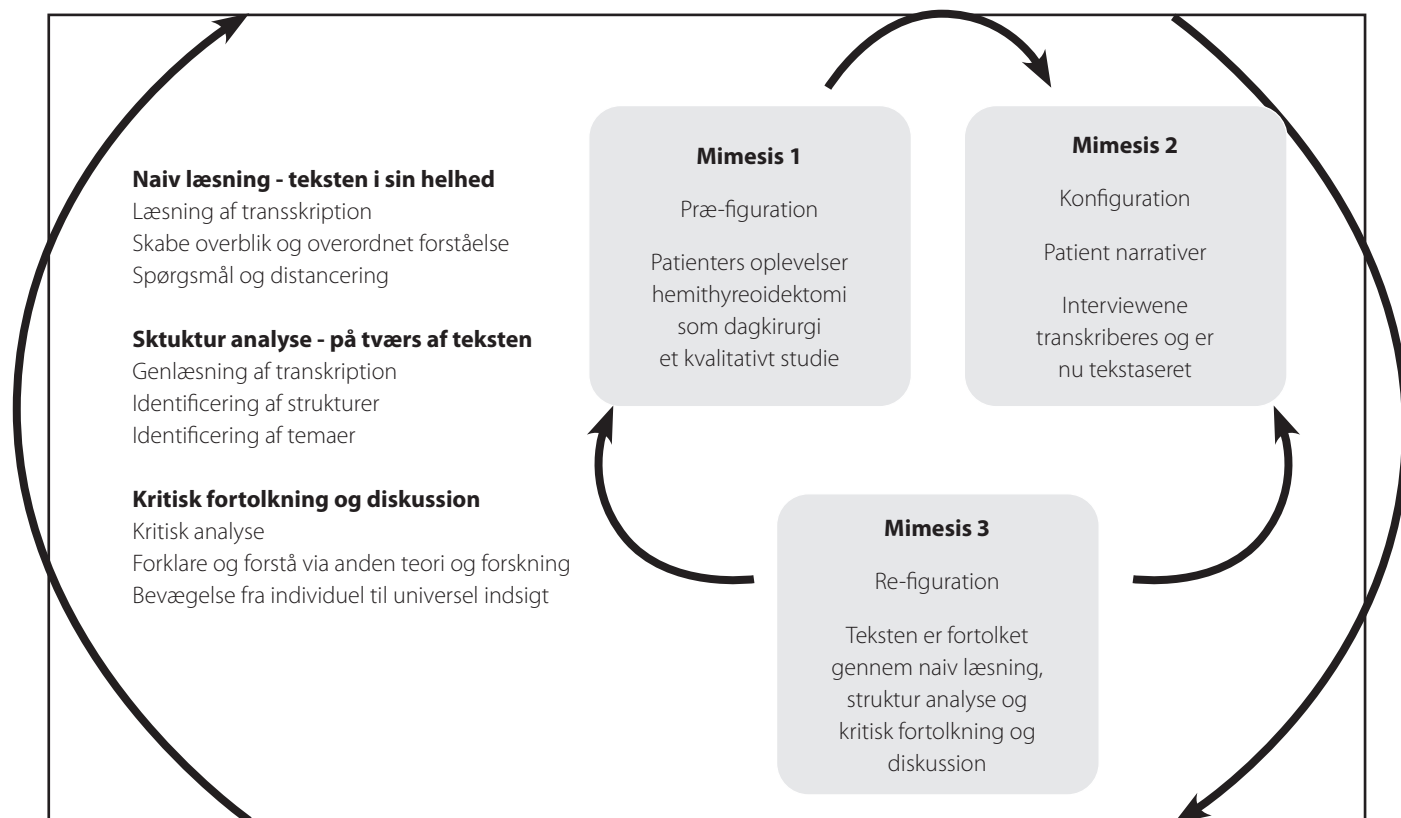
I den sidste del af analysen foretages en kritisk fortolkning og diskussion af temaer fundet gennem strukturanalysen. Her søges yderligere forklaring og forståelse af temaerne ved at inddrage anden relevant forskningslitteratur og teori (12). Gennem diskussion og argumentation med forsk-

ningslitteratur kan den kritiske analyse og diskussion give belæg for gyldigheden af ny viden fra studiet (12).

### Teoretisk ramme

Ud fra de temaer, der fremkom i strukturanalysen, er følgende tre teorier udvalgt og inddraget i den sidste del af analysen, hvor kritisk fortolkning og diskussion er udført. Professor Aaron Antonovsky's teori om salutogenese beskriver, at mennesker, der har en Oplevelse Af Sammenhæng (OAS), er bedre til at mestre håndteringen af stressorer. Stressorer er udfordringer, man møder som en del af det almindelige levede liv, men som påvirker mennesker på forskellig vis. Således er nogle mennesker bedre til at håndtere en specifik stressor end andre. Antonovsky beskriver, at det er OAS, der gør forskellen. Grundelementerne i OAS er begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed og disse opstår på baggrund af læreprocesser gennem livet (14). Teorien kan med disse elementer og gennem viden om patienternes oplevelser med bl.a. det dagkirurgiske forløb for hemithyreoidektomi, give et indblik i udviklingspotentialer for sygeplejen og er derfor anvendt som den overordnede teoretiske ramme i diskussionen.

Ovenstående vil, mere underordnet, blive suppleret af sociolog Anthony Giddens teori om tillidsrelationer og sygeplejeforsker Kari Martinsens tænkning om tid og travlhed. Giddens ser tillidsforhold som grundlæggende for samfundets opretholdelse. Han skelner mellem to typer af tillidsrelationer: "Ansigt til ansigt relationer", hvor mennesker interagerer med hinanden og "ansigtsløse relationer", som omhandler tillid til samfundets systemer. Nogle af samfundets systemer benytter sig af adgangsporte, hvor "ansigt til



Figur 1: Overblik over "Den trefoldige mimesis"

ansigt relationer" får betydning for tillidsforholdet. "Ansigt til ansigt relationer" får dermed ikke kun betydning mennesker imellem, men også for tillid til systemer som f.eks. sundhedsvæsenet (15).

Martinsen sætter bl.a. omsorgstænkningen i relation til, at tid i sundhedsvæsenets betragtes som en ressource, der skal udnyttes. Hun ser, at dette kan føre til gøremålstravlhed, hvor tempoet i sig selv bliver hindrende for en vurdering af den enkelte situation. Martinsen omtaler tid opdelt i urets tid, som et redskab til strukturering af arbejde, og i den virkelige tid, der findes i kroppen som erfaret og levet tid. I gøremålstravlhed tvinges man ud af den erfarede tid, og et dilemma kan opstå mellem den organisatoriske ramme og patientens forventning (16).

## Etik

Studiet ligger udenfor anmeldepligt til Datatilsynet (17). Derimod er der indhentet tilladelse fra afdelingens ledelse. Informationsbrevet og samtykkeerklæringen, som informanterne modtog, indeholdt bl.a. information om studiets formål, anonymitet, fortrolighed og frivillighed i deltagelse. Desuden indeholdt brevene information om retten til, når som helst, at trække sig fra studiet. Dette er desuden ekspliciteret verbalt overfor informanten, og der er på baggrund heraf indhentet informeret samtykke (11).

## Fund

Transskriptionerne er gennemlæst flere gange (den naive læsning) med henblik på at skabe et overblik over teksten. Gennem den efterfølgende strukturanalyse af teksten er der med udgangspunkt i meningsenheder og betydningseenheder fremanalyseret fire temaer. Temaerne er *relationelle betydningsfaktorer, tidsaspekter, forståelse og operationsrelaterede udfordringer*.

### Relationelle betydningsfaktorer

Informanter udtrykker en overordnet tilfredshed med forløbet. Tilfredsheden tilskrives i høj grad personalet. Dette genfindes bl.a. i udtryk som: *"Jamen jeg har været meget tilfreds - det er den omsorg, der er omkring en"*(B), og: *"Forløbet har været over al forventning - personalet og det hele - det har været rigtig rart at komme dernede"*(C).

Der lægges mærke til de sundhedsprofessionelles faglighed, og at der bliver taget vare på én på en omsorgsfuld og professionel måde. Oplevelsen heraf er betydningsfuld for, hvordan personalet opfattes og dermed for relationen til patienten. Det findes desuden betydningsfuldt at møde de samme personer igen. Informanterne beskrev dette både som tryghedsskabende: *"Jeg fik at vide, at det også var hende, der ville følge mig, når jeg kom op igen - og det synes jeg var rigtig betryggende"*(C), og som tilfredshedsskabende: *"Nu havde jeg været ved ham hver gang, så på den måde er jeg også glad for, at der blev taget hensyn til, at det var den samme, der kunne operere"*(C). Oplevelser af, at de sundhedsprofessionelle er dårligt forberedte, er basis for utryghed og dermed utilfredshed. Det udtrykkes f.eks. i: *"Men havde hele teamet nu været klar - det kunne man måske godt have*

*ønsket"*(B).

Informanterne udtrykker tillid til, at de sundhedsprofessionelles faglighed er garant for forløbets kvalitet og sikkerhed: *"Det er jo deres (personalets) dagligdag - de må jo vide om det ikke fungerer"*(A), og: *"Man fik jo ikke lov at komme hjem, hvis det ikke var sikkert"*(C).

At have pårørende derhjemme tillægges stor betydning for informanternes oplevelse af tryghed: *"Så har jeg vidst, at jeg havde en livline"*(A), og: *"Ja, men jeg havde min datter, og altså jeg var tryk ved det"*(D). Aktivitetskrævende forhold i hjemmet kan dog have indflydelse på, om dagkirurgi bliver en god oplevelse. En af informanterne havde et lille barn derhjemme og udtrykte: *"Ja, jeg ville bare hjem - men en anden gang havde jeg måske ikke gjort det. Nej, ikke hvis man har sådan noget hjemme, man sådan skulle tage sig af"*(C).

## Tidsaspekter

På trods af den nævnte tilfredshed angives også oplevelser undervejs i forløbet, hvor informanterne ikke har følt sig hørt eller set. Travlhed lægges umiddelbart til grund for disse oplevelser. Der opleves f.eks. en hurtighed i mødet mellem patienterne og de sundhedsprofessionelle, som giver sig udslag i manglende plads til eftertanke og afklarende spørgsmål. Et eksempel fra det præoperative ambulatoriebesøg er: *"Du når ikke inde i dit hoved at vende de spørgsmål, du har"*(D). Hurtigheden giver tillige patienterne en fornemmelse af samlebåndsarbejde. Én udtrykte, i forbindelse med modtagelse på operationsdagen, dette direkte: *"Man tænker hold da op - det her er nærmest som samlebånd"*(A). Patienterne forsøger at tilpasse sig denne travlhed ved ikke at være til ulejlighed. Således udtalte en informant: *"Man blev lidt overrasket (over tempoet), men det er jo ikke noget, der har indflydelse på selve operationen - så det kan man jo sagtens leve med"*(A).

Oplevelsen af længden af observationsperioden synes at være under indflydelse af den enkeltes velbefindende samt under indflydelse af, at man kender de tidsmæssige regler for udskrivelse. Således udtalte en velbefindende informant: *"Man synes jo, det var længe, når man ligger der. Jeg kunne godt have kørt hjem, før jeg blev sendt hjem"*(D). Derimod udtalte en knap så velbefindende informant: *"Jeg skulle bare have valgt at blive lidt længere"*(C).

At komme hjem på operationsdagen opleves af alle som positivt: *"Det er en lettelse"*(A); *"Om jeg ligger i en seng herinde eller på min sofa derhjemme, det kunne jeg ikke se nogen forskel i. Det var faktisk rigtig rart at komme hjem"*(B). På trods af postoperative vanskeligheder var oplevelsen af udskrivelse på operationsdagen stadig positivt: *"Ja, så selv om det har været svært, har det været en fordel, at man må komme hjem"*(C).

De hjemlige omgivelser har desuden en positiv indflydelse på informanternes velvære: *"På sygehuset så ligger du i sengen - man bliver så tung i hovedet. Da jeg kom hjem, så var den tunghed der ikke mere"*(E). Dertil ses en positiv indflydelse på aktivitetsniveauet: *"Kommer du hjem, så irriterer*

det dig, at dén dér ligger dérhenne, – så du kommer sådan ligesom hurtigere i gang med alting”(D).

### Forståelse

Informanterne føler sig inddraget i beslutning om operation og forløb. Det er betydningsfuldt, at patienten oplever at blive lyttet uforstyrret til, og at der er plads til afklaring af deres spørgsmål. Den mundtlige og skriftlige information om operation og forløb opleves umiddelbart god, forståelig og dækkende. Flere angiver dertil, at den udleverede pjece anvendes både som forberedelse og i efterforløbet. Genkendelighed mellem den givne information, og det der foregår i forløbet, har en beroligende og tryghedsskabende effekt. Genkendeligheden blev udtrykt som: *”Men det havde jeg også fået at vide inden - så det kom heller ikke bag på mig”(C)*. Der findes dog oplevelser af manglende information: *”Måske manglede jeg lidt mere information om, hvordan man havde det bagefter. Hvor lidt man faktisk kan”(C)*, og: *”Jeg synes, at der mangler lidt billedmateriale. Første dag du piller plasteret af, og du ligner en rynket hønserøv, der får man faktisk lidt et chok”(D)*. Informanterne søger afklaring på deres spørgsmål ved at tale med familie, omgangskreds og andre fagpersoner. Flere har dertil søgt på Google og YouTube. Informanter med en sundhedsfaglig uddannelse, har desuden trukket på deres faglige viden. Ikke alle finder dog den afklaring, de søger, og nogle udtalelser peger på, at misforståelser, i nogle tilfælde, ligger til grund for informanternes handlinger i efterforløbet.

### Operationsrelaterede udfordringer

De præoperative bekymringer, patienterne har haft, består oftest i bekymringer om fysiske komplikationer: *”Det var mest stemmen, der bekymrede mig – det at min stemme kunne forsvinde”(B)*. Bedøvelsen gav også anledning til ængstelse: *”Jeg var bekymret for bedøvelsen - jeg tænkte på, hvis jeg ikke vågner op”(D)*. Umiddelbart er det ikke bekymringer om udskrivelse på operationsdagen, der optager informanterne.

Der opleves variation i generne i efterforløbet. I observationsperioden har anæstesen givet en fornemmelse af hukommelsestab: *”Jeg kan ikke huske, hvad vi har snakket om”(C)*. Dertil var der stor forskel på smerteoplevelsen fra ubehag til stærk smerte. Dem, der havde taget imod den anbefalede smertebehandling, følte sig fint smertedækket: *”Hvis det ikke var fordi, det trak i såret, så tror jeg slet ikke, jeg havde spekuleret på, at jeg var blevet opereret”(B)*. Dem, der valgte morfien fra pga. tidligere bivirkninger, havde en del smerter: *”Det værste, det var den der kvælende fornemmelse, du fik”(D)*, og: *”Det gjorde meget ondt især i min nakke, og det trak op over hovedet - ligesom mit hoved ville eksplodere”(E)*.

Det har for nogle været svært at synke, hvilket påvirkede indtagelsen af væske og føde: *”Det var ikke så let at få noget ned”(C)*, og: *”Det med at drikke vand var jeg ikke særlig god til – og jeg havde hovedpine, fordi jeg ikke drak nok vand, fordi når jeg drak vand, så gjorde det ondt”(C)*. At tale kunne også være smertefuldt, hvis man gjorde det i længere tid. Informanterne udtrykte det bl.a. som: *”Jeg snakkede lidt, men hvis*

*det blev for meget, fik jeg ondt”(E)*. Fælles for informanterne er oplevelsen af, at generne er værst de første en til to dage og derfra langsomt aftog. For nogle var der dog stadig gener måneder efter.

Generne har haft indflydelse på den daglige aktivitet i varierende grad. De fleste har forholdt sig i ro de første par dage: *”Jeg tænkte, at hvis jeg nu tager det lidt med ro her, så er det måske også hurtigere overstået”(A)*, og: *”Min hund, den måtte min søn gå med. Det var faktisk det eneste jeg ikke kunne gøre”(B)*. For nogle gav den personlige pleje besværligheder: *”Bare det at få tøj på var ikke særlig nemt”(C)*; *”At børste tænder – der gik jo en uge, inden jeg kunne få hovedet ind under vandhanen - og bare det at vaske hår – det er ting, man slet ikke har tænkt over”(C)*, og: *”Det at skulle vaske mig, det var det sværeste”(E)*. For nogle har tale desuden været problematisk og alternative kommunikationsmetoder er anvendt: *”Vi skrev sedler til hinanden”(D)*. Flere gav dertil udtryk for dårlig søvn: *”Om natten vågnede man hver gang, man skulle vende sig”(C)*. Patienterne danner deres egen forklaring på deres problemer og accepterer på denne måde generne og den nedsatte aktivitet: *”Altså ligesom hvis du har overanstrengt dig andre steder i kroppen, så er det jo et signal om, at nu skal du slappe lidt af”(A)*, og: *”Man tror virkelig, at man bliver kvalt – men så tænkte jeg også lidt logisk, at hvis man har været inde og rode og har skåret over, så skal det jo hæve, sådan er vores kroppe bygget - ikke?”(D)*.

Postoperativt har nogle informanter haft bekymringer over *”mulig indre blødning”(A)* og om *”det hele ville springe op”(C)*. En bekymring der dog ikke har givet følelsen af utryghed. De har ikke følt behov for at kontakte sygehuset og var helt tilfreds med kontaktmuligheden pr. telefon.

### Diskussion

På trods af at flere af de fremanalyserede temaer er nært forbundne, fastholdes temaopdelingen i diskussionen for overskuelighedens skyld.

### Relationelle betydningsfaktorer

Patienterne finder de sundhedsprofessionelles adfærd relationelt betydningsfuld og betragter personalets faglighed som en garanti for kvalitet og sikkerhed. Både adfærd og faglighed ses derfor betydningsfuldt for patienternes tillid og tilfredshed med forløbet. Giddens angiver, at tilliden til et system som sundhedsvæsnet ikke er ubetinget til stede. Tilliden opstår gennem systemets repræsentanter via *”ansigt til ansigts relationer”* (15). I denne kontekst opstår tilliden til sundhedsvæsnet og det dagkirurgiske forløb for hemithyreoidtomi således via den direkte kontakt med de sundhedsprofessionelle. Sundhedsvæsnet opnår således ikke patientens tillid, hvis patienten ikke har tillid til de sundhedsprofessionelle, de møder, og de vil måske alene af den grund vælge systemet fra (15). For sygeplejersker afstedkommer dette en opmærksomhed på vigtigheden af at optræde fagligt kompetent samt nærværende, så patienterne oplever at blive set og hørt.

Det findes samtidigt betydningsfuldt og tryghedsskabende at møde de samme sundhedsprofessionelle igen. An-

tonovskys begreb håndterbarhed vedrører i hvilken grad, man finder, at der er tilstrækkelige ressourcer til ens rådighed for at kunne møde stressorer, som fx et operationsforløb, på positiv vis (14). Ved at møde de samme, nærværende og fagligt kompetente sundhedsprofessionelle betragtes disse som ressourcepersoner. Antonovskys fremhæver ressourcepersoner som en del af de ressourcer, der er en nødvendighed for at opleve en positiv belastningsbalance (14). Patienternes tilfredshed med forløbet tilskrives derfor i høj grad de sundhedsprofessionelle. Den generelle tilfredshed genkendes fra flere af de inkluderede studier (5,6,7,8). Sygeplejersker har på denne vis ikke kun betydning for patientens tillid til sundhedsvæsenet, men også betydning for patientens håndtering af operationsforløbet.

Det opleves vigtigt og tryghedsskabende med pårørende i hjemmet, når man udskrives på operationsdagen efter hemithyreoidektomi. De pårørende er ressourcepersoner med indflydelse på belastningsbalancen og dermed håndterbarheden af det dagkirurgiske forløb. De pårørende kan dog have negativ indflydelse på belastningsbalancen og dermed håndterbarheden af forløbet, såfremt man lever under krævende forhold. I henhold til Antonovskys kan det betyde, at de hjemlige forhold kan have både positiv og negativ indflydelse på patientens OAS i forløbet (14). Omfanget af disse ressourcer må derfor overvejes i forbindelse med selektionen af patienter til det dagkirurgiske forløb.

### Tidsaspekter

Tidsrammen, der er afsat, opleves betydende for patienternes afklaring. Dette kan sammenholdes med sygeplejerskers oplevelse af, at kort tid kan være problematisk i forhold til at kunne tilpasse sygeplejen til den enkeltes behov. Tidsrammen, har over de sidste år, været påvirket af krav om effektivisering (3). Martinsen beskriver dette som sundhedsvæsnets strukturering ud fra "urets tid" (16). Patienterne oplever da også en hurtighed i mødet med de sundhedsprofessionelle, som i nogle tilfælde giver dem en fornemmelse af samlebandsarbejde. De har en oplevelse af travlhed og forsøger derfor ikke at være til ulejlighed. Dette stemmer overens med Martinsen gøremålstravlhed, hvor det faglige skøn bliver sat under pres. Når der ikke er plads til den "erfaredede tid", føler patienterne sig ikke set og hørt, da man ikke deler en fælles "levet tid" (16). Sygeplejersker må derfor være opmærksomme på og tage ansvar for, hvordan tiden bruges. Martinsen omtaler det som, "*det handler om at tage tiden, holde den i rummet og være nærværende. Det er kunsten at være langsom i det korte møde*" (18). Med afsæt i Antonovskys kan dette få betydning for patientens begribelighed, som omhandler, om man f.eks. via viden finder fremtiden forudsigelig (14). Hvis sygeplejerskerne i deres travlhed ikke lykkedes i at møde patienternes behov, kan det få betydning for patienternes OAS.

I dette studie finder alle den tidlige udskrivelse positiv. Det er kun delvist samstemmende med andre studier, hvor nogle ville have foretrukket indlæggelse (5,7,8). Dette studie bidrager således med en indsigt i, at det for patienterne er betydningsfuldt at komme hjem i kendte rammer. Dette kommer til udtryk i både fysisk og psykisk velvære samt et

højere aktivitetsniveau. Noget tyder således på, at patienternes OAS forstærkes af den tidlige udskrivelse.

### Forståelse

Informationen opleves som god og dækkende. Samtidig har langt de fleste en oplevelse af selv at have truffet valget om operation. Antonovskys begreb meningsfuldhed er motivationskomponenten i OAS. Det betyder, at man gennem delagtighed i resultatet finder den udfordring, man står overfor meningsfuld og dermed værd at engagere sig i (14). For patienterne skal det således give mening at gennemgå en hemithyreoidektomi i det dagkirurgiske patientforløb. Vigtighed i, at patienterne oplever inddragelse i operationsbeslutningen, og at informationen giver mening for den enkelte, understøttes således af Antonovskys begreb meningsfuldhed.

Genkendelighed mellem information og de faktiske handlinger i forløbet giver en oplevelse af tryghed, og her spiller begribelighed en vigtig rolle. Begribelighed omfatter en oplevelse af, at man finder informationen sammenhængende og struktureret, men også af en oplevelse af, at omgivelserne fremstår tydeligt (14). Patienternes tryghed og genkendelighed er således et udtryk for, at den information og viden patienterne har opnået, ansporer en forudsigelighed, hvilket gør det begribeligt at gennemgå forløbet, når handlingerne faktisk passer dertil.

På trods af tilfredshed med informationen peges der på flere områder på mangler, f.eks. om arrears udseende og om at små hverdagsting besværliggøres. Samtidig giver en manglende inddragelse, i form af manglende afklaring af patienternes spørgsmål en oplevelse af utilfredshed. Den manglende viden vil ifølge Antonovskys kunne have betydning for patienternes begribelighed, men også for meningsfuldheden og for patienternes mestring af forløbet (14). Det ses da også i nærværende studie, at når der opleves usikkerhed, eller når informationsbehovet ikke er dækket, så søges andre informationskanaler i et forsøg på nærmere afklaring.

Det dagkirurgiske forløb efterlader, som tidligere omtalt, patienterne med et større ansvar for den postoperative observation. Patienterne finder dog løsningen med, at de selv skal kontakte afdelingen ved behov, for acceptabel og ønsker ikke et opfølgende telefonopkald. Dette fund går imod anbefalinger fra både et canadisk og et tyrkisk studie. Begge disse studier finder et sådant opkald vigtigt for at afhjælpe problemer og give tryghed (9,19). Fundet fra nærværende studie kan være et udtryk alene for de her inkluderede patienter men kunne samtidigt give en formodning om, at danske patienter har større OAS og dermed større mestringsevne.

### Operationsrelaterede udfordringer

Der opleves præoperativt bekymring i forhold til fysiske komplikationer. Der opleves endvidere postoperativt bekymring i forhold til, om man selv gør noget galt og senere i forløbet omkring arrears udseende. Årsagen til patienters



bekymring kan være forskelligartet og kan, i henhold til Antonovsky, formentlig findes både i begribeligheden, håndterbarheden og i meningsfuldheden (14), f.eks. med udspring i manglende viden, ressourcer eller forståelse.

Der opleves endvidere postoperative gener af forskellig art og i varierende grad. Der er bl.a. oplevet hukommelsestab i observationsperioden. Et dagkirurgisk studie problematiserer netop, at information givet i den første postoperative periode kan komme til at stå uklart for patienten (20), hvorfor man bør gøre sig overvejelser om hvilke informationer, der gives her. Samstemmende med andre studier opleves ubehag og smerte i varierende grad (6,9). At nærværende studie finder, at nogle patienter vælger smertebehandling med morfin fra, og at netop disse patienter oplever et sværere efterforløb, genfindes ikke i andre studier. Dette fund må derfor anspore til en opmærksomhed på, hvordan disse patienter hjælpes bedst gennem det postoperative forløb. Oplevelse af synke- og taleproblemer og det medfølgende ubehag genfindes ligeledes i de øvrige studier (5,6,8,9). Samme studier finder desuden, at patienter efter hemithyreoidectomi oplever kvalme og opkastning (5,6,8,9). Dette genfindes ikke i nærværende studie. Forklaringen kan måske ligge i anvendelse af forskellige anæstesi midler. Alternativt kunne det tyde på, at kvalme ikke findes generende for patienter, der samtidig besidder OAS, og dermed gode mestringssevner.

Patienterne tilpasser sig det nedsatte aktivitetsniveau. Studiet viser, at de første to døgn opleves som de sværeste. For nogle strækker det sig dog over længere tid. Dette stemmer overens med fund fra det inkluderede tyrkiske studie, hvor patienter følges over tid (9). Oplevelse af besvær i de daglige rutiner, som tidligere angivet (9), genfindes desuden i nærværende studie. Her dog i meget varierende grad. Det opleves, at man savner viden om, at mange og selv små hverdagsting bliver besværliggjort. Netop denne mangel, som kan være afledt af den korte indlæggelsestid, kan måske have indflydelse på patienters accept af aktivitetsniveauet og dermed på patienters OAS. Patienters egne forklaringer på deres oplevede problemer kan dog tolkes som et forsøg på at opnå OAS.

### Metode: Styrker og svagheder

Interviewmetoden har vist sig velegnet, da der er opnået righoldige beskrivelser af patienternes oplevelser med det dagkirurgiske patientforløb for hemithyreoidectomi. På trods af forholdsvis få informanter må de detaljerede beskrivelser, der ligger til grund for studiets fund, betragtes som en styrke. At studiet alene er udført i én afdeling, og at det ikke lykkedes at inkludere mænd, må dog betragtes som en svaghed. At informanterne repræsenterer variation på flere områder, og at deres oplevelser alligevel er samstemmende på de fleste områder, anses også for at være en styrke.

### Konklusion

Patienterne er overordnet tilfredse med det dagkirurgiske patientforløb for hemithyreoidectomi. Tilfredsheden tilskri-

ves i høj grad de sundhedsprofessionelles adfærd og høje faglighed. Tidsrammen og dens udnyttelse er dertil betydende for patienterne. Oplevelse af travlhed kan således have indflydelse på patienternes afklaring og mestrings af forløbet. Modsat andre studier finder alle, trods varierende vanskeligheder, den tidlige udskrivelse for positiv. Det findes betydningsfuldt for velvære og aktivitetsniveau at komme hjem i vante rammer. Mestringssevnen synes således forstærket af den tidlige udskrivelse. At have pårørende, der har mulighed for at understøtte efterforløbet, viser sig tillige at være vigtigt for den tidlige udskrivelse.

I den postoperative periode opleves bekymring, udfordringer og gener i varierende grad med dertilhørende nedsat aktivitetsniveau. Samstemmende med andre studier drejer det sig hovedsagelig om ubehag og smerte, tale- og synkebesvær. Derimod genfindes oplevelse af kvalme og opkastning ikke. Dette studie viser desuden, at patienter, der fravælger smertebehandling med morfin, oplever et sværere efterforløb. Det opleves endvidere, at selv små hverdagsting besværliggøres, og at mere information om dette vil forbedre oplevelsen af det dagkirurgiske forløb.

### Implikationer for praksis og forskning

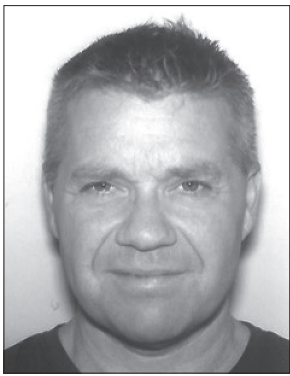
Nogle af studiets fund er klart specifikke for den undersøgte patientgruppe, og kan være grundlag for forbedringsprojekter f.eks. ift. patientinformation. Andre fund som f.eks. de sundhedsprofessionelles adfærd og tidsrammen, synes at være af mere generel karakter med mulighed for at blive handlingsanvisende for sygeplejen til andre patientgrupper, end de dagkirurgiske hemithyreoidectomipatienter. Studiet giver endvidere indsigt i, at patienter, på trods af oplevelse af mangler og vanskeligheder, angiver tilfredshed. Denne diskrepans må angive et opmærksomhedspunkt, når tilfredshedsundersøgelser alene lægges til grund for kvalitetsudvikling.

Fremadrettet kan en tilsvarende undersøgelse af indlagte hemithyreoidectomipatienter med fordel udføres for, via resultatsammenligning, at opnå et mere nuanceret billede af patienters oplevelse af dagkirurgisk hemithyreoidectomi.

### Referencer

- (1) Jeppesen K, Skjøt-Arkild H, Nielsen C, Nielsen SH. Outpatient hemithyroidectomy for benign thyroid disease. *Danish Medical Journal* 2020; 67(10)
- (2) Seybt MW, Terris DJ. Outpatient thyroidectomy: Experience in over 200 patients. *The Laryngoscope* 2010; 120(5): 959
- (3) Jaensson M, Dahlberg K, Nilsson U. Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioperative Medicine*. 2019; 8:3.
- (4) Steckler RM. Outpatient thyroidectomy: A feasibility study. *The American Journal of Surgery* 1986;152(4):417-419.
- (5) Torfs A, Laureyns G, Lemkens P. Outpatient hemithyroidectomy: safety and feasibility. *Royal Belgian Society of Oto-rhino-laryngology, Head and Neck Surgery (B-ENT)* 2012; 8(4):279-283.

- (6) Yakhlef H, Marboeuf Y, Piquard A, et al. Outpatient hemithyroidectomy: A retrospective feasibility analysis. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 2017; 134(4):225-228.
- (7) Lacroix C, Potard G, Clodic C, et al. Outpatient hemithyroidectomy. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 2014; 131(1):21-26.
- (8) Lieske B, Howat G, Sames M, et al. Day case thyroid surgery: patients are up for it - are you? *Journal of One-Day-Surgery* 2007 (17):100-102.
- (9) Atasayar S, Demir SG. Determination of the Problems Experienced by Patients Post-Thyroidectomy. *Clinical Nursing Research* 2017. 1:1-21.
- (10) Thisted J. Den humanvidenskabelige tradition. I: Thisted J. *Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard Danmark; 2018. s. 57.
- (11) Kvale S, Brinkmann S. *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
- (12) Dreyer P. Fortællingen. I: Graubæk A. editor. *Patientologi: At være patient*. København: Gad; 2013. s. 89.
- (13) Ricoeur P. Tid og fortælling. Den trefoldige mimesis. I: Ricoeur P. *En hermeneutisk brobygger. Tekster af Paul Ricoeur*. Århus: Forlaget Klim; 2002. s.75.
- (14) Antonovsky A. Begrebet "oplevelse af sammenhæng". I: Antonovsky A. *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag; 2002. s.33.
- (15) Kaspersen LB. Den post-traditionelle samfundsorden. I: Kaspersen LB Anthony Giddens – introduktion til en samfundsteoretiker. København: Hans Reitzels Forlag; 2001. s. 135
- (16) Martinsen K. Tid, rum og travlhed. I: Martinsen K. *Løgstrup & sygeplejen*. Århus: Forlaget Klim; 2012. s.125.
- (17) Aarhus universitet. *Behandling af personoplysninger ifm. opgaver og speciale*.  
<https://studerende.au.dk/it-support/informationssikkerhed/databeskyttelse-gdpr/opgaver>  
Hentet 15. februar 2021
- (18) Lindskov A, Martinsen K. Kunsten at være langsom i det korte møde. *Asterisk* 2003; (2003) 12:26-27.
- (19) Trottier DC, Barron P, Moonje V, et al. Outpatient thyroid surgery: Should patients be discharged on the day of their procedures? *Canadian journal of surgery*. 2009; 52(3):182-186.
- (20) Berg K, Årestedt K, Kjellgren K. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50(12):1630-1638.



Kim Jørgensen, Postdoc, ph.d., cand.cur., RN, ekstern lektor på Aarhus Universitet og Syddansk Universitet, lektor Diakonissen sygeplejeskole, kimjo@ph.au.dk

## Faglig artikel

# Inddragelse af patienter i en psykiatrisk kontekst, der fremmer patientens egenomsorg og livskvalitet

Denne artikel bidrager til en større forståelse af, hvad inddragelse betyder, hvilke udfordringer inddragelse kan medføre, og hvordan man kan fremme inddragelse i en klinisk praksis. I artiklen zoomes ind på betydninger af inddragelse af patienter i en psykiatrisk kontekst. Udfordringerne ved inddragelse belyses, og der sættes fokus på, hvordan disse udfordringer kan overvindes for at inddrage og fremme patienternes egenomsorg og livskvalitet (1).

Maksimal inddragelse af brugerne knytter an til de sidste årtiers modernisering af det psykiatriske område, hvor diagnoser træder i baggrunden til fordel for at møde brugerens egne fortolkninger af sundhedsproblemer (2). Inddragelse i en psykiatrisk kontekst kan kædes sammen med den inddragende tilgang, der benævnes recovery. Ligeledes kan livskvalitet forstås synonymt med de værdier, der er indlejret i begrebet personlig recovery. I det følgende præsenteres en case, som illustrerer udfordringer i en psykiatrisk kontekst på et psykiatrisk center. Casen vil blive inddraget i artiklen for at vise eksempler på udfordringer, og hvordan disse kan løses med en recoveryorienteret tilgang, hvor kommunikation udgør en central hjørnesteen.

Casen viser, at sundhedsprofessionelle overvejende stiller sig positive overfor nye udviklingstiltag som fx indførelsen af en involverende og recoveryorienteret praksis. På det mere konkrete plan, viser casen også, at de sundhedsprofessionelle har forskellige opfattelser af, hvad inddragelse og recovery indebærer, og hvem målgruppen er. Når patienterne skal inddrages i eget forløb, hvor patientens egenomsorg fremmes og skaber bedre livskvalitet, er det afgørende, at de sundhedsprofessionelle diskuterer sig frem til en fælles forståelse af, hvordan de forstår og arbejder med inddragelse og recovery.

Inddragelse

Tilbage i 1978 betonedes inddragelse og respekten for

## case

På et psykiatrisk afsnit afholder personalet en temadag på afdelingen. Sygeplejersker, læger, fysioterapeuter, socialrådgivere, ergoterapeuter og social- og sundhedsassistenter udgør det tværfaglige personale. Temaet for dagen er inddragelse og recovery som nogle af de hjørneste, der skal gennemsyre plejen- og behandlingen på hele det psykiatriske center. Formålet med dagen er at få talt om, hvordan de kan få implementeret en bedre inddragelse af patienterne og en tilgang, der er recoveryorienteret. Umiddelbart er der en god stemning i personalegruppen for at inddrage patienterne og arbejde mere recoveryorienteret. En del mener dog allerede, de gør det, og har svært ved at se relevansen af, at bruge en hel temadag på at diskutere dette spørgsmål. Overlægen udtrykker, at recovery ikke er relevant for deres patienter, idet han mener, de er for dårlige under indlæggelsen. "Patienterne magter ikke at forholde sig til deres fremtid og tænke længere frem". Sygeplejerskerne er ikke enige, og mener de godt kan blive bedre til at inddrage patienterne og fokusere mere på recovery. I diskussionen er de ikke enige om, hvad begreberne betyder. Nogle mener recovery handler om, at patienterne er velinformerede og med til at træffe beslutningerne. Recovery italesættes som at komme sig af sin sygdom og ikke have symptomer og at blive selvforsørgende. Der udspiller sig en diskussion om, at de metoder, de anvender i plejen og behandlingen, er både inddragende og recoveryorienteret. Kognitiv adfærdsterapi nævnes af mange som en meget inddragende metode og tager udgangspunkt i patienternes recovery. Der er enighed om, at såfremt man arbejder med kognitiv adfærdsterapi, så er man sikker på, at patienten både inddrages, og at patientens recovery er i centrum. En socialrådgiver er ikke enig og forsøger at nuancere diskussionen ved at fokusere mere på aspekter som selvudvikling, sociale kompetencer, social støtte til uddannelse og job, bolig osv. Endvidere mener hun ikke, alle patienterne er i stand til selvstændigt at finde frem til løsninger, men at de skal støttes gennem hele det tværsektorielle forløb.

patientens selvbestemmelsesret i behandlingen og plejen som et vigtigt indsatsområde af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) (3). Siden har den danske lovgivning indskrevet patientinddragelse som bl.a. indgår i sundhedslovens informerede samtykke (4), men begrebet ses også i nationale mål og sundhedsaftaler som gældende for både

hospitalet og kommuner (5). Forskningen påpeger positive afledte effekter af inddragelse. Heriblandt kan nævnes mere tilfredse patienter, forbedrede patientresultater, herunder kortere hospitalsophold, færre genindlæggelser, forbedret funktionsniveau og nedsat dødelighed (1,6,7). I litteraturen defineres inddragelse forskelligt fx som deltagelse, partnerskab, involvering og inklusion (8,9). Videncenter for brugerinvolvering (VIBIS) anvender begrebet brugerinddragelse, der indbefatter patientens viden, ønsker, behov og præferencer. VIBIS betragter brugerinddragelse som noget individuelt. Den professionelle og patienten deler viden og har en dialog om ønsker, behov og præferencer. Beslutninger træffes i fællesskab vedrørende behandlingen (10). Inddragelse indebærer tilvejebringelse af viden, der skal gøre patienten i stand til at aflæse de forventninger, som både sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle har til dem som aktive borgere (11).

Undersøgelser af patienters oplevelser af indlæggelser peger på, at de i stigende grad ønsker at blive involveret i beslutninger om pleje og behandling. Men flere patienter oplever sig utilstrækkeligt inddraget. Faktisk føler hver femte patient sig for lidt involveret i beslutninger om pleje og behandling (12,13). Det kræver udviklede sundhedskompetencer at kunne navigere i et moderne sundhedsvæsen og indgå i et samarbejde med sundhedsprofessionelle og kunne gøre brug af de behandlingstilbud, der er relevante for den enkelte. Forskning viser, at sundhedsprofessionelle ubevidst overser ressourcetsvage patienters behov for inddragelse (8). De sundhedsprofessionelle påhviles gennem eksempelvis etiske kodeks, sundhedsret, politiske målsætninger og deres faglige ansvar at mindske uligheden blandt patienterne og tage vare på de mest ressourcetsvage patienter i inddragelse (11).

### Psykiatrisk sygepleje i et sundhedssystem

I Danmark hviler det offentlige sundhedsvæsen på værdier som frihed, lige og let adgang for alle, ligestilling i forhold til behandlingstilbud og pleje, solidaritet, frit valg og social retfærdighed. Patienterne har ret til hjælp i forbindelse med sygdom, respekten for menneskets integritet og selvbestemmelse vægtes højt i det danske sundhedsvæsen (14). Kvaliteten af psykiatrisk sygepleje er under indflydelse af, at de tildelte ressourcer står mål med de politiske visioner (15). Regeringen, regionerne og kommunerne har udarbejdet sundhedsaftaler, der skal styrke indsatsen over for mennesker med psykiske og somatiske lidelser (16). Hovedpunkterne i sundhedsaftalerne er bl.a.: forebyggelse og tidlig indsats, herunder bedre udredning for fysiske sygdomme, reduktion af overdødelighed, nedbringelse af tvang, ligestillet behandling og arbejde for ligestilling med bl.a. øget patientinddragelse, højere kvalitet, bedre rehabilitering og større sammenhæng i indsatsen (16).

Nye tendenser i sundhedsvæsenet viser en øgning af patienter i pleje- og behandling, øget ambulans behandling og kortere indlæggelser (16). I den forbindelse er det væsentligt, at sundhedspersonalet er bevidste om, hvordan de vil forvalte et samarbejde med patienten, hvor patienterne opnår mulighed for at udfolde deres forventninger

og indflydelse under hele tilrettelæggelsen af forløbet. Dette understreger et behov for at afklare betydningen af patientinddragelse og dernæst, hvordan det kan udfoldes.

### Recoveryorienteret og inddragende tilgang

Indenfor psykiatrien arbejder man med begrebet recovery, hvorunder inddragelse udgør et væsentligt element. I Danmark oversættes recovery til 'at komme sig'. Begrebet recovery blev særligt fremtrædende på de sociale og politiske arenaer op gennem 1960`-erne og 70`-erne i bl.a. USA, Canada, Australien, England og New Zealand (2). Recovery blev primært fremført af personer fra bruger/consumer/survivor-bevægelser og organisationer inden for det psykiatriske felt. I denne sammenhæng blev og bliver recovery betragtet som et opgør med eller et modsvar til den traditionelle psykiatriske praksis med bl.a. anvendelsen af tvang og på den fremherskende tænkning; at psykisk lidelse bliver betragtet som en kronisk lidelse (2).

I Danmark er recoverybegrebet først i de senere år blevet mere aktuelt, ikke mindst med Psykiatri Udvalgets rapport fra år 2013 (17). Heri beskrives, at indsatsen for mennesker med psykiatriske lidelser i højere grad skal fokusere på mulighederne for, at den lidende kan komme sig og få en almindelig hverdag med uddannelse eller arbejde. Udvalget peger på et kvalitetsløft, der er borgernært og recovery-baseret. I rapporten er der sat fokus på brugerinddragelse som en måde at transformere psykiatriens service til en recoveryorienteret service, hvor sundhed er målet i stedet for kun at respondere på sygdommen.

### Recovery – indsats eller resultat

Recovery handler om i højere grad at synliggøre og arbejde med borgernes ressourcer, frem for at fokusere på sygdom, problemer, anomalier og svagheder, således at borgeren kan "komme sig" eller lære nye måder at leve med sine problemer. Patientinddragelse og recovery har grundlæggende humanistiske værdier tilfælles, hvor det handler om at fokusere på patientens selvbestemmelse, forventninger og mål (6,18).

I et behandlerperspektiv, har det videnskabelige grundlag og accepten af, at det er muligt at komme sig efter psykisk lidelse, medført en tendens til at professionalisere recovery inden for det medicinske paradigme. Det betyder, at de professionelle i det psykiatriske felt forsøger at stille entydige og objektive kriterier for recovery, som kan måles på forskellig vis (2). I den biomedicinske forskning og i den kliniske praksis, bliver fuldstændig recovery f.eks. målt ud fra fraværet af symptomer og tilbagevenden til det funktionsniveau, personen havde før sygdommen. Social recovery måles ud fra en økonomisk og bolig-mæssig uafhængighed og lav grad af social forstyrrelse, mens personen stadig godt kan have visse symptomer (2). Måles recovery ud fra social recovery, vurderes individerne i forhold til det "normale" samfund, som er afhængig af politiske og samfundsøkonomiske indvirkninger på arbejdsmarkedet, boligområdet og øvrige sociale forhold.

Når recovery opfattes som et resultat eller en effekt af en

specifik behandling og/eller af fagfolks interventioner, bliver der anvendt og udviklet forskellige måleinstrumenter for at måle, validere og bedømme graden af recovery (2). De professionelle udvikler også særlige recoveryorienterede programmer, som oftest er en kombination af medicinsk behandling og social færdighedstræning. I denne sammenhæng har der været en tendens til, at sammenmelte begreberne rehabilitering og recovery. Recovery, betragtet som et resultat, har de professionelles interesse, da der stilles faglige og politiske krav til at dokumentere og validere effekten af interventionen og behandlingen. Når recovery opfattes som en indsatsform eller et resultat, afspejler interessen oftest et behandlingsperspektiv med en generel interesse i behandlingsmetoder og effektivitet (2). Derved kan patientens perspektiv overses.

### **Recovery og inddragelse – en proces**

Betragtes recovery og inddragelse som en proces, er der fokus på den individuelle proces, som det enkelte menneske gennemgår, hvilket afspejler en interesse i et individperspektiv (19). Cornett fremhæver, at når det udelukkende er det individuelle aspekt, som er fremtrædende, reduceres fællesskabet til et sted, hvor individualiteten kan udfolde sin proces, og hvor andre kan påvirke individets valg. Familie, professionelle, andre m.m. bliver betragtet som ydre faktorer, der kan fremme eller hæmme den enkeltes muligheder for at komme sig. Ved at individualisere recovery, fokuseres der på det individuelle ansvar for recovery, og der relateres ikke til de miljømæssige, sociale og materielle vilkår, som influerer på og som er i samspil med eller, som opretholder den lidelsesfulde situation. Patienter i en psykiatrisk kontekst har ofte brug for hjælp til at sætte ord på deres håb og mål for fremtiden (19). Inddragelse i patientens perspektiv bliver derfor et middel til at den sundhedsprofessionelle får adgang til deres tanker og behov for hjælp. I den forbindelse er det afgørende, at de sundhedsprofessionelle stiller sig nysgerrige og udforskende overfor patientens perspektiv, og hvordan de bedst kan tilrettelægge pleje- og behandlingen. Hertil kan man med udgangspunkt i forskningen overveje, hvad de fleste patienter lægger vægt på i deres forløb på psykiatriske centre og i kommuner.

### **CHIME - tilgang til at fremme patientens egenomsorg og skabe bedre livskvalitet**

Forskningstilgangen CHIME introducerer fem kernebegreber, der fortæller noget om, hvad mennesker med en psykisk lidelse tillægger værdi i deres liv. For et menneske med en psykisk lidelse kan CHIME være en kilde til at definere livskvalitet. CHIME udgør en forståelsesramme, der repræsenterer mange mennesker med en psykisk lidelse ønsker til det gode liv (20). Herunder udgør CHIME en samlebetegnelse for begreberne: forbundethed, håb, identitet, mening og empowerment. De fem områder sætter en retning for udviklingen af de professionelle pleje- og behandlingsindsatser. Inddragelse kan betragtes som en gensidig proces, der både handler om at den sundhedsprofessionelle skal inddrages i patientens livssituation, men også at patienten skal inddrages i alle de beslutninger, der handler om vedkommendes pleje- og behandling. CHIME bidrager med et perspektiv på, hvad der kan være vigtigt at spørge

ind til og en forståelse af, hvad mange mennesker med en psykisk lidelse tillægger betydning. Oplevelse af at være i stand til egenomsorg styrkes ofte gennem et solidt netværk og en følelse af, at kunne mestre de livsudfordringer, som er en følge af svære symptomer.

Forbundethed omhandler gode relationer, både med de sundhedsprofessionelle, men i høj grad også med mennesker, venner, kolleger, medstuderende, naboer, kærester, familie eller fodboldkammerater, der ikke får løn for samværet (20). De sundhedsprofessionelle kan ikke løse dette alene, men de kan hjælpe og motivere til at skabe kontakt til betydningsfulde netværk. Patientens behov bør ikke nødvendigvis tilpasses de indsatser, som de sundhedsprofessionelle har på hylderne. Ledere og sundhedsprofessionelle skaber de indsatser, der er brug for sammen med den enkelte patient, og indsatsen kan tilpasses netop dette menneskes behov, livssituation og personlighed.

Indlæggelse på et sygehus kan betragtes som et reservat, hvor patienten får helle til at komme sig af psykiske vanskeligheder. Dette helle kan være et vigtigt holdepunkt i en periode, hvor patienten har brug for tryk og beskyttelse, men det er væsentligt at de professionelle rum sammen med patienter ikke frakobles det almindelige samfundsliv. De professionelle indsatser skal skabe veje ud i det almindelige samfundsliv ved at støtte til deltagelse i fællesskaber og aktiviteter med ligestillede. Det handler om at skabe muligheder for positive og bæredygtige relationer og fællesskaber, som man kan komme sig i.

Håb, identitet og mening er helt centrale værdier af betydning for at fremme patientens livskvalitet. De sundhedsprofessionelle har en opgave i at formidle håb og viden om, at mennesker kan komme sig og skabe sig et godt liv på trods af svære psykiske symptomer. Fortællinger om tidligere patienters erfaringer med at opnå egenomsorg og komme sig er vigtige komponenter i at opfylde manges håb. De sundhedsprofessionelle har ikke nødvendigvis personlige erfaringer med psykisk sygdom, men alle mennesker har erfaringer med vanskelige livsforhold og egenomsorg. Det at stå overfor en ny og ukendt situation kan samtidigt kræve nye egenomsorgskapaciteter. Inddragelse spiller en helt central rolle i den forbindelse, da inddragelse også indbefatter opnåelse af ny viden og færdigheder. Det er også væsentligt, at patienten oplever at blive set, hørt og lyttet til og at sætte patientens perspektiv i centrum i forhold til, hvilken beslutninger, der er brug for, og hvordan hjælpen skal tilrettelægges. Inddragelse må ikke alene være på de professionelle præmisser, og omvendt må patienten ikke forvente, at de professionelle kan fikse problemerne. Frem for dette, må den sundhedsprofessionelle og patienten indgå i en dialog og drage på en opdagelsesrejse. Her kan de i fællesskab finde frem til en fælles forståelse af problemer og løsninger. Inddragelse indebærer også, at patienten indtager en rolle som aktør i eget liv med støtte fra de sundhedsprofessionelle. Her kan udgangspunktet være at finde ind til patientens håb, drømme, ressourcer, og indre styrke i vejen frem mod et selvstændigt og meningsfyldt liv.

Hvis det skal lykkes den sundhedsprofessionelle at bidrage positivt til patientens livskvalitet, kan indsigt i patientens historie være et afgørende udgangspunkt for at kunne målrette en individuelt tilpasset hjælp og støtte. Åbenhed kræver en tryk og tillidsfuld relation, for at patienten ønsker at involvere den sundhedsprofessionelle i sin historie. I sin iver efter at ville patienten det bedste er der en stor fare for, at den sundhedsprofessionelle kan misforstå sin rolle og komme til at handle mod patientens ønsker. Den sundhedsprofessionelle må reflektere over sin forståelse og sikre, at patientens historie og ønsker danner udgangspunktet for hjælpens tilrettelæggelse. Det påhviler den sundhedsprofessionelle at respektere patientens autonomi, hvilket bl.a. kan ske gennem medinddragelse. Ved at dele sin viden med patienten sikrer den sundhedsprofessionelle, at patienten opnår gode forudsætninger for deltagelse i et ligeværdigt samarbejde. Samtidig skal den sundhedsprofessionelle være bevidst om magt-ansvar fordelingen og her ses en tendens til at sundhedsprofessionelle ofte bliver for paternalistiske og derved kommer til at træffe beslutninger hen over hovedet på patienten (21).

Den sundhedsprofessionelle hjælper patienten gennem dialog til at finde ind til sit håb, sine drømme, sin handlekraft og sin egen vej frem mod et selvstændigt liv, som giver mening for netop dette menneske. For at understøtte håbet og en positiv identitet for den enkelte patient, kan indsatserne sammen med patienten bl.a. rette fokus mod de personlige potentialer, mod de ressourcer, som den enkelte og dennes netværk rummer og mod de forhåndenværende muligheder. Patienten har brug for at kunne være noget andet end 'psykisk syg' eller 'afhængig af andres hjælp'. Patienten bør værdsættes som individ og som et vigtigt element i at opbygge eller styrke en positiv identitet. At føle sig værdsat indebærer bl.a. oplevelsen af at betyde noget for andre, at ens erfaringer kan bruges af andre.

Oplevelsen af at føle mening med noget er en individuel følelse. Patienten skal opleve at være i centrum og skal opleve behandlingsforløbet som meningsfuldt og bidragende til hans eller hendes recoveryproces. I en psykiatrisk kontekst oplever en del patienter ikke behandlingen som meningsfuldt. Nogle patienter oplever ikke deres psykiske udfordringer som en del af en diagnose og kan have andre forestillinger om, hvad deres problemer er, og hvordan de vil hjælpes (22). Mening for patienten kan handle om at føle sig lyttet til og forstået i andre måder at fortolke psykiske vanskeligheder på. Og at respektere, at der kan være ønsker, der falder ved siden af de traditionelle måder at behandle patienter med psykiske vanskeligheder på.

Empowerment oversættes som at befri sig fra afmagt og finde sin handlekraft og tro på, at det er muligt selv at skabe ønskede forandringer i sit liv og føle kontrol. Empowerment handler om, at patienten opnår mulighed for at flytte sig fra en rolle som passiv modtager af en behandling til en rolle som medskabere af den (20). Det fordrer at de sundhedsprofessionelle giver slip på magten og stiller sig åbne for, at patienten tager magten i eget liv. Det vil kræve, at både ledere og medarbejdere ændrer adfærd og indtræ-

der i nye roller. De sundhedsprofessionelle kan gennem inddragelse og videndeling bidrage til at udvikle patientens empowerment. Det handler om at fremme patientens egenomsorgskapacitet og dermed blive i stand til at håndtere udfordringer ved at leve med sygdom.

### Opsummerende refleksioner

Inddragelse er overvejende forbundet med noget positivt for de fleste patienter og sundhedsprofessionelle. Inddragelse er et politisk indsatsområde, der er indskrevet i bl.a., sundhedsaftaler mellem stat, regioner og kommuner. Patientens perspektiv skal sættes i centrum, og de professionelle indsatser har til formål at fokusere på en bedring af patientens egenomsorg og livskvalitet. Recovery anvendes i psykiatrien som tilgang og knyttes sammen med inddragelse, og med recovery sættes der bl.a. fokus på, at se mennesket og ikke blot sygdommen. Recovery og inddragelse af patienter kan kun lade sig gøre, hvis rammerne er til det. Således kræver det, at de sundhedsprofessionelle formår at opbygge en tillidsfuld relation, hvor patienten føler sig tryk og er motiveret for at dele sine tanker. De sundhedsprofessionelle bør møde patienten med åbenhed og støtte patienten i at opnå håb og mål for fremtiden. Egenomsorg styrkes gennem inddragelse, der åbner for øget viden og muligheder for at kunne opnå den ønskede livskvalitet.

### Referencer

1. Jørgensen K. Patientinddragelse Politik, profession og bruger (Patient involvement, Policy, Profession and User). Copenhagen, Denmark: Samfundslitteratur; 2019.
2. Oute J, Jørgensen K. Recovery-Orienterede Praksisser. Samfundslitteratur; 2021.
3. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Libr Cat DataLibrary Cat Data. 2013;
4. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Sundhedsloven. Minist Sundh og Forebygg. 2010;2010(913):1-62.
5. Regeringen kommunernes landsforening og regionerne. Nationale mål for sundhedsvæsenet. 2021.
6. Jørgensen K, Rasmussen T, Hansen M, Andreasson K, Karlsson B. User Involvement in the Handover between Mental Health Hospitals and Community Mental Health : A Critical Discourse Analysis. Int J Environ Res Public Heal. 2021;
7. Jørgensen K, Rendtorff JD. Patient participation in mental health care – perspectives of healthcare professionals: an integrative review. Scand J Caring Sci. 2017;32(2):490-501.
8. Jørgensen K. Mulighedsbetingelser for patientinddragelse og recovery i psykiatrien (The conditions for patient involvement and recovery in mental healthcare). Roskilde University; 2019.
9. Jørgensen K, Rendtorff JD, Holen M. How patient participation is constructed in mental health care: a grounded theory study. Scand J Caring Sci. 2018;(3):In press.
10. Videncenter for brugerinddragelse. Manifest for brugerinddragelse. Danske Patienter. 2018;
11. Jørgensen K. Mulighedsbetingelser for patientinddragelse og recovery i psykiatrien. Roskilde; 2019.
12. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. Considering pa-

- tient non-participation in health care. *Heal Expect.* 2008;11(3):263–71.
13. Jørgensen K. Mulighedsbetingelser for patientinddragelse og recovery i psykiatrien. Roskilde Universitet; 2019.
  14. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven. 2016.
  15. Joergensen K, Praestegaard J. Patient participation as discursive practice-A critical discourse analysis of Danish mental healthcare. *Nurs Inq.* 2017 Sep;25(2):e12218.
  16. Sundhedskoordinationsudvalget. Sundhedsaftale 2019-2023 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis (Health agreement 2019-2023 for the Capital Region, the municipalities and general practice). The Capital Region Denmark, the municipalities and general practice). 2019.
  17. Eskildsen A, Andersen H, Holt M, Tystrup B, Rudaizky F, Berrig N. REGION HOVEDSTADEN PSYKIATRIUDVALGET Tirsdag den 4 . december 2012. 2012;(december).
  18. Jørgensen K, Rasmussen T, Hansen M, Andreasson K, Karlsson B. Recovery-oriented network meetings in mental healthcare: A qualitative study. *Issues Ment Health Nurs.* 2021;
  19. Jørgensen K, Praestegaard J, Holen M. The conditions of possibilities for recovery: A critical discourse analysis in a Danish psychiatric context. *J Clin Nurs.* 2020 Apr 30;
  20. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011 Dec;199(6):445–52.
  21. Jørgensen K, editor. Patientinddragelse - politik, profession og bruger. Samfundslitteratur; 2019.
  22. Jørgensen K, Rasmussen T, Hansen M, Andreasson K, Karlsson B. Recovery-Oriented Intersectoral Care in Mental Health : As Perceived by Healthcare Professionals and Users. *Int J Environ Res Public Heal Artic.* 2020;17.

# Bestyrelsen



## Formand

Annesofie Lunde Jensen,  
*Klinisk sygeplejespecialist, lektor*  
Master i sundhedsantropologi  
Steno Diabetes Center Aarhus  
Aarhus Universitets Hospital  
Mail: [annesjen@rm.dk](mailto:annesjen@rm.dk)



## Næstformand

Julie Duval  
*Ph.d.-studerende, cand.cur.*  
Institut for Folkesundhed  
Aarhus Universitet  
Mail: [Julieduval@ph.au.dk](mailto:Julieduval@ph.au.dk)



## Kasserer

Tina Riekehr Bjerre,  
*Klinisk udviklingsygeplejerske og uddannelsesansvarlig,*  
Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitets Hospital  
(SUH) i Roskilde  
Mail: [trb@regionsjaelland.dk](mailto:trb@regionsjaelland.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Medlemsansvarlig  
Legater  
Gitte Susanne Rasmussen,  
*Klinisk Specialist, Cand. Cur., ph.d. i sundhedsvidenskab*  
Hudafdelingen  
Aarhus Universitetshospital  
Mail: [gittramu@rm.dk](mailto:gittramu@rm.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Kontaktperson til Forstyrrelsens redaktørgruppe  
WEB-redaktør  
Jeanette Rasmussen,  
*Udviklingsygeplejerske*  
Pleje og Sundhed  
Gentofte Kommune  
Mail: [jera@gentofte.dk](mailto:jera@gentofte.dk)



## Suppleant

Tina Nielsen,  
*Afdelingsleder*  
Gildhøjhemmet  
Brøndby Kommune  
Mail: [tn@jakolex.dk](mailto:tn@jakolex.dk)

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com



## Afsender:

FS32, Fagligt selskab for sygeplejersker,  
der arbejder med forskning og udvikling  
DSR, Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K