

SIDE 5

FAGLIG
ARTIKEL

Fra steril forbinding til rent plaster efter operationer: Et eksempel på evidensbaseret praksisudvikling

SIDE 12

FAGLIG
ARTIKEL

Styrket kvalitet i arbejdet med faldforebyggelse i ældreplejen; forbedringsarbejde, udvikling og læring i praksis

SIDE 18

FAGLIG
ARTIKEL

Netværksgrupper/SIG gør en forskel for sygeplejen og patienterne

SIDE 24

FAGLIG
ARTIKEL

Uopassende nysgerrighed i mødet med transpersoner

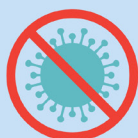
02

2020

SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

forstyrrelsen

Fight against
COVID-19



FLATTEN the CURVE



Fagligt selskab for
SYGEPLEJERSKER
der arbejder med
UDVIKLING OG FORSKNING



Indholdsfortegnelse

Leder	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen	s. 4
Faglig artikel: Fra steril forbindelse til rent plaster efter operationer: Et eksempel på evidensbaseret praksisudvikling	s. 5
Landskonference 2020.....	s. 10
MasterClass.....	s. 11
Faglig artikel: Styrket kvalitet i arbejdet med faldforebyggelse i ældreplejen; forbedringsarbejde, udvikling og læring i praksis	s. 12
Stafetten - mød en kollega.....	s. 17
Faglig artikel: Netværksgrupper/SIG gør en forskel for sygeplejen og patienterne	s. 18
Velkommen til nye redaktionsmedlemmer.....	s. 23
Faglig artikel: Upassende nysgerrighed i mødet med transpersoner	s. 24
Den anden-sidste Klumme	s. 30
Boganmeldelse	s. 31

Fagbladet Forstyrrelsen

Redaktionsgruppen



Lotte Evron, *RN, ph.d., cand. mag.* Lektor
Institut for Sygeplejerske-
og Ernæringsuddannelser
Københavns Professionshøjskole
loev@kp.dk



Laila Twistmann Bay, *RN, Cand. Scient.* *San Ph.d. studerende*
Reumatologisk afdeling
Odense Universitetshospital
laila.t.bay@rsyd.dk



Thora Grothe Thomsen, *RN, ph.d.*,
Lektor i klinisk sygepleje,
Sjællands Universitetshospital
Forskningsstøtteenheden
thst@regionsjaelland.dk



Gitte Bunkenborg, *post doc., PhD,*
intensiv sygeplejerske,
Forskningsleder for MVU-området,
Holbæk Sygehus, Region Sjælland
gibu@regionsjaelland.dk



Anni Sørensen, *RN, Cand. Cur*
Udviklingssygeplejerske
Neurokirurgisk Afdeling U,
Odense Universitetshospital
Anni.Noerregaard@rsyd.dk



Birgitte Lerbæk, *postdoc i Klinisk Sygepleje*
ved Klinik Medicin og Akut,
Aalborg Universitetshospital og
Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje,
Aalborg Universitetshospital
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 3. gange årligt – Marts, juni, og november
Deadline for indsendelse: 1. februar, 1.maj og 1. oktober

Manuskriptvejledning kan findes på selskabets hjemmeside: www.dsr.dk/fs32

Redaktionsgruppen forholder sig ret til at afvise artikler eller bede om revision.
Artikler skal rettes til bladets målgruppe: Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

Bladet finansieres gennem annoncer, hvorfor der kontinuerligt er behov for medlemmer byder ind med forslag til annoncører.
Grafisk produktion: Kosmos Grafisk ApS · Oplag: 350 stk.

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen på ISSUU.com





Evidensbaseret praksisudvikling i sygeplejen

Under Corona-pandemien er sygeplejerskers uundværlige rolle som rygrad i sundhedsvæsenet overalt på jorden blevet italesat og vores indsats hyldet med ord (UN News 2020). Vi er ikke kun uundværlige i pleje- og behandlingsøjemed, men også i udvikling- og forskningsarbejdet i sundhedsvæsenet. Ved at arbejde med et bredt evidensbegreb (Berthelsen, 2020), hvor både viden fra forskning, individuel klinisk erfaring, patient præferencer og viden fra den lokale kontekst indgår i FoU-arbejdet, kan vi være med til at give patienterne en behandling af høj kvalitet samt sundhedsfremme og forebygge.

I forbindelse med Corona-pandemien har vi set, hvordan evidensbegrebet er blevet misbrugt, når politikere argumenterer for bestemte tiltag. Det skal vi være med til at problematisere ved fx at fortælle om evidensbaseret udvikling. I løbet af de sidste måneder har erfaringer fra covid-19 behandling vist, at den kliniske situation ikke kan styres af retningslinjer, når vi ikke kender situationen eller når der er afvigelser. Der har fx været et stort forbrug af længerevarende respiratorbehandling, som går imod den eksisterende forskningsbaseret viden om, at patienter ikke må ligge for længe i respiratorer. Her har individuel klinisk erfaring og viden fra den lokale kontekst været med til at udvikle nye behandlingsregimer for covid-19 patienter med brug af ECMO (Ekstra Corporal Membrane Oxygenation), der tilsyneladende har medvirket til bedre overlevelse (IndenRigs 2020). Vi skal sammen med andet fagpersonale forske i og udvikle ny evidensbaseret praksis, der kommer patienterne til gode.

I dette nummer af Forstyrrelsen sætter fire artikler fokus på praksisudvikling. Den første artikel viser, hvor man på Øre-, Næse-, Hals-, og Kæbekirurgisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital i samarbejde med sygeplejersker på Plastikkirurgisk Afdeling på Odense Universitetshospital har gennemført et evidensbaseret praksisudviklingsprojekt om brug af ikke sterilt plaster efter operationer. Forfatterne viser trin for trin, hvordan de undersøger evidens og udvikler ny praksis med anvendelse af rent (ikke sterilt) 3M Micropore tape i stedet for sterile steristrips eller andre sterile forbindelser efter mindre operationer. Resultatet er en ny lokal retningslinje, som har fået Statens Serum Institut til at evaluere deres eksisterende retningslinjer på området.

I den anden artikel sætter et tværprofessionelt team i Favrskov Kommune fokus på faldforebyggelse gennem forbedringsar-

bejde med systematisk brug af forbedringstavler og løbende dataovervågning af udviklingen i kommunalt regi. Resultaterne fra deres praksisudviklingsprojekt understøtter arbejdet med at sikre borgerne høj kvalitet i arbejdet med faldforebyggelse samt øger faglig stolthed og arbejdsglæde blandt medarbejdere og ledere.

Den tredje artikel omhandler en stor landsdækkende spørgeskemaundersøgelse (N=197) om sygeplejerskers brug af Netværksgrupper (NG) og Særlige Interesse Grupper (SIG), som er grupper der ligger under de Faglig Selskabers regi. Undersøgelsen synliggør og dokumenterer den sygeplejefaglige indsats, som foregår i grupperne. Resultaterne viser, at deltagelse i NG/SIG fællesskaber skaber erfaringsudveksling, der har stor betydning for sygeplejerskerne. De oplever, deres deltagelse i NG/SIG har en positiv påvirkning på deres faglighed, er kompetencefremmende og øger kvaliteten af patientforløbene.

Den fjerde artikel omhandler en mixed-method undersøgelse om mødet mellem transpersoner og sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen. Gennem spørgeskema og interviews undersøger forfatterne, hvordan 15 transpersoner oplever, at sygeplejersker håndterer transpersoners kønsidentitet, og hvordan to sygeplejersker oplever mødet med den transkønnede patient i klinisk praksis. Både transpersonerne og sygeplejerskerne påpeger vigtigheden af mere viden og uddannelse til det sundhedsfaglige personale. Artiklen afslutter med anbefalinger til kommunikation baseret på viden om forskning og undersøgelsens resultater.

I Stafetten møder du klinisk sygeplejespecialist Carrinna Aviaja Hansen fra Køge Sygehus og Birgitte Lerbæk, der fortæller om de sidste stop på hendes ph.d.- rejse i Klummen. Vi har også en enkelt boganmeldelse og en præsentation af de to nye redaktionsmedlemmer på Forstyrrelsen: Gitte Bunkenborg og Birgitte Lerbæk God læselyst!

Referencer

- Berthelsen C. (2020). Evidens i Sygepleje. Samfundslitteratur.
Indenrigs (25.5.2020). Nyhed: ECMO er sidste chance, når respirator ikke er nok. Rigshospitalets medarbejdermagasin. [Online] <https://www.rigshospitalet.dk/>
UN News (7.4.2020). COVID-19 highlights nurses' vulnerability as backbone to health services worldwide [Online]. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061232> (Tilgået 12.6.2020).

Af: Annesofie Lunde Jensen,

Formand for det Faglige Selskab for Sygeplejersker der Arbejder med Udvikling og Forskning



Nyt fra bestyrelsen



Planlægning er vigtigt

I følge Wikipedia er planlægning de indledende, tanke-mæssige og logistiske aktiviteter inden selve udførelsen. I disse tider er det svært at planlægge, særligt hvis man ønsker at langtidsplanlægge. Vi kan nok alligevel blive enige om, at det at lægge planer er en betydningsfuld del af et vel gennemført projekt.

Det tager tid at planlægge og mange oplever, at det ikke holder, og at man er nødt til at ændre planer undervejs. Jeg har flere veninder, der laver madplaner hver uge. Det omfatter, hvad man skal spise og på hvilke dage i løbet af ugen, det skal spises, hvad man skal indkøbe, og hvem der skal lave maden. Det letter sikkert i hverdagen, og man undgår f.eks. at skulle købe ind så mange gange. Jeg forsøger stadig hver weekend at lægge en madplan men har endnu ikke oplevet, at den holder. Men jo, det minimerer nok indkøb. Nogle gange skaber den også et fyldt køleskab med mad til næste uge.

Pointen her er, at jeg troede, at planer var til for at blive gennemført, men sådan er det sjældent. Planer er til for, at vi kan tage højde for netop ændringer, og for at vi er forberedte på det usandsynlige. Derved kan vi hurtigt ændre kurs og mindske "skaden". Vi mindsker bekymringer, sparer ressourcer og tid.

Pointen er også, at i min optik vil planlægningsprocessen altid være dynamisk. Den fortsætter under hele iværksættelsen bl.a. på grundlag af konstant feedback fra processen. Og med statsgaranti, ligegyldigt hvor godt vi planlægger, så vil vi altid komme til at slå med de små eller store irriterende ting, der påvirker udførelsen af planen og måske ændrer på resultatet.

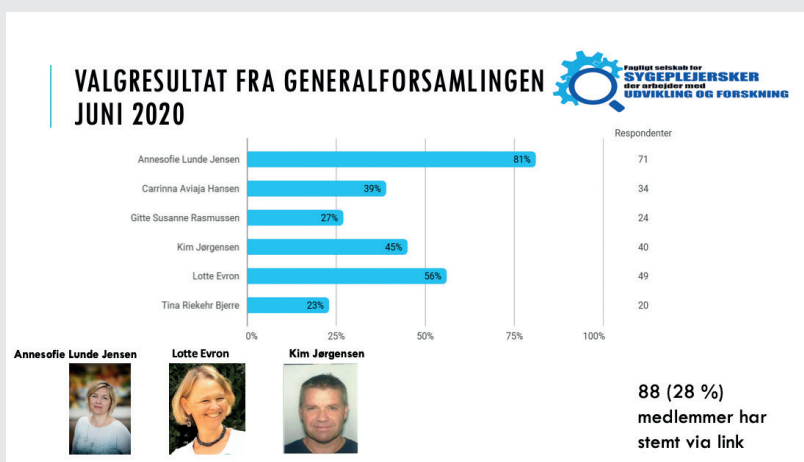
Os, der arbejder med implementering af nye ydelser, gennemfører forskningsprojekter, skal lave organisationsændringer eller planlægger konferencer, vi ved, at det er nødvendigt at tage højde for ændringer, modstand eller det usandsynlige. Ingen i bestyrelsen havde troet, at vi først skulle afholde landskonference i august. Siden vi udsatte konferencen i starten af marts, har vi afholdt flere planlægningsmøder, og nu ser det endeligt ud til, at det lykkes. Den sidste plan holder forhåbentligt og måske kun med små ændringer.

Det næste spørgsmål, der så melder sig, er nu "hvad med næste år". Hvad tør vi planlægge?

En ting er sikkert, vi skal planlægge for **planlægning er vigtigt.**

Valgresultater fra generalforsamlingen

Der er på generalforsamlingen d. 29/6 valgt medlemmer til Bestyrelsen. Seks personer var opstillet, afstemningen foregik elektronisk, hvilket gav en valgdeltagelse på 28 %. Resultatet af afstemningen gav genvalg til to bestyrelsesmedlemmer og nyvalg til Kim Jørgensen. De tre andre opstillede vil blive tilbudt at deltage som suppleanter i bestyrelsen.





Af: Thora Grothe Thomsen, Udviklings- og forskningsleder, Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

Line Næstrup Madsen, Klinisk udviklingssygeplejerske, Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

Britta Nielsen, Afdelingssygeplejerske, Plastikkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Conni Langhoff Jensen, Afdelingssygeplejerske, Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

Faglig artikel

Fra steril forbindelse til rent plaster efter operationer: Et eksempel på evidensbaseret praksisudvikling

Resume af artiklen

Gennem mange år er det på operationsafdelinger landet over blevet drøftet, hvorvidt der foreligger evidens for at anvende rent (ikke sterilt) 3M Micropore tape i stedet for sterile steristrips eller andre sterile forbindelser efter mindre operationer. Argumentet for anvendelsen af rent 3M Micropore tape har bl.a. været, at tapen giver pæne ardanrelser, tilsyneladende ikke giver flere infektioner end sterile forbindelser og samtidig skønnes at være billige i brug. Det har imidlertid ikke været muligt at finde frem til evidensbaserede retningslinjer hverken lokalt eller nationalt, som understøtter brugen af rent 3M Micropore tape fremfor sterile forbindelser. Artiklen viser, hvordan det evidensbaserede praksisudviklingsprojekt, som ligger til grund for udvikling af en ny lokal instruks på området, blev grebet an. Artiklen peger på såvel muligheder som udfordringer ved at arbejde på denne måde.

Nøgleord: Sårheling, post operativ sårinfektion, 3M Micropore tape, evidensbaseret praksisudvikling

Indledning

Artiklen beskriver, hvordan en arbejdsgruppe på Øre-, Næse-, Hals-, og Kæbekirurgisk Afdeling (ØNHK) på Sjællands Universitetshospital (SUH) i samarbejde med sygeplejersker på Plastikkirurgisk Afdeling på Odense Universitetshospital (OUH) har gennemført et evidensbaseret praksisudviklingsprojekt. Projektet bidrog til udvikling og implementering af en ny lokal, evidensbaseret instruks, som imødekommer ønsket om at anvende rent 3M Micropore tape fremfor sterile forbindelser efter operationer.

Udviklingsarbejdet har efterfølgende skabt genklang i et udvalgsarbejde under Statens Serum Institut (SSI), som har fokus på at udsende en revideret National Infektionsmedicinske Retningslinje for det per-, præ-, og postoperative område (NIRoperativ). Vores håb er, at den beskrevne strukturerede måde at arbejde på kan inspirere andre til at gennemføre tilsvarende evidensbaserede praksisudviklingsprojekter.

Baggrund

Postoperative sårinfektioner er en kendt risiko i forbindelse med kirurgiske indgreb, og valg af forbindelse er en af flere strategier til forebyggelse af sårinfektioner. Når sårinfektioner er væsentlige at have fokus på, er det fordi, de ofte forlænger patienternes behandlingsforløb og dermed belastar sundhedsvæsenets budget i væsentlig grad (Blazeby, 2016). Derfor bliver det på såvel internationalt som nationalt plan drøftet, hvilke former for forbindelser, der er mest hensigtsmæssige at anvende for at undgå sårinfektioner i forbindelse med operationer (Blazeby, 2016; Statens Serum Institut, 2015).

På den baggrund har en forskergruppe i England under navnet Bluebell Study Group undersøgt, hvordan valg af forbindelse (simpel, kompleks eller ingen forbindelse) påvirker risikoen for infektion i kirurgiske sår. Baggrunden for gruppens undersøgelser var, at der i England udføres ca. 4,5 millioner operationer om året, og infektioner i forbindelse med operationssår kan få omfattende konsekvenser for både patienternes behandlingsforløb og for sundhedsvæsenets økonomi. Resultat af de omfattende undersø-

gelsler har været, at der er ringe evidens for sammenhæng mellem valg af forbindelse og forekomsten af sårinfektioner. Derfor anbefaler gruppen, at valg af forbindelse foretages på baggrund af acceptable ønsker – herunder forekomst af eksudat og patientens mobiliseringsgrad - samt på baggrund af økonomi (Blazeby, 2016; Bluebelle, 2016).

I Danmark anbefaler NIRoperativ (Statens Serum Institut, 2015), at man i forbindelse med en operation dækker cicatricen med en egnet forbindelse. Hensigten med forbindingen er at understøtte sårandene, absorbere sårekssudat og beskytte vævet mod forurening udefra. Samtidig nævnes det i retningslinjen, i overensstemmelse med resultaterne fra Bluebell-gruppen, at der ikke findes dokumentation for, at brugen af sterile forbindelser reducerer forekomsten af infektioner. Det kan heller ikke dokumenteres, at én type af forbindelse er bedre end andre i forhold til at reducere forekomsten af postoperative sårinfektioner. Samme retningslinje anbefaler imidlertid, at der anvendes en steril og tæt-sluttende forbindelse i forbindelse med kirurgiske indgreb, samt at påsætning af forbindelse foregår med anvendelse af aseptisk teknik (Statens Serum Institut, 2015).

Til trods for de generelle anbefalinger om steril forbindelse i NIRoperativ har det gennem mange år været almindelig praksis at anvende rent 3M Micropore tape som forbindelse efter operationer - især på plastikkirurgiske operationsgange. Inspirationen er uden tvivl hentet fra et studie helt tilbage fra 1983 (Taube et al., 1983), som påviser effekt af anvendelse af steril Micropore tape frem for konventionel Melonin forbindelse. I studiet indgik 169 patienter, som havde været gennem en hernie- eller appendicitoperation. Patienterne blev delt i to grupper, hvor en ene gruppe fik sat sterilt 3M Micropore tape på operationssåret, mens der til den anden gruppe blev brugt en Melonin forbindelse. Såret forblev urørt i 7 dage til suturer blev fjernet. Her blev en ende af tapen løftet og suturen blev trukket ud. 3 M Micropore tape blev herefter sat fast igen. Micropore forblev siddende op til 2 uger efter operationen, hvorefter det blev erstattet af en nyt stykke 3M Micropore tape. Alle cicatricer blev vurderet efter 4 uger af henholdsvis patient, læge og en "uafhængig person". Den samlede vurdering var, at cicatricer dækket med Micropore var kosmetisk mere acceptabel end cicatricer dækket af en Melonin forbindelse. Efterfølgende har bl.a. et studie fra 2007 vist, at klæben i 3M Micropore tape tilsyneladende har en antiseptisk funktion (Lipscombe and Juma, 2007), hvilket kan være med til at forklare, hvorfor praksis over tid er blevet ændret fra at anvende sterilt til at anvende rent 3 M Micropore tape.

Da kirurger på en ØNH-kirurgisk operationsgang på SUH foreslog, at man også her – på baggrund af gode erfaringer fra plastikkirurgiske afdelinger – begyndte at anvende rent 3M Micropore tape efter hals operationer, besluttede en gruppe sygeplejersker at undersøge evidensen bag tiltaget. Det gav anledning til at iværksætte et praksisudviklingsprojekt med det formål at indhente og vurdere den viden, der synes nødvendig for udarbejdelsen af en lokal evidensbaseret instruks på området. Hvis den indhentede viden blev vurderet som fyldestgørende, skulle der efterfølgende udvikles og implementeres en retningslinje på området.

Evidensbaseret praksisudvikling

Helt fra udviklingsprojektets spæde start, var det hensigten at arbejde henimod at styrke afdelingens *evidensbaserede praksisudvikling* (EP) (McCormack et al., 2013). EP adskiller sig fra tilgangen evidensbaseret medicin (EM) bl.a. ved at anlægge et bredere perspektiv på viden (Sackett t al., 1996). Hvor EM typisk tager afsæt i den bedst tilgængelig medicinske forskning kombineret med patientens aktuelle medicinske tilstand, så er EP kendetegnet ved at inddrage fire former for viden, som i udgangspunktet betragtes som ligestillede i og med de repræsenterer forskellige forhold i klinisk praksis, som alle har betydning at kunne udvikle og gennemføre kliniske ændringer (Thomsen, 2014). De fire former for viden er:

- *Viden fra erfaring*, hvor viden beror på gentagelser og læring, viden fra kolleger samt viden fra forandrings- og udviklingsprojekter bl.a. dokumenteret gennem faglige rapporter, lokale kliniske retningslinjer samt andre faglige informationskilder.
- *Viden fra forskning*, hvor viden er hentet fra publicerede forskningsresultater eller forskningsbaserede kliniske retningslinjer. Viden kan også hentes fra relevante videnskabeligt funderede teorier.
- *Viden fra lokale data*, hvor viden er baseret på lokalt tilgængelige ressourcer – bl.a. økonomiske, tidsmæssige og "menneskelige" ressourcer.
- *Viden fra patienter*, som anses for at være en videnskilde, der belyser henholdsvis viden OM patienter og pårørende – dvs. viden, der indhentes gennem fra journaler samt andre relevante informationskilder, og viden FRA patienter og pårørende med henblik på at afdække deres oplevelse af både sygdomsforløbet og relevante aspekter af deres hverdagsliv – f.eks. deres oplevede ønsker, behov, værdier og tidligere erfaringer.

De fire videnskilder vil være forskelligt repræsenteret i forhold til forskellige kliniske problemstillinger. En samlet vurdering af de fire videnskilder kan således give et billede af, hvad der aktuelt og lokalt gør sig gældende i forhold til en konkret klinisk problemstilling eller klinisk beslutning. Endvidere kan en samlet vurdering være med til at pege på, hvor der mangler viden på området i forhold til at initiere og implementere en påtrængende klinisk beslutning eller ændring (Thomsen et al., 2019). McCormack et al. pointerer imidlertid, hvordan kliniske ændringer ikke alene kan baseres på en vurdering af flere videnskilder. Klinisk forankrede praksisændringer er samtidig betinget af faktorer som ledelse, facilitering og kultur (McCormack et al., 2013), hvilket udfoldes i artiklens sidste del.

Projektgruppe

Indledningsvis blev den oplevede problemstilling drøftet med hospitalets hygiejnesygeplejerske. Herefter var der bred enighed om, at trods tilsyneladende gode erfaringer fra andre afdelinger i landet måtte baggrunden for at anvende rent 3 M Micropore tape fremfor sterile forbindelser undersøges nærmere. På den baggrund blev der nedsat en projektgruppe bestående af afsnittets kliniske sygeplejespecialist, afdelingssygeplejersken samt den sygeplejefaglige leder af udvikling og forskning. Begrundelsen for projektgruppens sammensætningen var, at de tre personer

besad forskellige kompetencer og derfor kunne påtage sig forskellige opgaver i projektet, hvilket i sidste ende viste sig at være en ressourceoptimering.

Undervejs i projektforløbet fik gruppen kontakt til et andet operationsafsnit på et andet hospital, som var optaget af en tilsvarende problematik. Kompetente personer i dette afsnit havde allerede gennemført en litteratursøgning med fokus på valg af forbindelse til operationssår, som viste sig på fornem vis at supplere den videnssøgning, projektgruppen var i gang med. Dermed opstod et spirende samarbejde mellem to operationsafdelinger, som vi håber, kan føre til mere i årene fremover.

Metode

Afdelingens tilgang til evidensbaseret praksisudvikling (McCormack et al., 2013) har fået afgørende betydning for valget af projektets metode. Vi var fra begyndelsen klar over, at vi på struktureret vis ville forholde os til de fire tidligere beskrevne videnskilder, hvilket gav os mulighed for at vurdere problemstillingen på nuanceret vis (Thomsen et al., 2019). Først derefter gav det mening at beslutte, hvorvidt der var bevæggrund for at udvikle og implementere en lokal evidensbaseret retningslinje på området – alternativt iværksætte et større forskningsprojekt gerne i samarbejde med andre operationsafsnit landet over.

Viden fra erfaring blev indhentet ved at kontakte alle ØNH- og plastikkirurgiske operationsafsnit i Danmark – i alt 18 afsnit. Vi spurgte ind til:

- Hvilken form for tape/plaster bruges efter operationer – herunder rent eller steril?
- Hvor længe anbefaler de, at plaster bliver siddende samt procedure ved gennemsvivning?
- Hvilken forbindelse anbefales postoperativt, i forbindelse med at patienten kommer til ambulante kontroller?
- Hvilken erfaring har de med at anvende 3M Micropore tape i relation til ardannelse, og hvordan vurderede de infektionshyppigheden?
- Hvilken evidens ligger bag en evt. anvendelse af rent 3M Micropore tape?

Alle informationer blev indsat i et dokumentationsark med henblik på at bevare overblikket. Endvidere søgte vi i Google Scholar efter "grå" litteratur – f.eks. relevante patientinformationer, som måske kunne fortælle os om proceduren på andre afdelinger end vores egen.

Viden fra forskning kom fra 2 litteratursøgninger i databaserne PubMed og CINAHL. Den ene søgning havde fokus på valg af forbindelse til operationssår set i forhold til udvikling af postoperative sårinfektioner. Den anden søgning havde fokus på forskningsbaseret dokumentation for anvendelsen af 3M Micropore tape under og efter operationer. De anvendte søgetermener var: Dressings after surgery samt 3M Micropore tape kombineret med søgetermen Surgical Site Infection, som dækker over mere end direkte sårinfektion – f.eks. operationssår og cicatricer (NICE, 2008). Derudover blev der foretaget kædesøgninger både ud fra relevante forskningsbaserede artikler og ud fra NIRoperativ (Statens Serum Institut, 2015), som blev inddraget, fordi det er en af de forskningsbaserede retningslinjer, der dan-

ner grundlag for hygiejnesygeplejerskernes anbefalinger på de danske hospitaler. I første omgang blev abstracts på fremsøgte artikler skimmet. Såfremt artiklerne indeholdt relevant viden, blev de gennemlæst og drøftet i projektgruppen.

Projektgruppen besluttede, at i denne sammenhæng ville det give god mening at finde frem til *viden fra lokale data* ud fra produktkendskab samt økonomiske beregninger. Det betød, at vi havde adskillige samtaler med firmaet bag 3M Micropore tape, som var behjælpelige med at tilsende vareprøver samt produktinformation i form af produktbeskrivelser. De økonomiske beregninger blev foretaget af en af projektdeltagerne ud fra gældende markedspriser (2019 priser).

Viden OM og FRA patienter blev primært hentet fra de læste faglige og videnskabelige artikler og må derfor betragtes som viden OM patienter. Efterfølgende er det besluttet, at sygeplejersker i ambulatoriet i en endnu ikke fastsat periode vil spørge patienterne, hvilke erfaringer de har gjort sig med brugen af rent 3M Micropore tape, med henblik på at vi på et senere tidspunkt evt. kan ændre i de implementerede lokale retningslinjer.

Hvad viste de forskellige videnskilder?

Vores henvendelse til 18 operationsafdelinger i DK (henholdsvis ØNH og plastikkirurgiske afdelinger) peger på, at 1/3 af de adspurgte afdelinger allerede bruger ren 3M Micropore tape. Begrundelsen er først og fremmest, at tapen giver pænere ardannelse, samt at der ikke er observeret flere infektioner end ved anvendelse af andre forbindings-typer. Afdelingerne anbefaler, at tapen bliver siddende så længe som muligt, samt at arret beskyttes mod sol op til et år efter operationen. Der er dog ingen af afdelingerne, som baserer deres praksis på en egentlig retningslinje – hverken lokal eller national.

Samlet set viste litteratursøgninger, at der ikke er signifikant forskningsbaseret evidens for, at sterile forbindinger fremfor rene eller ingen forbindinger mindsker risiko for postoperative sårinfektioner (Blazeby, 2016; Bluebelle, 2016). På den baggrund anbefales det, at valg af forbindelse sker ud fra "sund fornuft". Relevante referencer knyttet til NIRoperativ understøtter, at der ikke er sikker evidens på området (Statens Serum Institut, 2015). Det anbefales imidlertid, at der anvendes sterile forbindinger. Relateret til anvendelsen af 3M Micropore tape efter operationer afsluttet med subcutant suturering, så fremstår to studier særlig informative. Det ene studie er et kontrolleret randomiseret studie fra 1983 (Taube et al., 1983), som peger på, at 3M sterilt Micropore tape giver den pæneste ardannelse. Studiet er yderligere præsenteret i artiklens baggrundafsnit. Det andet studie er et randomiseret studie fra 2019 (Hever et al., 2019), som inkluderer 1216 brystopereret kvinder. Studiet viser, at der i forhold til Surgical Site Infections ikke kan påvises signifikant forskel på at anvende rent 3M Micropore tape eller sterile forbindinger. Samtidig peger et mindre studie på, at det klæbende materiale, som bl.a. anvendes til 3M Micropore tape, akrylat, tilsyneladende virker væksthæmmende på bakterier, og dermed danner en bakterie-

hæmmende barriere (Lipscombe and Juma, 2007).

Fra et produktmæssigt perspektiv viser det sig, at det er muligt at vælge mellem forskellige klæbende tapetyper, som i højere eller mindre grad imødekommer de ønskede kriterier: Opnå de pæneste arddannelser, danne en bakteriehæmmende barriere, samt have det rette mål for at trækstyrken fordeles jævnt i cicatricen. En grundig produktgennemgang peger i retning af, at ingen af tape-typerne på nuværende tidspunkt (2019) opfylder alle ønskede kriterier (f.eks. er nogle tape-typer sterile men ikke brede nok, andre er ikke sterile men brede nok). Ren 3M Micropore tape på rulle samt sterile sterilstrips (sælges i 4 stk. pakker i størrelsen 25x125 mm) synes at opfylde de fleste af de ønskede kriterier. En økonomisk beregning, som sammenstiller de to produkter, viser, at der ved valg af ren 3M Micropore plast på ruller (jf. tekstboks) fremfor sterile Steri-strips opnås en besparelse på ca. 11 kr. pr. operation. Besparelsen kan dog variere bl.a. på baggrund af længden på de cicatricer, der bliver dækket af tapen.

Læsning af artikler samt en række patientinformationer fundet på nettet tyder på, at 3M Micropore tape betragtes som et brugervenligt produkt, både fordi det tilsyneladende klæber bedre end andre tape typer og samtidig tåler at blive vådt. Tapen er produceret i et løst vævet og derved både ånd- og sigtbart materiale, der gør, at patienterne løbende kan holde øje med helingsprocessen og opspore tegn på infektioner uden først at skulle fjerne plasteret. Endelig vurderes det, at der er en fordele for patienterne i det 3M Micropore tape billigere at anskaffe – ikke mindst set i forhold til, at det gerne skal anvendes over længere tid (se tekstboks).

Med afsæt i en samlet vurdering af den indhentede viden fra de fire videnskilder, besluttede projektgruppen, at der fra et evidensbaseret praksisudviklingsperspektiv var grundlag for at fortsætte arbejdet med at udvikle og efterfølgende implementere en lokale retningslinje på området. Vi valgte, at den lokale retningslinje holdt fokus på halsoperationer afsluttet med subcutan suturering, da det blev skønnet, at det i vores afdelingen vil være i forbindelse med disse operationer tapen bliver mest anvendt – velvidende, at tapen også kan bruges i forbindelse med andre operationer. Samtidig besluttede vi, at der var indhentet tilstrækkelig viden til, at der ikke var behov for at iværksætte et egentligt forskningsprojekt på området. Afdelingsledelsen samt afdelingens lægelige professor blev orienteret om beslutningen og bakkede op omkring det fortsatte implementeringsarbejde - se tekstboks.

Udvikling og implementering af en lokal klinisk retningslinje

Beslutningen om at udvikle og implementere en lokal evidensbaseret retningslinje med sigte på at anvende ren 3M Micropore tape efter operationer i stedet for at anvende sterile forbindinger – trods modsatrettede NIR-anbefalinger – har allerede givet genklang i flere sammenhænge. Indenfor det kliniske felt har flere andre afdelinger meldt tilbage, at de har ladet sig inspirere af den udviklede loka-

Brug af 3M Micropore tape i forbindelse med hals-operationer

Lokal evidensbaseret retningslinje

udviklet på ØNH-Afdeling på Sjællands Universitetshospital – Oktober 2019

- Den tape typer, der anvendes, er 3M Micropore mikroporøst tape (lysebrun eller hvid), 2,5 cm x 9,1 meter.
- På *operationsgangen* håndteres taperullen så rent som overhovedet muligt. Her opbevares tapen i en lukket beholder med henblik på at holde taperullen mest mulig ren. Ved brug afklippes ca. 20 cm af tapen på rullen, som efterfølgende kasseres. Herefter afklippes et stykke tape svarende til 3 cm længere end cicatricens længde. Tapen anbringes i et enkelt stykke på langs af cicatricen for at holde sårarrandene sammen, på en måde så at der er lige meget tape på hver sin side af cicatricen. Det er vigtigt, at tapen har det rette mål, for at trækstyrken fordeles jævnt i cicatricen.
- Der kan påsættes en sugende forbindelse oven på 3 M Micropore tape, hvis det i situationen skønnes nødvendigt (væsker/bløder). I så fald er det alene den sugende forbindelse, der skiftes eller tages af efter 24 timer - med mindre der iagttages "Surgical Site Infections" – dvs. tegn på infektion eller andre "uregelmæssigheder".
- Det er muligt at gå i *brusebad* med 3M Micropore tape efter 24 timer. Undgå at vandstrålen rammer direkte på tapen. Efter badet duppes tapen tør med et håndklæde.
- Tapen skal sidde så længe som muligt, og gerne indtil det falder af eller frem til suturfjernelsen på 7-10 dagen. Skulle det falde af eller bliver alt for "nusset" sættes et nyt stykke tape på.
- Efter suturfjernelse sættes nyt 3M Micropore tape på cicatricen. Dette bliver siddende til det falder af. Det anbefales, at tapen bruges op til 6 måneder efter operationen.
- I forhold til solbeskyttelsen anbefales, at der anvendes en solstift med høj beskyttelsesfaktor oven på 3M Micropore tapen.

le retningslinje ud fra den begrundelse, at der længe har manglet en evidensbaseret argumentation for at fastholde en praksis, der gennem længere tid har forekommet hensigtsmæssig, men tilsyneladende aldrig er faglig dokumenteret.

Vi er endvidere bekendte med, at vores praksisudviklingsprojekt har givet anledning til drøftelser i en arbejdsgruppe under Statens Serums Institut, der er i gang med at revidere den nuværende NIRoperativ. Drøftelserne går på, hvorvidt vores arbejde kan være med til at påpege ny viden i forhold til at anbefale rent tape fremfor sterile forbindinger ved operation afsluttet med subcutan suturering. På nuværende tidspunkt ved vi ikke, hvor drøftelserne ender, men det at vores lokale arbejde er blevet hørt og drøftet på nationalt plan, viser os, at det giver god mening at fortsætte med at bruge den tilgang til evidensbaseret praksisudvikling, som vi har valgt at arbejde med i vores afdeling (McCormack et al., 2013).

Samtidig har vi på linje med mange andre erfaret, at det er én ting at finde viden omhandlende en konkret problemstilling, noget helt andet er at ændre en klinisk praksis. En væsentlig udfordring synes at være forbundet med at "overføre" viden fra en kontekst til en anden, hvilket bl.a. er beskrevet indenfor implementeringsforskning (Rycroft-Malone and Bucknall, 2010). Vores erfaring er, at det netop derfor kan være en styrke, at der fra starten af et potentielt udviklingsprojekt fokuseres på at hente viden fra flere videnskilder, da en nuanceret viden kan føre til, at der tidligt i udviklingsprocessen peges i retning af forskellige mulige ændringer, som både tager hensyn til faglighed, vilkår og rammebetingelser samt patientinvolvering (Thomsen et al., 2019).

Ydermere viste det sig i løbet af projektforløbet, at sammensætningen af projektgruppen fungerede godt, hvilket vi vurderer bl.a. hænger sammen med, at deltagerne med deres forskellige kompetencer supplerede hinanden godt i forhold til at påvirke kulturen i afdelingen. Lederen gjorde det fra starten af projektet klart, at dette projekt *skulle* prioriteres. Den udviklings- og forskningskyndige sygeplejerske kunne helt fra start vejlede i forhold til valg af tilgange og metoder. Den kliniske sygeplejespecialist havde med sit indgående kendskab til tværfagligt samarbejde i afdelingen allerede på et tidligt tidspunkt i udviklingsprocessen mulighed for at informere og involvere særlige nøglepersoner, hvilket uden tvivl smidiggjorde implementeringsprocessen. Projektgruppen er dog enige om, at det i mange andre sammenhænge vil være hensigtsmæssigt, at en eller flere "front-sygeplejersker" også indgår i projektgruppen. Af flere grunde var det imidlertid ikke muligt i denne sammenhæng.

At vælge en bred sammensætning af projektgrupper understøttes bl.a. gennem implementeringstilgangen *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) (Rycroft-Malone et al., 2013). Tilgangen præsenterer fire væsentlige faktorer i forhold til at styrke implementering af evidensbaserede ændringsprocesser i klinisk praksis – henholdsvis nuanceret viden, ledelse, facilitering på flere niveauer samt kultur. De fire faktorer repræsenterer hver for sig væsentlige aspekter omkring implementering, som det kan være nødvendigt at holde fokus på både før og undervejs i konkrete implementeringsprocesser. En styrke ved PARIHS-tilgangen er, at der er udviklet en række reflektive spørgsmål, som kan være med til at afdække, hvor parate en given klinisk praksis er i forhold til at gennemføre evidensbaserede kliniske ændringer – se f.eks. kapitel 7 i bogen *Practice Development in Nursing and Healthcare* (McCormack et al., 2013).

Vores håb med denne artikel er, at vi kan inspirere andre til at gennemføre eller deltage i evidensbaserede praksisudviklingsprojekter – både i egen afdeling og i samarbejde på tværs af landet. Vores erfaring fra dette projekt er, at når vi deler viden med hinanden – også undervejs i praksisudviklingsprojekter, så bliver vi endnu mere skarpe og velfunderede i vores faglige argumentation. Dermed vil vi også gerne sige tak alle dem, der har budt ind undervejs i dette projekt og på den måde har været med til at vise vejen frem.

Referencer

Blazeby, J. (2016) Do dressings prevent infection of closed primary wounds after surgery? *BMJ*: i2270. DOI: org/10.1136/bmj.i2270

Bluebelle study (2016): A mixed-methods feasibility study to inform an RCT of surgical wound Dressing strategies. *BMJ Open* 6, e012635. DOI: org/10.1136/bmjopen-2016-012635

Hever, P., Cavale, N., Pasha, T. (2019) A retrospective comparison of 3MTM Micropore™ with other common dressings in cosmetic breast surgery. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 72, pp. 424–426. DOI: org/10.1016/j.bjps.2018.11.007

Lipscombe, S., Juma, A. (2007) Bacterial growth on adhesive dressing tapes used for the closure of surgical wounds. *Eur. J. Plast. Surg.* 29, pp. 217–220. DOI: org/10.1007/s00238-006-0092-8

McCormack, B., Manley, K., Titchen, A. (Eds.) (2013) *Practice development in nursing*, 2nd ed., John Wiley & Sons, Chichester

NICE (2008) *Surgical Site Infection - Prevention and Treatment of Surgical Site Infection. Guidelines No. 74*. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, London

Rycroft-Malone, J., Bucknall, T. (Eds.) (2010) *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action*, 1st ed.. Wiley-Blackwell, Chichester

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Chandler, J., Hawkes, C.A., Crichton, N., Allen, C., Bullock, I., Strunin, L. (2013) The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: implications for the development of the PARIHS framework. *Implement. Sci.* 8. DOI: org/10.1186/1748-5908-8-28

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMC Med* 312

Statens Serum Institut (2015) *National Infektionshygieniske Retningslinjer for det per-, præ-, og postoperative område*, Sundhedsstyrelsen, København.

Taube, M., Porter, R., Lord, P. (1983) A combination of subcuticular suture and sterile Micropore Tape compared with conventional interrupted sutures for skin closure. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* pp. 164–167.

Thomsen, T.G. (2014) Evidens i klinisk praksis er multifacetteret, i: *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis*. Region Sjælland.

Thomsen, T.G., Bjerre, C.Y., Scheuer, P., Ringdal, R., Triebben, L. (2019) KROB-modellen - en model til klinisk refleksion omkring beslutningstagen. *Uddannelsesnyt*, nr. 2, s. 9–15.

Landskonference 2020

25. august 2020



Program landskursus den 25. august 2020

Konferencen starter kl. 9.30

Velkommen Annesofie Jensen formand for Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

Kl. 9.45-11.15	Personcentreret Praksis	
	Hvad karakteriserer dette og hvordan kan vi udvikle en sådan kultur og praksis? <i>Tone Elin Mekki, Førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet i Bergen</i>	
11.15-11.45	Kaffepause og udstillere	
11.45-12.45	Phd /udviklingsprojekt 1 + 2	Phd /udviklingsprojekt 3 + 4
11.45 -12.10	"Personcentret støtte til mennesker med demens" Hør hvordan du kan stimulere kognition frem hos mennesker med demens gennem personcentreret tilgang – en evidensbaseret metode! <i>Nikke Gregersen docent og Ph.d forskningsleder for Demens Programmet VIA University College</i>	"Oplevelser af involvering beslutningstaging os patienter med brystkræft." En fænomenologisk hermeneutisk undersøgelse. <i>Nausheen Christoffersen Adjunkt på Professionshøjskolen Absalon</i>
12.20 – 12.45	"Mod! Kræft" Præsentation af et personcentreret projekt og udviklingstiltag <i>Mette Buur Bergmann, Sygeplejerske ved Roskilde Sygehus</i>	"Involvering af den ældre medicinske patient" <i>Randi Tei MHH, Klinisk Sygeplejespecialist Afdeling for Diabetes og Hormonsygdomme Aarhus Universitetshospital</i>
12.45-14.00	Frokost	
14.00-14.30	Poster (Vandring eller speed)	
14.30-15.00	Kaffepause	
15.00-16.30	Workshop 1 'Organisatorisk spor' Workshop med fokus på opbygning af personcentreret praksis i et organisatorisk perspektiv <i>Bibi Hølge-Hazelton. Professor i klinisk sygepleje på Syddansk Universitet</i>	Workshop 2 'Praksis spor' Workshop med fokus på personcentreret praksis på et konkret operationelt niveau <i>Thora Grothe Thomsen, Lektor i klinisk Sygepleje Sjællands Universitetshospital</i>
16.30-16.45	Posterpris og næste års arrangørgruppe, Afrunding og tak for i dag <i>Annesofie Jensen formand for Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning</i>	

FLYTTES TIL MÅNEDEN

- MasterClass -

I forbindelse med det faglige selskabs Landskonference afholdes dagen før MasterClass



1. Kommunikation i øjenhøjde: I klinikken og på afstand

For at forstå samspillet mellem mennesker og vores omverden observerer, engagerer og udfordrer Sarah Maria sundhedsprofessionelle, borgere og patienter og inddrager dem som aktive medspillere i innovations- og implementeringsprocesser samt udvikling eller tilpasning af eksisterende teknologi.

v/ Sarah Maria Rasch, antropolog med særligt speciale i telemedicin og medlem af The Research Network for the Anthropology of Technology, finansieret af det Frie Forskningsråd

RTS / APRIL 2021

2. Narrativ Care

Fortæl mig hvordan du har det? Sådan kunne sygeplejersken spørge patienter, borgere og pårørende, men hvordan kan sygeplejersken medvirke til, at fortællingen (narrativet) bliver fyldig og berigende for den, som fortæller? Og hvordan kan sygeplejersken med enkle redskaber lytte analyserende til fortællingen, så sygeplejen tager udgangspunkt i den enkeltes situation?

Denne masterclass giver svar på disse spørgsmål

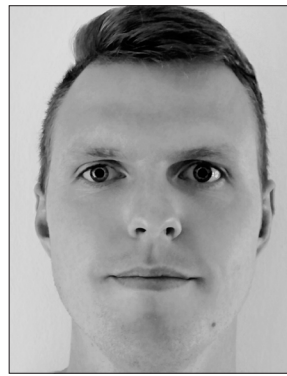
v/Helen Schultz, Klinisk Sygeplejeforsker & Lektor, ph.d., Kirurgisk Afdeling A, OUH & Klinisk Institut, SDU.

Hvornår	Hvor	Pris	Tilmelding
D. 24. august 2020 fra kl. 13-16	Hotel Scandic Roskilde Ringens 2, Roskilde	175 kr (medlemmer af det faglige selskab) 350 kr. (ikke medlemmer af det faglige selskab) Der serveres kaffe & the.	På selskabet hjemmeside fra 1.oktober 2019 https://dsr.dk/fs/fs32

**Af Louise Hartvig Lyng Nielsen,
kvalitets- og udviklings-
sygeplejerske, cand.cur.
risikomanager ældreområdet,
Enheden for kvalitet – og udvikling,
Ældreområdet i Favrskov Kommune**

**Martin Bang Finlov, faldforebygger,
fysioterapeut, Enheden for kvalitet
– og udvikling, Ældreområdet i Favrskov
Kommune**

**Christina Rubæk Amstrup, sundhedsfaglig
konsulent, sundhedsområdet i Favrskov Kommune**



Faglig artikel

Styrket kvalitet i arbejdet med faldforebyggelse i ældreplejen; forbedringsarbejde, udvikling og læring i praksis

Resume af artiklen

Ændrede systematiske arbejdsgange og arbejde med forbedringer tager tid, kræver opmærksomhed og ledelsesmæssig opbakning. Til gengæld giver det gode muligheder for læring, udvikling og erfaringer med forbedringsarbejde. Systematisk brug af forbedringstavler og løbende data på udviklingen er med til at understøtte arbejdet med at sikre borgerne høj kvalitet i arbejdet med faldforebyggelse – og faglig stolthed og arbejdsglæde blandt medarbejdere og ledere.

Det er nogle af de foreløbige resultater og erfaringer fra arbejdet med at styrke kvaliteten i arbejdet med faldforebyggelse i Favrskov Kommune. I indsatsen er der desuden arbejdet med at sætte faldforebyggelse og tidlig opsporing på dagsordenen i en kommunal kontekst og hos borgere i lokalområder.

Nøgleord: Faldforebyggelse, forbedringsarbejde, læring, kvalitetsudvikling, datadrevet udvikling

Baggrund

Fald er den mest almindelige form for ulykke blandt ældre mennesker. At falde går ikke kun ud over det fysiske helbred, men kan også have store psykiske og sociale følger og i værste fald forårsage dødsfald. Fald er en af de væsentligste årsager til tab af funktionsevne, og samtidig øger tab af funktionsevne risikoen for faldulykker. Ældre mennesker, der er faldet én gang, har to til tre gange større risiko for at falde igen inden for et år, hvis der ikke handles på det, der var grunden til det første fald (1). Der er flere årsager til, at ældre falder, men overordnet sker fald ofte på grund af balancesvigt eller bevidsthedstab. Desuden er lav muskelmasse, nedsat balance- og opfattelsesevne, samt svækket syn og hørelse nogle af de andre væsentligste risikofaktorer, der fører til fald (2).

I Favrskov Kommune er der ønske om at styrke og forbedre indsatsen ift. at forebygge fald blandt ældre mennesker over 65 år. Der blev på den baggrund nedsat en tværfaglig projektgruppe, der har igangsat en række initiativer, der

skal være med til at forebygge fald blandt ældre mennesker. Den tværfaglige projektgruppe blev sammensat af en distriktsleder i hjemmeplejen, leder af visitationen, leder af trænings- og aktivitetsområdet, en kvalitets- og udviklings- sygeplejerske og en sundhedsfaglig konsulent.

Faldforebyggelsesindsatsen er bygget op om to strategier:

- En *massestrategi*, der retter faldforebyggelsen generelt mod ældrebefolkningen, der understøtter tidlig opsporing af fald.
- En *højrisikostrategi*, der retter den faldforebyggende indsats mod borgere med gentagne fald.

Målet med indsatsen er at reducere antallet af fald og faldudløste skader blandt mennesker over 65 år i Favrskov Kommune.

Arbejdet med en massestrategi i Favrskov Kommune

Massestrategien tager udgangspunkt i helhedsorienteret vejledning og rådgivning om sundhed. Viden er en basal forudsætning for, at den ældre kan foretage rationelle valg i forhold til en mere sundhedsfremmende livsstil. Projektgruppen valgte at udvikle massestrategien under overskriften 'Balance i livet – kom fald i forkøbet'. Med udviklingen af vores eget borgerrettede materiale, ønskede vi at bringe indsatsen helt ud, tæt på borgernes hverdag, hvor det offentlige ikke længere spiller hovedrollen, men kun er en facilitator, som bidrager til at borgerne lykkes med et godt seniorliv ud fra egne valg (3).

Action cards

Til at understøtte denne proces, har projektgruppen udviklet et sæt 'action cards', som kan bruges som handlingsbeskrivende instruktion og guidning til et sundt seniorliv. På den måde kan action cards være med til at understøtte udbredelse af viden og muligheder for, at ældre borgere bevarer eller genvinder et godt seniorliv.

Action cards er udviklet til borgerne med udgangspunkt i de officielle anbefalinger ift. ældres sundhed og trivsel. I udviklingen af materialet anvendte vi evidensbaserede

anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og Fødevarerstyrelsen og god praksis fra andre kommuner. Hvert enkelt action card er kvalificeret af udvalgte medarbejdere i Favrskov Kommune, som har stor faglig kompetence og viden på de respektive områder. På den måde har vi arbejdet med at sikre høj faglig kvalitet af vidensindhold og anbefalinger på action cards.

Action cards kan bruges både som individuelle handlekort og som et samlet sæt.

Kortene er bygget op ud fra følgende grundskitse, dog med variationer: Først kort information med viden om det faglige emne, derefter gode råd om emnet, og nederst på kortet et felt, med information om hvor man kan hente mere viden om emnet.

Der er udviklet action cards til følgende tværfaglige emner relateret til faldforebyggelse:

- Motion
- Træningskort
- Hold kroppen i balance
- Bolig og omgivelser
- Medicin
- En god nattesøvn
- Syn, hørelse og balance
- Mad
- Drikke
- Fællesskab og livskvalitet
- Hjælpemidler for at undgå fald og faldskader
- Hvis du er faldet
- Sådan kommer du i gang igen efter et fald
- Fakta om fald
- Faldforebyggelseshus



Figur 1 Action Cards

Inspirationsformiddage

Action cards er formidlet ud til borgerne i forbindelse med to inspirationsformiddage for borgere i to af kommunens fire hovedbyer. Der er planlagt to inspirationsformiddage mere i de to andre hovedbyer. Borgerne blev inviteret via avis, Facebook, lokale opslag og formidling via kommunale medarbejdere med kontakt til målgruppen.

Inspirationsformiddagene indeholdt oplæg om forebyggelse af fald i seniorlivet, og efterfølgende var der mulighed for at besøge forskellige inspirationssaloner, hvor borgerne kunne hente rig inspiration og konkrete idéer til det gode seniorliv. Værter for inspirationssalonerne var forskel-

lige medarbejdere med stor faglig viden på deres område. Der var desuden god tid til kaffe og social interaktion mellem borgerne undervejs. Borgerne har udvist stor interesse i at deltage i disse inspirationsformiddage, og begge dage blev afholdt med det maksimale antal deltagere, som lokalerne kunne rumme; hhv. 80 og 100 deltagere.

Alle materialer, som er brugt i massestrategien kan hentes på favrskov.dk/fald

Forebyggelsesarbejdet er meget komplekst, og det er umuligt at måle på, hvor mange fald denne del af indsatsen er med til at forebygge.

Arbejdet med en højrisikostrategi i Favrskov Kommune

Indsatsen tager udgangspunkt i anbefalingerne og erfaringerne i Faldpakken fra 'I sikre hænder' (4). Viden og erfaringer fra 'I sikre hænder' viser, at fald i ældreplejen kan forebygges, hvis personalet er opmærksomt på risici og udreder faldene. Det kræver, at sundhedsprofessionelle, der har ansvar for pleje, behandling og træning, er opmærksomme på faldrisici og systematisk arbejder med at få faldene udredt. Arbejdet med materialerne i Faldpakken (5) er med til at sikre, at processen gennemføres systematisk, så forebyggelige fald og de dermed forbundne skader undgås. I Favrskov Kommune har vi 'oversat' materialet fra 'I sikre hænder' faldpakke, så det er indlejret i vores dokumentationssystem. Det giver os først og fremmest mulighed for bedst mulig implementering men også mulighed for at følge udvikling og forbedringsmuligheder via løbende dataudtræk. At arbejde med faldforebyggelse bliver således ikke et appendiks men en integreret del af de daglige arbejds gange med dokumentation.

I forbindelse med indsatsen i hjemmesygepleje, hjemmepleje og på plejecentre har vi i samspil med ledere og medarbejdere udarbejdet og kvalificeret følgende materialer;

- Pjece med information og inspiration til ledere med fokus på forbedringsledelse; 'Faldforebyggelse - sådan kommer I godt i gang med forbedringsarbejde og tavlemøder'
- Flowchart og beskrivelse af handleveje i forbindelse med faldforebyggelsesarbejdet til både ledere og medarbejdere

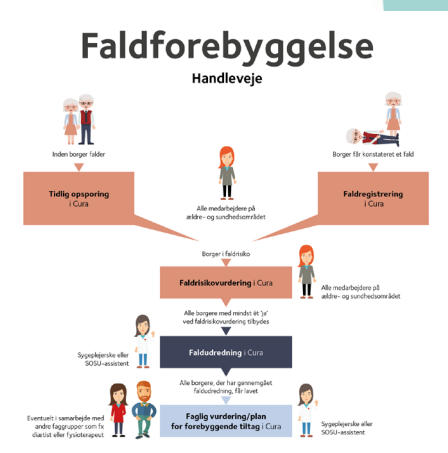
Materialet er formidlet via møder med både fælles oplæg og dialoger om indsatsen for såvel ledere, som nøglemedarbejdere, der spiller en central rolle i forbindelse med implementering af indsatsen. Data og resultater fra indsatsen er løbende blevet formidlet til ledere og nøglemedarbejdere.

Implementering af højrisikostrategien

Metoderne bygger på forbedringsmodellen (Model for improvement) (6), som også anvendes i 'I sikre hænder'. Igen har vi 'oversat' materialet til en Favrskov-kontekst og udarbejdet en forbedringstavle, der passer præcis ind i vores udgave af flowchart med handleveje til at forebygge fald.

- Forbedringstavle skal understøtte det systematiske arbejde med indsatsen og den giver god mulighed for at følge data, udvikling, forbedringer og læring lokalt.

Figur 2 pjece om forbedringsledelse



Figur 3 flowchart med handleveje ifm. fald

Hvordan kan tavlemøder være med til at styrke kvaliteten af faldforebyggelsesarbejdet?

Vi har konkret fulgt et plejecenter og høstet af deres viden og erfaringer med at arbejde med forbedringstavlen, som er et arbejdsredskab til at følge udvikling og forbedringer helt lokalt. Vi ønskede at undersøge, hvordan dette arbejde kan være med til at styrke kvaliteten af faldforebyggelsesarbejdet.

På plejecentret har de grebet det an på følgende måde: De afholder et ugentligt tavlemøde med deltagelse af en assistent eller

sygeplejerske fra hvert 'hus'. Med udgangspunkt i tavlen gennemgår de i fællesskab hvilke fald, der har været i 'huse' siden sidste tavlemøde, hvor langt man er ift. at registrere og udrede faldene – og ift. at lægge en plan for at forebygge gentagne fald. Undervejs er der rig mulighed for faglig sparring ift. de forskellige problemstillinger, som er relateret til arbejdet med at forebygge faldene.

Det er en bevidst ledelsesmæssig prioritering, at der deltager en repræsentant fra hvert 'hus' i tavlemødet. Drøftelserne drejer sig om alle fald på plejecentret – og ikke kun fald hos borgere i eget 'hus'. Målet er nemlig at skabe læring og udvikling på tværs ift. at styrke kvaliteten i faldforebyggelsesarbejdet.

Materialet er formidlet via møder med både fælles oplæg og dialoger om indsatsen for såvel ledere, som nøglemedarbejdere, der spiller en central rolle i forbindelse med implementering af indsatsen. Data og resultater fra indsatsen er løbende blevet formidlet til ledere og nøglemedarbejdere.

Implementering af højriskostrategien

Metoderne bygger på forbedringsmodellen (Model for improvement) (6), som også anvendes i 'I sikre hænder'. Igen har vi 'oversat' materialet til en Favrskov-kontekst og udarbejdet en forbedringstavle, der passer præcis ind i vores udgave af flowchart med handleveje til at forebygge fald.

■ Forbedringstavle skal understøtte det systematiske arbejde med indsatsen og den giver god mulighed for at følge data, udvikling, forbedringer og læring lokalt.

Helt lavpraktisk arbejdes der med forbedringstavlen på følgende måde. Hvert fald noteres på tavlen, og hvilken beboer faldet vedrører. Herefter noteres hvornår faldet har fundet sted, om der er lavet en faldregistrering og indberettet en utilsigtet hændelse. Det noteres desuden om, og hvornår, der er lavet en faldrisikovurdering. Hvis faldrisikovurderingen viser, at der er risiko for at borgeren vil falde igen, arbejdes der videre med faldudredning og en plan for faldforebyggende tiltag. Oversigten over hele processen i arbejdet med fald vil således fremgå overskueligt på

Forbedringstavle til Styrket kvalitet i arbejdet med faldforebyggelse

- Vi vil reducere antallet af fald og faldudløste skader



Faldforebyggelse - når borger er faldet											
Navn/bolig	Faldregistrering + UTH	Dato	Faldrisikovurdering	Dato	Faldudredning	Dato	Faglig vurdering/plan	Dato	Gennemførelse af plan (Brug evt. PSDA-test)	Måned	Antal fald
	<small>Straks / inden for samme vageperiode</small>		<small>Inden for 2 dage</small>		<small>Senest 30 dage inden for 2 uger. Ankes til væk genestet/center 4 uger efter faldet.</small>		<small>Faglig vurdering/plan laves i forbindelse med faldudredning. Dato for opfølgning på handlinger fremgår i Cura.</small>				

Faldforebyggelse - inden borger falder											
Navn/bolig	Tidlig opsporing i Cura	Dato	Faldrisikovurdering	Dato	Faldudredning	Dato	Faglig vurdering/plan	Dato	Gennemførelse af plan (Brug evt. PSDA-test)	Måned	Antal fald
	<small>Straks / inden for samme vageperiode</small>		<small>Inden for 2 dage</small>		<small>Senest 30 dage inden for 2 uger. Ankes til væk genestet/center 4 uger efter faldet.</small>		<small>Faglig vurdering/plan laves i forbindelse med faldudredning. Dato for opfølgning på handlinger fremgår i Cura.</small>				

tavlen. Endelig er det også muligt at opgøre, hvor mange fald der sammenlagt har været hver måned og dermed også at følge forbedringer.

Nogle af de helt konkrete tiltag, som der har været fokus på i arbejdet med faldforebyggende tiltag, er registrering af søvnrytme, ændring af medicin, og fokus på belysning vha. sensorer.

Oplevede styrker ved brug af forbedringstavlen

Nogle af de styrker, som de på plejecentret har oplevet i forbindelse med brug af forbedringstavlen har været, at der nu er en struktur for og systematik i, at alle fald registreres og bearbejdes og følges op. Tidligere blev der arbejdet mere løseligt med faldene og i måden, der blev fulgt op på. Tavlen har således været et godt redskab til at skabe struktur og en systematisk tilgang arbejdet med faldforebyggelse. Tavlerne hjælper desuden til, at alle helt klart og tydeligt ved, hvilke tiltag, der er iværksat i faldforebyggelsesarbejdet, og hvor langt man er i processen, og om der er noget, man skal være særligt opmærksom på.

Medarbejderne påpeger desuden, at arbejdet med faldene på tavlerne fører til en bedre gennemarbejdning af faldene. Det systematiske arbejde med faldudredning er med til at sikre, at de kommer hele vejen omkring borgerens livssituation og dermed undgår at overse noget.

Tavlerne giver også et godt overblik over, når fald gentager sig – borgerens faldhistorik bliver meget tydelig. Denne tydelighed har medført, at medarbejderne kommer tidligere i gang med at finde løsninger, der kan være med til at forebygge, at borgeren falder igen.

Tavlemøderne har givet god anledning til en fælles drøftelse af, hvor de er henne i processen med de fald, der er på plejecentret, og om de tiltag, der blev besluttet på sidste tavlemøde, er blevet iværksat, og hvordan det har fungeret. Hvis borgeren stadig falder, så er der god mulighed for en faglig drøftelse af hvilke tiltag, der så kan iværksættes.

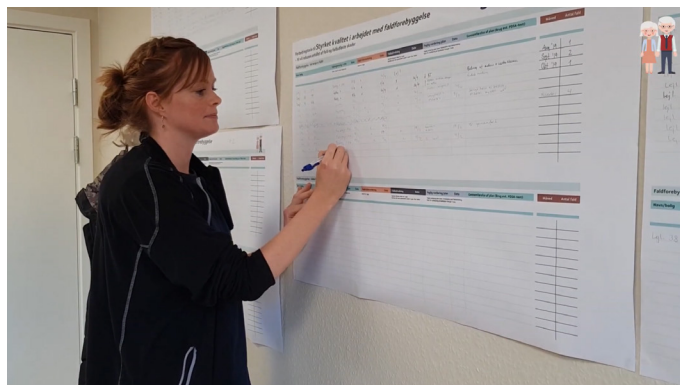
Oplevede udfordringer ved brug af forbedringstavlen

En af de udfordringer, som medarbejderne har oplevet i brugen af tavlerne, er, at der er mange elementer, der skal registreres, før man kan komme videre med det faldforebyggende arbejde. De har desuden skulle sætte tid af til afholdelse af tavlemøderne, og det har for nogle været svært at acceptere, at der skulle bruges så meget tid på arbejdet med fald sammenlignet med andre fokusområder. Medarbejdere og leder pointerer, at det kræver en god portion vedholdenhed for at komme godt i gang med at bruge tavlen og afholdelse tavlemøder. Arbejdet med tavler og tavlemøder er i starten nyt og anderledes, og møderne kan godt gå lidt trægt. Men efterhånden som de kom i gang med arbejdet med fald efter den nye arbejdsgang, så har tavlemøderne udviklet sig til et godt lærings- og sparingsrum. De oplever nu, at møderne flyder rigtig godt, og at det ikke nødvendigvis behøver at tage særlig lang tid at afholde dem.

Lederens rolle i arbejdet med forbedringstavler

Lederne på plejecentrene har bevidst prioriteret ledelsesmæssig opbakning i forhold til at få tavlemøderne iværksat og fungere efter hensigten. Det er udmøntet i, at lederne

bakker op om, at tavlemøderne rent faktisk skal foregå ugentligt, og at de afsætter tid til både medarbejdernes og i starten også deres egen deltagelse i tavlemøderne. Efterhånden som møderne begyndte at glide bedre, deltog lederne kun af og til i tavlemøderne med henblik på at følge udviklingen af arbejdet med indsatsen tæt.



Figur 5; Centersygeplejerske Birgit Munch Knudsen ved faldtavlen



Figur 6; Sygeplejerske Michelle Reiche, gruppeleder Jannie Buhl, og centersygeplejerske Birgit Munch Knudsen fortæller om brugen af tavlen og deres erfaringer med tavlemøder.

Hvad fortæller data om vores faldforebyggelsesindsats? - og hvad har vi lært om implementeringspraksis indtil nu?

Målet med indsatsen er at reducere antallet af fald og faldudløste skader. Indsatsen blev igangsat i september 2019 og erstattede en hidtil uensartet måde at arbejde med fald på. Vi har mulighed for at følge følgende tre typer af data:

- UTH-registreringer relateret til fald
- Faldobservationer (Faldregistrering, faldrisikovurdering og faldudredning) i Cura BI
- Andel forebyggelige indlæggelser blandt ældre over 65 år på diagnosegruppen 'brud'

Data fra september/oktober danner en slags baseline for antallet af fald og arbejdet med dem.

Pt. har vi data fra 1. halvår af indsatsen, og data viser, at alle er kommet godt i gang med faldforebyggelsesindsatsen. Det ses især på faldregistreringerne og UTH-indberetningerne.

Kigger vi lidt længere ind i data, ses der også forbedringsmuligheder i forhold til kvaliteten i arbejdet; ikke alle borgere kommer systematisk igennem elementerne i faldpakken (faldregistrering, faldrisikovurdering og faldudredning) og uden en faldudredning, så får vi ikke forebygget den forøgede risiko, borgeren har for at falde igen. Det er således et af de punkter, som data giver os mulighed for hurtigt at

have opmærksomhed på at forbedre. Vores foreløbige data viser nemlig, at vi nedsætter antallet af fald hos 2/3 dele af de borgere, der får udført alle tre elementer i faldpakken.

Øvrige tiltag

I starten af 2020 blev der som et led i indsatsen bevilliget midler til anskaffelse af faldforebyggende hjælpemidler, bl.a. hoftebeskyttere, skridsikre strømper og skridsikre bademåtter. De faldforebyggende hjælpemidler udleveres til borgere, der efter en faldudredning vurderes til at have behov for forebyggende hjælpemidler.

Der er pr. 1. marts 2020 ansat en faldforebygger (fysioterapeut), som på fuld tid understøtter det videre arbejde med faldforebyggelse med borgerbesøg og tæt samarbejde med medarbejdere i hjemmeplejen og plejecentrene. Dette for at understøtte den videre implementering af arbejdet med at styrke kvaliteten af faldforebyggelsesarbejdet med henblik på at opnå det fastsatte mål.

Læring og udvikling i praksis

Noget af det, der har været med til at få indsatsen til at lykkes indtil nu, er samarbejdet på tværs mellem faggrupper, både i arbejdet med massestrategien og i arbejdet med højriskostrategien. Fald har mange årsager og skal forebygges inden for forskellige fagområder, og indsatsen har været med til at styrke dette samarbejde på tværs.

Vi arbejder videre med at udvikle på vores massestrategi og fortsætter med at være nysgerrige på, hvordan vi sammen med borgerne kan styrke mulighederne for et godt seniorliv.

Vi arbejder ligeledes videre med feedback og læring ift. de data, vi trækker. Data fra vores dokumentationssystem gennemgås systematisk og opstilles, så udviklingspunkter i arbejdsgangene kan identificeres. For at sikre at faldforebyggelsesarbejdet bygger på en praksisnær arbejdsgang og ikke kun er databaseret, sammenholdes udviklingspunkterne fra dataene med medarbejdernes erfaringer fra praksis via semistrukturerede interviews. På denne måde kan vi bedre sikre en praksisnær arbejdsgang, som medarbejderne kan bruge i hverdagen med borgerne. For at gøre faldindsatsen levende og synlig for medarbejderne, vil faldforebyggeren arbejde med faste dage i hjemmeplejegrupperne og på plejecentrene. Dette vil gøre sparring og vejledning nemt tilgængelig for medarbejderne, og på denne måde kan faldforebyggeren arbejde tæt på borgere og medarbejdere, hvilket kan understøtte læringen og udviklingen i praksis.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen.dk <https://www.sst.dk/da/viden/aeldre/forebyggelse-blandt-aeldre/fald> hentet 28. april 2020, 2019
2. Sundhedsstyrelsen.dk <https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/retningslinje-skal-forebygge-fald-hos-aeldre> hentet 28. april 2020, 2018
3. Kjær-Jepsen, M, Nielsen, AS. Kærlig hilsen fru Hansen. Dansk psykologisk forlag 2018
4. Isikrehænder.dk <https://www.isikrehænder.dk/indsatsomraader/fald/> hentet 28. april 2020, 2015
5. Isikrehænder.dk https://www.isikrehænder.dk/media/1771/faldpakken_2016.pdf hentet 28. april 2020, 2015
6. Patientsikkerhed.dk <https://patientsikkerhed.dk/forbedringsmodellen/> hentet 11. juni 2020

Stafetten

–mød en kollega



Af: Carrinna Aviaja Hansen, ph.d., MPH og sygeplejerske. Ortopædkirurgisk afdeling SUH Køge

Hvad er din jobtitel, og hvad består dit job af?

Midt i Coronakrisen skiftede jeg job, er nu ansat som klinisk sygeplejespecialist kl.spl.spec. postdoc, sygeplejefaglig forskningsleder. Min funktion er i tæt samarbejde med afdeling professor, klinisk sygeplejespecialist og projektaktivt personale at udvikle forskningsenheden indenfor sygepleje, og dermed understøtte evidensbaseret klinisk praksis. Herudover er jeg vejleder for ph.d.-studerende, underviser på master- og kandidatuddannelser og fungerer som beskikket censor.

Hvordan arbejder du med udvikling eller forskning i sygeplejen?

Det handler i høj grad om at arbejde med processen med fokus på forventningsafstemning, ejerskab, samarbejde og læring som nøgleord i den praksisnær udvikling og forskning. Som nyt medlem af det Videnskabelig Råd VIDOKS indgår jeg i det nationale udviklings- og forskningsarbejde vedr. ortopædkirurgisk sygepleje, i tilknytning hertil arbejder vi med et bidrag til Det nationale mobiliseringsprojekt.

Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?

Jeg arbejder ca. 50/50 indenfor det epidemiologiske forskningsfelt og det kvalitative forskningsområde. I den registerbaserede forskning genereres studier på befolkningsniveau, disse kan gøre os klogere på mønstre og tendenser vedr. sygdomme, medicinbrug, demografi m.m. De statistiske sammenhænge kan være idégenerende til kvalitative undersøgelser. Indenfor det kvalitative område er jeg særligt inspireret af Ricoeur en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang, disse studier kan være hypotesegenerende for den epidemiologiske forskning. Metoderne hænger dermed fint sammen.

Hvordan har din karrierevej bragt dig til dit nuværende job?

Min interesse for forskning og udvikling opstod under min sygehjælperuddannelse på Stockholms Sjukhem og blev forstærket gennem sygeplejestudiet i Herlev. Efter min MPH arbejdede jeg som klinisk udviklingssygeplejerske i fire år før indskrivning ved ph.d.-skolen SDU. Det blev til 7 år i neuroanæstesiologisk klinik, Glostrup som forskningsansvarlig sygeplejerske postdoc før nuværende.

Hvor ser du, at der er brug for mere udvikling og forskning indenfor sygeplejen?

Der er efter min opfattelse behov for fokus på forskning indenfor evidensbaseret sygeplejefaglig ledelse, det vil efter min bedste overbevisning være en medvirkende katalysator for den kliniske forskning i sygepleje.

Hvem giver du Stafetten videre til?

Charlotte Simonj



Af: Gitte Lehmkuhl Henner, Sygeplejerske og klinisk sygeplejespecialist i Rygcenter Syddanmark, Sygehus Lillebælt, mail: Gitte.Lehmkuhl.Henner@rsyd.dk

Mette Nielsen. Sygeplejerske, Plastikkirurgisk Afdeling, OUH.



Faglig artikel

Netværksgrupper/SIG gør en forskel for sygeplejen og patienterne

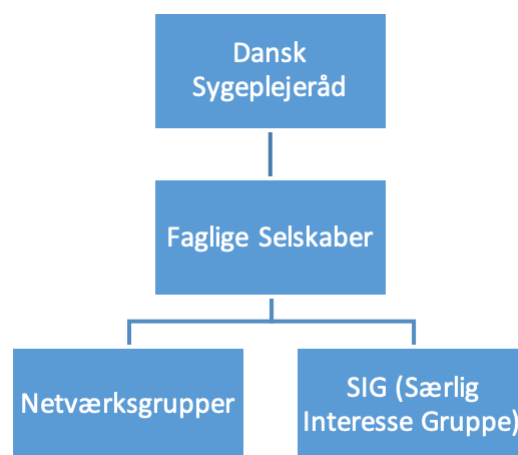
Resumé

Baggrunden for undersøgelsen var at afdække betydningen og udbyttet af sygeplejerskers deltagelse i en Netværksgruppe (NG) eller Særlig Interesse Gruppe (SIG), samt synliggøre og dokumentere den sygeplejefaglige indsats, som foregår i grupperne. Metodisk blev anvendt et spørgeskema med åbne og lukkede spørgsmål som blev udsendt til 330 sygeplejersker i en NG/SIG. 197 sygeplejersker besvarede spørgeskemaet, og hermed fremkom en svarprocent på 60 %. Analysen bestod af tre dele. Første del var en demografisk karakteristik af sygeplejerskerne, anden del var en analyse af sygeplejerskernes udsagn svarende til hvert spørgsmål. I tredje del analyseredes på tværs af sygeplejerskernes svar til de enkelte spørgsmål, hvorved der fremkom tre overordnede temaer: *erfaringsudveksling, patientforløb og faglighed*. Med afsæt i en diskussion af de samlede fund konkluderes det, at det er af stor betydning samt udbytterigt, at sygeplejerskerne deltager i NG/SIG, idet de bl.a. oplever det som kompetencefremmende, kvaliteten af patientforløbene styrkes og fagligheden påvirkes positivt.

Baggrund

Under Dansk Sygepleje Råd (DSR) findes 35 faglige selskaber. Disse er forankret inden for forskellige specialer, fx ortopædkirurgi og kræftsygepleje. Et fagligt selskab er et netværk, der på landsplan styrker udviklingen af interessefelter i sygeplejen. Inden for nogle faglige selskaber udspringer NG/SIG. Disse grupper består af sygeplejersker, der arbejder med et interessefelt inden for det faglige selskabs speciale (figur 1).

Begge forfattere er bestyrelsesmedlemmer i Fagligt Selskab for Plastikkirurgiske Sygeplejersker (FSPS). I 2014 etablerede selskabet to Netværksgrupper: Modermærke- og Hudkræft samt en Postbariatrisk gruppe. Formålet med dannelsen af grupperne var bl.a.: *"At højne kvaliteten af sygepleje til patienterne ved at udvikle, udveksle og søge viden, informationer, erfaringer og ideer på landsplan"* (1). Vores oplevelse har været, at vi som deltagere i netværksgrupperne får faglig



Figur 1. Illustration af opbygningen af NG/SIG

sparring, inspiration og videndeling, som efterfølgende er anvendt i klinisk praksis. Denne begejstring erfares også blandt de andre netværksdeltagere. Samtidig udtrykkes frustration i grupperne, fordi det kan være udfordrende at få tjenestefrihed til deltagelse. En af udfordringer synes at være en forståelse for at prioritere netværksmøder i en travl hverdag. På den baggrund blev det besluttet at iværksætte en undersøgelse ikke kun i de aktuelle netværksgrupper men i alle NG/SIG under DSR. Undersøgelsens formål var at synliggøre og dokumentere den indsats, der foregår i grupperne, samt identificere hvilken betydning deltagelsen i NG/SIG har for sygeplejen i klinisk praksis.

Indledende søgning

For at kortlægge den eksisterende viden og litteratur inden for området er der foretaget en bred søgning i databaserne PubMed, SweMed+ og CINAHL, samt Google Scholar, bibliotek.dk og Sygeplejersken. Der er søgt på følgende ord: sygeplejersker, netværksgrupper, SIG, interessegrupper, nurses, Network, Networking, competence development og professional Network. Der er via kædesøgning fundet inspiration i "keywords" og "similar articles". Litteratursøgningen viser en begrænset litteratur om NG/SIG. Kun et

norsk studie af Valen et al beskriver, hvordan sygeplejersker opnår faglig udvikling og kompetenceøgning ved deltagelse i netværksgrupper (2). I studiet fremkommer det, at sygeplejerskerne gennem fællesskabet oplever en øget kompetence i udøvelsen af sygeplejen til patienterne. Studiet understreger, at deltagelse i netværket giver sygeplejerskerne mulighed for erfaringsudveksling, som de efterfølgende videreformidler til kollegaer (2).

Med inspiration hentet i den fundne litteratur blev der udarbejdet et spørgeskema, som havde til hensigt at indfri undersøgelsens formål herunder at afdække:

- Hvilken betydning har det for sygeplejerskernes kompetencer at deltage i en NG/SIG?
- Hvordan oplever sygeplejerskerne, at deltagelse i NG/SIG påvirker kvaliteten af patientforløbene?
- Hvordan påvirkes sygeplejerskerne faglighed, når de deltager i en NG/SIG?

Metode

Inklusion af informanter

Da FSPS alene har to netværksgrupper, synes det relevant at inkludere andre faglige selskaber, som har NG/SIG for at give et repræsentativt udsnit af deltagerne. Ud af 35 faglige selskaber har ni selskaber etableret 42 NG/SIG. Via DSR's hjemmeside blev de faglige selskaber identificeret. Mail blev udsendt med en præsentation af projektet samt en forespørgsel om at udsende spørgeskemaet til medlemmerne i NG/SIG. Via en netværkskoordinator eller lignende i det faglige selskab blev spørgeskemaet udsendt. Der blev sendt en påmindelse to gange, hvis spørgeskemaet ikke blev besvaret. Det blev pointeret, at det var frivilligt at deltage, og at besvarelsen kunne trækkes tilbage.

Spørgeskema

Indledningsvis blev foretaget en "brainstorm", som udsprang af den nysgerrighed og undren, der havde startet projektet. Spørgeskemaet blev udarbejdet i SurveyXact. Efterfølgende blev det pilottestet af tre sygeplejersker med akademisk uddannelse fra Odense Universitets Hospital og én fra Sjællands Universitets Hospital, som ikke skulle deltage i undersøgelsen. Alle havde kommentarer til de åbne spørgsmål, hvilket resulterede i, at spørgsmålene blev mere nuancerede og udfoldede. Sygeplejerskernes kommentarer gav anledning til en drøftelse af antallet af åbne spørgsmål og fordelingen ved disse. Tilbage meldingen var medvirkende til beslutningen om at udsende spørgeskemaet til andre faglige selskaber end kun FSPS. Slutteligt blev spørgeskemaet pilottestet på én sygeplejerske med akademisk baggrund, der deltog i undersøgelsen.

Spørgeskemaet indeholdt fem demografiske spørgsmål. Herefter seks lukkede spørgsmål med mulighed for at graduere svarmulighederne. Fire af spørgsmålene blev efterfulgt af et åbent spørgsmål, hvor sygeplejerskerne havde mulighed for at uddybe deres svar. Til sidst i spørgeskemaet var det muligt at komme med yderligere kommentarer til deltagelse i NG/SIG.

Etik

Data blev opbevaret fortroligt, idet SurveyXact kræver personligt log in for at tilgå data. Onlinespørgeskemaet gav

mulighed for anonymitet. Undersøgelsen krævede ikke godkendelse fra Datatilsynet (3).

Analysestrategi

Analysen bestod af tre dele.

- Første del indeholdt demografiske karakteristika af sygeplejerskerne
- Anden del tog afsæt i sygeplejerskernes svar på spørgeskemaets åbne spørgsmål. Strukturen fra spørgeskemaet blev bibeholdt, så svarene blev kategoriseret ud fra hvert af de åbne spørgsmål
- Tredje del tog afsæt i sygeplejerskernes svar på tværs af alle åbne spørgsmål i spørgeskemaet

Fokus for analysen i del to og tre var at identificere de generelle tendenser samt mønstre og kendetegn, som kom frem på baggrund af de åbne spørgsmål. I del to blev respondenternes svar på de åbne spørgsmål analyseret hvert for sig. I del tre valgte vi at analysere på tværs af alle åbne spørgsmål, hvorved det blev muligt at frembringe tre overordnede temaer. Efterfølgende blev de tre temaer diskuteret.

Som analyseredskab i del to og tre anvendtes den tilgang til systematisk tekstkondensering, som anbefales af Kirstin Malterud (4). Metoden er egnet, da den systematiske tilgang giver mulighed for at sammenfatte mønstre og generelle udsagn hentet fra mange respondenter, hvorved det blev muligt at svare på forskningsspørgsmålene.

Malterud anbefaler, at analysen foregår i flere trin, hvilket blev gennemført i analyse del to og tre (4). Først blev alle relevante kommentarer gennemlæst flere gange med henblik på at få et helhedsindtryk. Mange af de samme ord og begreber gik igen og blev farvekodet for at systematisere og tematisere udsagnene. Farvekodningen blev gentaget på grund af de mange udsagn. Da de fleste udsagn havde fået en farve, fik hver farve en temaoverskrift for at overskueliggøre kommentarerne. Overskriften blev valgt på baggrund af det ord i udsagnet, der var sigende for budskabet, fx "faglighed", og underbygges med citater fra sygeplejerskerne.

Fund

Analysens fund er opdelt i tre afsnit, som svarer til de tre analysedele. Første del omhandler en demografisk beskrivelse af sygeplejerskerne. Anden del omhandler fund baseret på svar til hvert af de åbne spørgsmål. Del tre omhandler fund baseret på svar analyseret på tværs af alle åbne spørgsmål og en diskussion af de tre overordnede temaer, som fremkom gennem analysen, henholdsvis: *erfaringsudveksling, patientforløb forbedres samt faglighed*

Del et: Demografiske oplysninger

Fundene i denne del beskriver sygeplejerskernes uddannelses- og erfaringsniveau samt mødehyppighed i NG/SIG. Hensigten var at få en vurdering af, hvorvidt det primært var akademiske eller basissygeplejersker, som deltog i grupperne.

Svarprocent

330 spørgeskemaer blev udsendt. 197 sygeplejersker besvarede spørgeskemaet og dermed en svarprocent på 60 %.

Karakteristika af respondenterne

Ud af de 197 sygeplejersker, der besvarede spørgeskemaet havde 44 % en diplomuddannelse og 36 % havde ingen supplerende uddannelse. De resterende 39 % havde enten en master-, kandidatuddannelse, ph.d., eller en specialuddannelse godkendt af Sundhedsstyrelsen (se figur 2).

I gennemsnit havde sygeplejerskerne været medlem af en NG/SIG i 6,6 år. 49 % af de deltagende sygeplejersker var blevet udpeget/opfodret til at deltage, mens 41 % på eget initiativ havde opsøgt medlemskab af en NG/SIG. Der er fem-tolv medlemmer i hver NG/SIG, og der afholdes i gennemsnit møder 2,6 gange om året.

Del to: Fund fra hvert spørgsmål i spørgeskemaet

"I hvilken grad anvender du den tilegnede viden i klinisk praksis?"

95 % tilkendegiver, at de i høj grad/nogen grad anvender den tilegnede viden i klinisk praksis.

Samtidig sker der en erfaringsudveksling i grupperne, som en sygeplejerske beskriver det: "I vores faglige diskussioner sker en erfaringsudveksling, som jeg bruger til at udvikle egen praksis". En anden sygeplejerske beskriver, hvorledes erfaringsudvekslingen medvirker til litteratursøgning. Fordi erfaringerne er praksisnære og kan anvendes i egen afdeling, forekommer de relevante og væsentlige, idet de giver inspiration til udvikling af praksis. Samtidig oplever sygeplejerskerne at få ny viden. En beskriver, at det er: "Videndeling på højt plan". Nogle grupper er sammensat på tværs af primær og sekundær sektor, hvilket sygeplejerskerne beskriver som en fordel i forhold til at tilegne sig ny viden tværsektorielt.

Gennem deltagelse i NG/SIG bliver sygeplejerskerne inspireret til optimering, ændring, opdatering og udvikling af

patientforløb. Bl.a. har deltagelse givet anledning til, at der igangsættes undervisning af borgere/patienter, opstart af patientskoler, og patientseminar. En sygeplejerske beskriver: "Jeg er velorienteret om, hvad der foregår i hele landet og ofte gløder mailsystemet, når der melder sig spørgsmål mellem møderne. Føler derfor jeg er på forkant i forhold til patient og forløbsoptimering af patient og behandlingsforløb". På baggrund af netværksarbejdet udarbejdes og implementeres nationale/lokale retningslinjer og landsdækkende vejledninger. Andre viderebringer den nye viden og erfaringer til deres ledelse, og mulighederne diskuteres: "Vi kommer hjem og fortæller om den nye viden vi har fået og sammen med ledelsen kan vi arbejde på evt. at implementere nye tiltag eller lignende".

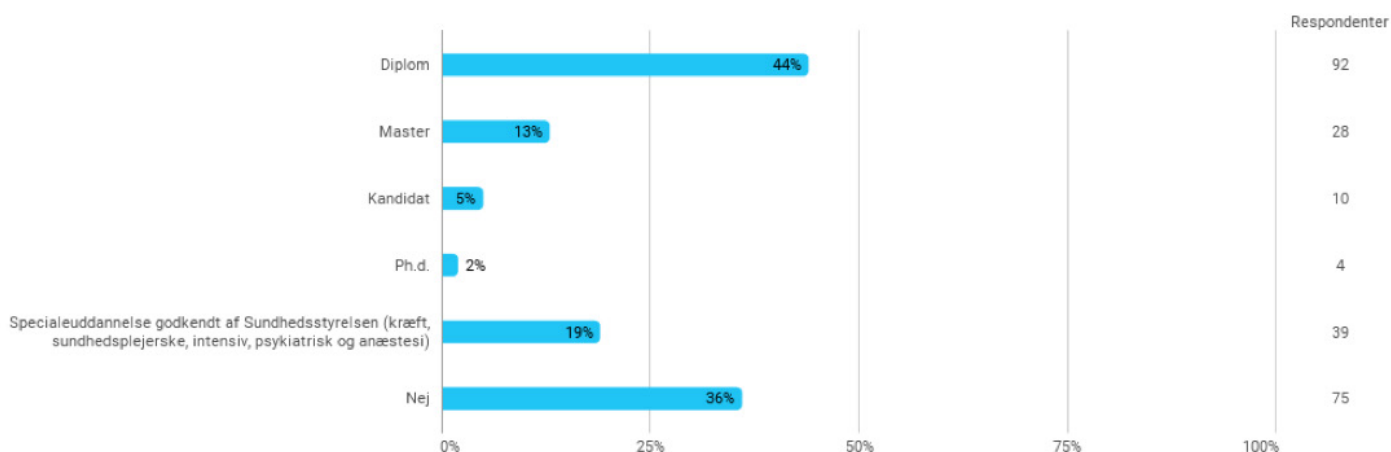
"I hvilken grad deler du din tilegnede viden med kollegaer i afdelingen?"

94 % deler i høj grad/nogen grad den tilegnede viden med kollegaer.

Sygeplejerskerne formidler den nye viden på personalemøder og "fem faglige minutter". I relevante sammenhænge deles den tilegnede viden tværfagligt. Andre beretter om møderne ved nyhedsmails eller opslag i afdelingen.

En sygeplejerske beskriver: "Store og små diskussioner i afdelingen. Bruger det, hvor jeg kan. I forbindelse med udviklingsarbejde i afdelingen, hvor inspiration fra SIG møderne (hvad man gør andre steder) ofte kan bruges indirekte. Jeg tænker, at vi er med til at højne niveauet for hinanden og på hinandens afdeling".

Der sker undervisning på flere plan, når den nye viden skal deles. Fx ved refleksion, følgedage med kollegaer - nye som erfarne - i klinikken. Den tilegnede viden formidles landsdækkende i form af landskursus og temadage. "Den SIG-gruppe, jeg er medlem af, afholder både internatkursus og temadage for sygeplejersker med interesse for vores felt. Så vi bestræber os på ikke kun at dele viden med kollegaer i afdelingen, men formidle ny viden i både primær og sekundær sektor. Når det giver mening, deler jeg min viden med samarbejdspartnere".



Figur 2: Illustration af uddannelsesniveauer

Nogle netværksdeltagere inkluderer deres kollegaer i arbejdet, hvor de tilskyndes til at komme med problemstillinger, som videregives til netværksmøderne. Kollegaer opfordres til at skrive om specialet, hvis de udvikler noget nyt. På den baggrund opstår vidensdeling og inddragelse i netværksarbejdet.

”I hvilken grad oplever du, at deltagelse i Netværksgruppen/SIG har styrket dine kompetencer i tværfagligt samarbejde fx med læger, fysioterapeuter eller psykologer? Hvilke kompetencer er blevet styrket og hvordan kommer de i spil?”

72 % oplever i høj grad/nogen grad at deltagelse i en NG/SIG har styrket de tværfaglige kompetencer.

”Faglighed” er et centralt omdrejningspunkt. Flere beskriver, at de opnår en styrket faglighed ved deltagelse i grupperne, hvilket sker på baggrund af evidens, nyeste viden og sparring på et højt fagligt niveau. ”Argumentation er styrket. Min faglighed er øget og min forståelse af mig selv som sygeplejerske er bedret”, beskriver en sygeplejerske.

Det fremhæves, at netværksarbejdet giver anerkendelse og tværfaglig dialog. En sygeplejerske skildrer: ”Nemmere at videns dele med læger i egen afdeling. Oplever at læger får større respekt/anerkender netværkets arbejde”.

Nogle grupper er sammensat tværsektorielt, hvilket er en styrke: ”[...] Vi er en blandet gruppe, fra kommuner og regioner det giver en fantastisk dynamik og får os til at se det mere bredt end bare lige mit eget kommunale område”.

”Oplever du, at deltagelse i Netværksgruppen/SIG har højnet kvaliteten af sygeplejen? Og hvordan oplever du det i din hverdag?”

89 % oplever i høj grad/nogen grad at deltagelse i en NG/SIG har højnet kvaliteten af sygeplejen.

Den erfaringsudveksling, der sker i NG/SIG bevirker, at den nyeste viden kommer i spil og udbredes. Det medfører evidensbaseret sygepleje i klinisk praksis, udtrykker en sygeplejerske: ”At praksis altid er i fokus, styrker udøvelse af bedste evidens”. Samtidig deles erfaringerne i ”egen rede”, og dermed delagtiggøres kollegaer i den nyeste viden.

Vidensdeling mellem specialerne er til gavn for patienterne. Ifølge sygeplejerskerne resulterer det i forbedret kvalitet af patientforløbene: ”Når man har en større viden og helt opdateret viden, kommer det helt sikkert patienterne til gode, da man jo bruger det i sin hverdag”.

Sygeplejerskerne oplever et større engagement, øget motivation, højere faglighed og: ”Øget tilfredshed i eget arbejde”, udtrykker en sygeplejerske.

”Yderligere kommentarer til deltagelse i Netværksgruppen/SIG?”

Det fremgår, at tjenestefrihed og ledelsesopbakning til deltagelse i møderne er en udfordring. Det udtrykkes, at nogle bruger interestetimer på at deltage i en NG/SIG. Nogle sygeplejersker opfordrer DSR til at støtte grupperne i form af økonomisk tilskud og ændring af struktur for medlemskab af faglige selskaber, så flere nyuddannede sygeplejersker tiltrækkes.

Sammensætningen af kompetencer i NG/SIG er en faglig styrke, hvilket en sygeplejerske skildrer således: ”Det har været meget givtigt for arbejdet i SIG-gruppen at deltagerne har forskellige kliniske og akademiske kompetencer – hvilket er med til at udvikle sygeplejen inden for vores felt både lokalt og nationalt”. En anden sygeplejerske beskriver: ”Netværksgrupper er fantastiske til videndeling – det er en ”billig” måde at kompetenceudvikle personalet i forhold til andre kurser og jeg oplever at det er mere givende – det giver ildsjæle”.

Del 3: Præsentation og diskussion af fund på tværs af spørgsmål

De tre temaer, som frembringes gennem analysen er:

- Erfaringsudveksling
- Patientforløb forbedres
- Faglighed

I en artikel fortæller en gruppe AK-sygeplejersker, at det har højnet deres faglighed at de har dannet en regional netværksgruppe: ”Vi har fået et fagligt netværk, hvor vi kan erfaringsudveksle og sparre med hinanden” (5). På samme måde tilkendegiver sygeplejerskerne i spørgeskemaundersøgelsen, at det er betydningsfuldt for deres kompetenceudvikling at erfaringsudveksle i en NG/SIG. Samme tendens gælder i studiet af Valen et al, hvor sygeplejerskerne angiver at: ”... det er av stor betydning å kunne treffe fagpersoner fra andre arbeidsplasser til kompetanseutveksling og faglig påfyll” (2). Fundet er også foreneligt med en artikel, omhandlende sygeplejersker der har gennemført en regional nøglepersonuddannelse indenfor palliation. I den forbindelse blev der skabt netværksgrupper, som var medvirkende til at fastholde og opgradere viden (6).

Der synes at være belæg for, at NG/SIG giver mulighed for at skabe en platform for målrettet specialefaglig erfaringsudveksling, hvilket er betydningsfuldt hvis, der skal ske en faglig udveksling i det kliniske felt. I den aktuelle spørgeskemaundersøgelse tilkendegiver sygeplejerskerne, at det ikke alene gavner sygeplejerskerne at deltage i NG/SIG. Det er også betydningsfuldt for patienterne og deres forløb, bl.a. fordi sygeplejerskerne bliver mere opmærksomme på udfordringer og handlemuligheder relateret til fx sektorovergange, hvilket en sygeplejerske beskriver: ”[...] Den SIG jeg er medlem af, er sammensat på tværs af sektorer, hvilket er en stor fordel i forhold til at tilegne sig ny viden”. Dette er i overensstemmelse med artiklen omhandlende det regionale AK-netværk. Her beskrives, at patientforløbene forbedres, idet der skabes et læringsforum for specialiserede sygeplejersker: ”Nu ved man også, hvem man skal tage kontakt til på de forskellige hospitaler, ligesom det er blevet meget

nemmere at tage kontakten og sikre patientovergangene" (5). Den samme tendens gælder i den norske artikel: "... at de gennem fællesskabet opnår økt kompetanse som trykghet i yrkesutøvelsen i møte med pasient/pårørende" (2).

Sygeplejerskerne angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at deres faglighed påvirkes positivt ved deltagelse i en NG/SIG. En sygeplejerske beskriver på denne måde: "Jeg er blevet mere tydelig i min egen faglighed og bedre til at argumentere for min viden. Der er større vægt bag, når vi er mange der deler den samme viden. Risikovilligheden til nye tiltag styrkes, når man ser ting lykkes andre steder". På samme måde beskriver sygeplejerskerne i artiklen om AK-netværket, hvordan de bl.a. har fået styrket fagligheden gennem deltagelse i netværket, og sygeplejerskerne kan betragtes som ildsjæle indenfor AK behandlingen (5). Kendetegnet ved sygeplejersker, der deltager i en NG/SIG, er, at de har en særlig interesse i gruppens emne. Citaterne i spørgeskemaundersøgelse underbygger, at det er sygeplejersker, der "brænder" for emnet og har en stor viden og engagement. Rud K. et al. beskriver en workshop-praksismetode, som er en tværfaglig platform for vidensdeling i kirurgiske patientforløb. Her skal de kliniske ildsjæle gå forrest for at sikre den bedste patientbehandling. Det er ildsjælene, der er medvirkende til at få båret fagligheden frem, så det i sidste ende gavner patienterne (7).

Konklusion

Ud fra sygeplejerskernes besvarelser, konkluderes det, at det er kompetencefremmende, af stor betydning samt udbytterigt, at deltage i NG/SIG. De oplever, at deltagelse giver mulighed for erfaringsudveksling, styrker kvaliteten af patientforløbene og påvirker fagligheden positivt. Sygeplejerskerne udtrykker, at NG/SIG er medvirkende til at genere ny viden, inspiration og udvikling til gavn for klinisk praksis. De pointerer, at det er betydningsfuldt, at grupperne er en blanding af akademiske- og basissygeplejersker. Det giver en god dynamik og medvirker til høj faglig kvalitet. Undersøgelsen har givet ny viden om værdien af netværksgrupper for sygeplejersker, og den viser, at der fortsat bør investeres i grupperne med henblik på at opretholde allerede eksisterende grupper og for at nye kan igangsættes.

Perspektivering

Taget i betragtning af, at der findes 35 faglige selskaber under DSR synes ni faglige selskaber, der har igangværende NG/SIG, at være relativt få. De faglige selskaber, der har etableret NG/SIG, har derimod flere grupper (42 i alt). Med afsæt i fund fra undersøgelsen forestiller vi os, at andre specialer også kunne have gavn af, at der blev dannet flere NG/SIG. Grupperne er medvirkende til, at sygeplejersker bliver inspireret fagligt og personligt, hvilket i sidste ende gavner patienterne og deres sygdomsforløb. Etablering af flere NG/SIG grupper fordrer, at de faglige selskaber har lyst til at gå i dialog med afdelingsledelserne i primær-, sekundær- og den private sektor, så rammer og vilkår for deltagelse i grupper bliver formaliseret. En nylig artikel sætter fokus på netværksdannelse for sygeplejersker med akademisk overbygning eller videreuddannelse (8). Netværket er en del af DSR-pilotprojektet "Sammen

om DSR". I projektet er udvalgt fire politiske pejlemærker, hvoraf ét af pejlemærkerne sigter på "Involverende og handlekraftige fællesskaber": "Gennem involverende og mangfoldige politiske og faglige fællesskaber og netværk, styrker vi hinanden, giver plads til forskelligheder og udvikler nye ideer" (9). På lignende vis kunne det være givende, hvis DSR aktivt bakker op om de 42 NG/SIG, som denne undersøgelse omhandler og bidrager til arbejdet i forhold til at etablere flere NG/SIG. Såvel de faglige selskaber og de nuværende og fremtidige NG/SIG står endnu stærkere, hvis der bakkes op om en så "billig" kompetenceudvikling, som er til gavn for både sygeplejersker og patienter.

Afrunding

Vi vil gerne takke alle, der har besvaret spørgeskemaet. Det har været overvældende med den store interesse for at deltage, som medvirker til at sætte fokus på det store engagement og vigtige arbejde, der foregår i NG/SIG. Det har været givende og inspirerende at læse jeres besvarelser, og uden disse var denne artikel aldrig blevet til.

Skrivningen af artiklen startede på et pilotskrivekursus på Sjællands Universitetshospital arrangeret af redaktionen og støttet af FS32. En særlig tak til forskningsleder Thora Grothe Thomsen, ØNHK- kirurgisk afdeling på Sjællands Universitetshospital, som har inspireret, støttet og vejledt os i skriveprocessen.

Referencer

1. Fagligt Selskab For Plastikkirurgiske Sygeplejersker. Kommissorium, Netværksgruppe Malignt melanom og hudcancer. Tilgængelig via https://dsr.dk/sites/default/files/2642/kommissorium_malignt_melanom.pdf hentet den 2/10 19
2. Valen K, Ytrehus S, et al. Tilnærminger anvendt i nettverksgrupper for kompetanseutvikling i det palliative fagfelt. *Vård i Norden* 2011;4(31):4-9
3. Datatilsynet. Tilgængeligt via <https://www.datatilsynet.dk/emner/forskning-og-statistik/saerligt-om-sundhedsomraadet/> hentet 6/12 2019
4. Malterud K. Kvalitative metoder i medicinsk forskning. 2. udgave Universitetsforlaget; 2004:93-113
5. Witthøfft A. Netværk for AK-sygeplejersker højner fagligheden. *Sygeplejersken* 10; 2019:34-35
6. Matthiesen H, N. Nøglepersonuddannelsen inden for palliation – en evaluering. *Sygeplejersken* 22; 2009:58-61
7. Rud K, Jakobsen M, et al. Metode til optimering af patientforløb. *Sygeplejersken* 14; 2012:78-81
8. Danbjørg D. B, Madsen T. S, et al. Netværk for sygeplejersker med akademisk overbygning eller videreuddannelse. *Forstyrrelsen Fagligt Selskab for Sygeplejersker der Arbejder med Forskning og Udvikling* 2; 2018:18-19
9. Sammen om DSR tilgængelig via https://dsr.dk/sites/default/files/241/sammen_om_dsr_polistiske_pejlemarker.pdf hentet den 2/10 2019

Velkommen til nye redaktionsmedlemmer



Vi er glade for at kunne byde velkommen til to nye redaktionsmedlemmer Birgitte Lerbæk og Gitte Bunkenborg. De kommer med forskellige faglige netværk på tværs af sektorgrensene. Med udvidelsen i redaktionsgruppen får vi nu også Region Nord repræsenteret.

De nye redaktionsmedlemmer skal være med til at gøre Forstyrrelsen endnu stærkere og skarpere inden for udvikling og forskning i sygeplejen på tværs af sektorer og regioner i landet. Vi håber, I vil tage godt imod dem og henvende jer til dem med nyheder samt udviklings- og forskningsprojekter, som kunne være relevante for andre medlemmer at læse om og evt. lære af i Forstyrrelsen.



Birgitte Lerbæk er indtrådt som medlem af redaktionsgruppen pr. 1. juni 2020. Birgitte er sygeplejerske, cand.scient.san og har siden 1. juni 2020 været ansat som postdoc i Klinisk Sygepleje ved Klinik Medicin og Akut, Aalborg Universitetshospital og Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital. Her arbejder hun med forskning og

udvikling af den kliniske sygepleje, som tager afsæt i de problemstillinger, som sygeplejerskerne ude på afdelingerne oplever i deres daglige arbejde. Som en del af dette arbejdes der med begrebsrammen Fundamentals of Care, der er styrende for forskningsstrategien 2019-2024 i Forskningsenheden i Klinisk sygepleje. Det er en begrebsramme, der kan være med til at sætte sygeplejerskernes vigtige arbejde i fokus.

Birgitte har tidligere været medlem af redaktionen og har gennem de sidste fire år skrevet Klummen om livet som ph.d.-studerende her i Forstyrrelsen. I slutningen af maj indleverede hun sin afhandling til Aalborg Universitet. Den er skrevet på baggrund af et etnografisk studie, der har fokus på, hvordan mennesker med skizofreni håndterer deres fysiske helbred i det helt almindelige hverdagsliv.

Tidligere projekter har bl.a. haft fokus på moralsk beslutningstagen og identitetsarbejde blandt sundhedsprofessionelle i psykiatriens opsøgende, udekørende funktioner. Birgitte glæder sig til igen at være en del af redaktionen på Forstyrrelsen og være med til at styrke formidlingen af

nogle af alle de vigtige udviklings- og forskningsprojekter, der arbejdes med rundt om i landet.



Gitte Bunkenborg er postdoc ved Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet (SDU) og forskningsleder for sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, jordemødre m.fl. på Holbæk Sygehus. En funktion, som varetages i form af at være den ene halvdel af et tværfagligt ledelsesteam af forskningsenheden "Forskningens Hus", på Holbæk Sygehus.

Gitte er leder af forskningsprogrammet for den sygeplejefaglige forskning på Holbæk Sygehus med titlen "Overgange og Sammenhæng for Patienter med Multi- og/eller Livstruende Sygdom" og varetager herunder egen forskning med særlig fokus på patientsikkerhed i kritiske overgange. Aktuelt er Gitte ved at færdiggøre sit postdoc projekt, som er en tværregional undersøgelse af Mobilt Akut Team funktionen, hvis betydning for bl.a. sygeplejersker evalueres via en Realist Evaluering. I projektet indgår både nationale og internationale samarbejdspartnere. Gitte underviser og vejleder kandidat- og masterstuderende på SDU og er ligeledes vejleder for ph.d.-studerende. På Holbæk Sygehus er der i de senere år ydet støtte til sygeplejersker til kortere udviklings- og/eller forskningsprojekter og artikelskrivning, og Gitte har vejledt sygeplejerskerne i hele processen fra idé til formidling i form af faglige artikler. Derudover har der i Region Sjælland gennem en årrække været et tilbud til bl.a. sygeplejersker om et kursus i artikelskrivning, og i 2016 overtog Gitte planlægning af og undervisning på dette kursus. Ud over egne videnskabelige artikler er det samlet set blevet til en række faglige artikler med udgangspunkt i udviklingsprojekter med en tydelig forankring i sygeplejerskers kliniske praksis og med det sigte for øje at bidrage til udvikling af sygeplejefaget. Det er det arbejde, Gitte ønsker at fortsætte via en indsats i redaktionsgruppen bag Forstyrrelsen, så resultater og erfaringer fra sygeplejerskers grundige arbejde i udviklingsprojekter kan komme ud til en større gruppe og inspirere til yderligere udviklingsarbejde og styrkelse af den kliniske sygepleje praksis.

**Af: Agnete Askholm, BA, sygepleje,
stud. Cand. Scient,
agnete.askholm@gmail.com**

**Laura Boldrup BA, sygeplejerske,
Rigshospitalet Neurointensiv**

**Lotte Evron, Ph.d., lektor, sygeplejerske,
Københavns Professionshøjskole**



Faglig artikel

Upassende nysgerrighed i mødet med transpersoner

En mixed-method undersøgelse om mødet mellem transpersoner og sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen.

Abstrakt

Artiklen undersøger hvordan 15 transpersoner oplever, at sygeplejersker håndterer transpersoners kønsidentitet, og hvordan to sygeplejersker oplever mødet med den transkønnede patient i klinisk praksis. Artiklen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse efterfulgt af supplerende interviews med sygeplejersker. Undersøgelsen er en vide-reudvikling af et bachelorprojekt fra 2018, hvor nye data er indsamlet 2018-2019.

Nøgleord: *LGBTQ-sundhed, transperson, sygepleje, kommunikation*

Introduktion

Internationale og nationale undersøgelser viser, at der er stor ulighed i sundhed mellem LGBTQ-personer (lesbiske, bøsser, biseksuelle, transpersoner og queer) og den øvrige befolkning, når man måler på helbred og trivsel (1,2). Og at transpersoner oplever at blive afvist eller modtage dårligere behandling i sundhedsvæsenet end ikke stigmatiserede personer (1-4). Som et resultat af dette udebliver nogle transpersoner helt fra behandling eller opsøger den slet ikke. Ifølge WHO og Statens Institut for Folkesundhed er en forklaring på ulighed i sundhed mellem transpersoner og den generelle befolkning, at nogle transpersoner både oplever stigmatisering og diskriminering i sundhedsvæsenet, hvilket øger risikoen for minoritetsstress, som kan have fysiske og psykiske helbredsmæssige konsekvenser for den enkelte (1,2). En anden forklaring er, at sundhedspersonalet mangler viden og uddannelse om transpersoners særlige forhold i en sundhedsmæssig kontekst (1-4). Der er i de seneste år kommet større fokus på transpersoners vilkår og trivsel både globalt og nationalt, men der er stadig meget sparsom forskning om transpersoners sundhed (5,6).

Definitioner

Vi benytter begrebet transperson, som er en sammentrækning af transkønnet og person. Transperson er en person, hvis "kønsudtryk og/eller kønsidentitet er forskellige fra

konventioner og forventninger baseret på det køn, som personen blev tildelt ved fødslen" (7).

Stigmatisering bygger i denne artikel på Goffmans begreb om stigma og handler om det sociale samspil, der finder sted mellem såkaldte normale mennesker og stigmatiserede mennesker (8). Ifølge Goffman (8) opstiller samfundet hvilke egenskaber og karaktertræk, der opfattes som normative. Når en person skiller sig ud fra normerne, tiltrækker hun sig opmærksomhed. Det kan medføre en følelse af at være uønsket, afvigende eller mindreværdig og medvirke til ringere livschancer for den enkelte (8).

Transpersoner i en dansk kontekst

I Danmark er der i hhv. 2009 og 2015 udarbejdet to rapporter om LGBTQ-personers sundhed. Den nyeste rapport fra 2015 er baseret på en stor national undersøgelse om helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. Den viser, at transpersoner har et lavere selv vurderet fysiologisk og mentalt helbred end de øvrige grupper, og at flere er uønsket alene, de har sjældnere kontakt til familier og venner, og de føler ikke, at de har nogle at tale med, hvis de har problemer (2). I forhold til køns-korrigerende behandling føler mere end halvdelen af alle de adspurgte sig ikke imødekømt af sundhedsvæsenet. Der er generelt stor kritik af organiseringen af den køns-korrigerende behandling i Danmark grundet lange ventetider og det, at behandlingen i 2015 afhang af udredning for diagnosen 'transseksualisme' (2).

Som det første land i verden afskaffede Danmark i 2017 transkønnethed som en psykiatrisk diagnosekode og flyttede koden 'kontakt på grund af transkønnethed' til et ikke stigmatiserende afsnit i WHO's internationale klassifikationssystem for diagnosekoder (2). I 2018 udarbejdede Regeringen en handleplan for at fremme trivsel, tryghed og lige muligheder for LGBTQ-personer (6). Ligesom der nu er udarbejdet informationsmateriale om LGBTQ-personers særlige sundhedsforhold på sundhed.dk (9).

Stigende antal transpersoner og de bliver yngre

Det er vanskeligt at sige, hvor mange transpersoner, der er i Danmark, men internationale undersøgelser peger på at mellem 3,5-6,2% af befolkningen er LGBTQ (2), og af dem er omkring 21.000 transpersoner (7). Indtil februar 2019 blev alle transpersoner, der ønskede behandling henvist til Sexologisk Klinik til en indledende udredning. Antallet af udredninger for voksne over 18 år steg fra 65 til 216 i perioden 2008-2019, mens den for unge under 18 år steg fra 4 til 168 i perioden 2014-2019 (10). Fra februar 2019 bliver alle voksne, der ønsker behandling henvist til Center for Kønssidentitet til en indledende samtale, mens børn og unge under 18 år fortsat henvises til Sexologisk Klinik til indledende samtaler.

I undersøgelserne fra 2009, 2015 og 2019 fremgår det, at det stadig er underbelyst, i hvilken grad transpersoner i Danmark opsøger hjælp i sundhedsvæsenet, og hvilken oplevelse de har med sundhedspersoner som fx sygeplejersker (2,3,5). Formålet med denne artikel er at bidrage med ny viden om, hvordan transpersoner oplever, at sygeplejersker håndterer transpersoners kønsidentitet, og hvordan sygeplejersker oplever mødet med transpersoner i klinisk praksis.

Metode:

Der er anvendt mixed methods med et sekventielt forklarende design, som integrerer en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse og en kvalitativ interviewundersøgelse i en samlet undersøgelse (11). Kvantitative (talværdier) og kvalitative (fritekst) data fra spørgeskemaet blev først analyseret hver for sig. På baggrund af disse data blev der foretaget en interviewundersøgelse med to sygeplejersker ud fra en semistruktureret interviewguide. Til sidst er de tre analysefaser samlet og resultaterne trianguleret i en integreret fortolkning (11). Undersøgelsen er styret af de kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen, men i den samlede analysefase bestræber vi os på at vægte de kvantitative og kvalitative data ligeligt.

Spørgeskemaundersøgelsen

Først blev en spørgeskemaundersøgelse udviklet på baggrund af en systematisk litteraturgennemgang af LGBTQ-domænet med ord som 'transgender', 'experience' og 'health care' på engelsk og dansk. Skemaet bestod af i alt 24 spørgsmål, der indeholdt demografiske oplysninger om alder og antal levede år som transkønnet, samt faktuelle og holdningsspørgsmål til mødet med sundhedsvæsenet og sygeplejersker. Et spørgsmål var fx: 'Har du kunnet dele bekymringer omkring dit helbred med en sygeplejerske?' Der var fem svarmuligheder rangerende fra 'slet ikke' til 'i meget høj grad' (likert-skala), efterfulgt af ubegrænset plads til kommentarer. Spørgeskemaet blev testet på en gatekeeper og to netværkspersoner før det blev sendt ud til informanterne.

Rekruttering: Kriterierne for deltagelse var, at informanten skulle identificere sig selv som transperson, bo i Danmark og have haft kontakt til sundhedsvæsenet og en sygeplejerske inden for de sidste tre måneder. Da det var vanskeligt at få fat i deltagere til undersøgelsen, kontaktede vi LGBTQ-Danmark og fik via en gatekeeper adgang til en

lukket facebookgruppe for transpersoner, hvor 39 personer opfyldte kravene for deltagelse, 15 personer svarede på spørgeskemaet (T1-T15). Vi foretog en statistisk analyse af talværdierne og en tematisk analyse af teksten (se afsnit om analysemetode). Resultaterne blev fulgt op med en interviewundersøgelse af to sygeplejersker (gynækologisk klinik og hjemmesygeplejen). Kriteriet for disse informanter var, at de skulle være uddannede sygeplejersker og have mødt transpersoner i deres klinik. Vi kontaktede alle de klinikker i Danmark, hvor der gennemføres kønskirurgi per mail og telefon, desværre fik vi ingen respons. Derfor blev to sygeplejersker fra forfatternes netværk rekrutteret: en fra en gynækologisk klinik og en fra hjemmesygeplejen.

Interviewundersøgelsen

Til interviewet blev der anvendt semistrukturerede interviews med interviewguide. Guiden bestod af to temaer: 1) Køn og betydning for sygeplejen og 2) Mødet med patienter der identificerer sig som transpersoner. I hvert tema var der få åbne spørgsmål som fx: Fortæl om en oplevelse hvor patientens køn har betydet noget i plejen (tema 1) og fortæl om et møde med en patient, der opfattede sig selv som transkønnet (tema 2). Interviewene varede hver ca. 30 min. Det ene interview blev gennemført over skype med de to første forfattere, det andet foregik face-to-face med sidste forfatteren. Begge interviews blev optaget og transskriberet ordret.

Etik

De etiske overvejelser er med udgangspunkt de sygeplejeetiske retningslinjer (12). At opsøge en sårbar gruppe som transpersoner, kræver ekstra foranstaltninger for at sikre deres beskyttelse. Der er derfor anvendt en gatekeeper (udpeget af LGBTQ-Danmark) til at give feedback på dets opbygning og virkning (overflade validitet) inden det blev distribueret i et lukket forum, hvor forfatterne ikke havde adgang - og til at videreformidlespørgeskemaet. For at sikre yderligere fortrolighed indeholder spørgeskemaet desuden ikke spørgsmål, der gør det muligt at kunne identificere deltagerne efterfølgende. Informanterne gav samtykke til deltagelse i undersøgelsen, og til at data måtte benyttes til en artikel. Forud for interviewet med sygeplejerskerne er der sikret formel godkendelse fra afdelingssygeplejersken/leder, og deltagerne gav skriftligt og mundtligt samtykke inden deltagelse. Al datamateriale blev anonymiseret, og alle lydfiler blev slettet direkte efter transskription, mens resten af data blev slettet efter endt artikelskrivning.

Analysemetoden:

Spørgeskemaet undersøger transpersoners retrospektive oplevelse af sygeplejerskerne og sundhedsvæsenet. Kvantitative data analyseres vha. deskriptiv statistik og kvalitative data analyseres via tematisk analyse inspireret af Dahlager og Fredslunds (13) fire trin: helhedsindtryk, identificering af meningsbærende enheder, operationalisering og rekontekstualisering. I første trin af analysen er tekstmaterialet blevet gennemlæst enkeltvis for hver informant. I trin to er tekstmaterialet samlet for hver enkelt spørgsmål, for dermed at skabe et helhedsindtryk af den samlede tekstdata. Her er der dannet temaer ud fra meningsbærende

rende elementer i tekstdata og efterfølgende i to overordnede kategorier. Kategorierne er i trin tre blevet operationaliseret og dannet på baggrund af informanternes egen begrebsverden. I det fjerde trin kobles teori til tekstdata for at belyse problemformuleringen. Der er benyttet citater fra alle informanter med uddybende svar. Dermed skabes nye fortolkninger og rekontekstualisering af den nye viden ud fra næsten alle informanternes svar (13).

Resultater

Først præsenterer vi demografiske data og udvalgte spørgsmål om helbred, derefter de to overordnede kategorier: kommunikation samt kompetencer.

De transpersoner, der deltog i undersøgelsen, var mellem 18-49 år, halvdelen havde levet som transkønnet mellem 0-4 år og den anden halvdel mellem 5-10 år. Ingen af informanterne havde levet som transpersoner i mere end 10 år. I alt havde 86,7%, (N=13) været i kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 0-3 måneder og flere havde flere kontakter. Figur 1 illustrerer, hvilke dele af sundhedsvæsenet informanterne anvendte. Alle informanter havde haft kontakt til egen læge og 73% havde været patient på en medicinsk afdeling, mens 53% havde haft kontakt til en psykiatrisk afdeling. Da Sexologisk Klinik har tilknytning til psykiatrien, kan informanterne både have svaret Sexologisk Klinik og psykiatrien, derfor kan der ikke differentieres mellem disse besvarelser.

Kommunikation – om at lytte og stille passende spørgsmål

Der var en generel efterspørgsel på bedre kommunikative kompetencer og evner hos sygeplejersker. Flere transpersoner oplevede, at hvis de fortalte, at de var transperson, så blev deres kønsidentitet gjort til årsagen til deres helbreds-mæssige problematikker, hvilket de så som en negligering af deres 'egentlige' helbredsproblemer og manglende evne til at lytte. De skrev:

Det blev automatisk antaget at mine psykiske problemer (depression og stress) sikkert bundede i min kønsidentitet, hvilket absolut ikke er dækkende. Jeg følte ikke, jeg for alvor blev lyttet til (T3).

Det er ikke rart ikke at føle sig tryk ved at lufte helbreds-mæssige bekymringer over for sygeplejersker eller over-læger, og det betyder, at jeg er langt mere forbeholden og tilbageholdende med at gøre opmærksom på bekymringer, eftersom jeg før har oplevet ikke at blive lyttet til (T5).

Andre informanter oplevede, at sygeplejersker stiller grænseoverskridende spørgsmål for at få stillet egen nysgerrighed, når de ikke er vedkommende for plejen.

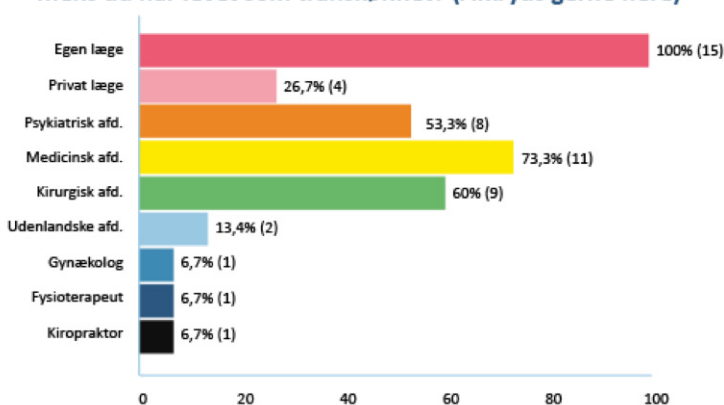
Jeg har mere end en gang oplevet, at sygeplejersken i disse situationer stillede meget nærgående og irrelevante spørgsmål om trans-relaterede ting, fx om jeg skulle have bundkirurgi, og om hvornår det gik op for mig, at jeg var trans(T8).

Modsat transpersonerne påpegede en af sygeplejerskerne, at det som af transpersonerne blev opfattet som 'upassende nysgerrighed' også kunne være ment som oprindelig interesse for det menneske, sygeplejersken stod overfor eller et 'klumpet forsøg' på at samle data til god behandling. I tråd med transpersonernes fokus på sproget beskriver sygeplejerskerne dårlige oplevelser som hændelser, hvor personalets sprog og ordvalg har været kønnet, hvilket har påvirket tilliden og dermed deres samarbejde med transpersonen som patient.

Ja vi (sundhedspersonalet) forstår det jo godt, det er bare et ord man bruger, men det var meget kønnet og diskriminerende. Nu havde man (transkvinde som er født som mand) fået den operation, og så kunne man sige, at de skulle lære at 'mande sig op'. Det er bare et eksempel på, hvor sådan en lille ting kan gå galt ik? (S1).

Dermed ses, at sygeplejerskens ordvalg har betydning for samarbejdet med transpersoner. Selvom ordvalget tillægges lille betydning for sygeplejersken, kan det omvendt have stor betydning for transpersonen. Samtidig fortæller sygeplejerskerne, at de bedste oplevelser i plejen af transpersoner fx er, når deres operation er forløbet planmæssigt, eller de har været forberedt på mødet og ikke behøvet spørge 'upassende'.

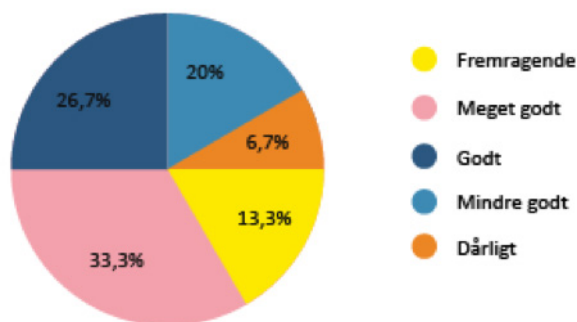
Hvilke dele af sundhedsvæsenet har du gjort brug af, mens du har levet som transkønnet? (Afkryds gerne flere)



Figur 1. Fordeling af informanternes brug af sundhedsvæsenet fordelt på procenter.

I alt vurderer 73% deres helbred som fremragende, meget godt eller godt. Mens 27% vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt (Figur 2).

Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?



Figur 2. Informanternes selv vurderet helbred i procent

Dele bekymring Sygeplejerskens kompetencer	Slet ikke, i mindre grad og i nogen grad	Høj grad og i meget høj grad	I alt
Slet ikke, i mindre grad og i nogen grad	46,7% (7)	6,7% (1)	53,4% (8)
Høj grad og i meget høj grad	26,7% (4)	20% (3)	46,7% (7)
I alt	74,4% (11)	26,7% (4)	15 (100%)

Figur 3. Informanternes oplevelse af at kunne dele helbredsmæssige bekymringer med sygeplejersken og informanternes oplevelse af sygeplejerskens kompetencer i forhold til deres kønsidentitet

Kompetencer

Lidt under halvdelen af transpersonerne oplevede, at sygeplejersker havde kompetencer til at tage hånd om deres kønsidentitet, mens hele 53% vurderede, at sygeplejersker slet ikke, i mindre grad eller i nogen grad var kompetent til at håndtere deres kønsidentitet. I krydstabellen (figur 3) sammenholdes transpersoners ønske om at dele deres bekymringer med sygeplejersker og deres vurdering af sygeplejerskers kompetencer til at varetage plejen af transpersonen.

Krydstabellen ovenfor viser at 47% af informanterne ikke deler deres helbredsmæssige bekymringer, hvis de oplever at sygeplejerskens kompetencer ikke er tilstrækkelige. En informant uddyber: "Man kan lige så godt sige, at man er fra Mars. Der er ingen viden om transpersoner nogen af de steder, jeg har været" (T1).

En anden informant fortæller:

Derudover er der store mangel på viden om LGBTQ og sundhed og forhold i alle dele af sundhedsvæsenet et stort problem, (...), og at mange mister tiltroen til sundhedsvæsenet generelt og er forbeholdne med at søge hjælp og behandling (T9).

Citatet viser, at den manglende viden om LGBTQ medfører, at nogle transpersoner ikke føler sig forstået, hvilket ser ud til at påvirke tiltroen til sygeplejersken. Flere transpersoner nævner, at denne viden er vigtigt for deres behandlingsforløb, og at de ofte selv må lægge energi i at uddanne sundhedspersonalet om problematikker relateret til transkønnethed, inden personalet kan hjælpe dem med det helbredsmæssige problem, som de ønsker hjælp til.

Denne opfattelse deler de adspurgte sygeplejersker; en af dem fortalte, at de i klinikken var opmærksomme på problematikken og havde derfor haft undervisning i LGBTQ-venlig kommunikation for sygeplejerskegruppen. I undervisningen blev der talt om sygeplejerskerne egne fordomme og forventninger til den patientgruppe. Ifølge sygeplejersken var en effekt af undervisningen, at der kom mere åben dialog i personalegruppen, hvor de fik diskuteret deres forforståelser. Hun fortalte: "Så man er lidt mere åben over for, hvordan personen selv har det (...) og hvordan vi bliver lidt mindre forudindtaget og bevidste om, hvilke fordomme og forforståelse vi har" (S1).

Transpersoner skal ligne det køn, de transiterer til

Sygeplejerskerne påpegede, at for nogle sygeplejersker er det vigtigt, at en transperson ligner det køn, som personen ønsker at transitere til. En sygeplejerske fortæller om en kollegas opfattelse af en kvindes transition til mand sådan: "Jeg hørte en af mine andre kollegaer sige (...) "ej han lignede en rigtig mand", "han ligner godt nok en mand". Når de kommer ind ad døren, bliver de meget hurtigt vurderet. En mand der ligner en mand, er ok. Det skal man åbenbart. Man må åbenbart ikke være en mand og så ikke rigtig ligne en" (S1).

Citatet peger på, at transpersoner tilsyneladende ofte bliver vurderet af personalet ud fra en binær kønsforståelse baseret på deres udseende.

Manglende lyst til at fortælle, at man er transkønnet

Frygt for manglede kompetencer af hos sundhedspersonalet eller for at blive stigmatiseret fik nogle transpersoner til ikke at fortælle, at de er transpersoner.

En skriver:

"Jeg har mistet modet. Det var meningen, at sundhedspersonale skulle hjælpe mig, når jeg er syg. I stedet bliver det til at finde ud af, hvor lidt jeg kan afsløre for rent faktisk at få behandling (T10)."

En anden skriver:

"Jeg undlader generelt at fortælle, at jeg er transkønnet. Jeg har fået taget indtil flere graviditetsprøver, men det er bedre at spille tiden med det, både min og deres, end at blive behandlet som skidt" (T7).

Citaterne understreger, at frygten for at blive stigmatiseret gør, at nogle transpersoner tilbageholder information og potentielt ikke deler vigtigt viden. Som før nævnt kan dette have helbredsmæssige konsekvenser for den enkelte, men det resulterer også i udgifter til unødvendige tests og undersøgelser.

De fleste vil det godt

Transpersonernes forventninger til sygeplejerskernes viden og faglighed varierede efter kontakten til sundhedsvæsenet. Undersøgelsen viser, at transkønnede har højere forventninger til sygeplejersker ansat på et specialafsnit,

som f.eks. gynækologiske og sexologiske afdelinger end fx sygeplejersker i almen praksis. Både transpersonerne og sygeplejerskerne i undersøgelsen stillede højere krav til sygeplejerskers viden og faglighed på specialafdelingerne. Generelt var der en antagelse af, at "de fleste vil gøre det så godt som muligt". Begge sygeplejersker fremhævede, at transpersoner udgør en lille patientgruppe, og at der derfor kan gå lang tid mellem en sygeplejerskes kontakt med denne patientgruppe. Derfor er det svært at oparbejde en ordentlig erfaring med den evt. specialiserede pleje af en transkønnet patient.

Diskussion af den valgte metode og undersøgelsen

Denne undersøgelse giver et indblik i 15 transpersoners og to sygeplejerskers individuelle oplevelse af mødet med hinanden og varetagelsen af plejen. Det var en styrke, at der i spørgeskemaet var mulighed for kommentarer, hvilket genererede uddybende nuancer af svar. En anden styrke var, at resultaterne fra spørgeskemaerne blev anvendt til mere fokuseret interviews med sygeplejerskerne. I mixed-metode-design med datatriangulering kom der et nuanceret og kvalificeret billede på problemstillingen set fra to sider.

En svaghed er, at det var vanskeligt at rekruttere informanter (både transpersoner og sygeplejersker), derfor er antallet på informanter lille i både spørgeskema- og interviewundersøgelsen. Deltagerprocenten i spørgeskemaundersøgelsen var 38%, hvilket anses for acceptabelt i relation til, at transpersoner defineres som en 'hard-to-reach' population, som er en kendt faktor, der kan nedsætte svarprocenten (14).

Informanterne var dels rekrutteret via interesseorganisationen LGBT, dels i eget netværk (sygeplejerskerne), hvilket giver en skævhed i repræsentativiteten og en selektionsbias for projektet. Resultaterne af undersøgelse kan derfor ikke generaliseres til hele den transkønnede population i Danmark. Den interne validitet er forsøgt sikret ved en forudgående pilottest af spørgeskemaet, der er gennemgået

af gatekeeper samt netværk og herefter rettet til inden udsendelse. Ligesom transparens er tilstræbt gennem mange citater og forklaring af processen.

Diskussion af fund

Undersøgelsen viser, at knapt 75% af transpersonernes rangerede deres helbred som godt eller mere, hvilket er i tråd med en tidligere dansk undersøgelse, hvor 69% af yngre transpersoner (15-34 år) og 74% af ældre (35-59 år) vurderer deres helbred som godt eller meget godt (2). Ligesom i tidligere danske og internationale undersøgelser peger resultaterne på, at der er potentiale for at udvikle bedre LGBTQ-kompetencer i sundhedsvæsenet (2,3,15-17). Resultaterne fra interviews med sygeplejerskerne indikerer, at diskussioner om egne fordomme til transpersoner, der er patienter, kan være med til at forbedre kommunikationen til transpersoner. En undersøgelse (4) viser, at 18% af LGBTQ-personer mener, at en måde at forbedre den overordnede behandling af denne gruppe og dermed deres sundhed på er at arbejde med sundhedspersonalets egne fordomme omkring det at være LGBTQ. Samme opfordring har andre forskere fundet (15-17). Ud fra forskningsbaseret litteratur (18,19) om kommunikation mellem sygeplejersker og transpersoner samt egen undersøgelse, har vi listet otte anbefalinger op.

Konklusion

Målet for plejen må være, at sygeplejersken skal kunne kommunikere på en sådan måde, så også transpersoner føler sig trygge og tillidsfulde i relationen. På den måde kan sygeplejersker bedre give den rette behandling og undgå, at den transkønnede enten må lyve eller hemmeligholde sin kønsidentitet. Transpersonerne og sygeplejerskerne påpeger begge vigtigheden af mere viden og uddannelse til det sundhedsfaglige personale. Resultaterne i denne artikel vurderes som et bidrag til den fortsatte udvikling af plejen til den transkønnede patient.

Anbefalinger

- baseret på undersøgelsens positive resultater, sygeplejerskernes udtalelser og to peer-review artikler (18) (19)

- 1) Når du introducerer dig selv, kan du fx. sige: "Hej, jeg hedder Anne og vil gerne tiltales som en kvinde" "Hvordan ønsker du at blive tiltalt?".
- 2) Vær ikke forudindtaget omkring patientens køn og seksualitet.
- 3) Brug kønsneutrale spørgsmål til at adspørge om patientens civilstatus. Fx. livspartner eller kæreste, i stedet for mand eller kone.
- 4) Vær opmærksom på om patienten har brug for nogle andre personlige plejeprodukter end det umiddelbare kønsbestemte. Fx. bind og barbergrej.
- 5) Hvis det har relevans for plejen, så spørg patienten hvordan kønsorganet skal omtales. Fx. vagina, penis, forneden eller noget helt fjerde.
- 6) Giv patienten mulighed for selv at vælge stue, hvis afsnittet er opdelt i mande- og kvindestuer.
- 7) Spørg kun ind til patientens transkønnethed, transition, partners køn og seksualitet, hvis det har relevans for udførelsen af plejen.
- 8) Vær opmærksom på at det fysiske miljø i afdelingen kan rumme flere kønsforståelser.

Figur 4. Anbefalinger til bedre kommunikation

Referencer

1. World Health Organization. 2015. Sexual health, human rights and the law. World Health Organization. [online] Tilgængelig hos: https://www.who.int/reproductive-health/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/ [Åbnet d. 4.6.2020]
2. Johansen, KBH, Laursen, B & Juel, K (2015). LGBT-sundhed: Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. Statens Institut for Folkesundhed, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.
3. Gransell, L., & Hansen, H., 2009. Lige og ulige?: homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår. CASA. [online] <http://www.casa-analyse.dk/wp-content/uploads/2016/09/2009-Lige-og-ulige-Homoseksuelle-biseksuelle-og-transk%C3%B8nnes-levevilk%C3%A5r.pdf> [åbnet d. 4.6.2020]
4. Rounds, K., Burns Mcgrath, B., & Walsh, E. (2013). Perspectives on provider behaviors: A qualitative study of sexual and gender minorities regarding quality of care. *Contemporary nurse*, 44(1), 99-110.
5. Egede, S. J., Fouchard, J., Frisch, M., & Graugaard, C. (2019). Danske LGBT-personers møde med almen praksis-udfordringer og muligheder. [online] https://www.klinisk.aau.dk/digitalAssets/690/690881_rapport-lgbt-personer-og-almen-praksis.pdf [åbnet d. 4.6.2020]
6. Regeringen (2018). Handleplan til fremme af tryghed, trivsel og lige muligheder for LGBT-personer. Udenrigsministeriet 2018-2021. <https://www.regeringen.dk/media/5348/lgbti-handlingsplan.pdf> Udenrigsministeriet. [åbnet d. 4.6.2020]
7. Nielsen, B. F. R., Evron, L., & Holm, M. L. (2019). Sygepleje til transpersoner. *Klinisk Sygepleje*, 33(03), 247-260.
8. Goffman E (2009). Stigma - om afvigerens sociale identitet. Samfundslitteratur.
9. Fouchard J (2020). Særlige sundhedsforhold for danske LGBT personer. [Online] <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/lgbt/saerlige-sundhedsforhold-for-danske-lgbt-personer/> [åbnet d. 4.6.2020]
10. Rigshospitalet (2020). Tal og Statistik. [Online] <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-koensidentitet/om-centret/Sider/tal-og-statistikker.aspx> [åbnet d. 4.6.2020]
11. Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). Best practices for mixed methods research in the health sciences. Bethesda (Maryland): National Institutes of Health, 2013, 541-545.
12. Sygeplejeetiske Råd, 2014, De Sygeplejeetiske retningslinjer. [Online] Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/ser/sygeplejeetiske-retningslinjer> [åbnet d. 4.6.2020]
13. Fredslund, H., & Dahlager, L. (2011). Hermeneutisk analyse: forståelse og forforståelse. In *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (pp. 157-181). Munksgaard.
14. Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., ... & Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC medical research methodology*, 14(1), 42.
15. Hughto, J. M. W., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. 2015. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social science & medicine*, 147, 222-231.
16. Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mot-hopeng, T., Dunham, E., & Baral, S. D. 2016. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, 388(10042), 412-436.
17. Whittle S., Turner L., Combs R. & Rhodes s. 2008, Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care [pdf]. ILGA Europe, Tilgængelig hos: <http://www.pfc.org.uk/pdf/eurostudy.pdf>, [Åbnet d. 30/10 2019]
18. Neira, PM., 2017. Caring for the Transgender Patient [Pdf]. *Bragt: Journal of Radiology Nursing* udgave 36, [Åbnet 14/4 2018].
19. Sullivan K, Guzman A & Lancellotti D, 2017, Nursing communication and the gender identity spectrum [pdf], *Bragt: American Nurse Today*, volume 12 number 5. [Åbnet 14/4 2018]



Af Birgitte Lerbæk. Postdoc i Klinisk Sygepleje ved Klinik Medicin og Akut, Aalborg Universitetshospital og Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital birgitte.lerbaek@rn.dk

Den anden-sidste Klumme

Der er sket store ting siden det sidste indlæg i Klummen. Dels har jeg indleveret min afhandling, og dels er jeg startet i en ny ansættelse i en ny og spændende kontekst. Begge dele inden for en uge og jeg må ærligt sige, at det er noget af en omvæltning – men på en helt fantastisk måde. Begge dele vil jeg gerne skrive lidt om i dette indlæg.

Indleveringen

Lad mig bare skrive det ligeud... at indlevere min ph.d.-afhandling er noget af det mest surrealistiske, jeg har oplevet, og det er faktisk svært at sætte de helt rigtige ord på oplevelsen. Alle, der har prøvet det, ved nok, hvad jeg mener – og alligevel er oplevelsen forskellig for os alle sammen. Op til afleveringen var en lang periode med intenst skrivearbejde. Den har faktisk været sådan det meste af dette år, men især de sidste to måneder var intensive. Vi blev jo alle sammen 'ramt' af covid-19, og som mange andre blev jeg sendt hjem og arbejde, alle arrangementer blev aflyst eller udsat og overspringshandling som cafébesøg, venindehygge og andet sjov blev sat på stand by. Min oplevelse af det har nok været at alt det, der skete, var med til at give mig den ro, der skulle til, for at jeg kunne knokle på til det sidste. Så på trods af alle afsavnene, så gav det ret gode betingelser for fordybelse.

Helt lavpraktisk så gik den sidste tid med at skrive på afhandlingen og at skrive på de artikler, som tilknyttedes afhandlingen. Det har været en svær øvelse, fordi det naturligvis ikke er det samme, man kan skrive i en afhandling, som man skriver i artiklerne – men alligevel skal de afspejle

det samme. Derudover skal afhandlingen afspejle, hvordan det hele er forbundet. På en måde har processen været præget af både store frustrationer men også af store forløsninger, fordi tingene for alvor er blevet bundet sammen. Derudover har det også været en periode, der pludselig blev præget af en eller anden form for vemod. Det blev pludseligt svært at skulle afslutte det projekt, som har fyldt så uendeligt meget gennem de sidste fire år. Afslutningen ville også betyde et farvel til en arbejdsplads og til samarbejdet med gode og kompetente mennesker. Alt i alt en meget ambivalent og følelsesmæssig proces – meget mere end jeg havde forventet.

En ting, der overraskede mig meget, var min egen reaktion, da et udkast af afhandlingen skulle til gennemlæsning ved nogle af mine vejledere. En afhandling er jo ens eget 'værk', og vejledergruppen og samarbejdspartnere er ikke 'medforfattere' på samme måde som ved artiklerne. Alligevel er der et samarbejde omkring afhandlingen, fordi vejlederne i en eller anden grad har et ansvar så det akademiske niveau svarer til det forventede, når man ønsker at blive indstillet til ph.d. graden. Min reaktion var en ret voldsom præstationsangst. Meget mere end jeg havde forestillet mig. Jeg havde forventet reaktionen på et tidspunkt, men nok mere i forhold til den egentlige aflevering. Men sådan blev det ikke, og ventetiden på at se deres kommentarer til udkastet var meget lang.

De sidste to uger af forløbet var meget intense, og sådan en slutspurt er ikke bare et spørgsmål om at skrive færdig, der er også alle mulige praktiske ting at forholde sig til; bl.a. at filerne skal have et bestemt format, at der skal laves for-

skellige udgaver af dokumenterne som uploades, og at alle kapitler skal starte på en højre side (fordi afhandlingen er et bogformat). Alt sammen noget der tager tid, og som tager mere tid, end man lige regner med. Men onsdag d. 27. maj kom afhandlingen afsted til Aalborg Universitet. Nu er det så bare at vente, til der kommer svar fra bedømmelsesudvalget, om afhandlingen skal revideres, eller om den godkendes, og forsvaret kan finde sted. Heldigvis er der en masse at give sig til i mellemtiden, når man starter på et nyt arbejde.

Den nye stilling i en ny kontekst

Tilbage i januar var jeg til en helt utroligt god jobsamtale og var så privilegeret at få tilbudt stillingen som post doc i klinisk sygepleje efterfølgende. Stillingen er i Klinik Medicin og Akut på Aalborg Universitetshospital, hvor jeg sammen med en anden post doc i klinisk sygepleje skal samarbejde med de kliniske afdelinger om udviklingen af sygeplejen – og mange andre ting. Klinik Medicin og Akut dækker over de medicinske og akutte specialer på sygehuset, hvilket betyder at det er en klinik med ca. 1200 ansatte og for mig mange nye afdelinger og specialer. Klinikken ligger på flere matrikler her i Region Nordjylland, og der vil derfor blive samarbejde med afdelinger i både Hobro, Thisted, Farsø og Hjørring. Derudover har jeg og mine post doc kolleger tæt samarbejde med Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje, hvor vi har vores forskningsmæssige reference til. Min opstart i stillingen her har også betydet et farvel til psykiatrien som min arbejdsplads. Det betyder dog ikke et farvel til psykiatrien som forskningsfelt, da der også i konteksterne omkring Klinik Medicin og Akut findes mange situationer og problemstillinger, der omhandler mennesker med psykiatriske lidelser, eller mennesker som oplever psykiske reaktioner i forbindelse med somatisk sygdom. Det glæder jeg mig til at udforske!

Jeg er trådt ind i en ny verden, som i løbet af mine første dage har efterladt et enormt positivt indtryk. Jeg glæder mig meget til de nye samarbejdsmuligheder og til at arbejde med forskning og udvikling, som udspringer af de problemstillinger, der er ude i afdelingerne. Det er en gave og et kæmpe privilegie at kunne træde ind i sådan en stilling, og jeg har store forventninger til fremtiden.

Dette indlæg i *Klummen* bliver et af de sidste. Jeg vil naturligvis følge jer hele vejen 'ud på den anden side' og vil derfor også vende tilbage med et indlæg, der handler om forsvaret.

Venlig hilsen
Birgitte Lerbæk
Ph.d. studerende
Klinik Psykiatri Syd, Aalborg Universitetshospital
Klinisk Institut, Aalborg Universitet

'Klummen' beskriver mit ph.d.-forløb fra start til slut. Projektet forløber fra maj 2016 til maj 2020. Kommentarer og spørgsmål er velkomne på: birgitte.lerbaek@rn.dk



Bog anmeldelse

Kulturmøder i sygeplejen

Forfattere: Ben Farid Røjgaard Nielsen og Helen Liesl Krag. Samfundslitteratur. 1. udgave, 2020

Anmeldt af: Nausheen Christoffersen, Adjunkt, Cand.cur., Professionshøjskolen Absalon, Sygeplejerskeuddannelsen, Slagelse, Center for Sygepleje.

Bogen "Kulturmøder i sygeplejen" er en del af bogserien "Kort og godt om sygepleje", som omfatter en række korte introduktioner til relevante temaer inden for sygeplejerskeuddannelserne herunder sygepleje, sygdom og sundhed. Bogen erstatter således ikke den traditionelle lærebog men tilbyder et lettilgængeligt overblik og en fokuseret fremstilling af et mere afgrænset emne, som fremhæves i uddannelsernes bekendtgørelse. Denne bog er relevant for studerende og undervisere på sygeplejerskeuddannelserne samt sundhedsprofessionelle, der vejleder og underviser studerende inden for sundhedsprofessioner.

Bogen er skrevet af Ben Farid Røjgaard Nielsen og Helen Liesl Krag. Ben Farid Røjgaard Nielsen er lektor. cand. cur. og er opvokset i København med en marokkansk far og en dansk mor. Til daglig underviser han på en sygeplejerskole. Helen Liesl Krag er født som flygtningebarn i England og uddannet cand.mag. i russisk og sprogpsykologi, ph.d. i minoritetsforskning og har bl.a. været med til at opstarte faget minoritetsstudier på KU. Begge forfattere har således både faglig indsigt og en personlig baggrund i forhold til at tilvejebringe viden inden for dette felt.

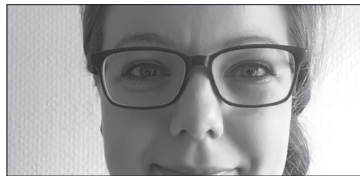
Bogen er inddelt i to dele. Den første del af bogen (kap. 1-4) er en generel indføring i kulturmøder. I den anden del af bogen (kap. 5 og 6) bliver der givet specifikke eksempler på kulturmøder i somatikken (diabetes) og psykiatrien (transkulturel psykiatri). Hvert af kapitlerne i bogen har to temaer som omdrejningspunkt, og efter hvert tema er der en opsamling. Hvert kapitel rundes af med sygeplejefaglige perspektiver og studierelevante spørgsmål. Herudover har bogen et afsluttende kapitel (kap. 7), som opsummerer alle bogens kapitler, og som ydermere rummer modellen "SUND", som er et huskeredskab til sunde og vellykkede kulturmøder i sygeplejen. Bogen er derfor ikke en opskrift eller færdig løsning på, hvordan man opnår vellykkede kulturmøder i sygeplejen, men har til formål at vise nogle af de mange veje, der kan føre til let og lige adgang til sundhedsvæsenet for alle patienter.

Bestyrelsen



Formand

Annesofie Lunde Jensen, *RN, ph.d*
Klinisk sygeplejespecialist
Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA
Aarhus Universitets Hospital
annesjen@rm.dk



Næstformand og webansvarlig

Ph.d.- studerende, Cand.Cur.
Sygepleje og Sundhed, Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
julieduval@ph.au.dk



Kasserer

Tina Nielsen
Afdelingsleder
Gildhøjhemmet, afdeling D
Brøndby Kommune
tn@jakolex.dk



Bestyrelsesmedlem

Jeanette Rasmussen, *RN, cand. cur.*
Udviklingssygeplejerske
Plejeboliger & Dagcentre
Social & Sundhed, Gentofte Kommune
jera@gentofte.dk



Bestyrelsesmedlem

Lotte Evron, *RN, ph.d.*
Lektor
Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser
Københavns Professionshøjskole
loev@kp.dk



Bestyrelsesmedlem

Laila Twistmann Bay, *RN, cand. scient. san*
Ph.d. studerende
Reumatologisk afdeling
Odense Universitetshospital
laila.t.bay@rsyd.dk

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen på ISSUU.com

