

**SIDE 5**

FAGLIG  
ARTIKEL

En balancering  
mellem liv, sygdom  
og død

**SIDE 11**

FAGLIG  
ARTIKEL

Musik som komplimen-  
terende behandlings-  
metode til indlagte  
patienter med delir

**SIDE 16**

FAGLIG  
ARTIKEL

FORSKER-TRIANGULERING  
– En tilgang til observatio-  
ner i praksis

**SIDE 21**

FAGLIG  
ARTIKEL

Hvilken betydning har ud-  
viklingen af en personcen-  
treret sygepleje på patien-  
ters oplevelse af isolation  
under en indlæggelse?

**SIDE 28**

FAGLIG  
ARTIKEL

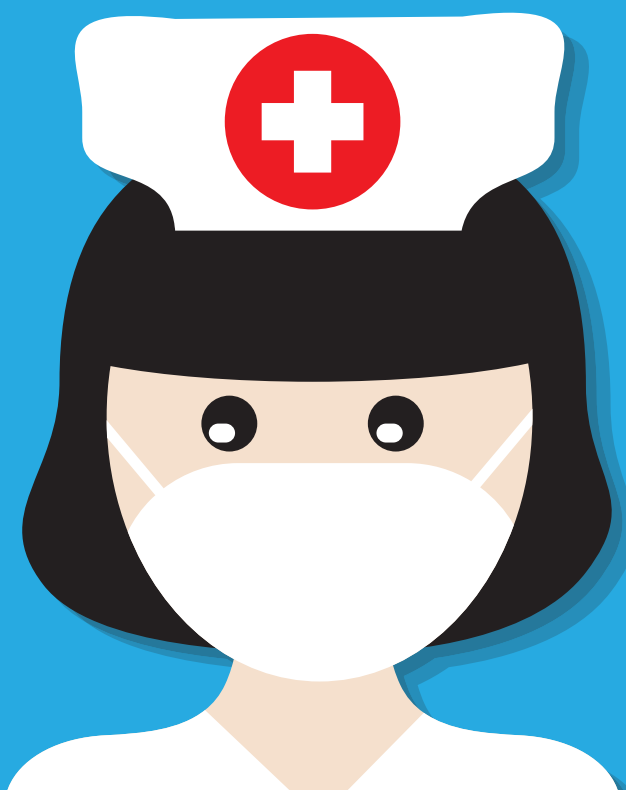
Når livet bliver  
et minde

**03**

**2020**

**SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT**

# forstyrrelsen forstyrrelsen



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



# Fagbladet Forstyrrelsen

## Redaktionsgruppen

### Indholdsfortegnelse

Leder .....	s. 3
Nyt fra Bestyrelse .....	s. 4
Faglig artikel: En balancerende mellem liv, sygdom og død .....	s. 5
Faglig artikel: Musik som komplimenterende behandlings- metode til indlagte patienter med delir .....	s. 11
Faglig artikel: Forsker-triangulering – En tilgang til observationer i praksis .....	s. 16
Stafetten - mød en kollega.....	s. 20
Faglig artikel: Hvilken betydning har udviklingen af en personcentreret sygepleje på patienters oplevelse af isolation under en indlæggelse? .....	s. 21
Faglig artikel: Når livet bliver et minde.....	s. 28
Boganmeldelse .....	s. 30



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  
thtst@regionsjaelland.dk



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



Birgitte Lerbæk, *postdoc i Klinisk Sygepleje  
ved Klinik Medicin og Akut,*  
Aalborg Universitetshospital og  
Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje,  
Aalborg Universitetshospital  
birgitte.lerbæk@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](http://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 annoncerer, 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





## LEDER

# Udvikling med afsæt i den sundhedspolitiske dagsorden

Vi er stolte af at kunne præsentere hele fem artikler i årets sidste nummer af Forstyrrelsen. Artiklerne er relateret til sundhedspolitiske fokusområder som: pårørendeinddragelse, ensomhed i alderdommen, mistroivsel under isolation (særlig relevant for covid-19-tider) og kunst og kultur som sundhedsfremme og behandlingsstøtte (her musik). Artiklerne er eksempler på, hvordan sygeplejersker på tværs i landet arbejder fokuseret med udvikling af den lokale praksis til gavn for patienter og pårørende. Jeg ser også artiklerne som eksempler på, at sygeplejersker er dygtige til at oversætte og implementere sundhedspolitiske indsatsområder til forbedring af praksis.

Birthe Holmegaard og Gitte Bunkenborg beskriver, hvordan efterladte pårørende til patienter med kronisk hjertesvigt oplever patientens sidste leveår i forbindelse med indlæggelse på en hjertemedicinsk afdeling på Holbæk Sygehus. Undersøgelsen viser, at patientens og de pårørendes behov for en palliativ indsats ikke blev identificeret af personalet før i patientens allersidste levedage. Undersøgelsen satte fokus på behovet for en mere familiefokuseret tilgang, hvor håbet er, at personalet kan blive bedre til tidligere identificering af palliative behov.

Camilla Engelstoft Hess sætter fokus på brug af musik som komplimenterende behandlingsmetode til indlagte patienter med delir på Nefrologisk og Endokronologisk afdeling på Nordsjællands Hospital. Med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om non-farmakologiske tiltag til patienter med delir testede afdelingen brug af en musikpude (MusiCure). Resultaterne peger på barrierer, som personalet løste lokalt undervejs, at musikpuden havde en beroligende effekt på størstedelen af patienterne, samt at afdelingen reducerede brug af faste vagter og antipsykotika i testperioden. Musikpuden er allerede nu bredt ud på andre afdelinger på sygehuset og et team arbejder videre med planer om et forskningsprojekt.

Connie Berthelsen og Bibi Hølge-Hazelton viser, hvordan de har arbejdet med forsker-triangulering før, under og efter,

de foretog felt-observationer af kulturen, sygeplejefagligheden og arbejdsmiljøet hos hospitalsansatte sygeplejersker på Sjællands Universitetshospital. Fremgangsmåden på deres forskertriangulering kan fx anvendes til peer-observationer af hinandens praksis med henblik på at etablere læring i ligeværdige relationer og bidrage til udviklingstiltag i klinisk praksis.

Pernille Langkilde og kollegaer præsenterer et udviklingsprojekt om patienters trivsel samt forebyggelse af passiv adfærd, når de er i isolation. Med afsæt i personcentreret sygepleje og "Fundamental of Care" udviklede personalet en ny praksis, som bevirkede, at patienterne fik en tiltagende øget oplevelse af nærvær og kontakt. Ligesom personalets italesættelse af værnemidler under opholdet på isolationsstuen havde en positiv effekt på patienternes trivsel. Succesen blev associeret med plejegruppens evne til faglig refleksion, motivation og ledelsesopbakning.

Martin Mau og Dorthe Nielsen sætter spot på etik og håndtering af ensomhed blandt ældre patienter – og highlighter bestemte grupper, som er særligt sårbare eller udsatte. Deres argument er, at selvom ensomhed ikke er en diagnose, er det nødvendigt at tage professionel hånd om ensomhedsfølelsen og identificere, italesætte og anerkende den ældres oplevelse af ensomhed.

I Stafetten møder du Charlotte Simonj MVU-forskningsleder ved Næstved, Slagelse og Ringsted sygehus med mere. Til sidst har vi tre spændende boganmeldelser. God læselyst!

**Sommernummeret 2021 har tema om personcentreret praksis. Vi håber mange vil byde ind med artikler – deadline for indsendelse af bidrag er 1.6.2021**



**Af: Annesofie Lunde Jensen,**

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



# Nyt fra bestyrelsen

# Sund?



Sund sjæl, sundt slik, sund ledelse, sund kommunikation og sund adfærd. At noget er sundt betyder som regel, at det er godt. Det har altså en positiv betydning. I den senere tid (vel snart det sidste år) er vores definition af sund adfærd i den grad blevet udsat for redefinering i flere forskellige sammenhæng.

Det er vel stadigvæk sundt at knuse? Fysisk kontakt gør noget ved os, og vi har brug for det. Men nej i øjeblikket kan man ikke argumentere for at det er sundt at knuse – I hvert fald ikke i de fleste sammenhænge og kun med de af vores nærmeste.

Men superoptimisten siger vel at "Intet er så skidt, at det ikke er godt for noget". Personligt er man fri for at tænke over om man "er på knus" med lige netop den person. Arbejds-mæssigt udfordrer den manglende mulighed for fysisk kontakt os. Her tænker jeg på om vi må mødes fysisk. Udfordringen er at planlægge og dermed gennemfører

møder, hvor mødet er i fokus og ikke om det foregår fysisk eller virtuel.

Det betydningsfulde er om mødet er værdiskabende og ja om det dermed også bliver sundt. I det faglige selskab er et af vores formål "at skabe mulighed for deling af forsknings- og udviklingsaktiviteter, herunder implementering og anvendelse af ny viden i praksis". Landskonferencen, masterclass og seminarer, samt ikke mindst dette blad, er et af midlerne til at udleve dette formål. Derfor håber vi, at I i fremtiden vil være med til at prøve de nye mødeformer. De virtuelle fx i form af hybridseminarer og en landskonference, hvor vi åbner op for virtuel deltagelse. Så kan vi sammen blive ved med at være et inspirerende og udviklende netværk for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning. Selvom den fysiske berøring (kontakt) er livsnødvendig, så kan den virtuelle kan også være med til at bidrage til vores sundhed og humør.

## Generalforsamling

Vi holdt for første gang generalforsamling (29.6.20), hvor det var muligt for medlemmerne at deltage virtuelt. Der var tre deltagere med virtuelt. Vi oplevede, at fremtidige generalforsamlinger sagtens kan være en kombination af fysisk og virtuelt møde. Der blev stillet spørgsmål både i rummet og virtuelt, så det var en aktiv forsamling. Valget til bestyrelsen foregik med en ny fremgangsmåde, da det blev afholdt elektronisk. En uge inden generalforsamlingen modtog alle medlemmer en elektronisk stemmeseddel. Medlemmerne afgav deres stemme inden generalforsamlingen. Der var 88, som stemte. Tak for det.

**TAK** Der skal lyde en stor tak til Anni Nørregaard. Anni har efter mange års tro tjeneste valgt at træde ud af bestyrelsen. Anni har været et afholdt bestyrelsesmedlem, som har ydet en kæmpe indsats.

### Den nye bestyrelse består nu af:

Annesofie Lunde Jensen (Formand)  
Julie Duval Jensen (Næstformand)  
Tina Nielsen (Kasserer)  
Jeanette Rasmussen  
Lotte Evron  
Laila Twisttmann Bay  
Carrinna Hansen  
Gitte Susanne Rasmussen (suppleant)  
Tina Riekehr Bjerre (suppleant)  
Kim Jørgensen blev valgt ind, men trak sig igen kort efter.





**Af: Birthe Holmegaard, sygeplejerske, cand. cur, Holbæk Sygehus, Region Sjælland**

**Gitte Bunkenborg, intensiv sygeplejerske, Ph.d., Lektor i klinisk sygepleje, Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet og Forskningsleder for MVU-området, Holbæk Sygehus, Region Sjælland.**

## Faglig artikel

# En balancerings mellem liv, sygdom og død

### Resumé

Artiklen beskriver, hvordan efterladte pårørende til patienter med kronisk hjertesvigt oplevede patientens sidste leveår. Et kvalitativt studie med to individuelle interviews og et interview med tre deltagere blev gennemført 3-10 måneder efter patientens død. Dataanalyse var inspireret af Graneheim og Lundmans tilgang til kvalitativ indholdsanalyse og identificerede teamet "En balancerings mellem liv, sygdom og død", som beskriver den røde tråd i pårørendes oplevelser af patientens sidste leveår. Temaet omfatter seks kategorier, hvori pårørendes egne og patientens behov for en palliativ indsats kommer til udtryk, samt pårørendes oplevelse af, hvordan behovene blev imødekommet af de sundhedsprofessionelle. Kategorierne er: "hjertesvigt og livskvalitet", "pårørendes egen livskvalitet", "mødet med sundhedsvæsenet", "tilknytning og relationer", "afslutning på livet" og "støtte i sygdomsforløbet og efter dødsfaldet". Efterladte pårørende oplevede, at det sidste år, inden patienten døde, var en evig balancerings mellem liv og sygdom, og at de og patienten havde haft behov for en palliativ indsats for at mindske oplevelsen af forringet livskvalitet. Patientens og de pårørendes behov for en palliativ indsats blev ikke identificeret af de sundhedsprofessionelle før i patientens allersidste levedage. Resultaterne taler for en familiefokuseret tilgang til patienter med kronisk hjertesvigt og deres nære pårørende ved en tidligere identificering af palliative behov. Dette inkluderer en sundhedsprofessionel opmærksomhed på, hvilke individuelle behov for hjælp og støtte, som både patienten og pårørende har i forbindelse med at det konstateres, at patienten lider af kronisk hjertesvigt, og i forbindelse med sygdomsforværring, ved indlæggelser, og når døden indtræffer samt for de pårørende i tiden som efterladte.

**Nøgleord:** Efterladte pårørendes oplevelser, kronisk hjertesvigt, palliation, kvalitativ forskning

### Indledning

Nationale og internationale undersøgelser har vist, at patienter med hjertesvigt og deres pårørende ikke har adgang til en adækvat palliativ indsats (1,2). Ifølge Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og Sundhedsstyrelsen skal en palliativ indsats være tilgængelig for alle mennesker, der lider af en livstruende sygdom (3,4). Palliativ indsats til patienter med non-malign livstruende sygdom, som fx kronisk hjertesvigt, og til deres pårørende, er først de seneste år blevet et fokusområde i Danmark (4). I praksis er en palliativ indsats ofte forbeholdt kræftpatienter i det sidste stadie af sygdomsforløbet. Kronisk hjertesvigt er en tilstand med symptomer som dyspnø, træthed, væskere-tention, objektive tegn på kardial dysfunktion i hvile og ofte abnorm ekkokardiografi (5). Det betyder, at hjertesvigt ikke er en specifik sygdom, men et syndrom bestående af flere faktorer. Kronisk hjertesvigt er slutstadiet for de fleste hjertesygdomme og er en livstruende sygdom med en dødelighed på linje med mange af de alvorligste kræftsygdomme (6). En nyere dansk undersøgelse har vist, at en del patienter med hjertesvigt har palliative behov allerede et år efter, at de havde fået diagnosen (1). Patienter med hjertesvigt oplever mange symptomer og hyppige indlæggelser, som giver anledning til stor bekymring og reduceret livskvalitet, også for de pårørende (5,6,7). Pårørende til en person med hjertesvigt føler ofte usikkerhed forbundet med fremtiden og med udsigten til at miste en nærtstående (7). I dag lever den danske befolkning længere, og det forventes, at antallet af ældre medborgere i Danmark, der diagnosticeres med og dør af hjertesvigt, vil stige, og

dermed er behovet for palliativ indsats til patienter med hjertesvigt også stigende.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats tager udgangspunkt i WHO's definition af palliation (3,4). Formålet med den palliative indsats er at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som rammes af livstruende sygdom. Målet er at forebygge og lindre patientens og de pårørende lidelser, uanset om lidelsen er af fysisk, psykisk, social eller eksistentielt/ åndelig art. Identifikation og vurdering af patientens og familiens behov for en palliativ indsats skal ske rettidigt, gerne på diagnostidspunktet, og ved forværring af sygdomsforløbet (4). Den basale palliative indsats omfatter den generelle indsats på sygehuse, i kommuner og almen praksis målrettet patientens og pårørende mangeartede behov ved en livstruende sygdom. Dansk Cardiologisk Selskab (DCS) anerkender betydningen af palliation ved fremskreden hjertesygdom og anerkender, at der er behov for at have fokus på organiseringen af den palliative indsats rettet mod hjertepatienter og deres pårørende (8). Der er imidlertid begrænset forskningsbaseret viden om patienter med hjertesvigt og deres palliative behov og om, hvordan de imødekommes i sundhedsvæsenet i dag. Der mangler desuden viden om, hvilke behov for hjælp og støtte pårørende til personer med hjertesvigt har (6,8,9). Denne viden er vigtigt for at kunne optimere den palliative indsats til patienter med hjertesvigt og øge støtten til deres pårørende og dermed fremme livskvaliteten for begge parter i patientens sidste leveår.

Artiklen er baseret på et mindre kvalitativt studie, hvor det overordnede formål var at undersøge, hvordan efterladte pårørende til patienter med kronisk hjertesvigt havde oplevet patientens sidste leveår. Et delformål var at belyse pårørendes oplevelser af egne og patientens behov for en palliativ indsats i patientens sidste leveår, samt hvordan behovene var blevet imødekommet af de sundhedsprofessionelle.

## Metode

Et kvalitativt interviewstudie blev gennemført og data analyseret med brug af indholdsanalyse. Rekruttering af efterladte pårørende startede medio 2016 fra hjertemedicinsk afdeling, Holbæk Sygehus. Planen var, at efter dødsfald på afdelingen skulle den sygeplejerske, der havde haft ansvar for patienten, spørge de pårørende om tilladelse til at blive ringet op ca. 14 dage efter dødsfaldet for at modtage information om undersøgelsen. Det skulle understreges, at de nu og her ikke skulle tage stilling til at deltage. Der var flere udfordringer ved rekrutteringsmetoden. Der var færre terminale hjertesvigtspatienter end forventet, idet flere patienter blev udskrevet og døde hjemme. Enkelte pårørende magtede ikke at give tilladelse til at blive kontaktet telefonisk 14 dage efter dødsfaldet. Sygeplejersker overså i flere tilfælde at indhente tilladelse til at kontakte pårørende på grund af travlhed, eller fordi de fandt det svært at spørge om opringning, inden de pårørende forlod afdelingen. Det lykkedes at henvende sig til tre pårørende, som gav tilladelse til at blive kontaktet telefonisk. Alle var interesserede i at deltage efter at have modtaget mundtlig og skriftlig information fra førsteforfatter, og de gav skriftligt samtykke til deltagelse. En pårørende ville have sine to voksne børn med til interviewet, og de blev informeret og gav skriftligt samtykke til deltagelse. Deltagerne var ikke kendt af før-

steforfatter inden undersøgelsens start. Af økonomiske årsager var det ikke muligt at forlænge undersøgelsesperioden, og derfor blev rekruttering af deltagere indstillet med udgangen af februar 2017.

To individuelle interviews og et interview med tre deltagere blev gennemført 3-10 måneder efter patientens død i slut 2016 og i start 2017. Deltagerne var to hustruer, to døtre og en søn med en gennemsnitsalder på 46 år (fra 28 til 62 år). Ét interview fandt sted i deltagerens eget hjem, og to interview på et kontor på sygehuset efter deltagerens ønske. Interviewene varede mellem 50 og 90 minutter. Interviewene blev gennemført af førsteforfatter. Afdøde patienter var to mænd og en kvinde, med en gennemsnitsalder på 78 år (fra 74 til 84 år) på dødstidspunktet. Alle tre patienter havde været tilknyttet hjertesvigtklinikken og havde været indlagt flere gange på hjertemedicinsk afsnit inden for deres sidste leveår.

Dataanalysemetode var inspireret af Graneheim og Lundmans tilgang til kvalitativ indholdsanalyse (10,11). Via analysen blev det manifeste indhold (hvad siger teksten) og det latente indhold (hvad teksten taler om) analyseret. Først blev interviewene transskriberet ordret og læst igennem for at få en helhedsforståelse af indholdet. Herefter blev teksten opdelt i meningsenheder (tekststykker), som derefter blev kondenseret (kerneindholdet) og tildelt tekstnære koder af førsteforfatter og medforfatter uafhængigt af hinanden. Herefter gennemgik begge forfattere koder for at drøfte ligheder og forskelle, indtil de var enige om kodningen. Koderne blev samlet under subkategorier og disse ledte frem til identificering af kategorier og et tema. Overstående foregik ligeledes af de to forfattere hver for sig, og fundene blev siden gennemgået i fællesskab for at drøfte ligheder og forskelle, til der var enighed om subkategorier, kategorier samt tema.

## Resultater

Via analysen fremkom temaet "En balancering mellem liv, sygdom og død", som beskriver den røde tråd i pårørendes oplevelser af patientens sidste leveår. Temaet omfatter seks kategorier "hjertesvigt og livskvalitet", "pårørendes egen livskvalitet", "mødet med sundhedsvæsenet", "tilknytning og relationer", "afslutning på livet" og "støtte i sygdomsforløbet og efter dødsfaldet", hvori pårørendes oplevelser af egne og patientens behov for en palliativ indsats kommer til udtryk, samt hvordan pårørende oplevede, at behovene var blevet imødekommet af de sundhedsprofessionelle. Patienten er i citaterne anonymiseret ved NN og pårørende benævnt P. Resultaterne af analysen med tema og kategorier uddybes nedenfor.

### En balancering mellem liv og sygdom og død

Pårørende til mennesker, der lider af kronisk hjertesvigt, oplevede, at det sidste år, inden patienten døde, var en evig balancering mellem liv, sygdom og død. Nogle pårørende forsøgte at lære at leve med, at døden var nær, og de valgte bevidst at leve som før. Andre fandt det svært at være i en så krævende livssituation og at skulle leve med sygdommen så tæt inde på livet. De fandt det svært at skulle passe den syge og være bindeled til sundhedsvæsenet og samtidigt passe job og egne børn. Frygten for patientens kommende død var til stede hele tiden hos de pårørende, især ved de uforudsigelige forværringer af hjertesvigt og

genindlæggelser på sygehus. Enkelte pårørende talte med patienten om døden, andre oplevede, at døden var svær at tale om både med patienten selv og med de øvrige pårørende i familien.

### Hjertesvigt og livskvalitet

Pårørende oplevede, at patienterne havde haft problemer af både fysisk, psykisk, social og eksistentiel karakter som følge af at have hjertesvigt. Det var pårørendes indtryk, at problemerne havde indflydelse på patienternes livskvalitet i det sidste leveår. Hverdagslivet havde ændret sig i retning af, at den syge havde mindre fysisk overskud, blev mere træt, og der optrådte bivirkninger af medicinen, som fik appetitten til at forsvinde. Samtidig med tiltagende væskeophobning i kroppen, fik den syge åndenød og vægtøgning trods begrænset væskeindtagelse. Pårørende oplevede, at når der opstod symptomer på forværring af hjertesvigt, førte det ofte til indlæggelser på sygehuset. Nogle pårørende oplevede, at patienten ikke kunne se lyspunkter i hverdagen på grund af forværringer af symptomer på hjertesvigt, og til sidst måtte han/hun prioritere kræfterne til at have overskud til de gode øjeblikke med de nærmeste. Andre pårørende oplevede, at patienten havde haft mod på livet trods problemer med hjertesvigt, og at det virkede, som om han eller hun fandt støtte og tryk hos de nærmeste familiemedlemmer, således at det sociale liv fortsatte næsten uændret. I samtalen om eksistentielle problemer gav enkelte pårørende udtryk for, at de og patienten havde haft brug for at dele livets positive oplevelser, så som glæden over børn, børnebørn og ferieoplevelser frem for at hele tiden at fokusere på de negative ting som sygdom og frygt for en kommende død. De havde i fællesskab fundet en hverdag, som havde det været en lidt anderledes hverdag med medicinsk behandling af sygdommens symptomer, men havde valgt at leve deres liv som før, og begge parter havde fundet ro i denne beslutning.

### Pårørendes egen livskvalitet

I tiden efter at diagnosen var stillet, og situationens alvor var gået op for de pårørende, gjorde de sig mange tanker om livet. De vidste, at patienten ville dø af sin hjertesvigt, men ikke hvornår det ville ske, og hvordan de ville komme igennem det og tiden bagefter. Alle disse tanker havde fyldt meget i de pårørendes hverdag, og de håndterede deres egen hverdag som nære pårørende til en patient med hjertesvigt på forskellige måder. For nogle havde det været nødvendigt mentalt "at pakke patientens sygdom lidt ned" for at få en hverdag til at fungere, for på den måde var det muligt at leve med sygdommen tæt inde på livet. Samtidig begyndte pårørende at forberede sig på, at der ville komme en tid, hvor alting ville blive anderledes. Nogle pårørende havde været klar over, at patienten ville dø inden for en overskuelig fremtid, og at det ikke kunne ændre på det faktum.

*"Jeg lærte at leve med det, det er ikke et udtryk for, at man er ligeglad. Jeg forholdt mig til, at sådan var det, og jeg kunne ikke rigtig gøre fra eller til. Vidste det ville gå den vej, og ved at pakke det ned, tog jeg toppen af bekymringen og fik min hverdag til at fungere" (P5).*

For andre pårørende havde det været meget svært at være i sygdomsforløbet og leve med de pludselige forværringer i patientens sygdom og indlæggelser på sygehuset.

*"Frygten havde bare været der i så mange år, det havde været så hårdt. Jeg kunne ikke se på min telefon uden at tænke, hvad er der nu galt. Det var et hårdt pres at være pårørende, og hele tiden den uvished, det kørte op og ned hele tiden" (P4).*

For pårørende havde det været rart at kunne hjælpe og støtte den syge, men det havde også været hårdt både fysisk og psykisk. Det havde været krævende at skulle hjælpe med praktisk og personlig pleje, handle ind og holde styr på medicinen samt aftaler med den kommunale hjemmepleje, egen læge og hospitalet. Nogle gange havde det været for meget for den pårørende, og set i bakspejlet kunne pårørende have haft brug for at sige fra og blive aflastet.

*"Det har tæret både fysisk og psykisk at skulle stå på pinde hele tiden, og du sprang op, når der bare var en lille ting, ringede NN, du må komme.... Man kan ikke altid smide hvad man har i hænderne" (P2).*

På den anden side beskrev en pårørende, at de havde løbende fået tilbud om hjælp og støtte fra den kommunale hjemmepleje under patientens sygdomsforløb. Dog havde den pårørende selv valgt at lytte til patientens ønsker og at være den, der hjalp patienten med den praktiske og personlige pleje, da patienten havde det bedst med det. Pårørende havde oplevet, at de måtte bruge den tid, som det nu tog, hvilket som ofte var hele dagen.

### Mødet med sundhedsvæsenet

Pårørende havde forskellige oplevelser af mødet med sundhedsvæsenet. Nogle gav udtryk for frustrationer over manglende kontinuitet og kvalitet i overgangene mellem sygehus og hjemmepleje, mens andre beskrev oplevelsen af mangel på sammenhæng i forbindelse med, at patienten blev udredt for hjertesvigt og henvist til flere hospitaler indenfor en region, både i offentligt og privat regi.

*"Vi skal nok sende papirerne, blev der sagt, men så måtte jeg hver gang have fat i dem. Har I fået papirerne? Nej, fat i de andre igen, de skulle være sendt, det var ikke kun en gang, men hver gang" (P1).*

Pårørende beskrev, at de konstant havde måtte følge op på henvisninger og aftaler, som krævede, at de havde både overskud og kræfter til det. En pårørende gav udtryk for, at de havde oplevet situationen sådan, at hvis de ikke havde haft løbende kontakt til sygehuspersonalet og presset på for indkaldelser, så var patienten ikke kommet i rettidig medicinsk behandling og hans eller hendes levetid var blevet mindsket.

I løbet af den tid, hvor patienten var i medicinsk behandling og tilknyttet en specialafdeling oplevede nogle pårørende en uenighed hos lægerne omkring den medicinske behandling af sygdommen og lindring af patientens symptomer. Det betød for de pårørende, at de mistede tilliden til lægerne, og gjorde sig særligt gældende i patientens sidste år leveår.

*"Forskellige læger, der har hver deres tilgang til medicinen, det virker usikkert og frustrerende" (P3).*

For en pårørende havde det været af stor betydning af få klar besked om de medicinske behandlingsmuligheder for patientens hjertesvigt. Når de havde modtaget klar besked, havde det givet både patienten og de pårørendes mulighed for at planlægge den tid, de måtte have sammen og dermed mulighed for at få det bedste ud af tiden.

*"Lægen sagde, der havde været en blodprop i hjertet tidligere, og at han var ked af at være en sådan lyseslukker. Han sagde, at den eneste mulighed var medicinsk behandling, og det var vanskeligt. Vi gik hjem og tudede, snakkede, og vi var enige om, at uanset hvor slemt det end var, så ville vi have det bedste ud af" (P1).*

Andre pårørende havde savnet at få en klar besked om de medicinske behandlingsmuligheder tidligere i patientens sygdomsforløb. En klar besked havde, set fra de pårørendes perspektiv, været lettere for både patienten og de pårørende selv at forholde sig til, fremfor at få viden om de begrænsede behandlingsmuligheder til allersidst i patientens levetid.

### **Tilknytning og relationer**

Pårørende havde oplevet, at det for patienten og for den pårørende selv havde været en stor trykthed at have en fast tilknytning til en hjertesyggeplejerske i hjertesvigt-klinikken, som kendte patientens sygdomsforløb og de nære pårørende. Det havde været en stor hjælp og støtte, at pårørende kunne kontakte hjertesyggeplejersken telefonisk ved forværring af symptomer, og i et samarbejde med hjertesyggeplejersken havde de kunnet regulere medicinen, uden at patienten skulle indlægges. De pårørende havde haft rollen af at være et bindeled mellem patient og hjertesvigt-klinikken. Pårørende udtrykte klart, at en fast tilknytning til en hjertesyggeplejerske havde medvirket til at skabe en sammenhæng i patientens sygdomsforløb, hvilket de havde savnet tidligere i mødet med sundhedsvæsenet.

*"Det gode var, at vi havde den faste tilknytning til hjertesyggeplejersken. NN har ikke haft de ture ind og ud af hospitalet, som mange patienter med hjertesvigt har. Jeg tror også, det hang sammen med, at vi havde dette samarbejde med hjertesyggeplejersken, fordi når jeg ligesom observerede forandring, sagde jeg til hjertesyggeplejersken, at NN har lidt vand i kroppen. Så fik hjertesyggeplejersken aftalt en tid, hvor NN fik scannet hjertet, på den måde tror jeg, vi har undgået nogle indlæggelser" (P1).*

Pårørende havde en stor indsigt i og viden om patientens medicinske behandling samt bivirkninger af medicinen, og hvordan bivirkningerne kunne påvirke patientens hverdag. En pårørende oplevede, at rollen havde været andet og mere end at være bindeled mellem patient og hjertesvigt-klinikken. De havde også haft opgaven af at være den, der sagde fra overfor tidligere forsøgt medicinsk behandling af symptomer, som havde givet patienten bivirkninger. Flere pårørende udtrykte, at de havde haft et godt samarbejde med sygeplejerspersonalet under patientens gentagne indlæggelser, og her fremhævede de vigtigheden af, at patienten kendte sygeplejerspersonalet godt, og at der var

en god relation imellem dem. Andre pårørende anerkendte også, at sygeplejerspersonalet tog initiativ til en samtale om muligheden for hospice, fordi de var overbeviste om, at på hospice kunne man bedre lindre patientens symptomer, og personalet der havde mere tid til patienten, end de havde på sygehuset. For andre havde det været mere vigtigt, at patienten fik tilbuddet om en åben indlæggelse end hospice, idet patienten kendte og havde en god relation til sygeplejerspersonalet.

I tiden lige inden patientens død havde pårørende oplevet omsorgsfuld tilstedeværelse og opmærksomhed fra sygeplejersker og læger rettet imod patienten og de pårørende. Faktisk oplevede nogle pårørende, at der havde været en større opmærksomhed omkring at lindre patientens symptomer den sidste tid, end der havde været ved tidligere indlæggelser.

### **Afslutning på livet**

For pårørende havde det været af stor betydning, at patienten havde været i stand til at sige farvel til sine nærmeste, at de kunne være sammen til det sidste, samt at patienten kunne dø på en fin og værdig måde. En pårørende var taknemmelige over, at de sundhedsprofessionelle i patientens akutte forværring af sygdommen, havde stabiliseret patienten medicinsk i sådan grad, at patienten havde været frisk nok til at sige farvel til sin nærmeste familie.

*"NN var så frisk at han sad oppe og fortalte historier. Jeg er taknemmelig for, at de behandlede NN så meget, at han var frisk nok til at sige farvel til alle" (P1).*

For andre pårørende havde det været svært at deltage i samtale med de sundhedsprofessionelle, når der skulle tages en beslutning om at gå fra aktiv behandling til lindrende behandling af patientens sygdom, når patienten selv ikke var i stand til at deltage i samtalen. Pårørende vidste, at patienten stadig havde lyst til livet trods sygdom, men kroppen sagde fra.

*"Det var en svær beslutning, vi vidste godt at NN skulle dø. Lægen sagde, at han/hun ville have taget den samme beslutning, hvis det havde været hans/hendes mor. Det hjalp lidt, men det er værre, når man kender personen, og der kommer følelser med ind over end at være fagfolk, som står og kikker på" (P2).*

### **Støtte i sygdomsforløbet og efter dødsfald**

Nogle pårørende efterlyste et tilbud om hjælp og støtte til dem selv. Et tilbud, som de havde kendskab til, blev givet til pårørende til kræftsyge patienter. De kunne især have ønsket sig støtte til at tackle usikkerheden, som de havde følt i forbindelse med de pludselige forværringer af patientens sygdom og de mange indlæggelser på sygehuset og den psykiske belastning, som oplevelserne havde medført for dem.

*"Jeg kunne ønske at have haft et sted, hvor man kunne komme hen og snakke med andre i samme situation, ligesom kræftramte og deres pårørende bliver tilbudt. Vi kunne have talt om den frygtelige usikkerhed med det hele og med gentagne indlæggelse og den hårde psykiske belastning det var" (P4).*



Nogle pårørende havde opsøgt afdelingen for at sige tak for den omsorg, pleje og behandling, som patienten og de selv havde modtaget i patientens allersidste levetid. For pårørende havde det været godt at tale med sygeplejepersonalet igen, og det havde været rart, at sygeplejepersonalet havde spurgt ind til, hvordan de som pårørende havde det nu. En pårørende erkendte under interviewet, at de havde haft et behov for at tale med en af de sundhedsprofessionelle, enten læge eller sygeplejerske, om de beslutninger, der blev taget i patientens allersidste levetid, havde været de rigtige, og hvordan de selv havde haft det efter dødsfaldet.

## Diskussion

Temaet "Balancering mellem liv, sygdom og død" illustrerer, hvor komplekst det opleves at være nær pårørende til patienter med kronisk hjertesvigt, især i patientens sidste leveår. Den oplevelse, det for pårørendes havde været at skulle balancere i en uforudsigelig hverdag og fokusere på ting i livet, som gør det værd at leve trods sygdom, og samtidig håndtere sygdomsforværring og viden om, at døden var nær, havde påvirket dem følelsesmæssigt. Dette er i lighed med fund fra andre studier af pårørendes oplevelser af at være nær pårørende til et menneske med kronisk hjertesvigt. Christopher Imes og kollegaer fandt, at for pårørende til mennesker med hjertesvigt, havde det været følelsesmæssigt svært at styre og håndtere den syges symptomer, selve sygdomsforløbet, varigheden heraf og den kommende død (12). Donna Fritzimons og kollegaer fandt, at nuværende og efterladte nære pårørende, til personer med kronisk hjertesvigt, oplevede situationen som "En fysisk og følelsesmæssig rutsjebane" i forhold til dårlig kommunikation i mødet med sundhedsvæsenet, manglende sundhedsservice kombineret med at skulle de leve med usikkerheden omkring personens uforudsigeligt sygdomsforløb (13). Jaqueline Jones og kollegaer identificerede i deres studie, at patienter med hjertesvigt og deres pårørende oplevede fire forskellige overgange i sygdomsforløbet. Det første var at håndtere chokket over at få diagnosen hjertesvigt; for det andet at lære at leve med hjertesvigt; for det tredje at nytænke og tage kontrol over sit liv igen og til sidst at acceptere, at døden er uundgåelig. Bekymring for fremtiden var hovedsagelig relateret til overgangene (14). Resultaterne taler for en familiefokuseret sygepleje til patienter med kroniske hjertesvigt og deres nære pårørende, som er målrettet tidlig identificering af palliative behov. Familiefokuseret sygepleje ser familien som en enhed og et system, der består af individer, og en gruppe, hvor man indbyrdes påvirker hinanden og bygger på bl.a. ligeværdig relations dannelse, ressourcetænkning og systematisk kommunikation (15). Familiefokuseret sygepleje praktiseres i hjertesvigtklinikker, enkelte hjertemedicinske afdelinger og familiefokuseret sygeplejeforskning finder sted i Danmark (16).

Der er behov for en palliativ indsats tidligere i et sygdomsforløb med kronisk hjertesvigt for at kunne fremme livskvaliteten hos patienten og deres nære pårørende. Det kræver, at der sker en tidlig identificering og vurdering af patientens og pårørendes palliative behov. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunale sundhedstilbud, almen praksis

og sygehuse arbejder systematisk med redskaber som SPICT (Supportive & Palliativ Care Indicators), der kan understøtte en tidlig og rettidig identifikation patienter med basale palliative behov (4). Erfaringer med brug af redskabet SPICT indenfor sundhedsvæsenet i Danmark er efter vores viden sparsom, og der ligger et større udviklings- og forskningsarbejde foran os her. En mindre svensk undersøgelse har vist, at sundhedsprofessionelle kan tolke SPICT på forskellige måder. Derfor er det vigtigt, at uddanne alle grupper af sundhedsprofessionelle, så de har den samme viden om formålet med brug af redskabet, og ved hvad de skal gøre, når de har identificeret en patient med basale palliative behov (17).

Vi ved også, at forværring i hjertesvigt ikke nødvendigvis opdages i den sidste fase og her mindskes muligheden for at rette fokus på den basale palliative indsats fremfor kun behandling og lade patienter komme ind og ud af hospitalet og i sidste ende dør der (18). Det taler for et fokus på en integrering af basal palliativ behandling og pleje i eksisterende behandling og pleje af patienter med kronisk hjertesvigt, som kan resultere i en betydelig forbedring af livskvaliteten hos patienten og deres nære pårørende, såvel tryghed og værdighed ved livets afslutning.

## Konklusion

Efterladte pårørende oplevede, at det sidste år inden patientens død, var en evig balancering mellem liv, sygdom og død, og at både de og patienten havde haft behov for en palliativ indsats for at formindske oplevelsen af forringet livskvalitet. Patientens eller pårørendes behov for en palliativ indsats blev ikke identificeret af de sundhedsprofessionelle før i patientens allersidste levedage. Resultaterne taler for en familiefokuseret tilgang til patienter med kronisk hjertesvigt og deres nære pårørende ved en tidligere identificering af palliative behov. Dette inkluderer en sundhedsprofessionel opmærksomhed på, hvilke individuelle behov for hjælp og støtte, som både patienten og pårørende har i forbindelse med at patienten får konstateret kronisk hjertesvigt, ved sygdomsforværring og i forbindelse med indlæggelser, døden og i eftertiden som efterladte.

## Litteraturliste

1. Rådgivende Sociologer i samarbejde med Hjerteforeningen. Livet med hjertesvigt. Hjertesvigtpatienters behov og oplevelser i behandlings- og efterforløbet. Rådgivende Sociologer 2014, København.
2. Low J, Pattenden J, Candy B, Beattie JM, Louise, Jones L. (2011). Palliative Care in Advanced Heart Failure: An International Review of the Perspectives of Recipients and Health Professionals on Care Provision. *Journal of Cardiac Failure*, Mar;17(3):231-52. doi: 10.1016/j.cardfail.2010.10.003.
3. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (hentet 12.12.2018).

4. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen 2017, København.
5. Dansk Cardiologisk Selskab (DCV). Kronisk hjertesvigt – DCV-vejledning nr. 5. <https://www.nbv.cardio.dk> (hentet 28.11.2018).
6. Hjerteforeningen. Fakta om hjerte-kar- sygdomme i Danmark. <https://hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/noegletal/>(hentet 28.11.2018).
7. Brännström M, Ekman I, Boman K, Strandberg G. (2007). Being a close relative of a person with severe, chronic heart failure in palliative advanced care – a comfort also a strain. *Scand J Caring Sci. Sep*;21(3):338-44. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00485.x.
8. Dansk Cardiologisk Selskab (DCV). Palliation ved frem-skreden hjertesygdom- et holdningspapir. DCS holdningspapir 2016. Nr.5 [https://www.cardio.dk/media/com\\_reditem/files/customfield/item/6862/DCS%20Holdningspapir%205-16%20\(NY\\_160517\).pdf](https://www.cardio.dk/media/com_reditem/files/customfield/item/6862/DCS%20Holdningspapir%205-16%20(NY_160517).pdf) (hentet 28.11.2018).
9. Gadoud A, Jenkins SM, Hogg KJ (2013). Palliative care for people with heart failure: Summary of current evidence and future direction. *Palliative Medicine*, Oct;27(9):822-8. doi: 10.1177/0269216313494960.
10. Graneheim UH, Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, Feb;24(2):105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
11. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, Sep;56:29-34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002.
12. Imes C.C, Dougherty, CM, Pyper, G, Sullivan, MD. (2011). Descriptive study of partners' experiences of living with severe heart failure. *Heart Lung*, May-Jun;40(3):208-16. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.12.007.
13. Frizimons, D, Doherty LC, Murphy M, Dixon L, Donnelly P, McDonald K, McIlfatrick S. (2019). Inadequate Communication Exacerbates the support Needs of Current and Bereaved Caregivers in Advanced Heart Failure and impedes Share Decisions-making. *Journal of Cardio Vaskular Nursing*, Jan/Feb;34(1):11-19. doi: 10.1097/JCN.0000000000000516.
14. Jones J, Nowels CT, Sudore R, Ahluwalia S, Bekelman DB. (2015). The future as Series of transitions: Qualitative Study of Heart Failure Patients and Their Informal Caregivers. *Journal of General Internal Medicine*, Feb;30(2):176-82. doi: 10.1007/s11606-014-3085-5.
15. Voltelen B, Kjeldsen SB, Mohrdech M. Familien er et system. *Dialog. Fag & Forskning. Sygeplejersken* 2018; 1(4):26-29.
16. Østergård, B, Moris S.A. (2019). Familiefokuserede samtaler til patienter med hjertesvigt og deres pårørende. *Klinisk Sygepleje* 2019; 33 (2): 92-108.
17. Pham L, Arnby M, Benkel I, Dahlqvist Jonsson P, Källstrand J, Molander U, Ziegert K. (2020). Early integration of palliative care: translation, cross-cultural adaptation and content validity of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Swedish healthcare context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences. Sep*;34(3):762-771. doi: 10.1111/scs.12781
18. Madelaire C, Gustafsson F, Kristensen SL, D'Souza M, Stevenson LW, Kober L, Torp-Pedersen C, Gislason G, Schou M. (2019). Burden and Causes of Hospital Admission in Heart Failure During the last Year of life. *JACC Heart Fail. Jul*;7(7):561-570. doi: 10.1016/j.jchf.2019.03.018.



**Af: Camilla Engelstoft Hess, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur. Nefrologisk- og Endokrinologisk Afdeling H0842. Nordsjællands Hospital, Hillerød. E-mail: Engelstofthes@gmail.com**

## Faglig artikel

# Musik som komplimenterende behandlingsmetode til indlagte patienter med delir

### Abstract

På Nefrologisk- og Endokrinologisk Afdeling H0842 opleves det, at mange ældre patienter bliver delirøse under deres hospitalsindlæggelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at tilstanden som udgangspunkt behandles med non-farmakologiske tiltag. I den kliniske praksis ses det dog ofte, at de delirøse tilstande udelukkende behandles med store mængder antipsykotika. For at imødekomme Sundhedsstyrelsens anbefalinger har afdeling H0842 testet musik som komplimenterende behandlingsmetode til de indlagte patienter med delir. Undersøgelsen viste, at musikpuder fra firmaet "MusiCure" havde en beroligende effekt på patienterne, som desuden hurtigere kom ud af deres delirøse tilstand. Yderligere havde afdelingen i perioden et reduceret brug af faste vagter og antipsykotika.

**Nøgleord:** Delir, musikintervention, non-farmakologi, MusiCure.

### Baggrund for projektet

Delir er betegnelsen for en hyppig og alvorlig neuropsykiatrisk komplikation, der forekommer i forbindelse med akut somatisk sygdom og menes at skyldes en inflammatorisk tilstand i hjernen (1). Delir ses oftest hos ældre patienter med kronisk sygdom og demens og rammer i gennemsnit 14-50 % af indlagte patienter over 65 år (2). Manglende søvn, forstyrret døgnrytme, nye omgivelser, lys og lyde kan desuden være delir-udløsende faktorer. Tilstanden varierer over døgnet og forværres ofte i aften- og nattetimerne, hvor patienterne kan blive urolige, forvirrede og sengeflygtige. Tilstanden kan være særdeles lidelsesfuld for patienterne og kan i nogle tilfælde foranledige, at patienterne

agerer aggressivt eller selvskadende (3). Delir er forbundet med betydelig morbiditet, forøget indlæggelsestid samt øget forekomst af alvorlige psykiatriske lidelser i årene efter (4). Desuden peger undersøgelser på, at der er 15-21 % overdødelighed ved delir under hospitalsindlæggelse (5). Det er derfor vigtigt, at vi som sundhedsprofessionelle tidligt opsporer og behandler delir på den mest effektive, men mindst indgribende måde. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man som førstevalg skal behandle delir med non-farmakologiske tiltag (1). Der kan her være tale om tilpasning af sansemæssige stimuli såsom lyde og lys ved eventuelt at skærme patienten. Ligeledes anbefales det at sanseoptimere gennem brug af briller, høreapparater, synlige ure mv. (6). Derudover er det vigtigt med tæt og kontinuerlig personalekontakt med fokus på enkel og direkte kommunikation med få informationer og uden for mange valg, som patienten skal forholde sig til. Yderligere er det nødvendigt med etablering af en naturlig døgnrytme med prioritering af mobilisering og ernæring i dagtimerne samt uforstyrret nattesøvn (6). Opnår man ikke effekt gennem brug af non-farmakologiske tiltag, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man supplerer behandlingen med antipsykotika eller elektrochokbehandling (ECT) (1). Dog peger Sundhedsstyrelsen ligeledes på paradokset i, at kvaliteten af evidensen for behandling med antipsykotika er utrolig lav, hvorimod kvaliteten af evidensen for bivirkninger forbundet med antipsykotika er utrolig høj (1). På trods af dette, viser erfaringer fra den kliniske praksis, at man oftest anvender antipsykotika som den foretrukne behandling af delir. Den antipsykotiske medicin kan i akutte situationer have en beroligende effekt på patienterne, men har ofte ringe eller ingen effekt på selve den delirøse tilstand (7).

Heldigvis tyder det dog på, at der findes andre og mindre indgribende behandlingsmuligheder. Forskning viser nemlig, at musik har en beroligende og angstdæmpende effekt på indlagte patienter (8, 9). Også nationalt har man haft gode erfaringer med at anvende musik til at berolige patienter. I 2019 testede man på Hvidovre Hospital musik som behandling mod delir og fandt, at særligt specialdesignede puder med musik fra firmaet MusiCure havde en beroligende effekt på delirøse patienterne (10).

Som på mange andre medicinske afdelinger oplevede vi også på Nefrologisk- og Endokrinologisk Afdeling H0842 stor forekomst af delir blandt de indlagte patienter. Med baggrund i Hvidovre Hospitals erfaringer, opstod der et ønske om at undersøge effekten af musikpuderne på afdelingen. Det primære formål med undersøgelsen var at erstatte den medicinske behandling af delir med musik. Dette for sekundært at skabe øget tryghed, reducere stress og psykisk sygdom for patienterne og de pårørende. Det var undersøgelsens hypotese, at anvendelsen af musikpuderne ville forebygge og/eller bremse udviklingen af patienternes delirøse tilstand samt reducere afdelingens forbrug af faste vagter og beroligende medicin.

MusiCure er en virksomhed som producerer specialkomponeret musik og film specielt til sundhedssektoren (9). MusiCure har blandt andet udviklet et produkt, de kalder Musikpuder, som er specialdesignede memory foam skumpuder med indbyggede højttalerkabinetter, hvorfra musikken fra MusiCure spilles. Puderne er CE mærkede og registeret som Medicinsk udstyr klasse 1. Flere end 20 videnskabelige artikler omhandler musikkens virkning peger på, at musikken virker beroligende og blandt andet kan medføre en signifikant reduktion af stress, angst og smerter. Dette sker, da musikken får kroppen til at sænke sin produktion af "stresshormonet" cortisol og derimod får produktionen af "kærlighedshormonet" oxytocin til at stige (11).

Boks 1. Information om MusiCure

## Formål

Formålet med projektet er at skabe større fokus på brug af non-farmakologiske tiltag i behandlingen af delir, herunder musik som komplimenterende behandlingsmetode til de indlagte patienter. Undersøgelsens deltagere repræsenterer et bredt udsnit af de alment medicinske patienter, hvilket foranlediger en overførbare til andre afdelinger, som oplever lignende udfordringer. Det ønskes derfor at videreformidle undersøgelsens resultater, så andre hospitalsafdelinger kan få inspiration til lignende tiltag i egen klinisk praksis.

## Beskrivelse af konteksten

Musikpuderne blev testet på Endokrinologisk- og Nefrologisk afdeling på Nordsjællands Hospital. Afdelingen huser foruden de specialerelaterede patienter også patienter med alment medicinske problemstillinger (12). Interventionen fandt sted i efteråret 2019 og havde en varighed af fire måneder. Alle patienter, som i perioden udviste symptomer på delir, såsom motorisk uro eller usammenhængende tanker eller tale blev screenet gennem det psykometriske værktøj "Confusion and Assessment Method" (CAM), som er et screeningsredskab målrettet til at identificere delir (1). Musikpuderne blev herefter tilbudt de patienter, som havde en positiv CAM-score. Praktisk fandt interventionen sted på patientens stue, hvor musikpuden blev sat til at spille imens patienten lå i sin seng. Musikpuden blev lagt enten under patientens hoved eller bag patientens egen hovedpude



Billede 1. MusiCure puden. Ophavsret Region Hovedstaden, tilladelse er givet.

Confusion and Assessment Method" (CAM) er et screeningsredskab, som findes i flere udgaver. Der blev i forbindelse med interventionen anvendt short-CAM, som består af 4 kriterier:

1. Akut indsættelse og fluktuerede forløb
2. Uopmærksomhed
3. Uorganiseret tankegang
4. Ændret bevidsthed

Opfylder patienten kriterium 1 og 2 samt 3 eller 4 vurderes patienten at være i delir (1).

Boks 2. Information om screening for delir ved CAM-score

## Metode

### Del 1: Interventionsstudie

Undersøgelsen blev designet som et interventionsstudie med en retrospektiv kontrolgruppe, hvilket betød, at denne del af undersøgelsen blev delt op i henholdsvis en bagudrettet- og fremadrettet del (13). Den retrospektive del af undersøgelsen indebar indsamling af seks måneders data vedrørende afdelingens forbrug af faste vagter samt antipsykotika. Data vedrørende afdelingens forbrug af faste vagter blev rekvireret gennem afdelingssygeplejersken ansat på hospitalets vikarservice. Dette skyldes, at det på afdelingen er vikarservice, som dækker afdelingens behov for faste vagter. Der blev indsamlet data vedrørende afdelingens forbrug af antipsykotika gennem apotekets fortegnelser over indkøbt medicin. Afdelingens faste farmakonom hjalp med indsamling af disse data.

Undersøgelsens prospektive del bestod af en fire måneders intervention, hvor effekten af musikpuderne i et kontrolleret forsøg blev testet på de inkluderede patienter. I denne periode blev patienternes medicinforbrug samt adfærd før, under og efter musikken registreret på et skema.

Der blev i alt inkluderet 17 patienter i interventionsperioden. Ens for patienterne var, at de alle var over 65 år og indlagt med medicinske- og eller nefrologiske problemstillinger. Patienter, som led af psykiatrisk sygdom eller som forinden var beskrevet med kognitive udfordringer, såsom demens eller Alzheimers, blev ekskluderet fra undersøgelsen. Tidligere undersøgelser af musikken fra MusiCure peger nemlig på, at musikken ikke har en hormonstimulerende effekt på patienter med neurologisk sygdom (11). Dette blev gjort ud fra et ønske om at skabe så høj en pålidelighed i undersøgelsen som mulig. Grundet ydre faktorer i afdelingen var det ikke muligt at opnå præcise regi-

stringer på antallet af ekskluderede patienter. Dog blev to patienter ekskluderet grundet mangelfuld udfyldelse af registreringsskemaet.

### Del 2: Fokusgruppeinterview

Efter interventionsperioden blev der udført en kvalitativ undersøgelse af plejepersonalets oplevelser forbundet med interventionen. Formålet med denne tilgang var at opnå indblik i plejepersonalets subjektive oplevelser af interventionen for derigennem at synliggøre eventuelle problemstillinger samt barrierer inden implementering af musikpuderne. Der blev her udført to semistrukturerede fokusgruppeinterview med grupper bestående af hver tre plejepersonaler. For at skabe størst mulig diversitet blev grupperne sammensat af både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter med blandet erfaringsniveau. Skema 1 viser fordelingen af interviewdeltagerne.

For at strukturere og forberede interviewforløbene blev der forinden udarbejdet en interviewguide. Interviewguiden blev udarbejdet med baggrund i Kvale og Brinkmann's teori om interview (13). Interviewguiden tog således udgangspunkt i en briefing vedrørende formalia efterfulgt af tre udvalgte temaer relateret til anvendelsen af musikpuderne samt to temaer vedrørende ønsker og forslag til implementering. Under hvert tema blev der udarbejdet forslag til konkrete interviewspørgsmål.

Interviewene blev efterfølgende ordret transskriberet, og der blev udført en tematisk analyse inspireret af lektor, Merete Bjerrum's fremstilling af tematisk analyse (14). Der blev i relation til dette udført kodning, kondensering og fortolkning af transskriptionerne.

## Resultater

### Del 1: Interventionsstudiet

Der blev i interventionsperioden inkluderet 15 patienter. Resultaterne viste, at patienterne gik hurtigere ud af delir, når musikpuderne blev anvendt. Patienterne blev vurderet ude af delir, når de havde en negativ CAM-score.

- 6,6% (1 patient) havde ingen effekt af musikken.
- 26,6% (4 patienter) havde nogen effekt af musikken, men var fortsat delirøse.
- 66,6% (10 patienter) gik ud af delir efter 2-13 timers musik. 30% (3) af disse patienter fik antipsykotika i kombination til musikken.

Ved anvendelse af musikpuderne viste det sig, at der var bestemte symptomer, som forsvandt hurtigere end andre.

	Uddannelse på deltagerne	Antal års erfaring efter endt uddannelse	Køn	Varighed på interview
Gruppe 1	SSA Sygeplejerske Sygeplejerske	3 år 1 år 9 år	Kvinde Kvinde Kvinde	18 min
Gruppe 2	SSA Sygeplejerske Sygeplejerske	8 år 3 år 16 år	Kvinde Kvinde Mand	21 min

Skema 1. Baggrundsdata af informanter til fokusgruppeinterview.

For langt de fleste forsvandt patientens motoriske og psykiske uro kort tid efter de begyndte at lytte til musikken, da de faldt i søvn. Derudover fandt vi, at patienter, som havde været delirøse i en længere periode, havde sværere ved at komme ud af den delirøse tilstand og derfor fik musik i længere tid end mindre delirøse patienter.

I interventionsperioden var der dog ikke behov for anvendelse af faste vagter. Gennemsnitligt blev der i perioden inden interventionen brugt 11,5 faste vagter om måneden på afdelingen.

Opgørelser over afdelingens forbrug af antipsykotika viste desuden, at der i interventionsperioden blev brugt 0,12 pakker mindre af det antipsykotiske præparat: "Serenase" til patienter indlagt på afdelingen.

## Del 2: Fokusgruppeinterview

Materialet fra transskriberingen blev gennemlæst flere gange af forfatteren og fortolkningerne i relation til den tematiske analyse blev diskuteret med afdelingens implementerings- og forbedringsspecialist, som var observatør under selve fokusgruppeinterviewene for at styrke kvaliteten af analysen. Som resultat af analysen blev der fundet frem til tre temaer, som relaterede sig til personalets oplevelser ved brug af musikpuderne.

### Beroligende effekt

Flere af personalet oplevede, at patienterne faldt i søvn med det samme, når de anvendte musikpuden.

I1: "Jeg har haft to patienter, og de er begge to faldet i søvn"  
I3: "Altså jeg har samme oplevelse. Jeg oplevede at de falder i søvn og så ... altså jeg har brugt den på to patienter, og de falder i søvn og så sover de ... ja dem jeg har haft, de sover længe, altså de har sovet de der 8 timer, og så når de har vågnet... en af dem var fuldstændig, helt klar i hovedet efter hun havde sovet".

Enkelte oplevede, at patienterne havde brug for flere dage med musik, før de fik en positiv effekt. Ligeledes viste der sig en tendens til, at patienter, som tidligt i deres delir fik tilbudt musik, havde nemmere ved at komme ud af den delirøse tilstand.

I4: "Jeg mener, at det var i andet døgn, hun havde den. Fordi at hver gang hun ikke havde puden, så var hun fuldstændig delirøs, og vi kunne slet ikke styre hende. Hvor at ham der manden ... han var klar efter et døgn."

Plejepersonalet oplevede desuden en øget frihed og trykforbundet med brug af musikpuderne, da musikken gav patienterne ro i en sådan grad, at personalet sagde, at de ikke behøvede at være nervøse for, om patienterne "havde autoseponeret deres intravenøse adgange" eller "var faldet ud af sengen".

### Anvendelighed

Der var bred enighed blandt plejepersonalet om, at musikpuderne var nemme og simple at anvende.

I2: "Det er en fordel at man ikke behøver at medicinere en patient for at få dem til at falde til ro... og den (puden) er nem at bruge, man lægger den bare ind under patientens hoved og trykker afspil."

En udfordring var musikens længde, da musikken efter hver time skulle tændes på ny. Det blev oplevet som en unødvendig forstyrrelse af patienterne. Derudover oplevede personalet udfordringer i forhold til opladning af

MP3-afspilleren. Dette blev senere løst gennem anvendelse af en power-bank og en oplader, som blev lagt sammen med musikpuderne. Musikpuderne blev her udstyret med en MP3 afspiller, hvorpå musikstykket blev sat til at blive gentaget. Dette foranledigede, at patienten kunne ligge uforstyrret med musikpuden i de 23 timer, som MP3 afspilleren kunne holde strøm. Dertil blev der som nævnt anvendt en power-bank, som kunne kobles direkte til MP3 afspilleren i tilfælde af, at patienten havde brug for musik i længere end 23 timer. For at undgå at musikpuderne blev væk, ønskede personalet en bedre synliggørelse af pudernes placering under anvendelse. Der blev derfor udarbejdet et blå "M" skilte, som kunne sættes på patientens dør, imens musikinterventionen fandt sted.

## Fortsat fokus på implementering

Plejepersonalet udtrykte samlet et stort ønske om at anvende musikpuderne som den foretrukne behandlingsmetode mod delir. Informanterne gjorde dog opmærksom på, at der var behov for fortsat implementering i form af italesættelse af pudernes positive effekt. Der blev desuden udtrykt et ønske om at optimere det tværprofessionelle samarbejde omkring anvendelsen af musikpuderne. Dette blev senere imødekommet gennem undervisning af afdelingens lægefaglige personale.

I5: "Jeg syntes, at lægerne er begyndt at komme mere på banen også med musikpuden.... Vi må inddrage dem, så de ligesom også ved, at den er her, og at den har en rigtig god virkning, så de vælger den også som første prioritet i forhold til behandlingsmuligheder."

Vi har endnu ingen opgørelser over, hvor ofte musikpuden bliver ordineret som førsteprioritet.

## Implikationer for praksis/ diskussion

Projektets primære formål var at supplere den medicinske behandling af delir med musik. Undersøgelsen viste efter interventionsperioden at 66,6% (10 patienter) af de patienter, som modtog musik, gik ud af delir. Af disse patienter gik 70% (7 patienter) ud af delir uden medicinsk behandling, mens 30% (3 patienter) havde behov for medicinsk behandling (antipsykotika). De resterende 33,2% (5 patienter) gik kun i nogen eller ingen grad ud af deres delir under indlæggelsen. Dette efter en kombination af både musik og antipsykotika.

Inden interventionsperioden fik 100% af de delirøse patienter antipsykotika som behandling for deres delir. Resultaterne pegede derfor i retning af, at musikken med fordel kunne anvendes som komplimenterende behandling til delir. Patienter, som tidligt i deres delirøse fase modtog musik, havde den bedste effekt af musikken. Derudover virkede musikken bedst, når denne blev anvendt i kombination af andre non-farmakologiske tiltag såsom at skærme patienterne samt reducere stimuli fra lys og lyde. Der foreligger derfor en mindre usikkerhed omkring den isolerede effekt af selve musikken, da de bedste resultater blev opnået ved en kombination af de non-farmakologiske tiltag. Erfaringer fra plejepersonalet viste dog at anvendelse af musikpuden hos en patient, som allerede var skærmet og havde dæmpet lys først oplevede den beroligende effekt, da patienten begyndte at lytte til musikken.

Undersøgelsens resultater peger på, at afdelingen i perioden har anvendt mindre Serenase. Beregningen er lavet

på baggrund af afdelingens samlede indkøb kontra differencen på forbruget af medicinen i perioden. Præparatet Serenase anvendes dog foruden ved delir også til palliative patienter. Der må derfor argumenteres for, at undersøgelsens registreringer vedrørende forbrug af antipsykotika ikke er en valid indikation for det reelle forbrug af antipsykotika til delirøse patienter. Dette kræver mere konkret dataindsamling, hvor der måles på hver enkelt patients forbrug af antipsykotika. I forlængelse af dette er det dog nødvendigt at pointere, at der ved hver enkelt patient som modtog musik blev noteret, om patienten havde modtaget antipsykotika eller ej. Som tidligere beskrevet viste disse data, at 67% af de patienter, som gik ud af delir, havde så god effekt af musikken, at de ikke havde behov for den antipsykotisk medicin. Der kan derfor argumenteres for, at musikpuderne med fordel kan anvendes som førsteprioritet inden antipsykotika tages i brug. Derudover resulterede anvendelsen af musikpuderne i, at det ikke var nødvendigt med brug af faste vagter, når patienterne lyttede til musikken. Afdelingens økonomiske udgifter forbundet med brug af faste vagter blev derfor markant reduceret i interventionsperioden. Med baggrund i afdelingens tidligere forbrug af faste vagter estimeres det, at der er blevet sparet mellem 20-30 vagter i interventionsperioden.

De positive resultater foranledigede, at musikpuderne efterfølgende blev implementeret som en fast del af behandlingen mod delir på afdelingen. Musikpuderne har gjort en stor forskel i behandlingen af de delirøse patienter og har foranlediget, at flere andre afdelinger på Nordsjællands Hospital er begyndt at implementere lignende tiltag. I afdelingen er der desuden blevet skabt mere fokus på anvendelse af non-farmakologiske tiltag, hvilket har resulteret i kortere indlæggelsesforløb og mindre invaliderende behandling af de delirøse patienter. Dette har skabt stor glæde for patienterne, de pårørende og ikke mindst personalet.

Med baggrund i de positive resultater ønskes det gennem forskning at undersøge problemstillingen samt effekten af musikpuder,ne mere systematisk. Der arbejdes derfor videre med dette i den kommende fremtid.

## Referencer

- 1 Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium. Sundhedsstyrelsen. Danmark; 2016.
- 2 Gotfredsen K, Ærtebjerg JP & Djernes JK. Primærsygeplejerskens opgaver, når ældre har delir. *Sygeplejersken*; 2008; 15: 44-51.
- 3 Djernes JK, Olesen F, Munk-Jørgensen P, Foldager L, Gulmann NC. En 9-års kontrolleret opfølgingsundersøgelse af delirpatienter udskrevet efter behandling på en gerontopsykiatrisk universitetsafdeling. *Ugeskrift for læger*, 2006; 168: 3718-23.
- 4 Scofield I. A small exploratory study of the reaction of older people to an episode of delirium. *Journal of advanced nursing*; 2008, 25(5): 942-51.
- 5 O'Keeffe S & Lavan J. The prognostic significance of delirium in older hospital patients. *Journal of American Geriatrics Society*; 2015, 45(2): 174-8.
- 6 Andersen KJ. Max 7 ord til en patient i delir. *Sygeplejersken* 2019; nr. 12: 54-56
- 7 Djernes JK, Gulmann NC. Lægemedlers psykiske bivirkninger hos ældre. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*; 2001.
- 8 Graff V, Cai L, Badiola I & Elkassabany NM. Music versus midazolam during preoperative nerve block placements: a prospective randomized controlled study. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 2019; 44 (8), 796-799.
- 9 Nilsson U. The effect of music intervention in stress response to cardiac surgery in a randomized clinical trial. *Heart and Lung*, 38(3), 201-207.
- 10 Køningsfeldt, I. Musikpuder beroliger patienter med delir. Hvidovre hospital 2019. Tilgængelig på: <https://www.hvidovrehospital.dk/> Tilgået 20.11.2020
- 11 MusiCure: <https://musicure.dk>. Hentet d. 20. 11.2020.
- 12 Endokrinologisk og Nefrologisk Afdeling. Fundet på: <https://www.nordsjaellandshospital.dk/> Hentet d. 20.11.2020.
- 13 Kvale, S. & Brinkmann, S. Interview - introduktion til et håndværk. 2. udgave, 5. oplag. Hans Reitzel Forlag; 2009; 126-167.
- 14 Bjerrum, M. Fra problem til færdig opgave. 1. udgave, 2. oplag. Akademisk Forlag; 2005: 92-103.



**Af: Connie Berthelsen, Lektor, Forskningskoordinator, ph.d., Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. Mail: cobe@regionsjaelland.dk**

**Bibi Hølge-Hazelton, Professor MSO, Ph.d., Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet**

## Faglig artikel

# FORSKER-TRIANGULERING – En tilgang til observationer i praksis

### ABSTRACT

Triangulering anvendes ofte i forskning, når to eller flere former for data, metoder, teorier, eller analyser er en aktiv del af forskningsprocessen. Dog er triangulering ikke specielt velbeskrevet, når det kommer til forsker-triangulering. Vi vil derfor i denne artikel beskrive, hvorledes vi arbejdede med forsker-triangulering før, under og efter, vi foretog felt-observationer af kulturen, sygeplejefagligheden og arbejdsmiljøet hos hospitalsansatte sygeplejersker gennem forskningsprojektet NUCAP (defining Nursing CAPacity) om rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker.

**Nøgleord:** Forsker-triangulering, observationer, fokuseret etnografi, kultur, forskning i eget felt.

### INTRODUKTION

Triangulering er et begreb, der anvendes i forskning, når flere end to former for data, metoder, teorier, analyser eller forskere indgår i studiet (1, 2). I denne artikel vil vi fokusere på forsker-triangulering, idet vi var to forskere, der samtidigt gennemførte felt-observation og derefter foretog dataanalysen sammen. Forsker-triangulering er oftest anvendt i mixed-methods studier, hvor forskere med hver kvantitative og kvalitative kompetencer udfører deres respektive del i studiet (3), men også specifikt indenfor det kvalitative område, hvor flere forskere observerer og interviewer samtidigt for at få flere perspektiver på situationen og data (2) og for at styrke resultaternes troværdighed (4). På trods af at området vedrørende forsker-triangulering er godt afdækket, mangler vi stadig viden om, hvilken betydning det har, når forsker-triangulering anvendes gennem felt-observationer. Vores fokus i denne artikel er derfor

rettet imod at udfolde vores erfaringer med forsker-triangulering, og hvordan vi to erfarne forskere med sygeplejebaggrund gik til det fokuserede feltarbejde forud for henholdsvis fokusgruppe interviews med sygeplejersker og individuelle interviews med sygelejeledere gennem to kvalitative studier.

### Kort om feltstudier og forsker-triangulering

Feltstudier og observationer bliver ofte anvendt som metoder i kvalitativ forskning (5) og egner sig bedst til at forstå sociale situationer, kultur og miljø. Allerede i 1970 introducerede Denzin begrebet "researcher-triangulation" og skrev, at flere forskere i et enkelt studie havde potentiale til at imødekomme nogle af de udfordringer, der kan være forbundet med, at en enkelt forsker undersøger et felt alene (2). Senere udvidede han beskrivelsen af forsker-triangulering til, at forskerne skulle være erfarne og ikke alene skulle være i felten, men også analysere data i fællesskab (6). I dag er der en voksende opmærksomhed på betydningen af samarbejder og forskerfællesskaber, og forsker-triangulering er et bud på en relevant og vigtig strategi til at understøtte samarbejde, dialog og flere perspektiver på komplekse forhold, men der mangler detaljerede beskrivelser i litteraturen.

### Forsker-triangulering i NUCAP-projektet

NUCAP (defining Nursing CAPacity) er et forskningsprojekt med fokus på rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker. Manglen på læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle er voksende i takt med øgede krav til pleje og behandling i sundhedsvæsenet samt i relation til nedskæringer af personale på hospitalsafdelingerne (7). I



en dansk kontekst er manglen på sygeplejersker nationalt højest i Region Sjælland, hvor der er iværksat forskellige tiltag for at øge rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker på regionens hospitaler. For at understøtte disse tiltag blev forskningsprojekt NUCAP initieret med formålet at kortlægge de karakteristiske, der definerer hospitalet afdelinger i Region Sjælland med den laveste omsætning af sygeplejersker gennem både kvantitative og kvalitative studier.

De kvalitative studier i NUCAP bestod af individuelle interviews med sygeplejefaglige ledere (8) og af fokusgruppe interviews med sygeplejersker (9) for at undersøge deres erfaringer med afdelingernes kultur, sygeplejefaglighed og arbejdsmiljø. Begge studier blev indledt af en dag, hvor vi begge befandt os i samme afdelingen. Vi ønskede begge at "se" på afdelingerne ved at observere den kontekst, sygeplejerskerne arbejdede i, før vi interviewede dem. Da det hurtigt blev tydeligt, at vi observerede forskellige aspekter, besluttede vi at systematisere vores erfaringer og refleksioner over denne form for forsker-triangulering, hvilket vi udfolder i denne artikel.

### Formål

Baggrunden for artiklen er et forsøg på at forstå, hvordan og hvorvidt vi som forskere i det samme felt, på samme tidspunkt, med insider viden kan nuancere forståelsen af feltet (10, 11). Formålet med artiklen er derfor at beskrive og diskutere, hvordan vi har arbejdet med forsker-triangulering, inden, under og efter observationer af afdelingerne udført i forbindelse med et regionalt forskningsprojekt om fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker på hospitalsniveau.



Billede 1. Benarbejde og forskertriangulering.

### FORSKER-TRIANGULERING I NUCAP-PROJEKTET

Indledende fælles-refleksioner ved anvendelse af forsker-triangulering

Vores formål var at undersøge kulturen, arbejdsmiljøet og sygeplejefagligheden, som det opleves af sygeplejerskerne og de sygeplejefaglige ledere på hospitalet afdelinger i Region Sjælland med den laveste omsætning af sygeplejersker.

Med henblik på bedre at forstå og kende til den kontekst sygeplejerskerne og lederne kom fra, besluttede vi, at vi forud for interviewene ville udføre et fokuseret feltarbejde i de pågældende afdelinger (10). Afdelingerne blev udvalgt på baggrund af deres lave omsætning af sygeplejersker

sammenlignet med tilsvarende afdelinger i regionen baseret på HR tal fra 2017. Der var tale om fire afdelinger på fire forskellige hospitaler inden for specialerne medicin, kirurgi, akutområdet og psykiatrien. Hospitalsledelserne gav tilladelse til, at observationerne og interviewene kunne finde sted, og de pågældende afdelingers ledere blev kontaktet. Alle steder var adgangen til feltet helt uproblematisk på trods af samtidig indfasning af Sundhedsplatform og store regionale besparelser. Afdelingernes ledere virkede glade for og uvante med at blive kontaktet for noget, der ikke omfattede kontrol eller kritik men derimod nysgerrighed i forhold til disse afdelingers lave omsætning af sygeplejersker.

Vi var tidligt i planlægningen af studiet blevet bevidste om, at vi hver især havde forskellige præferencer og fordomme i forhold til de forskellige afdelingstyper; for eksempel usikkerhed forbundet med at tilbringe tid på en lukket psykiatrisk afdeling eller på en akutafdeling. Dette ledte tidligt i forløbet til, at vi begyndte at forhandle om, hvem der havde lyst til eller på ingen måde havde lyst til at tilbringe tid i forskellige slags afdelinger. Dette blev en øjenåbner og gav anledning til at skærpe vores opmærksomhed på, hvordan vi gik forskelligt til samme felt, og hvordan vi i fællesskab kunne få mest muligt ud af det.

Vi fik ideen til at gå sammen i felten, ikke for at sammenligne eller finde frem til en korrekt fremstilling, men for at få flere nuancer, indfange forskelligheder og efterfølgende etablere en dialog om disse med henblik på at kunne gennemføre interviewene med sygeplejerskerne og lederne med størst mulig sensitivitet i forhold til deres kontekst (12). Vi besluttede også, at vi hver især ville følges med henholdsvis den sygeplejerske, der havde været ansat længst og kortest tid i afdelingen, og vi ville bytte undervejs, når vi kom til en ny afdeling, således at vi begge gik sammen med erfarne og nyttilkomne.

Forud for besøgene i de fire afdelinger tilbragte vi en dag sammen med fælles refleksive dialoger (13), hvor vi fortalte hinanden om vores erfaringer og forestillinger om de pågældende afdelinger. Det var åbenbart, at vi oplevede både ligheder og forskelligheder. Vi var begge kvinder, mødre, sygeplejersker med samme kandidatuddannelse og ph.d.-grad. Vi havde begge praksiserfaring fra arbejde på hospitaler, den ene fra medicinske og en psykiatrisk afdeling, den anden fra kirurgiske afdelinger. Ingen af os havde konkret praksiserfaring fra akutområdet. Men vi var også forskellige med forskellige interesser, præferencer og livserfaringer. Ved åbent at dele erfaringer og bekymringer planlagde vi fælles observationsguides samt besluttede at indarbejde efterrefleksioner, der skulle finde sted umiddelbart efter besøgene og inden interviewene.

### Gennemførelsen og anvendelsen af forsker-triangulering som tilgang ved feltstudier

På de aftalte dage for observationerne mødte vi tidligt op for at følges med henholdsvis den sygeplejerske, der den pågældende dag, havde været der i kortest tid og i længst tid. Vi fortalte om vores projekt, og at meningen med vores observationer var at få en fornemmelse af den pågældende afdeling, hvor vi interviewede sygeplejerskerne og lederne.

Der var ingen negative reaktioner, alle syntes at acceptere vores tilstedeværelse. Enkelte gange standsede nogle op, så på vores navneskilte og konstaterede, at vi var sygeplejersker, og så var der ikke yderligere spørgsmål eller undren over, at vi var med. En afdeling havde udleveret lægekitler til os, men her blev vi sendt retur til omklædningsrummet med det samme af afdelingssygeplejersken. Det gik ikke, at vi lignede læger, det ville forstyrre unødigt.

Undervejs sikrede vi som minimum at stille de sygeplejersker, vi fulgtes med følgende to spørgsmål:

- Er der noget som du synes er vigtigt at **vise mig**, for at jeg bedre kan forstå, hvad der er særligt for jeres afdeling?
- Er der noget som du synes er særligt vigtigt at **fortælle mig** for, at jeg bedre kan forstå, hvorfor du tror, sygeplejersker vælger at arbejde her?

Herudover havde vi særligt fokus på:

- Stemningen i den pågældende afdeling herunder: Hvordan ser der ud - hvad lægger jeg mærke til?
- Tonen, herunder: Hvordan tales med og om hinanden - patienter, kollegaer, læger?

Spørgsmålene gav sygeplejerskerne mulighed for at vise os særlige rum, apparater, tavler eller andre artefakter samt at tale om værdier og antagelser (14) i forhold til arbejdet i de pågældende afdelinger. Fokusområderne var væsentlige til at indfange vores forskellige opmærksomhedspunkter. Vi skrev noter undervejs i små notesbøger, samt individuelt i ca. 30 min efter observationerne inden de første efter-refleksioner. Inden vi forlod afdelingerne, foretog vi individuelt skriftlige efter-refleksioner ud fra seks spørgsmål (boks 1).

### Efter-refleksioner

1. Hvad slår mig ved afdelingen?
2. Er der noget der overrasker?
3. Er der noget jeg syntes er ubehageligt?
4. Er der noget jeg ikke forstår?
5. Hvad valgte sygeplejersken at vise mig, og hvad tænker jeg om det i forhold til at forstå, hvad der er særligt for deres afdeling?
6. Hvad valgte sygeplejersken at fortælle mig, og hvad tænker jeg om det i forhold til, at jeg bedre kan forstå, hvorfor sygeplejersker vælger at arbejde i afdelingen?

Boks 1: Spørgsmål til efter-refleksioner

### Fælles efter-refleksioner over feltarbejdet

Vi valgte at planlægge tid sammen enten samme dag eller dagen efter besøget i afdelingen til refleksive dialoger om vores observationer (13). Her blev det meget tydeligt, at vi så og fokuserede på forskellige elementer selv, når vi var til stede i samme lokale eller samme begivenhed.

Et eksempel var vores deltagelse i en tværfaglig morgenkonference. Her kunne vi efterfølgende konstatere, at den ene af os havde noteret sig, hvad der blev sagt, hvem der talte, hvor længe den enkelte talte og hvor mange af hver

professionsgruppe der var til stede i lokalet. Den anden havde til det samme møde noteret, hvem der gav plads til hinanden omkring bordet, hvem der brugte hinandens navne eller tog en kop kaffe med til hinanden, og hvem der lagde hånden på en kollegas skulder. Ved en anden af disse fælles efterrefleksioner kunne vi konstatere, at den ene havde bemærket, at der var nye stikkontakter og PC-udstyr på gangene, mens den anden var optaget af, hvor lyd der var i afdelingen.

Begge dele ledte til en dialog om vores forskellige faglige interesser og om vores forskellige personligheder, og hvordan disse var til at påvirke de data, vi konstruerede på baggrund af feltarbejde i præcis samme kontekst på samme tidspunkt.

Forskertriangleringen blev således et frugtbart metodisk tiltag og de fælles efter-refleksionsmøder skærpede vores opmærksomhed yderligere på betydningen af vores forskellige positioner. Et eksempel på dette var, da vi var på en afdeling, hvor den ene forsker var kendt af ledelsen, men den anden var ikke. Dette medførte nogle fordele i informationsniveauet for den kendte forsker, som den ukendte måske ikke havde fået. Arbejdet lå herefter i at se på data sammen. Vi gennemgik vores observationer og feltnoter og sammenlignede disse for at se efter ligheder og forskelle. Vi tog hver især noter, som blev samlet til et fælles ark. Derefter lyttede vi interviewet igennem og tog noter til, som vi efterfølgende diskuterede. Den samlede mængde data dannede grundlag for videre dataindsamling og eventuelle modifikationer af vores feltguide og interviewguide. Det var vigtigt for os at åbne op for nye muligheder, hvis data viste nye vinkler, vi ikke tidligere havde set.

### Diskussion af fund

Vores tilgang til forsker-triangulering var baseret på refleksive dialoger (15) før og efter observationerne som fik stor betydning for processen. Med inspiration fra Hverdagslivets Sociologi af Alfred Schutz (16) kan man hævde, at vi som individer kun opfatter visse aspekter ved verdens virkelighed, nemlig den vi selv opfatter som værende relevant (16). Derfor fik forsker-triangulering betydning, idet tilgangen har potentiale til at modvirke en forsimplet og entydig tilgang til praksisfeltet gennem opmærksomhed på vores forskellige opfattelser af virkeligheden. Eftersom vi var to forskere med forskellige erfaringer og livsbaggrunde, kunne vi konstruere en mere nuanceret forståelse af vores fælles data. Andre betydningsfulde videns-sociologer har også beskæftiget sig med hverdagslivet, for eksempel Berger og Luckmanns vigtige bog Den Samfundsskabte Virkelighed (17) og Giddens (18), der beskriver den som dobbelt hermeneutik - nemlig det forhold at verden ikke ligger naivt og jomfrueligt åbent for ens blik men præsenteres på baggrund af forudgående tolkninger i denne verden. Dette kan sammenlignes med, hvordan vi så og fokuserede på forskellige elementer, selv når vi var til stede i samme lokale eller samme begivenhed. Eksemplet ved den tværfaglig morgenkonference viser, hvordan vores forskellige observationer ledte til en dialog om vores forskellige faglige interesser og om vores forskellige personlige erfaringer, og hvordan disse var med til at påvirke de data, vi konstruerede på baggrund af feltarbejde i præcis samme kontekst

på samme tidspunkt. Ifølge Schutz (16) betragter mennesker dagliglivets verden på baggrund af et erfaringslager om denne, enten deres egne eller nogle, der er overleveret. Disser erfaringer er den forhåndenværende viden og fungerer som et referenceskema, og det var dem vi satte i spil via vores fælles efter-refleksioner.

## AFRUNDING

Arbejdet gennem forsker-triangulering, inden, under og efter udførelsen af felt-observationer har vist sig givende på mange fronter. Fordelene viste sig både i forhold til, at vi som interviewere var en del af sygeplejerskernes dag på afdelingen, hvilket fik positiv betydning for vores positionering i feltet samt medførte en mere afslappet interviewsituation. Derudover viste vores refleksive dialoger sig at være meget betydningsfulde, idet vi modvirkede en forsimplet og entydig tilgang til praksisfeltet.

## Implikationer for sygeplejeforskning

Forsker-triangulering kan medvirke til at fremhæve betydningen af forskernes forskellige perspektiver og positioner og derved styrke troværdigheden af resultaterne i et forskningsprojekt (3). Eftersom forsker-triangulering i forbindelse med felt-observationer er sparsomt beskrevet, vil andre forskere kunne anvende vores erfaringer og fremgangsmåde til at være flere i feltet samtidigt. Vores erfaringer viste os, at det at vi havde forskellige livserfaringer, perspektiver og fokus gjorde, at vores oplevelser af afdelingerne blev bredere og mere nuancerede. Dog var det afgørende, at vi respekterede hinandens holdninger og samtidigt forholdt os åbne overfor det, som den anden forsker havde observeret. Den største begrænsning i vores tilgang er, at det er ressourcekrævende for et projekt at have to eller flere forskere afsted samtidigt for at udføre felt-observationer. Datainsamling i kvalitative studier kræver ressourcer, da processen kan være langvarig for at indsamle gode data (19).

## Implikationer for praksis

Fremgangsmåden, der er beskrevet i denne artikel, kan bidrage til udviklingstiltag i klinisk praksis for eksempel ved anvendelse af peer-observationer af hinandens praksis med henblik på at etablere læring i ligeværdige relationer. Eftersom vi allerede havde opholdt os i afdelingerne, blev det nemmere for os at gennemføre fokusgruppeinterviewene med sygeplejerskerne og de individuelle interviews med lederne. Vi havde allerede mødt og talt med de fleste af deltagerne i interviewene, hvilket betød at vi som interviewere ikke skulle starte forfra med at etablere legitimitet og tillid, hvilket medførte en mere afslappet interviewsituation, hvor også vi blev stillet spørgsmål om vores baggrund og om vores projekt. Vi var på den måde også bedre i stand til at forstå den specifikke kontekst, de refererede til og talte ud fra.

## Referencer

- 1) Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
- 2) Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. London: Aldine Publication Company; 1970.

- 3) Thurmond VA. The Point of triangulation. *J Nurs Schol* 2001; 33(3): 253-258. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00253.x>
- 4) Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage; 1985.
- 5) Flick U. Triangulation in qualitative research. I: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I, eds. A companion to qualitative research. London: SAGE; 2004.
- 6) Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1989.
- 7) Cho E, Sloane DM, Kim EY, Kim S, Choi M, Yoo IY, Leef HS, Aiken L. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(2): 535-542. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.006>
- 8) Hølge-Hazelton B, Berthelsen C. Leading unique cultures in departments with low turnover of nurses: A positive deviance study. (Accepteret til publicering i *Journal of Nursing Management*)
- 9) Hølge-Hazelton B, Berthelsen C. Why nurses stay in departments with low turnover. (I review hos *Nordic Journal of Nursing Research* fra 23.11.2020)
- 10) Cruz EV, Higginbottom G. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurs Res* 2013; 20(4): 36-43. <https://doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.36.e305>
- 11) Knoblauch H. Focused Ethnography. *Forum: Qual Soc Res* 2005; 6(3): 44 <https://doi.org/10.17169/fqs-6.3.20>
- 12) Archibald MM. Investigator triangulation: A collaborative strategy with potential for mixed methods research. *J Mix Meth Res* 2016; 10(3): 228-250. <https://doi.org/10.1177/1558689815570092>
- 13) Hertel F, Fast M. Den refleksive dialog. I: Hertel F, Fast M, eds. Ledelsesfilosofi og praksis: Dilemmaer og paradokser. Aalborg Universitetsforlag: ORCA's bogserie; 2015.
- 14) Schein EH. Organizational culture and leadership. San Francisco, CA: Jossey-Bass Business & Management Series; 2004.
- 15) Hertel F, Fast M. Den refleksive dialog. I: Hertel F, Fast M, eds. Ledelsesfilosofi og praksis: Dilemmaer og paradokser. Aalborg Universitetsforlag: ORCA's bogserie; 2015.
- 16) Schutz A. Hverdagslivets sociologi. København: Hans Reitzels Forlag; 1975.
- 17) Berger PL, Luckman T. Den samfundsskabte virkelighed - en videnssociologisk afhandling. Lindhardt og Ringhof; 2000.
- 18) Giddens A. Modernitetens konsekvenser. København: Hans Reitzels Forlag; 1994.
- 19) Morse J. Styles of collaboration in qualitative inquiry. *Qual Health Res* 2008; 18(1): 3-4. <https://doi.org/10.1177/1049732307309451>

# Stafetten

## –mød en kollega



**Af: Charlotte Simoný MVU-forskningsleder ved Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse. Seniorforsker ved forskningsenheden PROgrez i afdelingen for Fysioterapi & Ergoterapi ved Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse. Ekstern lektor ved Sektion for Sygepleje Health, Aarhus Universitet.**

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

Ved Næstved, Slagelse og Ringsted (NSR) sygehuse er mine funktioner todelt. Dels er jeg det, der hedder leder for MVU-forskningen, hvilket vil sige, at jeg som stabsmedarbejder for sygehusledelsen varetager forskningsinteresser, der vedrører ansatte som har en professionsbachelor-baggrund, eller det der tilsvarende. Det er fortrinsvis sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og jordemødre. Samtidig er jeg leder af vores Forskningsstøtteenhed og har derfor meget arbejde med, at understøtte det samlede forskningsmiljø på NSR sygehuse. I sommer har vi eksempelvis udarbejdet en forskningsstrategi for vores sygehuse der hedder: **"Forskning for bedre sundhed- sammen om, at drive klinisk relevant forskning, af høj international kvalitet"**.

Dels er jeg ansat som seniorforsker i forskningsenheden PROgrez, ved afdelingen for Fysioterapi & Ergoterapi, hvor jeg udfører forskning i en tværfaglig forskningsgruppe. I dette arbejde har jeg fokus på at drive kvalitativ forskning. Det er primært forskning, som belyser patientperspektivet i forbindelse med kronisk sygdom og rehabiliteringsforløb. I tillæg er jeg tilknyttet sektion for sygepleje ved Aarhus universitet, hvor jeg både underviser og vejleder på kandidat- og masteruddannelserne.

*Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?*

Jeg arbejder mest med feltobservationer og forskellige interviewmetoder og ofte i kombination med hinanden. Med min forskning sætter jeg fokus på patienters oplevelser af deres liv med kronisk sygdom, og ikke mindst hvordan de kan støttes til at mestre deres hverdagsliv på måder, så de kan leve et aktivt og tilfredsstillende liv. Derfor er der ofte involveret interventioner i de forskningsprojekter, som jeg arbejder med. Interventioner som vi planlægger med patienters behov for øje, og som vi også evaluerer med fokus på, hvilken betydning de har for patienternes hverdagsliv. Min forskning indbefatter også undersøgelse af professionelles perspektiver, som belyses via interviews. I

forhold til varierende faglige opgaver men især i forbindelse med arbejde med interventioner.

*Hvordan arbejder du med udvikling eller forskning i sygeplejen?*

I og med at jeg arbejder med rehabilitering, er min forskning meget tværfagligt funderet. Der er sygeplejefaglige elementer i det, men også mange andre vinkler. Min forskning er også meget tæt knyttet til klinisk praksis, og det er jeg glad for, fordi det motiverer mig meget, når forskning og klinisk praksis gensidigt inspirerer hinanden. Senest har jeg oplevet det med succes i forbindelse med projektet: En mere tryk og tilfredsstillende hverdag med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, hvor vi udviklede og afprøvede et tværfagligt telerehabiliteringskoncept kaldet **>COPD-Life >>** til KOLsyge, som blev udbudt i et samarbejde mellem Slagelse sygehus og Slagelse Kommune.

*Hvordan har din karrierevej bragt dig til dit nuværende job?*

Det er mit arbejde som ph.d.-studerende og post. doc, der har givet mig mulighed for at bestride mit nuværende arbejde. Gennem mit arbejde har jeg et inspirerende samarbejde med såvel danske som udenlandske forskere. På en spændende måde udvikler det netværk sig hele tiden.

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

I fremtiden mener jeg, at vi som sygeplejersker skal være med til at løfte vores fag ind i udviklingen af nye ideer og løsninger for klinisk praksis. Det er helt afgørende at sygeplejefaglighed er indbygget i de sundhedstilbud, som udvikles. Jeg nyder, at vi er så mange der med forskning allerede er med til at løfte den opgave og jeg glæder mig til at det udvikles og udbredes mere i fremtiden.

**Jeg giver stafetten videre til**  
Stine Roikjær.





**Af: Pernille Langkilde, Klinisk sygeplejespecialist RN, McS, Medicinske sygdomme, Sygehus Lillebælt og Kolding Sygehus, mailadresse: [pernille.kolholt.langkilde@rsyd.dk](mailto:pernille.kolholt.langkilde@rsyd.dk)**

**Anita Pedersen, Specialeansvarlig sygeplejerske RN, Sygehus Lillebælt og Kolding Sygehus**

**Charlotte Trolborg, Afdelingssygeplejerske RN, LD, Medicinske senge B, Sygehus Lillebælt og Kolding Sygehus**

**Barbara Voltelen, RN, MHS, ph.d., Department of Nursing/Health Sciences Research Center, UCL University College**

## Faglig artikel

# Hvilken betydning har udviklingen af en personcentreret sygepleje på patienters oplevelse af isolation under en indlæggelse?

### Abstrakt

Baggrund: Plejepersonalets årvågenhed af patienters nedsatte trivsel i isolation medførte et fælles fokus til fordel for personcentreret sygepleje. Formål: Forebygge passiv adfærd blandt patienter i isolation. Metode: Litteraturregning. Praksisnær udvikling af personcentreret sygepleje og omorganisering af sygeplejen. Analyse og diskussion: Patienternes tilbagemeldinger gennem hele udviklingsforløbet viser en tiltagende øget oplevelse af nærvær og kontakt, samt positiv effekt af personalets italesættelse af værnemidler under opholdet på isolationsstuen. Kliniske implikationer: Processens succes tilskrives til plejegruppens evne til at kunne gennemføre faglig refleksion og holde fast i den nødvendige motivation gennem klinisk lederskab og ledelsesopbakning - sygeplejefagligt, organisatorisk og klinisk.

**Nøgleord:** Isolation, personcentreret sygepleje, kommunikation, klinisk lederskab.

### Introduktion

Denne artikel vil formidle, hvordan det lykkes en plejegruppe i en infektionsmedicinsk sengeafdeling på Kolding Sygehus at forbedre organisering af plejen og gøre den personcentrerede tilgang tydelig over for indlagte patienter i isolation (1-3). Metoden var et aktivt og demokratisk samspil mellem plejegruppe og de patienter, der var isolerede under indlæggelsen (1, 3) (Tabel 1). Den personcentrerede tilgang skulle tage udgangspunkt i "Fundamental of Care" (FoC) og dermed sikre, at plejegruppen varetog menne-

skelige behov og relationer til patienter i isolation, og samtidig viste hensyn til gældende retningslinjer for isolation og behandling (2). Som det første blev der gennemført en litteratursøgning. Ud fra litteraturen blev der lavet en interviewguide, som patienter, der havde været isoleret under indlæggelsen, blev interviewet ud fra (1, 3). Litteratursøgning og interview dannede grundlag for den videre proces og sikrede dermed, at udviklingstiltagene blev praksisnære, nærværende og motiverende for plejegruppen (1, 3). Løbende med udviklingstiltagene blev der gennemført nye interview med patienter i isolation (1, 3). Interviewene viste en positiv ændring, hvilket motiverede plejegruppen til at fortsætte og fastholde deres indsatser. Den praksisnære tilgang krævede ikke ekstra ressourcer, men derimod faglighed, mod, nysgerrighed og fællesskab. Tiltagene er desuden fastholdt 3 år efter afsluttet projektperiode, takket være den specialeansvarlige sygeplejerske, der fortsat fastholder tiltagene samt sørger for at introducere nyansatte i afdelingen. Udviklingstiltagene har bidraget til en kompetenceudvikling, hvor plejegruppen kan "tage tiden og holde den i rummet – også i det korte møde" (4).

### Baggrund

#### Sygeplejen og den kliniske hverdag i infektionsmedicinsk afdeling

Sygeplejen i et infektionsmedicinsk afsnit er kompleks og kræver specialviden, hvilket stiller krav om høj faglighed og engagement. Patienternes behov for pleje og omsorg strækker sig fra at være helt selvhjulpne uden kronisk sygdom og ikke isoleret, til den isolerede kroniske patient med

**Tabel 1. Isolerede patienter under indlæggelse januar 2016-januar 2017.**

Patient	Køn	Diagnose	Antal dage isolation
<b>Før interventionen</b>			
1	Kvinde	Clostridium infektion	5 dage
2	Mand	OBS tuberkulose	2 dage
3	Kvinde	Influenza B	8 dage
4	Kvinde	Clostridium	7 dage
5	Kvinde	"bakterie i tarmen" (ptt kunne ikke huske navnet)	10 dage
<b>Efter interventionen</b>			
6	Kvinde	Influenza A	7 dage
7	Kvinde	Lungebetændelse	3 dage
8	Mand	Influenza	4 dage
9	Mand	Postoperativ clostridium infektion efter tarminfektion	7 dage
10	Mand	Clostridium infektion	7 dage
11	Mand	MRSA i blodet	14 dage
12	Mand	Influenza, astma og lungebetændelse	3 dage
<b>Patienter der er udgået</b>			
1	kvinde	Lungebetændelse KOL, Astma	14 dage
2	kvinde	Dobbelttidig lungebetændelse	Ikke besvaret
3	Mand	Ikke oplyst	Svarer ikke ved gentagne telefon opkald
4	Kvinde	Patienten er afgået ved døden	Ikke oplyst

Demografiske oplysninger på patienterne.

Dataindsamling blev gennemført i tidsperioden januar 2016 og løb frem til januar 2017

behov for kompleks sygepleje. Årsagen til, at patienter isoleres under en indlæggelse, er forebyggelse af spredning af smitsomme infektioner. Tabel 2 illustrerer, hvilke måneder, årsager og antal dage de interviewet patienter i denne undersøgelse var isoleret.

Tilbage i slutningen af 2015 blev plejegruppen i en infektionsmedicinsk afdeling mere og mere opmærksom på, at patienter, der blev isoleret under indlæggelsen ved flere tilfælde under isolationen udviklede nedsat:

- motivation for egen personlige hygiejne
- aktivitetsniveau
- motivation for opretholdelse af egen ernæringstilstand

Det nedsatte aktivitetsniveau, og den manglende motivation for personlig hygiejne og ernæringstilstand, blev erstattet med at ligge i sengen og sove eller se TV. Plejegruppens observationer og refleksioner medførte bekymring for patienternes helbredelsesproces og rehabilitering.

Refleksionerne medførte, at plejegruppen i stigende grad forholdt sig kritisk til deres egen kliniske praksis og kultur for pleje og omsorg. Plejegruppens interesse for den dokumenterede viden om personcentrerede pleje, der indeholdt både det individuelle, nærværende og relationsdannede, blev øget i takt med antallet af refleksioner (2, 5, 6). Refleksionerne førte plejegruppen frem til en erkendelse af, hvilke organisatoriske og kulturelle barrierer de selv havde skabt for den personcentrerede sygepleje (2, 5, 6). Disse barrierer stemte ikke overens med plejegruppens ønske om at have en kultur, hvor patienterne oplevede velvære og relation samt blev i stand til at forebygge oplevelsen af afmagt og manglende handlekraft under isolationen (7-9).

Begrebsrammen "Fundamental of Care" (FoC) beskriver, hvordan relationsdannelse kræver et autentisk engagement i de mange korte pleje- og omsorgssituationer, der

hele tiden foregår mellem patient og plejepersonale (2). FoC beskriver videre, hvordan en opnået tillid og respekt patient og plejepersonale imellem kan medføre en interaktion og forstærke relationen og ligefrem være livsbeholdende for den enkelte patient, hvilket stemmer helt overens med Delmars undersøgelser indenfor den professionelle sygepleje (2, 9).

Plejegruppen var helt fortrolig med betydningen af relation, men organiseringen af plejen gjorde det svært for plejepersonalet at afsætte den nødvendige tid, både til patienter i og uden for isolationen. Der var udviklet en kultur, hvor patienterne uden for isolation blev prioriteret først, og dernæst patienterne i isolation. Årsagen til denne prioritering skyldes en generel opfattelse af, at patienter i isolation krævede mere tid. Det var et fakta, at personalet skulle ikklæde sig værnemidler og nøje planlægge procedurer og graden af kontakt på isolationsstuen, inden de gik ind til patienten. På grund af plejegruppens organisering og prioriteringer var deres tilstedeværelse på den enkelte isolationsstue af kort varighed, og personalet måtte prioritere deres opgaver, kontakten og dialogen med patienten til kun at omfatte det mest nødvendige.

Plejepersonalets øgede antal refleksioner, stigende interesse for evidensbaseret personcentreret sygepleje og erkendelsen af de barrierer og deres faglige kultur medførte, at den specialeansvarlige sygeplejerske i sengeafsnittet blev motiveret for en litteratursøgning. Hun ønskede at undersøge, hvad isolation under en indlæggelse kan have af følger for en patient. Det blev startskuddet til en længere udviklingsproces.

#### Formål/mål

Formålet med udviklingsprocessen har været at udvikle en klinisk hverdag, hvor patienter i isolation har mulighed for at give udtryk for deres værdier, håb, bekymringer og tan-

**Tablet 2. Eksempler på patienternes tilbagemeldinger før og efter interventionen**

	<b>Før interventionen</b>	<b>Efter interventionen</b>
Relationelle opgaver	Jeg fik ikke mulighed for at spørge personalet eller bare snakke lidt, det havde de ikke tid til. Når de var færdige havde de travlt med at komme ud igen.  Lidt snak... det var der ikke noget af, det var der ikke tid til. De havde så travlt.	Jeg følte virkelig at de lyttede rigtig fint til hvad man sagde Var jeg det mindste i tvivl og spurgte så fik jeg svar  De har hele tiden været opmærksom på mig, og om der var noget havde brug for.  De havde god forståelse for, hvad det betød, at være isoleret
Psykosociale opgaver	Når man er så meget alene, bliver hjernen ikke aktiveret. Man bliver diffus af at være så meget alene.  Vi er fortrøstningsfulde - den besked kunne være rar at få, når det går fremad, og infektionstallene er begyndt at falde. Det kunne også være dejligt, hvis man kunne få noget tidsperspektiv på, hvor lang tid man kan regne med at skulle være i isolation. Det behøver ikke være nøjagtig men cirka.  Der kom så mange tanker. En nat tænkte jeg meget på, nu var det hele slut og jeg skulle dø. Det vidste jeg godt, jeg ikke skulle, men jeg havde ikke kontrol over mine tanker. Jeg blev så trist.  Alle disse følelser og tanker der var i forbindelse med denne oplevelse, kunne have været rart at få snakket med et personale om. Jeg har haft cancer, og ved hvor stor betydning det er at få håb eller information om, hvordan det går med behandlingen.	Det var de rigtige gode til, de spurgte hele tiden synes jeg...  Nogle personaler gav mulighed for at stille spørgsmål og kom med et ordentligt svar.  De havde en god forståelse for, hvad det betød at være isoleret og ens behov for at få snakket.
Integrering af Sygeplejen	Forsøgte at holde kroppen i gang med lidt øvelser for ikke at miste muskelmasse... ville gerne have haft kontakt til en fysioterapeut.  Jeg har meget dårlig syn, og derfor kan jeg ikke se TV. Jeg lytter meget til lydøger. Det kunne jeg ikke mens jeg var indlagt, for afdelingen havde ikke denne mulighed.  DEJLIGT hvis man kunne blive aktiveret ud fra ens egne ressourcer – så man hurtigere kunne blive genoptrænet og komme hurtigere i gang.  Jeg er vant til at tilbringe rigtig meget tid ude i den friske luft. Det savnede jeg, og havde svært ved at få tiden til at gå.	Jeg havde 40 grader i feber, så det var det der fyldte min dag. Jeg ville bare have ro på stuen.  Jeg har haft en Ipad, telefon og andet med, jeg kunne bruge tiden på.  Jeg manglede ikke noget, og savnede heller ikke noget. Jeg havde det godt på enestuen og kunne selv udfylde tiden.  Jeg fik mulighed for at træne mig selv, i forhold til det jeg havde kræfter til.

Tabellen viser citater fra patienter der deltog i udviklingsstillet før og efter interventionen.

ker i tæt dialog med plejepersonalet således, at plejepersonalet kan tilpasse og imødekomme den enkelte patients behov for personcentreret sygepleje.

### Det samlede projekt set som fire faser

Beskrivelsen af udviklingsprocessen er opdelt i fire faser: fase 1 beskriver litteratursøgningsprocessen; fase 2 belyser interview af patienter der havde været i isolation; fase 3 gør rede for den udviklede intervention, og fase 4 viser hvordan interventionen blev løbende evalueret.

#### Fase 1: Litteratursøgning

Der blev gennemført et litteraturstudie i Pub-Med i november 2015 med søgeordene isolationspatienter, sygepleje og psykosociale forhold.

Artiklerne blev valgt ud, hvis de havde sygeplejefaglig relevans, og undersøgelserne var gennemført blandt voksne, der havde været indlagt på et hospital og isoleret under indlæggelsen (10-14).

Artiklerne viste bl.a., at patienter, der har været isoleret under en indlæggelse, har haft en ufrivillig oplevelse af brist

på social kontakt, drøftelse af tanker og bekymringer og/eller mangel på almen adspredelse (13-16). Faktorer der vil kunne medføre psykosociale problemer under og efter en isolation i forbindelse med en indlæggelse (10-13).

Patienter, der isoleres og ikke får mulighed for sanseindtryk, kan udvikle en ustruktureret opførsel og symptomer på kedsomhed, usammenhængende tankegang, angst, frygt og depression (12). Patienter, der isoleres under en indlæggelse, kan udvikle mindre selvspekt og nedsat følelse af kontrol i forhold til ikke isolerede patienter. Sandsynligheden for og sværhedsgraden af ændret humør stiger med længden på isolationen (10). Desuden kan søvnmønstret blive påvirket i varierende grad på grund af tankemylder eller andre psykosociale udfordringer (10, 11, 13, 14).

Patienten i isolation kan opleve en reduktion i kontakten til plejepersonalet med 22 %, i modsætning til patienter, der ikke er isolerede (13). Det kan medføre, at information og observation bliver udskudt, eller i værste tilfælde slet ikke blev givet (13). Konsekvensen kan blive, at patienterne udvikler vrede, frustration og/eller angst (10, 12). Patienter i isolation kan have et øget behov for individuel og fokuse-

ret information samt personcentreret omsorg og pleje (11, 14). En individuel målrettet tilgang under en indlæggelse kan give patienterne en positiv oplevelse af håndtering og overblik over egen situation (15, 16).

### **Fase 2: Interviews af patienter der havde været i isolation**

De udvalgte artikler dannede grundlag for udarbejdelse af en interviewguide. Interviewguiden skulle anvendes til patienter, der havde været isoleret under indlæggelsen. Interviewguiden var semistruktureret og skulle give patienterne mulighed for at fortælle om deres oplevelse af isolationen, relationen til personalet, oplevelsen af indhold og mængde af information samt patientens oplevelse af støtte og opbakning til pleje og behandling (10-14).

Der blev gennemført fire telefoniske patientinterview. Patienterne blev rekrutteret på udskrivelsesdagen og afleverede et informeret samtykke. Patienterne skulle desuden skrive mobilnummer og hvilken dag og tidspunkt, det ville passe dem at blive interviewet. Inklusionskriterierne var, at patienterne havde været isoleret under indlæggelsen, velbevaret kognitiv funktion, kunne læse, forstå dansk og fyldt 18 år. Det var udskrivende sygeplejerske, der indhentede det informerede samtykke. Inklusionen og det informerede samtykke overholdt såvel Helinski-deklarationen, som de sygeplejeetiske retningslinjer (17, 18).

Cirka en uge efter udskrivelsen, ringede afdelingens kliniske sygeplejespecialist til patienterne for et interview. Alle interviews blev sammenskrevet og analyseret ifølge Kvale og Brinkmanns analysemetode for at få et overblik over patienternes oplevelse og undersøge, om der var en sammenstemmende oplevelse af isolation under indlæggelsen (19).

### **Resultat af analyse fra interviews**

Analysen af interviewene viste, at patienterne havde savnet oplevelsen af relation og nærvær. Patienterne anvendte ord som *"ensomhed, udvikling af triste tanker og påvirkning af humøret"*. Flere patienter havde haft svært ved at få tiden til at gå og havde brugt tiden på at kigge ud ad vinduet, gå lidt rundt på stuen, læse og se lidt TV. Flere patienter udtrykte et håb og ønske om, at plejepersonalet fremadrettet ville have fokus på patienternes livshistorie og værdier. En patient udtrykte: *"det kunne være dejligt at få mulighed for at italesætte sine menneskelige behov, og få mulighed for at få sine egne ting ind på isolationsstuen"*. En patient havde oplevet at, *"personalet var fåmælt" og "De var hurtige ude af stuen igen"*. En patient fortalte, at hun havde haft det så dårligt med sig selv og brugte ord som *"snavset og beskidt"*.

En uventet tilbagemelding fra interviewene var patienternes observationer af plejepersonalets varierende anvendelse af værnemidler. Flere patienter havde opfattet det som en personlig ting, da de ikke havde fået en forklaring på den varierende grad af værnemidler. En patient udtalte *"Som isolationspatient opfatter man sig selv som beskidt og smittefarlig. Derfor er det ikke rart at se noget personale komme ind med handsker og mundbind og andre med hele rumdragter, uden nærmere forklaring"*.

### **Fase 3: Udvikling af intervention**

Litteratursøgningen, interviewguiden og interviewene blev præsenteret for plejegruppen på et fællesmøde. Konsekvensen af den overensstemmelse, der var mellem litteraturen og egne fund, medførte at personalet umiddelbart ønskede at starte en række udviklingstiltag for at forbedre patienternes oplevelser og psykosociale forhold under en isolation.

Udviklingstiltagene fandt sted i 2016- august 2017 i et infektionsmedicinsk sengeafsnit på Kolding Sygehus, og arbejdede efter principperne for Plan-Do-Study-Act (PDSA) (20). Den specialeansvarlige sygeplejerske var gennemgående ved sparring og ændringer i interventioner. I forlængelse af et dagligt tværfagligt morgenmøde inden stuegang blev der gennemført en sparring imellem afdelingssygeplejersken, den specialeansvarlige og plejegruppen. Sparring tog udgangspunkt i en eller flere patientcase(s) fra en isolationsstue. Det kunne både være inden for det personcentrerede område eller det organisatoriske felt (se følgende 2 afsnit). Det kunne også være en kombination, hvor forslaget indeholdt ændringer til det organisatoriske for at få det personcentrerede til at fungere. Det kunne også handle om en succesfuld relationsdannelse, og hvordan den var etableret. Sparringerne kunne bekræfte tiltag, give anledning til nye tiltag, tilpasninger eller ophør med et tiltag.

### **Udvikling af den personcentrerede sygepleje**

Som noget af det første i selve udviklingsprocessen af den personcentrerede pleje, besluttede plejegruppen, at den specialeansvarlige skulle udarbejde et skema, der indeholdt anbefalinger og konkrete forslag til personalet. Skemaet skulle fungere som guide, så plejegruppen kunne imødekomme patienternes ønske om nærvær og fokus på eksempelvis værdier og eventuelle behov for at få nogle private ejendele ind på isolationsstuen. Den specialeansvarlige tog udgangspunkt i FoC, litteraturen og efterfølgende analyse af egne interview. Skemaet indeholdt også de organisatoriske aftaler, der var lavet i plejegruppen. Skemaet blev løbende tilpasset og versionsstyret og udleveret i papirform til alle medarbejdere for at sikre at alle havde den seneste version.

Efter aftale med afdelingssygeplejersken blev der udviklet en stjerne med et motiv i midten, hvor to personer giver hinanden hånden. Stjernen skulle fungere som nudging, og skulle hænge uden på døren til isolationsstuen for at gøre personalet opmærksom på, at her var en patient, der behøvede ekstra opmærksomhed og nærvær (billede 1).

Det endelige skema, stjernen, et isolationsskilt og retningslinjer for ophold på stuen blev afdelingens *"isolationsspakke"*, der skulle hænges på ydersiden af døren til isolationsstuen. Formålet var, at plejegruppen blev opmærksom på patientens behov for tid og rum til nærvær og relationsdannelse. Skemaet blev samtidig lavet om til et lommekort, så alle havde et eksemplar i deres lommebog til anvendelse ved behov.

### **Organisatoriske udvikling**

På lige fod med udviklingen af den personcentrerede pleje blev der også udviklet indenfor det organisatoriske område. Plejegruppen havde fra starten lavet en demokratisk



## Test af ny plejeform til isolationspatienten

Ud fra de interview der er gennemført, skal vi forsøge at teste nogle initiativer der kan tilgodese nogle af de behov som vores patienter har givet udtryk for de har haft under deres isolation

<b>Fordeling af patienter</b>	Der bør være minimum 2 personaler på gangen i de grupper hvor der er isolationspatienter
<b>Organisering af plejen</b>	Start vagten med at tilse isolationspatienten, så han/ hun mærker at der er opmærksomhed omkring dem.
<b>Sygepleje til isolationspatienten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Gennemfør en afstemmende samtale indenfor de første 24 timer med isolationspatienten der forventes at være isoleret mere end 5 dage.</li><li>■ Samtalen skal være motiverende og med udgangspunkt i patientens egne ressourcer og krav<ul style="list-style-type: none"><li>○ Informer patienten om hvad isolation er, og hvorfor han/ hun er isoleret.</li><li>○ Hvor længe isolationen foreløbig er planlagt til</li><li>○ Hvordan patienten skal forholde sig til hygiejnen</li><li>○ Hvordan personalet forholder sig til hygiejnen.</li><li>○ Informere om hvorfor vi er påklædt på forskellige måder i forhold til patientkontakten</li><li>○ Spørg patienten hvilke interesser de har og om det er muligt for patienten at lave den interesse under isolationen</li><li>○ Hvis patienten har behov for at få nogle ting ind, undersøge om de har mulighed for det. Det kan være de har en lydbog, noget strikkesøj, en bog, omdirigeret deres abonnement på avisen eller andet</li><li>○ Motiver patienten til at lave fysisk aktivitet, og tilbyd evt. at de kan få besøg af en fysioterapeut hvis de har interesse i det.</li><li>○ Undersøg inden samtalen, om patienten må gå udenfor for at få frisk luft, under skærpet omstændigheder.</li></ul></li></ul>

aftale om, hvordan strukturen, kulturen og processerne skulle være fremover (21). Det strukturelle bestod i at sikre, at alle kompetencer blev anvendt optimalt i afdelingen, og at plejegruppen fik fælles forståelse og kompetence til at varetage en veldokumenteret personcentreret sygepleje til patienterne i isolation (21). Plejegruppen ændrede på deres kultur for fordeling af patienter i og udenfor isolation, for at imødekomme en kompetent og faglig forsvarlig personcentreret sygepleje til alle indlagte i afdelingen (2, 6, 7, 21-23). Plejegruppen besluttede, at patienter i isolation skulle fordeles ligeligt mellem de tre grupper i afdelingen. Derved kunne den enkelte patient i isolation tilgodeses optimalt i forhold til de individuelle behov og problemstillinger, der måtte være (2, 6, 23). Der blev ikke skelnet mellem en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent, men derimod om der var mulighed for kontinuitet (21).

Kulturperspektivet handlede om værdier og normer i sygeplejen (21). Det betød, at der skulle være fokus på inddragelse, ligeværdigt samarbejde og den betydning kontinuitet i plejen har på relationsdannelsen (21, 24). Plejegruppen ønskede, at patienter i isolation fik gavn af deres beslutninger, så værdier og normer for inddragelse, ligeværdigt samarbejde og oplevelsen af kontinuitet blev registreret og værdsat af den enkelte patient (21, 24). Plejegruppen besluttede, at alle isolationspatienter skulle tilses som de første og sidste i hver vagt. I forbindelse med disse kontakter, fik patienten mulighed for at sige til, hvis de havde brug for hjælp eller andre ting, de ikke var i stand til at løse selv. Tilsynene blev også anvendt til at lave aftaler om hjælp til personlig hygiejne, eller hvad de ønskede til mellemmåltid/måltiderne. Fagligt blev tilsynene anvendt til at observere og reagere på patienternes habituelle tilstand.

Den organisatoriske udvikling havde også fokus på, hvordan plejegruppens samarbejde kunne være med til at frigive

ressourcer i plejegruppen for at optimere og øge mulighederne for en excellent plejen og omsorg (21).

Med baggrund i at flere patienter uafhængigt af hinanden spontant havde beskrevet, hvordan det havde påvirket dem, at plejepersonalet havde iført sig værnemidler i varierende grad uden at forklare hvorfor, blev det besluttet at ændre på denne kultur. Fremover skulle patienternes ønske om at blive informeret om plejegruppens anvendelse af værnemidler imødekommes ved hver kontakt. Plejegruppen fulgte sygehuset retningslinjer for værnemidler og informerede patienterne ud fra disse (25).

Det organisatoriske arbejde blev løbende udviklet og tilpasset parallelt med den personcentrerede pleje og interviewene med patienterne.

### Fase 4: Interviews af patienter der havde været isoleret

Sideløbende med interventionerne i udviklingsprocessen gennemførte afdelingens kliniske sygeplejespecialist nye interview med patienter, der havde været isoleret og plejet efter plejegruppens nye tiltag. De løbende interview skulle undersøge om patienternes oplevelser af isolationen ændrede sig i takt med, at personalet ændrede på deres organisering og pleje. I alt blev der interviewet 8 patienter. Interviewguide, proceduren for udvælgelse og inklusion var den samme som før udviklingsprocessen.

Hver gang en patient var blevet interviewet fik personalet tilbagemeldinger på det aktuelle interview. Derved var der mulighed for at få patientperspektivet inddraget i udviklingsprocessen og få ændret på pleje, organiseringen eller andet afhængig af om plejegruppen fandt det relevant (1, 21).

## Hvad sagde patienterne?

For at få et overblik over udviklingen i patienternes udvikling se skema 1 (Tabel 3). Nedenfor er tilbagemeldingerne beskrevet og inddelt i områder med inspiration af FoC (2, 6).

Professionel omsorg handler om at finde en balance mellem patientens oplevelse af nødvendig afhængighed og ønsket uafhængighed og et krav for at den enkelte patients oplevelse af anerkendelse som individ (23, 26, 27).

Interviewene igennem udviklingsprocessen viste en ensartet udvikling af patienternes oplevelse. Patienterne havde oplevede sig respekteret og involveret, de havde kunne bevare roen, håbet og mestret situationen (2, 6, 23). Flere udtalte, at de havde fået støtte og hjælp til de behov, hvor det havde været nødvendigt og oplevet uafhængighed, hvor det havde været relevant (23, 26). Det bekræftes i tilbagemeldinger som *"jeg fik mulighed for at lave lidt øvelser, og styrke musklerne"*, *"brugte tiden på noget jeg kunne lide at gøre"* eller *"Jeg fik NN til at hjælpe mig med et brusebad og få vasket hår. Det var så skønt og få det gjort, for jeg orkede ikke selv"*. Udtalelser der betyder, at når individuelle behov tilgodeses hos den enkelte patient, kan det medføre oplevelse af støtte, opbakning og velbefindende (23).

Flere udtalte, at det ikke havde påvirket dem at være alene på stuen bag en lukket dør. Nogle patienter forklarede det med, at deres værdier og behov for meningsfuld beskæftigelse var blevet imødekommet. En patient udtalte "det var rart at blive set, hørt og imødekommet som et menneske". Andre udtalte, at de havde haft en god snak med personalet eller havde fået pårørende til at komme ind med en bog og/eller I-Pad/radio/den daglige avis/computer eller andre personlige ejendele. Alt sammen noget der havde givet velvære (8).

Plejepersonalets fokusering på at individualisere information og anden form for involvering medførte, at patienterne havde oplevet, at de kunne bevare håbet og troen på bedring (9).

## Føle respekt, involveret, informeret og værdig

At formidle information og at skulle tage imod information kræver opmærksomhed, viden, individuel vurdering og tillid (6). Vellykket information kræver derfor høj faglig kompetence og evnen til forudseenhed for den enkelte patients situation og parathed til at tage imod information (6, 28, 29). Patienternes svar fortæller, at der blev skabt et rum til at drøfte tanker og bekymringer gennem dialog og information i forhold til den situation, de befandt sig i, og hvad de havde behov for (6, 28, 29). En patient udtalte, at plejegruppen *"havde en god forståelse for hvad det betød at være isoleret og have brug for at snakke, de var rigtig gode til at lytte"*. Udtalelsen giver indtryk af et ligeværdigt og aktivt samspil (8, 15).

Patienternes udtalelser efterlader et samlet indtryk af plejegruppens sygeplejefaglige kompetencer for at danne relation har været synlige og mærkbare (24, 30). Plejegruppen har opnået at få patienterne til at mestre en så uvant situation som isolation under en indlæggelse og samtidig

bevare sammenhængen og overblikket over sygdomsforløbet (5, 26, 28, 31).

Patienternes tilbagemeldinger på plejegruppens individuelle tilgang i forhold til information og samarbejde havde resulteret i, at patienterne havde oplevet en positiv kontakt, der var domineret af nærvær, opmærksomhed, mulighed for at stille spørgsmål og modtage meningsfulde svar. En patient udtalte, han havde haft en kontakt af sensitiv karakter, da patienten kunne *"mærke sygeplejerskens tro på snarlig bedring"*. Eller de to patienter, der udtalte *"Jeg fik så meget information, som jeg havde brug for. Jeg manglede ikke noget"* og *"NN var hele tiden opmærksom på mig, og om jeg havde brug for noget"*. Udtalelserne illustrerer en tydelig udvikling i plejegruppens udøvelse af kontinuitet og personlige tilgang, der har givet oplevelsen af tillid og empati (23). En patients udtalelse som *"... jeg fik mange gode snakke med plejepersonalet og de studerende. De havde altid tid til at snakke og lytte til en"* italesætter, hvordan både den ændret organisering, selvledelse og den personcentrerede tilgang har haft positiv effekt på patientens oplevelse af nærvær og omsorg, der i sidste ende kan fremme helbredelsesprocessen (2, 21, 23, 27).

## Læring fra det samlede projekt

**Udviklingsprocessen med en demokratisk tilgang** blev en succes både i forhold til patientperspektivet, den professionelle sygepleje og afdelingens procedurer. Plejegruppen lærte, at gennem anvendelse af den praksisnære tilgang fik alle medarbejdere en stemme og ved samtidig at inkludere patienternes perspektiv, virkede interventionerne meningsfulde for alle. Det bekræftede de interview, der efterfølgende blev gennemført med patienter, der havde været isoleret under indlæggelsen (3, 28, 29).

**Udviklingen af den personcentrerede pleje** bestod blandt andet af en afklaring af behov for og indholdet af interventioner i forhold personalets observationer, litteratursøgningen inden udviklingsprocessen og patientinterviewene. Plejegruppen lærte, at denne proces var effektiv i forhold til fælles forståelse og integrering af personcentret og individuel tilgang, eftersom patienterne under udviklingsprocessen tydelig italesatte og værdsatte plejegruppens professionelle væremåde (2, 9, 15). Desuden lærte plejegruppen, at teamsamarbejde og sparring kan have en afsmittende virkning i relation til sygeplejen og kontakten med patienterne. Dette blev bekræftet gennem patienternes tilbagemeldinger, hvor de havde haft oplevelsen af at personalet havde god tid, personalet lyttede, viste forståelse for det at befinde sig i isolation, at de havde fået mulighed for at anvende tiden på personligt relevante og betydningsfulde ting samt modtaget anvendelig information. Plejegruppen lærte videre, hvordan en fælles forståelse for en professionel tilgang kan optimere patienternes oplevelse af balancen mellem behov for støtte og omsorg, og hvornår og på hvilke områder patienterne selv mestrede dette. Alt sammen positive resultater, der kan gavne patienternes psykosociale helbred efter en isolation (10-14, 22, 32).

**De organisatoriske tiltag**, der blandt andet indeholdt en ændret plejeform, skemaet med forslag til interventioner på isolationsstuen, den daglige sparring og nudging

på døren ind til isolationsstuen, blev afstemt og integreret efter aftale med alle i plejegruppen, hvilket kan være årsagen til at disse tiltag fortsat er fastholdt (21).

**Personalets fokus på anvendelse og italesættelse af værnemidler** havde en positiv effekt på den faglige vurdering af hvornår, hvilke værnemidler er relevant i forhold til procedure og retningslinje (25). Patienternes reaktion var også positiv og flere havde oplevet det trygt, at personalet havde forklaret, hvorfor de var beskyttet, som de var. Denne del af udviklingsprocessen resulterede i, at afdelingen fik Sygehus Lillbælts hygiejnepris i 2018.

**Udvikling og fastholdelse af de gode tiltag** lærte plejegruppen, at fællesskab, medbestemmelse og aktionslæring er en positiv metode til at udvikle og fastholde en patientinvolverende kultur (1, 3, 33). Samtidig skal det pointeres, at det er hårdt arbejde, når nye medarbejdere starter i afdelingen, og de skal have indsigt og forståelse for resultatet af udviklingsprocessen og være tro mod fastsatte beslutninger, indtil der er en god begrundelse for at ændre på dette. Men med tålmodighed, pædagogik og rummelighed kan det også lykkes.

## Referenceliste

1. Duus G, Husted M, Kildedal K, Laursen E, Tofteng DMB. Aktionsforskning: en grundbog: Samfundslitteratur; 2012.
2. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. Defining the fundamentals of care. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(4):423-434.
3. Clemensen J, Larsen SB, Kyng M, Kirkevold M. Participatory Design in Health Sciences: Using Cooperative Experimental Methods in Developing Health Services and Computer Technology. *Qualitative Health Research.* 2007;17(1):122-130.
4. Lindskov A, Martinsen K. Kunsten at være langsom i det korte møde. *Asterisk* 2003; (12):[26-7 pp.]. [Internet] Available from: <https://dpu.au.dk/> . Tilgået 20.11.20.
5. Ekman I e. Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik.: 1. uppl. Stockholm: Liber; 2014. .
6. Sørensen EE, Bahnsen IBB, Pedersen PUP, Uhrenfeldt L. Sygepleje tilbage til det basale. *Fag & Forskning* 2017 ; (1): 52-57 Sygeplejefaglige artikler. 2017.
7. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2011;10(4):248-251.
8. Morse JM, Bottorff JL, Hutchinson S. The phenomenology of comfort. *J Adv Nurs.* 1994;20(1):189-95.
9. Delmar C. Professionel omsorg for patient og pårørende - hvor svært kan det være? *Klinisk Sygepleje.* 2013;27(2):8-20.
10. Gammon J. Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *Int J Nurs Pract.* 1998;4(2):84-96.
11. Gammon J. A review of the development of isolation precautions. *Br J Nurs.* 1998;7(6):307-10.
12. Jones D. How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients. *Nurs Times.* 2010;106(36):14-6.
13. Morgan DJ, Diekema DJ, Sepkowitz K, Perencevich EN. Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature. *Am J Infect Control.* 2009;37(2):85-93.
14. Oldman T. Isolated cases. *Nurs Times.* 1998; 94:11, 67-70.
15. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2011;10(4):248-51.
16. Riiskjær E. Patienten som partner. 1. udgave: Syddansk Universitetsforlag; 2014.
17. Sygeplejefaglige retningslinjer. Vedtaget af Dansk Sygeplejeråds kongres d. 20. maj 2014. [internet] <https://dsr.dk>. Tilgået 20.11.20.
18. World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects 2020 [Available from: <https://www.wma.net/> Tilgået 20.11.20.
19. Kvale S, Brinkmann S. Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave 1. oplag: Hans Reitzels Forlag, København; 2015.
20. Patientsikkerhed DSf. Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet. Version 1, oktober 2013.
21. Eldrup DS, Glasscock T. (red.). At lede sygepleje - sygeplejerskens virksomhedsområde. 1. udgave ed. København.: Gad; 2014.
22. Eldrup DS, Schrader AM. Organisering af sygeplejen. I: Eldrup DS, Glasscock T. (red.). At lede sygepleje - sygeplejerskens virksomhedsområde. 1. udgave ed. Kbh.: Gad; 2014, 153-177.
23. Uhrenfeldt L, Sørensen E, Bahnsen IB, Pedersen P, (editors). Sygepleje skal bygge på en stærk relation til patienten 2019.
24. Delmar C. Omsorg og ansvar som to sider af samme sag. *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 2018;4(3):322-329.
25. Afdeling SLM. Isolation - Supplerende infektionshygiejniske forholdsregler, Sygehus Lillebælt (intern dokument).
26. Delmar C. Beyond the drive to satisfy needs: in the context of health care. *Med Health Care Philos.* 2013;16(2):141-149.
27. Olsson LE, Karlsson J, Ekman I. The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *J Orthop Surg Res.* 2006;1:3.
28. Guldbrandsen P, Ofstad EH, Holmøy T, Vandvik PO. Pasientmedvirkning ved beslutninger om behandling. *Nor Legeforen* nr 17, 2014; 134: 1670 – 2. 2014.
29. Martinsen K. Filosofi og fortællinger om sårbarhet. *Klinisk Sygepleje.* 2012;26(2):30-37.
30. Delmar C. The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing Philosophy.* 2012;13(4):236-243.
31. Hansen FT. At stå i det åbne - dannelse gennem filosofisk undren og nærvær. København, Hans Reitzels forlag; 2008.
32. Morgan DL, Bottorff JL. Advancing our craft: focus group methods and practice. *Qual Health Res.* 2010;20(5):579-581.
33. Angel S. Narrativ tilgang. *Klinisk Sygepleje.* 2019;33(4):284-95.



**Af: Martin Mau, Ph.D.-studerende ved Institut for Psykologi, SDU, og Center for Anvendt Velfærdsforskning, UCL**

**Dorte Susanne Nielsen, Sygeplejerske og Professor i Sårbarhed ved Indvandrermedicinsk Klinik og Geriatrisk afdeling G, Odense Universitets Hospital og Syddansk Universitet.**

## Faglig artikel

# Når livet bliver et minde

### Indledning

Om end man med få spørgsmål kan screene for ensomhed blandt ældre, er det af flere årsager essentielt også at forstå mennesket bag. Håndteringen af ensomhed kan være svær, både for den ældre og for den sundhedsprofessionelle, og uden en bevidsthed om ensomhedens væsen risikerer vi at efterlade de ældre, der hvor vi fandt dem.

### Ældre og ensomhed

Selvom ældre med et langt liv bag sig har en historie, har de stadig, ligesom alle andre mennesker, et behov for at blive set som den, de er nu. Alderdommen er præget af situationer, der nødvendiggør ny forståelse af sig selv, og af de roller man indtager: børn der flytter hjemmefra, arbejdslivets afslutning, eventuelt tab af ægtefælle og ændring i boform til plejebolig eller lignende. Alderdommen er – blandt andet – karakteriseret ved tab og brud (1).

De brud som ældre kan opleve indebærer en risiko for ensomhed (2), typisk defineret ved en negativ oplevelse af diskrepans mellem de relationer man har, og de man ville ønske at have (3). I studier bruger man også betegnelsen "følelsen af at være uønsket alene" (4), hvilket cirka én ud af 10 over 75 år ofte føler (5). Ensomhed kan ikke defineres af personer rundt om den ældre, da det er et subjektivt fænomen. Det er muligt, at den ældre har både børn, børnebørn, er gift eller er en del af et aktivt socialt netværk og stadig er ensom.

Man kan skelne mellem tre typer af ensomhed og forbundethed: en intim, en relationel og en kollektiv (6). Som ældre er man i risiko for at opleve tab inden for alle tre områder. Forbindelsen til de intime relationer kan svækkes eller helt mistes til syg- eller alderdom; arbejdslivets ophør kan udtynde netværket, og endelig kan ens videre oplevelse af tilhørsforhold svinde ud fx i kraft af tab af funktionsevne.

### Normale – men smertefulde følelser

Et objektivt set manglende socialt netværk beskrives typisk som isolation. Det er væsentligt at skelne mellem objektiv isolation og subjektiv ensomhed (7). Det har givet overraskende små effektstørrelser i studier, hvor man har forsøgt at reducere den sociale isolation, fx ved at give mennesker flere muligheder for at mødes. Derfor vil en reduktion af social isolation ikke nødvendigvis reducere oplevelsen af ensomhed (8). En række studier illustrerer endda, at selvoplevet isolation, en betegnelse der bruges synonymt med ensomhed (9), er en bedre prædikator for en række negative helbreds konsekvenser end faktisk social isolation (7).

I tillæg til at ensomhed er udbredt blandt ældre, er sundhedsrisiciene forbundet med ensomhed blandt ældre alvorlige og sammenlignelige med rygning og overvægt (10). Blandt ældre kan ensomhed være en risikofaktor for udviklingen af depression (11) og være medvirkende faktor i forhold til reduktion af kognitive færdigheder (12) og udviklingen af demens (13). Longitudinelle studier viser, hvordan ensomhed reducerer levetid (9). De tilfælde, der især kræver opmærksomhed, er, hvor ensomheden ikke er forbigående men bliver langvarig eller kronisk.

Menneskets fundamentale behov for at høre til præger både fysisk og psykisk helbred. Ensomhed er i sig selv normalt. Men trods dets normalitet er det ikke noget, der bør negligeres, dels af menneskelige årsager, dels jævnfør de helbreds mæssige implikationer det kan afstedkomme.

Ensomheden blandt ældre kan være svær at håndtere. På den ene side er det en særdeles present problemstilling, som ofte betragtes som en normal tilstand som følge af alderdommens naturlige tab; på den anden side er der tale om et subjektivt fænomen, som ikke let lader sig afhjælpe (8). I studier har man søgt at adressere sociale færdigheder,

kognitive forhold eller øge ensommes sociale kontakt (8). På baggrund af fraværet af klare effekter anbefales det i stedet i højere grad at fokusere på de behov, der findes inden for specifikke grupper (14).

### At være en minoritet i samfundet

Ældre med anden kulturel baggrund og med manglende dansk kundskaber er i risiko for at blive særlig sårbare og opleve svær ensomhed. Dansk kundskaber bliver en betingelse for deltagelse, som, hvis fraværende, kan medføre isolation og udfordre samværet med jævnaldrende ældre i hjemmet, i aktivitetscenter og i andre sociale væresteder (15). At være forbundet med andre mennesker kan ses som rammen om selvet og ens selvforståelse; fjernes rammen, udvandes personen (9). Ældres selvforståelse skabes i en social og kontinuerligt fortløbende proces, og derved kan den isolation mange ældre med minoritetsbaggrund oplever blive særlig udfordrende.

Ældres sprogbarrierer bliver ligeledes udfordret i de nære familiestrukturer. Mange unge nydanske familier tilegner sig dansk som et fælles indbyrdes sprog. Dette udfordrer samværet mellem generationer, hvor ældre, som kun taler modersmålet, mister muligheden for at dele deres tanker, følelser, bekymringer og glæder. Den ældre er derfor i risiko for at blive ensom trods et intakt objektivt netværk (16). Ydermere kan flugt fra krig, vold eller andre traumatiske eller voldsomme begivenheder fjerne de ressourcer, det kræver at tilegne sit et nye sprog og indgå som et aktivt medlem af en ny kultur.

Sprogbarriererne kan ligeledes være en forhindring i forhold til, at den ældre får en professionel og kulturel tilpasset faglig støtte, pleje og behandling. Der er behov for plejepersonale, der behersker en særlig medmenneskelig og kulturel kompetent tilgang til de ældre, for at ensomhed bliver anerkendt som en følelse, der har betydning for det enkelte menneskes selvværd, følelsesliv samt fysiske og sociale tilstand.

Inden for sundhedsvæsenet kan den meningsfulde relation og emotionelle støtte, som nogle ensomme savner, være udfordret (14, 17). Travlhed og italesættelse af travlhed kan udfordre muligheden for at dedikere den opmærksomhed, der skal til for at se det enkelte menneske (18).

Selvom ensomhed ikke er en diagnose, er det nødvendigt at tage professionel hånd om ensomhedsfølelsen og identificere, italesætte og anerkende den ældres oplevelse af ensomhed. Imperativet for de ensomme ældres omgivelser kan formuleres ved Løgstrups etiske fordring:

*'Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre, uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt – en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være så forfærdende meget, så det simpelt hen står til den enkelte, om en andens liv lykkes eller ej.'* (19)

### Referencer

1. Schröder-Butterfill E, Mariani R. A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing & Society*. 2006; 26 (1):9-35.
2. Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. The complexity of loneliness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2018; 89 (2):302-314.

3. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*. 1981; 3:31-56.
4. Platz M. Et ældreliv i ensomhed? Hellerup: Gerontologisk Institut; 2005.
5. Sundhedsstyrelsen. Den nationale Sundhedsprofil. Sundhedsstyrelsen; 2013.
6. Hawkley LC, Gu Y, Luo Y, Cacioppo JT. The mental representation of social connections: Generalizability extended to Beijing adults. *PloS one*. 2012; 7 (9):e44065.
7. Cacioppo JT, Fowler JH, Christakis NA. Alone in the crowd: the structure and spread of loneliness in a large social network. *J Pers Soc Psychol*. 2009; 97 (6):977-991.
8. Masi CM, Chen H, Hawkley LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*. 2011; 15 (3):219-266.
9. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*. 2010; 40 (2):218-227.
10. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*. 2010; 7 (7):e1000316.
11. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*. 2010; 25 (2):453-463.
12. Tilvis RS, Kähönen-Väre MH, Jolkkonen J, Valvanne J, Pitkala KH, Strandberg TE. Predictors of cognitive decline and mortality of aged people over a 10-year period. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2004; 59 (3):M268-74.
13. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64 (2):234-240.
14. Victor C. An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course. London: What Works Centre for Wellbeing; 2018.
15. Ældre med anden etnisk baggrund: viden og inspiration til indsats. Odense: ÆldreForum; 2013.
16. Nielsen DS, Minet L, Zeraig L, Rasmussen DN, Sode-mann M. "Caught in a generation gap": a generation perspective on refugees getting old in Denmark—a qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*. 2018; 29 (3):265-273.
17. Hombrados-Mendieta I, García-Martín MA, Gómez-Jacinto L. The relationship between social support, loneliness, and subjective well-being in a Spanish sample from a multidimensional perspective. *Soc Indicators Res*. 2013; 114 (3):1013-1034.
18. Toubøl A, Moestrup L, Ryg J, Thomsen K, Nielsen DS. "Even Though I Have Dementia, I Prefer That They Are Personable": A Qualitative Focused Ethnography Study in a Danish General Hospital Setting. *Global Qualitative Nursing Research*. 2020; 7:1-11.
19. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Gyldendal; 1956.

# Boganmeldelser



## Bariatri i et tværfagligt perspektiv - forebyggelse og behandling af svær overvægt

Forfattere: Jette Ingerslev & Andreas Printzlau (red.) 1. udgave 2016, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 423 sider.

**Anmeldt af: Dorthe Greve Jørgensen, koordinerende sygeplejerske MPH, Gastroenheden Amager/Hvidovre Hospital**

Bogen "Bariatri i et tværfagligt perspektiv – forebyggelse og behandling af svær overvægt" er skrevet af 20 forfattere, som alle har stor indsigt og erfaring med at arbejde med mennesker/patienter med svær overvægt. I bogens indledning redegøres for det store sundhedsproblem "svær overvægt" er, set i relation til medicinske og kirurgiske lidelser samt de psykiske, sociale og samfundsmæssige problemer, svær overvægt skaber. Rammerne for at yde den bedste indsats gennemgås i "Bariatri-modellen" hvor organisering, baggrundsviden og uddannelse, håndtering og forflytning, hjælpemidler og fysiske rammer, etik og kommunikation er vigtige parametre at forholde sig til i de enkelte kommuner og hospitaler. Med bogen ønsker forfatterne at samle den aktuelle viden i forhold til forebyggelse og behandling af svær overvægt således, at den tværfaglige arbejdsindsats samlet kan styrkes. Gennemgående for bogens kapitler er, at det er forfatternes hensigt at holde fokus på patientperspektivet og den tværfaglige tilgang til problemerne.

Bogen er opbygget i fem overordnede temaer:

- Del I: Primær forebyggelse; hvordan kan stigningen i antallet af svært overvægtige standses.
- Del II: Sekundær forebyggelse; identifikation af risikopersoner og tidlig opsporing.
- Del III: Behandling af svær overvægt; hvilke metoder er der evidens for.

- Del IV: Hvad sker der efter stort vægttab fysisk og psykisk og hvad kan plastikkirurgi tilbyde.
- Del V: Patientfortællinger.

Under hvert overordnet tema er der underafsnit, som ved hver begyndelse indeholder en "blå kasse", som kort redegør for, hvad afsnittet vil omhandle. Hvert afsnit afrundes med en kort opsummering, som gør bogen meget anvendelig som opslagsbog.

Som koordinerende sygeplejerske indenfor fedmekirurgi samarbejder jeg dagligt med både patienter, pårørende, studerende og tværfaglige personalegrupper. Her er bogen et godt bud på et opslagsværk, hvor det er meget overskueligt at finde evidensbaseret viden om specifikke bariatriske problemstillinger, og som bør stå i bogreolen i de bariatriske teams. Noget af baggrundslitteraturen er dog af ældre dato, og som læser, skal man være opmærksom på, at der findes nyere litteratur omhandler flere af bogens emner fx "cancer og svær overvægt". Bogen beskriver samtidig hvor kompleks og svær indsatsen mod svær overvægt er, og hvor vigtigt det er at samarbejde tværfagligt om - og med denne problematik.

Bogen indfrier forfatternes ønske om at henvende sig til sundhedsprofessionelle og faggrupper, som arbejder med svært overvægtige børn, unge og/eller voksne.

## Kropspleje – Personlig hygiejne.

Forfattere: Britta Hørdam, Rikke Volmer Brandsen og Lis Horstmann Nøddeskou. FADLS Forlag, 2020.

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

En af de absolut vigtigste opgaver i sundhedsvæsenet er bl.a. at bidrage til forebyggelse af sygdom. Både ude i samfundet, i primærsektoren og på hospitalerne ved, at personalet har et solidt kendskab til smitte samt overholder de generelle infektionshygiejniske retningslinjer herunder korrekt håndhygiejne. Hver gang man forebygger en infektion, har man derfor skånet et menneske for større eller mindre lidelse og måske endda reddet et liv.

Bogen "Kropspleje – Personlig hygiejne" er en quickguide, som alle ansat inden for hjælpeprofessioner med fordel kan læse og anvende i forbindelse med deres daglige virksomhed. Bogen er lille og lige til at have i lommen og har i disse tider god berettigelse, ikke i mindst pga. den nuværende pandemi med coronavirus. Den er baseret på nyeste forskning fra pleje- og behandling af patienter fra bl.a. medicinsk afdeling i Køge samt Frederiksberg hjemmepleje. Bogen tager afsæt i det historiske perspektiv for den grundlæggende sygepleje herunder personlig hygiejne og viden om hud, hår og negle samt etiske overvejelser i forhold

til kropspleje. Herudover kan den anvendes som værktøj forud for klinisk beslutningstagen i forbindelse med pleje- og behandling af borgere og patienter. Dette på baggrund af POMI-modellen, som er baseret på teoretiske overvejelser og velegnet, når respekten for patienternes selvvalgte helbredsstatus og patientinvolvering er grundlaget for observationer og skal understøttes med respektfuld intervention.

Som underviser på sygeplejerskeuddannelsen i bl.a. mikrobiologi, kan jeg ikke understrege vigtigheden af viden om hygiejne nok, især når man arbejder med syge mennesker med et oftest svækket immunforsvar. Desuden kan vi ved at forbedre hygiejnen forebygge spredningen af bl.a. resistente bakterier (især hospitalshygiejnen) og dermed øge kvaliteten af behandlingen og patientsikkerheden. En meget velskrevet bog inden for kropspleje og personlig hygiejne.





## Den gode den onde og den virkelig velmenende hjælper Om at sætte grænser i professionelt hjælpearbejde

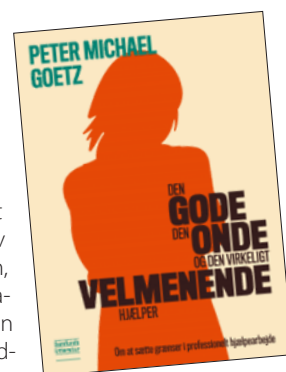
Af Peter Michael Goetz. Samfundslitteratur, 2020.

**Anmeldt af: Nausheen Christoffersen, Adjunkt, cand.cur., Professionshøjskolen Absalon, Sygeplejerskeuddannelsen,**

En yderst velskrevet og relevant bog som italesætter en aktuell tendens og problematik velkendt af mange, som arbejder inden for hjælpeprofessioner. Det gælder især sygeplejersker, der så gerne vil hjælpe andre, og som derfor ofte oplever at stå med opgaver, som de egentlig ikke burde varetage. I hjælpeprofessioner kan man således ofte opleve at få overskredet sine grænser og derved påtage sig opgaver, som man ikke har ressourcer, tid eller kompetencer til. Lige pludselig kan det at ville hjælpe andre således blive meget svært at håndtere. Det er et dilemma, som jeg som sygeplejerske fra klinisk praksis, og som underviser, sagtens kan genkende. Bogen bidrager netop med viden om, hvordan man som engageret hjælper sætter ord på sine oplevelser og arbejds erfaringer og omsætter disse til at styrke sin faglige identitet og professionspraksis. Bogen er herudover relevant for sygeplejersker, der er ansat i stillinger med både klinik og udviklings- og forskningsopgaver. Jeg har selv varetaget en sådan stilling, hvor jeg både havde dage i klinikken og dage afsat til udviklings- og forskningsopgaver. Dilemmaet var, at jeg også samtidig forventedes at skulle bistå ved eventuel sygdoms melding blandt

kolleger, travlhed mv. Som en velmenende hjælper befandt jeg mig således ofte i et dilemma, hvor den gode vilje til tider ikke syntes at række, og hvor jeg endte med at stå i et kaos af mange modsatrettede krav og alt for mange opgaver i et, i forvejen, presset offentligt system. For mig var årsagerne dengang svære at få øje på, og bogen er med til at give et signalement af de faldgrupper, jeg befandt mig i dengang.

Bogen er inddelt i tre dele. Bogens første del belyser, hvordan ens egne forventninger til hjælperollen kan udfordre grænsesætningen. Del to omhandler andres forventninger og udfordringer ift. grænsesætningen, og den sidste del giver praktiske forslag til, hvordan man kan skabe de nødvendige rammer for at opdage grænseproblematikker og håndtere dem professionelt



# Landskonference 2021

16.3.2021 -

**Personcentreret praksis**  
**Hotel Scandic • Ved ringen 2 • 4000 Roskilde**

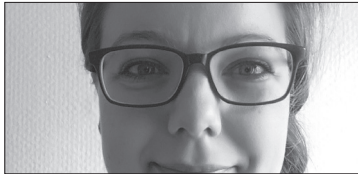


# Bestyrelsen



## Formand

Annesofie Lunde Jensen, RN, ph.d  
Klinisk sygeplejespecialist  
Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA  
Aarhus Universitets Hospital  
[annesjen@rm.dk](mailto:annesjen@rm.dk)



## Næstformand og webansvarlig

Julie Duval Ph.d. - studerende, Cand.Cur.  
Sygepleje og Sundhed, Institut for Folkesundhed  
Aarhus Universitet  
[julieduval@ph.au.dk](mailto:julieduval@ph.au.dk)



## Kasserer

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



## Bestyrelsesmedlem

Jeanette Rasmussen, RN, cand. cur.  
Udviklingssygeplejerske  
Plejeboliger & Dagcentre Social & Sundhed, Gentofte Kommune  
[jera@gentofte.dk](mailto:jera@gentofte.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Lotte Evron, RN, ph.d.  
Lektor  
Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser  
Københavns Professionshøjskole  
[loev@kp.dk](mailto:loev@kp.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Laila Twistmann Bay, RN, cand. scient. san  
Ph.d. studerende  
Reumatologisk afdeling  
Odense Universitetshospital  
[laila.t.bay@rsyd.dk](mailto:laila.t.bay@rsyd.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Carrinna Aviaja Hansen, Klinisk sygeplejespecialist,  
sygeplejefaglig forskningsleder i Ortopædkirurgisk  
afdeling Sjællands Universitetshospital, Køge

Find os på facebook



## Suppleant

Gitte Susanne Rasmussen, Klinisk Specialist, Cand. Cur.,  
ph.d. i sundhedsvidenskab på hudafdelingen,  
Aarhus Universitetshospital

Find os på LinkedIn



## Suppleant

Tina Riekehr Bjerre, klinisk  
udviklingsygeplejerske og uddannelsesansvarlig,  
Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitets Hospital i Roskilde

Find "Forstyrrelsen på ISSUU.com

