

## SIDE 5

FAGLIG  
ARTIKEL

En teori-guidet undervisnings- og refleksionsmodel – et redskab til at fremme excellent sygepleje

## SIDE 11

VIDENSKABELIG  
ARTIKEL

"Det har ændret mit liv fuldstændigt"  
En fortælling om at tage vare på sig selv og andre under et langvarigt forløb med COVID-19

## SIDE 16

FAGLIG  
ARTIKEL

At være en "dobbelt-minoritet" i det danske sundhedsvæsen gør mennesker "dobbelt-sårbare"

## SIDE 20

FAGLIG  
ARTIKEL

Inddragelse af patienter i pleje og behandlingsforløb sundhedsvæsenet – en forventning og er det muligt?



03  
2021

**SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT**

# forstyrrelsen



**KEEP SOCIAL DISTANCE  
AND WEAR MASK**



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



## Indholdsfortegnelse

Leder .....	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen .....	s. 4
Faglig artikel: En teori-guidet undervisnings -og refleksionsmodel – et redskab til at fremme excellent sygepleje .....	5
Videnskabelig artikel: "Det har ændret mit liv fuldstændigt" En fortælling om at tage vare på sig selv og andre under et langvarigt forløb med COVID-19 .....	11
Faglig artikel: At være en "dobbelt-minoritet" i det danske sundhedsvæsen gør mennesker "dobbelt-sårbare" .....	16
Faglig artikel: Inddragelse af patienter i pleje og behandlings- forløb sundhedsvæsenet – en forventning og er det muligt? .....	20
Stafetten .....	23
Klommen .....	24
Boganmeldelser .....	s. 26

# Fagbladet Forstyrrelsen

## Redaktionsgruppen



**Lotte Evron,**  
Lektor ved Institut for Sygeplejerske-  
og Ernæringsuddannelser,  
Københavns Professionshøjskole  
og ekstern lektor, Sektion for Syge-  
pleje, Aarhus Universitet,  
loev@kp.dk



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



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



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

## forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

Fagbladet Forstyrrelsen udgives af overstående redaktørgruppe på vegne af Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning. Bladet udkommer tre gange årligt - marts, juni og november. Artikler modtages løbende til mail: [thst@regionsjaelland.dk](mailto:thst@regionsjaelland.dk)

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

Redaktionsgruppen forholder sig ret til at afvise artikler eller bede om revision. Artikler skal 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: 380 stk.

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com





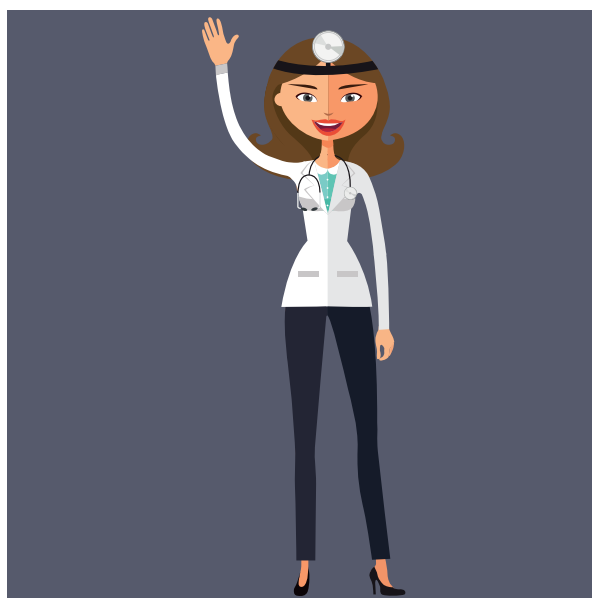
## LEDER

### Afslutninger og nye begyndelser

Dette er min sidste leder som chefredaktør på Forstyrrelsen. Jeg vil først og fremmest sige tak til redaktionsgruppen og bestyrelsen for fem gode år i redaktionen (og i bestyrelsen) og næsten lige så mange gode år ved roret af tidsskriftet Forstyrrelsen. Det har været en fornøjelse sammen med den øvrige redaktionsgruppe at være med til at: publicere resultater fra store og små projekter rundt om i landet, give feedback til øvede skribenter, vejlede og støtte nye skribenter gennem deres artikelskrivningsproces, og til sidst efter flere måneders arbejde at samle det enkelte nummer til et blad med flotte artikler, faste indslag som Stafetten, boganmeldelser, Klummen og meget mere. Gennem de sidste år har vi haft et øget fokus på kvalitet og publikation af artikler relateret til gode udviklingsprojekter i praksis. Den udvikling fortsætter redaktionen med og det vil I høre mere om i 2022. Fremover vil lederen blive skrevet på skift af medlemmerne af redaktionsgruppen. I dette nummer har vi både en videnskabelig og tre faglige artikler fra forskellige praksisser og sites rundt i Danmark, hvor faglige sygeplejersker arbejder. Først præsenterer Mette Stie og Bodil Winther, fra Sygehus Lillebælt, en teori-guidet undervisnings- og refleksionsmodel som et redskab til at fremme excellent sygepleje i klinisk praksis. Det teoretiske grundlag for modellen bygger på solide sygeplejeteorier og gennem gode eksempler fra egen praksis, viser de, hvordan modellen kan anvendes til at fremme kvaliteten af sygepleje i andre sygeplejefaglige settings. Dernæst giver Ingrid Charlotte Andersen, Charlotte Simonj og Nina Nissen fra Region Syddanmark os et dybdegående indblik i hverdagslivet med senfølger efter et langvarigt forløb med COVID-19. Forfatterne har udvalgt en eksemplarisk case. Der er teoretisk fokus på egenomsorg og kompleksiteten af det at skulle tage vare på sin egen krop, på sig selv og andre under konstant forandring. Anders Valentin Johansen, Laila T Bay, Dorthe S Nielsen beskriver, hvordan personer med LGBT+ og flygtningebaggrund kan ses som "dobbelt-minoriteter" i det danske sundhedsvæsen. Gennem cases viser de, hvordan disse to minoritetsbaggrunde gør bestemte mennesker dobbelt-sårbare. De peger også på nye politiske tiltag, der kan hjælpe gruppen til bedre sundhed. Forfatternes håb er, at sygeplejerskers og andre sundhedsprofessionelles LGBT+ og kulturelle kompetencer styrkes på tværs af sundhedssektoren. I den sidste artikel diskuterer Kim Jørgensen inddragelse af patienter ud fra forskellige politiske perspektiver og modperspektiver. Hans konklusion er, at for at sikre den bedste behandling for patienter, er det nødvendigt

at anerkende patientens stemme på lige fod med den medicinske stemme. Vi skal lytte til synspunkter og argumenter, hvad enten de adresseres af den evidensbaserede verden eller den erfaringsbaserede verden, er hans pointe.

Birgitte Lerbæk afslutter sin beretning om ph.d.-forløbet i den sidste klumme om processen. Hun er hudløst ærlig, og vi ved fra feedback fra læsere, at hendes beretninger har inspireret og hjulpet andre ph.d.-studerende til at tænke deres forløb igennem. Efter Klummen starter Birgitte en ny serie op med interviews af bestyrelsesmedlemmer, der starter i næste nummer. Vi har fire friske boganmeldelser. Vi håber at de og/eller nogle af de tidligere boganmeldelser kan inspirere til læsning af mange bøger i jeres (måske) ferie mellem jul og nytår. I midten af bladet finder du Stafetten, hvor du møder du Kirstine Aakerlund Rosendal. For mig er det tid til at give stafetten videre. Jeg ønsker jer alle en dejlig december med familie, venner og kollegaer samt et positivt nytår med masser af glæde og sundhed. Vi ses måske til nogle af de mange aktiviteter, der foregår i FS32-regi.







**Mette Stie, Klinisk Sygeplejespecialist og Ph.d. studerende<sup>1,2</sup>, mette.stie@rsyd.dk**

**Bodil Winther, tidligere Klinisk Sygeplejespecialist<sup>1</sup> og cand.cur.**

<sup>1</sup>Onkologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Syddansk Universitetshospital, Beriderbakken 4, 7100 Vejle, Danmark

<sup>2</sup>Institut for Regional Sundhedsforskning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, Odense, Danmark.

## Faglig artikel

# En teori-guidet undervisnings -og refleksionsmodel – et redskab til at fremme excellent sygepleje

### Abstract

**Baggrund:** I Onkologisk Afdeling på Sygehus Lillebælt er ambitionen, at patienter og pårørende skal modtage excellent sygepleje. Det fordrer, at sygeplejersker kan vurdere og reflektere over kliniske situationer ud fra et teoretisk perspektiv.

**Formål:** For at fremme den excellente sygepleje er en teori-guidet undervisnings -og refleksionsmodel udviklet og implementeret.

**Resultat:** Sygeplejerskernes refleksionskompetencer er udviklet og de har fået en udvidet og mere nuanceret forståelse af, hvad det vil sige at være patient med behov, problemstillinger, bivirkninger, symptomer og livsfænomener, der knytter sig til et kræftbehandlingsforløb.

**Konklusion:** Systematisk brug af en teori-guidet refleksions- og undervisningsmodel kan fremme udøvelse af excellent sygepleje.

**Nøgleord:** Excellent sygepleje, refleksion, teori, undervisning

### Baggrund

Denne artikel beskriver en teori-guidet undervisnings- og refleksionsmodel, som er udviklet, afprøvet og implementeret i Onkologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt (SLB) i perioden 2017-2020. Modellen har afsæt i SLBs vision om at sætte patienten først [1], den Sygeplejefaglige Reference-ramme [2] samt Strategien for Udvikling af Sygeplejes mål om at udøve excellent sygepleje [3]. Helt centralt for den

excellente sygepleje er, at patienten oplever velvære [4-8]. Velvære er en individuel, ubevidst kropslig, emotionel og eksistentiel fornemmelse, som patienten først bliver opmærksom på, når den ikke er tilstede. Patienten oplever vitalitet og livsmod og er i stand til at håndtere hverdagslivet med sygdom, lidelse og behandling. Patienten er ligeledes tilstede i nuet og kan give slip på det, der er uden for vedkommendes magt. Velvære er en tilstand, hvor patienten for en tid, helt eller delvist glemmer kroppen, fordi kroppen er tavs [9]. Patientens velvære er og har altid været en hjørnesten i sygeplejen [4, 8-10]. Derudover beskrives excellent sygepleje som en sygepleje, hvor patienten og dennes pårørende bliver mødt med en personcentreret tilgang [11-13]. Det vil sige, at de betragtes som unikke mennesker med egne livshistorier, værdier, præferencer, overbevisninger, fysiologiske, psykosociale behov, problemer, udfordringer og eksistentielle livsfænomener. Excellent sygepleje forudsætter således, at sygeplejersken indgår i en relation med patienten, hvor hun ved sit sansende nærvær og sin erfaringsbaserede og teoretiske viden er i stand til, sammen med patienten, at indkredse præcis den sygepleje, der er brug for i den konkrete situation [14]. Sygeplejerskens evne til at udøve det faglige skøn har dermed afgørende betydning for, hvorvidt den sygepleje, der udøves, er excellent [15, 16]. Med henblik på at fastholde og udvikle sygeplejerskers kompetence til at udøve det sygeplejefaglige skøn og dermed excellent sygepleje, har vi udviklet og implementeret en teori-guidet undervisnings- og refleksionsmodel. Modellen er baseret på sygeplejefaglig teori og antagelsen er, på linje med Wackerhausen, at teori-guidet refleksion åbner for nye og nuancerede forståelser af konkrete kliniske situationer [17-19]. Litteraturen viser imidler-

tid, at såvel nyuddannede som erfarne sygeplejersker kun i ringe grad baserer deres sygepleje på sygeplejeteori. Afsættet er i højere grad opgave- og effektivitetsorienteret med reference til erfaringsbaseret viden [20-22]. Formålet med undervisnings- og refleksionsmodellen har derfor været at udvikle sygeplejerskernes kompetencer i at reflektere over klinisk praksis med afsæt i teori. Vores antagelse er, at sådanne kompetencer bidrager til udøvelsen af excellent sygepleje.

### En teori-guidet undervisnings- og refleksionsmodel

Modellen har et kropsfænomenologisk-, et livsfænomenologisk - et relationelt samt et reflektorisk perspektiv. Nedenfor beskrives modellens elementer.

#### Fænomen

Fænomenet er det emne, problemstilling, udfordring eller oplevelse, som undervisningen tager afsæt i og relaterer sig til grundlæggende - og specialiseret sygepleje til patienter med kræft. Fænomenet beskrives ud fra relevante teorier. F.eks. vil fænomener som kvalme, obstipation, diarré, ernæringsproblemer beskrives ud fra et fysiologisk og biologisk perspektiv. Mens fænomener som sorg og triste tanker beskrives ud fra et psykologisk, et eksistentielt og/eller et sociologisk perspektiv.

#### Kroppens udtryk

For at få en forståelse af, hvordan fænomener som f.eks. kvalme, smerte, sorg osv. kommer til udtryk og opleves i kroppen er professor emeritus Janice Morses teori om kropslige udtryk i forbindelse med sygdom, tilskadekomst

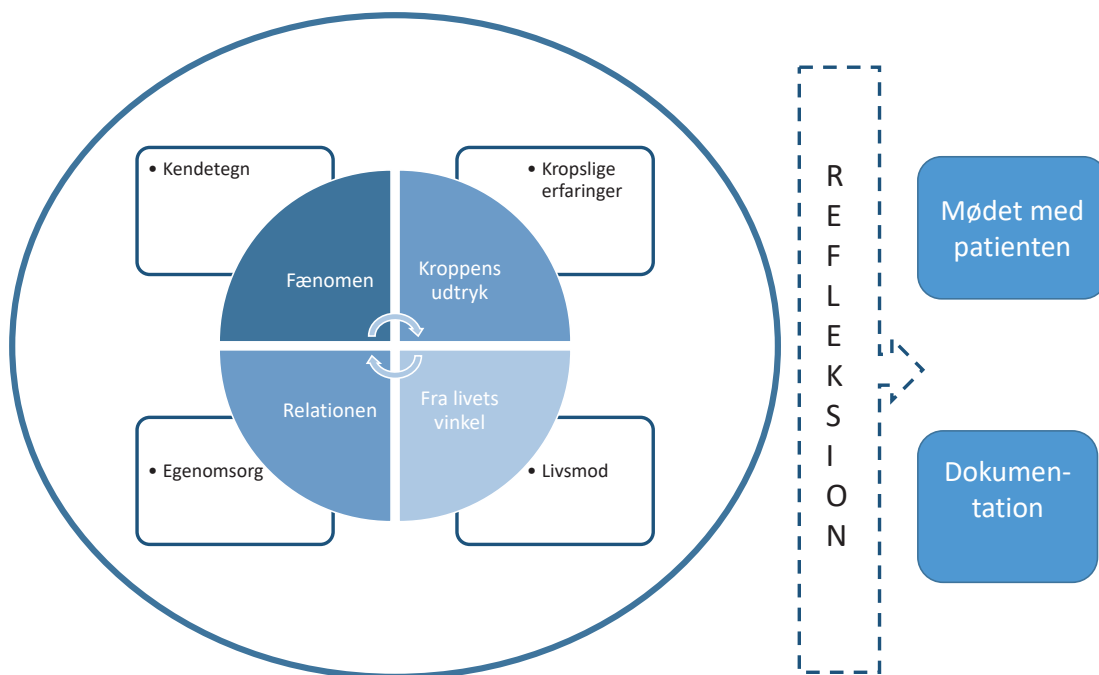
og behandling valgt. Teorien har et kropsfænomenologisk perspektiv på, hvordan mennesket kropsligt oplever at være syg, føle ubehag, velvære osv. Med afsæt i Merleau Ponty argumenterer Morse for, at vi ikke lægger mærke til vores krop, medmindre der er noget, der f.eks. gør ondt eller ikke fungerer. Ved sygdom taber kroppen sin tavshed og de kropslige udtryk sender signaler om patientens tilstand, som sygeplejersken skal være opmærksom på [9].

Morse identificerer otte kropslige udtryk og viser, hvordan den biologiske og den sociale krop er sammenflettet i komplekse oplevelsesmæssige mønstre. Til den biologiske krop knytter sig kropslige oplevelser af f.eks. traume eller biokemisk ubalance, og disse oplevelser påvirker og er påvirket af den sociale krop – altså den måde hvorpå mennesket føler, tænker og agerer. Som udgangspunkt vil mennesket ofte selv forsøge at opnå velvære, men patienter har ofte brug for sygeplejerskens støtte i forhold til at opnå velvære. Målet med sygepleje er netop, ifølge Morse, at fremme patientens velvære og kræver, at sygeplejersken kan indkredse og identificere patientens velvære eller mangel på samme, som viser sig i kropslige udtryk [9]. De kropslige udtryk og forudsætninger for at opnå kropsligt velvære er beskrevet i Tabel 1.

Fra livets vinkel - livsmod

Professor Charlotte Delmars teori om livsfænomener og livsmod er inddraget med henblik på at studere fænomener som f.eks. kvalme og smerter fra livets vinkel. Delmar har vist, at sygepleje handler om mere end at behandle sygdom og pleje af de fysiologiske og psykologiske sympto-

## EXCELLENT SYGEPLEJE



Kroppe	Udtryk	Baggrund/konsekvens	Velvære
Når kroppen er urolig	Kroppen bliver rastløs og urolig	Patienten kan være bekymret for om han har fået et tilbagefald af sygdommen.	For at opnå velvære skal patienten have vished for, hvad der sker i kroppen.
Når kroppen er ulydig	Mister mulighed for at styre sine handlinger og mulighed for at skabe sit eget liv.	Patienter med kronisk diarre efter strålebehandling eller kemoterapi	For at opnå velvære må personen forsones sig med den ulydige krop for en tid eller for altid Det kan kræve at man kompenserer f.eks. ved at ændre livsstil.
Når kroppen er sårbar	Forventninger om kommende ubehagelige oplevelser kan få så meget tag i en, at man føler sig overvældet, kraftsløs og sårbar.	Frygten for ubehag ved forstående behandling kan forstørres og patienten fokuserer på det værste tænkelige. Det kan fremstå som en overreaktion, men er blot udtryk for sårbarhed. Dette ses f.eks. når patienter har forventningskvalme.	Patienten forsøger at beskytte sig selv ved at tage sine forbehold og undgå at provokere yderligere ubehag. Søger mod trygge hænder for at opnå velvære
Når kroppen er krænket	Sundhedspersonale invaderer patientens krop og overskrider grænser for intimitet og stiller kroppen til offentligt skue.	Tab af værdighed, hvor patienten kan føle forlegenhed og vrede. Patienter kan også opleve at noget er pinligt, f.eks. hvis der tales om patientens angst, afføring i det offentlige rum	For at opnå velvære forsøger patienten at distancere sig.
Når kroppen er udholdende	Nogle gange er lidelse uundgåelig, og der er ikke andet at gøre end at holde ud.	Patienten kan opleve at kroppen drænes for energi og at horisonten indsnævres. Dette ses f.eks. ved smerter og træthed	Patienten søger trøst og lindring ved at rette opmærksomheden mod ting i omgivelserne, der kan give styrke til at udholde og vente på lindring.
Når kroppen resignerer	Sygdom og traumer kan medføre varig forandring, hvor intet kan bringe kroppen tilbage i vanlig tilstand og form.	Kroppen opleves som uigenkendelig og selvbilledet ændres, hvilket fører til at identiteten er truet Dette ses f.eks. ved fjernelse af et bryst eller anlæggelse af stomi.	Når patienten anerkender forandringen, kan der opnås velvære. Det kan kræve at patienten tilpasser sin livsstil.
Når kroppen bedrager	Nogle sygdomme giver sig ikke til kende og man ved ikke, at man er syg. Det kan opleves som at kroppen har bedraget en.	Patienten føler sig bedraget af sin krop og mister tillid til sig selv og sin krop. Bekymrende tanker om hvorfor man ikke har mærket noget bliver fremtrædende.	For at opnå velvære, kan det være nødvendigt med ekstra kontroller, screeninger og evt. scanninger
Når kroppen forråder	Spændinger og uafklarede problemer i familien, på arbejdet, sorg, stress osv. viser sig som kropslige symptomer.	Patienten oplever f.eks. hovedpine, søvnløshed og træthed og føler sig forrådt fordi symptomet ikke er det egentlige problem men blot et udtryk for at noget andet er galt.	For at opnå velvære må patienten have relevant hjælp til at løse selve problemet og ikke symptomet. Det kan f.eks. være hjælp fra psykolog og præst.

mer og behov. Sygepleje bør rette sig mod de betydningsfulde livsfænomener, der er fremtrædende hos patienten, og derved fremme patientens livsmod. Dette er afgørende for patientens mulighed for at komme sig, restituere eller forsones sig med situationen. Livsfænomener kan være livsindskrænkende eller livsbefordrende, og når et menneske rammes af sygdom og/eller livssituationen ændrer sig, er

det ofte de livsindskrænkende livsfænomener, som f.eks. afmagt, angst, håbløshed, skam, ensomhed og smerte, der bliver fremtrædende, og livsmodet kan svigte. At fremme de livsbefordrende livsfænomener og derved livsmodet kræver en situationsbestemt sensitiv opmærksomhed fra sygeplejersken, så det bliver muligt at opdage de aktuelle livsfænomener og at fremme de livsbefordrende livsfæno-

mener [14, 23].

Livsfænomenerne -befordrende som livsindskrænkende fremgår af Tabel 2.

### Livsbefordrende fænomener

Tillid - talens åbenhed – medfølelse – barmhjertighed – håb – respekt-savn – magt – længsel – seksualitet

### Livsindskrænkende fænomener

Håbløshed – savn – skam - afmagt – ensomhed-savn - alenehed – smerte – angst - sårbarhed

Tabel 2. Livsfænomener ifølge Delmar

## Relation

Professor Vibeke Zoffmann viser, hvordan relation, kommunikation og refleksion mellem patient og sygeplejerske er afgørende for patientens håndtering af sin situation. Samtidig giver hun konkrete bud på, hvordan inddragelse af patientens perspektiv og vanskeligheder med at leve med sygdom og behandling kan fremme patientens egenomsorg. Det kræver, at sygeplejersken stiler mod en kommunikation og refleksion, i det Zoffmann kalder zone 5 (se Tabel 3). Her fokuseres på lige præcis det, som patienten for tiden finder vanskeligt i livet med kræft, mens kommunikation i zone 1 er fokuseret på emner, der ikke er relevante i den konkrete situation. For at opnå kommunikation i zone 5 må sygeplejersken med sin faglighed og oprigtige tilstedeværelse være i stand til at opdage, hvad der aktuelt er vanskeligt for patienten, og søge at få denne af- eller bekræftet af patienten. Fokus på lige præcis det, der er vanskeligt for patienten, fører til en stærkere relation mellem patient og sygeplejerske samt øget egenomsorg [24]. I Tabel 3 ses Zoffmanns kommunikations- og refleksionsmodel.

Zone 5	Kommunikationen er fokuseret på emner, der er en aktuel vanskelighed eller udfordring for patienten i livet med kræft.
Zone 4	Kommunikationen drejer sig om emner, der er forbundet med patientens daglige liv, men IKKE er vanskeligt for øjeblikket.
Zone 3	Kommunikationen drejer sig om emner, der er af generel betydning for patientgruppen, men ikke nødvendigvis af aktuel betydning for patienten.
Zone 2	Kommunikationen drejer sig om generelle helbredsproblemer, der har ringe forbindelse med den aktuelle sygdom (symptom/bivirkning).
Zone 1	Kommunikationen drejer sig om emner, der ikke er relevante i forhold til patientens situation.

Tabel 3. Kommunikationszoner ifølge Zoffmann

## Refleksion

Adjungeret professor Steen Wackerhausen beskrivelse af refleksionens potentialer er inddraget, fordi Wackerhausen viser, hvordan refleksion er essentiel, når praksis skal forandres og/eller udvikles. Er refleksionen ikke til stede, er der

fare for, at det vi "går og gør" er baseret på sædvane, hvilket ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt. Refleksion af 2. orden er ifølge Wackerhausen nødvendigt, da sædvanens "usynliggjorte" selvfølgeligheder her kommer i fokus. Dette sker ved at anvende begreber, teorier eller erfaringer fra fremmede- teorier, - erfaringsrum, - og professioner [25]. I denne undervisnings- og refleksionsmodel udgør Morses teori om kropslige udtryk, Delmars teori om livsfænomener samt Zoffmanns kommunikations- og refleksionsmodel de teorier, der reflekteres med i undervisningen.

Helt konkret tager undervisningen udgangspunkt i en patientsituation fra den kliniske praksis, og modellen guider til en beskrivelse og refleksion over:

- Fænomenets typiske karakteristika
- Fænomenets kropslige udtryk
- Fænomenets betydning for livsfænomeners tilstedeværelse og livsmod
- Hvordan kommunikationen kan rettes mod lige præcis det, der opleves som vanskeligt i forhold til det konkrete fænomen

Modellen guider således til en kritisk og teoretisk refleksion, som åbner for nye og nuancerede forståelser af konkrete kliniske situationer, hvilket kan bidrage til udøvelse af excellent sygepleje. De to elementer til højre i modellen; Mødet med patienten og dokumentation symboliserer, at undervisningen og refleksionen vil vise sig i sygeplejerskens møde med patienten og i den sygeplejefaglige dokumentation.

## Modellens anvendelse

Modellen anvendes kontinuerligt i forbindelse med undervisningsseancer i Onkologisk Afdeling, SLB. To sygeplejersker – typisk sygeplejersker, der har det konkrete fænomen som deres særlige ansvars og/eller interesseområde, beskriver fænomenet fra et teoretisk perspektiv. Derudover medbringer de en patient- og/ eller pårørende case, hvor det aktuelle fænomen er fremtrædende. Ofte har de interviewet en patient og evt. pårørende, som fortæller, hvordan det opleves eller mærkes at have f.eks. smerter, kvalme, obstipation, triste tanker, kognitive forandringer, træthed, håb/håbløshed osv. Casen fremlægges, og der initieres 2. ordens refleksion som beskrevet af Wackerhausen ud fra modellens teorier. Sygeplejerskerne reflekterer således over casen med afsæt i teorierne og øver sig i, hvordan de kan udøve excellent sygepleje til patienten og dennes pårørende. Følgende spørgsmål anvendes i refleksionen:

- Hvilke kropslige udtryk ser du?
- Hvilke livsfænomener er fremtrædende -og er de livsbefordrende eller livsindskrænkende?
- Hvordan vil du fremme patientens livsmod?
- Hvad tolker du om patienten?
- Hvordan vil du prøve din tolkning af? Hvad vil du sige til patienten?
- Hvordan vil du dokumentere om patienten, således at patientens kropslige udtryk og eller livsfænomen indgår i din dokumentation?



Nedenfor præsenteres et eksempel på modellens anvendelse.

### Refleksion over Anna der har kvalme

Anna er en 41-årig kvinde i kemoterapibehandling for et tilbagefald af brystkræft. Anna fik brystkræft første gang i 2013, hvor hun oplevede svær kvalme i forbindelse med kemoterapibehandlingen. Det samme gør sig gældende denne gang. I forbindelse med dagens behandling med kemoterapi har sygeplejersken en samtale med Anna.

Resume af samtalen anvendes som afsæt for undervisningen:

Anna er grædende. Hun har igen været voldsomt plaget af kvalme. Anna siger, at hun har det bedst med at ligge i sengen i dagene efter kemoterapien. Det er virkelig hårdt lige nu, og hun har dårlig samvittighed over for familien, fordi hun ligger i sengen i dagene efter kemoterapien. Anna udtrykker bekymring for børnene, når de ser hende så dårlig. Anna fortæller, at hun og hendes mand er gode til at tale om, hvordan hun har det og oplever også, at familien gør alt, hvad de kan for at støtte hende.

Nedenfor illustrerer vi, hvordan en refleksion om Annas oplevelse af kvalme kunne se ud. Annas oplevelse er ikke unik - tværtimod. Den viser tydeligt, at det at være plaget af kvalme er forbundet med udfordringer af både fysisk, psykosocial og eksistentiel karakter. Udfordringer som påvirker hendes velvære negativt.

Anna fortæller om hendes oplevelse af kvalme:

*"Jeg får så voldsomme mavesmerter, så jeg bare ligger i fosterstilling. Jeg ligner jo en gammel kone, for jeg kan ikke strække maven ud, fordi det gør så ondt. Jeg ligger bare inde i min seng med dyne på... ligger og trækker benene op"*

Med udgangspunkt i Morses teori kan Annas udsagn om at ligge i fosterstilling og ligne en gammel kone tolkes som et udtryk for, at kroppen resignerer. Ifølge Morse opstår den resignerede krop som resultat af, at kroppen er uigenkendelig, og for at føle velvære er man nødt til at resignere og tilpasse sig situationen. Anlægger vi Delmars perspektiv om livsfænomener, kan udsagnet være udtryk for afmagt, hvilket er livsindskrænkende for Anna. Afmagten viser sig ved, at kroppen ikke kan andet end at lægge sig. Anne har ikke magt over hverken kroppen eller situationen. Set ud fra Zoffmanns teori kan refleksionen være, at sygeplejersken skal prøve sin tolkning om f.eks. den resignerede krop eller følelsen af magtesløshed af ved, f.eks. at spørge Anna direkte, om hun føler, at kroppen har brug for at give op, eller ved at spørge helt konkret til om hun føler, at kroppen lever sit eget liv og er uden for hendes kontrol.

I et andet citat fortæller Anna:

*"Så begynder alt det der mundvand at komme. Så forsøger jeg at synke det. Der tager jeg mig bare sammen. Så jeg skal bare igennem det. Vi gør meget for, at det ikke skal handle om sygdom derhjemme. Både for mig selv men også for børnene. Det er jo ikke det, der skal have fokus."*

Her kan refleksionen være, at Anna har det, som Morse kalder "en udholdende krop". Hun holder ud ved at tage sig sammen og have fokus på noget andet (børnene). Ifølge Morse er det netop fokus væk fra det lidelsesfulde, der skaber velvære. Anskuer vi Annas udsagn ud fra Delmars teori, tolker vi, at det livsbefordrende fænomen håb er fremtrædende. Ved at fokusere på børnene får hun håb og livsmod. Med hjælp fra Zoffmanns model vil vi afprøve disse tolkninger ved at spørge Anna, om hun er sådan en, der bare holder ud og i så fald, hvordan det hjælper hende. Vi kan ligeledes afprøve tolkningen om, at det at have fokus på børnene giver hende håb ved at spørge hende direkte, om det er sådan, det forholder sig. Disse afprøvninger af tolkninger er ikke alene en anerkendelse af patientens situation, men også en reel inddragelse af patientens perspektiv, hvor Anna får mulighed for at af- eller bekræfte tolkningerne.

Samlet set betyder disse refleksioner -med afsæt i de udvalgte teorier, at sygeplejerskerne får mulighed for at anlægge et mere nuanceret og fuldkomment perspektiv på, hvad det vil sige at have kvalme.

### Modellens implikationer for praksis

Det er vores erfaring, at modellen har bidraget til en udvidet og mere nuanceret forståelse af velkendte fænomener som f.eks. kvalme og smerte, og at dette har udviklet sygeplejerskernes kliniske kompetencer. Modellen har ligeledes været en øjenåbner for sygeplejerskernes forståelse af sygeplejeteori. Mange har tidligere oplevet, at teorierne var virkelighedsfjerne og ikke gav mening, men ved at konkretisere dem i forhold til patienternes problemer og behov har sygeplejerskerne opdaget teoriernes betydning, og det essentielle i at anskue fænomener fra flere perspektiver. Arbejdet med modellen har ligeledes bidraget til en større opmærksomhed på at møde hver patient som en unik person med præferencer, værdier, behov, udfordringer og livsfænomener og dermed ikke udelukkende som en patient med kræft med fysiologiske behov. Sygeplejerskerne har skærpet deres kommunikation med patienten således, at de reelt taler om det, der aktuelt er vanskeligt for patienten. De har fundet mod til at afprøve deres tolkninger om patienten, og det har ført til øget forståelse af, hvad det vil sige at være patient. Nogle af sygeplejerskernes tilbagemeldingerne er netop, at det har øget både forståelsen af patientens perspektiv og deres egen faglighed.

Vores erfaring er ligeledes, at det kræver vedholdenhed og fastholdelse at blive ved med at insistere på at reflektere med teori. Ligesom det kræver mod fra den kliniske sygeplejespecialist i forhold til at blive ved med at udfordre sygeplejerskerne på deres forståelser. Endelig kræver det, at de kliniske sygeplejespecialister har et dybt og indgående kendskab til de udvalgte teorier, og at de har pædagogiske kompetencer til at gennemføre undervisning og refleksion. Modellen kan imidlertid ikke stå alene i forhold til at reflektere med teori og dermed fremme den excellente sygepleje. Det er vigtigt kontinuerligt at efterspørge og udfordre med teori i andre sygeplejefaglige sammenhænge f.eks. ved sygeplejekonferencer, ved refleksion med nyansatte

o. lign. Et vigtigt og afgørende aspekt i arbejdet med modellen er ledelsesopbakning. Faglige drøftelser af modellen og ikke mindst de tidsmæssige rammer for undervisningen har i høj grad bidraget til at sætte excellent sygepleje og sygeplejefaglig teori i spil i afdelingen.

### Konklusion og perspektiv

Modellens udvikling og implementering har ført til et øget fokus og arbejde med at fremme den excellente sygepleje i Onkologisk Afdeling. Et team af specialeansvarlige og kliniske sygeplejespecialister har gennemført en begrebsanalyse af begrebet Excellent Sygepleje (artikel i proces). Resultatet af denne er det bærende element i den nye Sygeplejefaglige referenceramme på SLB, som gælder fra 2022. Arbejdet med at integrere denne forståelse af Excellent Sygepleje er allerede godt i gang på samtlige afdelinger på SLB.

Denne artikel er et bidrag til debatten om, hvorvidt det er nødvendigt at anvende sygeplejefaglig teori i den kliniske sygepleje. Vi har vist, hvordan modellen kan være et redskab til teori-guidet refleksion over klinisk praksis med henblik på at fremme excellent sygepleje.

### Referencer

1. Direktionen ved Sygehus Lillebælt. Patienten først. Sygehus Lillebælts vision og mission; 2017.
2. Oversygeplejerskerådet ved Sygehus Lillebælt. Strategi for Udvikling af Sygeplejen 2017-2020, Sygehus Lillebælt; 2017
3. Sygeplejefagligt Råd ved Sygehus Lillebælt. Sygeplejefaglig Referenceramme, Sygehus Lillebælt; 2016.
4. Adam C., Patiraki E., Lemonidou C. Quality of nursing care as perceived by cancer patients: A cross-sectional survey in four European countries. *J buon.* 2017; 22(3): 777-782.
5. Herholdt-Lomholdt SM. Invisible but sensible aesthetic aspects of excellence in nursing. *Nurs Philos.* 2019; 20(2): e12238. DOI: 10.1111/nup.12238.
6. Paans W., Robbe P., Wijkamp I et al. What establishes an excellent nurse? A focus group and Delphi panel approach. *BMC Nurs.* 2017; 16: 45. DOI: 10.1186/s12912-017-0239-x.
7. Radwin, L. Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Res Nurs Health.* 2000; 23(3): 179-90. DOI: 10.1002/1098-240x(200006)23:3<179::aid-nur2>3.0.co;2-t.
8. Todres L., Galvin K. "Dwelling-mobility": An existential theory of well-being. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2010; 5(3). DOI: 10.3402/qhw.v5i3.5444.
9. Morse JM., Bottorff JL., Hutchinson S. The phenomenology of comfort. *J Adv Nurs.* 1994; 20(1): 189-95. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1994.20010189.x.
10. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs.* 1994; 19(6): 1178-84. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x.
11. Ekman I., Swedberg K., Taft C. et al. Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2011; 10(4): 248-51. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
12. Koinberg I., Olofsson EH., Carlström E et al. Impact of a person-centered intervention for patients with head and neck cancer: a qualitative exploration. *BMC Nurs.* 2018; 17: 48. DOI: 10.1186/s12912-018-0319-6.
13. Thórarinsdóttir K., Kristjánsson K. Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: a framework analysis. *Nurs Ethics.* 2014; 21(2): 129-47. DOI: 10.1177/0969733013490593.
14. Delmar C. Udvikling af en sygeplejefaglig teori om livsfænomener - med Kari Martinsens omsorgsfilosofi som tænkehørisont I: Jørgensen BB., Steinfeldt VØ.(ed.) Med sygeplejeteori som referenceramme - i forskning og udvikling. Gads Forlag; 2010.
15. Delmar C. Det faglige skøn: En kernequalifikation i klinisk beslutningstagen I: Barbesgaard H., Nielsen BFR.(ed.) Klinisk beslutningstagen. København: Fadls Forlag; 2019.
16. Martinsen K. Løgstrup og sygeplejen. Århus: Forlaget Klim; 2012.
17. Naldahl K. Sygeplejeteorier som meningsfuld og praksisrelevant refleksionsgrundlag i sygeplejerskeuddannelsen. *Klinisk Sygepleje* 2012; 26(2): 55-65.
18. Beedholm K., Frederiksen K. Teorier i sygepleje I: Hundborg S., Lynggaard BK (ed.) Sygeplejens fundament. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2013.
19. Hoeck B., Winther B. Sygeplejeteori - nødvendig eller overflødig? *Klinisk Sygepleje* 2012; 26(2): 4-15.
20. Thorne S., Sawatzky R Particularizing the general: Sustaining theoretical integrity in the context of an evidence-based practice agenda. *ANS Adv Nurs Sci.* 2014; 37(1): 5-18. DOI: 10.1097/ans.0000000000000011.
21. Rudge T. Desiring productivity: nary a wasted moment, never a missed step! *Nurs Philos.* 2013 14(3): 201-11. DOI: 10.1111/nup.12019.
22. Ceci C., Pols J., Purkis ME. Privileging practices: Manifesto for "new nursing studies" in *Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research: Implications for Nursing Practice* Göttingen, Germany: V&R unipress 2017; 51-68.
23. Delmar C, Beyond the drive to satisfy needs: in the context of health care. *Med Health Care Philos.* 2013; 16(2): 141-9. DOI: 10.1007/s11019-011-9362-8.
24. Zoffmann V, Kirkevold M. En personcentreret kommunikations -og refleksionsmodel. Fælles beslutningstagning i plejen af patienter med kronisk sygdom. *Klinisk Sygepleje* 2009; 23(3): 41-60.
25. Wackerhausen S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. *Refleksion i praksis:skriftserie* 2008; 3-21.



**Ingrid Charlotte Andersen, postdoc, ph.d. og sygeplejerske. Forskningsenheden PLUZ, Medicinsk Afdeling 1, Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. [ica@regionsjaelland.dk](mailto:ica@regionsjaelland.dk)**

**Charlotte Simonj, lektor, ph.d. og sygeplejerske. Forskningsenheden PROgrez, Afdelingen for Fysioterapi og Ergoterapi, Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. [cpsi@regionsjaelland.dk](mailto:cpsi@regionsjaelland.dk)**

**Nina Nissen, ph.d., antropolog. Forskningsleder på studiet: "COVID-19-patienters sygdomserfaringer og veje til bedring. En antropologisk undersøgelse" og var under studiets gennemførelse ansat ved Forskningsenheden PROgrez, Afdelingen for Fysioterapi og Ergoterapi, Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. [nina.nissen@gmail.com](mailto:nina.nissen@gmail.com)**

## Videnskabelig artikel

### "Det har ændret mit liv fuldstændigt"

En fortælling om at tage vare på sig selv og andre under et langvarigt forløb med COVID-19

#### Abstrakt

Denne artikel undersøger det at tage vare på sig selv under et langvarigt forløb med COVID-19. På baggrund af et casestudie med interviews, fotos/videoer og forløbskort indsamlet fra én person gennemførtes en tematisk analyse. Analysen viser, at praksis for at skulle tage vare på sin egen krop, på sig selv og andre er kompleks og under konstant forandring. Ændring af fysiske, psykiske og sociale aspekter fordrer fortløbende justering af omsorgspraksisser. Samtidig er den stigende tilkomst af ny viden om COVID-19 og udvikling af diagnosticering og behandling med til at ændre forholdene for at tage vare på sig selv og andre.

**Nøgleord:** COVID-19 forløb, omsorgspraksis- og proces, interviews, visuelt datamateriale

#### Introduktion

COVID-19 sygdomsforløbet er for de fleste personer kendetegnet ved, at de over kortere tid vender tilbage til en normal hverdag. Imidlertid har forløbet for nogle vist sig at være langvarigt og kompliceret grundet udvikling af senfølger (1). Ligesom sygdomsforløbet ved COVID-19 rammer forskelligt, har senfølger vist sig at kunne opstå uafhængigt af sværhedsgraden af sygdomsforløbet (2). Et forløb med symptomer, der strækker sig ud over fire uger, er af Sundhedsstyrelsen at betragte som langvarigt. Hvis disse symptomer varer ved over 12 uger anses de for at være senfølger (2).

Tidligt i pandemien fremkom der beretninger fra sygdomsramte personer med COVID-19, som var med til at give et billede af det fysiske og mentalt belastende i at få en ny sygdom uden at kende dens forløb og muligheder for behandling (3–5). Efterhånden som epidemien udviklede sig er disse beretninger suppleret med forskning af oplevelser af langvarige symptomer, der viser den uforudsigelighed, som disse kan være forbundet med (5,6). En diagnose med mild COVID-19 kan for eksempel være forbundet med oplevelser af svære symptomer, som indvirker betydeligt på hverdagslivet (6). En sådan divergens viser vigtigheden af forskning, som baserer sig på den sygdomsramtes perspektiv og som kan bidrage med viden om, hvordan et hverdagsliv med COVID-19 kan forme sig for den enkelte over tid.

Menneskers fortællinger om deres oplevelser med sygdom kan tilvejebringe viden hos sundhedsprofessionelle om patienters perspektiver på hverdagslivet med sygdommen (7). For at bidrage med en sådan viden formidler denne artikel et studie, der havde til formål at undersøge, hvordan det er at skulle tage vare på sig selv under et langvarigt forløb med COVID-19.

#### Teoretisk perspektiv

Vores studie er informeret af antropolog Annemarie Mols tilgang til, hvordan mennesker tager vare på sig selv og andre under deres liv med sygdom (8,9). Ifølge Mol, skaber mennesker omsorgspraksisser, hvorigennem de igen og igen opfinder, mobiliserer og tilpasser sig i hverdagslivet med sygdom. Disse omsorgspraksisser er kendetegnet ved at være måder at engagere sig på og som noget, der

eksempelvis opstår i samspil mellem menneskers aktiviteter og krop, mellem mennesker eller mellem mennesker og medicinske teknologier. Omsorg som daglig praksis er følgelig en proces, hvor det at tage vare på sig selv knytter an til kroppens og selvets uforudsigelighed i det givne sygdomsforløb. Med Mols forståelse af omsorg bliver det at tage vare på sig selv således noget, der skabes gennem åbenhed, interaktioner og måder at tilpasse sig på og noget, som handler om at respektere, give næring til og glæde sig over den forgængelige krop (8,9).

## Metode

Dette single-casestudie har vi konstrueret en fortælling om et sygdomsforløb med COVID-19 på baggrund af forskellige former for datamateriale, som er indsamlet fra en informant, Mette (pseudonym) (10,11). Mette blev rekrutteret via opslag om studiet på de sociale medier. Med henblik på at opnå indsigt i de omsorgspraksisser- og processer, der kan udvikles over tid, gennemførte vi to interviews i henholdsvis efteråret 2020 og foråret 2021. Før hvert interview blev Mette inviteret til at dele visuelt materiale som fotos og videoer fra sit hverdagsliv med COVID-19. I vores forskningsteam forberedte vi tillige tolv forløbsskort med figurer til at fremme Mettes refleksioner omkring sit sygdomsforløb og de relaterede omsorgspraksisser. Det visuelle materiale blev efterfølgende integreret i hvert interview. Interviewene blev optaget digitalt og transskriberet ordret.

De samlede data blev gjort til genstand for en teoriguiddet tematisk analyse (11), hvor vi ud fra Mols perspektiv på omsorg rettede vores blikke efter grundlæggende teoretiske begreber som omsorgspraksisser og omsorgsprocesser, samt elementer som teknologi, relationelle forhold og rationalitet (8,9). Gennem en indledende kodning af de forskellige datakilder, fremkom mønstre, som blev sammenlignet og nærmere undersøgt. På baggrund heraf kunne vi udlede temaer og sammenhænge på forskellige niveauer af abstraktion og med forskellige relationer til teori (12). Dette er udfoldet i den konstruerede fortælling, som er præsenteret nedenfor. Dette casestudie er en del af et større antropologisk studie, som har inkluderet 15 deltagere i alt. Mettes case er valgt her, fordi den viser en kompleksitet i måder at tage vare på sig selv og andre på over tid, som også er fundet i det øvrige datamateriale. Studiet er anmeldt til Datatilsynet og registreret med sagsnummer REG-096-2020. Der er indhentet informeret samtykke til formidling af interviews og visuelt materiale. Mettes fortælling

Med afsæt i ovenfor beskrevne proces peger analysen af datamaterialet på tre temaer, som udfoldes nedenfor: Mettes tilværelse rystes, Mette tager styringen og Mod et nyt "normal"?

### Mettes tilværelse rystes

Mette var vant til at leve et udadvendt liv med fysisk krævende hobbies, før hun fik COVID-19. Sygdommen, siger hun, 'har ændret mit liv fuldstændigt'. Hun er alenemor til store teenagere og har fuldtidsjob. Hun beskriver sine første 18 uger med sygdommen som: "Det her lange, lange,

lange forløb derhjemme, hvor jeg ikke rigtig kom op igen". Her oplevede Mette omfattende fysisk og følelsesmæssigt kaos, hvilket er symboliseret i den knude, som er vist på det kort, hun udvalgte ved det første interview (se figur 1).



Figur 1. Forløbsskort 1

Mette fortæller indgående om, hvordan det føltes, da virusinfektionen tog fat i hendes krop: "Det var ligesom at man havde taget sådan en stor sugekop, der bare sugede alt kraft ud af mig. Jeg havde sådan en mathedsfølelse i kroppen. Jeg har aldrig prøvet noget lignende".

Nogle af de første tegn, hun mærkede, var voldsomme smerter i ekstremiteterne: "Det prikker og brænder i mine arme og mine ben". Dette fik Mette til at kontakte sin læge, som tog nogle blodprøver. De viste dog ingen tegn på COVID-19. Hun fik det imidlertid værre. Hun udviklede høj feber og havde "brændende, smertefulde jag og stik i bunden af ribbenene". Da hun på et tidspunkt følte sig virkelig dårlig: "Jeg kunne ikke få luft og havde trykken for brystet og sådan noget". blev hun indlagt. I alt fem kortere indlæggelser blev det til over nogle uger i foråret 2020. Under de første indlæggelser blev hun hurtigt sendt hjem igen på grund af negative test svar. Det var testene "man forholdt sig til" og ikke hendes symptomer. Det var først da en test fra et sug i svelget viste sig at være positiv, at hun oplevede at blive taget alvorligt. Da blev hun isoleret på en sengestue.

### Mette tager styringen

Mette beretter videre om, hvordan hun tidligt i sygdomsforløbet blev sendt hjem fra sygehuset. På et tidspunkt da hendes iltning var stabil: "vidste lægen ikke hvad han skulle gøre for mig og så sendte de mig hjem". Derfor var hun nødt til at: "tage situationen i egen hånd". En af de ting hun gjorde var at købe et pulsoximeter, for som hun sagde: "Jeg kunne jo godt mærke at jeg ikke selv kunne få luft, så jeg ville gerne have en tryghed i at kunne holde øje med min iltmætning derhjemme". Hun brugte det (se figur 2), når hun følte, at hun ikke kunne få luft. Dette var mest udtalt de første



Figur 2. Mettes natlige måling af iltmætning

måneder, men efter et år havde Mette stadig brug for pulsoximeterets kontrolmålinger, når det oplevedes tungt at trække vejret.

For at drage omsorg for sine børn, sendte Mette dem hen til deres far i den periode, hvor hun var hårdest ramt. *"Der tog jeg beslutningen, at mine børn ikke skulle se mig sådan"*. Derfor var hun i den periode alene hjemme. Hun fik støtte fra sine venner og især en veninde. Denne var *"virkelig guld værd, da det var allerværst"* og hun fortæller, hvordan veninden *"skrev til mig, at jeg skulle holde ud, holde fast og blive ved med at kæmpe"*, da hun oplevede at være lige ved at "miste mig selv".

Mette meldte sig ind i en Facebook gruppe, som var dannet af en sygeplejerske, der selv kæmpede med et langvarigt COVID-19 forløb. Her fandt hun inspiration til at drikke kinesisk urtete og ændre kostvaner: *"Fordi jeg kunne jo mærke, at hvis jeg spiste for fede ting eller sukker, så var det ligesom, at det fik næring. Det der var dumt i kroppen"*. Hun startede derfor på at juice grøntsager (se figur 3), spise mere basisk, undgå sukkerstoffer og dagligt drikke hyldebærssaft, som hun kendte den fra sin bedstemors opskrifter. Mette konkluderer at: *"Når jeg fik mange antioxidanter, så er det ligesom, at det gjorde noget godt"*.



Figur 3. Mettes antioxidant smoothie

Mette var gennem hele forløbet fast besluttet på at få overvundet COVID-19 infektionen og dens eftervirkninger, ikke mindst for hendes børns skyld. I de første måneder kæmpede hun en både fysisk og psykisk kamp for at få genetableret et normalt hverdagsliv. Det var en stor udfordring fordi *"jeg virkelig havde følelsen af at min krop ikke kunne overvinde det her"*. Dette kom til udtryk i, hvordan hun til tider ikke turde lægge sig til at sove fordi: *"Jeg var bange for, at jeg ikke skulle vågne igen"*.

For Mette var det en kæmpe udfordring at komme på højkant igen: *"Så der blev det bare lige sådan rundt i haven og ud med hundene. Jeg sad rigtig meget på terrassen i solskinet og tænkte: "Giv mig nogen vitaminer, så jeg kan bekæmpe det mæg". I forlængelse heraf begyndte Mette at fokusere på, hvordan hun kunne nedkæmpe infektionen: "Jeg begyndte jo virkelig at sætte mig ind i... Jamen, hvad slår virus ihjel?"*

Efter et år kunne Mette reflektere over, hvordan det havde været og stadig var et stort arbejde at leve med følger af infektionen. Der var oplevelser af bedring, men også af træthed, muskelsmerter, tyngdefornemmelse ved vejrtrækning og koncentrationsbesvær. Dette blev tydeligt ved andet interview, hvor Mette valgte et forløbskort (se figur 4) der viser, hvordan hun over tid oplevede at have symptomer, der kommer og går og aldrig helt er forsvundet.



Figur 4. Forløbskort 2

Efter nogle måneders sygemelding, var Mette bange for at miste sit job og dermed sit økonomiske fundament. Derfor var det en høj prioritet for hende at komme i gang med at arbejde så hurtigt som muligt. Hendes arbejdsgiver var imødekommende og støttende overfor både Mette og hendes børn, da hun skulle genoptage arbejdet. Mettes arbejdsopgaver blev omlagt, så hun skulle varetage mere administrative funktioner end vanligt. Derved blev hun afskærmet fra at være så tæt på andre mennesker. Det var hun glad for, men det var også krævende: *"Jeg har følt mig totalt ny i mit eget arbejde"*. Mette oplevede en god støtte fra kollegaer. I bakspejlet, mener hun dog, at hun vendte tilbage til sit arbejde for tidligt og før hun var frisk nok til det.

### Mod et nyt "normal"?

Mette betegner sig selv som et meget socialt menneske. En som holder meget af at være sammen med andre. En som laver sjov og får andre til at grine - også på jobbet. Hun fortæller, at hun i efterforløbet efter COVID-19 ikke kunne påtage sig sin sædvanlige rolle med at få andre til at føle sig godt tilpas. I stedet for følte Mette sig nødsaget til at til at fokusere på sine egne behov: *"Jeg prøver og passe på mig selv. Og jeg prøver ikke at presse mig selv, jeg prøver at få hvilet og jeg prøver, ... at gøre alle de rigtige ting"*. Et år efter, at Mette blev smittet med COVID-19, var hun stadig opmærksom på at passe på sig selv. Hendes relation til kollegerne var forandret og hun var blevet *"hende der stadig ikke drikker morgenkaffe med de andre"*. Der var ikke længere ressourcer til at skåne hende i arbejdsopgaverne, hvilket på flere måder var en belastning. Hun havde en stadig frygt for at blive smittet. Hun måtte også kæmpe med kognitive udfordringer. Derhjemme trænede hun sine skriftlige færdigheder ved at skrive små fortællinger for sig selv. Det hjalp hende, når hun skulle udføre sit skriftlige arbejde i hverdagen.

Mette etablerede nye rutiner, såsom at handle online eller meget sent for at undgå myldretid. Alle indkøbsvarer blev også vasket af i sæbevand, før de blev sat i køleskabet. Hun er efter et år stadig styret af en frygt for at hun eller hendes børn bliver smittet. Og så har hun et brændende ønske om at komme sig fuldt ud. *"Jeg tror egentlig, at man er nødt til*

*bare at finde en vej ud af tunnelen ikke. Lige nu, er mit højeste jo, at de her senfølger vil forsvinde.* Som et led heri, gennemgik Mette et forløb med medicinsk udredning, hvor hun fik konstateret, at lunger og hjerte havde været belastede og at der skulle tid til at få det bedre. Hun fulgte lægens anbefalinger om at indtage Q10, men var usikker på om det hjalp.

Ved andet interview beskriver Mette sine bestræbelser på at opnå balance i sine daglige aktiviteter. Dette involverede forsøg på at identificere et mønster, der skulle hjælpe hende til øget velvære eller i det mindste ikke at få det værre. Eksempelvis medførte en slækkelse af hendes diæt tilbagefald med kropslig utilpashed. Mette havde således behov for løbende at justere i et tæt samspil mellem signaler fra kroppen og påvirkninger fra kosten.

Over tid kunne Mette begynde at se fremad og se sygdomsforløbet både som et wake-up call og en gave. Med tanke på det hun havde været igennem og ikke mindst angsten for ikke at klare det, var hun taknemmelig over at kunne være sammen med sine børn og have muligheden for at følge dem videre i livet. Hun genoptog også så småt sine fritidsaktiviteter og så optimistisk på at kunne dyrke dem mere fuldt ud.

## Diskussion

I denne artikel har vi undersøgt det at tage vare på sig selv under et langvarigt forløb med COVID-19. Vi har vist, hvordan omsorgspraksisser bliver mobiliseret og tilpasset i hverdagslivet. Vores analyse tydeliggør, at det at skulle tage vare på sin krop, på sit selv og på andre er indbefattet af komplekse og foranderlige omsorgspraksisser- og processer. Dette skyldes vekslende kropslige symptomer samt ændringer i personlige behov og omstændigheder. Endvidere spiller ny viden om sygdommen og udvikling af tilgange til diagnostik og behandling også en rolle.

I lighed med britiske studier (6,13), viser dette studie, hvordan den enkelte monitorerer forandringer i signaler og symptomer fra kroppen, og hvordan diverse behov og prioriteringer bliver overvejet og afvejet løbende. Dette er samstemmende med, hvordan hverdagslivet udfolder sig ved andre tilstande, som er kendetegnet ved vekslende symptomer, så som ved diabetes mellitus (8) og multipel sklerose (14). På samme måde som ved diabetes mellitus (8), spiller anvendelsen af teknisk udstyr, som et pulsoksimeter i dette studie, en vigtig rolle i selvmonitorering og fortolkning af de kropslige oplevelser og i den deraf følgende tilpasning af omsorgspraksisser til de registrerede forandringer. Det bliver hermed tydeligt, hvordan patienterne har behov for løbende viden og kontrol i en dybt usikker og uvant situation (5).

Dette studie viser, at det personlige og sociale netværk har vist sig at være af høj betydning under et langvarigt forløb med COVID-19. Et netværk giver mulighed for udveksling af personlige erfaringer og udmærker sig ved at kunne tilbyde praktisk og følelsesmæssig støtte til at tackle de mangeartede udfordringer, der kan opstå ved sygdom (8,15). Sociale medier har været en central platform for netværksdannelse blandt COVID-19 patienter, hvilket har givet dem

mulighed for at dele viden, at skabe kontakt og give støtte til hinanden både nationalt og internationalt (16).

Gennem de sociale medier er det blevet muligt for patienter at forme deres egne måder at praktisere omsorg for sig selv på (17). Som det var tilfældet hos Mette skete dette også gennem de sunde tiltag fra barndommen, ernærings- og kosttilskud og ændringer i kosten. At patienter ønsker "at gøre noget selv" er velkendt ved kronisk sygdom, hvilket kan ses i anvendelsen af alternativ behandling enten som erstatning for (18) eller i tillæg til behandling indenfor det etablerede sundhedsvæsen (15,19). Det vil sige, at Mettes første omsorgspraksisser og hendes udviklede ekspertise kan ses i lyset af den usikre biomedicinske viden og fravær af retningslinjer for behandling især i den tidlige periode af pandemien (1,2), samt i lyset af et behov for at lindre sine kropslige gener for derigennem at opnå en vis kontrol over sin krop og sit liv.

Faktisk så antyder Callard and Perero (20), at langvarig COVID-19 er den første sygdomskategori, der er opstået som følge af, at de første personer med senfølger fandt hinanden og delte viden med hinanden om dette på Twitter. Denne viden spredte sig efterfølgende fra de sygdomsramte gennem diverse medier til formelle kliniske og politiske kanaler på bare få måneder (20). Dette understreger vigtigheden af at lytte til patientens stemme og at føre patientledet forskning (17), såvel som at det har betydning at formidle sygdomsfortællinger som Mettes for at kunne udvikle sundhedsvæsenets tilbud til mennesker med langvarig COVID-19 (7, 21).

Der er efterhånden udviklet retningslinjer, som adresserer et helhedssyn på langvarig COVID-19 (1). Gorna et al. (21) argumenterer for nødvendigheden af at medtage patienters oplevelser af livet med COVID-19 i disse retningslinjer, især for at inddrage den diversitet, der er knyttet til sygdommen og de måder, hvorpå patienterne tager vare på sig selv. Vores fund bidrager således med righoldig viden til brug for denne igangværende opgave.

Styrken i at præsentere en enkeltstående case, som Mettes i dette studie, ligger i dets mulighed for at bibringe dybdegående viden om unikke omsorgspraksisser- og processer i et hverdagsliv med langvarig COVID-19. Imidlertid kunne involvering af andre cases have bidraget med yderligere detaljer om, hvordan forskellige personer lever med og finder veje til bedring ved et langvarigt forløb med COVID-19. Konklusion

Denne undersøgelse viser, at praksis for at skulle tage vare på sin egen krop, på sig selv og andre er kompleks og under omfattende og konstant forandring i et langvarigt forløb med COVID-19. Ændring af fysiske, psykiske og sociale aspekter fordrer fortløbende justering af omsorgspraksisser. Samtidig er den stigende tilkomst af ny viden om COVID-19 og udvikling af diagnosticering og behandling med til at ændre forholdene for at kunne tage vare på sig selv og andre.

## Tak

En stor tak til studiets deltagere for at dele deres oplevelser med os. Også tak til Søren Thorgaard Skou og medlemmerne af studiets referencegruppe (Gitte Alstrup, Uffe Bødtger, Sabrina Edua Rasmussen, Anne Marie Dalsgaard Sloth, Lars Tang, Pernille Villumsen) for deres støtte.

Studiet: "COVID-19-patienters sygdomserfaringer og veje til bedring. En antropologisk undersøgelse" er finansieret af Region Sjælland (Exercise First program) og Næstved, Slagelse and Ringsted sygehuse. Studiet er registreret hos Datatilsynet (REG-096-2020).

## Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Senfølger efter COVID-19. Sundhedsstyrelsen. 2020; <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/senfoelger-efter-covid-19>. Hentet 22-10-2021
2. Sundhedsstyrelsen. Systematisk gennemgang af litteratur om senfølger efter COVID-19. 2020. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Corona/Senf%C3%B8lger/Systematisk-gennemgang-af-litteratur-om-senfoelger-efter-COVID-19.ashx?la=da&hash=04F9994F82F41924B326CBAE9809AE1C2DC87180> Hentet 22-10-2021
3. Callard F. Very, very mild: Covid-19 symptoms and illness classification. 2020. [http://somatosphere.net/2020/mild-covid.html/?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Feed%3A+Somatosphere+%28Somatosphere%29](http://somatosphere.net/2020/mild-covid.html/?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed%3A+Somatosphere+%28Somatosphere%29). Hentet 22-10-2021
4. Garner P. For 7 weeks I have been through a roller coaster of ill health, extreme emotions, and utter exhaustion. 2020. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/05/paul-garner-people-who-have-a-more-protracted-illness-need-help-to-understand-and-cope-with-the-constantly-shifting-bizarre-symptoms/>. Hentet 22-10-2021
5. Nissen N, Andersen IC, Simonj C. The dangerous guest: Exploring everyday uncertainty in the year of COVID-19. 2020. [https://www.eth.mpg.de/5672766/blog\\_2020\\_11\\_24\\_01](https://www.eth.mpg.de/5672766/blog_2020_11_24_01). Hentet 22-10-2021
6. Ladds E, Rushforth A, Wieringa S, Taylor S, Rayner C, Husain L, et al. Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 "long Covid" patients and draft quality principles for services. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–13.
7. Kleinman A. The illness narratives : suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books. 1998.
8. Mol A. The logic of care: Health and the problem of patient choice. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge; 2008.
9. Mol A, Moser IPJ. Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Bielefeld: Transcript; 2010.
10. Yin RK. Case study research : design and methods. 5. ed. Los Angeles, Calif.: Sage. 2014.
11. Riessmann CK. Narrative Methods for the Human Sciences. Los Angeles, Calif.: Sage. 2008.
12. Ryan GW, Bernard HR. Data Management and Analysis Methods. I Denzin NK, Lincoln Y, ed. *Handbook of qualitative research*. 2. ed. Calif.: Sage Publications; 2000.
13. Kingstone T, Taylor AK, O'Donnell CA, Atherton H, Blane DN, Chew-Graham CA. Finding the "right" GP: a qualitative study of the experiences of people with long-COVID. *BJGP open*. 2020 Dec;4(5).
14. Nissen N, Lemche J, Reestorff CM, Schmidt M, Skjerbæk AG, Skovgaard L, et al. The lived experience of uncertainty in everyday life with MS. *Disabil Rehabil*. 2021 Jul;1–7.
15. Nissen N. Men's Everyday Health Care: Practices, Tensions and Paradoxes, and Masculinities in Denmark. *Med Anthropol*. 2017;36(6):551–65.
16. Cabalquinto C, Ahlin T. Care within or out of reach: fantasies of care and connectivity in the time of the COVID-19 pandemic. I Manderson L, Burke NJ, Wahlberg A. *Viral Loads. Anthropologies of urgency in the time of COVID-19*. London: UCL Press. 2021
17. Assaf G, Davis H, McCorkell L, Wei H, Brooke O'N, Akrami A, Low R, Mercier J, Adetutu A. What Does COVID-19 Recovery Actually Look Like? An Analysis of the Prolonged COVID-19 Symptoms Survey by Patient-Led Research Team. 2020. <https://patientresearchcovid19.com/research/report-1/> Hentet 09-11-2021
18. Skovgaard L, Pedersen IK, Verhoef M. Exclusive use of alternative medicine as a positive choice: a qualitative study of treatment assumptions among people with multiple sclerosis in denmark. *Int J MS Care*. 2014;16(3):124–31.
19. Nissen N, Lunde A, Pedersen CG, Johannessen H. The use of complementary and alternative medicine after the completion of hospital treatment for colorectal cancer: findings from a questionnaire study in Denmark. *BMC Complement Altern Med*. 2014 Oct;14:388.
20. Callard F, Perego E. How and why patients made Long Covid. *Soc Sci Med*. 2021;268(October 2020):113426. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113426>
21. Gorna R, MacDermott N, Rayner C, O'Hara M, Evans S, Agyen L, et al. Long COVID guidelines need to reflect lived experience. *Lancet*. 2021 Feb;397(10273):455–7.



**Af: Anders Valentin Johansen, forskningsassistent, Cand. Scient. San. Publ., Indvandrers Medicinsk Afdeling - Odense Universitets Hospital, valentin\_anders@hotmail.com**

**Dorthe S. Nielsen, Sygeplejerske, og Professor i sårbarhed. Geriatrik Afdeling G Odense Universitetshospital, Syddansk Universitet, Dorthe.Nielsen@rsyd.dk**

**Laila Twisttmann Bay, klinisk sygeplejespecialist, cand scient san, phd-studerende, Geriatrik afdeling, OUH, laila.t.bay@rsyd.dk**

## Faglig artikel

# At være en "dobbelt-minoritet" i det danske sundhedsvæsen gør mennesker "dobbelt-sårbare"

### Baggrund

Ifølge FN's retningslinjer i forhold til 1951 flygtningekonventionen, er en flygtning "en person for hvem det ikke er muligt at vende tilbage til sit oprindelsesland, grundet en velbegrunder frygt for at blive forfulgt på baggrund af race, religion, nationalitet, eller politiske overbevisning" (1,2). Personer med LGBT+ baggrund tilhører en særlig udsat gruppe blandt flygtninge. LGBT+ flygtninge blev først officielt anerkendt med flygtningestatus i Danmark i 2012, men er i dag under særlig beskyttelse af FN (3,4). I dag er det politisk anerkendt, at mange ikke kan vende tilbage til deres oprindelsesland pga. frygt for dødsstraf eller fysisk afstraffelse grundet deres seksuelle tilhørsforhold (5,6).

Når mennesker kommer til et nyt land som flygtninge, er det som regel i en mental tilstand fyldt med frygt og angst for de nye omgivelser, samtidig med overvældende mange minder om overgreb, vold og psykisk forfølgelse fra deres hjemland (7). Som menneske med LGBT+ og flygtningebaggrund er man dobbelt sårbar og dobbelt ramt, idet mange har kæmpet med at skjule sit sande jeg og sin identitet. Med andre ord så har personen ofte skjult sin seksualitet fra omverdenen i et forsøg på at tilpasse sig politisk begrundede love og religiøse manifeste (8). Mange har ydermere levet med risiko for udelukkelse fra samfundet, fra deres familie, og i de værste tilfælde har dette medført daglige fysiske overgreb og trusler på livet (9,10).

### Hvad er LGBT+ flygtninge flygtet fra?

Eksempler på politisk forfølgelse af LGBT+ personer og krænkelse af deres frihed og rettigheder kan bl.a. ses i lande som Uganda, Rusland og Iran. Størstedelen af LGBT+

flygtninge i Danmark kommer fra Uganda. Ifølge LGBT+ Asylum er det i Uganda ulovligt at indgå i homoseksuelle relationer, og det kan medføre fængsling på livstid (11). I andre lande, som Iran og Iraq, er der lignende lovgivning, og her risikerer man dødsstraf (10). Iran har, som det eneste mellemøstlige land, åbnet op for "behandling af transsexualitet", dog oplever transkønnede stadig diskrimination og stigmatisering fra familie og samfundet (8,21). I Rusland praktiseres der en meget aggressiv LGBT+ politik, dog er det ikke decideret forbudt at være homoseksuel, men der eksisterer en række meget stramme politiske vedtægter, som begrænser LGBT+ personers frihed og rettigheder (12,13). Dette inkluderer blandt andet en lov, som forbyder videregivelse af information om homoseksualitet i det offentlige rum. Dette har medført anholdelser af homoseksuelle og nedlukning af sociale medier og hjemmesider, der har haft til hensigt at oplyse offentligheden om LGBT+ personers forhold (14).

Denne politiske modstand og negative indstilling mod LGBT+ personer har i mange lande smittet af på det almene samfund samt på sundhedsvæsenet. De hyppigst beskrevne udfordringer, personer med LGBT+ og flygtningebaggrund oplever, er udstødelse fra både familiemedlemmer og socialt netværk, samt øget risiko for at blive arbejdsløs (15).

I flere lande er der eksempler på, at personer med LGBT+ baggrund er blevet tvunget ud i tvangsægteskaber. Især lesbiske kvinder tvinges til "LGBT+ konverterings terapi", som har til hensigt at "konvertere" personen til at blive "heteroseksuel" (8). Omvendt er der beskrevet tilfælde, hvor



personer med LGBT+ baggrund selv vælger at gifte sig med en homoseksuel af det modsatte køn for derved at kunne udleve sin seksualitet i det skjulte (8).

Transseksualitet er fortsat betegnet som en psykisk sygdom i mange lande (10), hvilket medfører at transpersoner ikke kan få hormon behandling og/eller kønskorrigerende behandling. I Danmark har transkønnede ret til behandling i form af hormonbehandling og øvre og nedre kirurgi (16). Retten til denne behandling sker efter en lægelig udredning, hvor efterfølgende behandling sker på enten Rigshospitalet, Odense Universitetshospital eller Aalborg Universitetshospital (17). Personer med LGBT+ flygtninge baggrund er altså flygtet fra lande, hvor der er en diskriminerende, stigmatiserende og voldelig holdning og adfærd overfor LGBT+ personer (18).

### **Hvilke udfordringer står LGBT+ flygtninge overfor, når de kommer til Danmark? Og hvordan kan sygeplejersker hjælpe?**

Den største udfordring, personer med LGBT+ og flygtningebaggrund står overfor i Danmark, er angsten for at blive mødt med fordomme og manglende anerkendelse af deres identitet og seksualitet. Mange har oplevet stigmatisering og diskriminering af de værdier, den enkelte tror på og identificerer sig med (4,8). Disse betingelser kan få betydning for disse menneskers tillid til det danske sundhedsvæsenet og dermed indirekte være med til at forringe deres adgang til tests og behandling af forskellige sygdomme som HIV, kønssygdomme og HPV (19,20).

Hertil kommer at personer med LGBT+ og flygtningebaggrund ofte kæmper med depression og PTSD (21,22), både på grund af de traumer, de er flygtet fra i deres hjemland og eksistentiel angst og usikkerhed på, om de vil blive accepteret i deres "nye" land.

Som eksempel er der her en kort case hentet fra rapporten "LGBT Asylum Applicants in Denmark" (23):

En ung kvinde fra Uganda fortæller sin historie. Hun er kommet til Danmark som LGBT+ asylsøger og identificerer sig som lesbisk. I Uganda var hun gift, havde fire børn, men efter at være kommet til Danmark, har hun haft svært ved at "overbevise" de danske myndigheder om, at hun er lesbisk, primært fordi hun i Uganda har været gift med en mand og har fået børn med ham. "Det er som om, de ikke forstår, at for at kunne overleve hjemme i Uganda, var jeg nødt til at gifte mig med en mand" udtaler hun. Myndighederne i Danmark forstår angiveligt ikke, at man kan være lesbisk, selvom man tidligere har været gift med en mand. Kvinden beretter, at livet på asylcenteret har været hårdt for hende. "På asylcenteret er jeg nødt til at skjule, hvem jeg er, hvis jeg vil leve i fred uden overgreb og forudlempelser. Jeg kan snakke med personalet om det, men der er ikke nogen på asylcenteret, der ved, hvem jeg rigtigt er, og når jeg tager til møde i LGBT+ Asylum, er jeg nødt til at fortælle på centeret, at jeg mødes med en af mine veninder inde i byen".

Lignende oplevelser er beskrevet af andre. En ung mand er flygtet fra Iran til Danmark. I hans hjemland har han været tvunget til at holde sin seksualitet skjult fra familie, venner samt de iranske myndigheder. Efter at være ankommet til Danmark, har han søgt om asyl som LGBT+ flygtning, men mødet med de danske myndigheder bliver en udfordring. Her bliver han stillet over for nogle meget intime spørgsmål: "Jeg blev spurgt, om navnet på den første samt alle de fyre, som jeg har været sammen med. Derudover spurgte de om farven på væggene, første gang jeg var sammen med min kæreste. Det kan jeg ikke huske, og når jeg ikke kan huske det, så tror de ikke på mig." Manden oplever også, at han skal "gemme" sig på asylcenteret og er heller ikke åben overfor personalet på grund af angst for, at myndigheder skal sende ham retur til Iran. Manden fortæller: "Jeg er nødt til at skjule, hvem jeg er, jeg har ikke fortalt nogen på asylcenteret, at jeg er bøsse, fordi jeg er bange for, hvad der kan ske mig, og at jeg kan blive udstødt af de andre på centeret."

De to cases er med til at illustrere nogle af de problemstillinger som LGBT+ flygtninge står overfor, når de søger asyl i Danmark. Begge cases baserer sig på udtalelser og undersøgelser blandt LGBT+ asylansøgere i Danmark og er nærmere beskrevet i rapporten "LGBT Asylum Applicants in Denmark" (23).

Personer med LGBT+ og flygtninge baggrund har grundet ovenstående ofte massiv mistillid til det sundhedsfaglige personale samt andre autoriteter (8,19). Derudover kan det være svært for den enkelte at skabe en tillidsfuld kontakt og relation. Mange vil have svært ved at spørge ind til og åbne op for følelser overfor det sundhedsfaglige personale, primært fordi de tidligere har erfaret, at fortrolig information er blevet lækket og siden brugt imod dem (8,24).

Transseksuelle flygtninge udgør en særlig sårbar gruppe, når det kommer til mødet med sundhedsvæsenet. Mange med flygtningebaggrund kommer fra lande, hvor det at være transseksuel anses som en psykiatrisk sygdom, og for nogle indbefatter dette, at man er blevet brændt, udsat for forskellige former for kropsuddrivelse, samt fiksering, tvang og isolation. Det er derfor vigtigt, at sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale har kompetencerne til at møde disse patienter medmenneskeligt, omsorgfuldt og anerkendende og er istand til at tilbyde dem den støtte, pleje, omsorg og behandling, som den enkelte har behov for (20,25).

På nuværende tidspunkt er der begrænset forskning om LGBT+ asylansøgere i Danmark, og kun enkelte undersøgelser har påvist LGBT+ asylansøgere oplevelser og møde med sundhedsvæsenet (26,27).

### **Udviklingspotentialet – hvad skal der til?**

Ved Copenhagen Pride i 2012 opstod ideen om at danne en forening, der kunne beskytte og varetage interesser for personer med LGBT+ og flygtningebaggrund. Siden opstarten i 2013 har LGBT+ Asylum (6) fokuseret deres arbejde på at give juridisk støtte og hjælp til primært flygtninge-proces-

sen for mere end 300 flygtninge i Danmark, hvoraf størstedelen kommer fra Uganda (7,28). LGBT+ Asylum samarbejder aktivt med Udlændingestyrelsen og asylcentre for at identificere LGBT+ flygtninge, samt sikre deres sikkerhed i Danmark (4,29). Desuden har Sabaah, som forening, siden 2006 arbejdet med at forbedre vilkårene for LGBT+ minoritetsetniske danskere (30). I 2018 kom der fra Regeringen og Udenrigsministeriet en handlingsplan (31), hvor støtte og hjælp til LGBT+ flygtninge på asylcentre blev fremhævet som særlig indsatsområde. Dette skulle sikre en fremtidig indsats, der kunne være med til at fremme og forbedre arbejdet til at være mere værdigt og professionelt. Et af tiltagene var at undervise personale i at udføre en kompetent pleje og behandling af LGBT+ flygtninge. Dette indbefatter både hospitaler og kommunale institutioner, almen praksis samt asylcentre, da de som oftest er de første, der stifter bekendtskab med denne sårbare gruppe af flygtninge. Etablering af specialiserede centre som krisecenter for dobbeltminoriteter (4,29), der netop er kommet med i den nye finanslov for 2021 (32), vil medvirke til at sætte fokus på området samt bidrage til at løfte sygeplejerskers og andre sundhedsprofessionelles kompetencer.

### Sidste tanker og refleksioner i forhold til forbedring

Placering af flygtninge med LGBT+ baggrund på asylcentre sammen med landsmænd, der kan dele de samme meninger/holdninger omkring LGBT+ personer, som den regering, som de er flygtet fra, kan medvirke til at gøre integrationsprocessen utryk og farlig for den enkelte. Det kan også afholde LGBT+ flygtninge fra at kontakte LGBT+ Asylum samt Sabaah, som har til formål at hjælpe og støtte LGBT+ personer med anden etnisk baggrund (30) gennem hele asylprocessen.

LGBT+ personer med flygtningebaggrund er en relativ nyidentificeret flygtningegruppe, som kan ende med en meget kompleks asylproces (4,6). Mistillid og frygt kan gøre det svært at identificere denne sårbare gruppe, hvilket kræver, at der er et sundhedspersonale, der har kompetencer, viden og sensitivitet til at møde disse mennesker og hjælpe dem med at få skabt fornyet tillid til systemet.

Det er altså en sundhedsfaglig opgave og ansvar at være med til at identificere patienter tilhørende LGBT+ miljøet (29,31), for derved at kunne støtte patienten til sikkert og trygt at kunne snakke om særlige symptomer, behov og tidligere oplevelser. En vigtig præmis for dette kan helt simpelt være, at patienten sikres information om tavshedspligt både blandt sundhedsfagligt personale og ved eventuel brug af tolk (21,33).

### Referencer

1. Refugees UNHC for. Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees [Internet]. UNHCR. [henvist 19. januar 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.unhcr.org/protection/basic/3b66c2aa10/convention-protocol-relating-status-refugees.html>
2. Refugees UNHC for. UNHCR Guidelines on International Protection No. 9: Claims to Refugee Status based on Sexual Orientation and/or Gender Identity [Internet]. UNHCR. [henvist 11. januar 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.unhcr.org/publications/legal/509136ca9/unhcr-guidelines-international-protection-9-claims-refugee-status-based.html>

18. A Third of Poland Declared 'LGBT-Free Zone' [Internet]. Balkan Insight. 2020 [henvist 2. september 2020]. Tilgængelig hos: <https://balkaninsight.com/2020/02/25/a-third-of-poland-declared-lgbt-free-zone/>
19. Alessi EJ. Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative exploration. *Traumatology*. 2016;22(3):203–13.
20. PhD KRC. Identifying the Needs of LGBTQ Immigrants and Refugees in Southern Arizona. *J Homosex*. 31. januar 2011;58(2):189–218.
21. Sherriff N, Zeeman L, McGlynn N, Pinto N, Hugendubel K, Miranda M, m.fl. Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health-care inequalities via rapid reviews of grey literature in 27 EU Member States. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2019;22(4):688–700.
22. Kahn S, Alessi EJ, Kim H, Woolner L, Olivieri CJ. Facilitating Mental Health Support for LGBT Forced Migrants: A Qualitative Inquiry. *J Couns Dev*. 2018;96(3):316–26.
23. Report\_LGBT\_Asymum\_Applicants\_In\_Denmark.pdf [Internet]. [henvist 23. november 2021]. Tilgængelig hos: [https://lgbtasylum.dk/website/wp-content/uploads/2020/01/Report\\_LGBT\\_Asymum\\_Applicants\\_In\\_Denmark.pdf](https://lgbtasylum.dk/website/wp-content/uploads/2020/01/Report_LGBT_Asymum_Applicants_In_Denmark.pdf)
24. Keynote speech by Nicholas Chisha from LGBT Asylum at hearing about LGBTI+ refugees, 19 April 2021 – LGBT Asylum [Internet]. [henvist 15. maj 2021]. Tilgængelig hos: <https://lgbtasylum.dk/article/keynote-speech-by-nicholas-chisha-from-lgbt-asylum-at-hearing-about-lgbti-refugees-19-april-2021/>
25. Bagri NT. In Iran, there's only one way to survive as a transgender person [Internet]. Quartz. [henvist 11. januar 2021]. Tilgængelig hos: <https://qz.com/889548/everyone-treated-me-like-a-saint-in-iran-theres-only-one-way-to-survive-as-a-transgender-person/>
26. Egede SJ, Fouchard J, Frisch M, Graugaard C. Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder. :127.
27. Nydanske\_LGBT-personers\_levevilkkaar.pdf [Internet]. [henvist 30. april 2020]. Tilgængelig hos: [http://www.alsresearch.dk/uploads/Publikationer/Nydanske\\_LGBT-personers\\_levevilkkaar.pdf](http://www.alsresearch.dk/uploads/Publikationer/Nydanske_LGBT-personers_levevilkkaar.pdf)
28. Om LGBT Asylum – LGBT Asylum [Internet]. [henvist 12. januar 2021]. Tilgængelig hos: <https://lgbtasylum.dk/information/om-lgbt-asylum/>
29. Fakta - Center for Udsatte Flygtninge [Internet]. [henvist 30. september 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.udsatteflygtninge.dk/fakta.html#udsatte>
30. Sabaah – Forening for minoritetsetniske LGBT+ personer [Internet]. [henvist 29. januar 2021]. Tilgængelig hos: <https://sabaah.dk/>
31. LGBTI\_Handlingsplan\_11\_jun2018.pdf [Internet]. [henvist 2. oktober 2020]. Tilgængelig hos: [https://mfvm.dk/fileadmin/user\\_upload/MFVM/Ligestilling/Andre\\_dokumenter/LGBTI\\_Handlingsplan\\_11\\_jun2018.pdf](https://mfvm.dk/fileadmin/user_upload/MFVM/Ligestilling/Andre_dokumenter/LGBTI_Handlingsplan_11_jun2018.pdf)
32. Aftaler om finansloven for 2021. 2020;170.
33. Lee A, Kanji Z. Queering the health care system: Experiences of the lesbian, gay, bisexual, transgender community. *Can J Dent Hyg*. 1. januar 2017;51:80–9.



## Landskonference 2022

### Sygepleje og teknologi

#### Deltag i Landskonferencen og vær med til at diskutere:

- Hvad fremtidens sygepleje bliver, når teknologi bliver en større del af sundhedsvæsenet?
- Om aktuelle teorier og rammer for sygepleje kan hjælpe sygeplejersker i mødet med ny teknologi?

Techné er det græske begreb for håndværk. Traditionelt set har teknologi været opfattet som neutrale midler eller instrumenter, skabt mhp. menneskelige formål. I det lys er teknologien i sig selv uden betydning, da det er den menneskelige anvendelse af teknologi, som er interessant.

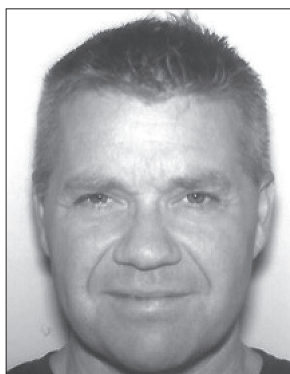
#### Men kan teknologi i sig selv blive styrende?

Med tanke på kunstig intelligens, og digitale kommunikationsformer kan fremtidens teknologi i højere grad blive autonome selvregulerende kræfter, der kan influere på og styre andre eksistenser, samfundet og mennesket.

#### Oplæg på konferencen giver bl.a. indblik i:

- Borgerens monitorerer og rapportering af egen sundhed via app's, 'devices' og PRO-løsninger.
- Digitale løsninger i behandling og rehabilitering.
- Grundlæggende sygeplejeopgaver erstattes af vaskerobotter, spiserobotter og sociale robotter.
- Videokonsultationer – hvad kan det?
- Modeller og forståelsesrammer for sygepleje, som Familie centreret sygepleje og Fundamental of Care og Excellent sygepleje – hvad kan de bidrage med lyset af et teknologisk sundhedsvæsen.

Den 23-24. marts  
Comwell · Hvide Hus Aalborg  
Konference og workshop  
Deadline for abstract 01.02.2022  
Programmet offentliggøres 01.11.2021  
på hjemmesiden <https://dsr.dk/fs/fs32>  
Early birdy 14.1.22  
Pris for Medlemmer:  
1 dag: 1100kr / 2 dage: 1795kr  
Pris for ikke- medlemmer  
1 dag: 1600kr / 2 dage: 2495kr



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

## Faglig artikel

# Inddragelse af patienter i pleje og behandlingsforløb i sundhedsvæsenet – en forventning og er det muligt?

Oplever du, at patienterne inddrages af sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet? Forskning viser, at mange patienter ikke føler sig tilstrækkelig inddraget i deres behandling (1–5). At blive inddraget kan opfattes som en sympatisk handling fra de sundhedsprofessionelles side, men inddragelse er også et udtryk for, at vi som borgere i et velfærdssamfund skal tage et større ansvar for eget liv og holde os raske og ude af sundhedsvæsenet (6).

Patientinddragelse blev for alvor indskrevet som en af de vigtigste målsætninger i politiske dokumenter for 10–15 år siden, og Europarådet erklærede i 2000, at involvering i beslutningsprocesser angående sundhedsydelse er en basal og essentiel ret for borgerne i alle demokratiske samfund. Inddragelse af patienter er en aktuell målsætning i nye danske sundhedsaftaler, der rammesætter sundhedsfaglige ydelser i regioner og kommuner. Patientinddragelse betragtes i dag nationalt og internationalt som en integreret hjørnesteen i sundhedsydelse af høj kvalitet. Ved at fremme inddragelse af patienterne forventes det, at man kan forbedre sundhedsresultaterne for den enkelte og samtidig reducere udgifterne i sundhedssektoren (5).

De fleste vestlige lande har gennemført formelle statslige programmer, der prioriterer patientens stemme og patientens aktive rolle i sygdoms- og rehabiliteringsforløbet. I Danmark er det bl.a. sket med sundhedslovens fastsættelse af patientrettigheder og krav til inddragelse og informeret samtykke fra patienterne, men ligeledes gennem nationale og regionale programmer og retningslinjer for inddragelse. Inddragelse blev indskrevet i den danske strukturreform i 2007 som en ramme for sundhedsfremmende og sociale indsatser, og gennem social- og sundhedsuddannelserne skulle der arbejdes for at brede demokratiet ud, så borgerne blev inddraget aktivt i beslutningerne ved behandling i både kommunalt og regionalt regi (6).

Som sundhedsprofessionelle har sygeplejersker pligt til at inddrage patienterne i deres pleje- og behandlingsforløb, og der er en forventning om, at patienterne skal spille hovedrollen i eget behandlingsforløb og deltage aktivt i behandlingen for at komme sig. Brugerorganisationer argumenterer også for mere involvering af patienter og pårørende i sundhedsvæsenet. Mange patienter genindlægges og i mange tilfælde kan det tilbageføres til manglende eller utilstrækkelig involvering. Patienten har ikke fået den nødvendige information og hjælp til, hvordan de skulle følge op på en behandling og når de kommer hjem, opstår der uoverkommelige problemer og i nogle tilfælde et behov for genindlæggelse på samme sygehus (2).

### Patienten som ekspert i eget liv

Som patient gør man sig mange tanker, når man rammes af sygdom og for de fleste er det ukendt land at blive alvorlig syg og indlagt på et sygehus. Mødet med sundhedsvæsenet er et møde, hvor patientens tanker og sundhedsmæssige problemer oversættes til et fagsprog og diagnoser ud fra evidensbaseret viden (2,7). De sundhedsprofessionelle er skolet gennem deres uddannelse til at inddrage forskning, og det forventes af dem. Der er vel og mærke ikke nødvendigvis sammenhæng mellem de handlinger, der er stærk evidens for, og hvad der virker bedst for den individuelle patientens fremtidige hverdagsliv efter udskrivelse (8). Eksempelvis kan der være god evidens for, at den ældre patient følger et fysisk genoptræningsprogram for at genvinde et optimalt funktionsniveau fx i sit knæ frem for at gennemgå en operation. Måske vil den ældre patient ikke benytte tilbuddet om genoptræning, fordi det passer dårligt ind i hans hverdagsliv. Det kan føles uoverkommeligt at transportere sig afsted til genoptræning og derfor opleves tilbuddet om genoptræning i sin kommune ikke succesfuldt. I sådant et tilfælde vil det være afgørende, at patienten inddrages i overvejelser for og imod henholdsvis en knæoperation eller fysisk genoptræning.

Ligesom de sundhedsprofessionelle har en faglig ekspertviden, så har patienten en ekspertviden, der er informeret af hans individuelle måde at leve sit liv på (9). Demokrati handler om at lytte til og respektere forskellige opfattelser og ønsker. Inddragelse kan i den forbindelse forstås som, at de sundhedsprofessionelle og patienten deler deres forskellige perspektiver på en konkret situation for førnævnte eksempel (1). På et oplyst grundlag har patienten derefter mulighed for at træffe et individuelt valg. Inddragelse omhandler ikke alene det at være involveret i beslutninger om pleje- og behandling. Inddragelse kan fx også handle om at føle sig lyttet til, at få al ønskelig information, at sidde med ved bordet når ens behandling drøftes at vælge sin kontaktperson. Inddragelse kan også være, at man ikke ønsker at være inddraget, fordi man ikke har overskud til at forholde sig til andet ved at være syg og ønsker for en stund at overlade alle beslutninger til de sundhedsprofessionelle om ens behandling (10).

### **Patientinddragelse løsning på sundhedsudfordringer?**

Forskning viser, at den danske sundhedspolitik sprogliggøre patientinddragelse som et middel til at sikre patienter et bedre behandlingsudbytte og til at løse samfundets udfordringer med en befolkning, der bliver ældre og har et stigende behov for professionel behandling. Hvis velfærdsstaten skal bevares i en tid med flere borgere, der skal behandles, kræver det nytænkning af sundhedsvæsenets tilbud (1,2,11,12).

Statistiske beregninger viser, at vi lever længere end nogensinde før, og at andelen af danskere over 65 år er stigende. I kombination med flere og bedre behandlingsmuligheder medfører dette udsigt til større efterspørgsel på sundhedsydelse og dermed et større pres på sundhedsvæsenet. Nye økonomisk bæredygtige løsninger, hvor inddragelse af uudnyttede ressourcer hos patienterne tages i brug, menes at være nødvendige, hvis presset skal kunne håndteres (13).

Anskuet ud fra et politisk perspektiv kan målet om øget patientinddragelse forstås som den danske regerings bud på, hvordan inddragelse kan bibringe patienten mere viden og sundhedskompetencer til at håndtere de udfordringer, der følger med det at få en kronisk sygdom. Inddragelse kan betragtes som et virkemiddel, der kan føre til større effektivitet og nedbringe udgifterne i sundhedsvæsenet. Alle patienter har adgang til relevant viden fx på internettet og forventes at sætte sig ind i sin sygdom og behandling, og patienten antages at have mindre brug for sundhedsprofessionel hjælp (5).

Samfundets borgere tillægges et større ansvar for at leve et sundt liv og følge myndighedernes anbefalinger. Generelt ses et paradigmeskifte i den offentlige sektor, hvor patienten tillægges en mere aktiv rolle i forhold til egen sygdom, behandling og pleje. Ved at introducere patientinddragelse som en løsningsmodel stiller sundhedsvæsenet imidlertid også krav til patienten (1). For at være centrum i egen behandling og for at føle sig inddraget skal patienten både være i stand til aktivt at tage hånd om egen sundhed og

kunne vurdere den information, der tilbydes. Opstår der sygdom, pålægges den enkelte et større individuelt ansvar for at komme sig af sygdom og forebygge tilbagefald eller nye sygdomme (14). Patientens problemer betragtes som individuelle og i tråd med den liberalistiske tilgang, betragtes patienten som en kunde i et sundhedsvæsen, hvor patienten ses i stand til at efterspørge og benytte den rette hjælp for at komme sig og blive en aktiv og bidragende samfundsborger. Dette individualistiske menneskesyn vinder indpas i liberalismen, hvor individet anses som autonomt og selvansvarligt og enhver er sin egen lykkes smed (15).

Trods den øgede bevågenhed om patientinddragelse fra politikere, fagfolk og brugerorganisationers side, er inddragelsesbegrebet uklart defineret og derfor også vanskeligt at omsætte i praksis (1,6). Forskningen bidrager med forskellige bud fx patientcentrering, involvering, inklusion, deltagelse, informering, hvorunder knyttes forskellige opfattelser af, hvad det indebærer (6). Ambitionen for inddragelse varierer betydeligt fra at patienten er informeret om behandlingen til at være involveret i alle spørgsmål relateret til behandlingen. Brugerorganisationer fx 'Danske Patienter' adskiller patientinddragelse mellem individuel inddragelse og inddragelse i organisatorisk arbejde fx repræsentant fra en brugerorganisation, der deler erfaringer som patient i sundhedsvæsenet, som de professionelle kan lære af i udviklingen af sundhedsvæsenet (6).

### **Er der tid til at inddrage patienter i et travlt sundhedsvæsen?**

Mange sundhedsprofessionelle og ikke mindst sygeplejersker oplever et stort arbejds- og tidspres og stigende krav til dokumentation, produktivitet og effektivitet, hvilket påvirker evnen til at lytte og magte at forholde sig til patientens ønsker. Flere studier viser, hvordan tid og strukturelle rammer sætter nogle begrænsninger for samtalen med patienten (1,6). Sygehusene arbejder med standardiserende forløb i form af pakkeforløb og accelererende forløb, der på forhånd definerer, hvad der skal ske i behandlingsforløbet. Mange sundhedsprofessionelle anser det ikke for sandsynligt at have tid til at inddrage patientens perspektiv i standardiserende forløb. Inddragelse af patienter kan opleves som mere tidskrævende, idet det kræver højere grad af dialog og indlevelse i patientens perspektiv på sygdom og sundhed. Hertil er der behov for at vise hensyn til de svækkede og mest afhængige og ressourcetsvage patienter får mulighed for at blive inddraget i pleje, vejledning, behandling og rehabilitering (1).

### **Perspektiverende tanker**

Patientinddragelse omtales på et politisk niveau, i en sundhedsfaglig praksis, som noget positivt, der fremmer patientens egenomsorg og skaber bedre livskvalitet. Forskning viser, hvordan patientinddragelse er styret af en paternalistisk magtstruktur, hvor biomedicinsk og evidensbaseret viden rangeres højest som grundlag for at fortolke og løse patienternes problemer (2,5,16). Dette vidensmagtperspektiv kan anskues i et dialektisk forhold, hvor bestemte former for viden integreres i standardiserede metoder, som bliver instruerende for de mulighedsbetingelser, der er for

inddragelse i en sundhedsfaglig praksis (1,2,7,17). Der er et politisk ønske om at reformere sundhedsvæsenet på et humanistisk og demokratisk grundlag. Ligeledes taler de fleste sundhedsprofessionelle varmt for patientinddragelse og mener, at fænomenerne allerede udgør en integreret del af behandlingen (6).

Frem for at eksplicitere patientinddragelse og teoretiske forankringer, så synonymiseres og professionaliseres inddragelse med forskellige behandlingsmetoder (6). Metoder som patientskoler er et eksempel på, hvordan man forestiller sig tilvejebringelse af viden, kan gøre patienterne i stand til at opnå selvindsigt i sygdom og symptomer, og hvorledes de skal håndtere en ny og ukendt situation. Observationer i en sundhedsfaglig praksis viser, at sundhedsprofessionelle kobler sig på standardiseringsbølgen, hvor behandlingen tilrettelægges som forudbestemte metoder, som bl.a. udfoldes i standardiserede pakkeforløb. Disse standardiserede styringsmekanismer har ledetråd til en New Public Management tankegang, hvor korte ventetider, hurtig diagnosticering, effektiv og økonomisk rentabel behandling vinder indpas. Dette objektive udgangspunkt sættes over patientens hverdagslivserfaringer, livsbetingelser og samhørighed med andre mennesker, og inddragelse tolkes ind i en paternalistisk og biomedicinsk forståelsesramme (1,2,5,16,17).

Patientens problemstillinger italesættes inden for en medicinsk forståelsesramme. Det betyder at problemer, der knytter an til psykiske og sociale problemer italesættes som sygdomsmæssige symptomer og hvor løsningen findes inden for en medicinsk ramme. Trods sygeplejerskers og andre sundhedsprofessionelles egne forestillinger om, at de arbejdede inddragende, så viser vores studier, at inddragelse af patienternes var minimal. Plejen og behandlingen rettes overvejende mod symptomreduktion, compliance og medicinsk behandling, men sygeplejerskernes og de andre sundhedsprofessionelle efterspurgte metoder til at inddrage patienternes perspektiver i højere grad (2,5,18). På den baggrund er der en voksende interesse fra forskere og fagfolk om at fremtidens løsninger skal udvikles i samskabelse mellem brugere af sundhedsvæsenet, fagfolk og forskere (19,20). Også i de private fonde, der tildeler midler til forskning, er det efterhånden et velkendt fænomen, at der stilles krav til at brugere af sundhedsvæsenet inddrages som medforskere i projekterne. Denne måde at samskabe viden og nye løsninger på i sundhedsspørgsmål ser ud til at nyde stor anerkendelse i sundhedsvæsenet. Brugernes erfaringsbaserede ekspertviden er et vigtigt bidrag til at forstå de hindringer, der kan opstå på vejen, når nye behandlinger og tilbud i det hele taget implementeres. Inddragelse af brugernes viden kan sikre, der foretages de nødvendige tilpasninger, når en ny behandling eller rehabiliterende plan planlægges. Samskabelse af nye løsninger brugere og professionelle er en anerkendelse af, at erfaringsbaseret viden sidestilles med faglig viden i en demokratisk udviklende proces, hvor alle har en stemme og der lyttes til alle synspunkter og argumenter, hvad enten de adresseres den evidensbaserede verden eller erfaringsverden.

## Referencer

1. Jørgensen K. Mulighedsbetingelser for patientinddragelse og recovery i psykiatrien (The conditions for patient involvement and recovery in mental healthcare). Roskilde University; 2019.
2. Jørgensen K, Rasmussen T, Hansen M, Andreasson K, Karlsson B. User Involvement in the Handover between Mental Health Hospitals and Community Mental Health : A Critical Discourse Analysis. *Int J Environ Res Public Heal*. 2021;
3. Jørgensen K, Rendtorff JD, Holen M. How patient participation is constructed in mental health care: a grounded theory study. *Scand J Caring Sci*. 2018;(3):In press.
4. Jørgensen K, Rendtorff JD. Patient participation in mental health care - perspectives of healthcare professionals: An integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2017 Sep;(7).
5. Jørgensen K, Praestegaard J. Patient participation as discursive practice-A critical discourse analysis of Danish mental healthcare. *Nurs Inq*. 2017 Sep;25(2):e12218.
6. Jørgensen K. Patientinddragelse Politik, profession og bruger (Patient involvement, Policy, Profession and User). Copenhagen, Denmark: Samfundslitteratur; 2019.
7. Jørgensen K, Rasmussen T, Hansen M, Andreasson K, Karlsson B. Recovery-oriented network meetings in mental healthcare: A qualitative study. *Issues Ment Health Nurs*. 2021;
8. Frederiksen J, Dahl MB, Jørgensen K. Different Professional Arc Types in the Inter-sectoral Management of Psychiatric Healthcare Trajectories. *Praxeologi – Krit Refleks blikk på Sos Prakt*. 2020;2.
9. Barranger SL, Maurer K, Moore KL, Hong I. Mental health recovery: Peer specialists with mental health and incarceration experiences. *Am J Orthopsychiatry*. 2020;90(4):479–88.
10. Jørgensen K. Mulighedsbetingelser for patientinddragelse og recovery i psykiatrien. Roskilde; 2019.
11. Holen M, Kamp A. Brugerinddragelse: ny professionalisme og nye omsorgsrum? *Nord Välfärdsforskning*. 2018;(1):47–57.
12. Beedholm K, Frederiksen K. Professioner og værdier i bevægelse - når målet er det aktive patientskab. *Michael*. 2015;12(2):153–66.
13. Beedholm K, Jensen A-LS, Frederiksen K. Patientinddragelse og politisk styring. In: Jørgensen K, editor. *Patientinddragelse - politik, profession og bruger*. København: Samfundslitteratur; 2019.
14. Jørgensen K, Dahl MB, Frederiksen J. Coherence in intersectoral collaboration between psychiatric centres and community mental healthcare: A critical discourse analysis. *Nord J Nurs Res*. 2020;
15. Jørgensen K, Rendtorff JD, Holen M. How patient participation is constructed in mental health care: a grounded theory study. *Scand J Caring Sci*. 2018;(3).
16. Frederiksen J, Dahl MB, Jørgensen K. Different Professional Arc Types in the Inter-sectoral Management of Psychiatric Healthcare Trajectories" – Et kritisk reflektivt blikk på sociale praktikker. *PRAXEOLOGI*. 2020;
17. Jørgensen K, Praestegaard J, Holen M. The conditions of possibilities for recovery: A critical discourse analysis in a Danish psychiatric context. *J Clin Nurs*. 2020 Apr 30;(April):1–13.

18. Jørgensen K, Praestegaard J, Holen M. The conditions of possibilities for recovery: A critical discourse analysis in a Danish psychiatric context. *J Clin Nurs*. 2020 Apr 30;
19. Bason C. Leading Public Sector Innovation: Co-creating for a Better Society. *Policy Express*. 2010;(May 2015):278.
20. Berring LL, Hummelvoll JK, Pedersen L, Buus N, Jan K, Buus N, et al. Issues in Mental Health Nursing A Co-operative Inquiry Into Generating , Describing , and Trans-

forming Knowledge About De-escalation Practices in Mental Health Settings A Co-operative Inquiry Into Generating , Describing , and Transforming Knowledge About. 2016;2840(April).

# Stafetten

## –mød en kollega



**Af: Kirstine Aakerlund Rosendal, Ph.d.-studerende  
Bornholms Sundheds- og Sygeplejeskole og Roskilde  
Universitet, Institut for Mennesker og Teknologi**

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

Jeg er ansat som ph.d.-studerende, så mit job består primært af at gennemføre mit forskningsprojekt. Som et led i ph.d.-uddannelsen er jeg også vejleder på bachelor og kandidatniveau på RUC. Jeg underviser og vejleder desuden sygeplejestuderende på sygeplejeskolen på Bornholm.

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

De senere år har der været et øget fokus på grundlæggende sygepleje og den dokumentation, der er for, at der ikke leveres sygepleje af høj nok faglig kvalitet. Dette inspirerede mig til at forske indenfor et område, som typisk har haft lavstatus indenfor sundhedsprofessionerne - nemlig plejen af de gamle menneskers kroppe. Jeg undersøger, hvordan kropspleje til gamle mennesker, som har behov for hjælp til dette, udfolder sig forskellige steder i sundhedsvæsenet, på plejecentre, i eget hjem, og på hospitalet, samt hvilken betydning det at modtage hjælp til kropspleje har for de gamle mennesker. Jeg anskuer kropspleje som en kompleks praksis, der formes og påvirkes af blandt andet institutionelle reguleringer, diskurser og materialitet.

*Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?*

Jeg har primært erfaring med kvalitative metoder. I mit ph.d.-projekt arbejder jeg etnografisk. Denne metode er interessant, da den ansporer til en sensitivitet overfor det empiriske felt. Det har betydet, at jeg i mit feltarbejde, har fået nogle indsigter, som jeg ikke havde forventet.

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

Siden 2012 har jeg arbejdet som underviser (lektor i 2016) på sygeplejerskeuddannelsen på Bornholm. Vidensgrundlaget i sygeplejerskeuddannelsen er både professions og forskningsbaseret, så det har været naturligt hele tiden at tænke i forskning. Derudover giver mit forskningsprojekt også mening i forhold til den kontekst, jeg kommer fra på Bornholm, hvor der er en stor andel af gamle mennesker, der har brug for ældrepleje. Desuden prioriterer ledelsen på sygeplejerskeuddannelsen på Bornholm forskning, hvilket har været medvirkende til, at jeg kunne starte som ph.d.-studerende.

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

Jeg håber, der kommer endnu mere sygeplejeforskning, der har ældreplejen i primær sektor som fokus. Derudover tænker jeg også, det er vigtigt at forske i, hvordan samspillet mellem velfærdsteknologier, alderdom og omsorg bliver i fremtidens ældrepleje. Jeg er selv inspireret af blandt Science and Technology Studies og jeg tænker, der er interessante teoretiske forståelser at hente herfra.

**Jeg giver stafetten videre til:**

Nina Halberg





**Af Birgitte Lerbæk. Postdoc i Klinisk Sygepleje ved Klinik Medicin og Akut, Aalborg Universitetshospital og Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital [birgitte.lerbaek@rn.dk](mailto:birgitte.lerbaek@rn.dk)**

## Velkommen tilbage til Klummen – for sidste gang

Denne gang er det blevet tid til det afsluttende indlæg i *Klummen*, og dette sidste indlæg kommer naturligt nok til at handle afslutningen af forløbet og om forsvaret.

### **Første aflevering og den afviste afhandling**

I den sidste klumme (som blev bragt for længe, længe siden) fortalte jeg om mit (dengang) nye job og om, at jeg havde indleveret min afhandling. Efter sommeren sidste år kom så svaret fra bedømmelsesudvalget, som i første omgang anbefalede en revidering af afhandlingen - blandt andet med fokus på at få perspektivet fra deltagerne med skizofreni mere frem. Det var en svær besked at modtage. Det var svært at få beskeden om at afhandlingen var afvist, men også svært at skulle acceptere, at jeg igen skulle være ph.d. studerende. Selvom det sker for mange, så tror jeg, at alle ph.d.-studerende håber på, at deres afhandling kommer igennem nåleøjet i første hug. Men efter at have sundet mig lidt, var der heller ikke andet at gøre, end at komme i gang igen. Bedømmernes tilbagemelding var skarp og det hjalp mig meget, at jeg fik fornemmelsen af, at de kunne se, hvad jeg havde intentioner om at opnå med projektet og gav konkrete nedslagspunkter, som kunne bringe mig på rette vej. I løbet af de næste seks måneder, der fulgte, fik jeg arbejdet videre med de etnografiske data og i marts 2021 afleverede jeg en ny og meget bedre version af afhandlingen.

I perioden, hvor jeg reviderede mit arbejde, fik jeg etableret et stærkt samarbejde med to af mine vejledere. De var en stor støtte i processen og de hjalp mig med at finde troen på, at den ambition jeg havde med projektet godt kunne realiseres. I løbet af det halve års tid, hvor afhandlingen blev lavet færdig, fik jeg antaget den anden ph.d.-artikel og den tredje artikel blev sendt ind til et tidsskrift og kom i review (og efterfølgende accepteret til publikation). Alt i alt

følte arbejdet med projektet mere færdigt end det havde gjort første gang jeg afleverede.

Jeg har brugt lang tid på at efterrationalisere mit forløb. Jeg skal spare jer for alle mine refleksioner her, men blot nævne, at det blandt andet handlede om, hvordan jeg på det tidspunkt fik arbejdet med et stort, lidt uoverskueligt datamateriale og hvordan jeg kom dertil, hvor jeg egentlig mistede overblikket og fik afleveret et ufærdigt materiale i første omgang. Det virker måske ligegyldigt for en udenforstående, men det har lært mig meget at gennemgå den del af processen og forsøge at analysere og forstå, hvad der skete.

### **Antagelse og forberedelse til forsvaret**

I starten maj måned i år kom så den gode nyhed – at min afhandling var indstillet til forsvar! Det var kæmpe stort og en følelse, som det bare er helt umuligt at forberede sig på. Forberedelserne til forsvaret var så småt startet, men kunne nu for alvor komme i gang. Jeg fik planlagt det sådan, at jeg kunne lave et øve forsvar for to vejledere nogle dage før selve forsvaret og dermed have tid til at rette det til efterfølgende. De 45 minutter man har til sit eget oplæg, kan måske lyde som lang tid. Men det er det absolut ikke, når man skal fortælle om det arbejde, der har fyldt så meget igennem flere år.

Et af de råd, som mine vejledere gav mig – og som var en stor hjælp for mig – var at jeg skulle huske på, at forsvaret var en offentlig begivenhed, hvor mennesker med forskellige forudsætninger ville høre med. Derudover, var det



væsentligt at huske, at oplægget skulle være en indføring i den forskning jeg havde lavet og hvordan den skulle ud og leve sit liv efterfølgende. Igen, var det bare med at komme i gang.

Jeg vil tro, at der for alle er noget helt særligt, de husker fra tiden omkring deres forsvar. For mig fandt en af de betydningsfulde situationer sted to dage før selve forsvaret, da jeg fik kasserne med de trykte afhandlinger fra trykkeriet. Det var et helt vildt surrealistisk og fantastisk øjeblik for mig at åbne en af kasserne og hive et eksemplar op. Det var som om, at det alt sammen blev virkeligt for mig lige der – og det var efter den situation, at jeg for alvor følte mig klar til forsvaret.

## Forsvaret

Selve forsvaret og dagen for forsvaret er en dag jeg aldrig glemmer. Det var bare helt fantastisk! Som nævnt følte jeg mig faktisk godt og grundigt forberedt og klar. Det betød også, at jeg var spændt, men at nervøsiteten, som ellers godt kan ramme mig, var under kontrol hele vejen igennem. Men det er også en dag, hvor man er så fokuseret på opgaven, at nervøsiteten presses i baggrunden.

Som mange andre begivenheder igennem de sidste 18 måneder, blev forsvaret holdt online. En del mennesker så med på skærmen, og gode venner, kolleger og min familie sad rundt om i andre lokaler i den bygning hvor forsvaret blev holdt. Alt i alt oplevede jeg kæmpe opbakning fra nær og fjern.

Det er svært at beskrive selve forsvaret, men en kort udgave er, at mit oplæg gik rigtig godt og at samtalen med bedømmelsesudvalget bagefter var spændende og berigende for mig. Alt i alt var det en rigtig god oplevelse. Det gav mig også et boost på selvtilliden og på troen på, at det arbejde jeg har lavet er vigtigt og relevant for området.

På det her tidspunkt måtte man samles max. 25 personer. Efter forsvaret havde vi en lille reception og om aftenen holdt jeg en lille fest for de nærmeste. Det var dejligt, at det trods alt var muligt at fejre afslutningen på flere års arbejde.

Til slut vil jeg sige tak til jer, der har læst med i Klummen. Det har været både fedt og udfordrende at skrive om livet som ph.d.-studerende. Der sker hele tiden utroligt mange ting, men jeg har forsøgt at formidle nogle af de ting, som har haft stor betydning eller som har gjort stort indtryk på mig gennem forløbet.

Min afhandling ligger tilgængelig på Aalborg Universitets hjemmeside. Tak for nu.

Venlig hilsen  
Birgitte Lerbæk  
Postdoc i Klinisk Sygepleje  
Klinik Medicin og Akut, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje Aalborg Universitetshospital

'Klummen' beskriver mit ph.d.-forløb fra start til slut. Projektet forløber fra maj 2016 til maj 2021. Kommentarer og spørgsmål er velkomne på [birgitte.lerbaek@rn.dk](mailto:birgitte.lerbaek@rn.dk).

**Supervisors**  
Professor, Jørgen Aagaard (May 2016 – August 2018)  
Clinical Associate Professor, Marlene Bricot Lauritsen (August 2018 – May 2021), Department of Clinical Medicine, Aalborg University Psychiatry, Aalborg University Hospital, Aalborg, Denmark  
Associate Professor, Rikke Jørgensen, Unit for Psychiatric Research, Aalborg University Hospital  
Associate Professor, Dr. Andrea McCloughan, Susan Wakil School of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney  
Professor, Niels Boas, Relationships Australia NSW, Faculty of Health, Department of Regional Health Research, University of Southern Denmark, Faculty of Medicine and Health, Sydney Nursing School, University of Sydney  
Clinical Associate Professor, Julie Nordgaard, Centre of Psychiatry Amager, Copenhagen, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

**Assessment Committee**  
Associate Professor, Charlotte Wegener (Chairman), Department of Communication and Psychology, Faculty of Humanities, Aalborg University  
Associate Professor, Masi Holm, Department of People and Technology, Roskilde University  
Professor, Christine Øye, Institut for Helse- og Omsorgsvikar, Høgskulen på Vestlandet, Norge

**Birgitte Lerbæk**  
E-mail: [birgitte.lerbaek@rn.dk](mailto:birgitte.lerbaek@rn.dk)  
AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL  
9000 Aalborg

**Invitation for PhD defense**  
by Birgitte Lerbæk

**Managing physical health issues in everyday life**  
An ethnographic study among people with schizophrenia

Thursday 20 May 2021 at 1 PM (CET)  
The defense will be held online via Zoom.  
Registration by email to: [inst.klinisk.phd@form.aau.dk](mailto:inst.klinisk.phd@form.aau.dk)

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

**Birgitte Lerbæk**  
RN, PhD, Postdoc in Clinical Nursing at Aalborg University Hospital/Aalborg University  
6md. • 📍

Igår var en virkelig speciel torsdag! ✨ Jeg forsvarede min ph.d. afhandling og dermed det arbejde, som har fyldt meget i mit liv de sidste år. Tusind tak til jer der var med på dagen og for jeres hilsner og støtte op til dagen igår 🙏❤️  
Idag er jeg træt, glad, stolt og overvældet af de mange indtryk 😊  
Tak til mine vejledere og samarbejdspartnere! Og tak til bedømmelsesudvalget for deres bidrag til en fantastisk dag 😊

#phd #psykiatri #forskning  
Psykiatrien, Region Nordjylland

# Boganmeldelser



## Når borgerforløbene strækker sig over flere sektorer og hvor flere faggrupper er inddraget – Det nære sundhedsvæsen

**Borgernær sygepleje**, Tina Risager (red), (2021), 1. udg., FADL's Forlag, 469 sider

Bogen 'Borgernær sygepleje' er inddelt i 20 kapitler, som hver er skrevet af forfattere med ekspertviden inden for feltet. Indledningsvist beskrives konteksten, historien og rammerne for begrebet borgernær sygepleje. Ligeså præciseres udviklingstendenser for muligheder såvel som udfordringer i relation til den borgernære sygepleje. Således får læseren en grundlæggende historisk viden om feltet inden bogens mange kapitler udfoldes. Bogen nuancerer og kvalificerer et helhedsperspektiv ved udøvelsen af sygepleje til borgere. I forlængelse heraf, opnår læseren viden om aspekter såsom: medicinering og polyfarmaci, demensomsorg, metoder til hverdags observation, palliation, værdigheden i den borgernære sygepleje, klinisk lederskab etc. Foruden dette får læseren mulighed for at skabe indsigt i metoder med fokus på tidlig opsporing og rehabilitering, hvilke også må betragtes som centrale tematikker ved udøvelsen af borgernær sygepleje. Midtvejs, udfoldes det sundhedspædagogiske perspektiv, hvor læseren opnår en forståelse for og viden om, for at kunne navigere mellem borgerens hverdagslige perspektiver på sundhed på den ene side og sundhedsprofessionelle udøvelse af en evidensbaseret praksis på den anden side. Bogen rundes af med viden om samarbejdet på tværs, da en god borgernær sygepleje i høj grad bygger på evnen til at kunne mestre det tværfaglige samarbejde samt evnen til at mestre klinisk lederskab. Dette som følge af, at den største gruppe, der udøver borgernær sygepleje kan findes blandt social-

sundhedshjælpere samt assistenter. Som en del af kapitlernes opbygning anvendes cases, hvor det faglige stof perspektiveres hertil, for så efterfølgende at blive opsummeret iht. den nævnte problematik. Det kan da blive nødvendigt, at anvende anden litteratur for at nå en vis dybde, da ikke alle kapitler formår at gå i dybden med det faglige indhold. Dog formår bogen at give et helhedsperspektiv på den borgernære sygepleje, der dækker bredt. Som sundhedsfaglig underviser, anser jeg bogen som værende særlig relevant til en undervisningskontekst, eftersom bogen formår at perspektivere indholdet til en relevant problemstilling. Når det faglige indhold kan perspektiveres til et praksiseksempel vil det lette modtagerens forståelse af indholdet og derved udvide læserens horisont. Bogen henvender sig til sygeplejersker på specialuddannelsen til borgernær sygepleje, til kommunale sygeplejersker og sygeplejersker i almen praksis. Ydermere henvender bogen sig også til studerende på grunduddannelser, dvs. sygeplejestuderende såvel som social- og sundhedsassistenter. En meget velskreven bog der varmt kan anbefales.

**Anmeldt af: Vicki Eisø, Cand.pæd., Sygeplejefaglig underviser ZBC-SOSU, Køge**

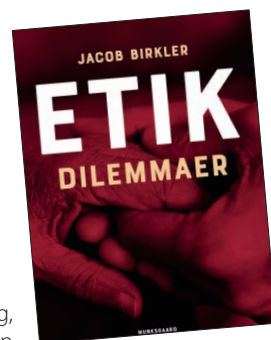
## En balanceakt at håndtere et etisk dilemma

**Etik - Dilemmaer**, Jacob Birkler, Munksgaard, 2021, 200 sider

I bogen udfolder Jacob Birkler definitionen af et etisk dilemma i et tydeligt, letlæseligt og nuanceret sprog. Jacob Birkler synliggør og reflekterer over adskillige etiske dilemmaer som sundhedsprofessionelle på daglig basis møder i deres kliniske praksis – på tværs af professioner og specialer. Dette bidrager til en forståelse af de mange værdikonflikter, som sundhedsprofessionelle står i, når almenmenneskelige værdier som respekt, ansvarlighed, ærlighed og tillid gensidig udelukker hinanden. Jacob Birkler beskriver på fineste vis kompleksiteten af de mange etiske dilemmaer, hvor et valg oftest vil få konsekvenser for patienten, pårørende eller kollegaer – et valg, der ikke kan løses, men skal håndteres og hvor håndteringen ofte er en svær balanceakt. Et typisk etisk dilemma vil f.eks. være en konflikt mellem respekten for patientens valg eller fravalg på den ene side og en faglighed på den anden side. Dilemmaet kan også opstå i de mange og svære prioriteringer, som sundhedsprofessionelle i et presset sundhedsvæsen står i, hvor de ustandseligt skal tage stilling til i hvilken rækkefølge patienterne skal hjælpes og i hvilken

grad der er mulighed for at hjælpe – et valg, hvortil der altid hører et fravalg. Beskrivelsen og refleksionerne over de mange vanskelige og konfliktfyldte valg bidrager til en større synlighed og opmærksomhed på værdikonflikterne, som findes overalt og dagligt skaber tvivl om hvordan man som sundhedsprofessionel kan eller skal håndtere. Bogen er særdeles velegnet som fælles reference for drøftelser på alle sundhedsuddannelser, hvad enten det er grunduddannelser, specialuddannelser eller videreuddannelser. Bogen eller enkeltstående kapitler kan dog også med fordel danne grundlag for diskussioner om etik og etiske dilemmaer blandt sundhedsprofessionelle i den kliniske praksis.

**Anmeldt af: Lone Jørgensen, Lektor i klinisk Sygepleje, Klinik Kirurgi og Kræftbehandling & Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital og Klinisk Institut, Aalborg universitet.**



# Unikt indblik i oplevelser hos en pårørende til en person med Alzheimers Demens

## Pårørt – en pårørendes forløb med Alzheimers.

Eva Hultengren. Aalborg Universitetsforlag. 2019. 278 sider.

Temaet pårørende til personer med demens behandles på et fagligt sobert niveau med udgangspunkt i personlige oplevelser og refleksioner underbygget med referencer og professionelle overvejelser. Bogen består af 4 dele: Grundlaget for opbygning af en fasemodel for pårørendes forløb (1), Beskrivelser, dagbogsnotater og refleksioner (2), Forholdet mellem professionelle og pårørende (3) samt Metoder og perspektiver (4). Min læsning af bogen kan beskrives som en fasemodel, der omfatter: Energi og mod (Indledning), Forvirring og frustration (del 1), Fanget i flow (del 2 og 3) og Accept og respekt (del 4).

Læsning af indledningen gav energi og mod, fordi det metodiske greb med dagbogsnotater som grundlag for fremstillingen giver et unikt indblik i den pårørendes proces og oplevede virkelighed nu og her uden de efterrationaliseringer og generaliseringer, som kan være svære for professionelle at lægge fra sig i mødet med den pårørende. Det afløstes af forvirring af frustration i læsning af del 1, hvor grundlaget for beskrivelsen af en fasemodel gennemgås i 5 kapitler. Forfatteren har meget på hjerte og bogens del 1 indeholder mange guldkorn, som er gemt i en urskov af refleksioner, ufuldstændige sætninger og flygtigt berørte referencer. Urskoven blev kun tættere af mine forskellige læser-positioner som både sygeplejerske, forsker, pårørende til en far med Alzheimers og en mor som er nærmeste pårørende. Forfatterens forskellige positioner som praktiserende psykolog, forsker og pårørende giver dybde i refleksionerne, men kan også forstyrre læsningen og utydeliggøre bogens hensigt og målgruppe. Der er risiko for, at der mangler metodisk stringens til forskere og at sproget er for teksttungt, reflekterende og springende til praktikere. Det iboende dilemma i samtidig at fremstille en fasemodel og omfatte det unikke underbygges af gentagelser af sætningen 'Når du har mødt en dement, har du mødt en dement' igennem bogen.

Del 2 og 3 er interessante og velskrevne afsnit, som fangede læseren i flow. Her flyder sproget og forfatterens ærlighed, tydelighed og livskloge/vidende refleksioner giver læseren et unikt indblik i konkrete eksempler og refleksioner over oplevelser i tilværelsen som pårørende til en person med Alzheimers. Uddrag af del to og tre kan med fordel inddrages på social- og sundhedsuddannelser. Bogen peger på muligheder for udvikling af sygeplejen: Dels i form af et samfunds kritisk blik på plejhjemsindretning, som tilgodeser samvær og aktivitet. Dels i konstateringen af manglende opmærksomhed på behov og plejetilbud til personer med svær demens. Iagttagelserne er givende for sygeplejersker, for hvem sætningen 'Det lillebitte liv skal også leves' kan være både udgangspunkt og mål for udøvelsen af faget og kan initiere refleksioner over muligheder for faglig og samfundsmæssig anerkendelse og værdsættelse af, hvad det kræver at yde pleje til svært demente borgere.

Metodekritiske overvejelser og kritiske samfundsmæssige perspektiver i bogens del 4 gav læseren respekt og accept af bogens solide bidrag til praksis. Forfatteren investerer på ærlig vis sig selv og sin store personlige og faglige viden i dette værk, som kan give professionelle et unikt indblik i en pårørendes perspektiver ligesom bogen samlet vil give sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning et godt udgangspunkt for videre undersøgelser og arbejde med forbedring af praksis.

**Anmeldt af: Mette Geil Kollerup, Postdoc i Klinisk Sygepleje, Klinik Medicin og Akut, Aalborg Universitetshospital.**



# Relationsarbejdets kompleksitet i sygeplejen

**Relationer. Kommunikation, interaktion, dialog, anerkendelse og narrativer.** En del af en udgivelsesserie om professionernes begreber, som redigeres af Peter Østergaard Andersen og Thomas Bestle. Forfatter: Ole Løw · Forlag: Samfundslitteratur. Årstal: 1. udgave, 2019

Relations begrebets multidisciplinære forståelser og betydninger nuanceres og kobles til praksis- eksempler i denne lille teoretiske bog af Ole Løw. Der ses i dag i sundhedsvæsenet en tendens til at grundlæggende sygepleje ikke er forbundet med lige så meget prestige som sygeplejeopgaver, der kræver specialistviden. Forskning viser, at kommunikation og relations arbejde er en yderst vigtig del af den grundlæggende sygepleje og derfor er Løws bog fremragende til at forstå den kompleksitet, som relations-begrebet rummer.

Løw beskriver blandt flere begreber om interaktion, dialog og professionsnarrativer. Som for et eksempel hvordan narrativer anvendes i praksis, kan tjene flere formål, så som udvikling af praksis, til kollegialrefleksion eller som uddannelse af den studerende, hvor sygeplejersken og den studerende kan lære at fortælle, om deres handlinger og hvorfor de gjorde, som de gjorde.

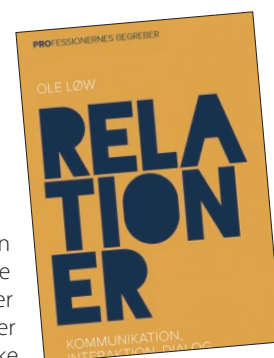
Relationsprofessionelle, som sygeplejersker benævnes i bogen, er dagligt i interaktionen med mange forskellige patienter, borgere, pårørende, samarbejdspartnere og studerende. Sygeplejersker skal skabe gode relationer til alle disse aktører og i interaktionen med aktørerne skabes sygeplejerskers (professions)identitet, idet der ifl. Løw ikke findes et "jeg" uden et "du" eller "vi" – livet er relationelt.

At kunne tage andres menneskers perspektiv, er grundlaget for at udvikle egen selvrefleksive bevidsthed som sygeplejerske og denne lydhør-

hed overfor andres perspektiv skabes i relationen med blandt andet patienten, hvor målet må være at patienten føler sig set, mødt og hørt. Studier understøtter, at det har betydelige konsekvenser for patienten, hvis en meningsfuld relation ikke skabes i mødet med sygeplejersken. En metode til at skabe en meningsfuld relation er dialogen, hvilket nuanceres i Løws bog. Dialogen rummer mange aspekter som eksempelvis lytning, spørgen og meningsdannelse. Relationsprofessionelle lytter ud fra interesse om at skabe forståelse af, hvad patienten siger og gennem dialogen skabes den stærke relation til patienten.

Løws bog anbefales, idet den danner teoretisk baggrund for, hvordan sygeplejersken i praksis kan udvikle sine handlekompetencer i relations-arbejdet.

**Anmeldt af: Trine Engelbrecht, Sygeplejerske, Cand. Cur., Adjunkt ved UCSyd, Eftervidereuddannelsen, Forsknings- og udviklingsafdelingen.**



# Bestyrelsen



## Formand

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



## Næstformand

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



## 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

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



## Bestyrelsesmedlem

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

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com

