

SIDE 8

FAGLIG
ARTIKEL
Institutionel
etnografi

SIDE 14

FAGLIG
ARTIKEL
Fælles beslutnings-
tagning og beslut-
ningsstøtteværk-
tøjer- erfaringer fra
et projekt

SIDE 20

FAGLIG
ARTIKEL
Jeg møder bare
op, så får jeg at
vide, hvad det
drejer sig om
– et kvalitativt
bachelorprojekt



03
2023

SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSSKRIFT

forstyrrelsen



ICN Congress 2023 ... SE SIDE 5
set med legatmodtagernes øjne



Fagligt selskab for
SYGEPLEJERSKER
der arbejder med
UDVIKLING OG FORSKNING



Indholdsfortegnelse

Leder	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen	s. 4
Landskonference	s. 5
Mød medlemmerne af bestyrelsen for det faglige selskab	s. 6
Faglig artikel: Institutionel etnografi	s. 8
Faglig artikel: Fælles beslutningstagning og beslutnings- støtteværktøjer- erfaringer fra et projekt	s. 14
Faglig artikel: Jeg møder bare op, så får jeg at vide, hvad det drejer sig om – et kvalitativt bachelorprojekt om borgernes forventninger til første samtale i Center for KOL	s. 20
Staffetten	s. 26
ICN Congress 2023 set med legatmodtagernes øjne	s. 27
Boganmeldelser	s. 29

Fagbladet Forstyrrelsen

Redaktionsgruppen



Thora Grothe Thomsen,
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU,
Institut for Regional Sundheds-
forskning og forskningsleder ved
Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afde-
ling, Sjællands Universitetshospital
thst@regionsjaelland.dk



Annette Møllerup,
Lektor, ph.d.
Sygeplejerskeuddannelsen,
UC Diakonissestiftelsen
Peter Bangs Vej 3A, Frederiksberg
amol@ucdiakonissen.dk



Gitte Bunkenborg,
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU,
Institut for Regional Sundheds-
forskning og sygeplejefaglig
forskningsleder, Kardiologisk
afdeling Sjællands Universitets-
hospital
gibu@regionsjaelland.dk



Kirsten Specht,
Sygeplejerske, ansvarlig for
udvikling og forskning
Center for KOL
Københavns Kommune
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Center for Sundhed og Rehabilitering
tw3v@kk.dk



Birgitte Lerbæk,
Seniorforsker ved Enhed for
Psykiatrisk Forskning, Psykiatrien,
Aalborg Universitetshospital
birgitte.lerbaek@rn.dk

forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSSKRIFT

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

Artikler modtages løbende til én af følgende to mailadresser thst@regionsjaelland.dk eller gibu@regionsjaelland.dk

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

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

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

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

Grafisk produktion: Kosmos Grafisk ApS · Oplag: 415 stk.

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com



LEDER

Vi har i år haft det smukkeste efterår med rekord mange solskinstimer i september – det må vi trække på, når nu vinteren kommer over os inden længe. Jeg kan godt lide det statement, der lyder: *Livet har mange farver* - og det er netop det, vi har oplevet dette efterår i naturen.

Jeg har nu været med i Forstyrrelsens redaktørgruppe et år. Det er spændende at komme tættere på det Faglige Selskab for Sygeplejersker der Arbejder med Udvikling og Forskning – vi, der arbejder med den del af sygeplejen, må stå sammen og holde fast i vigtigheden af det vi beskæftiger os med. På de sociale medier deler forkvinden for DSR, Dorthe Boe Danbjørg en artikel, som blev skrevet i Politiken 17. september 2023. På opslaget skriver hun *Sygeplejersker - med eller uden kittel - skal ikke udskammes!* Jeg kunne ikke være mere enig - der er brug for os, og som hun videre skriver VIDEN DUMPER IKKE NED FRA HIMMELEN. "Hvad enten sygeplejersker arbejder med kvalitet, udvikling, forskning eller undervisning, så er det ikke på bekostning af sygeplejen, men er med til at forbedre det arbejde, som sygeplejersker udfører på sengeafsnittene, i fængslerne, i borgerens eget hjem eller et helt fjerde sted".

Jeg arbejder som udviklingskonsulent i Københavns Kommune, Center for KOL. Der må ikke slås forskerstillinger op, hvilket er ulogisk, da Sundhedsstyrelsen i efteråret 2022 udgav *Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen – en national strategi*. Det anbefales, at forskning styrkes og udbygges inden for en lang række af forskningsemner, men der er fortsat ikke krav til kommunerne om at forske.

Det Faglige Selskab for Sygeplejersker der Arbejder med Udvikling og Forskning har i samarbejde med DASYS Forskningsråd og Dansk Selskab for Sygeplejeforskning skrevet et åbent læserbrev til Sundhedsstrukturkommissionens åbne postkasse. Sundhedsstrukturkommissionen har valgt ikke at tage sygeplejersker med i deres kommission, men kun i følgegruppen. Udover I kan finde læserbrevet i den

åbne postkasse, er det også blevet delt på de tre selskaber/råds forskellige sociale medier. Samarbejdet mellem de tre selskaber/råd indenfor forskning og udvikling i sygeplejen finder jeg meget værdifuldt og håber, at det fremadrettet kan blive styrket.

I efteråret fik Dansk Sygeplejeråd nye forkvinden, Dorthe Boe Danbjørg. Tillykke med valget - vi ønsker dig alt godt og styrke til at kæmpe vores sag. Du har allerede vist i Politiken, at vi der arbejder med forskning og udvikling har en vigtig plads i det danske sundhedsvæsen.



Billedtekst: *Livet har mange farver - efterår i Danmark.*

I dette nummer af Forstyrrelsen kan du glæde dig til i 'Stafetten' at hilse på en forsker fra det jyske, og så har vi fået rejsebeskrivelser fra de sygeplejersker, som det faglige selskab støttede, da de tog på ICN Congress 2023 i Montreal, Canada. Tak til alle jer der sendte ind – I havde sikkert meget mere at dele, men pladsen i dette tidsskrift satte begrænsninger. Tak til Lotte Evron for at bidrage som gæste-redaktør i den sammenhæng.

I vil desuden kunne læse om to spændende metoder, når Carsten Juul Jensen udfolder institutionel etnografi for os. Her bliver der skrevet om objektivisering af subjekter – hvilket gør mig mere nysgerrig – hvordan kan man det? Der bliver også skrevet om ideologier og diskurser af politiske tekster i hverdagslivets aktiviteter, hvilket vi har brug for som aldrig før i disse tider. Den anden metode bliver præsente-

ret af Pia Keinicke Fabricius – her handler det om beslutningsværktøjer til anvendelse i fælles beslutningstagning. Denne artikel er god at læse i forbindelse med vores bestræbelser på at involvere patienter og borgere. Den tredje artikel er skrevet af den helt nye sygeplejerske, Martin Funderup, ud fra hans bachelorprojekt, hvor han undersøgte borgernes forventninger og oplevelser med den afklarende samtale i Center for KOL, Københavns Kommune. Her kan du bl.a. læse om betydningen af sundhedsprofessionelles relation og kommunikation med borgere, når der skal lægges en plan for et rehabiliteringsforløb i Kommunen.

Glæd dig – og rigtig god læselyst!



Nyt fra bestyrelsen

Sygeplejersken som knudepunkt

Et knudepunkt er ifølge ordbogen et sted, noget eller nogen, der fungerer som samlingspunkt, eller spiller en central rolle for bestemte aktiviteter eller funktioner.

I sundhedsvæsnets er sygeplejersken et knudepunkt. Komplexiteten og bredden i uddannelsen til sygeplejerske - og dermed vores faglighed og funktion - gør os netop til knudepunkter i sundhedsvæsnets. I alle grene af sundhedsvæsnets binder sygeplejersker trådene sammen i patienternes og borgernes forløb. Dette sker både hos børnene, de unge, de voksne og de gamle.

Men samfundet eller livet er som altid under udvikling, og det påvirker sygeplejerskers identitet og faglighed. Drevet af den samfundsmæssige udvikling forandres vores funktioner. Der bliver flere ældre, der er mangel på sygeplejersker, der er øget teknologisk udvikling, borgerne har andre krav, og ny viden skaber ændrede behandlingsmuligheder. Dette er blot noget af det, der præger sundhedsvæsnets i øjeblikket, samt påvirker vores funktioner og dermed identitet og faglighed.

Derfor har vi på landskonference valgt at sætte vi fokus på vores identitet og faglighed i lyset af samfundsudviklingen med temaet *"Sygeplejersken som knudepunkt"*. Vi vil med forskellige oplæg give et perspektiv på udviklingen, og således skabe en mulighed for at forstå og diskutere sygeplejerskens rolle i sundhedsvæsnets.

Særlig forskning og udvikling kan være med til at sætte nye veje eller vise uhensigtsmæssigheder. *"Sådan gør sygeplejersker og læger de rige raskere og lader de fattige i stikken? Om socialisering i sundhedsfeltet, som danner baggrund for skabelse af ulighed i sundhed"* er titlen på Kristian Larsen oplæg på konferencen. Her sættes fokus på social ulighed i sundhedsvæsnets og sygeplejerskens betydning ift. dette.

Der vil også være oplæg om fremtidens sygeplejerske i det digital, eller hvilken betydning brugen af en ramme som *"Fundamentals of Care"* eller en tænkehorisont som *"Excellent sygepleje"* har for udvikling af klinisk praksis.

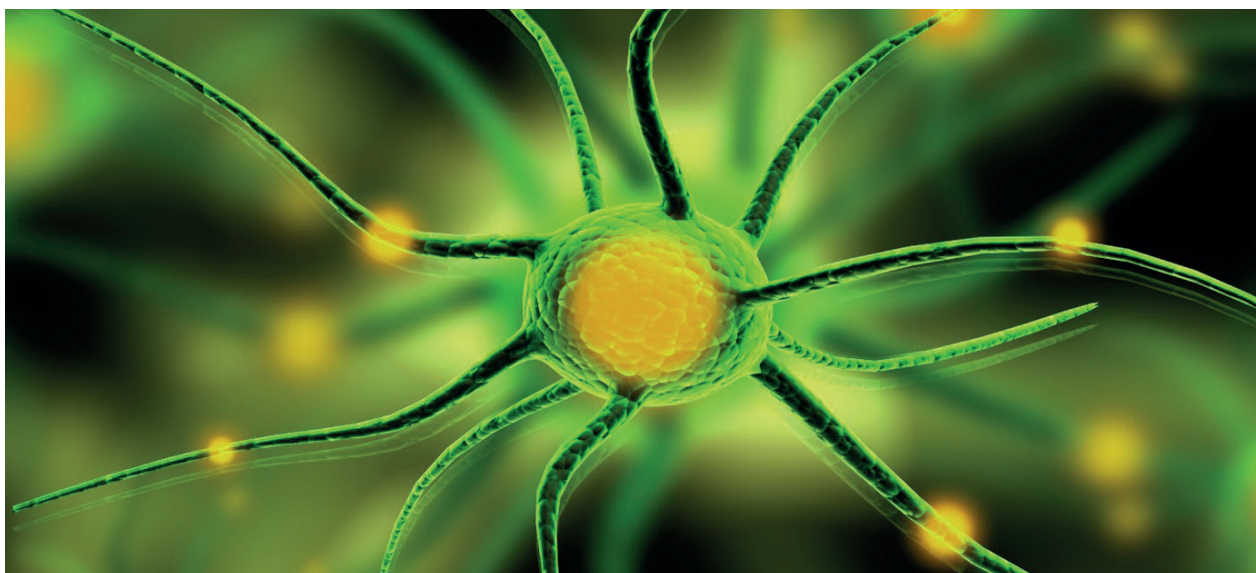
Oplæggene giver ikke bare mulighed for debat, men overvejelser om i hvilken retning, vi ønsker at præge udviklingen af sygeplejerskernes identitet og faglighed. I min optik har vi en forpligtigelse til, at vores faglighed anvendes til gavn for patienten, borgeren og dermed sundhedsvæsnets. Men heri ligger også en forpligtigelse til stadig refleksion og søgen efter viden, som kan være med til at afgøre kvaliteten og betydningen af sygeplejerskers arbejde.

Vi har valgt billedet af den grønne nerve med de lange tråde, som symbol på et knudepunkt. Nerven eller nervesystemets hovedfunktion er registrering, overførsel og behandling af information. Netop sygeplejersker har som "nervesystem" stor betydning for personens overlevelse. Dårligt fungerende nervesystemer eller sygeplejersker kan have fatale konsekvenser. Heldigvis er netværket bundet sammen af knudepunkter, så vi har mulighed for at påvirke hinanden og udfordre hinanden, mens vi finder ud, hvilken retning vil vi fortsætte i.

LANDSKONFERENCEN 2024

Sygeplejersken som knudepunkt

13. OG 14. MARTS 2024 PÅ SCANDIC I SYDHAVN, KØBENHAVN



Sygeplejersken som knudepunkt...

...er temaet på årets landskonference, da faglige kompetencer og arbejdsområder gør sygeplejersken til en central aktør i et sundhedsvæsen præget af forandringer, mangel på arbejdskraft, ændrede befolknings sammensætning samt ændrede og bedre behandlingsmuligheder.

Med forsknings- og udviklingslinsen stilles spørgsmålene:

- Hvilke roller har sygeplejersken i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde?
- Kan mangel på sygepleje udfordre fagligheden, og hvordan fastholder vi den?
- Hvordan påvirker nutidens syn på sundhed og sunde kroppe, vores sundhedsvæsen samt sygeplejerskens rolle og arbejdsområder
- Hvordan bidrager forskning og udvikling til fremtidens sygeplejefaglige identitet?

Du kan se det fulde program på nedenstående link eller scanne QR-koden.

https://dsr.dk/media/cniluy3i/program_landskonference_24.pdf





Mød medlemmerne af bestyrelsen for det faglige selskab

Navn: Tina Bjerre

Stilling og ansættelsessted: Klinisk udviklingssygeplejerske og uddannelsesansvarlig, Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitetshospital (SUH)

Hvilken situation eller person har inspireret dig til at arbejde med udvikling og forskning af sygepleje?

Mit store forbillede indenfor sygeplejen har siden 1989 været Metha Frøjk.

Hun var min afdelingssygeplejerske på P2134 på RH. Hun viste os alle, hvad rigtig sygepleje handlede om – nemlig patienterne og sygeplejefaglig viden. Hun var blandt de 10 første sygeplejersker, der erhvervede sig en Ph.d.-grad. Jeg var med til hendes forsvar i 1993, og hun viste mig helt klart, allerede dengang, vigtigheden af sygeplejefaglig forskning, OG hvordan man anvender den i praksis. Hun var den, der siden opfordrede mig til at søge ind på DSH, hvor jeg læste den pædagogiske linje. Sidenhen har jeg erhvervet en Master i Professionsuddannelse og -udvikling på KU.

Jeg har mødt mange dygtige og inspirerende sygeplejersker siden hen, men Metha står lysende klar for mig den dag i dag.

Hvad beskæftiger du dig med i dit daglige arbejde, og hvordan relaterer det sig til udvikling og forskning af sygepleje?

Jeg er klinisk sygeplejespecialist i dialyseafsnittet i Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitetshospital (SUH) Roskilde.

Min stilling er delt mellem skills kompetenceudvikling af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på de medicinske afdelinger i Region Sjælland. Dette er et meget givende og inspirerende samarbejde mellem de medicinske afdelinger på Nykøbing F, Slagelse og Holbæk sygehuse samt og Sjællands Universitetshospital i både Køge og Roskilde.

Den anden del af min stilling er som klinisk sygeplejespecialist i dialyseafsnittet på SUH Roskilde og Køge, her er jeg i klinikken som sygeplejerske og udfører derudover udvik-

lings og forsknings opgaver indenfor sygeplejen.

Jeg er startet i denne stilling under Corona, og føler jeg er kommet hjem til nefrologien og specielt hæmodialysen.

Hvilken rolle har du i bestyrelsen, og hvilke ambitioner har du for dit arbejde i bestyrelsen?

Jeg har været med i bestyrelsesarbejdet siden 2020 og har i 2022 overtaget kassér opgaven efter Tina Nielsen. Det har været en meget lærerig tid, og læringskurven har været meget stejl. Jeg er nu i gang med at samarbejde med den 4. administrative medarbejder hos DSR, og jeg håber det gode samarbejde vil fortsætte.

Ud over kassér arbejdet i bestyrelsen er jeg meget interesseret i at gøre vores faglige selskab endnu mere synlig, og håber på mere interaktion med medlemmerne over tid.

Hvilken værdi skaber dit arbejde i bestyrelsen for dit daglige arbejde?

Arbejdet i bestyrelsen giver mig kendskab og indsigt i, hvad der rør sig i udviklings- og forskningsarbejdet i hele landet.

Jeg synes, jeg får en viden og inspiration samt et netværk, som jeg kan anvende i mit daglige arbejde som klinisk sygeplejespecialist.

Jeg har nogle spændende sparringspartnere i bestyrelsen og møder både nye men også gamle sygeplejerskekolleger fx til landskurserne.



Mød medlemmerne af bestyrelsen for det faglige selskab

Navn: Pernille K. Langkilde

Stilling og ansættelsessted: Pernille Langkilde
Klinisk sygeplejespecialist. Medicinske Sygdomme,
Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt

Hvilken situation eller person har inspireret dig til at arbejde med udvikling og forskning af sygepleje?

Fagligt har jeg altid godt kunne lide at arbejde ud fra evidens og videnskab. Jeg har arbejdet som forskningssygeplejerske i flere epidemiologiske studier i Göteborg, hvilket styrkede min interesse for udvikling og forskning.

Hvad beskæftiger du dig med i dit daglige arbejde og hvordan relaterer det sig til udvikling og forskning af sygepleje?

Som klinisk sygeplejespecialist i Medicinske sygdomme med 7 afsnit inden for intern medicin arbejder jeg blandt andet med følgedage. Det betyder, at hvis en sygeplejerske i afdelingen oplever nogle udfordringer og gerne vil blive bedre til at håndtere disse udfordringer, følges jeg med sygeplejersken nogle dage, både i dagvagt og aftenvagt. Efterfølgende sparrer vi omkring de fælles oplevelser, og ud fra sygeplejerskens værdier, faglige kompetencer og ønsker om kompetenceudvikling finder vi frem til, hvad og hvordan hun kan handle som sygeplejerske i de forskellige udfordrende situationer.

Jeg har desuden en facilliterende rolle samt det faglige ansvar for lokale udviklingsprojekter og på Sygehus Lillebælt niveau.

Aktuelt i Medicinske Sygdomme arbejder vi på at integrere 'Familiefokuserede samtaler' i vores nyreambulatorium, posodialyse, self-care afsnit og hjemmehæmodialyse. Samtidig er vores geriatriske sengeafsnit i gang med at integrere Beroligende Behandling til Adfærdsforstyrrede og Urolige Mennesker (BBAUM), hvilket vi skal have evalueret og sørge for at fastholde til gavn for vores urolige og delirøse patienter.

Sygehus Lillebælt er i gang med at integrere en tænkehorisont 'Excellent Sygepleje'. Som klinisk sygeplejespecialist er det mit faglige ansvar at udbrede kendskab og handlingskompetencer inden for denne tænkehorisont i egen afdeling.

Hvilken rolle har du i bestyrelsen og hvilke ambitioner har du for dit arbejde i bestyrelsen?

Min rolle er, at være 'bindeled' mellem bestyrelsen og redaktionen for 'Forstyrrelsen'. Jeg sørger for at kommunikation og samarbejde mellem bestyrelse og redaktion bliver gennemført. Min ambition er, at udbrede interessen for at evidensbasere og arbejde evidensbaseret inden for sygeplejen, så vi opnår et sygeplejefagligt højt niveau til gavn for vores fag, patienterne, deres familier og netværk.

Hvilken værdi skaber dit arbejde i bestyrelsen for dit daglige arbejde?

Bestyrelsesarbejdet har udvidet mit netværk og givet mig et fagligt løft på tværs af landet. Det har været meget inspirerende at møde og få mulighed for at danne relation til andre sygeplejersker i andre regioner med lignende funktioner. Så jeg glæder mig til, at få mere erfaring med dette arbejde i fremtiden.



Af: Carsten Juul Jensen, Lektor, Ph.d., Cand. Cur. Sygeplejerskeuddannelsen, Institut for Sundhed og Natur, Ilisimatusarfik, Grønlands Universitet e-mail: cajj@uni.gl

Faglig artikel

Institutionel etnografi

Resumé:

Institutionel etnografi (IE) er initieret af Dorothy Smith (1926 – 2022) og skriver sig ind i sociologier om objektivisering af subjekter. Med IE analyseres bagvedliggende styringsrelationer i form af ideologier og diskurser i politiske tekster, men sådan som de sætter sig igennem i hverdagslivets aktiviteter. Med inspiration fra marxistisk-feministisk teori er ideen at producere viden, der ikke er fremmedgørende for de mennesker, som sociologen vil undersøge. Dette illustreres med dårlig samvittighed og skyld, der er en genkendelig følelse i hverdagslivet hos nyuddannede sygeplejersker, og som konstitueres af en politisk bestemt neoliberal individualisering af arbejdsvilkår, der ansvarliggør den enkelte i arbejdslivet.

Nøgleord: institutionel etnografi, Dorothy Smith, hverdagsliv, standpunkt, institutionelt producerede følelser.

Introduktion

Emilie (fiktivt navn) er på vej rundt for at spørge, hvad patienterne skal have til morgenmad. Hun kommer til en stue, hvor en ældre mand er indlagt. Hun finder ham på det tilstødende badeværelse, hvor han står usikkert ved håndvasken i færd med at afklæde sig sine underbukser, der ved et uheld er blevet våde af urin. Emilie går til tøjskabet for at hente et par rene underbukser til patienten, og hun tager ved samme lejlighed et par håndklæder med. Patienten har nemlig også urin ned af benet, så Emilie må hjælpe ham med at blive vasket. Dette tager et godt stykke tid, og Emilie er nu forhindret i at uddele morgenmad til resten af patienterne. På vej ud af sygestuen siger Emilie smilende henvendt til observatøren, *"jeg får altid dårlig samvittighed, for så skal de andre dele morgenmad ud til mine patienter"* (1).

Afsættet i institutionel etnografi (IE) er hverdagslivet, hvor fx Emilie oplever dårlig samvittighed og skyld på et medicinsk afsnit. Netop hverdagslivet har været konteksten for mit IE ph.d.-arbejde for nyuddannede sygeplejersker (1).

Denne hverdagslivsfortælling bruges gennemgående som illustration af en IE-undersøgelse af bagvedliggende politiske bestemmelser, der orkestrerer aktiviteter og relationer blandt hverdagslivsmennesker i aktuelle lokale kontekster. IE som perspektiv og metode kan bruges af forsknings- og udviklingssygeplejersker til at fastholde et analytisk fokus på institutionen og de mekanismer, der ofte bliver styrende for sygeplejerskers og deres kollegers arbejdsvilkår. Med et metodologisk fokus på menneskers handlinger i en institution tilbydes et alternativt og kritisk supplement til studier af hverdagslivsoplevelser, som isolerede fænomener uden blik for den kontekst, hvori de udspiller sig (2).

Skyld og dårlig samvittighed genkendes ganske vist af mange sundhedsprofessionelle som et indre ubehag i kroppen, og det føles umiddelbart som om, det er den enkeltes egen skyld, men pointet med IE er netop, at disse oplevelser skyldes arbejdsbetingelser. Nutidens sundhedsvæsen er nemlig neoliberalt organiseret, hvor den enkelte bliver gjort individuelt ansvarlig for arbejdsvilkår i et økonomisk presset system med et stigende antal komplekst syge patienter (1).

IE undersøger således institutionelt skabte oplevelser (3–6) og kan dermed bevidstgøre aktuelle sygeplejersker om, at arbejdsbetingelser aldrig kan blive deres egen skyld.

Faktaboks:

Neoliberal organisering betyder, at pengene for en given behandling følger patienterne, der frit kan vælge hvilket sygehus, de ønsker behandling på, og de kan klage, hvis de sundhedsprofessionelles service ikke efterlever de politisk definerede kvalitetsstandarder (2). Dvs. patienterne er blevet gjort til individuelle "kunder" i "sygehusbutikker", og de sundhedsprofessionelle er blevet gjort individuelt ansvarlig for at betjene kunderne (1).

I artiklen beskrives indledningsvist IE's kritiske udgangspunkt med marxistiskfeministisk ontologi (3–6) efterfulgt af en IE-metodologi til produktion og analyse af empirisk materiale om arbejdsbetingelser for nyuddannede sygeplejersker (1).

Formålet bliver således at opfordre forsknings- og udviklingsygeplejersker til at flytte blikket fra individer til institutionen gennem en analyse af arbejdsliv i sundhedsvæsenet.

En kritisk sociologi

IE bestræber sig på ikke at formidle viden om mennesker, og i sine tidligste publikationer ønskede Smith at formidle viden for kvinder, hvilket senere blev til *for mennesker – "for people"* (3,4). Smith kritiserer de traditionelle abstrakte teoretiske analyser om den sociologiske virkelighed, fordi den ofte arbejder med problemformuleringer, der indeholder prædefinerede teoretiske begreber. *Om* – analyser kan nemlig manipulere læseren til en bestemt måde at tænke på, der, i Smiths optik, kan være legitimering af et bestemt køns værdier (fx maskuline) i analyser af alle køns sociale liv (3).

IE har rødder i Smiths (2) egne aktiviteter i 1970'ernes kvindebevægelse, som var en sammenslutning af fortrinsvis kvinder fra alle samfundslag, der forsøgte at gøre op med mænds tænkning, der blev fremstillet som universelt gældende for alle mennesker (3). Kvinders egne ord for deres egne hverdagslivsaktiviteter var helt fraværende i daglig tale og i det skrevne sprog, som primært blev produceret af mænd, der på daværende tidspunkt dominerede skrivelserne i dagspressen og forskningen på universiteterne. Smith (7) brugte *"husarbejde"* (s. 62) som eksempel på en hverdagslivsaktivitet, der var totalt fraværende i den daværende sociologi. Datidens kvinder vidste, som nutidens kønnede mennesker ved, at husarbejde også er en del af det at få et socialt liv til at fungere i sin helhed. Smith (7) vidste i hvert fald selv fra egen krop som eneforælder i en professorstilling, at husarbejde bør indgå, hvis sociologen skal formidle et helt og realistisk billede af den virkelighed, som hendes eget sociale liv var forankret i (3).

Smith (3) illustrerer dette metodologiske blik gennem en fortælling om Navajo-indianeres sølvmedearbejde, der blev filmet henholdsvis af amerikanske filmproducenter og af arbejderne selv.

"The films made by the white filmmakers showed beautiful scenes of the craftsmen at work and of their products. The films made by the Navajo were rather different. They did not focus exclusively on work that is specific to the craft of making silver jewelry. They included things such as the craftsmen walking to work in the morning or going to get fuel for the fire. There was a whole range of doings that appeared as the work of a silversmith to the Navajo filmmakers but that didn't appear as such to the white filmmakers" (s. 157).

Navajo-indianerne laver verdenskendte smykker og retter ikke blot kameralinserne mod smykkernes skønhed og det "fine" ved en sådan produktion. De viser samtidig, at det

er umuligt at gennemføre en smykkeproduktion uden at én arbejder henter brænde. I IE-terminologi betegnes dette som uundgåelige institutionelle arbejdsbetingelser for at få hverdagslivet til at hænge sammen. De amerikanske filminstruktører fokuserer kun på skønheden i smykkeproduktionen, ikke på brændet, og får dermed kun filmet dele af et sådant sølvsmedearbejde (3).

I IE har mennesker arbejdskundskab ("*work knowledge*") og betragtes som aktive vidende kroppe, der som Navajo-indianere bedst selv ved, hvordan det, som de gør, giver mening for dem selv i deres eget arbejdsliv (3).

Dårlig samvittighed og skyld er et eksempel på en arbejdskundskab og en oplevelse, der måske ikke er "fin" eller "behagelig", men som alligevel kan være velkendt, især blandt nyuddannede sygeplejersker, i alle menneskelige relationer i et sygeplejerskearbejde (1).

Hverdagslivets menneskers standpunkt

IE-metodologi er forankret i marxistiskfeministisk teori, og dermed skal den producere viden, der repræsenterer hverdagslivets menneskers standpunkt (3–6).

Hverdagslivet refererer til det liv, hvor mennesker lever som fysisk materielle kroppe, der gør og føler noget i samvær med andre, og hvor livet giver mening trods mange møder med modsætningsfyldte krav og skiftende kontekster i et arbejds- og privatliv (1). Med marxistisk teori kan mennesker være fremmedgjorte i hverdagslivet i et moderne kapitalistisk samfund. I nutidens sundhedsvæsen kan det fx være sygeplejens mellemmenneskelige oplevelser, der nedprioriteres og bliver fremmede til fordel for de dominerende standardiserede og økonomiske systemer (3–6).

En sådan fremmedgørende skjult magt i mellemmenneskelige relationer betegnes i IE som *styringsrelationer ("ruling relations")* (3,8). Styringsrelationer refererer til den objektivering af subjekter, som fx sker med mænds ideologier om alle køn, hvilket i Smiths (3) 1970'er kontekst, er kvinder. Styringsrelationer skal forstås ud fra det marxistiske begreb *ideologi* (3), der betyder retfærdiggørelse af en bestemt politik. Ideologi i denne betydning giver både enkelte individer ret til økonomisk udbytte og udvalgte mennesker sociale privilegier. IE suppleres med Michel Foucaults (3) diskursbegreb, for ideologier bliver en realitet i menneskers hverdagsliv, fordi politiske diskurser i ord og sætninger lyder så overbevisende, at ingen betvivler dem (3).

Styringsrelationer skal (også med afsæt i marxistisk teori) formidles, sådan som de kommer til udtryk i hverdagslivet, netop for at formidle *ikke-fremmedgørende* viden (3).

Den feministiske teori bidrager her med fænomenet "*standpunkt*" (s. 91), der er et begreb som Smith (3) har lånt af den feministiske teoretiske forsker Sandra Harding (9). Harding bruger begrebet, som en kønnet, etnisk eller klasse-mæssig position i et samfund. Smiths (2) version er i højere grad et udtryk for et forskningsmæssigt *standpunkt*, der udtrykker et hverdagslivsstandpunkt i en lokal kontekst.

Smiths (3) metafor for standpunktsperspektivet er et fysisk kort, der kan have en rød prik med underteksten, "you are here" (s. 29). Den røde prik illustrerer, hvor en cykel – eller vandretur kan begynde og slutte.

Kortlægning i fodsporene af nyuddannede sygeplejersker IE har, som skrevet, ikke et prædefineret design eller et forskningsspørgsmål, men kortlægningen følger det, som IE-sociologen ser, hører, fornemmer, beskriver, reflekterer og konverserer sammen med informanterne (9). Metoden betegnes som en løbende kortlægningsproces ("mapping"), der af IE-sygeplejeforskeren Janet Rankin (9) kaldes "a conversation with the data" (s. 4).

I undersøgelsen, hvor Emilie var nøgleinformant, begyndte kortlægningen i det standpunkt, som jeg (1) betegnede som at gå i "fodsporene af nyuddannede sygeplejersker" (s. 43) for at producere empirisk materiale sammen med dem.

Jeg fulgte de fem nyuddannede sygeplejersker i ca. fire måneder fra juni til oktober 2015 gennem 184 timers deltagerobservationer og et utal af såkaldte etnografiske interviews (1). Jeg hjalp med personlig pleje, medicin håndtering samt maduddeling, deltog i stuegang samt formiddagskaffe, og drøftede hverdagens aktiviteter om patienter, kolleger, mænd, børn, koner, kærester, koncerter, hushandel, en ny frisur og sko (1). Jeg havde et ønske om at præsentere mig selv som "en-af-dem"- og ikke en universitetsansat - for at komme tæt på dem og deres standpunkt (10). Jeg (1) understregede bogstaveligt løbende, "jeg skal jo lære af jer" (s. 51). Blandt andet lærte Emilie mig efter få uger, at oplevelser med dårlig samvittighed og skyld skal med, hvis jeg/vi skulle formidle et helt og realistisk billede af et arbejdsliv for nyuddannede sygeplejersker på medicinsk afsnit (1).

Kortlægningsprocessen starter med en sådan hverdagslivsoplevelse fra nyuddannede sygeplejerskers standpunkt. Det var bestemt ikke en lineær proces, men jeg forsøger alligevel at illustrere dette arbejde trin for trin nedenfor. Omdrejningspunktet er "you are here" (hverdagslivet) i definition af problematikker, som jeg bør undersøge (tegne kort for), identifikation af styringsrelationer, samt hvad nyuddannede sygeplejersker gør med disse styringsrelationer.

Indeksing af problematikker

I de transskriberede interviews og feltnoter fra de første måneders feltarbejde indekserede jeg problematikker (1).

Problematikker defineres som modsætninger mellem ideologier og diskurser i institutionen og den aktuelle virkelighed, som jeg lærer af Emilie og de andre nyuddannede sygeplejersker. Det er fx det paradoksale i, at nyuddannede sygeplejersker bebrejder sig selv arbejdsrealiteter, som aldrig kan blive deres ansvar, som i den indledende fortælling, at en ældre medicinsk patient har vandladningsproblemer, og at organiseringen af arbejdet er ledelsesbestemt (1). Sådanne subjektive oplevelser blandt de nyuddannede sygeplejersker udgør et vindue til virkeligheden og til problematikker, som jeg skulle undersøge for dem (3).

Tegning af kort for nyuddannede sygeplejersker

Med Smiths (2) kortmetafor sætter jeg pennen i en sådan problematik (you are here), hvorfra jeg løbende forsøger at tegne et kort over det, som Smith (6) kalder "how things are put together" (s. 99).

Kortet tog form i løbet af en toårig periode med genlæsning af feltnoter fra de indledende deltagerobservationsstudier og gennemførelse af 16 individuelle interviews om det, som jeg så, hørte og fornemmede i de observerede situationer. Jeg reflekterede løbende over ("conversation with data"), hvilke ansatte jeg skulle interviewe dybdegående, og hvilke politiske dokumenter jeg skulle orientere mig i for at få adgang til viden om den bagvedliggende organisering af hverdagslivet (styringsrelationer) (11).

Nøglen til styringsrelationer

Politiske tekster bliver med IE betragtet som nøgle til identifikation af styringsrelationer, men disse tekster skal spores til deres materielle ophav. Ord og sætninger i sådanne tekster har som oftest materielt ophav i et privat firma, der vil sælge en vare, eller et parti, der vil "sælge" et politisk budskab (12).

I IE-undersøgelsen af nyuddannede sygeplejersker indgik tekster om "otte nationale mål", der er kvalitetsstandarder med sammenligning og offentliggørelse af sundhedstilbud på tværs af de fem regioner i Danmark (13). Disse sammenligninger af tal for fx overlevelse og forebyggelse af genindlæggelser har rødder i ideen om "benchmarking", der betyder fikspunkter eller mål, som kan sammenlignes på tværs af virksomheder for at fremme kvaliteten og effektiviteten i egen produktion. Det amerikanske firma Xerox, der producerer fotokopimaskiner, var de første, der arbejdede med "benchmarking" i deres kvalitetsarbejde. Jeg erfarede således, at ideen om kvalitetsudvikling gennem "otte nationale mål" har ophav i industriproduktion i Amerika, hvor sygehusene også er neoliberalt organiseret i en konkurrence om de private sundhedsforsikrings gavn for patienterne (14).

Formålet med de "otte nationale mål" for sundhedskvalitet er jf. teksten, "effektiv behandling med høj kvalitet for patienten er i fokus" (14). I en analyse af retorikken i denne tekst, som et isoleret fænomen, bliver budskabet, at sådanne måleinstrumenter skal sikre den bedste behandling for patienterne. Men med en analyse til tekstens materielle ophav, bliver argumentationen tværtimod, at effektiv må betyde kosteffektiv kvalitet, når ophavet er en industriproduktion, og netop det er nødvendigt i et sundhedsvæsen, der vil fastholde et patientfokus. Hermed bliver budskabet ikke god behandling, men at sikre økonomi ved at koncentrere kvalitetsarbejdet om blot otte fikspunkter (10). Det er sådanne analyser, der indgår i argumentet for en neoliberal organisering (se faktaboks), hvor de enkelte "sygehusbutikker" og den enkelte medarbejder bliver gjort ansvarlige i servicering af "patientkunderne" i en konkurrence om at producere god og billig kvalitet (15).

Arbejdskundskab

Et centralt perspektiv i IE er, som skrevet, arbejdskundskab, for ikke at forblive i de diskursive fremmedgørende ideologier, som Smith (4) kalder for *"the problem of institutional capture"* (s. 155). Smith (2) introducerer derfor ordet *"work"*, der refererer til at udføre handlinger i bredeste forstand. I denne sammenhæng refererer *"work"* til, hvad der giver mening for nyuddannede sygeplejersker at *gøre* med styringsrelationer.

I denne del af kortlægningsprocessen måtte jeg stoppe hos en sygeplejerske, der havde en del års erfaring på det medicinske afsnit, som Emilie var ansat på. En dag sad jeg på sygeplejekontoret og drøftede fokuset på de otte nationale mål, hvortil denne sygeplejerske sagde med et glimt i øjet, *"det hele handler om jagten på de gode tal"* (16). Det, som hun *gør*, er med humor og en anelse sarkasme at skabe distance til hverdagslivets konkurrence om gode tal for patienternes udkomme af pleje og behandling, samt gode tal til den regionale konkurrence i de offentlige publikationer (16).

Emilie og de andre nyuddannede sygeplejersker har endnu ikke det overskud, der skal til for at face et sådant paradoks med humor. *"Jagten på de gode tal"* producerer tværtimod ubehag i kroppen i form af dårlig samvittighed og skyld i de nyuddannede sygeplejersker. Det bekræfter bl.a. Emilie i et interview gennemført godt to år efter, at jeg mødte hende første gang, *"... hvis der er sket et eller andet, tænker jeg altid, at jeg har gjort noget forkert"* (1).

Med IE bliver dårlig samvittighed og skyld således en slags følelsesmæssigt arbejde, der giver mening for dem, der har oplevelsen, og kan dermed blive en nyuddannet sygeplejerskes arbejdskundskab. Det er noget Emilie og nogle af de andre nyuddannede sygeplejersker *gør* for at gøre det tåleligt for dem at være til stede i de institutionelle diskurser på disse medicinske afsnit. Det kan siges at være et forsøg på at tænke og gøre godt på trods af umulige arbejdsbetingelser (1).

"Keeping the institution in view"

Med IE skulle jeg i kortlægningsprocessen således forsøge at fastholde institutionelle forståelser af Emilie og hendes kollegaers kropslige og følelsesmæssige reaktioner. Som et forskersubjekt med krop og følelser, blev jeg dog grebet af en indignation over den uretfærdighed, der er indlejret i den skyld, der aldrig kan blive Emilies eller andre sygeplejerskers skyld (1).

Men Liza McCoy (17), der producerer kvalitative data om sundhedsdiskurser med IE, pointerer vigtigheden af *"Keeping the institution in view"* (s. 109). McCoys (15) perspektiv kan stå i modsætning til Smith (2), der, som skrevet, advarer IE-sociologer mod at blive fanget af institutionelle forståelser, der betyder fastholdelse af fremmedgørende ideologier og diskurser.

Sådan institutionelle forståelser kan fx fremgå af en analyse af den indledende feltnote, hvor stort set alt det, som Emilie *gør* under morgenmadsuddelingen, er organisatorisk bestemt. I dagvagten har Emilie i samarbejde med en koordinerende sygeplejerske ansvar for seks til syv patienter, som de ifølge den ledelsesbestemte bemanning bør have. Kollegaen er optaget andetsteds med fx at gøre klar til stuegang eller dosere medicin, der er andre organisatoriske arbejdsopgaver. Og med denne organisering forventer ledelsen og kollegaerne, at Emilie deler morgenmad ud til *"sine"* patienter. Hun afbryder uddelingen af morgenmaden, fordi hun, som sine andre sygeplejerskekollegaer, har et professionsetisk ansvar (18), der *gør*, at hun skønner, at det er fagligt korrekt at hjælpe patienten – det giver mening for hende at bestrebe sig på at handle *godt* i arbejdslivet.

Med IE som metode og perspektiv er det arbejdsbetingelser på disse medicinske afsnit, der producerer dårlig samvittighed og skyld over for fællesskabet, fordi det er umuligt for Emilie at tage hensyn til både patienten og kollegaen inden for de givne organisatoriske rammer (1).

Afsluttende perspektiver på IE

Opsummerende bliver IE dermed en alternativ sociologi til formidling af viden om objektivering af subjekter, hvor blikket flyttes fra det individorienterede følelsesarbejde til analyse af politiske strukturer og tekster, der orkestrerer det, som mennesker *gør* i hverdagslivet (3,4). Med denne marxistiske og feministiske inspiration bliver dårlig samvittighed og skyld således et velkendt institutionelt produceret følelsesarbejde for nyuddannede sygeplejersker (1).

IE udgjorde netop et alternativ i sociologisk praksis i fx Amerika og Canada i sygeplejeforskningen (se fx 19), hvor den i Skandinavien fulgte implementeringen af neolibérale amerikansk inspirerede modeller i al velfærdsarbejde (5). Dette arbejde har til hensigt at sikre, at borgere får lige adgang til uddannelse, arbejde og sygdomsbehandling, hvor den enkelte i de neoliberale strukturer bliver gjort ansvarlig for at tilbyde vellykkede velfærdsydelse. Dette kan forekomme fremmedgørende for hverdagslivets velfærdsarbejdere, netop fordi neoliberaliseringen er konstitueret af skjulte bagvedliggende politiske strukturer med definerende tekster, der bliver fremstillet som om det er en universelt gældende sandhed (5).

For at den enkelte ansatte skal genkende sig selv i arbejdet, er arbejdskundskab centralt i IE, der som skrevet, har rødder i Smiths egen livshistorie og hendes egen erfaringer med at udføre husarbejde og andre utallige opgaver i et privat- og arbejdsliv som eneforælder. Disse hverdagslivserfaringer bidrager med viden om et system, der skaber ulighed blandt skolebørnene, for skolens tekster og politik er organiseret med et ideal om at forældreskaber består af to personer (19).

Smiths (2) måde at bedrive sociologi på ramte også lige ned i mine egne oplevelser (arbejds-kundskab) fra mit arbejde som sygeplejerske. Her oplevede jeg det paradoksale i, at et menneskearbejde som sygeplejen kan standardiseres og computerbaseres i en neoliberal organisering. Jeg selv og mine kollegaer kan nemlig føle os fremmede i en sådan organisering, for vi finder det mellemmenneskelige arbejde i sygeplejerskers møder med patienter i deres mest intense eksistentielle øjeblikke, særdeles nyttigt og meningsfyldt (19).

Metodologisk kan IE – med afsæt i et fokus på arbejdskundskab – dog bidrage til den årelange drøftelse af forskersubjektivitet i sociologiens universitetsregi, hvor man med rette kan stille spørgsmålene: Er det overhovedet muligt at formidle viden for mennesker – vil en sociolog, der undersøger andre mennesker, ikke altid skrive om mennesker? Og hvad med præmissen om *go native*, når jeg observerer i egen kultur (10)?

Smith (3,4) kan være upræcis i visse teoretiske pointer om, hvordan en IE-undersøgelse skal gennemføres i praksis, men et sådant kritikpunkt er ikke nødvendigvis en præmis. Jeg kan med IE bidrage med viden til min egen sygeplejerspraksis på medicinsk afsnit samtidig med, at jeg lærer fra de ansatte på et medicinsk afsnit (3). Med IE bliver hverdagslivsfortællinger og arbejdskundskab blot et vindue til virkeligheden og stringent metodologi kommer i anden række.

En væsentlig pointe er imidlertid, at kortlægningens veje og vildveje med forskellige observationer, dialoger og et detektivarbejde i politiske tekster, alene skal bidrage til optrævelse af hverdagslivsaktiviteter i tekst og tale for at tegne et kort over *“how things [dårlig samvittighed og skyld] are put together”*(3).

Dette optrævelingsarbejde kan være både omfattende og tidskrævende. Jeg havde fx løbende kontakt med alle ansatte på medicinsk afsnit i godt to år. Kortlægningsprocessen skal nemlig være genkendelig for de hverdagslivsmennesker, hvis standpunkt sociologen følger, og dermed skal alle analyser og konklusioner bekræftes af disse selvsamme mennesker (3,4).

“It must rely on the possibility that truth can be told in the following very ordinary sense: that when people disagree about statements made about the world, accuracy or truth is not decided on the basis of ‘authority’ or on the shared belief of a community but by referring back, (...).” (5 s. 97)

Det kan være nødvendigt at lede længe, men med IE har man en idé om, at der eksisterer en sandhed derude i virkeligheden om, hvordan sociale relationer er skruet sammen. Det kunne kaldes en *sandhed efter postmodernismen* (5 s. 97), hvilket betyder, at den producerede viden skal være sand for aktuelle mennesker i lokale kontekster.

Mine IE-analyser skulle således være sande for de mennesker, der arbejder på et medicinsk afsnit i et sundhedsvæsen. Netop derfor skulle den sociologiske virkelighed

beskrives på baggrund af de ansattes egne kundskaber, følelser, kropslige oplevelser og ord (3,4).

IE kan dermed give hverdagslivets mennesker en stemme i forskningen, hvor der kan være indlejret et emancipatorisk ærinde i at bevidstgøre aktuelle sygeplejersker om deres egen ufrihed i organisationen – fanget i skjulte politiske magtstrukturer. IE-analyser kan dermed bidrage til at lette ansvarstryk på den enkelte ansattes skuldre i et sundhedsvæsen, for det *er* arbejdsbetingelsernes skyld, at tiden er knap i arbejdet med komplekst syge patienter (20).

Referencer

1. Jensen CJ. Nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne på medicinske afsnit i reformerede sygehuse - en institutionel etnografisk undersøgelse. Roskilde Universitet; 2018.
2. Mesel T. Skammen rammer selvet. Når noe går galt : fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
3. Smith DE. Institutional Ethnography - A Sociology for People. Lanham, New York, Toronto; Oxford: Altamira Press; 2005.
4. Smith DE, Griffith AI. Simply Institutional Ethnography - creating sociology for people. Torinti, Buffalo, London: University of Toronto Press; 2022.
5. Lund R, Nilsen AC. Introduction. Conditions for doing institutional ethnography in the Nordic. In: Lund R, Nilsen AC, editors. Institutional Ethnography in the Nordic Region. New York: Routledge; 2020. p. 3–20.
6. Smith DE. Writing the Social: Critique, Theory, and investigations. Toronto Un. Torinti, Buffalo, London; 1999.
7. Smith DE. The everyday world as problematic. Northeastern University Press; 1987.
8. Widerberg K. En invitation til institutionel etnografi. In: Widerberg K, editor. I hjertet av velferdsstaten : en invitasjon til institusjonell etnografi. Oslo: CAPPELEN DAMM A/S; 2015. p. 13–31.
9. Harding S. The science question in feminism [Internet]. Open University Press; 1986 [cited 2015 Sep 2]. Available from: <http://rub.ruc.dk/soeg/kviksoeg/?query=0335153593>
10. Jensen CJ. Deltagerobservation - hverdagslivet på medicinske afsnit. In: Frederiksen J, Sandholm N, editors. Undersøgelsesmetoder i sundhedsfagligt arbejde. København: Samfundslitteratur; 2019. p. 103–18.
11. Rankin J. Conducting Analysis in Institutional Ethnography. Int J Qual Methods. 2017;16(1):1–11.

12. Turner MS. Mapping Institutions as Work and Texts. In: Smith DE, editor. *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham, New York, Toronto; Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc; 2006. p. 139–61.
13. Regeringen D, KL D, Danske Regioner D. Nationale mål for sundhedsvæsenet. 2017;
14. Ettorchi-Tardy A, Levif M, Michel P. Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health. *Healthc Policy* [Internet]. 2012;7(4):e101-19. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3359088&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
15. Centeno MA, Cohen JN. The Arc of Neoliberalism. *Annu Rev Sociol*. 2012;38:317–40.
16. Jensen CJ. "Jagten på de gode tal" - plejepersonalets arbejde med patienternes vitale værdier på computere. *Tidsskr Arb*. 2018;20(4):32–47.
17. McCoy L. Keeping the Institution in View: Working with Interview Accounts of Everyday Experience. In: Smith DE, editor. *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham, New York, Toronto; Oxford: Altamira Press; 2006. p. 109–25.
18. Friedson E. *Professionalism the Third Logic*. Cambridge: Polity Press; 2001.
19. Rankin J, Campbell M. *Managing to Nurse Inside Canada's Health Care Reform*. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press; 2006.
20. Jensen CJ. Nyuddannede sygeplejerskers følelser og adfærd på medicinske afsnit. In: Hedensted RV, Tejmors JW, editors. *Psykologi og sundhedspsykologi for sundhedsprofessionelle*. København: Gads Forlag; 2023. p. 241–55.



Af: Pia Keinicke Fabricius, Sygeplejerske, MKS, Cand. Cur., Ph.d., Øre-, Næse- og Halskirurgisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge. e-mail: piafa@regionsjaelland.dk

Faglig artikel

Fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjer - erfaringer fra et projekt

Abstract

Baggrund: Det er vigtigt at involvere patienter i at træffe beslutninger om deres helbredstilstand ved hjælp af metoden fælles beslutningstagning, som understøttes af beslutningsstøtteværktøjer. Begreberne bruges dog ofte i flæng, og det er ikke altid tydeligt, hvad de betyder. Der er to hovedformål med denne metodeartikel. Den første er at give et overblik over de mest almindelige kategorier af beslutningsstøtteværktøjer, der hjælper patienter med at træffe beslutninger. Den anden er at fortælle om den systematiske fremgangsmåde, som bruges til at skabe nye beslutningsstøtteværktøjer.

Metoder: Indholdet i artiklen er hentet fra forfatterens ph.d.-projekt og litteratursøgninger. På baggrund af ovenstående erfaringer guides læseren igennem anbefalinger til arbejdet med at skabe nye beslutningsstøtteværktøjer.

Resultat: Artiklen peger på en række forskellige typer beslutningsstøtteværktøjer, som varierer i henhold til formål og beslutningssituation. Endvidere fremhæves også internationale anerkendte minimumsstandarder (IPDAS) for såvel udvikling som indholdet af disse værktøjer. Afslutningsvis perspektiveres sygeplejerskers unikke muligheder for at støtte fælles beslutningstagning i praksis.

Baggrund

Det er oppe i tiden at inddrage patienter i fælles beslutningstagning om deres behandling og pleje ved hjælp af beslutningsstøtteværktøj. Udtrykket beslutningsstøtteværktøj anvendes imidlertid ofte i flæng, og der er ikke altid enighed om, hvad der menes med udtrykket.

Det skal understreges, at der ikke er tale om et korrekt beslutningsstøtteværktøj. Det er situationen og formålet, der ønskes opnået, som er afgørende for, hvilken type beslutningsstøtteværktøj der er mest velegnet i en konkret beslutningssituation. Artiklens indhold er fremkommet på baggrund af læring fra min ph.d.-afhandling, hvor afsættet var fælles beslutningstagning i medicinsamtaler med ældre multisyge patienter med polyfarmaci i akutmodtagelse, hvor vi udviklede en type beslutningsstøtteværktøj til at understøtte fælles beslutningstagning om medicin (1). En væsentlig erfaring fra min ph.d. er, at sygeplejersker, der arbejder med forskning og udvikling i praksis, og som på et tidspunkt selv skal udvikle et værktøj eller vælge hvilket type værktøj, der vil være mest velegnet til deres kontekst, kan have gavn af at kende til udviklingsprocessen, som derfor beskrives i denne artikel.

Formålet med denne metodeartikel er at give et overordnet overblik over de hyppigst forekomne typer af beslutningsstøtteværktøjer til understøttelse af fælles beslutningstagning, samt give en introduktion til en systematisk fremgangsmåde til udvikling af et nyt beslutningsstøtteværktøj, hvis der ikke allerede findes et egnet værktøj.

Hvad er fælles beslutningstagning?

”Fælles beslutningstagning er en samarbejdsproces, hvor patienter og sundhedspersonale træffer beslutninger om behandling og pleje sammen og baseret på den bedste videnskabelige evidens sammenholdt med patientens værdier, mål og præferencer” (2).

Som citatet peger på, er det særligt relevant at praktisere fælles beslutningstagning, når det handler om præferencefølsomme beslutninger – det vil sige beslutninger, hvor

patientens værdier og præferencer er afgørende for at træffe den bedste beslutning, for lige netop denne patient.

Det kan eksempelvis være, at man ikke med sikkerhed kan sige, at den behandling, som ved kliniske forsøg har vist at være mest effektiv, også vil virke bedst på den individuelle patient. Eller der kan være individuelle forhold hos patienten, som vanskeliggør implementeringen af den mest effektive behandling i praksis. I sådanne tilfælde er det ikke usædvanligt, at en patient kan foretrække et mere skånsomt (men mindre effektivt) alternativ, da det kan have færre bivirkninger og/eller passe bedre ind i patientens hverdagsliv.

Fælles beslutningstagning er mindre relevant i kritiske akutte situationer, hvor tiden er knap og afgørende for patientens chancer for overlevelse, eller i situationer, hvor patienten ikke ønsker eller er i stand til at samarbejde omkring behandlingen (2,3). Et beslutningsstøtteværktøj kan i praksis støtte arbejdet og processen med fælles beslutningstagning.

Ifølge Professor Glyn Elwyn (professor i fælles beslutningstagning) er der overordnet 4 karakteristika ved en fælles beslutningstagningsproces; 1) både patient og kliniker skal være aktivt involveret i beslutningstagningen, 2) begge parter skal dele viden fra hvert sit perspektiv, 3) begge parter skal dele sine præferencer, og 4) parterne skal nå til enighed (4). Beslutningsstøtteværktøjer, når de er veludviklede, indeholder samtalepunkter inden for alle de angivne 4 karakteristika i fælles beslutningstagningsprocessen.

På flere måder adskiller beslutningsstøtteværktøjer sig fra konventionelle patientuddannelsesmaterialer. Det er ikke meningen, at de skal påvirke en patients beslutning eller samtykke til en bestemt behandling. I stedet er beslutningsstøtteværktøjer beregnet til at hjælpe patienter og klinikere med sammen at identificere og implementere den løsning, der er mest forenelig med patientens præferencer og værdier.

På engelsk skelnes der ofte imellem beslutningsstøtteværktøjer til brug sammen med patienten, på engelsk kaldt "Patient Decision Aid" forkortet PtDA, og begrebet "Decision

support tools", som er et overordnet begreb for alle støtteværktøjer til beslutningstagning. Men da der på dansk ikke skelnes imellem begreberne, vælger jeg i denne artikel at anvende begrebet "patient-beslutningsstøtteværktøj" som synonym for det engelske Patient Decision Aid og begrebet beslutningsstøtteværktøj som synonym for det mere overordnede begreb "Decision support tools".

Der findes internationale "best practice" standarder for beslutningsstøtteværktøjer, de såkaldte IPDAS-standarder (International Patient Decision Aid Standards), som er standarder både for udviklingsprocessen, samt for indholdet i et beslutningsstøtteværktøj. Det overordnede formål med IPDAS-standarderne er at styrke patientsikkerheden og kvaliteten, og der sker bl.a. ved, at behandlingsmuligheder er objektivt beskrevet i beslutningsstøtteværktøjet. Derved kan patienter føle sig trygge og være sikre på at få en objektiv balanceret, evidensbaseret information om de valgmuligheder med fordele, ulemper og risici, der er tilgængelige for lige netop dem og deres helbreds-situation. Rationalet er, at når patienter er bedre informeret om behandlingsmulighederne og mere aktivt involveret i beslutningsprocessen, er de mere tilbøjelige til at træffe beslutninger og fastholde behandlinger, der er i overensstemmelse med deres personlige præferencer.

IPDAS-standarderne er internationalt fastsatte kriterier, der er inddelt i tre kriterier for henholdsvis kvalificering, kvalitet og certificering. IPDAS-standarderne er skabt igennem en grundig Delphi proces gennemført af en gruppe af internationale eksperter inden for fælles beslutningstagning og udvikling af beslutningsstøtteværktøjer, det såkaldte IPDAS-samarbejde. Den seneste version af IPDAS-standarderne (v4) fra 2013 består af i alt 44 kriterier (5).

Beslutningsstøtteværktøjer kan både være generiske, så de kan tilpasses beslutninger i forskellige sammenhænge, eller de kan være udviklet til én specifik beslutning, der knytter sig til et konkret behandlings-, pleje- eller træningsvalg. Beslutningsstøtteværktøj kan anvendes på forskellige måder, hvilket bl.a. viser sig ved, at de kan udleveres og anvendes både før, under eller efter en samtale mellem kliniker og patient, afhængig af beslutningens karakter.

Beslutningsstøtteværktøjer der forbereder patienten inden samtalen	Beslutningsstøtteværktøjer brugt sammen med patienten
Typisk pjecer, videoer og web-baserede værktøjer	Typisk printet materiale
Typisk uddybende beskrivelse så det kan forstås uden yderligere forklaring	Typisk kort beskrivelse, der skal uddybes af klinikeren
Patienter kan selv-administrere hjemme	Kliniker skal bruge den sammen med patienten
Anvendes udenfor konsultationen	Anvendes under konsultationen
Supplement til patient-kliniker kommunikationen	Anvendes til at strukturere patient-kliniker kommunikationen

Tabel 1. Typer af beslutningsstøtteværktøj

(frit oversat til dansk af Pia K. Fabricius fra Thomsen & Trevena, 2010) (6)

Typen af beslutningsstøtteværktøj til at understøtte fælles beslutningstagning

Helt overordnet falder beslutningsstøtteværktøjer normalt indenfor en af to typer afhængigt af deres format, detaljeringsgrad og formålet med værktøjet (Tabel 1).

Beslutningsstøtteværktøjer, som bruges udenfor konsultationen, har ofte til formål at hjælpe patienten med at forberede sig på at indgå i fælles beslutningstagning inden samtalen med deres behandler. Denne type beslutningsstøtteværktøjer kan have form som apps, hjemmesider, videofilm eller eksempelvis de frivillige patientstøttepersoner, der forbereder og støtter patienter på at indgå i fælles beslutningstagning om behandlingen i patientsupport-korpset på Dartmouth Hitchcock Medical Center, New Hampshire i USA (7).

Målet med patient-beslutningsstøtteværktøjer, der bruges sammen med patienten, er at strukturere samtalen på en sådan måde, at de 4 samtalepunkter i en fælles beslutnings-tagnings-proces alle berøres under samtalen. Patient-beslutningsstøtteværktøjer består ofte af trykt materiale, og kan bruges af behandlerteamet sammen med patienten, og dennes pårørende, som dialogstøtte.

Eksempler på beslutningsstøtteværktøjer med lidt forskellige formater er:

- **Patient-beslutningsstøtteværktøjer**, Patient decision aids (PtDA) er evidensbaserede værktøjer som bruges sammen med patienten til at støtte samtale imellem en patient og en kliniker. Et patient-beslutningsstøtteværktøj skal på en objektiv måde give et overblik over valgmuligheder, herunder fordele, ulemper, risici og prognose. Beslutningsstøtteværktøjer skal så vidt muligt bygge på evidens. Patienterne skal via beslutningsstøtteværktøjet opfordres til at tænke over egne præferencer, og på den måde overveje hvilke valgmuligheder, der vil passe bedst ind i deres liv.

OPTION GRIDS		
Patienters behov for viden	Evidens for medicinsk effekt og patienters oplevelse	
Breast cancer surgery Use this grid to help you and your healthcare professional decide whether you should have a mastectomy, or a lumpectomy with radiotherapy.		
Frequently asked questions	Lumpectomy with radiotherapy	Mastectomy
What is removed?	The cancer lump is removed, with some surrounding tissue.	The whole breast is removed.
Which surgery is best for long term survival?	Survival rates are the same for both options.	Survival rates are the same for both options.
What are the chances of cancer coming back in the breast?	Breast cancer will come back in the breast in about 10 in 100 women (10%) in the 10 years after a lumpectomy. Recent improvements in treatment may have reduced this risk.	Breast cancer will come back in the area of the scar in about 5 in 100 women (5%) in the 10 years after a mastectomy. Recent improvements in treatment may have reduced this risk.

Fig 1. Option Grids (Kilde: Fra power point præsentation, Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2016) (8).

- **Option Grids** er korte oversigtstabeller med forskellige muligheder sat op ved siden af hinanden på samme side af et A4-ark, for at sammenligne muligheder. Dette gøres ved hjælp af ofte stillede patient spørgsmål (FAQ) og dertil hørende svar for hver enkelt mulighed. Option Grids er designet til brug sammen med patienten. Se eksempel på Option Grids i Fig. 1.

- **Samtaleguides og dialogværktøjer** er udviklet med det hovedformål at skabe dialog og udforskning af muligheder ud fra patientens præferencer. Samtaleguides er ikke udformet med omfattende information, da de ofte er udviklet til at kunne bruges i en travl hverdag, hvor der kræves minimal træning i at anvende dem. Disse værktøjer kan komplementere interventioner, som er designet til at blive brugt enten før eller efter konsultationen (9). Et eksempel på et dialogværktøj er samtalekort til at inspirere til dialog om diabetesbehandling. Kortene bruges i konsultationen ved at patienten vælger hvilke kort, som han eller hun gerne vil tale med lægen eller sygeplejersken om. Se Fig. 2.



Fig. 2 Diabetesamtalekort (udviklet af professor Victor Montori, Mayo Clinic, USA (10). Kilde: Fra power point præsentation, Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2016) (8).

- **Generiske værktøjer**. Der findes generiske støtteværktøjer, eksempelvis den danske **Beslutningshjælperen™**, som er en generisk template udviklet af Center for Fælles Beslutningstagning, og som følger IPDAS-kriterierne (Se Fig. 3). Beslutningshjælperen™ kan anvendes til en hvilken som helst beslutningssituation, hvor det er muligt at præsentere forskellige valgmuligheder med tilhørende fordele/ulemper, risici og prognose. Beslutningshjælperen består af en række indstikskort med forskellige muligheder, inddelt i fordele og ulemper ved hjælp af ikoner, patienthistorier og minimal tekst (11).

Anbefalinger, hvis man ønsker at arbejde med beslutningsstøtteværktøj i egen praksis

At udvikle nye beslutningsstøtteværktøjer til brug i klinisk praksis er en stor og vigtig opgave, og der er mange forskellige måder at gøre det på. Hvis du i samarbejde med dine ledere har valgt at integrere beslutningsstøtteværktøjer og fælles beslutningstagning i din praksis, kan du finde inspiration i disse anbefalinger.

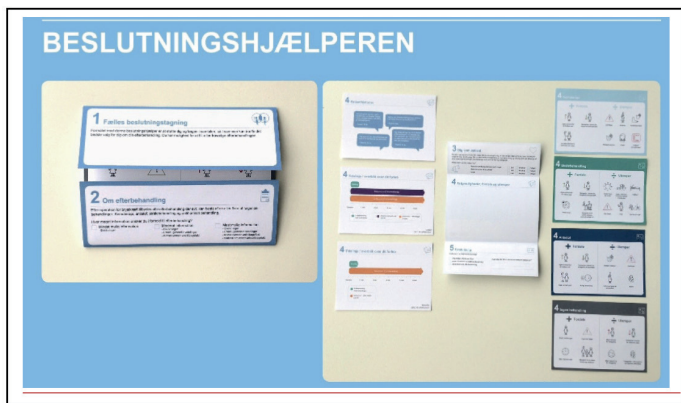


Fig. 3 Den generiske template "Beslutningshjælperen"™ (udviklet af Center for Fælles Beslutningstagning, Sygehus Lillebælt)

A: Indledende overvejelser:

Hvilke beslutningssituationer er vanskelige at tale om for jer og jeres patienter? Er der særlige beslutningssituationer, som I bruger megen tid på, og som ville have gavn af at blive understøttet af beslutningsstøtteværktøj?

B: Valg af eksisterende værktøj:

Herefter skal I undersøge, om der allerede findes et egnet værktøj, som evt. kunne tilpasses jeres kliniske praksis? Hvis ikke der findes et eksisterende værktøj, kan I gå videre og selv udvikle et beslutningsstøtteværktøj.

C: Udvikling af nyt værktøj:

Beslutningssituationer er ikke altid ligetil; nogle er mere komplekse end andre, og der kan være faktorer, som bestemmer hvilken type værktøj og format, der er nødvendigt. Det er også vigtigt at tage hensyn til de forhold, som påvirker en bestemt type beslutningsstøtteværktøjs relevans og anvendelighed i en bestemt situation.

Når det kommer til patienter, kan faktorer som kultur, sprog, læsefærdigheder, sundhedskompetencer og andre faktorer påvirke, hvilken type beslutningsstøtteværktøj der vil være mest passende. Derudover kan forhold som f.eks. arbejds- og patientflow påvirke valget af beslutningsstøtteværktøjer. Derfor er det forud for at udvikle et beslutningsstøtteværktøj vigtigt at overveje, hvor beslutningssituationer oftest opstår i jeres praksis og hvor de bedst træffes. Måske er det bedst at træffe beslutninger under en opfølgende konsultation? Uanset hvilket værktøj, man beslutter at udvikle, er det et stort arbejde, som indebærer både nøje planlægning, en nøje sammensat arbejdsgruppe/projektgruppe, som både består af patienter, klinikere og ledere. Ofte kan det være en fordel at søge inspiration hos enten konsulenter, der arbejder med udvikling af beslutningsstøtteværktøjer eller hos fagpersoner, der allerede har solid erfaring på området.

Læring fra udvikling af et beslutningsstøtteværktøj

Jeg vil nu inddrage læringsudbyttet fra mit eget ph.d.-projekt, (som omhandlede fælles beslutningstagning med ældre multisyge patienter med polyfarmaci) (1), hvor vi valgte et beslutningsstøtteværktøj i samtaleguideformatet, fordi beslutninger om patientens polyfarmaci var komplekse. På

forhånd var det udfordrende at fastslå, hvilke sygdomme, lægemidler eller kombinationer af disse tilstande, der forårsagede patientens problemer. Som følge heraf var det også udfordrende at forudsige og sammenligne forskellige alternativer med grundlag i evidens. Vores samtaleguide kunne ikke fuldt ud opfylde IPDAS-kriterierne på grund af den høje kompleksitet i beslutningsprocessen. Som et resultat valgte vi at kalde vores beslutningsstøtteværktøj en samtaleguide snarere end et traditionelt patient-beslutningsstøtteværktøj.

I mit ph.d.-projekt (1) fulgte vi IPDAS-anbefalingerne og modellen til en systematisk udviklingsproces, som vist i fig. 4. Et af IPDAS-kvalitetskriterierne for udvikling af beslutningsstøtteværktøjer, "at beslutningsstøtteværktøjer bør udvikles i en grundig transparent proces med høj grad af brugerinvolvering og grundig testning med brugere", er grundlaget for modellen. Da dette anses for at være afgørende indikatorer for værktøjets pålidelighed og validitet, bør der sikres grundig og transparent dokumentation af hele udviklingsprocessen. For at sikre, at værktøjet er berettiget og for at øge chancerne for dets implementering i klinisk praksis, er det også afgørende at involvere nøgleinteressenterne tidligt i processen, hvilket der gives et eksempel på nedenfor.

I projektet startede vi med at finde beslutningssituationen og målgruppen af patienter, der skulle bruge beslutningsstøtteværktøjet. Som udgangspunkt brugte vi modellens anbefalinger. Herefter etableredes en arbejdende projektgruppe af vigtige interessenter, bestående af patienter, pårørende og kliniske eksperter, som til dagligt stod overfor at skulle træffe beslutninger om medicin. For at højne sandsynligheden for værktøjets fremtidige implementering, anbefales det fra IPDAS, at gruppen også er repræsenteret ved ledelsesrepræsentant(er), idet de kan sikre værktøjets opbakning og sikre ressourceallokering i det videre forløb. Det er gruppens medlemmer, som træffer de endelige beslutninger om beslutningsstøtteværktøjets layout og indhold.

Som led i designprocessen startede vi med en grundig indsigt i patienters og klinikernes behov for beslutningsstøtte i den konkrete beslutningssituation, da det er essentielt at adressere, hvordan disse behov bliver dækket i beslutningsstøtteværktøjets indhold og funktion. Behovsafdækningen kan udføres som kvalitative interviews, fokusgruppinterviews eller som survey-undersøgelse. Der skulle også vælges format på støtteværktøjet, om det skulle være et værktøj, som kunne bruges sammen med patienterne eller udenfor selve konsultationen, som eks. videofilm, apps, eller andre webbaserede programmer. En vigtig del af designprocessen var litteraturgennemgang og syntese af evidensen samt "best practice" for behandlingen og for eksisterende beslutningsstøtteværktøjer.

På baggrund af viden fremkommet i de første designfaser udformede arbejdsgruppen indholdet og layout i en prototype, et udkast, som blev tilpasset i iterative processer efter feedback fra patienter og klinikere. Iterative processer

skal forstås som gentagelser, og der kan være få eller mange gentagelser. Herefter gennemgik prototypen alfa-test med patienter og klinikere, der ikke havde deltaget i udviklingsprocessen, med henblik på feedback på værktøjets brugbarhed og forståelse. Det overordnede formål med alfa-testen er, at man tidligt i processen (og inden at støtteværktøjet møder patienterne i praksis) kan opfange, om patienter og klinikere opfatter støtteværktøjets konstruktion, indhold og egenskaber som tilsigtet, eller om støtteværktøjet skal justeres. Argumentet for at teste støtteværktøjet på "nye" patienter og klinikere er, at de ikke har en forudfattet mening om støtteværktøjet og derfor repræsenterer "virkelige" patienter og klinikere. Dette er et væsentligt aspekt, da målet er at udvikle et beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes af alle patienter og klinikere indenfor målgruppen. Alfa-testen kan metodisk gennemføres som kvalitative interviews eller som spørgeskemaundersøgelse. På baggrund af feedbacken fra alfa-testen blev prototypen tilrettet, hvorefter prototypen var klar til beta-test med nye patienter og klinikere i virkelige beslutningssituationer med henblik på at teste, om beslutningsstøtteværktøjet også virkede efter hensigten i praksis. Ofte er der brug for flere justeringer i et beslutningsstøtteværktøj, inden det er færdigudviklet og klar til videre testning eller til implementering. En vigtig læring fra mit eget ph.d.-projekt var, at det er vigtigt at balancere antallet af patienter, pårørende, og klinikere nogenlunde ligeligt i udviklingsprocessen, så beslutningsstøtteværktøjet i sidste ende er lige brugbart for alle parter.

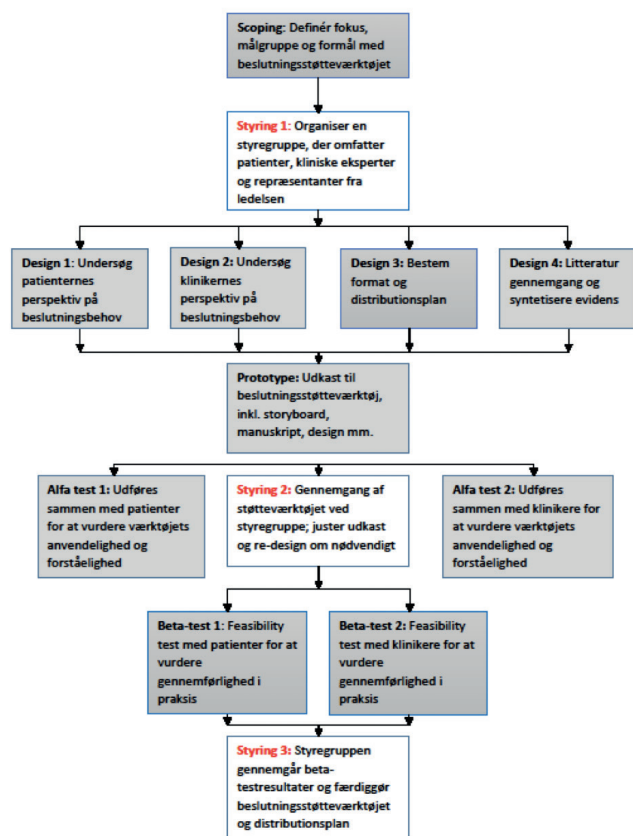


Fig. 4. Model: En systematisk proces for udvikling af beslutningsstøtteværktøjer (Model frit oversat til dansk af Pia K. Fabricius fra Coulter et al. 2013) (12)

Perspektivering: Hvordan kan sygeplejersker understøtte fælles beslutningstagning i praksis?

Sygeplejersker har en vigtig rolle i at understøtte fælles beslutningstagning med patienter, selvom det traditionelt har været lægen med det behandlingsmæssige ansvar, som træffer beslutninger om behandlingen sammen med patienten. Sygeplejersker har imidlertid qua den tætte relation til patienten en unik indsigt i patientens behov, som kun understøttes af, at sygeplejersken i forvejen har stor erfaring i at hjælpe patienterne, når de skal navigere i vanskelige beslutningssituationer om eget helbred. Selvom sygeplejerskers rolle i fælles beslutningstagning ofte er "usynlig" for udefrakommende (og eventuelt også i sygeplejerskers egen bevidsthed) (13), så er der et uopdaget stort potentiale i at engagere og træne flere sygeplejersker i at facilitere fælles beslutningstagning med patienterne. Bl.a. er det helt oplagt, at sygeplejersker afser tid til at forberede patienten på at indgå i fælles beslutningstagning inden samtalen med lægen, da det, at kommunikere fælles beslutningstagning i vigtige beslutninger relateret til eget helbred og hverdagsliv, kan være både nyt og utrygt for nogle patienter. Forskning viser, at sundhedsprofessionelle har brug for stærke kommunikative færdigheder og kompetencer for at føle sig trygge ved at facilitere fælles beslutningstagning. Derfor har sygeplejersker brug for specifik træning i metodikken, herunder dialogstøtte fra veludvalgte beslutningsstøtteværktøjer, så de kan mestre fælles beslutningstagning med patienterne. Fund fra mit ph.d.-projekt peger med stor tydelighed på et indtil videre uudnyttet potentiale for, at sygeplejersprofessionen påtager sig en endnu mere aktiv rolle i forhold til at forberede patienter på at indgå i fælles beslutningstagning om eget helbred og præferencer - ikke mindst fordi, sygeplejersker ofte har den første kontakt til patienterne.

Sygeplejersker besidder ofte, i kraft af deres tætte relation til patienter, et væld af oplysninger om patienternes prioriteter og præferencer. Med effektive kommunikations-evner og veludvalgte beslutningsstøtteværktøjer kan sygeplejersker øge patienternes bevidsthed og viden om fordele og ulemper ved forskellige alternativer. Hermed kan sygeplejersken forhindre patienter i at møde skuffelser og udvikle urealistiske forventninger, samt medvirke til at patienterne får mere ud af samtalen om behandlingsvalg med den behandlingsansvarlige læge.

Værdifuld læring fra mit ph.d.- projekt bliver omsat i et nyt forsknings-og innovationsprojekt kaldt Innosleep, hvor vi i søvnapnø-klinikken på SUH i Køge skal udvikle og implementere et beslutningsstøtteværktøj, der skal bruges til at understøtte patienter i valg af behandling af deres søvnapnø.

Referencer:

1. Fabricius PK. Shared Decision Making with acutely hospitalized, older patients with polypharmacy: -Development and testing of "Medication conversation guide" tailored for the Medical Emergency Department [Thesis]: University of Copenhagen, Faculty of Health And Medical Sciences; Denmark, July 2022.
2. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* marts 1997;44(5):681–92.
3. Elwyn G, Edwards A, Thompson R, redaktører. Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice. Third Edition. Oxford, New York: Oxford University Press; 2016.
4. Fælles beslutningstagning | Danske Patienter [Internet]. [9. oktober 2023]. Tilgængelig hos: <https://dan skepatienter.dk/vibis/metoder-og-vaerktoejer/individuel-inddragelse/faelles-beslutningstagning>
5. Joseph-Williams N, Newcombe R, Politi M, Durand MA, Sivell S, Stacey D, m.fl. Toward Minimum Standards for Certifying Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process. *Med Decis Making.* august 2014;34(6):699–710.
6. Thompson R, Trevena L. Demystifying decision aids: A practical guide for clinicians (Chapter 9). I: Elwyn G, Edwards A, Thompson R, redaktører. Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice. Oxford University Press; 2016.
7. DHMC and Clinics [Internet]. [10. oktober 2023]. Patient Support Corps. Tilgængelig hos: <https://www.dartmouth-hitchcock.org/about/patient-support-corps>
8. Baker VH. National konference om brugerinddragelse, 25. oktober 2016 workshop B om Fælles beslutningstagning,
9. Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM. Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions. *Med Decis Making.* december 2010;30(6):701–11.
10. Breslin M, Mullan RJ, Montori VM. The design of a decision aid about diabetes medications for use during the consultation with patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling.* december 2008;73(3):465–72.
11. BESLUTNINGSHJÆLPER™ [Internet]. [9. oktober 2023]. Tilgængelig hos Center for Fælles Beslutningstagning: <https://sygehuslillebaelt.dk/afdelinger/vejle-sygehus/center-for-faelles-beslutningstagning/beslutningsstottevaerktojer/beslutningshj%C3%A6lper>
12. Coulter A, Stilwell D, Kryworuchko J, Mullen PD, Ng CJ, van der Weijden T. A systematic development process for patient decision aids. *BMC Med Inform Decis Mak.* november 2013;13(S2):S2.
13. Olling K, Steffensen KD, Berry L, Stacey D. The Invisible Roles of Oncology Nurses in Shared Decision Making. *Cancer Care Research Online.* april 2021;1(2):e0007.



Martin Finderup, sygeplejerske, Københavns Professionshøjskole

Christina Hornbøll Jørgensen, sygeplejerske, Center for KOL, Københavns Kommune

Kirsten Specht, ph.d., MPH, sygeplejerske, Center for KOL, Københavns Kommune. e-mail: TW3V@kk.dk

Faglig artikel

Jeg møder bare op, så får jeg at vide, hvad det drejer sig om – et kvalitativt bachelorprojekt om borgeres forventninger til første samtale i Center for KOL

Abstract

Baggrund Borgere med KOL tilbydes rehabilitering i Center for KOL. Borgerne skal til en indledende samtale også kaldet den afklarende samtale.

Formål At undersøge borgernes forventninger til den afklarende samtale og forventningernes betydning for samtalen og rehabiliteringsforløbet.

Metode Et kvalitativt design blev anvendt og tre borgere interviewet. Empirien blev herefter analyseret vha. kvalitativ indholdsanalyse.

Resultater Analysen resulterede i tre temaer og syv kategorier.

Konklusion Borgerne forventer at få ny viden og en individualiseret plan for rehabiliteringsforløbet. De oplever, at den afklarende samtale lever op til deres forventninger. Fagprofessionelle kan med en fleksibel tilgang øge chancen for gennemførelse af rehabiliteringen.

Nøglebegreber:

KOL, borgere, forventninger, KOL-rehabilitering.

Introduktion

Artiklen er skrevet ud fra et bachelorprojekt, der omhandler borgeres forventninger og oplevelser med den afklarende samtale (DAS), der er den første samtale borgeren har indledningsvis i rehabiliteringsforløbet. Projektet er gennemført i samarbejde med Center for KOL (CfK), Københavns Kommune.

KOL er en af de mest almindelige, kroniske sygdomme i Danmark, og det skønnes, at mellem 110.000 og 130.000 danskere er i medicinsk behandling for KOL. Medtager man lettere sygdomstilfælde kan antallet af danskere med KOL

ligge omkring 400.000. Det forventes, at antallet af borgere med KOL vil stige i de kommende år (1). KOL er den hyppigste enkeltårsag til hospitalsindlæggelse i Danmark, herunder mange akutte hospitalsindlæggelser, og KOL er samtidig årsag til mange kontakter til ambulante enheder og praktiserende læger. Samtidig genindlægges 17% af de akut indlagte KOL-patienter med eksacerbation indenfor 30 dage efter udskrivelse (1).

KOL er den sygdom i Danmark, der bidrager mest til social ulighed i sundhed (1). Incidensen er væsentligt højere blandt mennesker med ingen eller lavt uddannelsesniveau, og risikoen for at dø af sygdommen inden for 5 år eller miste beskæftigelse er også højere for mennesker med ingen eller lavt uddannelsesniveau (2).

Hvert år dør flere end 3.000 personer af KOL, og sygdommen er dermed en af de hyppigste dødsårsager i Danmark (2). Danmark har således den højeste KOL-dødelighed og -sygelighed i Vesteuropa, og sygdommen anslås at koste samfundet 3.345 mio. kr. om året i behandlingsomkostninger. Flest penge bruges på akutte indlæggelser og lægemidler. Det anslås også, at KOL er skyld i et samfundsøkonomisk tab på 3.000 mio. kr. årligt pga. KOL-borgernes manglende eller reducerede arbejdsevne (1).

KOL er en sygdom karakteriseret ved vedvarende respiratoriske symptomer og øget modstand i luftvejene, ofte forårsaget af rygning. Symptomerne opstår pga. kronisk bronkitis og/eller emfysem (3).

KOL-relateret dyspnø kan opleves stærkt generende for borgeren og kan udløse angst. Derfor vil disse borgere ofte undgå fysisk aktivitet, hvilket fører til dårligere kondition, og gør, at der skal mindre til at udløse angst på ny. Den dyspnø-udløste angst kan opleves som et traumatisk kontroltab, hvor borgeren føler sig hjælpeløs og bange

og angsten kan medføre somatiske symptomer i form af overdreven svedproduktion og inkontinens (4). Dyspnø kan også påvirke appetitten, og det nedsatte fødeindtag gør, at borgeren taber sig i vægt og muskelmasse. I sidste ende kan lysten og evnen til at komme ud og opleve socialt samvær være hårdt påvirket, hvilket kan føre til social isolation og depression. Sygdommen kan på denne måde have stor indflydelse på borgerens livskvalitet (5).

Et dansk studie viser, at KOL kan påvirke borgeres almindelige daglige livsførelse (ADL), og de er nødt til at være meget opmærksomme på kroppens signaler og symptomer, da de har begrænset energi, som skal doseres ud over dagen (6). Det kan være nødvendigt for borgere med KOL at droppe meningsfulde aktiviteter såsom at besøge venner og familie, at lave mad eller deltage i rehabilitering, da det er for fysisk krævende at udføre (6). At stoppe med disse meningsfulde aktiviteter kan medføre ensomhed og tab af livskvalitet (6).

Et review om borgeres forventninger og holdninger til KOL-rehabiliteringen har vist, at borgere kan være skeptiske omkring KOL-rehabiliteringens effekt, mens nogen også er bange for, at motion kan opleves som ubehagelig pga. dyspnø (7).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at borgere med KOL skal tilbydes individuelt tilpasset rehabilitering. Rehabiliteringen omfatter rygeafvænning, fysisk træning, medicinsk behandling, ernæringsvejledning, patientuddannelse og psykosocial støtte (8). Formålet med rehabiliteringen er, at borgere får mulighed for at opnå den højest mulige funktionsevne og livskvalitet i sin hverdag. Borgeren bør inddrages i planlægningen af rehabiliteringen, da det kan være med til at sikre et vellykket forløb (9).

Forskning har vist, at KOL-rehabilitering mindsker dyspnø og udmattelse, forbedrer livskvaliteten, og øger følelsen af kontrol over egen sygdom (10). KOL-rehabilitering kan desuden reducere genindlæggelser og dødelighed efter en eksacerbation (3). Borgere med KOL kan dog opleve, at det kan være svært at gennemføre KOL-rehabilitering pga. uforudsigeligt helbred og komorbiditet. Dette kan medføre nedsat motivation, og det kan føles fysisk uoverkommeligt at gennemføre KOL-rehabiliteringen. For disse borgere kan det være en hjælp med en fleksibel, personcentreret tilgang for at øge chancen for, at de gennemfører deres KOL-rehabiliteringsforløb. Dette kan fx være at lægge en fælles plan, der adresserer borgerens udfordringer eller at støtte borgeren til at bevare motivation og opbygge selvtillid (11).

Borgerens første kontakt med CfK er DAS med en af centrets sundhedsprofessionelle, som siden vil fungere som borgerens kontaktperson igennem hele rehabiliteringsforløbet. Borgeren får tilsendt skriftligt materiale om DAS forud for samtalen. I DAS skal borgerens behov identificeres, den sundhedsprofessionelle får viden om borgerens livssituation, og det bliver afklaret, hvad der er vigtigt for borgerens livskvalitet. Borgerens motivation for, og parathed til,

at ændre vaner skal afdækkes, lige som det skal afdækkes, hvordan CfK kan støtte borgeren på bedste vis (12).

Formålet med dette projekt var at undersøge, hvilke forventninger borgere med KOL havde til den afklarende samtale, og hvilken betydning disse forventninger havde for samtalen og for KOL-rehabiliteringen.

Metode

Design

Projektet anvendte et kvalitativt eksplorativt design.

Kontekst og deltagere

Projektet blev gennemført i CfK, Københavns Kommune, hvor borgere med KOL blev tilbudt et rehabiliteringsforløb, som skulle styrke borgernes egenomsorg og handlekompetence og give dem mulighed for at lave sundhedsfremmende ændringer. Rehabiliteringsforløbet blev tilrettelagt i samarbejde med borgerne ud fra deres livssituation og hverdagsliv. Tilbuddene i CfK bestod af undervisning i KOL og mestring af sygdommen (Livet med KOL), praktisk madlavning, rygestopkursus, alkoholsamtaler, fysisk træning og et tilbud med fokus på mental sundhed og naturen. Tilbuddene kunne foregå på hold eller individuelt. CfK havde et tværfagligt team bestående af sygeplejersker, fysioterapeuter, kliniske diætister og socialrådgivere (13).

Kontaktpersonerne vurderede om borgerne kunne indgå i projektet og inviterede dem efter DAS. Eneste inklusionskriterie var, at borgeren forud for invitation til projektet, havde deltaget i en afklarende samtale i CfK. Eksklusionskriterier var, hvis borgerne havde psykiske eller kognitive udfordringer, der kunne gøre det svært for dem at deltage i projektet, hvis deltagelsen kunne gå ud over relationen mellem borger og kontaktperson, eller hvis deres danskundskaber ikke var tilstrækkelige til at deltage. Tre borgere blev inviteret til projektet i maj 2023 og alle svarede ja til at deltage. Deltagerne var alle mænd med KOL i alderen 64 – 77 år, og interviewene blev gennemført 6-15 dage efter borgerne havde været til DAS.

Dataindsamling

Data blev indsamlet via individuelle interviews, hvor ét blev afviklet telefonisk og to foregik i borgerens eget hjem. Der blev anvendt en semistruktureret interviewguide. I den interviewguide blev udviklet, var interviewer (førsteforfatter, sygeplejestuderende på 7. semester) på klinisk besøg i CfK, hvor to afklarende samtaler blev overværet. Det var med til at kvalificere interviewguiden og det gjorde, at interviewer havde en bedre baggrundsforståelse og en større forståelse for, hvad borgerne havde oplevet. Desuden blev interviewguiden kvalificeret ved at de sundhedsprofessionelle, der gennemførte samtalerne blev spurgt, hvad de fandt relevant at spørge borgerne om i interviewet. Ved interviewet blev borgerne først spurgt til deres forventninger. Herefter skulle de sammenholde forventningerne med deres oplevelse af den gennemførte afklarende samtale. Intervieweren var opmærksom på at være åben og lyttende, og gav borgerne mulighed for at fortælle om deres oplevelser og erfaringer. Interviewene

blev lydoptaget og transskriberet umiddelbart efter interviewet, og efter transskriptionen blev optagelserne slettet.

Dataanalyse

Kvalitativ indholdsanalyse blev anvendt til at analysere empirien (14). Efter udvælgelse af relevante betydningenheder primært om forventninger til og oplevelse af DAS, blev betydningenhederne gjort mere læsevenlige ved at fjerne fyldord. Herefter blev betydningenhederne sat ind i et analyseskema for at blive meningskondenseret ved at forkorte betydningenheden ned til det mest centrale. I kodningsprocessen blev det forsøgt at vælge det mest dækkende ord, som samtidig var tekstnært. Ved at sammenligne og reflektere over koder og kondenseringer nåede forfatteren frem til syv kategorier. For at skabe et bedre overblik over projektets resultater blev de syv kategorier inddelt i tre overordnede temaer.

Etiske overvejelser

Projektet blev gennemført i overensstemmelse med de etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden (15). Der blev søgt om tilladelse til at indsamle data i CfK, hvilket blev givet uden videre. Borgerne fik udleveret en skriftlig deltagerinformation og blev desuden informeret mundtligt af deres kontaktperson. Intervieweren kontaktede derefter borgerne, som gav mulighed for at stille spørgsmål til projektet. Hvis borgerne ønskede at deltage, underskrev de en samtykkeerklæring.

Resultater

Gennem indholdsanalysen fremkom syv kategorier og tre temaer: 1) Viden, mål og forventninger inden den afklarende samtale, 2) KOL's betydning for motivation og barrierer for rehabilitering og 3) Den afklarende samtale og samarbejdet med kontaktpersonen. Resultaterne for hvert tema vil i dette afsnit blive præsenteret med støtte fra tilhørende citater.

Viden, mål og forventninger inden den afklarende samtale

I dette tema beskrives det, hvordan især viden havde stor betydning for borgerens forventninger. Jo mere viden borgeren havde om CfK og DAS, jo tydeligere forventninger havde borgeren. Denne viden kunne stamme både fra internettet, egen læge og fra det tilsendte materiale fra CfK. *"Jeg havde fået udleveret et stykke papir forinden – hvad samtalen kunne komme til at dreje sig om, blandt andet om jeg røg."* og *"Jeg har været inde på hjemmesiden, der stod noget om de ting, de kunne tilbyde og jeg blev henvist af min læge, han spurgte om jeg ville prøve det, det ville jeg gerne."* Borgerne havde et forskelligt niveau af viden inden DAS. Det kunne ske, at borgeren havde forberedt sig grundigt og opsøgt viden inden DAS, men det kunne også ske, at borgeren ikke havde opsøgt viden. En borger gav udtryk for ikke at have nogen viden om CfK eller om, hvad DAS ville indeholde. Borgeren ønskede ikke at være bedre forberedt, og var tilfreds med at deltage i DAS uden forberedelse: *"Jeg møder bare op. Og så får jeg at vide, hvad det drejer sig om."* Det var desuden ikke alle borgere, der var i stand til at mod-

tage det tilsendte materiale, da det ikke var alle, der havde adgang til e-boks.

Borgernes egne mål og ønsker til rehabilitering havde også betydning for, hvad de forventede at diskutere til DAS. *"Jeg tænkte, jeg kunne lære noget om motion og måske diæt, fordi jeg vil også gerne tabe mig lidt. Jeg har på fornemmelsen, at det bliver nemmere for mig og jeg får mere luft, hvis jeg vejer lidt mindre."* Citatet indikerer, at der kunne være et ønske om vægttab og fysisk træning, da det forhåbentlig kunne gøre hverdagen nemmere.

Der kunne være forskellige grader af forventninger til rehabilitering og DAS. Der kunne både være klare forventninger om, hvad samtalen skulle indeholde eller forventningerne kunne helt udeblive. De klare forventninger handlede om at opstarte et rehabiliteringsforløb med fokus på vægttab og fysisk træning. *"Jeg havde en forventning om at komme på et kursus. At man kunne komme på sådan nogle hold med motion eller hvor man får viden om at spise lidt sundere, havde jeg set (på CfK's hjemmeside), og det var det, jeg forventede."* Disse forventninger byggede på det, som borgerne havde undersøgt inden. Borgerne gav udtryk for, at de forventede, at samtalen skulle give dem mere viden om KOL-rehabiliteringen, og at de forventede at opleve en bedring gennem rehabiliteringen. Hvis borgeren oplevede ikke at have KOL, kunne det være sværere at forvente sig noget af DAS. *"Lægen spurgte, om jeg ikke ville, så jeg kunne lige så godt prøve. Men jeg har ikke nogen forventninger til noget. Jeg føler ikke, at jeg har KOL."* Borgere med KOL, der oplevede ikke at have symptomer på KOL, havde meget begrænset viden og motivation og derfor heller ingen forventninger. Generelt havde borgerne nemmere ved at udtale sig om, hvad de forventede sig af rehabiliteringsforløbet, end hvad de forventede sig af DAS.

KOL's betydning for motivation og barrierer for rehabilitering

Temaet beskriver borgernes oplevelse af KOL i hverdagen, og hvordan det hang sammen med deres mulighed for at deltage i rehabilitering. KOL kunne påvirke hverdagen i en sådan grad, at det kunne gøre det svært at udføre almindelig daglig livsførelse (ADL) og en kort gåtur kunne kræve store anstrengelser: *"Når det er hårdest, så er jeg nødt til at stoppe op tre gange på vej ned til torvet."* KOL-diagnosen kunne også fylde meget lidt i hverdagen uden at påvirke borgerens ADL: *"Det fylder ikke noget i mit liv. Jeg går ud og handler og op og ned ad trappen hver dag. Jeg løber ikke, men jeg går stille og roligt."* Da KOL ikke oplevedes i hverdagen, kunne det være svært at være motiveret for og se meningen med KOL-rehabilitering.

Borgere kunne opleve både, at der var forhold ved rehabiliteringen, der kunne motivere, og forhold, der kunne opleves som en barriere for deltagelse. Geografisk afstand blev fremhævet som et forhold, der kunne gøre deltagelse ved rehabilitering svær: *"Der er for langt for mig, og jeg kender mig selv, og jeg ved, at jeg kommer måske 2-3 gange, og så orker jeg det ikke længere. Det er den modsatte ende af byen."* Den lange transporttid til rehabiliteringen kunne opleves

besværlig og kunne videre resultere i, at borgeren ikke kom til rehabiliteringen. Dermed kunne transporttiden være en barriere for at opstarte rehabilitering, da borgeren kunne være skeptisk overfor rehabilitering og overveje andre muligheder. Travlhed, og det at have andre forpligtelser, blev også nævnt som noget, der kunne forhindre deltagelse: *"Der er ikke plads i min kalender, for der er så meget, jeg skal. Min nabo har mistet et ben, så jeg går i byen for ham flere gange om dagen."* Netop forpligtigelse blev dog også beskrevet som noget, der kunne være stærkt motiverende, særligt i en social kontekst: *"For det er det her med forpligtigelsen også. Hvis forpligtigelsen er at skulle over og købe ind i Netto, så behøver du ikke købe ind lige den dag. Men hvis der sidder et hold og venter på dig, så er du nødt til at komme den dag. Hvis der er en makker, der står og venter på én, så kommer man!"* Det sociale fællesskab som fx at deltage på et træningshold blev oplevet som forpligtigende, og noget der kunne gøre, at man kom afsted og fik deltaget i KOL-rehabiliteringen. Borgere kunne have oplevet KOL på nært hold tidligere i livet, og alligevel kunne det være svært at finde motivationen for rehabilitering og rygestop. *"Jeg ved fra min mor, at når man ryger, så får man lov til at betale for det. Hun hostede og hostede, og det håber jeg ikke, jeg kommer til at gøre. Fordi hun blev næsten kvalt. Man er altid så bagklog med aldrig at skulle ryge, men sådan er det bare, ikke?"*

Den afklarende samtale og samarbejdet med kontaktpersonen

Der var en god oplevelse af DAS. Dette var både pga. god relation til kontaktpersonen, men også fordi, at samtalen levede op til forventningerne. Det blev oplevet positivt, at DAS mundede ud i det, som borgerne selv ønskede forinden: *"Den samtale den nåede jo det, jeg havde en forventning om: Jeg skal snakke med en diætist, og jeg skal ind i et træningsforløb."* Borgere, som på forhånd havde forventninger til samtalen, gav udtryk for, at der ikke var noget ved samtalen, der overraskede dem, og at samtalen gik som forventet. Borgerne fik ny viden og en plan for KOL-rehabiliteringen. Borgere uden forventninger til samtalen eller ønske om at begynde rehabilitering gav også udtryk for, at det var en god samtale. Oplevelsen af DAS hang sammen med, hvor godt borgeren oplevede relationen til kontaktpersonen. Mens samtalen blev beskrevet som "interessant", "god" og "behagelig", blev kontaktpersonen beskrevet som "sød", "rar" og "forstående". *"Jeg snakkede med en ualmindelig sød dame, der forklarede meget tydeligt, at man skulle gøre det man havde lyst til, og som man kunne klare. Der var ikke noget 'presseri' og hun var forstående for, at jeg kommer og siger: 'Du skal være klar over, jeg rejser meget. Så jeg kan lige melde fra alle de der dage fra start af'"* Flexibilitet og forståelse var her vigtigt for, at borgeren havde en god oplevelse af samtalen og blev motiveret til at opstarte rehabiliteringsforløb.

Borgere og deres kontaktperson samarbejdede om at tilrettelægge KOL-rehabiliteringsforløbet på bedste vis for den enkelte borger. Borgerne fik ofte ny viden om, hvad CfK kunne tilbyde. Borgernes travle kalendere kunne gøre det svært at finde tid til at deltage. *"Så når man lige pludselig skulle sætte sig ned og finde nogle dage, så var det svært at finde nogle dage. Det blev tilrettelagt på en måde, som jeg*

var tilfreds med." Der blev sat stor pris på den fleksibilitet, som kontaktpersonen udviste og det var medvirkende til, at borgerne kom i gang med KOL-rehabilitering. Borgerne fremhævede ofte relationen, når de skulle beskrive deres oplevelse af samtalen, så relationen til, og samarbejdet med, kontaktpersonen var essentiel, hvis borgerne skulle have en god oplevelse af DAS.

Diskussion

Dette projekt viste, at borgere med KOL havde forskellige forventninger til KOL-rehabilitering. På samme måde viser forskning, at borgere med KOL har forskellige holdninger og forventninger til et rehabiliteringsforløb, hvilket kan være en barriere for at begynde rehabilitering (7). Borgere med KOL kan have manglende tiltro til rehabiliterings effekt, hvor graden af KOL kan opleves så svær, at borgeren ikke tror på, at sygdommen kan bedres – eller modsat, at KOL slet ikke opleves som svær nok til at opstarte rehabilitering (7). Dette blev bekræftet i dette projekt, som viste, at hvis borgere oplevede ikke at have KOL, var der heller ingen motivation for rehabilitering. To af borgerne i dette projekt ønskede at deltage i KOL-rehabilitering, og lod til at være overbeviste om, at rehabiliteringen kunne være til gavn for dem.

En af borgerne opsøgte selv sundhedsinformation inden DAS, hvilket resulterede i flere og tydeligere forventninger. En anden borger havde ikke søgt sundhedsinformation om KOL-rehabilitering før DAS. En tilsvarende forskel kan ifølge Sundhedsstyrelsen tillægges den socioøkonomiske status. Borgere med højere socioøkonomisk status har større tendens til at opsøge sundhedsinformation på internettet og i deres netværk, hvilket kan skabe flere forventninger til mødet med sundhedsvæsenet (16). Borgere med KOL har dog ofte lav socioøkonomisk status (2). Ifølge Sundhedsstyrelsen oplever borgere med lavere socioøkonomisk status i mindre grad at modtage information om behandling, og er ofte forvirrede over den information, de får. Disse borgere oplever ikke det samme behov for at stille spørgsmål som borgere med højere socioøkonomisk status, hvilket kan skyldes, at de ikke forventer, at dette er deres rolle (16). Borgerne i dette projekt gav udtryk for at have fået mere viden om KOL-rehabilitering, og om hvilke muligheder der fandtes i CfK eller andre tilbud i byen. En borger gav udtryk for, at det blot var hans opgave at møde op i CfK og få noget at vide, hvilket kunne tyde på manglende behov for at stille spørgsmål. Det kan være nyttigt med en forventningsafstemning med fokus på, hvad der forventes af borgeren, og hvad borgeren har af forventninger og behov i forbindelse med KOL-rehabiliteringen (16). Dette kan styrke relationen og hjælpe borgere med lavere socioøkonomisk status til bedre at forstå og navigere i sundhedsvæsenet (16).

Afstanden til KOL-rehabiliteringen blev oplevet som en barriere for at deltage i KOL-rehabilitering. Et review har på samme måde vist, at besværlig transport, distance og lokation har betydning for om borgere deltager i KOL-rehabilitering og om de gennemfører forløbet (17).

Fleksibilitet er vigtigt for borgerne i dette projekt, da rehabiliteringsforløbet gerne skal planlægges ud fra borgerens hverdag og herved gøre plads til fx rejser. Dette er i overensstemmelse med en undersøgelse fra Danske Regioner, hvor borgerne ønsker et smidigt sundhedsvæsen og forløb, der planlægges i overensstemmelse med deres hverdag (18). Et fleksibelt tilrettelagt KOL-rehabiliteringsforløb nævnes også i et britisk studie, som noget der kan højne chancen for, at borgeren gennemfører KOL-rehabilitering (11). Cfk ønsker på samme måde at være fleksible og tilgode individuelle behov i planlægningen af KOL-rehabiliteringsforløbene. I Cfk's indsatskatalog nævnes det bl.a. at "den sundhedsprofessionelle i samarbejde med borgeren (...) træffer en fælles beslutning om, hvordan rehabiliteringsforløbet bedst tilrettelægges (...) ud fra borgerens sygdomstilstand (situation), behov, ressourcer og motivation" (13). Borgerne i dette projekt gav udtryk for, at de oplevede, at rehabiliteringsforløbet blev planlagt i samarbejde med kontaktpersonen og med afsæt i borgerens livssituation og ønsker.

Styrker og svagheder

En tydelig og stringent beskrivelse af alle projektets faser kan være en styrke i forhold til troværdighed, overførbarehed og konsistens (19). En anden styrke kunne være metoden med anvendelse af en semistruktureret interviewguide, der gav mulighed for at borgerne kunne uddybe deres svar, hvilket i dette projekt også førte til righoldige data. En svaghed ved projektet kan være, at kontaktpersonerne inviterede borgerne umiddelbart efter DAS og det er muligt, at det kun er borgere, der havde en positiv oplevelse, der ønskede at deltage. En anden svaghed er, at kun tre borgere deltog i projektet, og at de alle var mænd. Projektet peger imidlertid på væsentlige tendenser, der giver anledning til at betragte dette som et pilotstudie forud for et større tilsvarende projekt, som tager afsæt i resultater herfra. Borgerne svarede generelt mere på, hvad de forventede sig af rehabiliteringsforløbet, end hvad de forventede sig af DAS, da det ifølge borgerne kunne være svært at svare på.

Konklusion og perspektivering

Borgerne forventer, at DAS vil handle om det, der fylder hos borgerne selv. Deres forventninger hænger tæt sammen med egne mål og ønsker for KOL-rehabiliteringen og med deres oplevelse af egen sygdom. Borgerne forventer at få mere viden til DAS og at lave en individuel tilrettelagt plan for rehabiliteringsforløbet. Viden om DAS og om rehabiliteringsforløbet kan gøre borgernes forventninger tydeligere og mere konkrete. Borgerne oplever DAS som behagelig og tilfredsstillende. Borgere oplever, at DAS lever op til deres forventninger, idet de går derfra med ny viden og en individuel tilrettelagt plan for deres rehabiliteringsforløb. Samarbejdet med og relationen til kontaktpersonen fremhæves som noget, der er særdeles vigtigt for, at borgerne får en god oplevelse af DAS.

Den fagprofessionelle bør have en fleksibel og empatisk tilgang, hvor der tages hensyn til borgerens livssituation og

hverdagsudfordringer, men også til borgerens egne mål og ønsker til rehabilitering.

Når KOL-rehabiliteringen tilrettelægges på en fleksibel måde i samarbejde med borgeren, er chancen for gennemførelse større. For at forventningsafstemme forud for DAS anbefales det, at den fagprofessionelle spørger til borgerens behov og forventninger til DAS og rehabiliteringen. Projektet peger på, at jo bedre forberedt borgerne er til DAS, jo tydeligere bliver deres forventninger. En måde at forberede borgerne på kunne være, at de besvarer et spørgeskema før de kommer til DAS i Cfk.

Referencer

- 1) RKKP, 2023. *Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom – DrKOL. Årsrapport for 2022*. [online] Tilgængelig hos: https://www.sundhed.dk/content/cms/90/4690_drkol-aarsrapport-2022_offentlig.pdf [Set 28. sep. 2023]
- 2) Udesen, C.H., Skaarup, C., Petersen, M.N.S. og Ersbøll, A.K., 2020. *Social ulighed i sundhed og sygdom*. [online] Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx> [Set 18. apr. 2023].
- 3) Vogelmeier, C.F., Criner, G.J., Martinez, F.J., Anzueto, A., Barnes, P.J., Bourbeau, J., Celli, B.R., Chen, R., Decramer, M., Fabbri, L.M., Frith, P., Halpin, D.M.G., Varela, M.V.L., Nishimura, M., Roche, N., Rodriguez-Roisin, R., Sin, D.D., Singh, D., Stockley, R., Vestbo, J., Wedzicha, J.A., Agustí, A., 2017. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 195, 557–582. <https://doi.org/10.1164/rccm.201701-0218PP>
- 4) Willgoss, T., Yohannes, A., Goldbart, J., Fatoye, F., 2011. COPD and anxiety: its impact on patients' lives. *Nurs. Times NT* 107, 16–19.
- 5) Viborg, A.L., 2015. *Respirationsorganerne I: A.L. Viborg og A.W. Torup, red., Sygdomslære - Hånden på hjertet, 2. udgave.*, København: Munksgaard. s. 111-146.
- 6) Kaptain, R.J., Helle, T., Kottorp, A., Patomella, A.-H., 2022. Juggling the management of everyday life activities in persons living with chronic obstructive pulmonary disease. *Disabil. Rehabil.* 44, 3410–3421. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1862314>
- 7) Cox, N.S., Oliveira, C.C., Lahham, A., Holland, A.E., 2017. Pulmonary rehabilitation referral and participation are commonly influenced by environment, knowledge, and beliefs about consequences: a systematic review using the Theoretical Domains Framework. *J. Physiother.* 63, 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.02.002>

- 8) Sundhedsstyrelsen, 2018. *National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL*. [online] Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/National-Klinisk-Retningslinje-for-Rehabilitering-af-patienter-med-KOL.ashx?sc_lang=da&hash=E47D8A-AF166DB14461ECA3811C4B5D4 [Set 19. apr. 2023]
- 9) Sundhedsstyrelsen, 2017. *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL*. [online] Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Anbefalinger-for-tv%C3%A6rsektorielle-forl%C3%B8b-for-mennesker-med-KOL.ashx> [Set 20. apr. 2023]
- 10) McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., Lacasse, Y., 2015. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3>
- 11) Brighton, L.J., Bristowe, K., Bayly, J., Ogden, M., Farquhar, M., Evans, C.J., Man, W.D.C., Maddocks, M., 2020. Experiences of Pulmonary Rehabilitation in People Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Frailty. A Qualitative Interview Study. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 17, 1213–1221. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201910-800OC>
- 12) Sundhedsstyrelsen, 2019. *Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale*. [online] Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Anbefalinger_behovsvurdering-i-den-afklarende-samtale.ashx [Set 17. apr. 2023]
- 13) Københavns Kommune, 2022. *Indsatskatalog – Center for KOL*. [internt dokument]
- 14) Danielson, E., 2018. Kvalitativ indholdsanalyse I: M. Henricson, red., Videnskabelig teori og metode – Fra ide til eksamination. 2. udgave. København: Munksgaard. S. 315-332.
- 15) SSN, 2003. *Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden*. [online] Tilgængelig hos: https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2020/05/ssns_etiske_retningslinjer_0-003.pdf [Set 1. maj 2023]
- 16) Sundhedsstyrelsen, 2022. *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet*. [online] Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/8947-SST-Rapport-Ulighed-i-moedet_TILG.ashx [Set 4. jun. 2023]
- 17) Keating A, Lee A, Holland AE., 2011. What prevents people with chronic obstructive pulmonary disease from attending pulmonary rehabilitation? A systematic review. *Chron Respir Dis.* S. 8(2):89–99.
- 18) Danske Regioner, 2015. *Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet?* [online] Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/Documents/Hvad%20er%20vigtigt%20for%20borgerne%20i%20deres%20m%C3%B8de%20med%20sundhedsv%C3%A6senet.pdf> [Set 2. jun. 2023]
- 19) Mathar, H. og Larsen, N.S., 2023. Indholdsanalyse I: H. Mathar, red., *Analysestrategier i sundhedsfaglige undersøgelser*. 1. udgave. Samfundslitteratur. S. 39-50.

Stafetten

–mød en kollega



Lea Ladegaard Grønkjær
Forskningssygeplejerske og lektor
Medicinsk Mave- og Tarmsygdomme,
Esbjerg Sygehus og Institut for Regional
Sundhedsforskning, Syddansk Universitet

Hvad er din jobtitel og hvad består dit job af?

Forskningssygeplejerske og lektor. Jeg er ansat i en patchwork stilling, hvor jeg både er i klinikken som ambulatoriesygeplejerske, fungerer som forskningssygeplejerske for kliniske forskningsprojekter i ambulatoriet, men også bedriver min egen forskning for patientgrupper inden for leverspecialiaet.

Hvordan arbejder du med udvikling eller forskning i sygeplejen?

Min forskning har sigte på at blive implementeret i klinisk praksis og dermed udvikle sygeplejen inden for specialiaet. Jeg har i samarbejde med kollegaer igangsat et multicenter studie, som skal undersøge effekten af tidlig palliativ indsats til patienter med skrumpeliver. Det skulle gerne lede til øget livskvalitet for patienterne og reducere byrden for de pårørende. Håbet er, at indsatsen bliver en del af klinikken. Forud for studiet har vi afdækket både patienter og de sundhedsprofessionelles holdninger til palliation samt udviklet en klinisk retningslinje.

Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?

Jeg har arbejdet med både kvantitative metoder i forbindelse med interventions-, spørgeskema-, tværsnits- og registerstudier og kvalitative metoder i forbindelse med interview- og observationsstudier. Jeg vil ikke sige, at jeg er ekspert i én metode, mine kompetencer er nok mere all-round. Jeg kan meget godt lide vekselvirkningen mellem de forskellige metoder (alt afhængig af forskningsspørgsmål) og mixed-metode, som kan give et forskelligartet og nuanceret blik på data.

Hvordan har din karrierevej bragt dig til dig nuværende job?

Jeg blev uddannet sygeplejerske i 2006. Allerede i forbindelse med at jeg skrev bachelorprojekt, blev jeg grebet af at undersøge problemstillinger i klinisk praksis. Jeg blev kandidat i sygeplejevidenskab (cand.cur.) i 2008. Herefter blev jeg ansat i en afdeling med speciale i mave-, tarm- og

leversygdomme. Afdelingen havde en lang forsknings-tradition, og mottoet i afdelingen var "Forskningsbaseret indsats imod sygdom". Ledelsen prioriterede forskning og udvikling blandt alle faggrupper, og jeg fik min ph.d.-grad i 2016. For mig er det vigtigt, at udviklings- og forskningsprojekter tager udgangspunkt i problemstillinger i klinisk praksis.

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

Jeg ved ikke, hvor der er brug for mere udvikling og forskning. Men jeg tror, at forskere generelt og dermed også inden for sygeplejen skal blive mere bevidste om at formidle deres forskning til den generelle befolkning og patienterne således, at det bliver tydeligere, hvorfor forskning er vigtig, og der skabes en dialog om forskningens resultater.

Hvem giver du Stafetten videre til?

Jeg vil give Stafetten videre til Annette Bonde Bertelsen





ICN Congress 2023

set med legatmodtagernes øjne

Organisationen *International Council of Nurses (ICN)* afholdt den 29. ICN Congress 2023 i Montreal, Canada. Temaet for årets konference var *Nurses together: a force for global health*. Mere end 6.500 dedikerede sygeplejersker med 130 forskellige nationaliteter deltog for at udveksle viden, dele bedste praksis og diskutere aktuelle emner inden for sygepleje. ICN repræsenterer 28 millioner sygeplejersker fra hele verden, og er den største og mest betydningsfulde globale stemme indenfor sygepleje.

Lise Ewald Rekvad, klinisk sygeplejespecialist, Ortopædkirurgi, Esbjerg Sygehus



For det første var det fantastisk at se, hvor godt repræsenteret Danmark var ved ICN konferencen. Konferencen bar præg af den alvorlige situation, som hele verdenssamfundet står i, hvor den massive mangel på sygeplejersker truer ikke blot fagets eksistens, men også samfund over hele verden. Store emner som ledelse, uddannelse, rekruttering og fastholdelse er dystre og blev livligt diskuteret. Det var specielt inspirerende at høre Mawahib Wangs fortælling om vejen ind i sundhedsministeriet i Saudi Arabien, og hendes opråb om, at vi som sygeplejersker også selv må tage ansvar for udviklingen og skride til handling. Sygeplejersker skal sikre sig mediernes bevågenhed, få adgang til bestyrelsesposter og andre magtfulde positioner, således at vi selv kan være med til at sikre vores fag i fremtiden. Ligeledes fyldte Simon Sinek fra The Optimism Company

rummet med optimisme. Hans fortælling om, hvordan vi i fællesskab kan skabe tryghed, tillid og optimisme i vores arbejdsdag, var inspirerende. Han viste ved sin tilstedeværelse, at vi alle kan være en energiindsprøjtning og derved skabe velfungerende teams og et godt arbejdsmiljø. Han efterlod alle tilhørere med en følelse af, at vores fag forsat har en fremtid. Der var på konferencen rig mulighed for at udvide sit netværk på tværs af nationaliteter. Tak for at I med jeres fondsmidler gjorde det muligt for os at komme med på ICN.

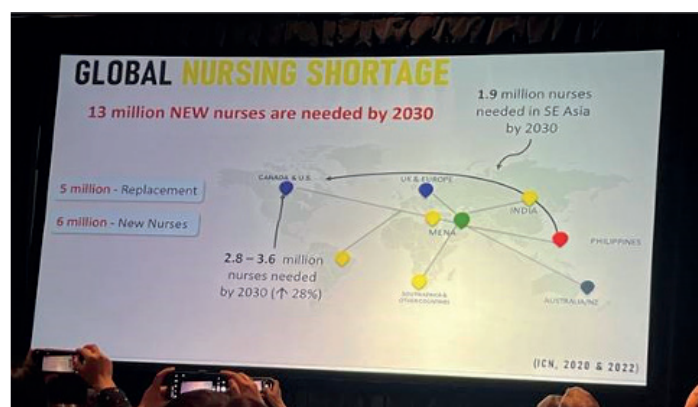
Lotte Evron, lektor, ph.d., Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygepleje og Ernæringsuddannelser

ICN 23: En verden af forskning og udvikling inden for sygepleje og sygeplejefaget

Tak for støtte til conferencegebyret på ICN 23. Jeg deltog med tre posters og et mundtligt oplæg fra forsknings- og udviklingsprojekter, som er udført sammen med kollegaer fra Københavns Professionshøjskole, Nordsjællands Hospital og Region Syddanmark. En session, der gjorde et stort indtryk på mig, var BBCs video-historiefortællinger 'Caring with Courage' (2023). Videoerne viser, hvordan sygeple-



Lighed, frihed og respekt, oplæg på ICN 23



jersker fra hele verden arbejder med mod, lidenskab og beslutsomhed og hver dag er med til at ændre liv, overlevelse og fremme sundhed. En anden session som gjorde et kæmpe indtryk, var Dr. Edna Adan Ismalis oplæg: 'From women's oppression to opportunity for all!'. Hun fortalte om sin rejse fra overhovedet at få lov til at læse til sygeplejerske, få løn for sit arbejde som kvinde, blive leder, sygeplejerskeunderviser, sundhedsminister og nu hospitalejer og manager. ICN har givet mig ny viden og nye perspektiver på sygeplejen, og så er jeg blevet endnu mere stolt af mit



Den danske delegation klappede og hujede, da Danmark (DSR) kom på scenen under velkomstceremonien på ICN 23

fag!



de med at søge hjælp i det offentlige sundhedsvæsen på baggrund af diskrimination og dokumenterede overgreb.



Idea: Can we prevent severe COVID-19 by use of a cheap and simple PEP fluter intervention?

Annette Mollerup, lektor, ph.d., Diakonissestiftelsen

Deltagelse i ICN, Montreal 2023

TO PEP OR NOT TO PEP? var hovedoverskriften på mine 3 præsentationer ved ICN: 1) et mundtligt oplæg med projektdeltageres bud på om egenomsorg med PEP-fløjter kan mindske luftvejssymptomer ved tidlig COVID-19, 2) en e-poster om deltageres oplevelse af instruktion om PEP-egenomsorg via video og 3) en e-poster om baggrunden for studiet. Tak for legatet, der bidrog til at jeg kunne advokere for mere forskning i simple, forebyggende interventioner. Jeg deltog efterfølgende i et udbudt 'professional visit' med en spændende rundvisning på Ingram School of Nursing. Som habituel underviser i Diakonissestiftelsens bygninger fra 1853 var det interessant at se super simulationsfaciliteter og moderne lokaler på 20. etage med fantastisk udsigt. Rundvisningen blev afsluttet med et tankevækkende besøg i en åben, sygeplejerskeledet klinik ved et herberg. Målgruppen var primært personer af den oprindelige befolkning, der ofte er tilbageholden-



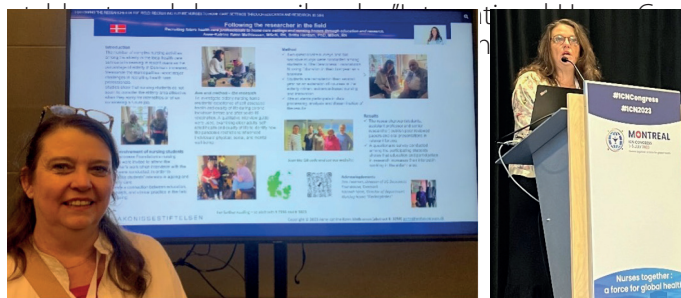
Tine K Varmarken, Center for Planlagt Ortopædkirurgi, Næstved Sygehus

Vi fik antaget en e-poster om tilblivelsen af "E-bog om sygepleje til den ortopædkirurgiske patient", som vi deltog i konferencen med. Der var stor interesse, og tilhørerne var også imponerede over det brede nationale samarbejde, der havde manifesteret sig i en e-bog til gavn for studerende og nye sygeplejersker.

En af de store fælles sessioner omhandlede en række film produceret af BBC "Caring with courage". BBC opfordrede alle til at byde ind med ideer til fremtidige film. Fokus i filmene er, hvad sygeplejersken laver. Filmene viser bl.a., hvordan der er meget stor forskel fra krigszoner til togvogne i Afrika til hjemmesygepleje. Meget fint filmet i : Caring with Courage (bbc.com). Vi er kommet hjem MEGA stolte af at være sygeplejersker. Den canadiske premierminister, Justin Trudeau, kom afslutningsvis og takkede alle verdens sygeplejersker for deres utrættelige, vedholdende og meget, meget vigtige indsats, især under Coronaepidemien.

Anne-Katrine Rønn Mathiassen, cand.cur., Adjunkt, Sygeplejerskeuddannelsen, UC Diakonissestiftelse

At deltage i ICN-konferencen er ikke kun glæden over og udfordringen ved at have fået abstracts antaget til præsentation. Det er også bevidstheden om, at de projekter, jeg har præsenteret, har været medvirkende til at øge studerendes interesse for aldring, ældreområdet og det borgernære sundhedsvæsen. Der har været mange interessante oplæg, som belyser sygeplejens og sygeplejerskers forhold verden over, og som har inspireret til inddragelse i undervisningsaktiviteter på sygeplejerskeuddannelsen. Men ICN-konferencen handler ikke kun om, hvad der sker på scenen. Det handler også om de netværk og samarbejdsrelationer, der bliver dannet. Jeg glæder mig over det samarbejde, jeg fik





Boganmeldelser

Kan sygeplejersker blive bedre til at tale med patienter om seksualitet?

Håndbog i sygepleje SEXOLOGI

Birgitte Laursen og Anette Mikkelsen, FADLs forlag 2022

Som sygeplejerske skal vi være i stand til at tale med patienter om alle aspekter i livet, der har indvirkning på livskvalitet og sygdomsmestring. Min erfaring er dog, at mange sygeplejersker finder det svært at tale med patienterne om seksualitet, da de ikke føler sig kompetente til dette. Yderligere nævnes i bogen at samtale om seksualitet er forbundet med tabu og blufærdighed. Dette er korrekt, men som sygeplejerske har vi et ansvar for at åbne op for samtalen med patienten med henblik på at skabe det bedst mulige forløb for patienten.

Ydermere kan man stille spørgsmålet: Er det patienten eller sygeplejersken, der har det sværest med at åbne op for emnet sexologi?

Denne bog er den første danske håndbog for sygeplejersker med emnet sexologi.

Jeg vurderer, at bogen vil være relevant indenfor alle områder af sygeplejen, da den beskæftiger sig med alt fra gode råd, til samtalen med patienten om seksualitet, kønsorganernes anatomi og seksualitet gennem livet.

Der beskrives blandt andet hvilke særlige seksuelle udfordringer, der kan være for patienten ved konkrete psykiske sygdomme, neurologiske sygdomme, hjertekarsygdomme og kræftsygdomme. Eksempelvis nævnes, at seksuel dysfunktion hos mennesker med depression både kan skyldes symptomer på sygdommen, og bivirkninger til den antidepressive behandling. På denne måde vil bogen være særdeles god som opslagsværk, da sygeplejersken kan fokusere på det, der har hans/hendes interesse.

Sygeplejersken, der oplever seksuelle tilnærmelser fra patienten, nævnes også i bogen. En patientgruppe, hvor dette kan være særligt udfordrende, er ved patienter med eksempelvis en demenssygdom.

Jeg blev særlig inspireret af et kapitel, der omhandler seksualitet i et tværkulturelt samfund. Som sygeplejerske møder man mennesker med forskellige nationalitet, tro og med forskellig kulturel baggrund. Dette kapitel finder jeg særligt interessant, da den beskriver mange faktorer, der kan have betydning i mødet med patienten. Eksempelvis blev jeg bevidst om, hvilken betydning omskæring kan have for mandens evne til at opnå orgasme og udløsning. Ydermere, at onani betegnes som syndigt og ikke tilladt indenfor følgende trosretninger: islam, jødedom og katolicisme. Denne viden er meget vigtig i samtalen med patienten om seksualitet, da sygeplejersken ellers kan anvende egen forforståelse om eksempelvis selvtilfredsstillelse. Generelt vil jeg anbefale denne bog som et godt opslagsværk med henblik på at sygeplejersken får større viden om emnet 'sygepleje og sexologi'.

Hvis du, som læser, håber på at få større indsigt i emner som kønsidentitet og seksuel orientering, skal du ikke forvente at få det ved at læse denne håndbog. Til gengæld vil du få redskaber til at kunne tale med alle patienter uafhængig af seksuel orientering, da det primære er at møde patienten med professionel nysgerrighed og inkluderende tilgang. Bogen vil her hjælpe sygeplejersken til at afholde en bedre samtale med patienten, hvor hun kan føle sig bedre klædt på til eventuelle emner, der berøres i samtalen.

Hvis du, som læser, håber på at få større indsigt i emner som kønsidentitet og seksuel orientering, skal du ikke forvente at få det ved at læse denne håndbog. Til gengæld vil du få redskaber til at kunne tale med alle patienter uafhængig af seksuel orientering, da det primære er at møde patienten med professionel nysgerrighed og inkluderende tilgang. Bogen vil her hjælpe sygeplejersken til at afholde en bedre samtale med patienten, hvor hun kan føle sig bedre klædt på til eventuelle emner, der berøres i samtalen.

Anmelder: Lene Rosenly. Udviklingssygeplejerske, Psykiatrisk Afdeling Odense. Medlem af Sygepleje Etisk Råd.



Interessant bog, der beskriver de generelle fysiologiske og psykologiske konsekvenser af at være fysisk inaktiv og immobil

Inaktivitet og immobilitet Ingrid Poulsen, Pina Kunstek. Munksgaard, København 2022. 3. udgave. 325 sider

Redaktørerne har, i samarbejde med en række tværfaglige forfattere, skrevet en faglig letlæselig bog, hvor formålet er fremme forståelsen for konsekvenserne af inaktivitet og immobilitet. Bogen handler om hvordan sundhedspersonalet, med en personcentreret tilgang, kan støtte patienter og borgere i at være aktive ud fra den enkelte patients og borgers egne præferencer, ønsker og mål. Der tages udgangspunkt i den videnskabelige dokumentation og kobles til kerneområderne inden for det sundhedsprofessionelle arbejde, der blandt andet omhandler relation, tillid, nærvær, etik og faglighed.

'Inaktivitet og immobilitet' sætter fokus på, hvordan sundhedspersonale kan støtte patienter og borgere i at være aktive og mobile, både under akut sygdom og i den rehabiliterende fase. Hvert kapitel beskriver videnskabeligt hvad der sker i mennesket under et sengeleje. Bogen

indeholder eksempelvis områder som fysiologiske konsekvenser af sengeleje og immobilitet, psykologiske aspekter ved immobilitet, den motiverende samtale og forebyggelse af behandling af knogletab.

Bogen er nyttig for sundhedspersonale, der arbejder med patienter og borgere i den akutte og rehabiliterende sygdomsfasen. Bogen giver et godt grundlag for at forstå, hvad inaktivitet og immobilitet har af konsekvenser, og hvor sundhedspersonalet kan bidrage og forebygge ud fra et ligeværdigt målsætningsarbejde med den enkelte patient og borger. Bogen er velskrevet og overskuelig, og jeg kan varmt anbefale den.

Anmeldt af: Pernille Kølholt Langkilde, Klinisk Sygeplejespecialist, Medicinske Sygdomme, Kolding Sygehus



Kirurgiske sygdomme og den dertil knyttede evidensbaserede sygepleje

Kirurgiske sygdomme og evidensbaseret sygepleje Steen Hundborg, FADL's Forlag, 1. Udgave 2022, 634 sider

Bogen 'Kirurgiske sygdomme og evidensbaseret sygepleje' har ikke mindre end 51 forfattere med baggrund som sygeplejerske eller læge. Bogens opbygning leder læseren igennem generelle og mere specifikke områder på en god og naturlig måde. Bogen har 23 kapitler, hvoraf kapitel 1-8 introducerer læseren til den kirurgiske patient, med generelle observationer og sygepleje forbundet med patientforløb i kirurgisk regi. Kapitel 9-19 gennemgår en række kirurgiske specialer og kapitel 20-23 slutter bogen med beskrivelser og anbefalinger vedrørende ernæring, transfusion, præhabilitering og udskrivelse af den kirurgiske patient.

Bogens mange forfattere bidrager med deres indgående viden inden for deres respektive specialer, til en spændende og klinisk nær beskrivelse af en evidensbaseret sygepleje for den kirurgiske patient. Kapitlernes opbygning og formidling bærer præg af de aktuelle forfattere, hvorved læsningen ikke bliver triviell. Hvert kapitel afsluttes med refleksions-spørgsmål og/eller cases, hvorved kapitlets indhold testes. De første kapitler med mere generelt indhold præsenterer i uddybende form flere af de mest anvendte skemaer til observationer og test hos den kirurgiske patient. Disse evidensbaserede redskaber nævnes og henvises til under de specifikke kirurgiske sygdomme. Det gør teksten læsevenlig, at de fleste uddybende præsentationer ikke er lagt under de specialerelaterede kapitler. Bogen kommer fint omkring de forskelligartede udfordringer, der er i behandling og pleje hos den akutte patient, den elektive patient, samt patienten med cancer.

Bogen indeholder mange og rigtige gode tabeller, figurer og modeller. Disse, samt bogens faktabokse, gør bogen egnet som opslagsværk ved

konkrete spørgsmål, hvorved man slipper for at skulle læse hele kapitler for at finde svaret. Det anbefales dog at læse de generelle kapitler og det kapitel, der er specifikt for ens speciale, for at kunne benytte bogen som opslagsværk. Lige som det vil være ærgerligt at gå glip af den faglige dybde, der kendetegner bogens indhold.

Jeg vil gerne fremhæve kapitel 8 "Den elektroniske patientjournal - det gode patientforløb på kirurgisk afdeling". Her understreges vigtigheden af dokumentation, der skal skabe sammenhæng og overblik, samt at dokumentation skal indeholde det nødvendige for at sikre, at patientens forløb sker så gnidningsfrit som muligt under hensyntagen til det enkelte menneske. Dokumentation af sygeplejen - observationer, handlinger og resultater heraf - har en afgørende effekt på patientens forløb. Hvorfor en beslutning, om hvilke og hvordan sygeplejen dokumenteres i egen afdeling, bør være tydelig.

Jeg vil absolut anbefale bogen, som jeg mener kan benyttes på forskellige måder; til studerende som introduktion til sygdomslære i forhold til det kirurgiske speciale og en evidensbaseret sygepleje, ligeledes til sygeplejersker som opslagsværk, hvor nuværende praksis kan holdes op mod den nyeste evidens og desuden til afdelingsledere som et redskab til faglige drøftelser af den i afdelingen eksisterende sygepleje.

Anmeldt af: Marian Petersen, Lektor, Postdoc., Kirurgisk Afdeling Sjællands Universitetshospital





Forskningsbaseret, veldokumenteret og velskrevet bog om delirium

Delirium Grundbogen Marie Oxenbøll Collet, Laura Krone Larsen, Suzanne Forsyth Herling (red.). FADL's forlag 2022

Denne forskningsbaserede bog er aktuel i en klinisk hverdag, hvor vi bliver stadig ældre. Det er kendt, at patienter med akut kritisk sygdom og/eller ældre (>65 år) er blandt de patientgrupper, der er mest sårbare for udvikling af delirium. Ifølge forfatterne er det dokumenteret at fra 2014 til 2018, blev der registreret 40% flere patienter med delirium (ikke fremkaldt af alkohol eller psykoaktive stoffer), med forbehold for et mørketal af delirøse patienter, som ikke identificeres eller registreres.

Delirium er en lidelsesfuld tilstand med adfærdændringer som søvnløshed, hallucinationer og ultimativt kontroltab. Delirium under en indlæggelse medfører højere sygelighed og dødelighed. I dette perspektiv er bogen en vigtig kilde for at kunne forebygge og handle faglig kompetent over for patienten, der udvikler denne fortvivlende tilstand. En tilstand, som efterfølgende kan give både psykiske, sociale og kognitive dysfunktioner.

Bogen er skrevet af flere forskere inden for området. Deres samarbejde giver læseren en grundig indsigt i patofysiologien ved delirium, hvordan bevidstheden bliver påvirket, selve diagnosticeringen, forebyggelsen af

delirium og hvordan man kan inddrage pårørende. Desuden er den opdelt inden for forskellige patientgrupper, hvor delirium hyppigst optræder (eksempelvis intensiv, kirurgiske, geriatrike, palliative patienter).

At behandle, yde omsorg til, og pleje en patient med delirium kan give anledning til mange spørgsmål og dilemmaer. Læseren bliver i den grad 'taget i hånden' og gives mulighed for at finde svar på mange af de spørgsmål og dilemmaer der opstår, når man har et sundhedsfagligt ansvar for en delirøs patient, herunder sundheds- og psykiatriloven. Bogen kan måske ikke anvendes i den akutte situation, men som hjælp til kompetenceudvikling og hvis der skal reflekteres individuelt eller i grupper i forbindelse med en patientcase. Det betyder, at bogen kan læses både for at udvikle sine faglige kundskaber og som opslagsbog.

Anmeldt af: Pernille Langkilde, Klinisk Sygeplejerspecialist, Medicinske Sygdomme, Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt



Immobilitetens betydning for den grundlæggende sygepleje

Immobilitet - Grundlæggende sygepleje Ben Farid Røjgaard Nielsen (red.).

ADL's forlag. 1. udgave 2022

Bogen "Immobilitet - Grundlæggende sygepleje" er opdelt i Sundhedsstyrelsens 12 sygeplejefaglige områder, som er: Funktionsniveau, bevægeapparat, ernæring, hud og slimhinder, kommunikation, psykosociale forhold, respiration og cirkulation, seksualitet, smerte og sansning, søvn og hvile, viden og udvikling samt udskillelse af affaldsstoffer. Opdelingen med kapitlerne fordelt på de sygeplejefaglige områder er med til at give et godt overblik over bogen. Kapitlerne er opbygget med et kort resume. Derefter kommer beskrivelse af emnet med en beskrivelse af fysiologi på området. Derudover er der, ved hvert kapitel, beskrevet en case, som inddrages i afsnittet. Sidst i hvert kapitel er der udarbejdet refleksionsspørgsmål, som giver mulighed for refleksion og drøftelse fx med den sygeplejestuderende. De 18 forfattere, der har skrevet bogens kapitler, har stor viden og indsigt i hver deres område. I bogens indledning redegøres der for vigtigheden af grundlæggende sygepleje til den immobile patient. Dette gøres med udgangspunkt i begrebsrammen "Fundamentals of Care", som er udarbejdet som modsvar på at ikke al sygepleje, der udføres, er af høj kvalitet.

Alle kapitlerne er relevante, men jeg vil fremhæve et enkelt, idet det er et område, der ofte overses. Seksualitet er stadig et tabuemne, som mange sygeplejersker ved alt for lidt om. Kapitlet om immobilitet og seksualitet

er yderst spændende, relevant og lærerigt og sætter fokus på emnet. Der gives redskaber til at italesætte seksualiteten, hvilket måske kan være en hjælp for sygeplejersken, således at hun også får tilsidesat sin egen blufærdighed omkring emnet. Der er skrevet efterord af Mari Holen, som omtaler den stigende individualiseringsproces i den vestlige verden, hvor patienterne i stigende grad gøres ansvarlige for sin egen situation. Behandling og sygepleje flyttes i højere grad ud i eget hjem og det er i høj grad de pårørende, som får flere opgaver med at hjælpe. Men bogen pointerer netop, at den grundlæggende sygepleje generelt, og til den immobile patient, stadig er yderst relevant samtidig med at sygeplejers specialiseres. Bogen giver et godt indblik i de 12 sygeplejefaglige områder og inddrager Fundamentals of Care på god vis. Bogen kan derfor anvendes både til studerende, men også til erfarne sygeplejersker til inspiration i forhold til at anvende begrebsrammen.

Anmeldt af: Ingerlise Rønfeldt, sygeplejerske med klinisk funktion for udvikling og uddannelse, Cand. scient. KVT. Ortopædkirurgisk afsnit O4 Farsø, Aalborg Universitetshospital.



Bestyrelsen



Formand

Annesofie Lunde Jensen,
Klinisk sygeplejespecialist, lektor
Master i sundhedsantropologi
Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital
Mail: annesjen@rm.dk



Næstformand

Julie Duval
Ekstern lektor, Ph.d., cand.cur.
Uddannelseskoordinator,
Sundhed og Ældre, Syddjurs Kommune
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Mail: jmduj@syddjurs.dk



Kasserer

Tina Riekehr Bjerre,
Klinisk udviklingssygeplejerske og uddannelsesansvarlig,
Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitetshospital
(SUH) i Roskilde
Mail: trb@regionsjaelland.dk



Bestyrelsesmedlem

Medlemsansvarlig / Legater
Gitte Susanne Rasmussen,
Klinisk Specialist, Cand. Cur., ph.d. i sundhedsvidenskab
Hudafdelingen, Aarhus Universitetshospital
Mail: gittramu@rm.dk



Bestyrelsesmedlem / WEB-redaktør

Helene Heldgaard
Anæstesisygeplejerske, Klinisk Sygeplejespecialist
Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling
(MHH). Operationsområde Syd, OUH-Svendborg
Mail: helene3377@gmail.com



Bestyrelsesmedlem / Kontaktperson til Forstyrrelsens redaktørgruppe

Pernille Langkilde
Klinisk sygeplejespecialist
Master of Science in Health Care Science in Nursing, Gothen-
burg University
Medicinske Sygdomme, Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt
Mail: Pernille.koelholt.langkilde@rsyd.dk



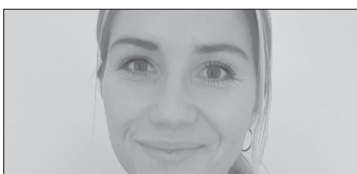
Suppleant

Tina Nielsen,
Afdelingsleder
Medicinsk afdeling, Hæmodialyse afsnittet
på Sjællands Universitetshospital, Roskilde
Mail: tn@jakolex.dk



Suppleant

Tine Lumbye
Klinisk sygeplejespecialist
Cand. Cur. APN
Kirurgisk Sengeafsnit
Sjællands Universitetshospital, Køge
Mail: tinelt@regionsjaelland.dk



Suppleant

Julie Mondahl (suppleant)
Klinisk sygeplejespecialist
Cand. Cur. Ph.d.
Øre-, Næse-, Halskirurgisk afdeling
Sjællands Universitetshospital, Køge

Returneres ved varig adresseændring

Afsender:

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

ISSN: 2446-2047