



Opgaveløser:	Marie Didriksen
Fødselsdato:	6. februar 1997
Opgavetype:	Bachelorprojekt
Semester:	8. semester
Hold:	Hold 2020
Måned og år:	Juni 2024
Vejleder:	Christine Ingemann
PhD	
Anslag med mellemrum:	73.141
ECTS:	20

Bachelorprojekt

Hvilke udfordringer har visiterende sygeplejerske i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med seksuelt overførte sygdomme i klinisk praksis, uden en særskilt venerisk klinik på Dronning Ingrid's Sundhedscenter?

Underskrift:



Denne opgave er udarbejdet af en studerende/en gruppe studerende ved Peqqissaanermik Ilisimatusarfik / Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab.

Opgaven er udtryk for den/de studerendes egne synspunkter, der ikke nødvendigvis deles af skolen.

Kopiering eller anden gengivelse af opgaven eller dele af den, er kun tilladt med forfatterens/-ernes tilladelse.

Peqqissaanermik Ilisimatusarfik/

Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab

Manutooq 1,3905 Nuussuaq.

Indhold

1.0 Resumé.....	2
2.0 Indledning	1
2.1 Initierende problem	1
2.2 Seksuelt overførte sygdomme i Grønland – et historisk perspektiv indtil I dag	1
2.3 Problemets relevans for sygeplejen	3
2.3.1 Problembelysning	4
3.0 Afgrænsning.....	6
3.1 Problemformulering	7
3.2 Begrebsafklaring	7
4.0 Litteratursøgning.....	8
4.1 Indledende litteratursøgning.....	8
4.2 Systematisk litteratursøgning	9
4.2.2 Systematisk søgnings proces	10
4.2.3 Inklusions- og eksklusionskriterier	11
5.0 Metode og teori	11
5.1 Videnskabsteoretisk perspektiv	11
5.3 Valg af teori.....	12
5.3.1 Interaktionel Sygeplejepraksis (ISP) – Merry Scheel.....	12
5.3.3 Interaktionel sygeplejepraksis – beskrivelser af udvalgte teorier	13
5.4 Præsentation af empiri.....	14
5.4.1 Casestudiet	14
5.5 Ethiske og juridiske overvejelser	16
6.0 Analyse.....	17
6.1 Analyse af casen vha. Merry Scheels Interaktionelle sygeplejepraksis (ISP).....	17
6.1.1 Systemverden og Livsverden.....	17
6.1.2 Magt og opgave	20
6.1.3 Omsorg og egenomsorg.....	22
Delkonklusion – omsorg og egenomsorg	23
6.2 Analyse af det kvalitative studie - A safe place – Adolescents’ and young adults’ perceptions of youth clinics in northern Sweden.....	24
6.2.1 Systemverden og livsverden	24

Delkonklusion – systemverden og livsverden	25
6.2.2 Magt og opgave	26
Delkonklusion – magt og opgave	26
6.2.3 Omsorg og egenomsorg.....	27
Delkonklusion – omsorg og egenomsorg	28
7.0 Diskussion.....	28
7.1 Diskussion af udvalgte forskningsmetoder	28
7.2 Diskussion af fundene	29
7.3 Antonovskys oplevelse af sammenhæng.....	31
8.0 Konklusion	32
8.1 Hovedpointer fra analysen.....	32
9.0 Perspektivering.....	33
10.0 Litteraturliste.....	35
Obligatorisk litteratur.....	35
Selvvalgt litteratur	37
11.0 Bilag	42
Bilag 2 – Behandlingsvejledning af alle Veneriske sygdomme.....	45
Bilag 3 - Case Visiterende Sygeplejerske på DIS	51
Bilag 4 - søgeprotokol	57
Bilag 5 – inklusions- og eksklusionskriterier	58
Bilag 6 – CASP-tjekliste af kvalitative studier	59
Bilag 7 – Syfilisvejledning.....	64

1.0 Resumé

Denne bacheloropgave har til formål at undersøge de udfordringer, som visiterende sygeplejerske møder i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med seksuelt overførte sygdomme, i Dronning Ingrid's Sundhedscenter, hvor der ikke er en særskilt venerisk klinik, men fortsat stor smitte med seksuelt overførte sygdomme.

Baggrund

I Grønland har der været stor smitte med seksuelt overførte sygdomme i mange år. I 1990'erne indførte sundhedsmyndighederne en række foranstaltninger og indsatser, for at forebygge den store smitte med seksuelt overførte sygdomme. Heriblandt indførte man veneriske klinikker. Disse indsatser, resulterede i en markant reduktion i tilfælde med smitte af seksuelt overførte sygdomme. I årene 2000-2014 blev flere af disse veneriske klinikker lukket ned og man så atter en stigning af seksuelt overførte sygdomme.

Visiterende sygeplejerske på Dronning Ingrid's Sundhedscenter håndterer i dag, de veneriske opgaver. Men udover disse opgaver, har sygeplejersken mange andre daglige gøremål i sit virke.

Problemformulering

Hvilke udfordringer har visiterende sygeplejerske i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med seksuelt overførte sygdomme i klinisk praksis, uden en særskilt venerisk klinik på Dronning Ingrid's Sundhedscenter?

Metode

Problemformuleringen er undersøgt hermeneutisk og deduktivt, med udgangspunkt i en fiktiv case, baseret på mine observationer i min praktik på DIS, og den kvalitative artikel "A safe place – Adolescents' and young adults' perceptions of youth clinics in northern Sweden". Disse er analyseret og fortolket udfra Merry Scheels Interaktionel Sygeplejepraksis.

Konklusion

På baggrund af analysen kan jeg konkludere at visiterende sygeplejerske har udfordringer i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i klinisk praksis, grundet strukturelle og relationelle faktorer. Disse påvirker forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, hvilket kunne tyde på et behov for en mere patientcentreret tilgang integreret i sygeplejen, for at forbedre sundhedsydelse for patienter med seksuelt overførte sygdomme.

2.0 Indledning

2.1 Initierende problem

Seksuel sundhed beskrives af WHO, som værende:

"... en tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social velvære i forhold til seksualitet; Det er ikke kun fraværet af sygdom, dysfunktion eller svagelighed. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold samt muligheden for at have behagelige og sikre seksuelle oplevelser uden tvang, diskrimination og vold. For at seksuel sundhed kan opnås og opretholdes, skal alle personers seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes." (WHO, 2024).

I ovenstående citat beskrives seksuel sundhed som værende en grundlæggende faktor for velvære. Dette handler om velvære og ikke blot fraværet af sygdom. Adgang til information om sex og seksualitet, samt viden om konsekvenserne af usikker sex, og adgang til seksuelle sundhedsydelser varierer betydeligt mellem personer (WHO, 2024, s. 1). Derudover afhænger seksuel sundhed af, om man lever i et miljø, der fremmer og støtter dette. Problemer og konsekvenser relateret til seksuel sundhed er bredt. For eksempel kan dårlig seksuel sundhed føre til seksuelt overførbare sygdomme og uønskede graviditeter.

Smitte med en seksuelt overført sygdom kan have en række konsekvenser og dertil alvorlige senfølger for livskvaliteten, for den enkelte person (Simonsen Lentz et al., 2019, s. 11). For både kvinder og mænd kan ubehandlede seksuelt overførte sygdomme føre til infertilitet. Kvinder i den fødedygtige alder, kan opleve komplikationer som fx kroniske betændelsestilstande i underlivet, kroniske underlivssmerter og graviditet udenfor livmoderen. Især kan ubehandlet klamydia og gonorré udgøre en risiko for førnævnte komplikationer, grundet infektionernes ofte asymptomatiske karakter. Dette kan betyde at et stort antal personer kan være smittede uden at vide det (ibid., s. 11). I tilfælde med smitte af syfilis, kan syfilis ubehandlet føre til alvorlige neurologiske- og hjertekarsygdomme (ibid., s. 11).

2.2 Seksuelt overførte sygdomme i Grønland – et historisk perspektiv indtil I dag

Siden 1970'erne har Grønland, ift. andre arktiske lande som Alaska og nordlige territorier i Canada, haft de største tilfælde af smitte med klamydia og gonorré (Johansen et al., 2017, s. 1

; Simonsen Lentz et al, 2019, s. 8). Sammenlignet med Danmark er de årlige tilfælde af gonorré 52,3 gange højere og for klamydia 16,1 gange højere i Grønland (Simonsen Lentz et al., 2019, s. 8).

I aldersgruppen 15-59-årige personer er den årlige incidens af gonorré opgjort til 32,4 positive laboratorieprøver pr. 1000 indbyggere i Grønland. Man ser den største forekomst af klamydia og gonorré hos unge i aldersgruppen 15-29 (ibid., s. 11).

Historisk var der en stigning af smittede med gonorré i Grønland indtil 1990'erne. I løbet af disse år indførte man veneriske klinikker, eller de såkaldte venerea-klinikker (Simonsen Lentz et al., 2019, s. 11). I de efterfølgende år blev der, af de grønlandske sundhedsmyndigheder, etableret en række forebyggelses- og kontrolforanstaltninger, for at forebygge og mindske smitten af seksuelt overførte sygdomme (Johansen et al., 2017, s.1). Her blev grønlandsk sundhedspersonale undervist i venerologi mhp. oplæring i tidlig diagnosticering, partneropsporing/smittesporing og hurtig behandling. (Berntsen et al., 2017, s. 6). Efterfølgende blev der rapporteret en markant reduktion i tilfælde af smitten af gonorré. (Simonsen Lentz et al., 2019, s. 11).

I perioden 2000-2014 blev flere af disse veneriske klinikker nedlagt og der blev observeret en stigning af incidensen af personer smittet med gonorré (ibid., s. 11).

I Grønland opstod den første syfilis-epidemi i 1870'erne. I 1970-1980'erne blev der beskrevet en ny epidemi, der sluttede i 1990'erne. Dette skyldtes sandsynligvis de talrige indsatser der blev lavet af de grønlandske sundhedsmyndigheder, for at bekæmpe bl.a. syfilisepidemien (Andersen et al., 2022, s. 1).

Grønlands statistik viser at fra 2000-2011 var der mellem 0-3 personer smittet med syfilis. (stat.gl, 2015, s. 1). I 2012 blev der anmeldt 10 smittede med syfilis (ibid., s. 1)

I årene 2011-2014 så man igen en stigning af syfilis-smittede, som i flere år har været næsten udryddet. Man begyndte igen at mistænke at Grønland var på vej til en ny syfilis-epidemi (Albertsen, Mulvad & Pedersen, 2015, s. 1; Andersen et al., 2022, s. 1)

I Landslægeembedets notat om syfilis fremgår det, at der var 9,3 syfilistilfælde pr. 100.000 indbyggere i 2018, i Danmark. I Grønland blev der i 2018 anmeldt 250 syfilistilfælde pr. 100.000 indbyggere, så incidensen er meget højere i Grønland, sammenlignet med Danmark (Landslægeembedet, 2021, s. 2).

I den seneste artikel *Syphilis in Greenland, 2015 to 2019*, beskriver Andersen et al. (2022), at der er kommet en ny syfilis-epidemi.

Inatsisartutlov om civile foranstaltninger mod smitsomme sygdomme §2 stk. 7, beskriver at kønssygdomme ikke er omfattet Inatsisartutloven (Inatsisartut, 2023, s. 1)

Inuuneritta I-II-III – strategier for forbedring af folkesundheden i Grønland

Det grønlandske Departement for Sundhed har udviklet 3 folkesundhedsprogrammer/strategier kaldet Inuuneritta I (2007-2012), Inuuneritta II (2013-2019) og den seneste Inuuneritta III (2020-2030), omhandlende folkesundhed, for at fremme den generelle sundhed og livskvalitet for befolkningen i Grønland. I Inuuneritta I var seksuel sundhed en målsætning, men den blev fjernet som fokusområde i Inuuneritta II. Nu er seksuel sundhed endnu engang blevet tilføjet som et fokusområde, da undersøgelser viser at seksuel sundhed er en vigtig faktor ift. livskvalitet (Naalakkersuisut, 2020, s. 59).

Et kandidatspeciale skrevet af Simonsen Lentz et al. (2019, s. 3), udformede 5 anbefalinger til implementering af forebyggelsesstrategier mod problemstillinger relateret til seksuel sundhed, som supplement til udbygningen af Inuuneritta III.

2.3 Problemets relevans for sygeplejen

I det grønlandske sundhedsvæsen er det ofte en sygeplejefaglig opgave at håndtere personer med seksuelt overførte sygdomme. I min praktik i Dronning Ingrid's Sundhedscenter observerede jeg at visiterende sygeplejerske, der håndterer de administrative opgaver ifm. personer smittet med en seksuelt overført sygdom (SOS), havde mange opgaver derudover, og at der var mere fokus på planlægning samt behandling og mindre fokus på det forebyggende arbejde.

Derudover bemærkede jeg at mange personer der kom til behandling for en (eller flere) seksuelt overført sygdom(-me), havde været smittet med en eller flere sygdomme tidligere.

Visiterende sygeplejerskes funktion kan beskrives som en ”blæksprutte”-funktion i det daglige arbejde i Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS). Grundet de mange daglige opgaver er denne funktion delt op til 2 sundhedspersonale. Den ene, er en anden sygeplejerske eller sundhedsassistent, der laver de praktiske opgaver og har med patienter at gøre. Det vil sige at der laves behandlinger, som sårpleje og medicinske behandlinger af personer, der er testet positiv for veneriske sygdomme. Den ene sygeplejerske med de praktiske opgaver, sidder de fleste dage i sit kontor, som hun eller han, deler med høreomsorgs-ambulatoriet på DIS. Men

nogle dage om ugen skal den høreomsorgs-ansvarlige også bruge kontoret, så den ene visiterende sygeplejerske må finde et andet lokale på DIS, hvor de kan tage patienter. Lokalet finder den ene visiterende sygeplejerske om morgenen, alt efter hvilket kontor er ledigt den dag. De konsultationer som hun, eller han, laver varer typisk 15 minutter, hvor tiden mest bruges på behandling og journalføring.

Den anden visiterende sygeplejerske (VS) beskæftiger sig med de administrative opgaver. Udover opgaver vedr. betjening af personer testet positiv for seksuelt overførte sygdomme (SOS), der betegner de administrative opgaver, har VS forskellige daglige opgaver. Disse består af, bl.a. visitering af forskellige telefoner, hjælpe i receptionen og lave medicinbestillinger. Derudover har VS praktiske opgaver som at tjekke hjertestarterens batteri på DIS, oprydning og at holde overblik over lægeklinikken og Skadestuen (se bilag 1). VS sidder fysisk i kontoret bagved receptionen i DIS. Her sidder VS bagved 1-2 receptionister, som oftest består af 1-2 ufaglærte personale og/eller en sygeplejerske eller sundhedsassistent. De ufaglærte receptionister har løbende mange spørgsmål, som den visiterende sygeplejerske skal håndtere, ifølge hendes funktionsbeskrivelse (bilag 1). Derudover er VS' kontor lige foran lægesekretærernes kontor, der består af 2-3 lægesekretærer, der ofte går frem og tilbage mellem printerrummet og har deres egne forskellige administrative opgaver, som fx opringninger m.fl.

Grundet de mange administrative opgaver har jeg observeret, at det ofte ikke er muligt at lægge tid til siden, til at tale med de personer, der er smittet med en venerisk sygdom, om seksuel sundhed eller forebyggelse af smitte, udover de forholdsregler, der bliver informeret om. Min undring der har inspireret denne opgave er, om der bedre var tid og ressourcer til sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, hvis man havde en særskilt venerisk klinik.

2.3.1 Problembelysning

Jeg vil i dette afsnit identificere, beskrive og begrunde for det sygeplejefaglige problemområde: *Manglende mulighed for inddragelse af forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, indenfor problematikken med den store smitte af seksuelt overførte sygdomme i Grønland, uden en særskilt venerisk klinik, og mange blandede arbejdsopgaver for visiterende sygeplejerske på DIS.*

Sygeplejersker i Grønland arbejder indenfor et juridisk grundlag, der indbefatter sundhedsloven. I Landstingsforordningen nr. 15 om sundhedsvæsenets ydelser, står der i

kapitel 1 §1:

” Sundhedsvæsenets vigtigste opgaver er at fremme befolkningens sundhed, at forebygge sygdomme og sygdomslignende tilstande (...) ” (Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997).

I mit praktikforløb har jeg oplevet og overværet hvordan håndteringen af seksuelt overførte sygdomme foregår i sundhedsvæsenet i Nuuk. Personer henvender sig til receptionen på DIS og beder om at blive undersøgt for kønssygdomme. Hvis de har et positivt resultat, bliver de ringet op og informeret herom. Sygeplejersken laver en recept på medicin, som de enten skal hente på apoteket, eller får en konsultationstid på 15 minutter for behandling, som kun dækker tiden til at give behandlingen samt journalføring. Min oplevelse er at man ikke får talt grundigt med de personer der er smittet med en kønssygdom.

Ovennævnte undersøgelser viser hertil at mange personer bliver smittet flere gange med seksuelt overførte sygdomme, på trods af kontakt til sundhedsvæsenet.

Hvis man sammenligner denne behandlingstilgang af seksuelt overførte sygdomme, med sundhedsvæsenets vigtigste opgave, så opfyldes kriterierne for sygeplejen ikke. Dette fordi visiterende sygeplejerske har mange daglige opgaver og må derved nedprioritere det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, udover de forholdsregler der informeres om udfra retningslinjer.

Behovet for inddragelse af forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, indenfor seksuelt overførte sygdomme, kommer til udtryk i det stigende antal af smittede som adskillige statistikker og undersøgelser viser.

I sygeplejerskens kompetenceprofil står der at sygeplejersken bl.a. skal *”... medvirke til opretholdelse af befolkningens sundhedstilstand med sundhedsfremmende og forebyggende tiltag...”* (Institut for sygepleje og sundhedsvidenskab 2016, s. 5). Derudover skal sygeplejersken arbejde ud fra de 4 virksomhedsområder: *”... At udføre, at lede, at formidle og at udvikle sygeplejen...”* (ibid., s. 15). Disse citater beskriver sygeplejerskens vigtigste opgaver og virksomhedsområder. Det problematiseres om visiterende sygeplejerske har udfordringer i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på DIS, grundet VS' mange daglige opgaver, heriblandt de administrative opgaver vedr. seksuelt overførte sygdomme, uden en særskilt venerisk klinik.

Hvis man kigger tilbage på WHO's definition af seksuel sundhed, er vi bevidste omkring at seksuel sundhed er et bredt begreb, som deriblandt fokuserer på fraværet af sygdomme og trivsel i alle livets faser. Der opstår en uoverensstemmelse, når man er klar over at mange stadig smitter og bliver smittet med seksuelt overførte sygdomme i Grønland, men at forebyggelse ikke er en aktiv del af behandlingen. Dette skaber en konflikt mellem det, der beskrives i sygeplejerskens kompetenceprofil og sundhedsloven, og den aktuelle situation. Udfra ovenstående undersøgelse, er der tegn på at der er behov for at inkludere forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, for at forbedre befolkningens sundhedstilstand og reducere forekomsten af seksuelt overførte sygdomme.

Seksuelt overførte sygdomme kan medføre en række konsekvenser for en persons sundhed og velvære. Uden behandling kan disse føre til alvorlige senfølger, der påvirker livskvaliteten. Derudover kan dårlig seksuel sundhed medføre store omkostninger for samfundet. I Danmark koster det årligt det danske samfund op til 270 millioner kroner i økonomiske omkostninger relateret til sexsygdomme og uønskede graviditeter (Fouchard, 2019, s. 458). Disse omkostninger kender man ikke størrelsen til i det grønlandske samfund, men der kan drages nogle vigtige paralleller, da vi er bekendte med at smitte af seksuelt overførte sygdomme, er meget højere i Grønland end i Danmark.

3.0 Afgrænsning

De sygeplejefaglige problemstillinger der er blevet belyst ovenfor, er at seksuelt overførte sygdomme har mange sundhedsmæssige konsekvenser (Simonsen Lentz et al., 2019, s. 11). I Grønland ses forekomsten af seksuelt overførte sygdomme, som værende ekstremt høje sammenlignet med andre arktiske lande (Johansen et al., 2017, s. 1). På trods af en række strategier og indsatser, er det endnu ikke lykkedes at mindske antallet af seksuelt overførte sygdomme (ibid., s. 3).

Landlægeembedets undersøgelser viser desuden at mange bliver smittet gentagende gange (Landslægeembedet, 2021, s. 1)

Håndteringen af seksuelt overførte sygdomme i sundhedsvæsenet er behandlingsorienteret og

man har ikke en særskilt venerisk klinik i Nuuk. (Simonsen Lentz et al., 2019, s. 8). Efter at mange veneriske klinikker blev lukket i perioden 2000-2014, kan man i statistikkerne se, at smitten af seksuelt overførte infektioner er steget og er fortsat stigende (Simonsen Lentz et al., 2019, s. 11).

Tilgang med manglende forebyggende og sundhedsfremmende arbejde kan argumenteres for at være i uoverensstemmelse med sundhedsloven og sygeplejerskens kompetenceprofil (Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997; Det Grønlandske Sundhedsvæsen 2020, s. 4; Institut for sygepleje og sundhedsvidenskab 2016, s. 5)

Man kan lave formodninger om at den store smitte med seksuelt overførte sygdomme, er meget omkostningsfuld for det grønlandske samfund, idet det danske samfund betaler op mod 270 millioner kroner årligt, på dårlig seksuel sundhed (Fouchard, 2019, s. 458). Man kender ikke størrelsen på beløbet, der bliver betalt af det grønlandske samfund pga. dårlig seksuel sundhed.

Ud fra indledende undersøgelser er jeg kommet frem til nedestående problemformulering.

3.1 Problemformulering

Hvilke udfordringer har visiterende sygeplejerske i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med seksuelt overførte sygdomme i klinisk praksis, uden en særskilt venerisk klinik på Dronning Ingrid's Sundhedscenter?

3.2 Begrebsafklaring

Her beskrives uddybende forklaringer på begreber, der er brugt i problemformuleringen.

- ❖ Forebyggelse, på engelsk prevention, er en sundhedsrelateret handling, der forsøger at forhindre opståen og udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker. Forebyggelse fremmer folkesundheden (Evron, 2020, s. 70).
- ❖ Sundhedsfremme, på engelsk health promotion, er en sundhedsrelateret handling, der forsøger at fremme sundheden for den enkelte samt folkesundheden, ved at bygge rammer og muligheder for at aktivere patienters og borgers ressourcer og handlekompetencer (ibid., s. 68)
- ❖ En seksuelt overført sygdom, er en sygdom der kan overføres ved seksuel kontakt. Det sker typisk ved seksuelt samleje, men det kan også overføres ved oralsex, analsex,

kys, ved at dele sexlegetøj. Smitte kan ske fra mor til barn under fødslen, hvis moren har en seksuelt overført sygdom under graviditeten.

En seksuelt overført sygdom smitter ved kontakt mellem slimhinder, eller ved hud-mod-hud kontakt, men dette varierer imellem de forskellige sygdomme.

(biotechacademy.dk, 2024, s. 1).

Seksuelt overførte sygdomme kaldes også: seksuelt overførte infektioner (SOI), seksuelt overførbare sygdomme (SOS), kønssygdomme og veneriske sygdomme. På engelsk anvender man udtryk som sexually transmitted diseases (STD) og sexually transmitted infections (STI).

- ❖ Venerologi betyder læren om seksuelt overførbare infektioner og navnet er afledt fra den romerske kærlighedsgud Venus (Larsen, 2019, s. 641)
- ❖ En særskilt venerisk klinik, er en klinik hvor man kan blive undersøgt og behandlet for seksuelt overførte sygdomme.
- ❖ Dronning Ingrid's Sundhedscenter er et sundhedscenter hvor borgere kan komme til læge- eller sygeplejekonsultationer i forbindelse med sygdom eller udredning af mulig sygdom. Ved akut sygdom kan man henvende sig til Skadestuen. I DIS kan man få lavet forskellige undersøgelser, vacciner, attester og behandlinger (Peqqik.gl, 2024, s. 1). DIS er tilknyttet Region Sermersooq. Region Sermersooq består af Dronning Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk, sundhedscentre i Paamiut, Tasiilaq og Ittoqqortoormiit samt de tilhørende bygder (Det Grønlandske Sundhedsvæsen, 2022, s. 24).

4.0 Litteratursøgning

I dette afsnit beskrives den indledende litteratursøgning, efterfulgt af den systematiske litteratursøgning, herunder en beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterier.

4.1 Indledende litteratursøgning

For en bred orientering omkring seksuelt overførte sygdomme og forebyggelse i Grønland, har jeg med bevidst ”tilfældig søgning” (Nielsen, Hjørnholm & Jørgensen, 2021, s. 92),

foretaget indledende søgning på søgedatabasen GoogleScholar.com, samt i artikeldatabaserne Cinahl og Pubmed. De anvendte søgeord var bl.a. ”seksuelt overførte infektioner”, ”seksuelt overførte sygdomme”, ”Grønland” og ”forebyggelse”. Jeg oversatte disse ord til engelsk og udførte datasøgningen. Udvalgt litteratur blev anvendt som kilder til indholdet i indledningen og bidrog til problemafgrænsningen.

I den indledende søgning har jeg dertil foretaget manuelle søgninger på hjemmesider, som jeg fandt relevante, såsom Nun.gl, Stat.gl og Peqqik.gl hvor opgørelser og statistikker er blevet indhentet og bearbejdet.

Jeg har været på Ilisimatusarfik’s bibliotek, Groenlandica, mhp. at finde relevante bøger til problembelysningen.

Denne indledende litteratursøgning gav viden, til forståelsen af udfordringer der var relateret til seksuelt overførte sygdomme, hvilket har ledt mig til min problemformulering.

Problemformuleringen har dannet en baggrund for søgeord, som jeg har benyttet i den systematiske søgning, der beskrives nedenfor.

Derudover har jeg fået adgang til forskellige tekster samt retningslinjer, under mine observationspraktikker i henholdsvis DIS og Paarisa, som fx bilag 1+2+7.

Samt kandidatspecialet *Seksuel Sundhed i Grønland – Forebyggelse og implementering*, skrevet af Simonsen Lentz et al., (2019).

4.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning indebærer valget af de passende databaser, udformningen af udvalgte søgeord og søgeprofil, præcisering af hvilke artikler der udvælges, pba. søgningen, og hvordan man dokumenterer samt beskriver søgeprocessen (Nielsen et al., 2021, s. 93).

4.2.1 Databaser

I den systematiske litteratursøgning har jeg primært benyttet mig af Cinahl og Pubmed.

Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) er en betalings-søgedatabase. For at kunne tilkomme visse artikler, skal man opsøge en bibliotekar eller være tilknyttet en institution, som har betalt licens til den (Hørmann, 2015, s. 44).

PubMed (Public Medline) er en udgave af databasen MEDLINE, som alle kan få adgang til via internettet. PubMed bliver dagligt opdateret og man har mulighed for at finde meget nye

artikler, som lige er blevet udgivet elektronisk. PubMed indeholder referencer til mere end 25 mio. artikler og der findes artikler på mange forskellige sprog, men de engelsksprogede udgør ca. 90% af databasens indhold (ibid., s. 43).

Cinahl og PubMed har til fælles at de videnskabelige artikler, afhandlinger og forskningsrapporter, der kan findes i disse databaser er peer-reviewed. Dette betyder at materialet er blevet undersøgt af andre forskere inden at det bliver udgivet, hvilket er en effektiv måde at garantere at kvaliteten på forskningen (Karlsson, 2018, s. 119).

4.2.2 Systematisk søgnings proces

Redskaberne der er benyttet til at søge i databaserne og sortere i søgeresultaterne, er systematisk brug af søgeord, der kombineres med blokke og med anvendelse af boolske operatører "OR, AND eller NOT" (Nielsen et al., 2021, s. 97).

På baggrund af min problemformulering udvalgte jeg følgende søgeord: "sexually transmitted diseases", "venereal clinics", "health promotion" og "prevention", "Greenland", "Arctic regions", sammen med synonymer forbundet med ordene.

De udvalgte søgeord og deres tilsvarende synonymer blev forbundet med "OR" og var den første blok, og blev koblet sammen de andre blokke med operatøren "AND".

For at indsnævre min søgning valgte jeg disse filtre; at det skulle være en "FULL TEXT" og at de senest må være udgivet mellem 2014-2024. Det gav for mange resultater (>300.000 resultater). For yderligere at indsnævre min søgning eliminerede jeg, de første søgeord og tilføjede "benefits" AND "venereal clinic" OR "sexual health clinic" AND "arctic regions".

Søgningen er beskrevet i en tabel i bilag 4. Med denne søgeprotokol fik jeg 4 resultater og udvalgte det kvalitative studie "A safe place – Adolescents' and young adults' perceptions of youth clinics in northern Sweden", skrevet af Anna Thomson et al., (2022).

Begrundelse for valg af artiklen er bl.a. at i Sverige har man adgang samme slags sundhedsydelser der er betalt gennem skat og staten, ligesom man har i Grønland (Tikkanen et al., 2020, s. 1; Nordic Co-operation, 2024, s. 2). Desuden kan de geografiske omstændigheder i artiklen, sættes i parallel til grønlandske omstændigheder, da der er store geografiske afstande og lav befolkningstæthed i Nordsverige, hvilket kan gøre adgangen til sundhedsydelser udfordrende, ligesom i Grønland.

4.2.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusions- og eksklusionskriterier defineres for at vide, hvad man vil undersøge og hvad man vil ekskludere at undersøge, for at indskrænke det materiale som man kan finde under en søgning (Nielsen, Hjørnholm & Jørgensen, 2021, s. 58)

Mine inklusionskriterier har været:

- Undersøgelser omhandlende de udvalgte søgeord, der vurderes relevante for mit emne.
- At undersøgelsen ikke var forældet (2014-2024)
- At landet som undersøgelsen er foretaget i, er relaterbar til Grønland. Udvalgte regioner er Arktiske egne og nordiske lande. Arktiske egne grundet kulturel relaterbarhed og nordiske lande da vi har samme velfærds-sundhedssystem. Derudover minder nogle nordiske lande om Grønland, da udvalgte nordiske lande også er en del af Arktis.

Eksklusionskriterier er alt det, som ikke indgår i inklusionskriterierne.

5.0 Metode og teori

I dette afsnit præsenteres og argumenteres der for det videnskabsteoretiske perspektiv, valg af teori samt præsentation af de 2 udvalgte empiri. Herefter beskrives de etiske og juridiske overvejelser for bachelorprojektet. Sidst redegøres der for analysestrategien.

5.1 Videnskabsteoretisk perspektiv

Min bacheloropgave handler om at undersøge problemformuleringen ”Hvilke udfordringer har visiterende sygeplejerske i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med seksuelt overførte sygdomme i klinisk praksis, uden en særskilt venerisk klinik på DIS?”

Jeg vælger at arbejde hermeneutisk og deduktivt. Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse (Birkler, 2021, s. 111). Indenfor denne videnskabsteori bliver forståelsen en betingelse, mere end blot en teori (ibid., s. 112). Man forsøger at skabe en forståelse

gennem forforståelsen (ibid., s. 112).

Hermeneutikken hører under humanvidenskaben og er en kvalitativ metode, at arbejde på (Nielsen, Hjørnholm & Jørgensen, 2021, s. 160).

Anvendelsen af den hermeneutiske videnskabsteori vil komme til udtryk gennem analyse og fortolkning af den udvalgte empiri og case, som jeg vil uddybe senere. Her vil jeg forsøge at opnå en ny forståelse af problemstillingen, med fokus på de udfordringer som sygeplejersken møder i sit sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med seksuelt overførte sygdomme, uden en særskilt venerisk klinik.

5.2 Analysestrategi

Denne opgave skrives med en deduktiv analysestrategi, ved at tage udgangspunkt i de udvalgte teorier. Den deduktive tilgang kaldes også for en teoristyret, eller top-down-tilgang, da man bevæger sig fra det generelle, dvs. teorien om det almene, til at sige noget om det enkeltstående eller empirien (Nielsen, Hjørnholm & Jørgensen, 2021, s. 251). Når man laver en begrundelse ved deduktiv tilgang, betyder det egentlig at man beviser noget via en logisk udredning. På samme tid afspejler den deduktive begrundelse en rationalistisk erkendelsesform, hvor fornuften er det vigtigste redskab (Birkler, 2021, s.78)

5.3 Valg af teori

I dette afsnit vil jeg argumentere for valg af teorier og begreber, samt præsentere den udvalgte teoretiker. For at analysere min case samt det kvalitative studie, anvender jeg Interaktionel Sygeplejepraksis af Merry Scheel, som referenceramme.

5.3.1 Interaktionel Sygeplejepraksis (ISP) – Merry Scheel

Merry Scheel er udvalgt som teori til denne opgave, fordi hendes teori om interaktionel sygeplejepraksis omhandler interaktion og kommunikation, som er redskaber der skal kunne muliggøre, at patienten tilegner sig frigørende handlingskompetencer (Scheel, 2016, s. 264). Denne teori kan tilkobles det forebyggende og sundhedsfremmende element i min problemstilling.

Nedenfor beskrives de elementer af ISP, der er udvalgt til analyseudarbejdelsen på baggrund af problemformuleringen.

5.3.3 Interaktionel sygeplejepraksis – beskrivelser af udvalgte teorier

Systemverden og livsverden

Ifølge filosofen Habermas er det moderne samfund opdelt i en system- og livsverden.

Systemverden er styret af økonomiske markedsmekanismer og statslige bureaukratiske regler.

Den beskrives som værende underlagt og organiseret ift. økonomi og administration, som reguleres af de sprogløse styringsmidler som penge og magt (Scheel, 2016, s. 87).

Livsverden er som modsætning til systemverdenen i Habermas' teori. Livsverden beskrives som den verden og kultur, som mennesket lever i og hvorfra mennesket får sin grundlæggende erfaring og forståelse af sproget, verden og kultur (ibid., s. 88).

Magt og opgave

Ifølge Løgstrup er *magt* afledt af gensidig afhængighed, dvs. den indbyrdes afhængighed mellem mennesker.

Opgaven er ifølge Løgstrup, at magten er stillet i opgavens tjeneste, at den er saglig, dvs. at opgaven bygger på eller holder sig til objektive og nøgterne kendsgerninger. Hvis ikke magten har en opgave eller hvis ikke magten er saglig, kan den gå på egen hånd og løsrive sig fra sin opgave, således magten kun bliver til for sin egen skyld (ibid., s. 172).

Omsorg og egenomsorg i ISP

I ISP indbefatter omsorgsbegrebet en integration af fornuft og følelse. *Omsorg* drejer sig om moral og relationer mellem mennesker (Scheel, 2016, s. 253). Benner beskriver at omsorg er et ord som udtrykker relation mellem mennesker og det at få noget til at lykkedes. (ibid., s. 253).

Den interaktionelle sygepleje tager udgangspunkt i de mellem menneskelige relationer i ønsket om at udøve en både etisk ansvarlig og retfærdig sygepleje samt omsorg (ibid., s. 253).

Egenomsorg er en overordnet teori i sygeplejepraksis. I begrebet egenomsorg ift. sygeplejen er det velkendt at betragte mennesket eller patienten, som ansvarlig for sig selv og myndig i egen tilværelse, dvs. en person der tager vare på sit eget liv (Scheel, 2016, s. 250). Det er vigtigt og nødvendigt at have øje for de sunde og stærke sider hos et menneske, således man kan udnytte eller trække på den enkeltes ressourcer.

Hvis egenomsorgen bliver en ideologisk tilgang i sygeplejen, bliver uafhængighed en norm, at enhver kan blive sin egen lykkes smed, eller sin egen sundhedssmed (ibid., s. 250).

5.4 Præsentation af empiri

For at besvare min problemformulering vil jeg anvende både et casestudie og et kvalitativt studie, som empiriske grundlag. Den udvalgte empiri til analysen tager først udgangspunkt i en deltagerobservation, der er udviklet til en fiktiv case (se bilag 3) af mine observationer, fra min praktik på DIS.

Det andet tager udgangspunkt i det kvalitative studie (Thomson et al., 2022), der er fundet ved den systematiske litteratursøgning. I dette afsnit vil jeg uddybe beskrivelsen af mit casestudie og det kvalitative studie.

5.4.1 Casestudiet

Casestudie er en strategi som man kan benytte ved en empirisk undersøgelse af en udvalgt hændelse, eller et fænomen i dets naturlige sammenhæng (Nielsen, Hjørnholm & Jørgensen, 2021, s. 175). Casestudiet kan bruges til at analysere hvad man kan lære af netop denne specifikke hændelse, med formålet at opnå detaljeret og praktisk baseret viden (ibid., s. 171). Casestudier, også kaldet case-serier, er placeret i bunden af evidenshierarkiet og beskrives som serier af enkeltstående tilfælde, der muligvis kan bruges til at generere en hypotese (Vilstrup, Bennich & Pihl, 2023, s. 52). På baggrund af dette har jeg valgt at supplere undersøgelsen af problemstillingen med det udvalgte kvalitative studie.

Min case (bilag 3) er udarbejdet på baggrund af erfarede oplevelser og observationer i min praktik og er udformet som et eksempel på en typisk og travl hverdag for visiterende sygeplejerske på DIS, hvor der ikke er en venerisk klinik, men en sygeplejerskefunktion som varetager veneriske opgaver både praktisk og administrativt.

I min valgfagsperiode i 8. semester, har jeg været i DIS i 3 uger på observationspraktik. Dette vil jeg betegne som mit feltarbejde, da jeg har fået særligt indblik i visiterende sygeplejerskes hverdag ved deltagerobservation. Formålet med det antropologiske feltarbejde, er at få et indblik i "the insiders point of view" (Wind, 2015, s. 133). Deltagerobservation betyder at man deltager i videst mulig udstrækning i de aktiviteter, situationer og begivenheder, som man ønsker at undersøge og observere (ibid., 135). Jeg deltog som passiv observatør, så jeg observerede visiterende sygeplejerske, uden aktivt at deltage i felten.

Efter at jeg har udformet casen pba. observationer, har en sygeplejerske der arbejder på DIS indvilliget i at gennemgå case-beskrivelsen og har givet mig kort feedback samt enkelte kommentarer, som jeg har indarbejdet i casen. Sygeplejersken er rekrutteret gennem DIS og formålet med at få en sygeplejerske, til at læse og kommentere på casen var at vurderes casens validitet og reliabilitet. Validiteten udtrykker hvor nøjagtige mine observationer er ift. til det som jeg gerne vil undersøge (Nielsen, Hjørnholm & Jørgensen, 2021, s. 391. Og reliabiliteten beskriver pålideligheden af mine observationer (ibid., s. 390).

Sygeplejersken medgav, at casen fint beskriver en typisk og realistisk dag for visiterende sygeplejerske på DIS.

5.4.2 Forskningsartikel om kvalitativt studie

Udover mit casestudie har jeg vha. systematisk litteratursøgning fundet den kvalitative artikel ”A safe place – Adolescents’ and young adults’ perceptions of youth clinics in northern Sweden”.

For at kvalitetsvurdere det kvalitative studie. er CASP-tjeklisten udvalgt, da den kan bruges til både kvantitative og kvalitative studiedesign (ibid., s. 250). Den udfyldte CASP-tjekliste kan ses på bilag 6.

A safe place – Adolescents’ and young adults’ perceptions of youth clinics in northern Sweden

Det kvalitative studie omhandler unge menneskers syn, på ungdomsklinikker i Nordsverige. Sundhedsydelser der tilbydes i ungdomsklinikkerne indbefatter:

- Rådgivning og behandling indenfor reproduktiv sundhed, herunder prævention mod uønsket graviditet og prævention for seksuelt overførte sygdomme (Thomson et al., 2022, s. 4).
- Ungdomsklinikkerne har rådgivere og psykologer, der tilbyder psykologisk støtte og rådgivning. Dette omfatter hjælp til unge med mentale sundhedsproblemer, stress, angst og depression (ibid., s. 2).
- Der kan forekomme variationer, men de fleste klinikker har fleksible åbningstider og drop-in muligheder, hvilket gør det nemt for de unge at få adgang til de nødvendige sundhedsydelser, uden at have booket tid (ibid., s. 4).

- Miljøet på ungdomsklinikkerne er designet til at være ungdomsvenlige og imødekommende, hvilket har vist at være med til at reducere barrierer for de unge, i at søge hjælp og støtte (ibid., s. 2).

Ungdomsklinikker er meget udbredte i Sverige og stor har fokus på konceptet ”Youth Friendly Health Services” eller på dansk, ved egen oversættelse: ”Ungdomsimødekommende sundhedsydelser”. Disse ydelser fokuserer på unges menneskers behov for sundhedsfremmende ydelser indenfor seksuel, mental og fysisk sundhed (Goicolea, 2015, s. 1)

Formålet med dette kvalitative studie var at opnå en dybere forståelse, omkring de førmtalte ungdomscentre, fra de unges synspunkt. (Thomson et al., 2022, s. 1).

Forskerne har indsamlet data ved lave fokusgruppediskussioner og interviews med 23 unge personer, i aldersgruppen 16-25, i de 4 udvalgte ungdomsklinikker i Nordsverige. Disse interviews blev analyseret induktivt vha. Braun og Clarkes tematiske analysestrategi (ibid., s. 1).

5.5 Etiske og juridiske overvejelser

De etiske overvejelser ifm. opgaveskrivningen i dette bachelorprojekt, har været omkring den udarbejdede case. Jeg har skrevet casen ud fra flere forskellige oplevelser i klinisk praksis, og på den måde lavet en stor generalisering af eksempler, på de daglige opgaver, som visiterende sygeplejerske har. Dette for at kunne beskrive en typisk hverdag for visiterende sygeplejerske på DIS.

Sygeplejersken i casen er ikke baseret på én bestemt sygeplejerske og på den måde er anonymiseret og uidentificerbar. Der bliver ej heller nævnt helt specifikke patienter, som kan på nogen måde genkendes eller identificeres, da det er en samling af generaliserede oplevelser i klinisk praksis.

Dertil har jeg fået input om casen, fra en sygeplejerske der arbejder på DIS efter endt praktik, for at få valideret min case.

Jeg har fået skriftligt samtykke af sygeplejersken, til at inddrage vedkommendes kommentarer i min case.

Det udvalgte kvalitative studie er godkendt af the Swedish Regional Ethical Board (Dnr. 2015-190-31Ö) og lavet af forskere indenfor sygeplejefaget. Forfatterne i artiklen arbejder

indenfor henholdsvis sygepleje, fysioterapi og jordemoderfaget i Umeå Universitetet i Sverige (Thomson et al., 2022, s. 1).

6.0 Analyse

Analyseafsnittet er opdelt i 2 afsnit og analyseret med udgangspunkt i den udvalgte teori. Den første del af analysen, tager afsæt i Merry Scheels interaktionelle sygeplejepraksis som referenceramme, for at analysere min case. Dernæst benyttes samme referenceramme med interaktionel sygeplejepraksis, for at analysere det udvalgte kvalitative studie.

Der er anvendt forkortelser i analysen:

- Visiterende sygeplejerske = VS
- Seksuelt overførte sygdomme = SOS
- Dronning Ingrid's Sundhedscenter = DIS
- Statens Serums Institut = SSI
- Interaktionel sygeplejepraksis = ISP

6.1 Analyse af casen vha. Merry Scheels Interaktionelle sygeplejepraksis (ISP)

6.1.1 Systemverden og Livsverden

Funktionsbeskrivelsen for visiterende sygeplejerske på DIS er lavet og udformet af organisationen DIS. Funktionsbeskrivelsen kan derfor betegnes som en del af systemverdenen, som VS er styret af og arbejder ud fra (Scheel, 2016, s. 87).

I casen fremgår det at sygeplejersken har mange daglige opgaver. De administrative opgaver vedr. personer smittet med en SOS, der fremkommer i casen, er de opgaver der fylder mest på VS' arbejdsdag. Udover de administrative opgaver, har VS løbende flere andre opgaver, der ligeledes skal betjenes, ifølge sin funktionsbeskrivelse på DIS.

I casen fremgår det ved 7 forskellige situationer, hvor VS må pausere sine administrative opgaver, for at hjælpe til andre steder på DIS:

- VS skal betjene en ansat i alderdomshjemmet, da en beboer er faldet og skal tilses i

skadestuen.

- Da den ufaglærte receptionist skal konsultere en mor, der ringer angående sit lille barn, der har høj feber og skal have en tid i lægeklinikken.
- Receptionisten har en ung kvinde, der ringer og beder om nødprævention.
- VS skal hjælpe sin kollega med at give vacciner om eftermiddagen.
- Receptionisten har brug for hjælp i receptionen, da den anden receptionist er gået hjem grundet sygdom.
- VS skal dertil færdiggøre nogle opgaver i sin indbakke i Cosmic, samt sørge for at der er blevet bestilt medicin og kondomer.

I systemverden sker menneskelig handling formelt og upersonligt (Scheel, 2016, s. 87). I casen fremkommer det, at VS' administrative opgaver ifm. SOS består af at ringe til patienter, der er testet positiv for en SOS og informerer patienterne herom, dirigeret af de retningslinjer om behandling af veneriske sygdomme, der er udformet af DIS. Denne kommunikationsform kan tolkes som værende formel og upersonlig. VS kan siges at arbejde udfra den såkaldte instrumentelle handlen, dvs. at man arbejder ud fra tekniske handlingsregler (Scheel, 2016, s. 87).

Herudover arbejder VS udfra talrige retningslinjer, der er lavet omkring behandlingsvejledninger af de forskellige SOS. Der er hertil forskel på hvor meget administrativt arbejde, der er, udfra hvilken SOS, VS har med at gøre.

Det fremgår i casen, ved Patient 4 der er smittet med syfilis, at VS skal ringe til patienten med information om positivt svar om syfilis og planlægge behandlingen. Dertil skal VS planlægge kontrolblodprøver, der skal tages 3, 6 og 12 mdr. efter behandling, ifølge retningslinjer omkring syfilis. Desuden skal VS skal lave en skriftlig indberetning til Landslægeembedet og til sidst lave smitteopsporing af Patient 4's seksuelle partnere, også kaldet primærkontakter, indenfor de sidste 12 mdr. jf. retningslinjerne omkring syfilis. Den sidste primærkontakt besvarede ikke opkaldet, så VS må prøve at kontakte senere, hvilket resulterer i flere opgaver.

Dertil kommer opgaver som dokumentation, booking af tider til behandling af blodprøver, samt tidskrævende smitteopsporing

Ved nogle SOS skal patienten selv lave smitteopsporing, mens ved patienter med fx syfilis, er det VS' opgave at lave smitteopsporing.

Når VS får flere administrative opgaver ved nogle patienter, resulterer det i, at VS har flere opgaver sammenlagt at skulle gennemføre i løbet af sin arbejdsdag.

Dette kan fortolkes som, at VS får mindre mulighed for at indordne livsverden i sin sygepleje til de personer, der skal ringes op, pga. den ekstra arbejdsbyrde der opstår ved håndteringen af personer med syfilis.

Indenfor ISP må sygeplejersken altid søge at inddrage livsverdensværdier ind i sin sygepleje. Livsverdenens viden beskrives som en horisontviden, der indeholder en udtalt eller tavs viden (ibid., s. 88).

I de førømtalte retningslinjer om behandling af veneriske sygdomme på DIS (bilag 2, s. 3-4) står bl.a., at VS skal have en samtale, med patienter der er smittet med SOS, omkring prævention for at forhindre smitte med kønssygdomme og for at forebygge uønsket graviditet.

Det fremgår at VS følger disse retningslinjer. På trods af dette noterer VS sig ved Patient 1, at vedkommende har været smittet flere gange med SOS i samme år. Dette kan give anledning til undring omkring, hvorvidt den tilsyneladende forebyggende information, der står i retningslinjen, er tilstrækkelig og fyldestgørende nok, siden at Patient 1 formår at blive smittet flere gange.

Habermas' teori om menneskelig handling indenfor Livsverden, foregår på baggrund af gensidig forståelse. Dels den forståelse som allerede er til stede og dels den, som hele tiden etableres og videreudvikles igennem kommunikation (ibid., s. 88). På trods af at VS følger retningslinjerne, kan det fortolkes at Patient 1's viden ikke er blevet videreudviklet igennem de forrige kommunikationer vedr. smitte med SOS og behandling. Man kan antage deres livsverden ikke er indordnet i sygeplejen, hvorfor de er blevet smittet flere gange.

Delkonklusion - systemverden og livsverden

Visiterende sygeplejersker er styret af systemverdenen med mange daglige opgaver og formel kommunikation. Dette kan resultere i, at VS kan nedprioritere patientens livsverden.

Retningslinjer for behandling af veneriske sygdomme, især syfilis, kræver ekstra tid og medfører flere administrative opgaver, hvilket øger arbejdsbyrden. Dette begrænser muligheden for at VS kan inddrage patientens livsverden i sygeplejen. Systemverdenen skaber udfordringer i forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, hvilket kan føre til

gentagne smitte hos patienter som følge af manglende individuel indlevelse og indarbejdning af livsverden.

6.1.2 Magt og opgave

Sygeplejersken besidder en magt, idet hun har en stor viden indenfor sit fag, omkring bl.a. sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, som patienten eller borgeren er afhængige af ift. deres sygdomsforløb og behandling. (Scheel, 2016, s. 109).

I casen tolkes det som, at VS er afhængig af patienten for at formidle sin viden om deres sygdom samt planlægning af behandlingsforløb. Omvendt er patienten afhængig af sygeplejerskens viden om deres sygdom, for at kunne modtage behandling og derved blive rask. Hvis ikke magten har en opgave, kan den gå på egen hånd og løsrive sig fra sin opgave, således magten kun bliver til for sin egen skyld (ibid., s. 171).

I casen fremgår det, at i alt 5 personer, der ikke besvarer opkaldet fra VS:

- Patient 3, der er testet positiv for klamydia.
- Den sidste primærkontakt fra Patient 4, som VS ikke er kommet i kontakt med.
- Patient 6, der er testet positiv for syfilis.
- Statens Serums Institut som VS skal kontakte ifm. syfilis-stadieinddeling for Patient 6.
- Patient 10, der er testet positiv for klamydia.

VS forsøger løbende at ringe til Patient 3, der er smittet med klamydia og informere patienten om positivt resultat og forholdsregler samt udskrive en recept til behandling. Tredje gang VS ringer til Patient 3, tager vedkommende telefonen og VS kan færdiggøre denne opgave. Det kan dermed fortolkes, at ved Patient 3 er magten og opgaven er blevet forløst.

Den sidste primærkontakt fra Patient 4, lykkes det ikke VS at kontakte vedkommende samme dag, så hun noterer sig, at hun må prøve igen en anden dag.

For Patient 6, der har syfilis, lykkes det ikke VS at kontakte vedkommende. Derfor må hun prøve igen en anden dag. Hertil skulle VS kontakte SSI vedr. Patient 6, for at få vejledning til syfilis-stadieinddelingen jf. syfilisvejledningen.

Ved Patient 6 fremkommer det, at vedkommende tidligere har været svær at kontakte angående syfilisbehandling og opfølgende blodprøver. Hvis Patient 6 fremover ikke kan

kontaktes eller udebliver fra behandling, skal det tolkes som, at vedkommende ikke ønsker behandling.

Sygeplejersken ved, at ubehandlet syfilis kan medføre alvorlige senfølger som neurologiske og kardiovaskulære sygdomme. Den magt, som sygeplejersken besidder igennem sin viden om disse risici, går tabt, hvis patienten ikke får denne information. Dette sker, hvis VS ikke kan kontakte patienten, eller hvis patienten ikke ønsker at blive kontaktet.

Patient 10 med klamydia, kan VS ikke komme i kontakt med, så hun noterer sig dette og vil prøve at kontakte vedkommende en anden dag. De førnævnte 4 opgaver forbliver uløste, indtil VS kan kontakte dem og planlægge behandlingsforløb, og er bliver til ekstra administrative opgaver de næste dage.

Ud af de i alt 10 personer, der var på VS' liste over personer testet positiv for SOS, er det lykkedes VS at kontakte 8 af dem. For disse 8 personer er magten og opgaven blevet forløst, da disse personer har fået den nødvendige viden om deres sygdom, behandling samt forholdsregler.

Magten som sygeplejersken besidder gennem sin viden, kan kun realiseres og være meningsfuld, når den anvendes til at opfylde en opgave, nemlig at informere og behandle patienterne. Når patienterne ikke kan kontaktes, går denne magt tabt, og opgaven kan ikke fuldføres.

Delkonklusion – magt og opgave

Sygeplejersken og patienterne er afhængige af hinanden, for at formidle og modtage viden om SOS. Af de 10 personer testet positiv for SOS, kontaktede sygeplejersken 8, som modtog nødvendig information og behandling. De resterende 2 patienter og den ene primærkontakt fra Patient 4 er endnu ikke kontaktet, hvilket efterlod opgaverne ufuldførte. Dertil skal VS kontakte SSI en anden dag, for at følge op på Patient 6. Dette skaber ekstra administrative opgaver fremadrettet for VS. Når patienter vedvarende ikke besvarer opkald eller ikke ønsker behandling, tolkes det som en afslutning af behandlingen, hvilket gør sygeplejerskens viden ineffektiv og adskilt fra opgaven (ibid., s. 171).

6.1.3 Omsorg og egenomsorg

I casen fortolkes det, at VS er den aktive, målrettede og indgribende ”forholden sig”, da hendes opgave er at nå ud til de patienter, der skal opstartes en behandling for den SOS de er testet positiv for.

Patienterne er de modtagende ”forholden sig” for omsorgen, der er ydet af sygeplejersken, der kan betegnes som modtageren af informationen om positivt resultat på SOS og den behandlingsplan samt forholdsregler, der udarbejdes af VS.

Egenomsorgen forudsætter at alle mennesker har lige vilkår eller lighed i sundhed, hvilket vi er bekendt med ikke er tilfældet (ibid., s. 250). Faktorer som fx alder, økonomiske forhold, færdighedsniveau i relation til sundhed og sygdom, m.fl., spiller en afgørende rolle, der forudsætter om den enkelte kan præstere egenomsorg (ibid., s. 250).

Det fremgår ved adskillige situationer i casen, når VS ringer til personer, der er testet positiv for SOS, at hun giver vedkommende mange informationer, fra de veneriske vejledninger, som fx med Patient 4, der er testet positiv for syfilis.

Det kan fortolkes som at VS arbejder ud fra egenomsorgsteorien, da hun telefonisk giver alle disse informationer. VS sætter sig ikke ind i patientens livsverden og ved faktisk ikke, om patienten besidder det fornødne færdighedsniveau og kan huske eller forholde sig, til alle de informationer der bliver givet. For eksempel ved Patient 4, informeres vedkommende om at de er smittet med syfilis og syfilisbehandlingen. Hertil informeres Patient 4 om retningslinjerne omkring forbud for samleje, samt informationen om de kommende kontrolblodprøver, som Patient 4 skal til 1, 3 og 12 mdr. efter behandling.

Dog kan det tolkes som at et mindre element af omsorg er indarbejdet sygeplejen ved Patient 4, ved at VS booker i sin kalender for at kontakte og påminde patienten, når vedkommende skal til kontrolblodprøver. Udover dette eksempel kan resten af den kommunikation der har været imellem Patient 4 og VS, være et udtryk for at patienten bliver pålagt egenomsorg. Dette kan fortolkes fordi VS går ud fra, at patienten kan huske alle de informationer der er givet og at patienten kan varetage sin sygdom og sit sygdomsforløb. Dog beskrives det ikke om hvorvidt Patient 4 har ressourcer til at præstere egenomsorg.

Scheel beskriver at hvis egenomsorgen bliver det ultimative mål for sygeplejen, gøres den enkelte eneansvarlig for sin egen sundhed, uden at man tager hensyn til de sammenhænge som personen befinder sig i (ibid., s. 250).

I forhold til egenomsorgsteorien kan man endnu engang kigge på situationen med Patient 1, der er testet positiv for klamydia, som eksempel. Patient 1 modtager talrige informationer vedr. deres behandling. Man kan fortolke med egenomsorgsteorien, at Patient 1 er blevet pålagt sig egenomsorg. Desuden kan man fortolke at de før er blevet pålagt sig egenomsorg, ved de tidligere gange hvor de er blevet smittet med SOS. Det kan fortolkes at sygeplejersken forventer at Patient 1, kan præstere egenomsorg ved sin SOS. Men det fremkommer det at Patient 1 har været smittet med SOS flere gange i år.

Det ovennævnte kan fortolkes som, at Patient 1 er blevet tabt i sygeplejen, da man ikke har taget hensyn til, om Patient 1 har de nødvendige faktorer, der kræves for at kunne præstere egenomsorg. Således har Patient 1 ikke opnået at blive ”sin egen sundhedsmed”, fordi vedkommende flere gange er blevet smittet med SOS (ibid., s. 251).

I casen kan det fortolkes som at VS vil skuffe denne gruppe menneskers forventninger om at få hjælp, støtte og omsorg. I tilfældet ved Patient 1, der gentagne gange er blevet smittet med SOS, indikerer det manglende effektivitet i den leverede pleje. Modsat vil Patient 1 også skuffe VS’ forventninger om at opnå målet for plejen, hvilket resulterer i skyldfølelse hos patienten og en fordømmende holdning hos VS (ibid., s. 251).

Delkonklusion – omsorg og egenomsorg

VS har til opgave at nå ud til patienter med SOS, starte behandling og oplyse om forholdsregler. Patienterne skal modtage denne information og behandling for at blive raske og ikke smitte andre. VS anvender egenomsorgsteorien ved at følge retningslinjer og giver detaljerede instrukser. Men VS undersøger ikke om patienterne kan forstå og huske informationen, grundet de mange daglige opgaver. For eksempel får Patient 4 mange instrukser, uden at VS ved om vedkommende kan huske dem og leve op til dem. Dette viser, at egenomsorgsteorien dominerer sygeplejeplanlægningen, men at den er ikke altid tilstrækkelig, som det ses med Patient 1, der gentagne gange smittes med SOS. Dette viser de udfordringer, VS har i deres forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på Dronning Ingrid's Sundhedscenter.

6.2 Analyse af det kvalitative studie - A safe place – Adolescents' and young adults' perceptions of youth clinics in northern Sweden

6.2.1 Systemverden og livsverden

I det kvalitative studie kendetegnes systemverden ved de organisatoriske og administrative rammer, der styrer opbygningen af ungdomsklinikkerne i Sverige. Ungdomsklinikkerne er udformet og arbejder ud fra formelle retningslinjer og procedurer, som er skabt for at sikre en ensartet kvalitet i de sundhedsydelser, der tilbydes. Dette inkluderer åbningstider, drop-in muligheder, samt udvælgelsen af personalet, der er bestemt ud fra de svenske retningslinjer for ungdomsklinikker (Thomson, et al., 2022, s. 2). For at imødekomme forskellige behov, er ungdomsklinikkerne bemandet med jordemødre, rådgivere, psykologer og læger, i overensstemmelse med de svenske retningslinjer for ungdomscentre.

Der anvendes nationale og standardiserede retningslinjer for "youth friendly", eller "ungdomsimødekommende" sundhedsydelser, der er indrammet af WHO's kriterier. Disse retningslinjer sikrer en vis grad af standardisering og kvalitetssikring.

I det kvalitative studie (Thomsen et al., 2022, s. 2) fremgår det at et systematisk review-studie, undersøgte unges perspektiver på "Youth Friendly Health Services" (YFHS), eller "Ungdomsimødekommende sundhedsydelser". Dette review identificerede 8 hovedområder, som de unge betegner som positive oplevelse ved YFHS:

- Personalets holdning
- Tilgængelighed til sundhedsydelser
- Sundhedsfaglighed
- Kommunikation
- Sundhedsydelser baseret på retningslinjer
- Miljø der er alders-tilpasset
- Sundhedsresultater
- Involvering af de unge

Disse elementer, sammen med WHO's 4 anbefalinger om, at ungdomsklinikkerne bør være tilgængelige, acceptable, retfærdige og effektive, er integreret i opbygningen af ungdomsklinikkerne. Efter inddragelsen af disse elementer, i opbygningen af ungdomsklinikkerne, kan det ses at de unge i højere grad, er begyndt at benytte sig af de

sundhedsydelser der tilbydes, hvilket har resulteret i at de unges helbred generelt er blevet bedre (Thomson, et al., 2022, s. 2).

Systemverden kommer også til udtryk gennem de ressourcer og den tilgængelighed, der leveres af ungdomsklinikkerne. Bestemte tidsrammer og ressourcer er dedikeret til, at modtage de unge patienter, hvilket afspejler en systemverden, hvor effektivitet og tilgængelighed er nøgleelementer.

Dertil ses det at gratis ydelser og central placering af klinikkerne, gør dem let tilgængelige for de unge mennesker. Dette er et resultat af organisatoriske beslutninger, der er truffet for at øge sundhedstjenesterne for de unge. Det kan fortolkes som at systemverden har bidraget til opbygningen af ungdomsklinikkerne.

Livsverden kommer til udtryk i det kvalitative studie, ved opbygningen af ungdomsklinikkerne, der aktivt inddrager de unges perspektiver omkring positive oplevelser ved sundhedsydelser. Det kan fortolkes som at sundhedsmyndighederne, har inddraget de unges livsverden, for at imødekomme de behov, som de unge udtrykker, ved opbygningen og struktureringen af ungdomsklinikkerne.

Det kan fortolkes med teorien om systemverden og livsverden, at forskerne har haft formålet at prøve at sætte sig ind i de unges livsverden, udfra den systemverden de oplever, gennem ydelserne som ungdomsklinikkerne tilbyder.

Delkonklusion – systemverden og livsverden

Livsverden kommer til udtryk ved opbygningen og strukturen af ungdomsklinikkerne i Sverige. De unges perspektiver og behov er aktivt inddraget og ved at integrere de unges livsverden, har sundhedsmyndighederne formået at skabe sundhedsydelser, der er mere tilgængelige, acceptable, retfærdige og effektive. Dette har resulteret i, at flere unge benytter sig af tilbuddene om sundhedsydelser, hvilket ifølge det kvalitative studie, har forbedret unges generelle helbred.

Systemverden afspejles ved de organisatoriske og administrative rammer, herunder standardiserede retningslinjer og procedurer, der tilsammen sikrer ensartet kvalitet og tilgængelighed. Kombinationen af systemverdenens strukturer og livsverdenens perspektiver, har således skabt mere effektive og brugervenlige sundhedsydelser for de unge.

6.2.2 Magt og opgave

I det kvalitative studie kommer magt og opgave til udtryk gennem det udvalgte sundhedspersonale, der består af jordemødre, rådgivere, psykologer og læger. Disse faggrupper besidder hver især en ekspertise og viden, indenfor deres respektive områder. Dette afspejles i Løgstrups teori om, at magt er afledt af gensidig afhængighed (Scheel, 2016, s. 171). Sundhedspersonalet har magten til at træffe beslutninger om behandlingsplaner og interventioner. Disse beslutninger er baseret på deres professionelle vurdering og de standardiserede retningslinjer, som de arbejder ud fra. Men sundhedspersonalet er lige så, afhængige af deres patienter, for at kunne videreføre denne information (ibid., s. 172).

Sundhedspersonalet i ungdomsklinikkerne arbejder sammen for at sikre at de unges behov bliver dækket på tværs af forskellige sundhedsaspekter. Denne samarbejdsorienterede praksis viser, hvordan magten deles mellem de forskellige faggrupper for at løse opgaven, med at sikre de unges helbred.

Det belyses i det kvalitative studie, at ungdomscentrene arbejder med en patientcentreret tilgang. De unges oplevelser og perspektiver bliver aktivt inddraget i opbygningen og strukturen af ungdomsklinikkerne. Ved at fokusere på de unges synspunkter sørger personalet for at skabe et miljø, der er imødekommende og trygt for de unge patienter.

Dette afspejler en magtfordeling, hvor det sundhedsfaglige personale ikke blot dikterer behandlingen og retningslinjerne, men også lytter til og respekterer de unges erfaringer og behov. Dette styrker patienternes egen rolle og ansvar, dvs. opgaven, i deres behandlingsforløb. Hermed kan det fortolkes, at magten og opgaven bliver forløst.

Delkonklusion – magt og opgave

Magten besiddes af de sundhedsfaglige på ungdomscentrene. Det sundhedsfaglige personale er afhængige af de unge for at kunne formidle deres viden og ekspertise. Opgaven er at få denne viden overført til de unge, for at fremme sundhed og sikre et godt helbred.

Der bliver afspejlet gensidig afhængighed i samspillet mellem det sundhedsfaglige personale og de unge patienter.

Samarbejde på tværs af faggrupper viser, hvordan magten fordeles, for at løse opgaven med at udvikle de unges sundhed og helbred.

Der er fokus på patientcentreret tilgang, hvilket sikrer at de sundhedsfaglige ikke blot dikteres af de givne retningslinjer, men også aktivt inddrager de unges synspunkt. Dette er med til at skabe et miljø, der afspejler imødekommenhed og tryghed for de unge. Ungdomscentrene og personalet arbejder derfor på at styrke de unges egen rolle og ansvar, hvilket fortolkes som at magten og opgaven er blevet forløst.

6.2.3 Omsorg og egenomsorg

I det kvalitative studie udfører og undersøger forskerne de udvalgte unge vha. fokusgruppediskussioner (FGD) og individuelle interviews. Disse metoder er anvendt for at få en dybere forståelse af de unges behov og ønsker (Thomson et al., 2022, s. 3). Metoderne og resultaterne i det kvalitative studie påpeger, at ungdomsklinikkerne tager udgangspunkt i de unges individuelle behov og erfaringer. Ungdomsklinikkerne indarbejder således omsorg i deres ydelser, hvilket viser en patientcentreret tilgang. De unges oplevelser og perspektiver inddrages aktivt, hvilket understreger klinikernes fokus på omsorg.

Det kvalitative studie belyser at ungdomsklinikkerne gør sig umage i at skabe et miljø, der er imødekommende og trygt for de unge. Dette afspejler en omsorgsfuld praksis, hvor det er vigtigt at de unge føler sig velkomne og trygge, når de søger de sundhedsydelser, der bliver tilbudt af ungdomsklinikkerne.

Det fremkommer i det kvalitative studie, at holistisk omsorg er indarbejdet i sundhedsydelserne. Dette ses ved at sundhedspersonalet består af jordemødre, rådgivere, psykologer og læger, der arbejder sammen for at sikre, at de unges behov bliver dækket på tværs af forskellige sundhedsaspekter. Den holistiske tilgang til omsorg indbefatter at alle aspekter af de unges sundhed og trivsel, tages i betragtning omkring de sundhedsydelser, der tilbydes.

Egenomsorgsteorien (EOT) kommer til udtryk, i den kvalitative artikel ved, den måde sundhedspersonalet arbejder på. Det beskrives at de unge modtager høj kvalitet af informationer og behandling (Thomsen, et al., 2022, s. 6). Sundhedspersonalet vejleder og informerer de unge om deres sundhed og mulige behandlinger, samt udviser stor respekt for deres privatliv og fortrolighed. Dette kan betragtes som, at de unge modtager den nødvendige viden, til at tage vare på deres egen sundhed, hvilket er centralt i EOT.

Delkonklusion – omsorg og egenomsorg

Strukturen og arbejdsgangen i ungdomsklinikkerne viser en tydelig integration af omsorg og egenomsorg i deres praksis. Omsorgen kommer til udtryk ved en patientcentreret tilgang og et tværfagligt team hvis samarbejde, er med til at sikre at de unges behov bliver mødt med en holistisk tilgang.

Egenomsorgen hos de unge fremmes og videreudvikles, ved at give de unge vejledning, støtte og behandling i høj kvalitet. De unge får redskaber til at kunne tage ansvar for deres egen sundhed.

Denne kombination af omsorg og egenomsorg bidrager til at skabe et miljø, hvor de unge føler sig trygge og det kvalitative studie, viser at de unges behov og perspektiver bliver mødt i plejen.

7.0 Diskussion

I dette afsnit diskuterer jeg styrker og svagheder ved de udvalgte forskningsmetoder, anvendt i min opgave. Dertil en diskussion af fundene og sætter disse i parallel til andre undersøgelser og teorier.

7.1 Diskussion af udvalgte forskningsmetoder

Den udvalgte metode for at undersøge problemformuleringen, er bl.a. en fiktiv case, som jeg har skrevet pba. deltagerobservation, oplevet i min praktik på DIS. I metodeafsnittet er det beskrevet at casestudier anses for at have den laveste rangering i evidenshierarkiet, hvilket kan ses som en svaghed (Vilstrup, Bennich & Pihl, 2023, s. 52). Dog har jeg fundet det hensigtsmæssigt at arbejde med denne metode, da jeg har undersøgt de udfordringer som VS møder i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, med SOS på DIS.

Dertil har jeg valideret min case, vha. en sygeplejerske, der arbejder på DIS. Sygeplejersken har medgivet at casen viser en realistisk hverdag, indeholdende de komplekse forhold omkring sygeplejerskens arbejde med SOS på DIS. Dette har sikret pålideligheden og

validiteten.

Svagheden ved denne metode er dog, at resultaterne kan være svære at generalisere i andre kontekster.

I en artikel af Bent Flyvbjerg fra 2006, med titlen ”Five Misunderstandings About Case-Study Research”, belyser han at den konventionelle holdning omkring case-studier er forkert og at case-studier kan give dybdegående indsigt og bidrage til videnskabelig forskning, der ofte overses, når der fokuseres for meget på generelle og kvantitative metoder.

Valget af det kvalitative studie begrundes med, at studiet bidrager med relevant viden og perspektiver i de specialiserede klinikker. Studiet anvendes til at forstå og adressere de udfordringer, som VS møder i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med SOS, i en klinisk praksis uden en specialiseret venerisk klinik.

7.2 Diskussion af fundene

Jeg har valgt at analysere den fiktive case og det kvalitative studie vha. Merry Scheels interaktionelle sygeplejepraksis, med de udvalgte teorier om Systemverden og Livsverden, Magt og opgave, samt Omsorg og egenomsorg.

Analysen belyste at sygeplejerskens arbejde er kraftigt påvirket af systemverden, gennem de retningslinjer og administrative opgaver, der begrænser involveringen af patientens livsverden i sygeplejen, samt de mange blandede opgaver i løbet af arbejdsdagen.

Derimod belyses det i et kvalitative studie af Thomsen et al., (2022), at man på organisatorisk plan har arbejdet på at indordne livsverden i struktureringen af ungdomsklinikkerne. Ved at indordne sig de unges livsverden i systemverden, har forskerne fundet frem til at de unge i højere grad benytter sig af sundhedsydelserne og har dermed fået generel bedre sundhed og helbred (Thomson et al., 2022, s. 2). Det ses i indledningen at der fortsat er stor smitte med SOS i Grønland. Det at VS ikke har mulighed for at indordne sig patienternes livsverden, kan fremstå som en mulig begrundelse for det fortsat høje niveau af smitte med SOS.

Magt er afledt af gensidig afhængighed mellem VS og patienterne. Hvis patienterne ikke besvarer opkald, eller følger behandlingsplaner udarbejdet af VS, resulterer det i at VS' magt og opgave ikke bliver forløst. Dette kan være med til at skabe udfordringer i at sikre effektiv behandling og opfølgning.

I det kvalitative studie ses det, hvordan magten er opdelt mellem de sundhedsfaglige på ungdomsklinikkerne. Personalet samarbejder på tværs af faggrupper, for at løse opgaven med at udvikle de unges sundhed og helbred. Hvis man sætter denne tilgang op mod casen, så har VS interne samarbejdspartnere i form af den anden visiterende sygeplejerske, der står med de praktiske opgaver, der kan hjælpe med fx medicinbestilling, hvis hun eller han, har tid. Samt overlægen, der kan konsulteres om torsdagen vedr. komplekse patienter med SOS (bilag 3, s. 54). Derudover har VS eksterne samarbejdspartnere i form af de fagpersoner der kan konsulteres i SSI, vedr. komplekse syfilispatienter.

Men grundlæggende arbejder VS alene og er den, som flere interne og eksterne samarbejdspartnere, som fx receptionisterne, sygeplejersken i anstalten samt de ansatte fra plejehjem og psykiatrisk bo-enhed, kan konsultere ved behov, ifølge sin funktionsbeskrivelse. Det kan diskuteres at VS primære opgave, ikke er at udvikle patienternes sundhed og helbred, som det er for de sundhedsfaglige i ungdomsklinikkerne i Sverige. VS primære opgave er at få løst alle sine daglige opgaver udfra sin funktionsbeskrivelse og de angivne retningslinjer. Dette er fordi VS er ”blæksprutten” i det daglige arbejde på hele DIS, og ikke i en særskilt venerisk klinik eller ungdomscenter, som i det kvalitative studie (bilag 1).

Egenomsorgsteorien fortolkes som værende i forgrunden, for planlægningen af sygeplejen på DIS. Denne teori ser patienten som ansvarlig for sin egen sundhed, men ikke alle patienter har de nødvendige ressourcer til effektiv egenomsorg. Dette eksemplificeres ved Patient 1, der gentagne gange erhvervede sig SOS. Dette kunne vise behovet for en mere patientcentreret tilgang, som set i det kvalitative studie af Thomson et al. (2022).

I forhold til det kvalitative studie, kan det ligeledes siges at sundhedspersonalet i ungdomsklinikkerne, sætter egenomsorgsteorien i forgrunden for plejen. Samtidig stræber de efter at inddrage de unges livsverden i organiseringen af sundhedsydelserne. Dette hjælper ungdomsklinikkerne med bedre at forstå de unges ressourcer og deres evne til at bearbejde de informationer, de modtager.

Ved udarbejdelsen af ungdomsklinikkerne fremgår det, at et review-studie undersøgte de unges behov (ibid., s. 2), for at kunne indarbejde disse i struktureringen af ungdomsklinikkerne. Herved var det et nøglepunkt at involvere de unge, hvor man har undersøgt hvordan ungdomsklinikkerne bedst kunne gavne de unge. Dette har resulteret i at de unge generelt har fået et bedre helbred, samt at de ofte benytter sig af ungdomsklinikkerne.

7.3 Antonovskys oplevelse af sammenhæng

Det kvalitative studie kunne ligeledes være blevet analyseret vha. Antonovskys teori om Oplevelse af sammenhæng (OAS). Antonovsky lægger fokus på de faktorer der fremmer sundheden hos et menneske, fremfor sygdommen (Antonovsky, 2000, s. 34). Hans teorier omkring begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, kunne have bidraget til min analyse. Begribelighed kunne supplere med et perspektiv på hvordan sygeplejersken kunne gøre informationen om SOS, mere forståelig for patienten. Håndterbarhed og ressourcer kunne supplere med at undersøge, hvordan sundhedssystemet og VS kan sikre, at patienterne har de nødvendige ressourcer for at håndtere deres sygdom. Begribelighed kan benyttes til at bekræfte mine fund, ved at fremhæve hvor vigtigt det er for den enkelte patient, at finde mening i sit sygdomsforløb og behandlingsplaner. Hvis patienterne betragtede deres behandling som værende meningsfuld, kunne de så være mere tilbøjelig til at engagere sig aktivt i deres eget helbred? Hvis ja, kunne det evt. forbedre behandlingsresultaterne?

Antonovskys teori kan dertil benyttes til at udfordre aspekter af systemverden, der fokuserer på formelle retningslinjer, der til tider kan virke ufleksible og upersonlige. Antonovskys teori om OAS argumenterer for, at et sundhedssystem der er forankret på systemverden, kan mangle elementer af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Elementer der er nødvendige for at understøtte patienter OAS og dermed deres helbred.

Mine fund bekræfter tidligere undersøgelser om stigende smitte med SOS og behovet for yderligere indsatser indenfor forebyggelse og sundhedsfremme (Albertsen et al., 2015; Andersen et al., 2022).

Det havde været interessant at undersøge problemstillingen vha. interviews af sundhedspersonalet i DIS og undersøge deres perspektiver, ift. visiterende sygeplejerskes arbejde med SOS. Dette kunne have givet et indblik i sundhedspersonalets arbejde og perspektiver, på de udfordringer man har, ift. forebyggende og sundhedsfremmende indsatser indenfor problematikken med den store smitte af SOS.

Det kunne ligeledes være interessant at tage inspiration af det kvalitative studie, der har undersøgt de unges perspektiv og behov, vedr. sundhedsfremmende indsatser omkring SOS. Her kunne det have været interessant at lave et kvalitativt studie omkring oplevelsen af sundhedsydelserne på DIS, fra fx de personer der har modtaget behandling pga. SOS.

8.0 Konklusion

For at besvare problemformuleringen:

Hvilke udfordringer har visiterende sygeplejerske i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, med seksuelt overførte sygdomme i klinisk praksis, uden en særskilt venerisk klinik på Dronning Ingrid's Sundhedscenter?

Denne opgave har undersøgt problemformuleringen gennem en analyse af en fiktiv case og et kvalitativt studie, vha. Merry Scheels teori om ISP og begreberne Systemverden og Livsverden, Magt og Opgave, samt Omsorg og Egenomsorg. Disse har givet indsigt i de relationer og udfordringer, som VS oplever med sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, med SOS.

8.1 Hovedpointer fra analysen

VS' arbejde er i høj grad påvirket af systemverden, hvilket begrænser inddragelsen af patientens livsverden. Dette skaber udfordringer ift. at tilpasse sygeplejen til de individuelle behov og ressourcer hos patienter.

I det kvalitative studie belyses det vha. Scheels teorier, at de særskilte ungdomsklinikkers systemverden er struktureret pba. de unges livsverdensværdier. Studiet bevidner en vellykket integration af interaktionel sygeplejepraksis.

Der er en gensidig afhængighed mellem VS og patienterne. VS besidder faglig viden og magt, men denne forbliver uforløst, hvis patienterne ikke samarbejder eller kan kontaktes.

Samarbejdet på tværs af faggrupper, som set i de svenske ungdomsklinikker, kan styrke opgaveforløbet og forbedre patienters helbred og sundhedsresultater. De svenske ungdomsklinikker skaber et struktureret og imødekommende miljø, hvor magtforholdet mellem sundhedspersonalet er gensidigt afhængigt.

Egenomsorgsteorien dominerer VS' sygeplejepraksis på DIS, men ikke alle patienter har de nødvendige ressourcer til at udøve effektiv egenomsorg. Eksempler som Patient 1, viser et øget behov for en mere patientcentreret tilgang, hvor VS tager hensyn til patienternes individuelle behov.

Det kvalitative studie bevidner, at en patientcentreret tilgang, hvor de unges synspunkter og behov aktivt inddrages, kan føre til bedre sundhedsresultater. Dette understreger behovet for

at integrere patienternes livsverden, i klinisk praksis. Der er et øget fokus på holistiske og patientcentrerede sundhedsydelse, hvilket sikrer en høj kvalitet af omsorg og egenomsorg.

Kombinationen af de udvalgte teorier har belyst, hvordan strukturelle og relationelle faktorer påvirker sygeplejerskens arbejde med SOS i klinisk praksis.

Fundene af ovenstående, viser udfordringer for sygeplejersken, i sit forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med SOS, uden en særskilt venerisk klinik.

9.0 Perspektivering

Mine fund kan indikere at der kan laves mere forskning, omkring SOS og arbejdstilgangen med seksuelt overførte sygdomme på Dronning Ingrid's Sundhedscenter. Resultaterne peger på nødvendigheden af at revurdere og tilpasse sygeplejepraksis på DIS, for bedre at imødekomme patienternes individuelle behov.

En mulig tilgang kunne være at implementere en mere patientcentreret tilgang i klinisk praksis, hvorefter man evt. kunne gennemføre en kvantitativ undersøgelse, ved fx et RCT-studie (Nielsen, Hjørnholm & Jørgensen, 2021, s.283). Man kunne undersøge en interventionsgruppe der modtager patientcentreret sygeplejepraksis, mens en kontrolgruppe modtager standardpraksis. Formålet vil være at sammenligne resultaterne mellem de 2 grupper og undersøge om en patientcenteret tilgang fører til bedre sundhedsresultater. Disse undersøgelser kunne evt. suppleres med kvalitative interviews, for at få en dybere indsigt i patienternes oplevelser og tilfredshed (ibid., s. 181).

Et interventionsstudie på DIS kunne undersøge om tværfaglige teams, har en effekt på patienters helbred og undersøge personalets arbejdsmiljø (ibid., s.279). Her kan fx kvantitative metoder som spørgeskemaer benyttes for at evaluere både patienternes sundhedsresultater og personalets arbejdsvilkår (ibid., s. 295).

Yderligere forskning kunne undersøge behovet for en særskilt venerisk klinik i Nuuk eller på DIS. I denne forbindelse kunne man revidere tidligere indsatser beskrevet i kandidatspecialet skrevet af Simonsen Lentz et al. (2019, s. 8) og artiklen skrevet af Johansen et al. (2017, s.1).

Disse belyste at sundhedsmyndighederne i 1990'erne udarbejdede og implementerede en række forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og veneriske klinikker. Disse indsatser viste at have en god effekt på smitten af SOS. Efter at mange veneriske klinikker lukkede mellem 2000-2012 steg af incidensen med SOS igen. Ved at evaluere disse tidligere succesfulde initiativer, kan sundhedsmyndighederne drage inspiration ved handleplaner mod smitten af SOS.

Derudover blev der i kandidatspecialet af Simonsen Lentz et al. (2019), udarbejdet 5 anbefalinger til implementering af forebyggelsesstrategier mod problemstillingerne ifm. seksuel sundhed, som består af følgende:

1. Bedre koordinering mellem de organisatoriske niveauer i den grønlandske sundhedsorganisation.
2. Inuuneritta III suppleres med retningsangivende dokumenter.
3. Større fokus på monitorering og evaluering.
4. Øget fokus på kombination af forebyggelsesstrategier.
5. Øget fokus på aktører i den forebyggende indsats.

Et sundhedsforlig udarbejdet af Naalakkersuisut i 2023, understreger behovet for en handleplan for seksuel sundhed, med fokus på at nedbringe incidensen af SOS og uønskede graviditeter (Naalakkersuisut, 2023, s. 15).

De forslåede forskningsprojekter kunne bidrage til udviklingen af sådan en handleplan, ved at identificere effektive organisatoriske og kliniske strategier, for at forbedre den seksuelle sundhed i Grønland mhp. at mindske den store smitte af SOS.

10.0 Litteraturliste

Obligatorisk litteratur

- Birkler, J. (2021). *Videnskabsteori – en grundbog*. (2. udgave). København: Munksgaard.
(161 sider)
- Evron, L. (2020). Kapitel 3: Sundhedsfremme og forebyggelse. I J. L. Rasmussen & M. K. Pedersen (Red.), *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi* (2. udg.). Gads Forlag.
(33 sider)
- Hørmann, E. (2015). Metoder med anvendelse af litteraturstudier. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder* (2. udgave, s. 51-85). København: Nyt Nordisk Forlag.
(34 sider)
- Institut for sygepleje og sundhedsvidenskab. (2016). *Studieordning – Bachelor i sygepleje*. Hentet 28. april 2024 fra
(48 sider)
- Karlsson, E. K. (2018). Informationssøgning. I M. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode* (2. udgave, s. 103-121). København: Munksgaard.
(19 sider)
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). Kapitel 4: Protokol i bachelorprojektet. I *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning* (1. udgave, 3. oplag, s. 53-64). København: Samfundslitteratur.
(11 sider)
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). Kapitel 8: Litteratur og kilder. I *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning* (1. udgave, s. 87-119). København: Samfundslitteratur.
(33 sider)
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). Kapitel 10: Teori. I *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning* (1. udgave, s. 133-172). København: Samfundslitteratur.
(39 sider)

- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). Kapitel 11. Kvalitative design. I *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning* (1. udgave, s. 173-180). København: Samfundslitteratur.
(7 sider)
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). Kapitel 12: Kvalitative design. I *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning* (1. udgave, s. 173-179). København: Samfundslitteratur.
(6 sider)
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). Kapitel 15. Kvantitative design. I *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning* (1. udgave, s. 279-290). København: Samfundslitteratur.
(11 sider)
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). Kapitel 16. Kvantitative dataindsamlingsmetoder. I *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning* (1. udgave, s. 291-316). København: Samfundslitteratur.
(25 sider)
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). Kapitel 21: Diskussion. I *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning* (1. udgave, s. 381-396). København: Samfundslitteratur.
(15 sider)
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2021). Kapitel 22. Struktur og disposition. I *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning* (1. udgave, s. 397-418). København: Samfundslitteratur.
(21 sider)
- Pedersen, M. K., & Holt, K. (2020). Kritisk artikellæsning. I J. L. Rasmussen & M. K. Pedersen (Red.), *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi* (2. udgave, s. 247-266). Gads Forlag.
(19 sider)
- Scheel, M. E. (2016). Interaktionel sygeplejepraksis (4. udgave, 3. oplag). København: Munksgaard.
(269 sider)

I alt 751 sider.

Selvvalgt litteratur

- Albertsen, N., Mulvad, G., & Pedersen, M. L. (2015). Incidence of syphilis in Greenland 2010-2014: the beginning of a new epidemic? *International Journal of Circumpolar Health*, 74. Hentet 14. maj 2024 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4507749/> (4 sider)
- Andersen, M. W., Johansen, M. B., Bjorn-Mortensen, K., Pedersen, M. L., Jensen, J. S., & Koch, A. (2022). Syphilis in Greenland, 2015 to 2019. *Sexually Transmitted Diseases*, 49. s. 190-196. Hentet 14. maj 2024 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8820764/> (7 sider)
- Antonovsky, A. (2000). Kapitel 2. Begrebet ”oplevelse af sammenhæng”. I *Helbredets mysterium*. (2. oplag, s. 33-50). København: Hans Reitzels Forlag. (17 sider)
- Berntsen, S., Karlsen, Højer, A. P., & Pedersen, M. L., Mulvad, G. (2017). Gonorrhoea in Greenland, incidence and previous preventive measures: a review to improve future strategies. *International Journal of Circumpolar Health*, 76. (12 sider)
- Biotech Academy (2024). *Seksuelt overførte sygdomme*. Hentet 28. april 2024, fra <https://www.biotechacademy.dk/undervisning/gymnasiale-projekter/naturvidenskabelig-seksualundervisning/seksuelt-overfoerte-sygdomme/> (20 sider)
- Det Grønlandske Sundhedsvæsen. (2022). *Organisationsplan – Det Grønlandske Sundhedsvæsen*. Hentet 16. april 2024 fra https://gjob.dk/media/4p2lmwzv/organisationsplan-2023-vers-9_2_1-3.pdf (35 sider)
- Fouchard, J. (2019). Kapitel 30. Forebyggelse og sundhedsfremme på seksualitetens felt. I C. Graugaard, B. Møhl & A. Giralaldi (Red.), *Sexologi*. Munksgaard. Hentet 28. april 2024 fra

- <https://sexologi.ibog.studybox.dk/?id=167&loopRedirect=1>
(6 sider)
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12, 2, s. 219-245.
(27 sider)
 - Goicolea, I. (2015). *How, why and under what circumstances are Swedish Youth Clinic youth friendly?* Hentet 20. maj 2014 fra
<https://www.umu.se/en/research/projects/how-why-and-under-what-circumstances-are-swedish-youth-clinics-youth-friendly/>
(3 sider)
 - Graugaard, C., Møhl, B., & Giraldi, A. (2019). Kapitel 2. Hvad er seksualitet og seksuel trivsel? I C. Graugaard, B. Møhl & A. Giraldi (Red.), *Sexologi*. Munksgaard. Hentet 23. april 2024 fra
<https://sexologi.ibog.studybox.dk/?id=139>
(56 sider)
 - Grønlands Selvstyre. (2023). Inatsisartutlov om civile foranstaltninger mod smitsomme sygdomme. *Lovgivning*. Nr. 31 af 13/06/2023.
(19 sider)
 - Johansen, M. B., Koch, A., Wohlfahrt, J., Kamper-Jørgensen, M., Hoffmann, S., & Soborg, B. (2017). Increased incidence of gonorrhoea and chlamydia in Greenland 1990–2012. *International Journal of Circumpolar Health*, 76, side 1-9.
(9 sider)
 - Københavns Professionshøjskole. (2024). *Merry Scheel*. Hentet 8. maj 2024 fra
<https://bibliotek.kp.dk/kp/sygeplejerske/merry-scheel>
(1 side)
 - Landslægeembedet. (2021). *Landslægeembedets notat om klamydia og gonorré 2020*. Hentet 23. maj 2023 fra
https://nun.gl/emner/udgivelser/aarsberetninger/sundhedsfaglige_notater_vedroerende_2020?sc_lang=da
(16 sider)
 - Landslægeembedet. (2021). *Landslægeembedets notat om syfilis 2020*. Hentet 23. april 2024 fra

https://nun.gl/emner/udgivelser/aarsberetninger/sundhedsfaglige_notater_vedroerende_2020?sc_lang=da

(10 sider)

- Landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser m.v. (1997). *Grønlands Hjemmestyres Landstingsforordning* nr. 15 af 6. november 1997.
(6 sider)
- Larsen, H. K. (2019). Kapitel 29. Seksuelt overførbare infektioner. I C. Graugaard, B. Møhl & A. Giraldi (Red.), *Sexologi*. Munksgaard.
(23 sider)
- Ledderer, L. (2015). Kapitel 13. Casestudier. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder* (2. udgave, s. 166-176). København: Nyt Nordisk Forlag.
(10 sider)
- Naalakkersuisut – Government of Greenland. (2020). *Inuuneritta III – Naalakkersuisuts strategi for samarbejdet om det gode børneliv 2020-2030*. Hentet 20. marts 2024, fra
file:///C:/Users/madi/Downloads/Inuuneritta%20III%20SEP20%20naal%20DA%20web_FINAL.pdf
(100 sider)
- Naalakkersuisut – Government of Greenland (2023). *Sundhedsforlig 2023 – Politisk rammeaftale for arbejdet med en styrkelse af sundhedsområdet*. Hentet 6. juni 2024, fra
https://naalakkersuisut.gl/-/media/nyheder/2023/11/1311_sundhedsforlig/da-sundhedsforlig-m-underskrift.pdf
(17 sider)
- Naalakkersuisut – Government of Greenland (2024). *Ny struktur i sundhedssektoren: En klar og tydelig organisation*. Hentet 6. juni 2024, fra
https://naalakkersuisut.gl/Nyheder/2024/05/2805_tilpasning?sc_lang=da
(2 sider)
- Nordic Co-operation. (2024). *The health service in Greenland*. Hentet 26. maj 2024 fra <https://www.norden.org/en/info-norden/health-service-greenland>
(3 sider)

- OUH – Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus (2024). *CASP-tjeklister*. Hentet 26. maj 2024, fra <https://ouh.dk/forskning-og-innovation/innovation-og-sundhedsteknologi/evaluering-og-vurdering-af-medicinsk-teknologi-mtv/casp-tjeklister> (1 side)
- Peqqik.gl. (2024). *Dronning Ingrid's Sundhedscenter*. Hentet 16. april 2024 fra <https://peqqik.gl/da-DK/Kontakt/Sundhedscentre/Sermersooq/Dronning-Ingrid's-Sundhedscenter-gl-og-dk> (2 sider)
- Simonsen Lentz, P., Olesen, A. F., & Hartmann Hansen, M. (2019). *Seksuel Sundhed i Grønland – Forebyggelse og implementering*. Hentet 14. marts 2024 fra https://projekter.aau.dk/projekter/files/306093928/Speciale_folkesund- (145 sider)
- Stat.gl. (2015). *Smitsomme sygdomme*. Hentet 28. april 2024 fra <https://stat.gl/dialog/main.asp?lang=da&version=201518&sc=SA&subthemecode=ANMELDTE%20SMITSOMME%20K%C3%98NSSYGDOMME&colcode=A> (1 side)
- Thomson, A., Wiklund, M., & Christianson, M. (2022). A safe place – Adolescents' and young adults' perceptions of youth clinics in northern Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 33, artikel 100752, side 1-7. (7 sider)
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. A. (2020). *International Health Care System Profiles – Sweden*. Hentet 26. maj 2024 fra <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden> (16 sider)
- Tjørnhøj-Thomsen, T., Reynolds Whyte, S., & Terp Høybye, M. (2021). 4. Feltarbejde og deltagerobservation. I A. M. Bornø Jensen & S. Vallgård (Red.), *Forskningsmetoder I Folkesundhedsvidenskab* (6. udgave, s. 95-124). København: Munksgaard. (29 sider)

- Vilstrup, D. L., Bennich, B. B., & Pihl, G. T. (2023). Kapitel 2. Epidemiologiske studiedesign. I *Basal epidemiologi og statistik* (2. udg., trykt bog s. 29-62). Munksgaard. Hentet 26. maj 2024 fra <https://basalepidemiologiogstatistik-2udg.ibog.studybox.dk/?id=133> (33 sider)
- Wind, G. (2015). Kapitel 10. Antropologisk feltarbejde. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder* (2. udgave, s. 130-141). København: Nyt Nordisk Forlag. (11 sider)
- World Health Organisation. (2024). *Sexual health*. Hentet 18. april 2024 fra https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2 (12 sider)

Obligatoriske: I alt 751 sider

Selvvalgte: I alt 663

Tilsammen 1414 sider

11.0 Bilag

Bilag 1 Arbejdsbeskrivelse for visiterende sygeplejerske på DIS↓

17.04.2024 13.57

Region Sermersooq - ADIH2.02.01 - Arbejdsbeskrivelse for Visitationssygeplejersken i DIS , ver. 1.3

Dokumentnummer:

ADIH2.02.01

Version:

1.3

Dokumentansvarlig:

SerLedSgpj

Redaktør:

Godkendt af:

krsr

Niveau:

Administrativ

DIH



Dokumentbrugere:

Alle

Ikrafttrædelsesdato:

02.03.2022

Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.

Arbejdsbeskrivelse for Visitationssygeplejersken i DIS



- 1) Formål
- 2) Målgruppe
- 3) Ansvar
- 4) Fremgangsmåde
 - 4.1) Arbejdsbeskrivelse for Visitationssygeplejersken
 - 4.2) Arbejdsopgaver for Visitationssygeplejersken

1) Formål

Arbejdsbeskrivelse for Visitationssygeplejersken i DIS, Nuuk.

2) Målgruppe

Visitationssygeplejersken i DIS.

3) Ansvar

Visitationssygeplejersken har til ansvar, at følge denne arbejdsbeskrivelse.

4) Fremgangsmåde

4.1) Arbejdsbeskrivelse for Visitationssygeplejersken

Visitationssygeplejersken er fysisk placeret i kontoret "Visitationen" ved siden af receptionen. Visitationssygeplejerskens funktion er primært en "blækspruttefunktion", som vedrører at visitere patienter, som henvender sig til DIS uden at have en aftale, enten pr. tlf. eller personligt i den normale åbningstid fra kl. 08.00-15.30 i hverdage.

Der kan være tale om fire kategorier af patienter:

- Akut syge eller tilskadekomne, som har behov for hurtig hjælp.
- Ikke akut-syge eller tilskadekomne, som ikke har behov for hurtig hjælp.
- Borgere, som kontakter DIS pr. telefon for råd og vejledning eller med andre problemstillinger.
- Visitere og vejlede personale fra forskellige boenheder i byen. Fx alderdomshjem eller psykiatrisk bo-enhed. Det kan også være kontakter fra Fiskeræsset eller Kapisillit. Derudover er det Visitationssygeplejerskens ansvar, at visitere og vejlede sygeplejersken i Anstalten.

4.2) Arbejdsopgaver for Visitationssygeplejersken

Telefon ekspedition

Visitation tlf. 801111 i tidsrummet 09.30 - 11.30

Ekspedition tlf. 344707.

17.04.2024 13.57

Region Sermersooq - ADIH2.02.01 - Arbejdsbeskrivelse for Visitationssygeplejerser i DIS , ver. 1.3

Det kan eksempelvis være opkald fra alderdomshjem, boenheder, Politiet eller sundhedspersoner i bygderne Kapisillit eller Fiskerhøjsset.

Betjene besøgslisten hos VISI

Det kan eksempelvis være patienter som kommer fysisk, men det kan også være telefon- og administrative opgaver.

Husk altid at afslutte listen inden endt arbejdsdag.

Patienter som er udeblevet til behandling noteres tydeligt i et journalnotat. Evt. kan de ombookes til opfølgning senere hen.

Hjælpe i Receptionen

Særligt i tidsrummet, hvor den ene fra receptionen sidder og visiterer på 801111.

Godkende og følge op på svar i DIS reception indbakken

Telefonisk kontakt til positive svar på urinprøve/podningssvar GK/CHL, urindyrkningsvar og venerisk blodprøvesvar.

Lægge plan og booke tider til behandling efter instruks (D4) og opfølgninger.

Omdirigere svar til lægerne, hvis prøverne skulle være bestilt efter aftale til dem.

Hvis man har tid, må man også gerne kigge i DIS indbakken. Kig efter plejegruppens navne.

Medicinbestilling mandag + torsdag til DIS

Bestil vacciner, kondomer, medicin, inkl. medicin til kons 4.

Bestillingsliste ligges i postkassen ved apoteket inden dagen er omme.

Tjekke hjertestarter batteri, Udløbsdato på PADS bag reception hver fredag

Skriv referat fra fællesmødet. Sendes pr. mail (Lægeklinikken – distributionsliste, LaegeKlinikken-alle@peqqik.gl)

Hold overblik over klinikken/Skadestuen

Hjælp de steder hvor der er behov for hjælp

Oprydning

Hjælp med at rydde op i venteværelset og personalestuen ved lukketid.

Søgeord

x14x x5x visitation, funktion, dis, sermersooq,

Bilag 2 – Behandlingsvejledning af alle Veneriske sygdomme

19.02.2024 12.15

Fælles standardbehandling - KliniskSHV9.01 - Behandling af alle Veneriske sygdomme - vejledning, ver. 1.3

Dokumentnummer: KliniskSHV9.01	Version: 1.3	Dokumentansvarlig: SerLedLæg	Redaktør: lkrr	Godkendt af: MAMI
Niveau: Klinisk SHV		Dokumentbrugere: Alle	Ikrafttrædelsesdato: 03.01.2023	

Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.

Behandling af alle Veneriske sygdomme - vejledning



1) Formål

2) Målgruppe

2.4) Indhold til samtalen omkring seksuel sundhed

3) Ansvar

4) Fremgangsmåde

4.1) Ved positiv test

4.1.1) Klamydia (Kan klares telefonisk)

4.1.2) Gonore (Patient tilbydes tid til konsultation)

4.1.3) Syfilis (Patient tilbydes tid til konsultation)

4.1.4) Hepatitis B

4.1.5) HIV

4.1.6) Herpes genitalis (Patient tilbydes tid til konsultation. Kan evt. foregå telefonisk ved recidiv)

4.1.7) Kondylomer (Patient tilbydes en tid til konsultation)

4.1.8) Mycoplasma genitalium

4.2) Udeblivelse

5) Dokumentation

5.1) Diagnosekoder

5.2) Indberetning til Landlægeembedet

5.3) Underretning til Kommunen

1) Formål

At styrke indsatsen i forhold til seksuel sundhed.

At sikre, at udredning, undersøgelser, behandling, opfølgning, kontaktopsporing af seksuel overførte sygdomme foregår korrekt, ensrettet og standardiseret i Sundhedsvæsenet.

2) Målgruppe

Alle i SHV

2.4) Indhold til samtalen omkring seksuel sundhed

- * Information om kønssygdommen, behandling og forebyggelse
- *Anbefale anvendelse af kondom
- * Vaccinationsstatus (Hepatitis B, HPV og MFR. (MFR er med for at undgå sygdommen))
- *Anbefale kontakt til seksuelle partnere indenfor de sidste 6 mdr(Klamydia og gonorre) og 1 år (syfilis og HIV), evt. med hjælp fra sundhedspersonale, hvis pt.en ønsker at være anonym. Smitteopsporing for herpes, kondylomer og mycoplasma genitalium udføres ikke.

chrome://newtab

1/6

19.02.2024 12.15

Fælles standardbehandling - KliniskSHV9.01 - Behandling af alle Veneriske sygdomme - vejledning, ver. 1.3

*Tilbyde en pjece om seksuel sundhed

3) Ansvar

Regionslæge med Landsdækkende ansvar for seksuel Sundhed.

4) Fremgangsmåde

Seksuelt eksponerede patienter med frygt for at være smittet kan ved direkte henvendelse i klinikkens åbningstid tilbydes prøve for klamydia, gonore, **syfilis**, HIV samt Hepatitis B.

Klamydia og Gonore

- Venerisk sekret-Urin til screening(mænd),
- Venerisk sekret-Selvtaget vaginalpodning(kvinder)

(Husk fra smitte til der kan påvises sygdom er op til 3 uger for klamydia og op til 2 uger for gonore).

Syfilis, HIV og Hepatitis B

- *Venerisk blodprøve*

(Husk fra smitte til der kan påvises sygdom er op til 3 mdr. for **syfilis**, 4 uger for HIV og 10 uger for hepatitis B).

Personalet instruerer patienten i proceduren for prøvetagningen.

- *For mænd* udleveres et urinprøvesæt og en billede vejledning.
- *For kvinder* udleveres et vaginalpodningssæt og en billede vejledning.
- Personalet laver en rekvisition i BCC Lab i Cosmic (Venerisk sekret og venerisk blod-ligger under fanen "profiler").
- Patienten afleverer urinprøven eller vaginalpodning som anvist i vejledningen.
- Blodprøve tages.
- I tilfælde af selvtaget vaginalpodning ikke kan udføres, kan der tages en urin screening, eller podning ved gynækologisk undersøgelse. Selvtaget vaginalpodning er som screening at foretrække.

Svar-modtager for analyse er den "venerisk ansvarlige plejeperson" som følger op og godkender.

Symptomatiske patienter:

Opfordres til at ringe til klinikken for en faglig vurdering af, hvorvidt patienten skal tilbydes en tid til klinisk undersøgelse eller opfordres til at henvende sig om screening med urin, vaginalpodning eller blodprøve.

Symptomerne er følgende:

- Udflåd
- Svien ved vandladning
- Sår
- Kløe
- Kondylomer
- Hævede lymfeknuder

Symptomer der giver mistanke om kønssygdom vil som udgangspunkt udløse en klinisk undersøgelse ved plejepersonale. Ved tvivl kontaktes en læge.

Screening af en patient uden symptomer:

19.02.2024 12.15

Fælles standardbehandling - KliniskSHV9.01 - Behandling af alle Veneriske sygdomme - vejledning, ver. 1.3

Håndteres på samme måde som en patient med frygt for smitte. Se ovenfor.

Det drejer sig om;

- Ny opdaget gravid og igen i uge 32
- Forud for gynækologisk undersøgelse og oplæggelse af spiral.
- Personer identificeret ved opsporing.

4.1) Ved positiv test

Ved positiv test tages der telefonisk kontakt til patient, hvor følgende tilbydes for de respektive sygdomme.

Patienten kontaktes ikke af sundhedsvæsenet ved negativ test.

4.1.1) Klamydia (Kan klares telefonisk)

1. Tilbud om test for andre veneriske sygdomme (venerisk blodprøve)
2. Afklaring: Ukompliceret eller kompliceret infektion? ([Se skema](#))
3. Behandling
4. Anbefaling om, at tage kontakt til seksuelle partnere indenfor de sidste 6 mdr.
5. Samtale om prævention til at forhindre smitte med kønssygdomme og til at forebygge graviditet.

4.1.2) Gonore (Patient tilbydes tid til konsultation)

1. Tilbud om test for andre veneriske sygdomme (venerisk blodprøve)
2. Afklaring: Ukompliceret eller kompliceret infektion? ([Se skema](#))
3. Behandling
4. Anbefaling om, at tage kontakt til seksuelle partnere indenfor de sidste 6 mdr.
5. Samtale om prævention til at forhindre smitte med kønssygdomme og til at forebygge graviditet.

4.1.3) Syfilis (Patient tilbydes tid til konsultation)

1. Tilbud om test for andre veneriske sygdomme (venerisk blodprøve)
2. Samtale om prævention til at forhindre smitte med kønssygdomme og til at forebygge graviditet
3. [Screening og behandling af Syfilis](#)

4.1.4) Hepatitis B

Den veneriske ansvarlige plejeperson kontakter en læge.

Vejledning til behandling ses [her](#)

Hepatitis B vaccination er med i børnevaccinationsprogrammet.

4.1.5) HIV

Den veneriske ansvarlige plejeperson kontakter læge.

Lægen konfererer efterfølgende med en medicinsk bagvagt mhp. videre plan.

[Ordination og behandling med HIV medicin](#)

[HIV i graviditeten](#)

4.1.6) Herpes genitalis (Patient tilbydes tid til konsultation. Kan evt. foregå telefonisk ved recidiv)

1. Tilbud om test for andre veneriske sygdomme (Venerisk sekret + Blod)
2. Afklaring: Ukompliceret eller kompliceret infektion? ([Se skema](#))
3. Behandling ([Se skema](#))

19.02.2024 12.15

Fælles standardbehandling - KliniskSHV9.01 - Behandling af alle Veneriske sygdomme - vejledning, ver. 1.3

4. Samtale om prævention til at forhindre smitte med kønssygdomme og til at forebygge graviditet

4.1.7) Kondylomer (Patient tilbydes en tid til konsultation)

1. Tilbud om test for andre veneriske sygdomme (Venerisk sekret + Blod)
2. Behandling ([Se skema](#)).
3. Samtale om prævention til at forhindre smitte med kønssygdomme og til at forebygge graviditet

4.1.8) Mycoplasma genitalium

1. Tilbud om test for andre veneriske sygdomme (Venerisk sekret + blod)
2. Behandling ([Se skema](#))
3. Samtale om prævention til at forhindre smitte med kønssygdomme og til at forebygge graviditet

4.2) Udeblivelse

Patienter der udebliver fra behandling eller kontrol kontaktes af den veneriske ansvarlige plejepersonale enten telefonisk eller pr. brev og får en ny tid.
Hvis de så udebliver igen, opfattes det som et ønske fra patienten om at afslutte behandlingen.

5) Dokumentation

Journalføring sker efter gældende retningslinjer.
Diagnosekoder indsættes i notat.

5.1) Diagnosekoder

U72 urinrørsbetændelse
X74 underlivsbetændelse
X92 Chlamydia-infektion i kønsorgan hos kvinde
Y74 Betændelse i testikel/bitestikel
X71 Gonore hos kvinde
Y71 Gonore hos mand
X90 Herpes genitalis hos kvinde
Y72 Herpes genitalis hos mand
X91 kondylom hos kvinde
Y76 kondylom hos mand
U72 Urinrørsbetændelse
X74 Underlivsbetændelse
X73 Trichomoniasis urogenitalis
X70 Syfilis hos kvinde
Y70 Syfilis hos mand

5.2) Indberetning til Landlægeembedet

Centrallaboratoriet på DIH indberetter tal for klamydia, gonore og syfilis til Landslægeembedet 2 gange årligt. Det er prøver der er taget i hele landet.

I tilfælde af positiv test for syfilis, HIV og AIDS skal sundhedspersonalet skriftligt informere Landslægeembedet.

Find blanket [her](#)

19.02.2024 12.15

Fælles standardbehandling - KliniskSHV9.01 - Behandling af alle Veneriske sygdomme - vejledning, ver. 1.3

5.3) Underretning til Kommunen

Hvis et barn under 15 år er testet positiv for en seksuel overført sygdom, skal sundhedspersonalet skrive en underretning og indberette skriftligt(via e-mail) til den kommune barnet bor i.

Forældrene skal informeres inden man sender underretningen.

Hvis sundhedspersonalet har mistanke om, at smitten er påført under kriminell handling, skal det meldes til politiet.

En underretning går forud for tavshedspligt.

Der skal ikke laves en underretning til kommunen for patienter mellem 15-18 år. Forældrene skal ikke informeres om konsultationen eller behandlingen, hvis patienten ikke ønsker det.

Handlevejledning:

Region Sermersooq

Region Avannaa

Region Disko

Region Kujataa

Region Qeqqa

Søgeord

venerea, køn, gyn, syfilis, hiv, chlamydia, seksu, sex, vene, gonore, podning, serologi, hepatitis, klamydia, herpes, kondylomer, kønsvorter, mycoplasma x5x

Region Disko -
KliniskRegional1.2.1.02
Retningslinje for behandling
af veneriske sygdomme

AdmReg2.02 Underretning i
Region Avannaa
AdmSHV12.01
Handlevejledning ved
mistanke eller viden om
seksuelt overgreb mod et
barn i Nuuk
Bilag: Skema 14-09-2022
(xlsx)
Bilag: Syfilis 14-9-2022
(docx)
Bilag: Til udprint -
undersøgelse for klamydia
og gonorré arnat -
kvinder.pdf (pdf)
Bilag: Til udprint -
Urinundersøgelse, klamydia
og gonorré, mænd.pdf (pdf)
KliniskSHV1.01.01
Blodprøvetagning
KliniskSHV1.1.01 Udredning
og behandling af hepatitis B
og D

Pjece ved seksuelt overførte
sygdomme dk
Pjece ved seksuelt overførte
sygdomme KAL
Skema 14-09-2022
Syfilis 14-9-2022
Til udprint - undersøgelse
for klamydia og gonorré
arnat - kvinder.pdf
Til udprint -
Urinundersøgelse, klamydia
og gonorré, mænd.pdf

19.02.2024 12.15

Fælles standardbehandling - KliniskSHV9.01 - Behandling af alle Veneriske sygdomme - vejledning, ver. 1.3

KliniskSHV1.2.01 Ordination
og behandling med HIV
medicin

KliniskSHV1.21 HIV i
graviditeten

KliniskSHV9.02 1.

Indberetning af seksuelt
overførte sygdomme

Bilag 3 - Case Visiterende Sygeplejerske på DIS

I dag er det mandag på Dronning Ingrid Sundhedscenter (DIS). Den visiterende sygeplejerske (VS) sidder på sit kontor og skal ringe til personer, der har afleveret en urinprøve og/eller blodprøve der har undersøgt for seksuelt overførte sygdomme (SOS). Personer, der er testet positive for SOS, kan hun se i journaldatabasen Cosmic. I dag er der 10 personer, der skal ringes op, udover hendes daglige opgaver, der er beskrevet i VS' funktionsbeskrivelsen.

I løbet af dagen skal VS bl.a. at betjene VS' telefon og de bo-enheder i byen der kan ringe, de ufraglærte receptionister der løbende har spørgsmål om borgere der ringer til DIS, bestilling af medicin og kondomer og tjekke indbakken i Cosmic med diverse prøvesvar der skal godkendes og journalføres.

Patient 1

Den første patient på listen har afleveret en urinprøve, der er testet positiv for klamydia. Ifølge vejledningen for håndtering af klamydia ringer VS personen op og vedkommende besvarer opkaldet. VS informerer om det positive svar, og at der vil blive udskrevet en recept på behandlingen, som består af tablet Azithromycin 1 g, der kan afhentes på apoteket i åbningstiden. VS rådgiver om at medicinen bør tages efter et måltid, for at undgå kvalme som bivirkning. Desuden opfordres personen til at få taget en venerisk blodprøve, der undersøger for syfilis, hepatitis B og HIV. Personen rådes til at kontakte sine seksuelle partnere indenfor de sidste 6 måneder og bede dem lade sig undersøge for SOS. Endelig informeres personen om, at de ikke kan aflevere en ny urinprøve inden for de næste 3 uger på grund af risikoen for falsk positivt resultat, og at personen frarådes at have samleje inden for de næste 14 dage, eller minimum skal bruge kondom på grund af smitterisiko, jf. retningslinjer for behandling af klamydia. (VS kan se, at det er tredje gang i år, at vedkommende har været smittet med klamydia og én gang med gonorré). Personen takker og lægger på.

Patient 2

Den næste person er testet positiv for både klamydia og gonorré. VS ringer op og besvarer opkaldet og informerer om dette. De bliver tilbudt en tid på DIS kl. 10.00 til behandling, da behandlingen for gonorré er en injektion i ballen med Ceftriaxon 500 mg (blandet med lidokain) samt tablet Azithromycin 2 g. Personen rådes til at kontakte deres seksuelle partnere

fra de sidste 6 måneder og bede dem om at blive undersøgt for SOS. Vedkommende rådes også selv til at få taget en venerisk blodprøve og informeres om, at de ikke bør have samleje de næste 14 dage eller minimum skal bruge kondom. Personen accepterer tiden til behandling og takker.

Patient 3

Den næste person på listen er testet positiv for klamydia. VS ringer op, men vedkommende tager ikke telefonen. VS noterer sig at prøve igen senere.

Imellem opkaldene bliver VS ringet op af en ansat på alderdomshjemmet, som hun også skal betjene ifølge hendes funktionsbeskrivelse. En ældre beboer er faldet og har slået hoften i forbindelse med en tur på toilettet. Den ansatte beder om en ambulance, så beboeren kan blive tilset på skadestuen. VS får beboerens CPR-nummer for at kunne dokumentere i Cosmic, booker en tid på skadestuen og bestiller en ambulance til afhentning på alderdomshjemmet. Den ansatte takker og lægger på.

Patient 4

Den fjerde person er testet positiv for syfilis ved en venerisk blodprøve. Personen ringes op og informeres om dette. De bliver tilbudt en tid på DIS kl. 13.00 til behandling. Behandlingen består af 2 injektioner af Benzetacil: 2,4 MIE i den ene balle og 1,2 MIE i den anden balle. Personen informeres også om, at de skal til kontrolblodprøver 3, 6 og 12 måneder efter behandlingen som opfølgning, for at VS kan sikre, at behandlingen virker korrekt. Personen informeres om, at de ikke må have seksuelt samleje med andre i 3 uger, og hvis de har et syfilis-sår, bør de ikke have samleje, før såret er helet, på grund af smitterisiko. Efter samtalen booker VS kontrolblodprøverne i sin kalender for 3, 6 og 12 måneder frem, jf. retningslinjer for behandling af syfilis. Hun booker disse kontrolblodprøver i sin kalender, så VS kan ringe Patient 4 op og påminde vedkommende om deres kontrolblodprøver, når tiden nærmer sig.

VS skal hertil lave en skriftlig indberetning til Landslægeembedet ifølge syfilisvejledningen. VS udfylder en blanket til individuel anmeldelse af smitsomme sygdomme og sender den per mail. Derudover skal VS lave smitteopsporing ifølge syfilisvejledningen. VS beder om navne og telefonnumre på alle de personer, som vedkommende har haft samleje med inden for de sidste 12 måneder, der kaldes primærkontakter. Personen nævner 4 primærkontakter på

seksuelle partnere inden for perioden. VS skriver dem ned på et papir, som hun kan destruere, når hun er færdig med smitteopsporingen.

Derefter begynder hun at ringe personerne op, som er på smitteopsporingslisten.

Smitteopsporing

Den første person på listen tager telefonen. VS informerer om, at vedkommende anonymt er blevet opgivet af en person, som er testet positiv for syfilis. Vedkommende er forskrækket, men accepterer opkaldet. VS får CPR-nummeret, så hun kan journalføre samtalen og informerer om, at vedkommende indkaldes til behandling på DIS, da man behandler profylaktisk ifølge retningslinjerne for behandling af syfilis. Der bliver tilbudt en tid kl. 13.30 samme dag, og det accepteres. Desuden får vedkommende at vide, at der skal foretages kontrolblodprøver 1 og 3 måneder efter behandlingen. Vedkommende accepterer og takker.

De næste 2 personer på listen tager telefonen og får samme besked og tider til behandling samme dag. Alle samtaler bliver dokumenteret i den enkeltes journal i Cosmic. Den sidste på listen tager ikke telefonen, så VS vil prøve at ringe op igen senere på dagen.

Lige da VS har lagt telefonen, kommer den ufaglærte receptionist med et spørgsmål. En bekymret mor ringer angående sit lille barn, der har haft høj feber i flere dage. VS spørger, om moderen har ringet til lægetelefonen i telefontiden. Det har moderen prøvet, men telefonforbindelsen røg efter lang ventetid, og nu er lægetelefonen lukket. VS tager over telefonkonsultationen og giver barnet en tid i sygeplejekonsultationen for at blive undersøgt. Moderen takker og lægger på.

Nu er det middagstid, så VS holder frokostpause. Efter frokost fortsætter VS med at ringe til de resterende personer på listen, samt lave opfølgende opkald på de personer, som ikke besvarede opkald tidligere.

Patient 3 (Opfølgning)

Hun prøver at ringe nr. 3 op igen, som ikke tog telefonen tidligere. Vedkommende tager den fortsat ikke; hun prøver igen senere.

Receptionisten har et spørgsmål igen. En ung kvinde ringer og beder om nødprævention, da hun har haft ubeskyttet samleje og ikke bruger prævention mod uønsket graviditet. VS

overtager samtalen og informerer om forholdsregler. VS råder kvinden til at blive undersøgt for veneriske sygdomme på DIS snarest muligt. VS kan se, at kvinden har ringet ind flere gange i år og bedt om fortrydelsespiller. VS råder kraftigt til, at den unge kvinde ringer til lægetelefonen og bestiller tid til opstart af prævention, da det er uholdbart at bruge fortrydelsespiller som prævention mod graviditet, og de beskytter ikke mod SOS. Den unge kvinde medgiver, men mener, at det er svært at få en tid hos lægen. Hun angiver, at hun vil prøve. VS udskriver en recept på en fortrydelsespille, som kvinden kan hente på apoteket i åbningstiden. Den unge kvinde takker og lægger på.

Patient 5

Den næste person er testet positiv for gonorré og bliver ringet op. Vedkommende tager telefonen og informeres om resultatet. Personen tilbydes en tid til behandling senere i dag, som de accepterer. Derudover informeres personen om forholdsreglerne: at de bør kontakte deres seksuelle partnere og bede dem blive undersøgt, rådes til at få taget en venerisk blodprøve, og at de ikke bør have seksuel omgang med andre de næste 14 dage eller minimum bruge kondom. Personen takker og lægger på.

Patient 6

Den næste person på listen er testet positiv for syfilis og tager ikke telefonen. VS kan dertil se at personen tidligere har været testet positiv for syfilis, men at vedkommende ikke er dukket op til nogle af deres kontrolblodprøver, som tages 3,6 og 12 måneder efter behandlingen er givet og at man tidligere har haft svært ved at komme i kontakt med personen telefonisk ifm. behandlingsforløbet.

Kontrolblodprøverne har tidligere smitte med syfilis været svingende ift. stadieinddelingen, som VS skal lave for at vurdere, hvilket syfilis-stadie personen er på mhp. hvilken behandling vedkommende skal have jf. retningslinjerne om syfilis. VS bliver i tvivl om, vedkommende er re-smittet og kontakter Statens Serum Institut i København jf. retningslinjerne. Disse er i Danmark og er ikke på deres kontor første gang, hun ringer, så hun må prøve igen senere. Hvis hun ikke får fat på Statens Serums Institut i dag, så vil hun prøve igen i morgen, eller konsultere med overlægen på DIS, som er ansvarlig for disse typer sager, som er mere komplicerede eller ved personer der er udfordrende at samarbejde med eller kontakte. Overlægen kan VS konsultere med hver torsdag.

Patient 7

I mellemtiden ringer hun til nr. 7 på listen, som er testet positiv for klamydia, og de tager telefonen. Hun informerer vedkommende, som hun har gjort med de andre jf. vejledningen, og beder vedkommende om at hente medicinen i apoteket i dag. Vedkommende takker og lægger på.

Efter hun lægger på, ringer hendes kollega, som sidder i den praktiske del af visitationen. Kl. er 14.30, og det er tid til at give vacciner, så VS kommer og hjælper til med at vaccinere fra 14.30-15.00. Da hun er færdig med det, går hun tilbage til sit kontor.

Den ene receptionist er gået tidligt hjem pga. sygdom, og den anden sidder nu alene i receptionen. Receptionisten skal lige på toilet, så VS tager over i receptionen imens. Da receptionisten er tilbage, går VS tilbage til sin post.

Patient 8

Er testet positiv for klamydia og gonorré og bliver ringet op, givet en tid til behandling i morgen, da der ikke er flere ledige tider i dag. Vedkommende accepterer og takker.

Patient 3 (opfølgning nr. 2)

VS forsøger at ringe nr. 3 op igen, og langt om længe så tager de telefonen. Personen bliver informeret om positivt klamydiasvar, informeres om forholdsreglerne og at behandlingen skal hentes i apoteket snarest muligt. Vedkommende takker og lægger på.

Patient 6 (opfølgning)

VS prøver at ringe til nr. 6 igen, igen uden held, hun må prøve igen i morgen. Hun skal hertil kontakte Statens Serums Institut igen angående tvivlen omkring Patient 6's syfilis stadieinddeling, men nu er kontoret i København lukket, grundet tidsforskellen. Hun noterer sig at hun må prøve at kontakte dem igen i morgen.

Patient 9

Er testet positiv for gonorré og ringes op. De tager telefonen og informeres herom. De gives en tid til behandling i DIS i morgen og informeres om forholdsreglerne. Vedkommende takker og lægger på.

VS har bedt sin kollega på den praktiske del af visitationen om at bestille medicin tidligere på dagen, da hun havde nogle udeblivelser. I alt 3 personer var udeblevet fra visitationen i dag. 2 personer, som skulle til veneriske behandlinger og 1 person, som skulle til sårpleje. VS' kollega har ringet til den ene, der skulle til venerisk behandling og givet vedkommende en ny tid, som de havde accepteret.

Den anden veneriske patient havde ikke svaret på opkaldet, så VS' kollega har booket dem til opkald fra VS i morgen, mhp. ny tid til behandling. Den sidste, som udeblev til sårpleje, har den anden VS lykkedes at kontakte og givet en ny tid i morgen.

I indbakken i Cosmic er der også nogle andre ting, som VS skal færdiggøre. Der er 4 personer, som har afleveret urindyrkning for at undersøge, om de har urinvejsinfektion og om de er i rette behandling. 2 af urindyrkningerne viser, at personerne er i rette behandling, men de sidste 2 personer skal have en anden behandling. VS ringer dem op én ad gangen og informerer om dette, samt laver recepter til den relevante behandling, som personerne kan afhente i apoteket. Begge tager telefonen og får beskeden.

Patient 10

VS forsøger at ringe den sidste op, som er testet positiv med klamydia, men de tager ikke telefonen, så hun booker til sin kalender i morgen, så vedkommende kan blive ringet op.

VS booker de 2 personer, som hun ikke har kunnet tage telefonisk kontakt til i dag, i sin kalender, så de kan blive ringet op i morgen. Hvis det slet ikke lykkedes at kontakte personerne telefonisk i løbet af de næste dage, så sender hun et fysisk brev om, at de skal tage kontakt til DIS. Så vil hun i morgen forsøge at kontakte den sidste person, fra smitteopsporingslisten fra patient 4.

Derudover noterer hun sig at hun skal kontakte Statens Serums institut i morgen vedr. patient 6.

Dagen er omme og VS og hendes kollega har fri.

Bilag 4 - søgeprotokol

Blok 1		Blok 2		Blok 3
"Benefits"	AND	"venereal clinic" OR "sexual health clinic"	AND	"arctic regions"

Database: PubMed

Boolean/phrase:

((benefits) AND (venereal clinic)) OR (sexual health clinic) AND (arctic regions)

History and Search Details						 Download	 Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time		
#17	...	>	Search: (((benefits) AND (venereal clinic)) OR (sexual health clinic)) AND (arctic regions) Filters: Full text, in the last 10 years	4	12:27:07		

I alt: 4 hits (besøgsdato: 28. april 2024)

Samme søgning i Cinahl gav ingen resultater.

Bilag 5 – inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
– Artikler udgivet indenfor de sidste 10 år – Artikler og undersøgelser lavet i Grønland/Artiske egne/Nordiske lande, grundet lignende sundhedsforhold og -væsen – Artikler indeholdende de udvalgte søgeord – Filtre: Full text	– Artikler som er ældre end 10 år – Lande som ikke er i inklusionskriterien

Tabellen er lavet for at give et overskueligt overblik over min søgning og de udvalgte inklusions- og eksklusionskriterier (Nielsen, Hjørnholm & Jørgensen, 2021, s. 58)

Bilag 6 – CASP-tjekliste af kvalitative studier

Kritisk læsning af kvalitative studier

Oversat efter: Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

Forfatter:	Anna Thomson, Ellen Christensen, Maria Wiklund & Monica Christianson
Titel:	A safe place—Adolescents' and young adults' perceptions of youth clinics
Tidsskrift:	Sexual & Reproductive Healthcare
Nøgleord:	Young people, adolescent health, sexual and reproductive health, youth

Overvej følgende spørgsmål:

- Er undersøgelsen valid?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.

De første to spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.

Hvis svaret er nej, er der ingen grund til at fortsætte.

Overordnede spørgsmål	
1) Har studiet en klar fremstilling af sit formål? - fremgår det hvad der er målet med undersøgelsen? - fremgår det hvorfor undersøgelsen er vigtig og relevant?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
2) Er det velvalgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode? tilstræber studiet at fortolke eller belyse handlinger og subjektive oplevelser hos de personer, der indgår?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de ovenstående spørgsmål er ja)	
3) Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet? har forfatteren begrundet valg af studiedesign?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
4) Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet? Overvej: - har forfatteren beskrevet, hvordan studiepersonerne blev udvalgt? - har forfatteren forklaret, hvorfor de blev udvalgt i forhold til den type viden, studiet skal afdække? - er der nogen diskussion af rekrutteringsforhold (fx hvorfor nogle valgte ikke at deltage)?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

5) Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet? • er rammerne for dataindsamlingen begrundet? • er det klart, hvordan data blev indsamlet (fx fokusgruppe, semistruktureret interview)? • har forfatteren begrundet den valgte metode? • har forfatteren tydeliggjort metoden (er det beskrevet, hvordan interviews blev udført? Var der en interviewguide)? • blev metoderne ændret i løbet af studiet? Har forfatteren forklaret hvordan og hvorfor? • er datatype tydelig (fx båndoptager, video, noter)? • har forfatteren diskuteret mætning af data?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
6) Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet? • har forfatteren undersøgt sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under: ○ formulering af spørgsmål? ○ ved dataindsamlingen, rekrutteringen og valg af sted? • står det klart hvordan forfatteren forholdt sig til begivenheder i forløbet og om man overvejede ændringers eventuelle indflydelse på studiedesignet?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

7) Er etiske spørgsmål blevet overvejet? • er der detaljer om hvordan studiet blev forklaret til studiepersonerne, så det kan vurderes om etiske standarder er overholdt? • har forfatteren diskuteret spørgsmål, der udsprang af studiet (fx informeret samtykke og hvordan man håndterer den effekt studiet kan have på studiepersonerne under og efter studiet)? • er der søgt om godkendelse af den etiske komité?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
8) Er dataanalysen tilstrækkelig stringent? Overvej: • er der en dybdegående beskrivelse af analyseprocessen? • bruges der tematisk analyse? Står det da klart, hvordan temaerne blev udledt af data? • beskriver forfatteren, hvordan de præsenterede data blev valgt ud fra den oprindelige mængde for at demonstrere analyseprocessen? • er der præsenteret nok data til at underbygge resultatet? • i hvilken udstrækning tages modstridende data i betragtning? • undersøger forfatteren kritisk sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under analyse og udvælgelse af data til præsentation?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

9) Er der en klar fremstilling af resultatet? • fremgår det tydeligt, hvad resultaterne er? • er der tilstrækkelig diskussion af evidensen for og imod forfatterens argumenter? • har forfatteren diskuteret troværdigheden af resultaterne (fx triangulering, validering af respondenter, mere end én analytiker)? • er resultaterne diskuteret i forhold til de oprindelige spørgsmål? 10) Hvor værdifuld er studiet? • diskuterer forfatteren hvad studiet bidrager med i forhold til eksisterende viden? • sættes resultaterne i forhold til gældende praksis og politik eller i forhold til relevant litteratur? • identificerer forfatteren nye områder hvor forskning er nødvendig? • har forfatteren diskuteret, om og hvordan resultaterne kan overføres til andre populationer eller overvejet om resultaterne kan bruges på anden måde?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐ Kommentarer Forfatterne forklarer resultaterne og hvordan deres kvalitative studie kan bidrage til eksisterende viden og forklarer hvor og hvordan resultaterne kan sættes ift. gældende praksis i ungdomscentre i Sverige. Forfatterne har beskrevet at deres studie kan være relevante for hvordan forbedringer kan laves på politik-udformninger m.fl. i Sverige og andre lande.
--	---

Bilag 7 – Syfilisvejledning

Syfilis

1. Formål

Screening og behandling af syfilis.

2. Målgruppe

Alt sundhedspersonale i SHV.

3. Fremgangsmåde

3.1. Screening

Treponema pallidum antistof - Treponema -Ab (Syf.screen) lig 0:

Patienten har ikke syfilis eller er meget tidligt i infektionen.

Nye blodprøver igen om tidligst 4 uger.

Hvis blodprøve igen er negativ, da igen om 3mdr.

Hvis blodprøve her fortsat er negativ, så har patienten ikke været smittet.

Treponema pallidum antistof - Treponema-Ab (Syf.screen) lig 1 eller større:

WR wassermann og RPR Rapid plasma reagin bestemmes automatisk ved positiv

Treponema-Ab.

- RPR og WR lig 0:

- Patienten har ikke syfilis eller er meget tidligt i infektionen
- Nye blodprøver igen om tidligst 4 uger.
- Hvis blodprøve igen er negativ, da igen om 3mdr.
- Hvis blodprøve her fortsat er negativ, så har patienten ikke været smittet.

- RPR og WR er lig 1 eller større:

- Patienten har syfilis eller har haft det tidligere
- se skemaet for stadietildeling for at vurdere hvilken

T.pallidum flagellum as(IgM) og T.pallidum flagellum as(IgG) bestemmes automatisk med ved ny opdaget syfilis når RPR og WR er lig 1 eller større.

Vær opmærksom på negativ IgM som indikerer sen syfilis.

Ved mistanke om kongenit syfilis, syfilis hos nyfødte, neuro-syfilis eller i særlige tilfælde, skal der bestilles separat: RPR, WR, T.pallidum flagellum IgM og IgG

Ved tvivl kontakt Tlf. 344707 visitations-sygeplejerske DIS for hjælp til stadietildeling, behandling og vurdering af yderligere diagnostisk behov (fuld serologisk undersøgelse).

3.1.1. Sår ved kønsorganer

Sår ved kønsorganer eller mistanke om Syfilissår i mundhulen:

- **Venerisk sår** (BCC profil: Podning med almindelig eSwab, sekret-Treponema pallidum PCR)
- **Venerisk Blod** (BCC-profil: Treponema pallidum Hepatitis B, HIV)
- **Venerisk sekret**, urin undersøgelse (BCC-profil: Klamydia, Gonore)
- Negativt podningssvar Syfilis stadig en mulighed. Afvent blodprøvesvar.
- Positivt podningssvar: Patienten har Syfilis.

Sår ved kønsorganer ses ved mange andre tilstande inklusiv infektiøse, inflammatoriske, traumatiske, allergiske og neoplastiske.

3.2. Behandling (inkl. alle gravide)

3.2.1. Primær, sekundær og tidlig latent samt seksuelle kontakter.

2,4 MIE inj. Benzetacil, 1,2 MIE på hver balde som engangsdosis.

Pulveret 1,2 MIE blandes med:

3 ml solvent (obs der medfølger 4ml) og 1 ml lidocain uden adrenalin(10mg/ml).

Rumfanget bliver 4 ml. Der gives i musculus gluteus maximus.

Proceduren gentages i den modsatte balde.

3.2.2. Sen latent syfilis, syfilis af ukendt varighed og tertiær syfilis

2,4 MIE inj. Benzetacil, 1,2 MIE i hver balde

I alt 3 gange med 1 uges mellemrum. Blandes som ovenfor anført.

3.3. Kontrol blodprøver

Foretages 3, 6 og 12 mdr. efter selve behandlingsstart dato.

Sikrer at WR og RPR falder sufficient og at behandlingen har virket.

Afsluttes når WR og RPR begge er 0.

Når blodprøven godkendes noteres man WR og RPR i journalen og sammenligner dem i henhold til de sidste blodprøver og behandlingen.

Patienten bookes til administrativ opfølgning ved den veneriske ansvarlige plejeperson for at påminde patienten, så de kan kontaktes, hvis de ikke selv har henvendt sig.

Patienten informeres om, at det er eget ansvar og vigtigt, at de følger op på kontrol blodprøver.

Vellykket behandling RPR er faldet med 4-fold (fx fra 64 til 16) og WR med 3 styrke grader (fx fra 5 til 2) efter 3 måneder.

RPR kan i sjældne tilfælde være positiv mere end 12 mdr. Selv efter vellykket behandling.

Ved fortsat positivitet efter 1 år konferere med statens serum institut (se nedenfor).

Stigning i RPR efter behandling indikere behandlingssvigt eller ny infektion.

Ved manglende behandlingsrespons, avanceret syfilis eller ved tvivlsspørgsmål:

Kontakt Statens Serum Institut Jørgen Skov Jensen eller Steen Hofmann + 45 3268 3268

3.4. Smitteopsporing for seksuelle kontakter 1 år tilbage (2 år ved senstadier)

- Primære kontakter skal kontaktes af den veneriske ansvarlige plejeperson. Her anbefales behandling og blodprøver.
- Patienten informeres om, at vi har tavshedspligt når vi ringer videre til primære kontakter.
- Vi har brug for navn, telefonnr., ca. alder samt hvad by de er fra. Der må elektronisk ikke ligge smitte opsporingsliste, så det foregår med kuglepen og papir og efterfølgende makulering.
- Den veneriske ansvarlige plejepersonale kontakter de primære kontakter og indkalder dem til behandling og blodprøver
- Der skal tydeligt i journalen noteres når der er foretaget smitteopsporing. Fx. Der er foretaget smitteopsporing d.d. Alle kontakter er kontaktet og tilbudt behandling, samt booket til videre plan.
- Alle primære kontakter skal tilbydes behandling også til trods for negative blodprøver, grundet inkubationstid. Blodprøven kan tages før behandling, på dagen eller kort efter behandling.

3.5. Skema(stadieinddeling):

www.ssi.dk (modificeret)						
Syfilisstadium	WR	RPR	AF-M	AF-G		
Inkubation	0	0	0	0		
Primær 1. halvdel	0	0	0 – 3	0		
Primær 2. halvdel	1 -10	0 – 8	2 – 14	1-14		
Sekundær og tidlig latent	8 -15	4 – 256	0 – 14	6 -14		
Sen latent	1-9	2-16	0	9-14		
Sen <u>neurosyfilis</u>	≥ 15	≥ 256	0	≥ 16		
Behandlet primær	Negativ efter 1 – 3 mdr.			Kan blive neg.		
Behandlet sekundær + tidlig latent	Negativ efter 3 – 6 mdr. (HIV positive op til 12 mdr.)			Forbliver ofte positive i > 10 år		
Behandlet sen latent og tertiær	Negativ efter nogle år. Positiv WR/RPR kan ses i over10 år hos enkelte patienter			Forbliver ofte positive i > 10 år		
Insufficient behandlet	Kan blive negativ, men kommer igen					
<u>Reinfektioner</u>	IgM reaktivitet forekommer sædvanligvis ikke, men ses ved 2. infektion, hvis 1. infektion er blevet behandlet meget tidligt					