

Posterwalk 2 – Patienters oplevelser og indtryk

ID	Titel på abstract	Navn
2	Klinikerrapporterede vurdering af funktionsevne som kvalitetsindikator – er det metodiske fundament på plads?	Tobias Kaarsbo
12	Kvindens oplevelse af 2. grads bristninger	Richard Farlie
13	First time mothers' experience of the use of CTG during birth	Richard Farlie
14	Medinddragelse af gravide over termin i valget af igangsættelsesmetode	Richard Farlie
19	Robuste sundhedstilbud gennem reform, evidens og borgerinddragelse	Alberte Dørfler Hvidberg / Lina præsenterer
44	Fækalinkontinens efter erhvervet hjerneskade – fra borgerperspektiver til klinisk flowchart	Julie Schou Hansen
46	Implementering af øget indsats ved vandladningsforstyrrelser efter erhvervet hjerneskade	Julie Schou Hansen

Funktionsevne som kvalitetsindikator

Er det metodiske fundament på plads?

BAGGRUND

Funktionsevne fremhæves i stigende grad som en sundhedsindikator på linje med *mortalitet* og *morbiditet*. Hvis funktionsevne skal anvendes som *kvalitetsindikator*, kræver det *valide* vurderinger.

I ICF gradueres begrænsninger i capacity og performance med qualifiers (0–4), men hvordan omsættes kliniske vurderinger til disse qualifiers?

Formål

At kortlægge *klinikerrapporterede vurderinger* (ClinRA) baseret på ICF's capacity- og performance-qualifiers og undersøge deres metodiske og konceptuelle grundlag.

METODE

- **Scoping review** (*a priori*-protokol og rapporteret iht. PRISMA-ScR)
- 5 databaser (MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO og Scopus)

INFOBOKS

ICF som klassifikation

Hierarkisk opbygget: *stamme* → *gren* → *blad*, som vi kender fra ICD.

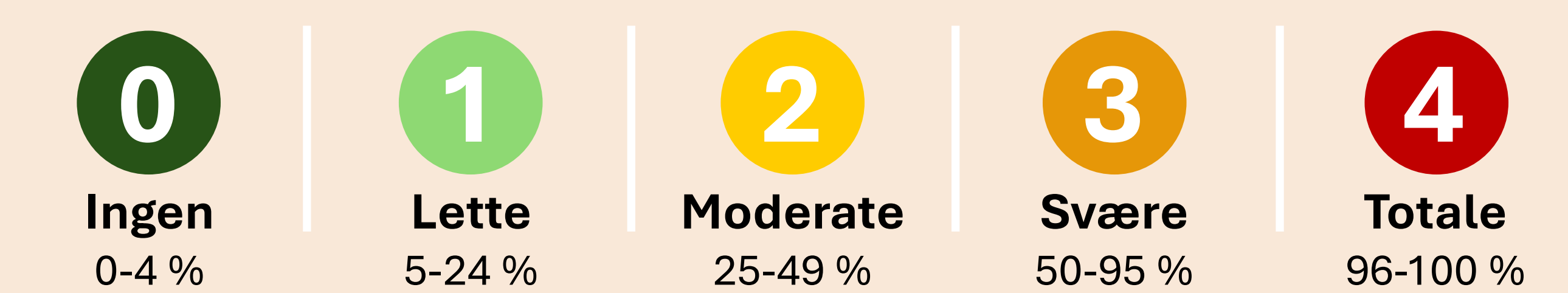


ICF-constructs for activities & participation



ICF-qualifiers

Grad af *begrænsning* angives med qualifiers 0–4



RESULTATER

1 Begrænset antal studier

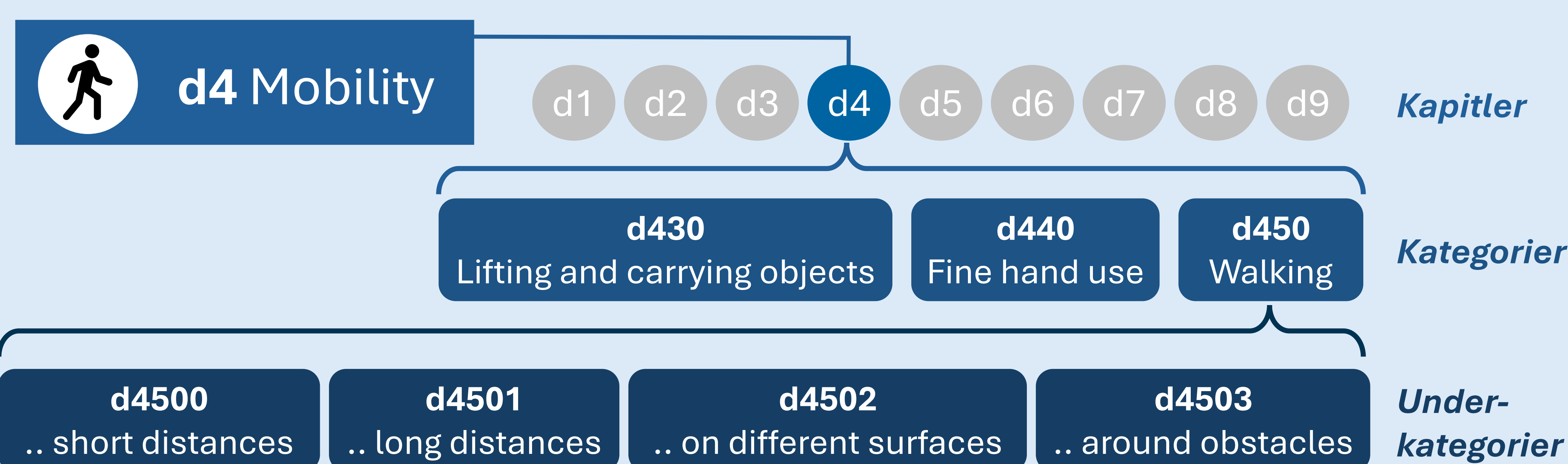
5 inkluderet studier (5.223 TI-AB-screenet. 271 fuldtekst læst)

2 Implicitte constructs

Capacity og performance var ikke eksplicit beskrevet, men måtte udledes af testbetingelserne

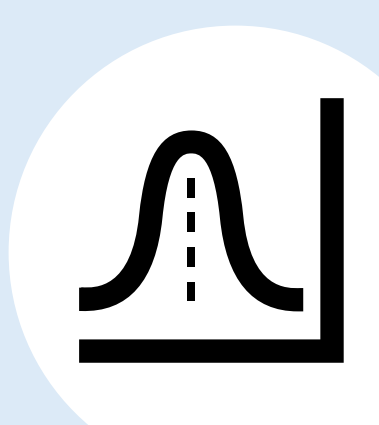
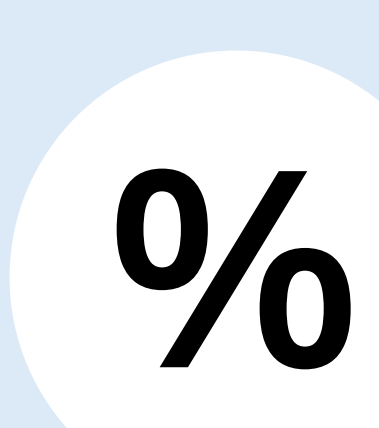
3 Få ClinRA til få kategorier

8 ClinRA fordelt på 7 ICF-kategorier



4 Operationalisering af qualifiers

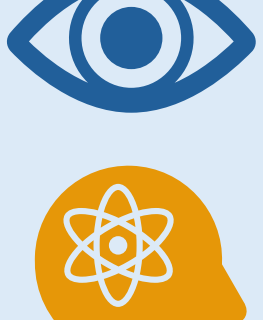
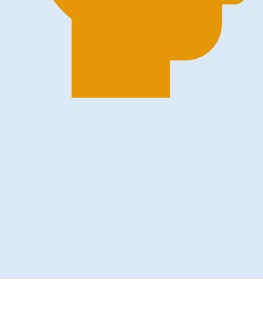
Forskellige principper for graduering:

-  **Fordelingsbaserede**
Intervaller baseret på SD fra referencepopulation
-  **Procentbaserede**
Procent ift. den forventede eller normative reference
-  **Beskrivelser**
Graduering baseret på beskrivelse af funktionsevne
-  **Validering**
Ingen undersøgelser af validitet. Alene rater agreement og teknologisk præcision.

DISKUSSION – Fra information over vurdering til kvalitetsdata?

Hvad skal ClinRA baseres på?

Der bør identificeres relevante informationskilder til ClinRA for den konkrete ICF-kategori, f.eks:

-  Måling af parametre
-  Observation af fænomener
-  Registrering af tanker og oplevelser hos personen

Integreres og gradueres, hvordan?

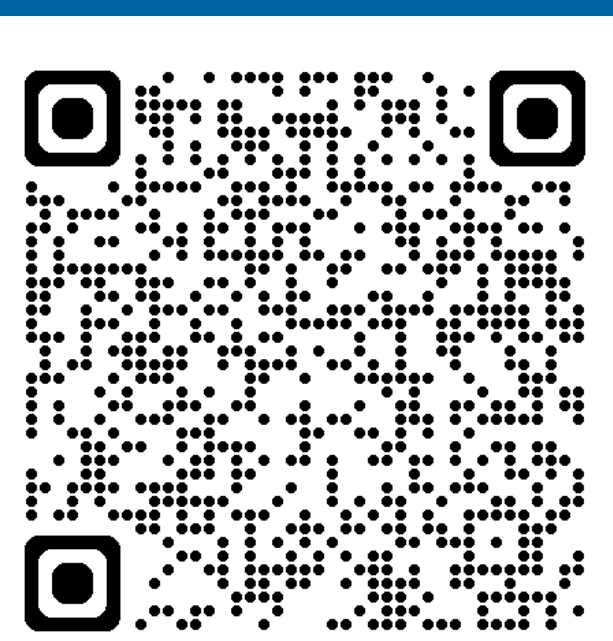
Der bør udvikles kategori-specifikke kriterier for, hvordan information integreres og gradueres med ICF-qualifiers.

Valideres, hvordan?

Det bør undersøges, hvordan validitet af ClinRA baseret på capacity- og performancequalifier kan dokumenteres:

- Dækkes det relevante indhold? (*Indholdsvaliditet*)
- Afspejler vurderingen det tilsigtede construct? (*Begrebsvaliditet*)

Hvis funktionsevne skal anvendes som *kvalitetsindikator*, har vi brug for forskning i, hvordan kliniske vurderinger omsættes til *qualifiers*



Læs artiklen her

Kaarsbo T, Phillip JG, Maribo T, Hansen K, Napel HT and Minet LR (2026) Exploring clinician-reported assessments of capacity and performance qualifiers in the ICF: a scoping review. Front. Rehabil. Sci. 7:1792865.



Region Syddanmark

SDU

OUH
Odense Universitetshospital
Svendborg Sygehus
Syddansk Universitetshospital

Kvinders oplevelser af 2.gradsbristninger efter fødsel

Pernille K. Jørgensen¹, stud.med., Linn E. Helleland^{1,2}, MD og Richard Farlie^{1,2}, MD, MI, MHM

(1) Aarhus Universitet (2) Regionshospitalet Viborg

Kvindesygdomme og fødsler, Viborg Regionshospital, Danmark

Baggrund

2.grads bristning er en af de hyppigste bristninger og i 2024 endte 42,3% af alle vaginale fødsler i en sådan bristning. Disse anses primært som ukomplicerede og fylder dermed ikke så stort et fokuspunkt for sundhedsvæsenet. Dog afspejler dette ikke kvindernes store bekymring herfor ifm. graviditeten.

Metode

Der blev rekrutteret 10 kvinder som havde fået en 2.gradsbristning. 9 af disse kvinder gennemførte et telefonisk interview ca. 1 uge efter fødslen. Disse interviews blev optaget og transskriberet, hvorefter de kunne analyseres med inspiration fra Braun og Clarks tematiske analyse.

Resultater

1: Bekymring for smerte og efterforløbet

7/9 kvinder var inden fødslen bekymret for bristninger. Dog mener de ikke der er noget der ville kunne have fjernet deres bekymringer.

F4: "Ja, synes jeg. Ja, det er ikke sådan en vild rar tanke om at man kan briste, [...] og hvor ondt det ville gøre og nok også sådan lidt hvad der skulle ske efter."

2: Ømt, ikke smertefuldt

Bristningen beskrives som øm og ikke smertefuldt. Der ses en median for NRS på 2-3.

F9: "Selvfølgelig så er jeg øm og det tror jeg også jeg vil være en uge, måske 2 endnu. Men det er bare sådan 2-3, det er virkelig ik ret meget."

F7: "Jeg kan sige ømhed [...] Så vil jeg sige 2-3 stykker.""

3: Informationen inden fødslen var god

Alle kvinderne havde hørt om bristninger inden, og denne information kom fra jordemoder, fødselsforberedende kurser og bekendte. 8/9 synes de var velinformerede inden fødslen og kunne ikke have ønsket sig anden information.

F7: "Der synes jeg i har været ret gode til at fortælle om hvad man kunne forestille sig. Og så har jeg egentlig også selv, ift. At vi har været til fødselsforberedelse og hvad man nu har haft. Så synes jeg at jeg har været dækket godt ind ift. Hvad man kunne forvente. Så det er ikke kommet som et chok for mig med den bristning."

4: Information om efterforløbet

Kun 1 svarede nej til om hun følte sig velinformeret. Når kvinderne direkte blev adspurgt herom. Som kontrast til dette giver 4 kvinder udtryk for at de havde et ønske om mere information om efterforløbet.

F3: "Jeg synes det kunne være rart med en guide til at være obs. På de her ting. ligesom vi får med hjem, med hans afføring og urin. Der kunne det være rart at have en generel guideline for hvor mange dage går der i gennemsnit for smerterne gerne skulle til at være væk."

F7: "Svært at finde ud af hvor meget og hvor lidt man skal bløde, herefter, i ophelingen. [...] Lidt mere ift. Blødning, altså hvad kan man forvente ift. Hvor meget og hvor lidt og hvad skal man tage højde for."

5: Information og opfølgning som vigtigste håndteringsselement

4 nævner opfølgning som en af de vigtigste komponenter i håndteringen af efterforløbet med bristningen.

F1: "Et tjek hos gynækologisk læge for at få sat en spiral op, og det gav mig noget tryghed at det var en fagperson, der kiggede på det."

F8: "At jeg var nede til det der tjek på sygehuset. Det gav mig en ro i maven."

5 nævner information som en af de vigtigste komponenter

F3: "Nok den følelse, man ved det er helt normalt. Fordi man nok fået lidt viden omkring det, så man kan slappe lidt af i hvad der så sker, de der ting som skyld, meget blod osv."

F7: "At være velinformeret i hvert fald"

Konklusion

Der kan herudfra konkluderes at bekymring over bristning, ikke er noget der vil kunne fjernes helt. Informering af kvinderne i det omfang, som vi gør nu, er med til at mindske bekymring og give dem en bedre oplevelse i graviditeten såvel som efter bristningen. Vores sundhedsvæsen er allerede nu god til at informere kvinderne, men det er stadig et punkt hvorpå der kan komme forbedring. Et forslag hertil kunne være at få mere information med hjem efter fødslen.

Dertil kan det også konkluderes at opfølgning af bristningen er godt virkemiddel og også et vigtigt element for kvindernes oplevelse ved at skabe tryghed. Dette er dog ikke så stort et forbedringspunkt som information.

First time mothers' experience of the use of CTG during birth

Maja Obel Bonnerup, Medical Student, Aarhus University
Richard Farlie, MD, MI, MHM, Associate Professor, Head of Research, Head of Obstetrics and Fetal Medicine

Viborg Region Hospital, Denmark, April 2026

Background

Cardiotocography (CTG) has been found to be highly overused outside its recommendations, increasing the number of instrumental interventions and caesarean sections in uncomplicated births. The aim of this project is to explore the attitudes and feelings towards the use of CTG in labour from women who had undergone uncomplicated pregnancies and now given birth - and compare these to their opinions prior to birth.

Methods

8 semi-structured interviews with first time mothers were conducted telephonically and transcribed. The same women were also interviewed before giving birth in a prior study. The interviews were analysed using Braun and Clarke's qualitative thematic analysis.

Why it matters

The potential risk, when CTG is perceived as standard practise during all births, is that this could lead to expectations from the birthing woman. This again can contribute to the overuse of CTG as this expectation can increase the pressure on the midwives to use the CTG when it is actually not recommended and necessary.

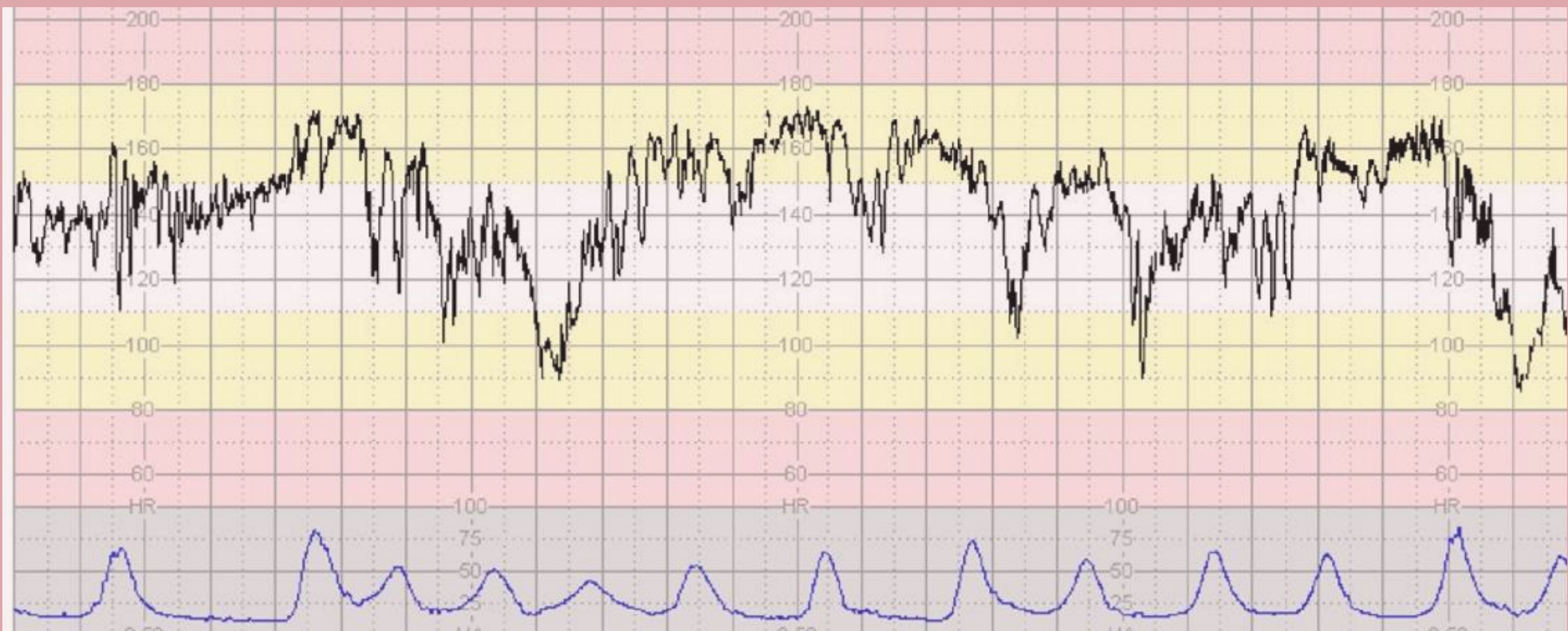
Potentially, the women can lose their beliefs in their own body and mindset. It can lead to endless anxiety in the birthing women which can only be managed by an excessive amount of extra monitoring – which can cause overtreatment. And this is not without consequences:

Studies by Alfirevic, Devane et al. (2006) found that the use of continuous CTG (compared with intermittent auscultation) in low-risk births was associated with a 15% increase in instrumental vaginal births and a 63% higher caesarean section rate.

Conclusion

Most of the women had CTG during birth, but generally, the women's thoughts on CTG had not changed after birth. CTG is perceived as a positive monitoring tool, but with the negative outcome that it limits the mother's natural movements during birth and shifts the focus away from the body. The women clearly wanted as much monitoring as possible, even in low-risk situations.

This creates an obstacle for midwives who need to end the overuse of CTG, as these birthing women are not aware of the potential consequences of too much monitoring.



"If nothing is wrong then you have to trust that nature and the body will do what they're meant to do" (P8)

"It must be a bit stressful and annoying, rather than simply being present in your body and letting it do what it's meant to do" (P6)



"(...)when you want to stand and walk around, but instead I was mostly lying down. I also did stand a bit, but I wasn't able to walk around." (P6)

Results

5 main themes were identified:

1) CTG as a provider of safety and reassurance

Most of the women thought CTG provided a sense of control and safety for the child, and an early detection of possible complications.

2) CTG as a potential disrupter of a natural birth

Several women mentioned how the use of CTG at uncomplicated births can create hyperfocus on the monitor and thereby shift the women's focus away from the body and towards the monitor.

3) Communication is fundamental for the experience and understanding of CTG

The women reported that the level of information and the way it was delivered had great impact of their perception of the CTG and highlights the importance of good teamwork between the midwife and the birthing woman.

4) The practical and physical discomfort of CTG

The women mentioned how CTG can limit movement, create discomfort, and be physical bothering during their birth.

5) Future aspects - CTG as a routine tool

Most of the women already believe or think that CTG should be standard practice in every birth. This can cause problems due to a mismatch in expectation and actual recommendations.

"It can create a sense of reassurance that someone is monitoring the situation" (P1)



"I want absolutely everything explained - that's what I need." (P5)

"I don't need all the explanations, because I don't think I should be made more worried that absolutely necessary" (P4)

The more information, the better - I guess I'm a bit of a control freak." (P3)

"If nothing is wrong, there's probably no need for it. (...) so it could end up causing unnecessary worry" (P4)

Involving Women in the Choice of Labour Induction Method

Line Boes Henningsen¹, stud. med. og Richard Farlie^{1, 2}, MD, MI, MHM

(1) Aarhus University, (2) Department of Obstetrics and Gynecology, Regionshospitalet Viborg

BACKGROUND

Labour induction is offered to healthy pregnant women at 41+5 weeks in Region Central Denmark. Several induction methods are available, including amniotomy, misoprostol and balloon catheter. The choice depends on clinical factors as well as the woman's preferences. However, the women's knowledge, preferences and involvement in choosing an induction method are important for shared decision-making.

AIM:

To explore how pregnant women experience involvement in the choice of labour induction method, including their knowledge, preferences and the role of healthcare professionals in the decision-making process.

METHODS

Qualitative interview study

Participants

8 healthy pregnant women
Gestational age >40+0 weeks

Data collection

May–June 2026, at Regionshospitalet Viborg
Semi-structured individual interviews
Pre-designed interview guide

Data analysis

Interviews were transcribed and analyzed using **thematic analysis inspired by Braun & Clarke**.

"The midwife said that if I thought it was a good idea, she thought we should do it. ... I was allowed to make the final decision." — G5

"... I need there to be a specific plan." — G4

"The sequence, what is going to happen step by step, is important to me. ... and if nothing happens, what do we do tomorrow?" — G5

WHY IT MATTERS

Women want to be involved in the choice of labour induction method — but they do not necessarily want to make the decision alone.

Women rely strongly on healthcare professionals and value their guidance, while also wanting sufficient knowledge to understand their options and express their own preferences regarding labour induction. For many women, the decision is not only about the method itself, but also about knowing **what to expect** and what happens next.

There is a need for **clear information** about available options and **expected timeframes**, as well as a **structured plan** for the induction process.

How can we support women in making informed choices while maintaining professional guidance?

→ **A structured decision-support tool may strengthen shared decision-making and ensure more consistent information.**

RESULTS

4 themes were identified:

1. LIMITED KNOWLEDGE

Knowledge of induction methods was limited

- 8/8 knew about amniotomy and misoprostol
- 7/8 had heard of balloon catheter
- Only **3/8** knew about the possibilities and limitations of the balloon catheter
- Only **2/8** mentioned Emento as an information source

2. INVOLVEMENT OF THE WOMEN WAS ACCOMEDATED

Women's own preferences were acknowledged. Several women expressed preferences regarding induction, and healthcare professionals generally sought to accommodate these when possible.

3. PROFESSIONAL RECOMMENDATIONS WERE CENTRAL

6/8 underwent induction based on healthcare professionals' recommendations. Women expressed high trust in midwives and doctors and often relied on their professional judgement when choosing an induction method.

4. WOMEN WANTED A CLEAR PLAN

7/8 mentioned needing a structured plan to avoid concern and frustration.

6/8 women specifically mentioned the time aspect as a factor.

Women wanted clarity about:

- What happens? How long will it take? What happens next? What if it does not work?

Several women wanted a Plan B and Plan C if the initial method was unsuccessful.

CONCLUSION

Women generally experienced being involved in the choice of induction method.

However, limited knowledge and strong trust in healthcare professionals meant that professional recommendations played a central role in the final decision.

Women wanted guidance, information and a clear plan — rather than having to make the decision alone.

These findings support the development of a structured decision-support tool to strengthen shared decision-making and provide consistent information.

"I actually don't really know much about it. ... I know about amniotomy and the pills. I've never heard of the catheter." — G3

"I would like to know something about the risks." — G3

"It was probably the decisive factor in the decision we made." — G7

"I really listen to the professionals and those who know what they're doing." — G1

"I thought she was the one who knew what she was doing, so I didn't want to interfere." — G2

Fællesskaber i gruppebaserede indsatser

Robuste sundhedstilbud gennem reform, evidens og borgerinddragelse

Kristina Johansen, Line Autrup Helgstrand, Alberte Dørfler Hvidberg

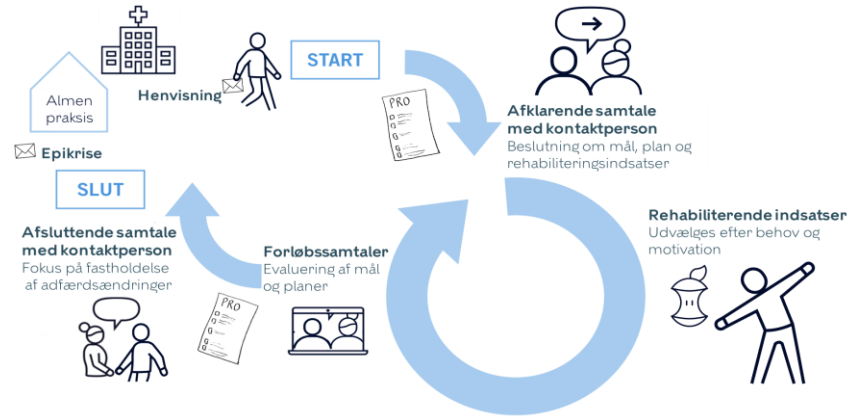
Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme, Københavns Kommune



BAGGRUND

Sundhedsreformen stiller krav om mere robuste og fleksible sundhedstilbud af høj og ensartet kvalitet. Det kræver nye organisatoriske modeller, der sikrer både effektivitet og kvalitet. En vej til effektivitet er, at prioritere gruppeforløb, fremfor individuelle indsatser. Hvis borgerne oplever fællesskab, der styrker deres handlekompetence, og når sundhedspædagogisk facilitering sikrer borgerinddragelse og differentiering, højnes kvaliteten.

Formål: At videreudvikle og implementere kostvejledning, træning og sygdomsmestring i form af evidensbaserede gruppeindsatser, så indsatserne lever op til sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kroniske sygdomme og nyeste evidens.



Figur 1 - Et forløb i Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme. Gruppeindsatserne indgår i rehabiliteringsforløbet.

METODE

I Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme blev der i tæt samarbejde med sundhedsprofessionelle videreudviklet på tre gruppebaserede indsatser.

Kostvejledning

Træning

Sygdomsmestring

Der blev særligt arbejdet med tre greb i udviklingen:

1

Sundhedspædagogiske værktøjer

Aktiv deltagelse og erfaringsudveksling som alternativ til klassisk undervisning. Facilitator tilpasser indholdet til det, der fylder for det enkelte hold.

2

Ensartet struktur med drejebøger

Indsatserne er struktureret ens på tværs af sygdomme for at øge robusthed og kvalitet - med fleksibilitet til sygdomsspecifikke tilpasninger.

3

Evaluerings

Telefoninterviews med 30 borgere, der har deltaget i en eller flere af gruppeindsatserne, samt observationer af indsatserne.

RESULTATER

Interviews og observationer tegner et klart billede: Gruppeindsatser baseret på den sundhedspædagogiske tilgang har værdi for borgerne. Tre emner gik på tværs:

Fællesskabet som drivkraft

Fællesskabet motiverer borgerne til at møde op og til at ændre vaner. At møde andre med samme sygdom skaber genkendelse og inspiration.

Aktiv deltagelse som læringsform

Borgerne lærer bedst, når de selv er aktive. Dialog frem for klassisk undervisning sætter konkrete spor: ændrede madvaner, brug af vejtrækningsøvelser, øget tro på egne evner og bedre kropsforståelse.

Selvoplevede fysiologiske resultater

Borgerne beskriver vægttab, normaliseret blodsukker og kolesterol, bedre vejtrækning og øget fysisk formåen. Flere bruger de lærte strategier i hverdagen og føler sig mere trygge i at håndtere deres sygdom.

VÆRKTØJER DER HAR VIRKET

Sundspædagogisk kompetenceløft

Tydelig rammesætning

Drejebøger

Løbende fokus på målsætning

Fire værktøjer har understøttet implementeringen i praksis. De sundhedsprofessionelle har opnået kompetenceløft i sundhedspædagogiske tilgange. Drejebøger har understøttet implementeringen med en fast struktur i indsatserne. Strukturen har sikret, at borgerne oplevede en tydelig rammesætning og et løbende fokus på deres mål gennem indsatserne.

KONKLUSION

Gruppeindsatser er et lovende svar på sundhedsreformens krav om robusthed, fleksibilitet og høj kvalitet i rehabilitering af borgere med kroniske sygdomme. Når indsatser baseret på kvalitetsstandarder kombineres med sundhedspædagogiske tilgange, understøttes borgernes handlekompetence, aktive deltagelse og oplevelse af fællesskab - samtidig med at tilbuddene er ressourceeffektive.

Borgerne bekræfter selv værdien: De lærer bedre, motiveres mere og opnår sundhedsfaglige resultater og handlekompetence.

TAKE HOME MESSAGES

Gruppeindsatser forener og øger effektivitet og kvalitet

Fællesskabet motiverer til fremmøde og nye vaner

Borgerne lærer bedst, når de selv er aktive

Drejebøger giver ensartet kvalitet på tværs af sygdomme og hold

Facilitators kompetencer er afgørende for differentiering

Fækalinkontinens efter erhvervet hjerneskade

Fra de ramtes perspektiver til klinisk flowchart



Julie Schou Hansen¹, Katrine Bruun², Mathias Lee Street-Hansen², Chrestine S. Keller¹, Nadia Jasmin Drinkall¹, Pernille Langer Søndergaard¹
¹Neurorehabilitering - Kbh, Københavns Kommune. 2900 Hellerup. ²Roskilde Universitet, Kandidat i Sygepleje - Avanceret Klinisk Sygepleje. *Korresponderende forfatter: t49n@kk.dk



1. BAGGRUND

Fækalinkontinens forekommer hos 41-68% af personer med erhvervet hjerneskade ved indlæggelse til neurorehabilitering og hos 12-36% ved udskrivelse.¹

Tilstanden kan påvirke funktionsevne, værdighed, livskvalitet og deltagelse i rehabiliteringen.²

Evidens for vurdering og behandling hos personer med erhvervet hjerneskade er begrænset.

Definition af fækalinkontinens
Ufrivillig afgang af afføring, herunder gas, flydende eller fast afføring som man ikke kan kontrollere, og som er et socialt eller hygiejnisk problem.

2. FORMÅL OG MÅL

Overordnet formål:
At styrke den sygeplejefaglige indsats ved fækalinkontinens efter erhvervet hjerneskade.

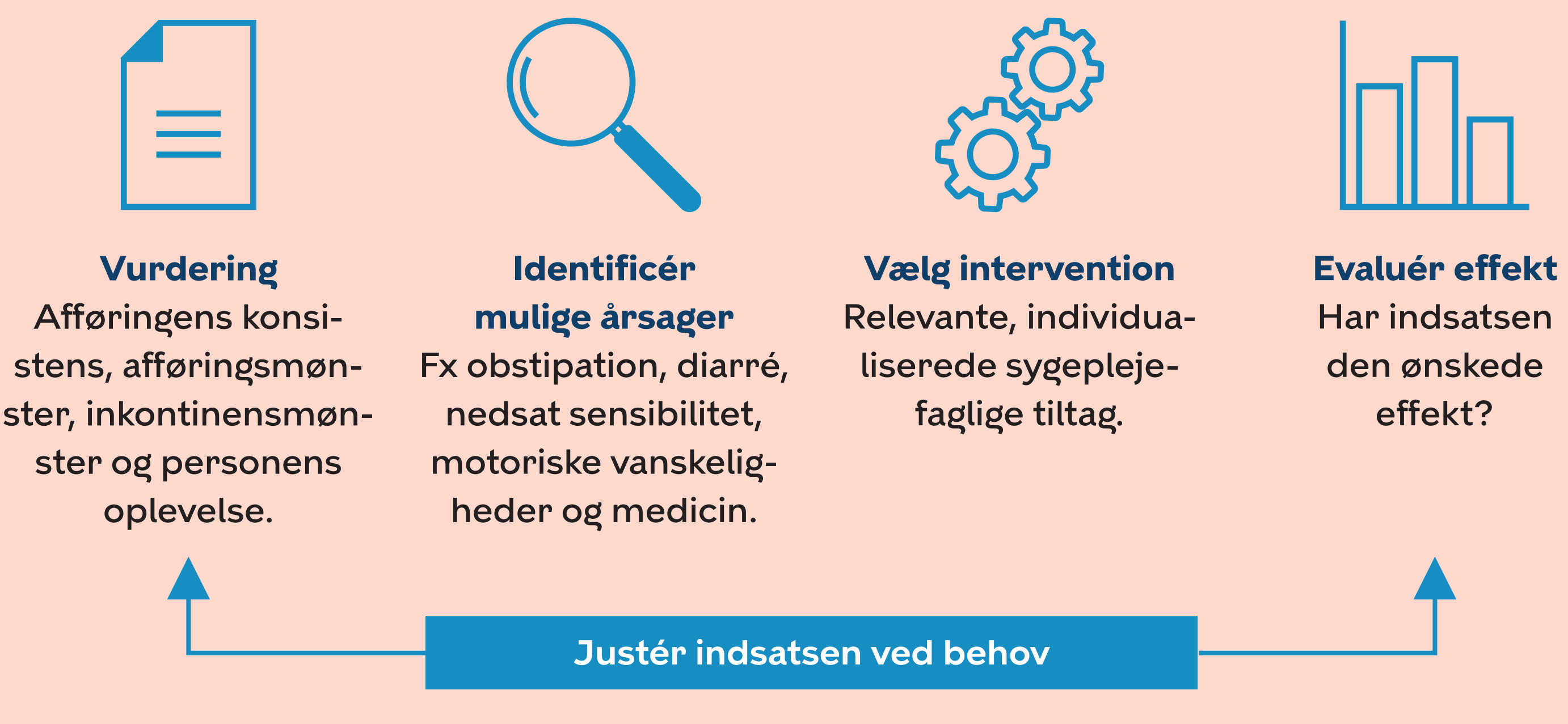
Mål:

- 1: At undersøge, hvordan personer med erhvervet hjerneskade oplever fækalinkontinens, herunder deres situation, behov og ønsker.
- 2: At undersøge, hvordan sygeplejersker forstår og erfarer sygeplejen ved fækalinkontinens.
- 3: At udvikle og indledningsvist afprøve et systematisk og personcentreret flowchart til vurdering og håndtering af fækalinkontinens.

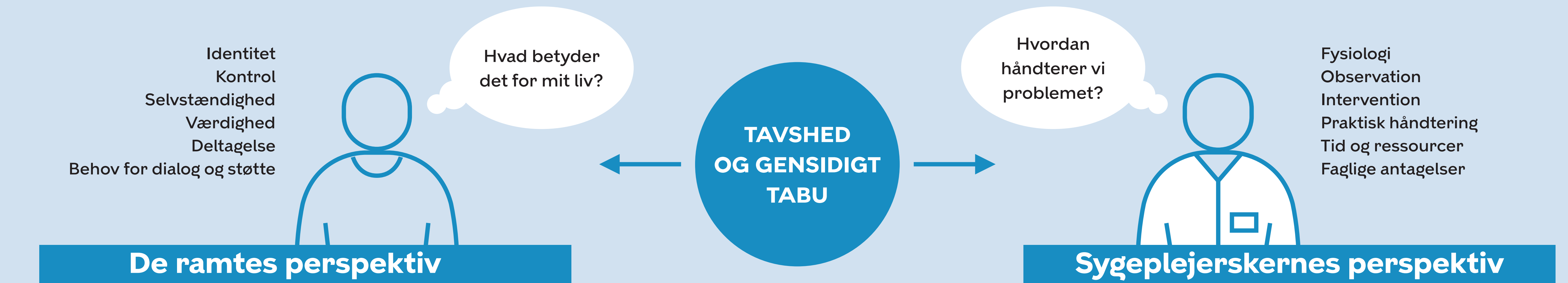
3. METODE



4. DET KLINISKE FLOWCHART



5. TO PERSPEKTIVER - ÉN FÆLLES UDFORDRING



6. RESULTATER - KVALITATIVE FUND



7. FORELØBIGE RESULTATER



8. KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Den indledende afprøvning tyder på, at nytilkommen fækalinkontinens efter erhvervet hjerneskade kan afhjælpes gennem individualiserede sygeplejefaglige tiltag.

Flowchartets anvendelighed er endnu ikke tilstrækkeligt belyst og kræver yderligere afprøvning og tilpasning. Interviewfundene understregede betydningen af dialog, inddragelse og opmærksomhed på de psykiske og sociale konsekvenser.

FORTSAT FOKUS



1. Zandalasini, M. et al. Bowel dysfunctions after acquired brain injury: a scoping review. *Front. Hum. Neurosci.* **17**, 1146054 (2023).
2. Assmann, S. L. et al. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence-A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. *United Eur. Gastroenterol. J.* **10**, 251-286 (2022).



Implementering af indsats ved vandladningsforstyrrelser efter erhvervet hjerneskade

Fra de ramtes perspektiver til klinisk flowchart



Julie Schou Hansen¹, Chrestine S. Keller¹, Nadia Jasmin Drinkall¹, Susanne Lorentzen¹, Pernille Langer Søndergaard¹
¹Neurorehabilitering – Kbh, Københavns Kommune, 2900 Hellerup. *Korresponderende forfatter: t49n@kk.dk



1. BAGGRUND

Vandladningsforstyrrelser er hyppige efter erhvervet hjerneskade og kan påvirke hverdagsliv, deltagelse i rehabiliteringen, livskvalitet og medføre øgede omkostninger for samfundet.¹

Efter stroke ses urininkontinens hos omkring en tredjedel i den akutte fase, og problemerne kan fortsætte gennem rehabiliteringsforløbet.^{2,3} Samtidig peger forskning på, at vandladningsforstyrrelser ofte ikke håndteres systematisk i neurorehabiliteringen, og at det kan være vanskeligt at få en systematisk indsats for inkontinens til at blive en del af den daglige praksis.^{2,4}

Definition:
Vandladningsforstyrrelser defineres som problemer med blærens fyldning og/eller tømning.



2. FORMÅL

Overordnet formål
At øge den sygeplejefaglige indsats ved vandladningsforstyrrelser efter erhvervet hjerneskade.

- Delmål**
1. At øge de ramtes oplevelse af at blive inddraget og mødt i deres vandladningsforstyrrelser.
 2. At 90% af personer med vandladningsforstyrrelser har opstartet en sygeplejefaglig handleplan inden for 72 timer.
 3. At identificere faktorer med betydning for implementering og varig forankring af indsatsen i klinisk praksis.

3. METODE



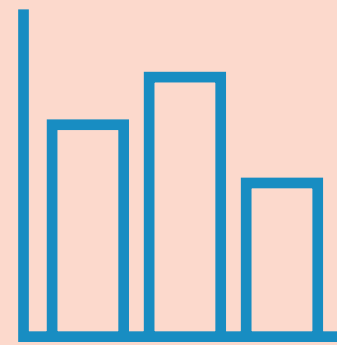
- Design og datagrundlag**
- Lokalt udviklings- og implementeringsprojekt.
 - Journalgennemgang (n=30) ved fire måletidspunkter primo 2024 - primo 2025.



- Semistrukturerede interviews med ramte (n=8)**
- Om oplevelse af vandladningsforstyrrelser, behov for hjælp og støtte samt erfaringer med indsatsen.



- Semistrukturerede interviews med sygeplejersker (n=4)**
- Om erfaringer med arbejdet med vandladningsforstyrrelser, implementering af indsatsen og faktorer for forankring.



- Bearbejdning og analyse**
- Interviews transskriberet, kodet og tematisk analyseret.
 - Indholdsanalyse af interviews og journaldata.
 - Analysen blev struktureret med The Capability, Opportunity, (COM-B)⁵ som ramme model

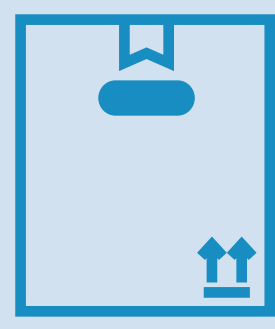
4. INDSATSEN – FRA UDVIKLING TIL IMPLEMENTERING



1. Udarbejdelse af arbejdsgang og vurderingsredskab til udredning.



2. Udarbejdelse af idekatalog til brug i praksis og til at lave sygeplejefaglige handleplaner.



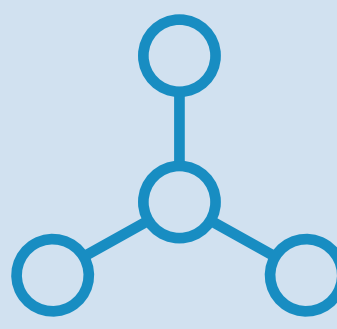
3. Tilpasning af depot for kontinenshjælpemidler.



4. Differentieret undervisning af alle faggrupper.



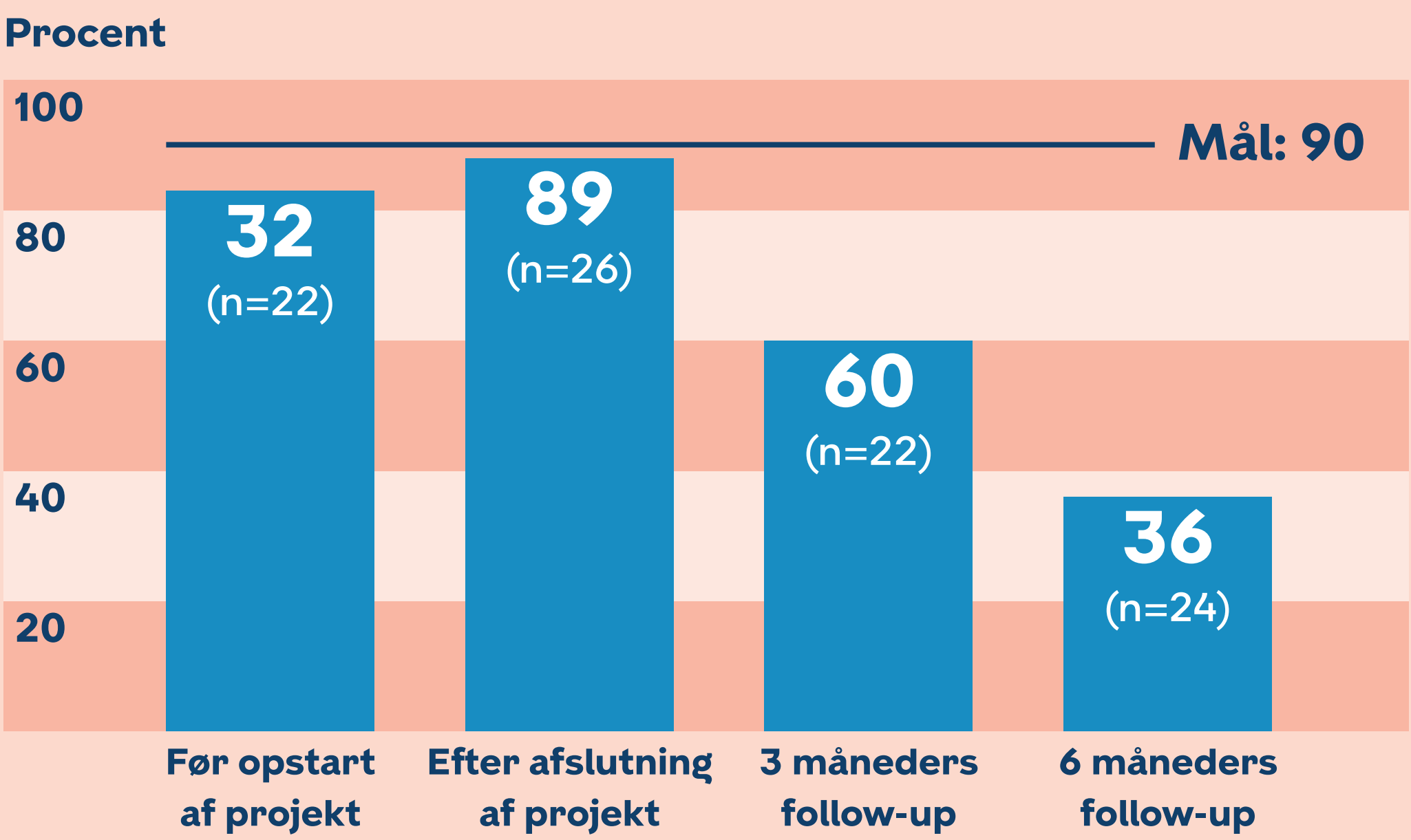
5. Ugentlig sparring for sygeplejefaglige medarbejdere.



6. Samarbejde internt i Københavns Kommune og på tværs af sektorovergange

5. RESULTATER

Andel med opstartet sygeplejefaglig handleplan inden for 72 timer



"Det er rart, når man taler om det. Så føles det mindre alvorligt".
Person med erhvervet hjerneskade



De ramtes perspektiv (n=8)

- Oplevede øget opmærksomhed på vandladningsforstyrrelser og større åbenhed om problematikken.
- Oplevede tab af kontrol, usikkerhed og afhængighed af hjælp.
- Efterspurgte tidlig dialog, tydelig information og at sygeplejersker tog initiativ til samtalen.

"Det giver mere, men det kan være svært at få tid og rammer til at fastholde det i hverdagen".
Sygeplejerske



Sygeplejerskernes perspektiv (n=4)

- Oplevede indsatsen som fagligt meningsfuld og relevant.
- Varig forankring udfordres af:
 - Faglig usikkerhed
 - Begrænset adgang til løbende sparring
 - Sporadisk faglig ledelse
 - Manglende faste rammer for refleksion og fælles meningsskabelse.

6. KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Hovedbudskaber

- Andelen med dokumenteret sygeplejefaglig handleplan stiger markant fra 32 % til 89 % efter projektet, men falder til 36 % ved 6 måneders follow-up.
- Interviewene peger på en bevægelse i praksis med øget opmærksomhed og dialog om vandladningsforstyrrelser.
- Sygeplejerskerne oplever indsatsen som meningsfuld og fagligt relevant, men beskriver samtidig forhold, der udfordrer den fortsatte forankring.

Implikationer for praksis

– hvad skal der til for at fastholde indsatsen?

- Faglig ledelse tæt på medarbejderne og systematisk opfølgning.
- Tid og organisatorisk prioritering af indsatsen.
- Styrket dokumentationspraksis – systematisk dokumentation af vurdering, plan og opfølgning.
- Løbende faglig sparring og teamsamarbejde.
- Faste rum for refleksion og fælles meningsskabelse.

Perspektivering

- Undersøge, om sygeplejefaglige handleplaner anvendes og følges systematisk i praksis.
- Undersøge forankring på tværs af neurorehabilitering og sektorer med henblik på øget fokus på vandladningsforstyrrelser i hele rehabiliteringsforløbet.

Referencer

1. Kohler, M., Mayer, H., Kesselring, J. & Saxer, S. Urinary incontinence in stroke survivors - Development of a programme theory. J. Clin. Nurs. 29, 3089–3096 (2020).
2. Leary, S. M. et al. Incontinence after brain injury: prevalence, outcome and multidisciplinary management on a neurological rehabilitation unit. Clin. Rehabil. 20, 1094–1099 (2006).
3. Agapiou, E., Pyrgelis, E.-S., Mavridis, I. N., Meliou, M. & Wimalachandra, W. S. B. Bladder dysfunction following stroke: An updated review on diagnosis and management. Bladder 11, e21200005 (2024).
4. French, B. et al. Implementing a Systematic Voiding Program for Patients With Urinary Incontinence After Stroke. Qual. Health Res. 26, 1393–1408 (2016).
5. Michie, S., van Stralen, M. M. & West, R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement. Sci. 6, 42 (2011).

