

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Familiefokuseret sygepleje er roden til bedre behandling

FANG BEKYMRINGEN,
FØR DEN FØRER
TIL SYGDOM

SIDE 22

GIV ORDET
TIL FAMILIEN

SIDE 24

FAMILIEN ER
ET SYSTEM

SIDE 26

DER ER BARRIERER
OVER FOR AT
INDDRAGE
FAMILIEN

SIDE 30

NY PRAKSIS

Agiteret adfærd.

På Rigshospitalet måler man nu adfærd hos hjerneskadede.

SIDE 14

PEER REVIEWED

Aktionslæring.

'Paraplymodellen' forener kliniske og akademiske kompetencer.

SIDE 40

FAGLIGT AJOUR

Involvering.

Patienter skal også tage del i forskningsprocessen.

SIDE 50

PÅ SPIDSEN

Velbekomme.

Institutionsmad uden æstetik og i kedelige rammer.

SIDE 75

Redaktionspanel

Det eksterne redaktionspanel bistår redaktionen i den løbende udvikling af *Sygeplejersken Fag&Forskning*. Panelet er tværfagligt, og medlemmerne har deres professionelle virke i forsknings- og udviklingsmiljøer på sundhedsområdet. De deltager ulønnet og udpeges for to år ad gangen.

HELLE SCHNOR

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., ansat som postdoc i Psykiatrisk Center Glostrup. Forsker i sundhedsfremme og fysisk aktivitet blandt og sammen med mennesker med psykiatriske sygdomme i samarbejde med UCSF og Metropol. Arbejder i praksis og forskning med at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem behandlings- og socialpsykiatrien og for at skabe samarbejde med idrætsforeninger. Er medlem af DASYS' bestyrelse og formand for DASYS' forskningsråd.



ALLAN FLYVBJERG

Direktør, Steno Diabetescenter København. Tidligere overlæge, professor, dr.med. og formand for Diabetesforeningen samt tidligere dekan ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet. Har stået bag op mod 600 videnskabelige publikationer om diabetes og følgesygdomme og har modtaget adskillige internationale priser for sit bidrag til diabetesforskningen.



ERIK ELGAARD SØRENSEN

Professor i klinisk sygepleje og forskningsleder ved Klinisk Institut, Aalborg Universitet, og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. Har bidraget i opbygningen af et samarbejde med Aalborg Universitet i forbindelse med etablering af Aalborg Universitetshospital. Han har bl.a. været engageret i forskning med særlig vægt på sygeplejefaglig ledelse, operationssygepleje og sygeplejerskers forskningskapacitet.



KIRSTEN LOMBORG

Professor ved Aarhus Universitet, Institut for Klinisk Medicin og Institut for Folkesundhed, ph.d., cand.cur. og sygeplejerske. Leder af Forskningsprogrammet Patientinvolvering ved Aarhus Universitetshospital. Kursusleder for tilvalgsfag i patientinvolvering ved de sundhedsvidenskabelige kandidatuddannelser på Aarhus Universitet. Medlem af en række ekspertråd og videnskabelige udvalg, herunder formand for Novo Nordisk Fondens Komité for Sygeplejeforskning.



MARI HOLEN

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., lektor ved Center for Sundhedsfremmeforskning, Institut for Mennesker og Teknologi ved Roskilde Universitet. Forskningsinteressen gælder mødet mellem sundhedsvæsenet og patienten i bred forstand, især hvordan sygdomsidentitet og institutionsidentitet udspiller sig i det kliniske felt. Arbejder med kvalitativ metodologi og trækker på sociologisk teori. Forsker aktuelt i brugerinddragelse, ulighed i sundhed og i sammenhænge på tværs i fremtidens sygeplejerskeuddannelse.



REDAKTION

.....

Redaktionssekretær

HENRIK BOESEN

hbo@dsr.dk

Telefon: 4695 4189

Mobil: 2121 8770

Redaktionssekretær

LOTTE HAVEMANN

lha@dsr.dk

Telefon: 4695 4179

Art Director

MATHIAS N JUSTESEN

mnj@dsr.dk

Telefon: 4695 4280

Journalist

CHRISTINA SOMMER

cso@dsr.dk

Telefon: 4695 4264

Journalist

SUSANNE BLOCH

KJELDSEN

sbk@dsr.dk

Telefon: 4695 4278

Journalist

ANNE WITTHØFFT

awi@dsr.dk

Telefon: 4695 4108

Journalist

DITTE-MARIE RUNGE

dmr@dsr.dk

Telefon: 4695 4112

Journalist

DIANA MAMMEN

dma@dsr.dk

Telefon: 4695 4109

Distribueret oplag

1. januar – 30. juni

2016: 76.716 ekpl.

Medlem af Danske

Medier

Tryk

ColorPrint

Annoncer

Dansk Mediaforsyning

Elkjærvej 19, st.

8230 Åbyhøj

Telefon: 7022 4088

Fax: 7022 4077

info@dmfnet.dk

Manuskriptvejledning

www.dsr.dk/

manuskriptvejledning

Udgiver

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

Telefon: 3315 1555

redaktionen@dsr.dk

www.sygeplejersken.dk

ISSN 2445-9461



Redaktionen påtager sig

intet ansvar for materialer,

der indsendes uopfordret.

Holdninger, der tilkendes

gives i artikler og andre

indlæg, udtrykker ikke

nødvendigvis Dansk Syge-

plejeråds synspunkter.

.....

Illustration og grafik

side 11, 15, 25, 27, 28,

29, 31 og 64: Mathias N

Justesen / Illustration,

foto og grafik side 20-

35, 40, 48, 50, 56, 61,

62, 67, 68 og 74: iStock

Ny
Praksis

Måling af agiteret adfærd hjælper patienten



AGITERET ADFÆRD. Når en patient ankommer til Klinik for Højt Specialiseret Neurorehabilitering, Traumatisk Hjerneskade på Hvidovre Hospital, bliver patienten screenet for agiteret adfærd ved at blive vurderet på en skala tre gange i døgnet i tre dage. Patienter med agiteret adfærd vurderes efterfølgende hver time på et udvidet skema, indtil adfærden hører op.

Skalaen er udviklet i USA og efterfølgende oversat til dansk efter gældende videnskabelige procedurer. Skalaen bliver i dag brugt på forskellige rehabiliteringssteder for patienter med svær hjerneskade i Danmark.

LÆS SIDE

14

Ældre vælger selv maden



FOOD 'N GO. Ældre, indlagte patienter har fået mulighed for elektronisk selv at vælge, hvad de vil spise og hvor meget. Den elektroniske løsning giver patienterne mulighed for selv at vælge de retter, de har lyst til, ud fra billeder af retterne. Løsningen gør det muligt at følge med i patienternes fysiske aktivitetsniveau, hvor meget de har spist, og hvor godt det dækker deres ernæringsbehov. Medinddragelsen har et stort potentiale i forhold til, om det kan flytte noget i forhold til patienternes sundhed.

LÆS SIDE

10

Telemedicin erstatter fysisk kontrol

TELEMEDICIN. Hvert år skal 40.000 patienter med kronisk leddegigt to-tre gange om året møde op til kontrol på den reumatologiske afdeling, de er tilknyttet. Men det kan gøres anderledes, viser et forskningsprojekt. Patienter blev randomiseret i tre grupper til kontrol hos enten læge, sygeplejerske eller telemedicinsk løsning, og resultatet viste, at i ingen af grupperne blev der overset noget. Den telemedicinske løsning var dermed forsvarlig at anvende, blev det vurderet.

LÆS SIDE

18



Alvorlig sygdom er ikke et isoleret problem for patienten, for den forgrener sig og rammer hele familien. Familiefokuseret sygepleje tager hånd om det holistiske perspektiv og ser familien som et system, hvor man indbyrdes påvirker hinanden.

Alvorlig sygdom i familien kan føre til stress og depression

Alvorlig sygdom rammer hele familien og kan få betydning for, at relationer og roller internt i familien bliver ændret. Forskning viser, at det kan føre til stress og depression, også for de pårørende.

Ifølge landets første ph.d. i familie-fokuseret sygepleje, Barbara Voltelen, beretter mange pårørende, at de føler sig ensomme. En forklaring er, at man i familier forsøger at beskytte hinanden for at undgå at belaste de andre med sine bekymringer. Dermed risikerer man at blive ude af stand til at kunne dele sine følelser.

I den korte tid, familierne har kontakt til sundhedsvæsenet, mener Barbara Voltelen, at de sundhedsprofessionelle skal ruste familierne til at kunne tale sammen, og det kan bl.a. ske ved samtaler med familien: familiefokuseret sygepleje. Det går

ud på at lære en anerkendende tilgang. Ved at stille enkle, åbne og cirkulære spørgsmål kan man støtte familierne i at se hinanden og få øje på nye muligheder.

Forskning viser, at man med få interventioner kan dreje en ond cirkel til en konstruktiv og få en konflikt, som ellers ville fylde rigtig meget, til at blive mindre dominerende.

Der er flere fordele ved den familie-fokuserede tilgang. Der er evidens for, at de sundhedsprofessionelles arbejdsglæde øges, når de oplever, at de ved en lille indsats kan lette familierne. Og en cost-effectiveness-undersøgelse viser, at der også er samfundsmæssige gevinster pga. mindre sygdom og behandling.

LÆS SIDE

22

FORSKNING.

Stærkt lederskab er blandt de væsentlige faktorer for at opnå succes med at opbygge en sygeplejefaglig forskningskapacitet.

**BEGRUNDET
BEKYMRING.**

Der er grund til at tage sygeplejerskers bekymring alvorligt, selv om vitale værdier indikerer, at der ikke er noget galt.

EVIDENS.

Det er afgørende for sygeplejestuderende at møde evidensbaseret pleje i praksis.

LÆS SIDE 36

Under samme paraply – en model for videns- og praksisudvikling

En paraply er ikke kun en skærm, der giver læ for regn. Det er også en organisation, der samler. I dette tilfælde programmer, der indeholder flere udviklings- og forskningsprojekter på en stor dansk hospitalsafdeling. Tre af dem er beskrevet her: ”Unge med kræft”, ”Pårørende og kræftpatienters sociale netværk” og ”Fremtidens kræftsyegepleje – kort, men godt”.

Paraplymodellen, der anvender principper for aktionslæring, hviler på dialog, supervision og problemstillinger fra klinisk praksis, og den forener kliniske og akademiske kompetencer. Hensigten er at understøtte udvikling af viden og af praksis. Som en sidegevinst har brug af modellen vist den afgørende betydning, ledende sygeplejersker har for et miljø, der udvikler og ansporer de ansatte til at sige til hinanden: Her er et problem med sygeplejen, hvordan kan vi løse det? Hvad ved vi i forvejen om dette problem? Hvordan kommer vi videre?

De enkelte projekter i programmet styres af en paraplyholder, som er en akademisk sygeplejerske, og projekterne afrapporteres i artikel eller bogform.

LÆS SIDE 40

40

Kommunikation kan trænes

I mange samtaler venter man blot på selv at komme til orde. Komme med et apropos, en parallelhistorie, et nyt budskab. I sygeplejen betyder det, at patienten ikke føler sig hørt, set eller forstået, men måske registrerer, at det vigtigste er at få ham videre i systemet. En systematisk tilgang til kommunikation og træning i at bruge den kan hjælpe. Calgary-Cambridge Guiden giver mulighed for at skabe fælles forståelse som baggrund for at træffe fælles beslutninger. Der er illustrative eksempler på, hvordan kommunikationen kan gå galt, og anvisninger på, hvordan man kan øve sig i at tage den andens perspektiv. Vi tror, vi kan aflæse den person, vi sidder overfor. Men vi kan let tage fejl.

LÆS SIDE

50

Kvalificeret sorghjælp er efterspurgt

Voksne mennesker, som mister en nær pårørende, savner faglig viden, forståelse og empati hos de sundhedsprofessionelle. De siger det ikke så direkte, men interview med fem voksne kvinder peger på, at sorgkulturen kan blive bedre. Professionelle må gøre opmærksom på, hvor de sørgende kan hente hjælp og være i stand til at støtte og rådgive uden at blive ramt af angst. En af de interviewede kvinder foreslår, at personalet f.eks. griber fat i de pårørende dér, hvor man siger farvel. Kvalificeret og systematisk sorgintervention kan give de efterladte de bedste forudsætninger for at bearbejde deres sorg. Det må ikke være tilfældigt, om den sørgende bliver tilbudt sorghjælp.

LÆS SIDE

56

Professionalisme skaber tryghed

Personale med masker, huer og handsker. Hvide vægge, et hårdt leje at ligge på, mærkelige borde med indpakkede remedier. Sådan kan et møde med en operationsstue tage sig ud for et menneske, der aldrig tidligere er blevet opereret. Et højteknologisk skrækscenarie, som ændres til tryghed, når personalet beskriver operationsstuens udstyr og fortæller patienten, hvordan operationen forventes at forløbe. Interview med fire dagkirurgiske patienter om deres oplevelser førte desuden til ændringer af rutiner og retningslinjer, fordi det viste sig, at patienterne f.eks. ikke brød sig om at skifte til patienttøj og blive kørt til operation i en seng. De foretrak at gå selv.

LÆS SIDE

62

Fatale konsekvenser

Det er vigtigt peroperativt at have overblik over blodtabet hos patienten, hvilket kræver præcis dokumentation. Men der er ikke beskrevet en konkret metode til at opstille regnskabet over blodtabet.

Vågen under hjerneoperation

Patienter, som opereres i hjernen, mens de er vågne, er optaget af samarbejdet med kirurg og neuropsykolog og mindre af operationssygeplejerskens adfærd, viser interview med fem patienter.

LÆS SIDE

74

Patientinvolvering – også i forskning

Kan forskere involvere patienter i deres forskning og dermed opnå en bedre forståelse for patienternes perspektiv, det, patienterne mener, er relevant at undersøge og måden at formidle resultaterne på? Ja, det ser sådan ud. Internationalt er der gjort erfaringer

med patientinvolvering i forskning, men i Danmark er der få forskere, som er interesserede i at have patienter med på sidelinjen eller inde i selve forskerens maskinrum. Processen kræver, at man som forsker overvejer tidsperspektivet, patienternes kompetencer og honorar,

hvis involveringen skal lykkes. Som en foreløbig start på patientinvolvering i sundhedsforskning blev der i 2017 afholdt et kursus på ph.d.-niveau om emnet på Aarhus Universitet.

LÆS SIDE

50



På hospitaler og andre institutioner betragtes måltider generelt ikke som betydningsfulde aktiviteter.

LÆS SIDE ... 75

Døden på plejehjem. Når et menneske dør på et plejehjem, kan ritualerne omkring dødsfaldet spænde fra ingen til at synge beboeren ud sammen med dem, der kan og vil.



Tekst **JETTE BAGH**,
cand.cur., fagredaktør

Storcenter, indkøbscenter, plejecenter. "Et sted, hvor særlige aktiviteter er samlet, ofte en institution hvor der foregår f.eks. forskning, undervisning, behandling eller sportsudøvelse..." Sådan står der, når man søger på ordet center. Engang hed det et plejehjem, nu er det altså et center. Måske i erkendelse af, at det aldrig bliver et hjem. Men vi lader som om. Beboerens hjem siger vi, og ord som respekt og autonomi følger hurtigt efter. Døden i centret er dog forskellig fra døden i et hjem. Og traditionerne, når en beboer er død, er også anderledes.

Tag nu bare Martin. Han er en mand med holdninger, og det demonstrerer han også, da livet er ved at være forbi.

Han er blevet 102 år gammel, og en lungebetændelse raser i hans gamle krop. Han vil ikke behandles. "Nu er det nok", siger han. Børnene tager hans ud-sagn til efterretning, og Martin dør en tidlig majdag. På plejecentret fortæller personalet familien, at de skal tale med en bedemand- eller kone om bisættel-

sen, og at de, selv om det lyder lidt ufølsomt, gerne må tømme Martins lille lejlighed senest søndag, så maleren kan komme i gang.

"Der er kø til den sidste station," tænker sønnen.

Familien inviterer kontaktpersonen og de personalemedlemmer, der har lyst, med til bisættelsen. "Det plejer vi aldrig," lyder det fra en i gruppen.

Martins plads for bordenden er tom ved frokosten den dag i maj, beboerne spørger ikke efter ham, og personalet fortæller ikke noget, men beboerne ved, at han er død. Rygtet løber gennem de grågule gange med falmende reproduktioner af Monets åkander. Men ingen lys, blomster eller sang markerer et farvel – og tak – til Martin, som har boet på centret i ni år. Kontaktpersonen, som kendte Martin bedre end de andre, spiller banko med fem gamle kvinder, da Martin for sidste gang er i centrum i den nærliggende kirke fire dage senere.

I centret er der ingen traditioner, da Martin "er gået bort", som en beboer udtrykker det. Personalet vil gerne skåne beboerne fra det hyppige møde med døden, og Martin er på ingen tid retoucheret ud af livet uden eftermæle.

Meget kan nås på to år og otte måneder

Personalet spiller en væsentlig rolle, når en beboer dør. Samtalen om døden, ønsker for begravelsen, behovet for palliation og samarbejdet med familien er måske, måske ikke afklaret med det gamle menneske inden. Og udtrykket en værdig død? Hvordan forstås det af ledelsen, de enkelte medarbejdere og den gamle, og hvordan skal værdigheden udmøntes i handling?

Generelt er beboere i gennemsnit 84 år, når de flytter ind, og de lever i snit to år og otte måneder på et plejecenter. Det er tid nok til at behandle de gamle omsorgsfuldt og skubbe på udvikling og forskning, der kan gavne dem. Samfund og sygeplejersker skal vide mere om, hvad der foregår på plejehjemmene, og mange flere må gerne se en udfordring i at arbejde på et. Det kræver kollegialt fællesskab og efteruddannelse at tiltrække de kvalificerede, men det må være muligt. Det kan ikke være rigtigt, at døden på hospice er luksusudgaven, mens døden på plejehjem foregår på anden klasse.

Litteratur: Læs på www.dsr.dk/eftertanken

Bliv sorg- og kriseterapeut på vores 1-årige uddannelse

D. 6. april starter vi nyt hold i Vanløse og d. 14 september i Horsens.

Læs mere på www.kriseogsorg.dk eller www.houseofawareness.dk eller ring på 26 66 62 88.

Få de nyeste sorgteorier og effektive redskaber til arbejdet med døden og livskriser.

Kom til gratis introaften i Vanløse d. 22. marts eller i Horsens d. 29. maj eller 21. august fra kl. 19-21.



DISPUK
Hverdagsrevolutionær praksis

NARRATIV TRAUMEBEHANDLING

DISPUKs 1-årige efteruddannelse i narrativ traumebehandling giver en grundig teoretisk, etisk og metodisk forståelse af traumer, deres effekt og deres heling.

Uddannelsen henvender sig til professionelle, der i deres arbejde møder mennesker, som har været udsat for angstfulde, nedgørende, eller på andre måder, smertefulde eller sorgfulde oplevelser.

Tematisk indeholder uddannelsen væsentlige områder som: skam, skyld, overgreb, misbrug, selvskaade, magt, vold, kriser, sorg, angst, misundelse, frygt, psykiske lidelser, tryghed, tillid, overlevelse, modstand, kulturelle normer og styring.

Undervisere på uddannelsen er Anette Holmgren og Allan Holmgren



Start den 11. april 2018 i Snekkersten • Læs mere på www.dispuk.dk - Søg på kursusnr. 450-18
DISPUK • Snekersten Stationsvej 13, 3070 Snekersten • Tlf. 4922 5161 • dispuk@dispuk.dk



Danmarks eneste Q10-produkt til forebyggelse og behandling af coenzym Q10-mangel

Bio-Qinon Q10, det originale Q10-produkt, med en helt unik kombination af Coenzym Q10 og vegetabilsk olie, som giver en høj og dokumenteret optagelighed.

Pharma Nords Q10-produkter er dansk produceret, og har været anvendt i mere end 100 internationale, videnskabelige undersøgelser.

Bio-Qinon Q10 var det første Q10-produkt på det danske marked og er i dag det eneste produkt til forebyggelse og behandling af mangel på det livsvigtige stof coenzym Q10.

Q10 er et livsvigtigt vitaminlignende stof, der indgår i cellernes energiproduktion. Q10 medvirker aktivt ved omdannelsen af næringsstoffer til ATP (adenosintrifosfat), som lagrer energien i kemisk form. Når cellen behøver energi, spaltes

ATP-molekylet, og den oplagrede energi frigives.

Hele processen finder sted i cellernes mitokondrier. Især muskelceller har behov for store energimængder, og derfor indeholder muskler væsentligt flere mitokondrier end andre celletyper. Hjertermusklen er et godt eksempel på kropsvæv, hvor cellerne indeholder mange mitokondrier, fordi energibehovet er stort.

Bio-Qinon Q10 30 mg. Naturlægemiddel til forebyggelse og behandling af coenzym Q10-mangel. 1 kapsel indeholder 30 mg ubidecarenon (coenzym Q10). Dosering: Voksne, 1 kapsel dagligt i forbindelse med et måltid. Bør ikke anvendes af børn under 2 år uden lægens anvisning. Bør kun anvendes af gravide og ammende i samråd med læge. Q10 kan hæmme blodets evne til at størkne og bør derfor ikke indtages af folk i blodfortyndende behandling, medmindre det er i samråd med læge. Forsigtighed tilrådes ved nedsat nyre- og leverfunktion. Bivirkninger: I sjældne tilfælde er der rapporteret hovedpine, svimmelhed og fordøjelsesbesvær. I endnu sjældnere tilfælde er der rapporteret hudirritation. Vejl. udsalgspris Bio-Qinon Q10 30 mg kr. 199,00 (60 stk.) og kr. 359,00 (150 stk.). Læs indlægssedlen omhyggeligt.

- også som kosttilskud:



Bio-Quinone Aktivt Q10 Gold
Kosttilskud med 100 mg coenzym Q10 og 1,4 mg riboflavin (B2-vitamin).

Vær med i **konkurrencen** om et års forbrug af Bio-Quinone Q10 Gold og Bio-SelenoPrecise (kosttilskud). Se mere på www.pharmanord.dk/sygeplejersken

Læs mere om undersøgelserne eller tilmeld dig Pharma Nords nyhedsbrev på www.pharmanord.dk og få løbende information om kosttilskud, der virker.

 **Pharma Nord**

Ingen troede på elektronisk medinddragelse af ældre



Medinddragelse af medicinske patienter og deres pårørende kunne få dem til at stille krav, så der kommer mere fokus på ernæring og mobilisering, håber Tove Lindhardt, seniorforsker og leder af Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje på medicinsk afdeling på Herlev og Gentofte Hospitaler.

Patienters sundhed kan forbedres ved, at **de selv bestiller mad** og følger med i egen ernæringsdækning.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH** · Foto **BAX LINDHARDT**

”Medinddragelse vil give patienterne mulighed for at sige ”jeg har ikke fået den mængde protein, jeg har brug for i dag, så jeg vil gerne have et ekstra mellemmåltid,” eller ”vi har aftalt, at jeg skal ud af sengen en time hver dag, så du bliver nødt til at hjælpe mig.”

Det fortæller Tove Lindhardt, seniorforsker og leder af Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje på medicinsk afdeling på Herlev og Gentofte Hospitaler. Hun forklarer:

”Vores forskningsstudier viser i lighed med andres forskning, at der ikke er tilstrækkeligt fokus på ernæring og mobilisering af medicinske patienter. En løsning kunne være at medinddrage patienter og pårørende, så de begynder at stille krav.”

Derfor fik hun idéen til at udvikle en elektronisk løsning, der giver patienterne mulighed for selv at vælge de retter, de har lyst til, ud fra billeder af retterne og for at kunne følge med i deres fysiske aktivitetsniveau, hvor meget de har spist, og hvor godt det dækker deres ernæringsbehov.

Løsningen bliver lige nu afprøvet i daglig praksis på to afsnit i medicinsk afdeling på Gentofte og Herlev Hospita-

ler. Formålet er at få implementeret nye arbejdsgange og få tilpasset teknologien, så både patienter og personale kan få glæde af patienternes deltagelse i egen behandling. Ifølge Tove Lindhardt har medinddragelse et stort potentiale, og derfor bør det afprøves, om medinddragelse kan flytte noget i forhold til patienternes sundhed.

”Vi ved fra andre forskningsfelter, at patienters sundhedsadfærd bliver bedre, når patient og pårørende medinddrages. Når vi samtidig ved, at ca. 50 pct. af medicinske patienter har en ernæringsproblematik, og at de ældre medicinske patienter ligger ned i gennemsnit 17 timer i døgnnet, er der plads til forbedring,” siger hun.

Ældre kan godt bruge teknologien

Idéen til elektronisk medinddragelse af patienterne ved hjælp af en computer-tablet fik Tove Lindhardt Damsgaard i 2010, da hun privat anskaffede sig en iPad.

”Dengang troede ingen på elektronisk medinddragelse af ældre. I 2013 fik jeg kontakt til et lille it-firma, som havde et konkret bud på, hvordan en brugbar teknologisk løsning til ældre kunne se

ud. Det gjorde, at vi lykkedes med at få midler til at udvikle en prototype,” fortæller Tove Lindhardt.

Prototypen blev udviklet i samarbejde med 25 ældre patienter, og forskergruppen fik en større bevilling til to feasibility-studier (forstudier, *red.*), hvoraf det første er publiceret. Studiet på 36 ældre patienter viste først og fremmest, at ældre godt kunne finde ud af at bruge teknologien og var motiverede for det (se endvidere faktaboks).

”Selvom det ikke kunne ses i udviklingen af BMI, opdagede patienterne i interventionsgruppen, at de i løbet af studiet spiste mere, havde fået en større appetit og fik mere energi. Herudover steg muskelstyrken mere konsistent i kontrolgruppen, og livskvalitet og depressionsscore udviklede sig positivt i interventionsgruppen, mens det faldt i kontrolgruppen,” siger Tove Lindhardt, som giver et eksempel:

”I et interview sagde en pårørende om den ældre patient: ”Hun er begyndt at snakke om andet end madlede og er begyndt at interessere sig for ting i nabolaget og for at komme ud at gå, og hun er kommet til kræfter.””

Tove Lindhardt pointerer, at resultaterne skal tages med forbehold på grund af det meget lille datamateriale og skal efterprøves i et større studie. I næste studie DEXA-skanner man patienterne for yderligere at få belyst udviklingen i BMI.

Ingen fik dækket behovet

Ved opstarten af implementeringsstudiet på Gentofte og Herlev Hospitaler observerede forskerne i alt 50 patienter på de to afsnit.

”Ingen af patienterne viste sig at få dækket de 75 pct. eller mere af deres kalorie- og proteinbehov, der er målet. Faktisk lå gennemsnittet for dækningsgraden på under 50 pct. for energibehovet på begge afsnit og på henholdsvis 30 og 50 pct. for proteinbehovets vedkommende. Så der er virkelig mulighed for forbedring,” siger Tove Lindhardt.

Udover det første feasibility-studie og implementeringsstudiet har forskerne udført endnu et feasibility-studie på 20 indlagte patienter, der også bekræftede, at ældre medicinske patienter godt kan finde ud af at bruge en tablet. Studiet er dog ikke publiceret endnu. ●

Feasibility-studie på 36 patienter

METODE

- 36 ældre patienter (79 år i gennemsnit) udskrevet fra medicinsk afdeling
- 12 ugers levering af mad i hjemmet tre gange ugentligt
- Interventionsgruppe (n=18) bestilte selv maden via en tablet, kostregistrerede og fik feedback på deres indtag af protein og energi.
- Kontrolgruppen (n=18) fik mad via traditionel ordning og kostregistrerede ikke.
- Semistrukturerede interviews blev foretaget med patienter og pårørende om brugervenlighed og oplevelsen af måltiderne og egen sundhed.
- Primære endepunkter: Muskelstyrke, BMI.
- Sekundære endepunkter: livskvalitet, depression, genindlæggelse, dødelighed.
- Frafald: 9 i interventionsgruppen (5 døde) og 2 i kontrolgruppen (2 døde).

RESULTATER OG KONKLUSION

- Deltagerne var motiverede og i stand til at bruge den elektroniske tablet.
- Interventionsgruppen øgede muskelstyrken mere konsistent end kontrolgruppen både i forhold til håndgrebsstyrke (2,5 versus 0,9 kg) og rejse-sætte-sig-test (3,3 versus 1,8 gange).
- Depressionsscore og livskvalitetsscore steg mere i kontrolgruppen.
- BMI faldt i interventionsgruppen og steg lidt i kontrolgruppen.
- Resultaterne skal tolkes som indikationer grundet det lille datamateriale.

Kilde: Older Patients' use of technology for a post-discharge nutritional intervention – A mixed methods feasibility study.

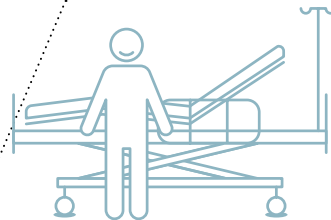
Sådan giver elektronisk medinddragelse større patientsundhed



1. Patienten vælger den ønskede mad ud fra billeder af retterne fra hospitalets menu på en computer-tablet.



2. Patienten kostregistrerer sit indtag elektronisk og følger med i egen fysisk aktivitet, og hvor god ernæringsdækningen er i forhold til patientens målsætning for kalorieindtag og proteiner.



3. Medinddragelse motiverer patienten til at spise mere og bevæge sig.



Patienter spiser af lyst med elektronisk selvbestilling

Med en tablet-computer kan patienter selv vælge deres mad, og det ser ud til at øge appetitten.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **BAX LINDHARDT**

Sygeplejerske Helle Hougaard Nielsen ser til, mens Mogens Ander Sørensen bestiller mad på en tablet-computer: "Patienterne klarer det meget bedre, end vi havde troet," siger hun, og patienten er tryk ved, at hun kan hjælpe, hvis der opstår problemer.

”Jeg spiser ikke så meget, så jeg har bare bestilt spidskål, citronfromage og vaniljeis.”

Mogens Ander Sørensen er indlagt på Gentofte Hospital på Infektionsmedicinsk afsnit og har netop afsluttet sin bestilling af den frokost, han skal have om en times tid. Det foregik på en tablet-computer, hvor han selv bestilte maden ud fra billeder af dagens menu.

Sådan virker systemet

Patienten bestiller selv maden via en tablet-computer. Patienten vælger *morgenmad*, *frokost*, *aftensmad* eller *ekstra*, og der kommer et billede frem af de mulige retter med information om kalorie- og proteinindhold. Patienten bestiller en ret ved at klikke på f.eks. *kartoffelmos* og derefter klikke på *ja tak*. Til sidst er der et billede af alle de ting, patienten har bestilt. Ved at trykke *afslut* er maden bestilt.

Den elektroniske selvbestilling er en del af et projekt, der kører på afdelingen i samarbejde med en tilsvarende afdeling på Herlev Hospital. Idéen er, at patienterne ved selv at bestille ud fra billeder af maden i højere grad får mad, som de har lyst til at spise.

Et hyppigt problem hos patienterne er netop manglende appetit, og derfor er det afgørende at kunne vælge af lyst. Mogens Ander Sørensen forklarer, hvorfor han valgte spidskål, citronfromage og vaniljeis:

”Når man ligger på hospitalet som her, mister man appetitten. Hvis du ikke har lyst til den mad, der bliver serveret, så spiser du slet ikke noget. Når du har kvalme, er det rart med is og citronfromage. Det glider nemmere ned end sovs og kartofler.” Og han konkluderer:

”Det betyder meget, at jeg kan vælge den mad, jeg har lyst til.”

Klinisk sygeplejespecialist på afdelingen Helle Hougaard Nielsen har været med til at implementere projektet.

”Vi oplever, at billederne taler til patienternes sanser og hjælper dem med at vælge noget, de har lyst til at spise, og vi har indtryk af, at det får dem til at spise mere. F.eks. har vi været nødt til at bestille ekstra af vores proteinberigede is, efter at vi er begyndt med den elektroniske selv-bestilling,” forklarer hun.

Sygeplejersken kan hjælpe

Med mange ældre patienter på en medicinsk afdeling virker elektronisk selvbestilling måske ikke som den mest oplagte løsning. Helle Hougaard forklarer:

”Man kan sætte spørgsmålstegn ved, om patienterne på medicinsk afdeling er den rigtige gruppe at udvikle en it-teknologi til, fordi over halvdelen af patienterne er ældre mennesker. Men det er derfor, vi har valgt denne patientgruppe, så vi kan indrette teknologien til netop at fungere for ældre patienter og dermed hjælpe dem til en bedre ernæringstilstand.”

Helle Hougaard Nielsen fortæller, hvordan det fungerer i praksis:

”Patienterne klarer det meget bedre, end vi havde troet. Nogle patienter skal have mere hjælp til det end andre, men teknologien er bygget simpelt op, og det er relativt intuitivt, hvad man skal trykke på, når man bestiller.”

Mogens Ander Sørensen er enig:

”Jeg synes, at systemet virker rigtig fint, og det falder mig let at bruge. Det kan godt være, hvis man ikke har en iPad eller en anden tablet i forvejen, at det kan være svært at bruge, men så kan sygeplejersken hjælpe.”

It-systemet er bygget op, så der gives enkle valgmuligheder, f.eks. ja tak eller nej tak, og patienten får løbende instrukser som kør fingeren opad. Mange

5 GODE RÅD OM AT IMPLEMENTERE EN NY TEKNOLOGI

Læg en strategisk plan for implementeringen.

Lederen skal bære visionen og tage ansvar og ejerskab for projektet.

Lyt til personalet, og løs de problemer, de møder.

Anerkend, at implementeringen medfører ændrede rutiner og arbejds-gange for personalet.

Prioritért godt samarbejde mellem klinisk specialist og afdelingssygeplejerske.

ældre, der ikke er vant til at bruge en tablet, trykker ligesom, hvis det var en fysisk knap, og det er der også taget højde for i systemet.

Det handler om teknik og arbejdsgange

Det er ikke første gang, afdelingen afprøver teknologien. Sidste gang måtte projektet dog opgives på grund af problemer med teknikken og manglende afklaring af arbejdsgangene. Derfor blev projektet inden opstarten mødt af bekymringer fra personalet.

”Heldigvis er det endt med at blive taget godt imod, bl.a. på grund af ugentlige møder med personalet og det firma, der udvikler teknologien. Det handler om at få teknik og arbejdsgange til at fungere og at snakke med hver enkelt medarbejder om, hvad der giver mening,” siger Helle Hougaard Nielsen, som uddyber:

”F.eks. har vi en plan for, hvornår og hvem der hjælper patienten med at bestille. Der er en ansvarlig person i hver vagt, der tjekker op på alle bestillingerne, og der er planer og arbejds-gange for oplæring af nyt personale.”

Med tiden skal patienterne også kunne følge med i, om den mad, de spiser, dækker deres energi- og proteinbehov, og hvor meget de bevæger sig. Idéen er, at det skal motivere dem til at bevæge sig og til at spise det, de har brug for.

”Vi har koncentreret os om at få det tekniske med at kunne bestille måltiderne op at køre først. Næste trin bliver, at alle patienterne skal have indtastet en målsætning for, hvor meget energi og protein de har brug for, og de skal registrere, hvor meget de har spist til hvert måltid,” siger Helle Hougaard. ●

Nødvendigt at måle adfærd hos patienter med erhvervet hjerneskade



Når personalet kender patientens grad af agiteret adfærd, bliver det lettere at hjælpe patienten til at finde ro.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH**
Foto **HEINE PEDERSEN**

For at følge udviklingen hos patienter med svær erhvervet hjerneskade har man på Rigshospitalet taget en amerikansk skala i brug til at måle patienternes agiterede adfærd.

”Det svarer til at måle temperaturen på en patient. Du kan godt mærke, at patienten er varm, men du ved ikke, hvor slemt det er, før du måler, om temperaturen er 38, 39 eller 40 grader,” forklarer sygeplejerske og ph.d. Ingrid Poulsen om skalaen.

Udadreagerende adfærd, også kaldet agiteret adfærd, fylder meget hos 40 pct. af patienter med svær hjerneskade, når de er under rehabilitering som følge af traumatisk hjerneskade i forbindelse med f.eks. en trafikulykke, eller ikke-traumatisk hjerneskade som en svær hjerneblødning eller iltmangel til hjernen.

”Skalaen bruger vi som et tværfagligt

redskab blandt kollegaer til at følge patientens udvikling og kommunikere sammen om patientens tilstand, så vi kan tilrettelægge den bedst mulige behandling,” fortæller Ingrid Poulsen om arbejdet med skalaen, der foregår på Klinik for Højt Specialiseret Neurorehabilitering Traumatisk Hjerneskade, Rigshospitalet. Ingrid Poulsen leder til dagligt forskningsenheden RUBRIC (Research Unit on Brain Injury Copenhagen) på Hvidovre Hospital og er desuden adjungeret lektor på Sektion for Sygepleje Aarhus Universitet.

En del af opvågningen

Når patienter med svær hjerneskade ankommer til klinikken, der fysisk ligger på Hvidovre Hospital, er de som regel meget dårlige og er lige kommet fra Neuroanæstesiologisk Klinik, hvor mange har ligget

”Jeg kunne se, at der var et behov for at få et fagligt redskab til at dokumentere patienternes agiterede adfærd, fordi det fylder meget i vores og patienternes hverdag,” forklarer Ingrid Poulsen om baggrunden for, at hun igansatte arbejdet med at oversætte den amerikanske skala til dansk.

i respirator. Den agiterede adfærd er en normal udvikling i forbindelse med opvågningen.

”I det første stadie af opvågningen ligger patienten stille. Personalet har måske øjenkontakt og begynder så småt at kunne kommunikere med patienten. I den næste fase bliver mange patienter urolige. Det kalder vi den konfuse fase eller posttraumatisk amnesi fase, og det er her, den agiterede adfærd optræder,” forklarer Ingrid Poulsen.

Ofte ved patienterne ikke, hvor de er, eller kan måske ikke huske den ulykke, de har været ude for. De kan måske ikke forstå, hvad personalet vil dem, og nogle patienter vil prøve at komme væk eller bliver aggressive.

”Den konfuse fase kan være svær for personalet at håndtere, men er samtidig her, hvor man kan gøre en forskel og hjælpe patienten til at finde ro og komme videre i opvågningsfasen. Og her kan en skala til måling af agiteret adfærd være en stor hjælp for personalet,” siger Ingrid Poulsen.

Behov for et fagligt redskab

Det var en amerikansk forskergruppe, der udviklede og validerede skalaen ”The Agitated Behavior Scale”(ABS) til at måle agiteret adfærd. Ingrid Poulsen stødte på skalaen, da hun i 2005 startede på Hvidovre Hospital, hvor man lejlighedsvis brugte den engelske version.

Hendes ambition var at udbrede skalaen, så den blev brugt systematisk til alle patienter med agiteret adfærd – i første omgang på klinikken på Hvidovre Hospital.

”Jeg kunne se, at der var et behov for at få et fagligt redskab til at dokumentere patienternes agiterede adfærd, fordi det fylder meget i vores og patienternes hverdag og er det, vi har fokus på i behandlingen af patienterne,” siger Ingrid Poulsen.

For at bruge skalaen på en dansk hospitalsafdeling var det nødvendigt at oversætte den til dansk. Oversættelsen var et omfattende arbejde, som blev udført efter gældende videnskabelige procedurer med dobbelt oversættelse fra engelsk til dansk og derefter dobbelt oversættelse fra dansk til engelsk.

Om skalaen

- ”The Agitated Behavior Scale” er udviklet af en amerikansk forskergruppe.
- For at bruge skalaen korrekt på en dansk afdeling blev den oversat fra engelsk til dansk.
- Efterfølgende blev oversættelsen valideret ved en reliabilitets-test. Testen viste, at den danske skala var robust, ved at tre forskellige sygeplejersker var i stand til at nå frem til samme resultat, når de vurderede to patienter 30 gange hver.
- Den danske version af skalaen er efterprøvet i et prospektivt observationsstudie på 46 patienter med svær hjerneskade.
- Studiet viste, at 41 pct. af patienterne udviste agiteret adfærd.

Kilde: Wolffbrandt MM, Poulsen I, Engberg AW, Hornnes N. Occurrence and severity of agitated behavior after severe traumatic brain injury. Rehabil Nurs 2013;38(3):133-41.

Den endelige oversatte version blev godkendt af de amerikanske forskere, der har udviklet skalaen.

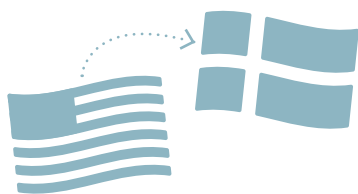
”Efterfølgende har vi vist, at skalaen også er robust i den danske version, og vi har efterprøvet den i et prospektivt observationsstudie af 46 patienter, der i overensstemmelse med internationale studier viste, at 41 pct. af patienter med svær hjerneskade udviser agiteret adfærd,” fortæller Ingrid Poulsen.

Patienter vurderes hver time

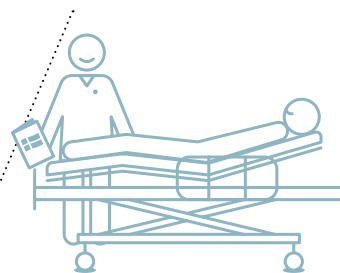
Når en patient ankommer til Klinik for Højt Specialiseret Neurorehabilitering, Traumatisk Hjerneskade, bliver patienten screenet for agiteret adfærd ved at blive vurderet på skalaen tre gange i døgnet i tre dage. Patienter med agiteret adfærd vurderes efterfølgende hver time på et udvidet skema, indtil adfærden hører op.

Skalaen bliver i dag brugt på forskellige rehabiliteringssteder for patienter med svær hjerneskade i Danmark, bl.a. også på Hammel Neurocenter i Region Midt. ●

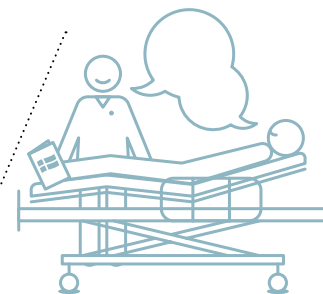
The Agitated Behavior Scale



1. ”The Agitated Behavior Scale” oversættes til dansk og oversættelsen valideres.



2. Personalet kan måle graden af agiteret adfærd hos hjerneskadede patienter.



3. Personalet har lettere ved at kommunikere med patienten og tilrettelægge behandlingen.

Sygeplejerske Mia Moth Wolffbrandt har fået den kvindelige patient til at falde til ro efter en afvisende reaktion. Nu kan hun bruge pausen til at beskrive kvindens adfærd præcist ved hjælp af ABS-skalaens termer.



Skalaen giver os faglige termer

En skala til at måle agiteret adfærd **gør personalet i stand til at kommunikere om og behandle** patienter med svær hjerneskade.

Tekst **SUSSI BOBERG BÆCH** · Foto **HEINE PEDERSEN**

Den unge kvindelige patient på afdelingen for traumatisk hjerneskade på Hvidovre Hospital vandrer uroligt rundt på sin stue. Hun er indlagt til rehabilitering med svær hjerneskade efter en ulykke, hvor hun har fået et slag i hovedet og efterfølgende er blevet opereret. Hun kom ud af respiratoren for fire uger siden.

Sygeplejerske, cand.scient.san., Mia Moth Wolffbrandt kommer ind på stuen for at give patienten lidt morgenmad. Da hun ser den unge kvindes uro, tager hun

et fast greb om hoften på kvinden og guider hende fysisk hen til en stol, så hun kan falde til ro.

”Når vi modtager patienter hos os, er de ofte svært bevidsthedssvækkede. I løbet af opvågningen er der mange, som gennemgår en kortere eller længere fase af agiteret adfærd, der bl.a. ses ved, at patienten er konfus og motorisk urolig. Nogle udvikler tilmed en truende eller voldelig adfærd,” forklarer Mia Moth Wolffbrandt.

Den agiterede adfærd, der også kan forklares som udadreagerende adfærd, er helt central, når man behandler hjerneskadede patienter. Derfor har man på afdelingen siden 2007 brugt en skala, The Agitated Behaviour Scale (ABS), til at vurdere patientens agiterede adfærd.

”Hovedformålet med vurderingen er at evaluere på, om de ting, vi sætter i værk i forhold til patienten, virker. F.eks. kan en roligere adfærd i



Om Agitated Behaviour Scale (ABS)

Når patienterne indlægges, screenes de for agiteret adfærd de tre første døgn, en gang i hver vagt. Hvis patienten er agiteret, fortsættes vurderingen en gang i timen, så længe der er behov for det.

Patientens agiterede adfærd vurderes på i alt 14 forskellige områder (items): Nedsat opmærksomhed, impulsiv og utålmodig, usamarbejdsvillig, voldelig eller truende, eksplosiv eller uforudsigelig vrede, selvstimulerende adfærd, reagerer mod begrænsninger, forlader træningsområdet, rastløs adfærd, persevererende adfærd, taler højt/hurtigt, pludseligt humørskifte, let til gråd/latter, selvdestruktiv adfærd.

For hvert item angives en score 1-4: 1 (fraværende), 2 (til stede i let grad), 3 (til stede i moderat grad) eller 4 (til stede i svær grad). Den samlede score bliver således mindst 14 og højst 56 points, og grænsen for agiteret adfærd er 21.

Personalets interventioner nedskrives ved hver scoring. Mulige interventioner: Begrænse sanselindtryk, skabe en "setting" omkring patienten, personskift, aktivitetsskift eller pause, gå en runde på afdelingen, føre patienten til stuen, stillingsskift, verbal guidning, fysisk guidning, fysisk hjælp.

Medicin mod agitationen eller smerter noteres.

forbindelse med en badesituation bunde i, at vi er begyndt at bruge en badebære eller er begyndt at guide patienten mere nonverbalt," siger Mia Moth Wolffbrandt.

Kvinden er let agiteret

Da den unge kvindelige patient skal til at spise en yoghurt, afviser hun at tage skeen i hånden. Det tolker Mia Moth Wolffbrandt, som at kvinden trænger til en pause, og hun guider den unge kvinde over til sengen for at hvile. De sidder lidt sammen på sengekanten.

"Nu skal du op at ligge," siger Mia Moth Wolffbrandt kort.

Hun sætter sig foran kvinden, tager fat om hendes skuldre og hjælper hende op at ligge. Kvinden bliver lejret i en 90 graders sidelejring ovenpå to truncusdyner, som Mia Moth Wolffbrandt skubber ind under kroppen både foran og bagved, så den unge kvinde til sidst ligger godt pakket op.

Det får kvinden til at slappe af og falde i søvn. Mia Moth Wolffbrandt sætter sig hen i stolen for at lave en ABS-score af den unge patients agiterede adfærd.

"Jeg vurderer, at kvindens adfærd var påvirket på fire områder (items): Hun havde nedsat opmærksomhed, en impulsiv og utålmodig adfærd, en rastløs adfærd, og hun ville forlade træningsområdet, da jeg kom ind på stuen."

På de fire items scorer kvinden derfor 3 points (på en skala fra 1 til 4 points), svarende til at adfærden var til stede, og at det samtidig var nødvendigt at korrigere patienten for at hjælpe hende med at finde ro. På de øvrige 11 items scorer hun 1 point, svarende til at den pågældende adfærd ikke var til stede.

Den samlede score havner på 22 points, svarende til en let agiteret adfærd.

Mia Moth Wolffbrandt noterer også, at hun anvendte fysisk guidning og stillingsskift på patienten og gav hende en pause fra sin aktivitet med at spise. Pga. de interventioner forventer hun, at kvinden vil være faldet mere til ro, når hun vågner, så hun kan få lidt at spise.

Skalaen giver os faglige termer

Behovet for et redskab til at vurdere den agiterede adfærd opstod, fordi man kollegaerne imellem oplevede, at det var svært at sætte ord på, når man skulle beskrive og kommunikere om patienternes agiterede adfærd.

"Skalaen giver os faglige termer, vi kan anvende i vores kommunikation. Den giver et indblik i, hvilken patient vi har med at gøre og et overblik over, hvornår på døgnet patienten er mest urolig, så vi bl.a. ved, hvornår vi kan træne med patienten, og hvornår patienten skal hvile," siger Mia Moth Wolffbrandt.

Patienten bliver vurderet hver time, og plejepersonale eller terapeuter nedskriver de tiltag, de har gjort overfor patienten, f.eks. at begrænse sanselindtryk eller gå en runde på afdelingen med patienten.

"Det gør det muligt at sparre kollegaerne imellem om, hvad der fik patienten til at falde til ro, og hvad der ikke virkede. Ud fra det kan vi lægge en fælles strategi for, hvordan vi tilgår patienten det næste stykke tid," forklarer Mia Moth Wolffbrandt. ●

Reference til manual: Administration and Use of the Agitated Behavior Scale (ABS): www.ohiovalley.org/informationeducation/agitation/abs/

5 GODE RÅD

- Sæt dig godt ind i, hvordan skalaen bruges
- Brug eksisterende manual ved tvivlsspørgsmål
- Brug skalaen som screeningsredskab og til at følge en udvikling over tid
- Brug skalaen til at følge op på behandlingsmål og interventioner
- Brug skalaen som redskab til et fælles tværfagligt sprog.

Telemedicin erstatter fysisk kontrol



Annette de Thurah: "Vi kan med projektet konstatere, at den telemedicinske kontrol, gennemført af sygeplejersker, har samme effekt som kontrol med fysisk fremmøde, hvor læger står for kontrollen. Det løfter samlet set kvaliteten på afdelingen, fordi det frigør ressourcer til dem, der har mest brug for hjælp."

Telemedicinsk løsning ved kontrol af leddegigt viste **samme effekt og sikkerhed** som ved patientens fysiske fremmøde, og patienterne var trygge og tilfredse.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

Hvert år skal 40.000 patienter med kronisk leddegigt to-tre gange om året møde op til kontrol på den reumatologiske afdeling, de er tilknyttet. Her skal lægerne vurdere sygdomsaktiviteten og effekten af den medicinske behandling. De skal undersøge, hvordan patienten i det hele taget har det. Er der hævelser, er der smerter?

Den relativt hyppige kontrol er nødvendig, også selv om patienten måske føler, at det går meget godt. Men kan det gøres anderledes? Kan patienten følges lige så godt og lige så tæt uden at skulle møde fysisk op? Det skulle et forskningsprojekt, Telemedicin RA (TeRA), undersøge som et randomiseret kontrolleret studie. Initiativtager og leder af forskningsprojektet var klinisk sygeplejespecialist, lektor, ph.d. Annette de Thurah,

og ifølge hende var der flere nødvendige grunde til projektet:

"Leddegigt rammer ikke en større procentdel af befolkningen end tidligere, men fordi vi lever længere, bliver der i antal flere og flere, som lider af leddegigt. Hos os udgør patientgruppen med reumatoid arthritis (RA) således 80 pct. af vores samlede antal patienter, og de mange, som skal til jævnlig kontrol, presser de reumatologiske afdelinger på sygehusene. Det kan let komme til at gå ud over ressourcerne til dem, som har størst behov for hjælp," siger Annette de Thurah.

Hensynet til patienten

Ud over et ønske om at bruge ressourcerne bedst muligt er der hensynet til patienten. Projektet er målrettet patienter

med lav sygdomsaktivitet, der har generel ro i sygdommen. De kan godt føle det som tidsspilde at skulle møde op, hvis de blot får at vide, at det jo går meget godt, og at der ikke skal justeres på medicinen.

”Leddegigt rammer i alle aldersklasser, og mange er fortsat i arbejde. De skal så tage fri for at bruge en dag til at gå til en kontrol, de måske føler var helt unødvendig, fordi de ingen aktuelle problemer har. Dertil kommer, at det er med til at fastholde fokus på den kroniske sygdom, når de jævnligt skal møde op på hospitalet. De bliver ved med at føle sig som patienter,” siger Annette de Thurah.

Ændring i symptomer?

Når en patient med leddegigt er til kontrol, anvendes den såkaldte Disease Activity Score 28, i daglig tale DAS 28. Der skal så at sige mærkes på 28 led, og ud fra eventuelle hævelser, smerter mv. vurderes, om der er ændring i sygdomsbilledet.

Hvad kan erstatte denne fysiske undersøgelse?

”Det var selvfølgelig den store udfordring,” siger Annette de Thurah.

”Vi skulle finde en metode, som vi videnskabeligt kunne bevise er lige så god. Den behøver ikke være bedre, men den skal være lige så god. I forskningsprojektet tog vi udgangspunkt i det franske Flare-RA instrument, som vi tilpassede og udbyggede, så vi i forskningen kunne bruge det med udgangspunkt i DAS 28.”

Flare-RA bygger på og samler alle de forhold, der karakteriserer et udbrud af sygdomsaktivitet hos patienter med leddegigt. I forskningsprojektet blev der på den baggrund udarbejdet et spørgeskema, der først og fremmest handler om ændringer i symptomer inden for de seneste tre måneder, men som også handler om funktionsniveau, bivirkninger af medicinsk behandling og en række spørgsmål omkring livskvalitet.

”Takket være webværktøjet AmbuFlex, som vi anvender her i regionen, kan den enkelte patients besvarelser gå direkte ind i journalen, og her sammenholdes med øvrige oplysninger i journalen. Inden for en uge følger vi så op med en telefonsamtale, hvor vi sammen gennemgår spørgeskemaets svar,” fortæller Annette de Thurah.

Intet blev overset

AmbuFlex er integreret i den elektroniske journal, og når patientens svar foreligger, bliver

Fakta

Forskningsprojektet blev gennemført af Reumatologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital i samarbejde med Reumatologisk Afdeling, Regionshospitalet Silkeborg. Det løb over 12 måneder.

Af de 40.000 danskere, der har kronisk leddegigt, er de fleste kvinder. I de fleste tilfælde opstår sygdommen i 40-50-års alderen.

de ved hjælp af en algoritme omregnet til en score, der kan sandsynliggøre, om der er tale om udbrud af sygdomsaktivitet eller ej. I den opfølgende telekonsultation med patienten kan øvrige oplysninger som blodprøver, røntgenbilleder osv. tages med i vurderingen, fordi de ligger i journalen.

Med udgangspunkt i DAS 28 blev det i forskningsprojektet hermed vurderet, om patienten skulle indkaldes til ambulatoriet, om der skulle ske justeringer i den medicinske behandling, eller om der var anledning til ikke at gøre noget. Patienterne kunne når som helst, de skulle ønske det, eller ved opblussen af sygdommen få en akut tid i ambulatoriet.

294 patienter var med i projektet og blev randomiseret til teleopfølgning hos enten læge eller sygeplejerske, eller de blev indkaldt til kontrol som sædvanlig. Der var altså tale om tre grupper, og forskningsprojektet skulle så klarlægge, om der var nogen forskel i resultaterne. Det var der ikke.

”I 20 pct. af tilfældene var der tale om en opblussen af sygdommen, som krævede handling. Det skete så uafhængigt af, hvilken gruppe patienten tilhørte. Vi kunne konstatere, at det, der skulle fanges, blev fanget, uanset om der var teleopfølgning af sygeplejerske eller læge, eller om der blev indkaldt til vanlig kontrol. Der var ikke noget, der blev overset,” siger Annette de Thurah. ●



Vi skulle finde en metode, som vi videnskabeligt kunne bevise er lige så god. Den behøver ikke være bedre, men den skal være lige så god.

Hanne Wraa Knudsen i telefonisk kontakt med en patient. Hun får uopfordret mange positive tilkendegivelser fra patienter, der er trygge ved og glade for ordningen. Den betyder, at de slipper for at møde op til kontrol og alligevel føler, at de følges tæt.



Jeg håber, du har ventet mit opkald?

I Horsens, Silkeborg og Aarhus er **telemedicin implementeret i den jævnlige kontrol** af patienter med leddegigt.

Tekst **KURT BALLE JENSEN** · Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

”Så du oplever, at der er ro i det hele?”

Sygeplejerske Hanne Wraa Knudsen spørger og lytter til svaret. Hun nikkede frem for sig selv, mens hun lytter til stemmen i den anden ende af telefonlinjen.

”Godt, men kommer der nu hævelse i et led, skal du ikke holde dig tilbage. Så kontakter du os bare,” siger hun så, mens hun noterer noget ned på den A4-blok, hun har liggende ved siden af sig. Foran sig på skærmen har hun patientens besvarelser i det spørgeskema, de netop sammen har gennemgået.

”Fint. Nu skriver jeg så i journalen, hvordan du har det, og at du ikke har nogen former for smerter,” siger sygeplejersken, og kort efter rundes samtalen af.

Vi er i et lille lokale på Reumatologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital. Hanne Wraa Knudsen er i gang med dagens telemedicin, og en række patienter sidder derhjemme hos dem selv og er forberedt på, at hun ringer dem op. De har fået en cirka-tid af sekretæren, og der er afsat omkring 20 minutter pr. patient.

Tre erfarne sygeplejersker har på skift en dag med telemedicin. Når sygeplejersken får et spørgeskema op på skærmen, er der oplysninger om den såkaldte Flare-score. Den er udregnet ud fra de besvarelser, patienten i spørgeskemaet har givet ved de enkelte spørgsmål.

”Som udgangspunkt er der ingen grund til at foretage noget, hvis scoren er under 2,5. Er den højere, studser vi lige og skal have noget uddybet i samtalen,” siger Hanne Wraa Knudsen.

Vågner du med smerter i leddene?

Patienten har derhjemme udfyldt skemaet elektronisk eller i papirform. Der er en lang række spørgsmål om, hvordan leddegigten har præget hverdagen inden for de sidste tre måneder: Har der f.eks. været morgenstivhed i leddene? Er patienten flere nætter i træk vågnet på grund af leddegigtsmerter? Har der været hævelser i et eller flere led?

Der er imidlertid også spørgsmål om, hvordan patienten klarer hverdagen: Kan du åbne og lukke en vandhane, kan du skære et stykke stegt kød i stykker, kan du åbne en mælkekarton, kan du vaske dit hår? Den type spørgsmål skal give et indtryk af dels sygdomsbilledet, og om det er under forandring, dels af patientens gener i hverdagen.

”Derudover er der spørgsmål om den almene tilstand. Hvis scoren er relativt høj, kan det i nogle tilfælde skyldes forhold, der ikke behøver være relateret til leddegigt. Jeg har netop haft en samtale med en patient, hvor jeg oplevede det, som om der var noget depression inde over. Den pågældende havde en score på 6,9, og det blev en relativt lang samtale. Jeg opfordrede patienten til at opsøge egen læge og tale om det,” siger Hanne Wraa Knudsen.

I spørgeskemaet bedes patienten bl.a. svare på, om han eller hun flere dage i træk har følt sig meget træt, været mere irritabel end sædvanligt eller følt sig nedtrykt og

Dejligt at slippe ...

Hanne Stampe Bang, Aarhus, fik konstateret leddegigt i 1997, da hun var 52 år. Hun er glad for nu at kunne nøjes med at udfylde et spørgeskema og så ellers tage en samtale i telefonen:

”Jeg havde det jo sådan, at jeg gik og tænkte: Åh nej, nu skal jeg snart til kontrol. Så det er rart at slippe for at skulle på sygehuset, for det gør jo, at man føler sig syg, selv om man har det godt. Jeg er medicineret godt, og jeg er helt tryk ved, at de har styr på det på den her måde. De har jo også blodprøverne. Og hvis jeg skulle få problemer og f.eks. ikke kan løfte en kaffekop, kan jeg hurtigt få en tid. Så det er en god ordning, og så kan de jo bruge tiden på dem, der har mere brug for det, end jeg har.”

5 GODE RÅD

Lad en folder eller en lille film i venteværelset fortælle om ordningen, så patienter eventuelt selv beder om at komme ind under den.

Kontrol med telemedicin i stedet for fysisk fremmøde skal være et tilbud til dem, hvor sygdomsaktiviteten er relativt lav, og hvor der er styr på behandlingen. Og ingen må føle sig presset.

Skab tryghed ved at gentage, at patienten altid kan få en akut tid ved forværring.

Lad patienten gentage det, I er blevet enige om under telekonsultationen, hvis der skal justeres i medicineringen.

Slut telekonsultationen af med at opsummere, hvad der vil blive skrevet i journalen.

haft svært ved at holde modet oppe. Spørgeskemaet og samtalen kan dermed sammen med øvrige oplysninger i journalen fortælle, hvordan det går med sygdommen, og hvordan patientens almentilstand er.

”Patienterne føler sig helt trygge ved dette alternativ til at møde op, og jeg oplever, at syv ud af 10 af sig selv giver udtryk for, hvor godt, de synes, det er,” siger Hanne Wraa Knudsen.

Sygeplejersker har fået større råderum

Forskningsleder Annette de Thurah tilføjer, at der er blevet arbejdet med den målrettede samtale, så der med udgangspunkt i besvarelserne kan findes frem til dem, hvor ”noget skal gøres”.

”Vi kan ved hjælp af telemedicin spotte dem, der skal have justeret medicinen eller indkaldes til ambulatoriet, fordi deres sygdom er i udbrud. Og vi har klare aftaler med lægerne om, hvad vi som sygeplejersker må med hensyn til at justere op og ned i medicinen, indstille til undersøgelse osv.,” siger Annette de Thurah.

Hanne Wraa Knudsen oplever, hvordan det ansvarsloft, opgaveglidningen har medført, også har betydning på andre områder i det daglige arbejde på Reumatologisk Afdeling.

”Med telemedicin oplever vi større patienttilfredshed, men vi bliver også selv bedre til sygepleje, for vi lærer noget, hver gang vi har telekonsultation med en patient,” siger hun.

Nu ikke mere snak, for en patient sidder derhjemme og venter på at blive ringet op. På et øjeblik har Hanne Wraa Knudsen fået patientens svar fra spørgeskemaet op på skærmen og dannet sig et overblik. Så er patienten i røret.

”Jeg håber, du havde ventet mit opkald? Jeg sidder her med dine besvarelser, og jeg synes, vi lige skal gennemgå dem sammen. Hvis du har noget, du vil snakke om bagefter, gør vi det, men det virker, som om du har det rigtig godt?” ●

Trialog

Trialogen bliver til som et interview mellem tre parter. På den ene side en førende ekspert inden for et fagligt område. På den anden side journalisten og en sygeplejerske, der arbejder inden for feltet. Journalisten og sygeplejersken interviewer i fællesskab forskeren med det mål at formidle den nyeste viden, som har relevans for den kliniske sygepleje.

Fang familiens bekymring, før den fører til sygdom

En mand får hjertestop, men bliver genoplivet og vågner op på hospitalet, lettet over at have overlevet. Konen derimod er i chok og har oplevet en skræk for at miste ham, men hun vil ikke belaste ham med sin angst.

Når et familiemedlem bliver alvorligt syg, påvirker det hele familien, og det kan medføre ensomhed, forringet livskvalitet og sygdomme som stress og depression. Med familiefokuseret sygepleje kan sygeplejersker hjælpe patienter og pårørende til at sætte ord på deres bekymringer.



MARIANNE MOHRDIECK
Sygeplejerske på hjertemedicinsk ambulatorium på Svendborg Sygehus, hvor hun arbejder med at implementere familiefokuseret sygepleje.



SUSANNE BLOCH KJELDTSEN
Journalist



BARBARA VOLTELEM
Syge- og sundhedsplejerske, cand.scient.san., lektor på Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle, ph.d. i familiesygepleje og tilknyttet Anvendt Sundhedsforskning på UCL. Forsker i sundhedsfremmende familiesamtaler inspireret af The Calgary Family Assessment and Intervention model. Medlem af bestyrelsen i Dansk Selskab for Familiesygepleje.

Giv ordet til familien

Forskning viser, at alvorlig sygdom i familien kan føre til stress og depression, også for de pårørende. Familiefokuseret sygepleje kan opfange familiens følelser og dreje en ellers ond cirkel til en konstruktiv.

”Hvordan har du det med, at din mand har fået sukkersyge?” Sygeplejerskens spørgsmål sætter tanker i gang hos den pårørende, som er taget med sin mand til konsultation i ambulatoriet. Hun fortæller, at hun er bekymret, fordi hun kan se, at hendes mand ikke er god til at holde sin diæt, og hun er bange for, hvad konsekvensen vil være.

Nu vender sygeplejersken sig mod manden og spørger: ”Hvad tænker du, når du hører, at din kone er bekymret for, at du skal blive mere syg?”

Spørgsmålene er et eksempel på den systemiske spørgeteknik, som sygeplejersker anvender i familiefokuseret sygepleje, som bliver brugt flere steder i landet. Det sker f.eks. i Vejle, Odense, Svendborg og på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, især på hjerte- og lungemedicinske afdelinger og på kræftområdet. Metoden går ud på at åbne for de tanker og bekymringer, som pårørende gør sig, når en person i familien bliver alvorligt syg.

I mange år har familiesygepleje været udbredt på børneafdelinger og i psykiatrien, hvor sundhedspersonalet har brug for at tale med patientens familie, det kaldes familiecentreret sygepleje (1,2). Her er patienten i centrum, men der er ofte også en tæt kommunikation med patientens familie, fordi patienten ikke kan være indlagt, uden familien bliver involveret, se Figur 1.

Et brud med traditionel inddragelse

Ifølge landets første ph.d. i familiefokuseret sygepleje, Barbara Voltelen, er familiefokuseret sygepleje et brud med den måde, man traditionelt tænker pårørendeinddragelse.

”På børneområdet og i psykiatrien kender alle sygeplejersker til familiecentreret sygepleje, og overalt i sundhedsvæsenet er der fokus på at inddrage de pårørende. Men man kommunikerer typisk ikke med patient og familie som en gruppe, der indbyrdes påvirker hinanden,” siger Barbara Voltelen.

Familiefokuseret sygepleje er inspireret af The Calgary Family Assessment and Intervention Model (3), og fokus er på måden, familien interagerer. Samtidig er afsættet for samarbejdet familiens perspektiv og aktuelle behov.

Alvorlig sygdom i familien rammer hele familien, og ofte får sygdommen betydning for relationer og roller internt i familien, fordi den kan påvirke arbejdsevne og økonomi. Barbara Voltelen nævner flere grunde til, at sygeplejersker skal snakke med familien som enhed.

”Mange pårørende beretter om, at de føler sig ensomme, når deres nærmeste bliver ramt af alvorlig sygdom, for de vil ikke dele deres følelser med den syge af skræk for, at det vil belaste yderligere. Familier har et ”kærlighedens skjold”, som betyder, at når vi elsker hinanden, vil vi ikke belaste hinanden og være til ulempe (4).”

Forskning viser, at alvorlig sygdom i familien kan føre til stress og depression, også for de pårørende (4,5).

”Derfor skal vi som sundhedsprofessionelle i den korte tid, vi har kontakt med patienten og familien, ruste dem til, at de kan tale sammen, og det kan bl.a. ske ved familiefokuseret sygepleje. Det er jo familien, som skal leve sammen 24-7 under de nye betingelser og roller, sygdommen giver dem.”

Ifølge Barbara Voltelen kan man med få interventioner dreje en ond cirkel til en konstruktiv. Men det kræver mod.

”Det kræver mod fra sygeplejerskens side. Men ved at stille enkle åbne og cirkulære spørgsmål kan man få en konflikt – som ellers ville fylde rigtig meget – til at blive mindre dominerende,” siger Barbara Voltelen, som begyndte at forske i familiefokuseret sygepleje til ambulante hjertesvigtpatienter, da lektor Birte Østergaard fra Syddansk Universitet søgte en ph.d.-studerende til et forskningsprojekt.

”Jeg har aldrig lagt skjul på, at jeg gerne ville lave en ph.d., og med min faglige profil som sundhedsplejerske var en ph.d. i familiesygepleje oplagt,” siger Barbara Voltelen.

Når man selv bliver ramt

Mens Barbara Voltelen arbejdede på sit forskningsprojekt, oplevede hun, hvordan det er at være i nær familie med én, som bliver alvorligt syg.

”Sygeplejersken hilste pænt på min mand, men så slet ikke mig, og hun gav mig hverken hånden eller præsenterede sig for mig. Det skete igen og igen i det lange og alvorlige sygdomsforløb, at jeg følte mig usynlig, og den manglende inddragelse

gjaldt alle slags sundhedsprofessionelle,” siger Barbara Voltelen, som tolker det som travlhed og manglende omtanke.

Men med sine forskerbriller på forstod hun de mekanismer, der kan ligge bag den tilsyneladende manglende pl.

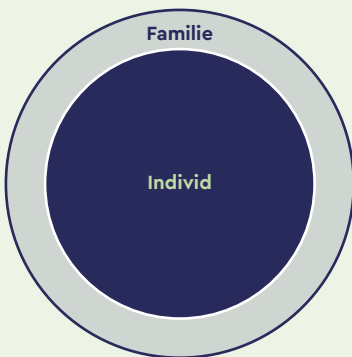
”Fra min forskning på området ved jeg, at mange sundhedsprofessionelle føler, at det er grænseoverskridende at inddrage patientens familie og spørge ind til deres oplevelse. Men som pårørende gør det noget ved et længerevarende sygdomsforløb, når man ikke bliver inviteret ind som pårørende, og der er måske ikke engang en stol til én. Jeg husker kun en enkelt gang, hvor en overlæge sagde til min mand: ”Nu er det jo ikke dig alene, som det her angår. Du har også en familie, som er påvirket af det her.” Og det føltes rart at opleve, at familieperspektivet også blev taget med i ligningen,” siger Barbara Voltelen. ©

[Figur 1]

3 SLAGS INDDRAGELSE

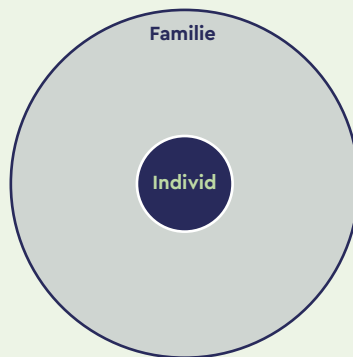
Overordnet er der tre modeller for at inddrage familien, men kun den familiefokuserede model arbejder målrettet med systemisk kommunikation.

PATIENTCENTRERET: individet i sammenhæng med familien



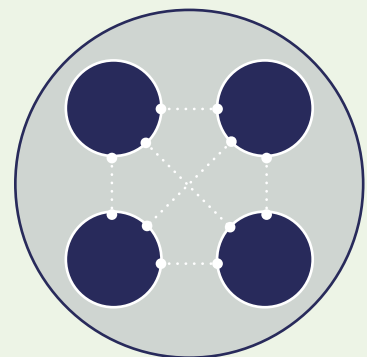
Patienten i centrum er idealt i sundhedsvæsenet. De pårørende bliver typisk inddraget i form af information fra de sundhedsprofessionelle og svar på spørgsmål. Her bruger man primært lineær kommunikation.

FAMILIECENTRERET: familien med individet som baggrundsfigur



I mange år har børneafdelinger kommunikeret tæt med forældrene under barnets indlæggelse, ligesom man også kommunikerer med pårørende i psykiatrien, også kaldet ”familiecentreret sygepleje”. Her bruger man primært lineær kommunikation.

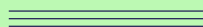
FAMILIEFOKUSERET: interaktionen i familien som en omsorgsfuld enhed.



Familiefokuseret sygepleje med fokus på familien som en enhed. Metoden har inden for de sidste 10 år vundet udbredelse inden for medicinske afdelinger og på kræftområdet. Her bruger man lineær, cirkulær, strategisk og refleksiv kommunikation, også kaldet systemisk kommunikation.

Familien er et system

Familiefokuseret sygepleje ser familien som en enhed og et system, der består af individer, og en gruppe, hvor man indbyrdes påvirker hinanden.



Den type familiefokuseret sygepleje, som breder sig i Danmark og i udlandet, er inspireret af sygeplejeteoretikerne Lorraine M. Wright og Maureen Leaheys model "The Calgary Family Assessment and Intervention Model" (3). Den bygger bl.a. på ligeværdig relationsdannelse, ressourcetænkning og systemisk kommunikation med fire forskellige slags spørgsmål: lineære, cirkulære, strategiske og refleksevene. Derudover bliver anerkendelse brugt som et centralt og vigtigt redskab (10), se Figur 2.

Familien er defineret som "En gruppe individer, der er bundet sammen af stærke følelsesmæssige bånd, en følelse af tilhørsforhold og en trang til at være involveret i hinandens liv" (11).

Familien skal forstås bredt, og det handler ikke kun om børnefamilier. Alle er en del af en familie. Det er ikke nødvendigvis den biologiske familie, det kan også være sammenbragt familie, ligesom der kan være stærke relationer til venner, kolleger eller naboer.

Genogrammer og ecogrammer er redskaber, der kan bruges til at kortlægge familien, se Boks 1.

Syn for andres perspektiv

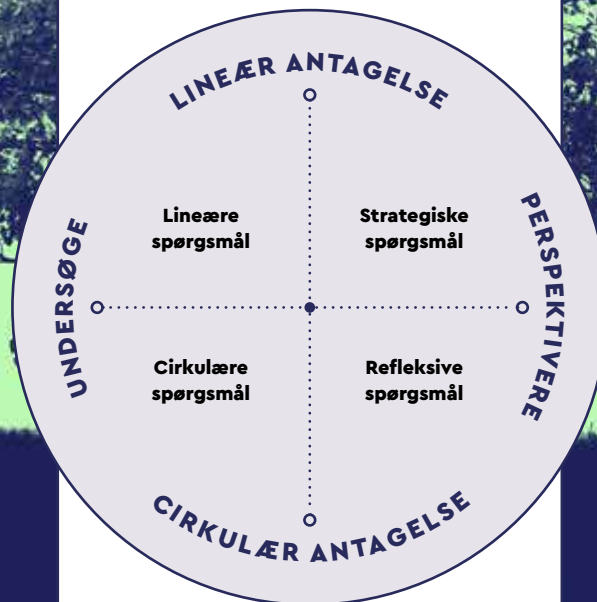
I Wright og Leaheys Calgary-model ses familien som et system, som interagerer, og ifølge de to sygeplejeteoretikere er det vigtigt at tage afsæt i familiens behov og give alle mulighed for at fortælle deres perspektiv.

"Når man får syn for den andens perspektiv og overbevisninger, opstår der nogle ahaoplevelser og en større forståelse og rummelighed for hinandens måde at agere på," siger Barbara Voltelen.

Familiefokuseret sygepleje er også funderet i Illness-Belief-modellen (9), se Figur 3, som er udarbejdet af Lorraine Wright i samarbejde med Janice Bell. Deres pointe er, at det er ens egne forestillinger, som styrer den måde, man opfatter sygdommen på. Patienten kan f.eks. tænke, at "det er typisk, jeg bliver altid ramt af sygdom." Familien kan tænke "Der

[Figur 2]

KARL TOMMS FIRE TYPER SPØRGSMÅL I SYSTEMISK KOMMUNIKATION



Modellen for systemisk kommunikation er udarbejdet af den canadiske psykolog Karl Tomm. De fire typer spørgsmål har forskellige formål.

F.eks. bruges de lineære og de cirkulære spørgsmål til at undersøge, hvad der er på spil hos familien, mens de strategiske og refleksive kan perspektivere muligheder og mål.

Eksempler:

LINEÆRE: Hvad skete der? Hvem gjorde hvad, hvor, hvornår, hvordan og hvorfor?

STRATEGISKE: Hvornår har du tænkt dig at gøre noget ved problemet?

CIRKULÆRE: Hvad er din forklaring på ..., Hvad er anderledes nu end tidligere – og hvordan anderledes? Hvad er vigtigst for A og B? Hvordan ser du det?

REFLEKSIVE: Hvad tror du, A tænker, når han havner i den situation? Hvordan kunne du tænke dig at ...?

[Boks 1]

KORTLÆG FAMILIEN

I dette eksempel bor to forældre sammen med deres tvillingsønner. Deres ældste datter er flyttet hjemmefra. Manden har en datter fra et tidligere ægteskab, som først blev født, efter parret var skilt. Kvindens far lever stadig, mens moren døde i 2001 som 60-årig (12).

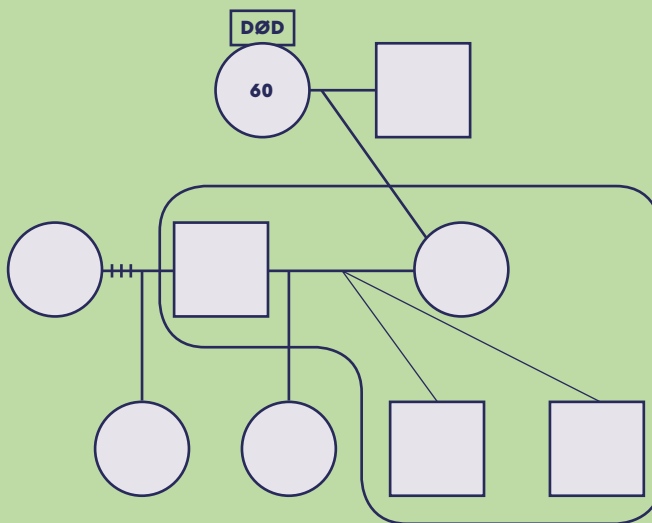
Genogrammer og ecomap kan give et visuelt overblik over de personer og institutioner, som en patient har vigtige relationer med.

I familiesygepleje forstås familien i bred forstand, da det handler om at finde frem til patientens nære, og det kan være både familie, venner og kolleger. Genogrammer og ecomap kan bruges til at danne et overblik over de betydningsfulde relationer og finde frem til ressourcer. De kan give sygeplejersken en bedre forståelse for familien og samtidig give et fælles grundlag at tale ud fra. Familien kan f.eks. få øje på nye muligheder for støtte udefra.

Et genogram er en tegning af patienten og relationerne til den nærmeste familie. Oprindelig stammer genogrammet fra genetikken, hvor det er blevet brugt til at undersøge og forstå arvelighed. Der er symboler for køn og forskellige indbyrdes relationer, og man kan også bruge symboler for sundhedstilstand og økonomiske og sociale forhold.

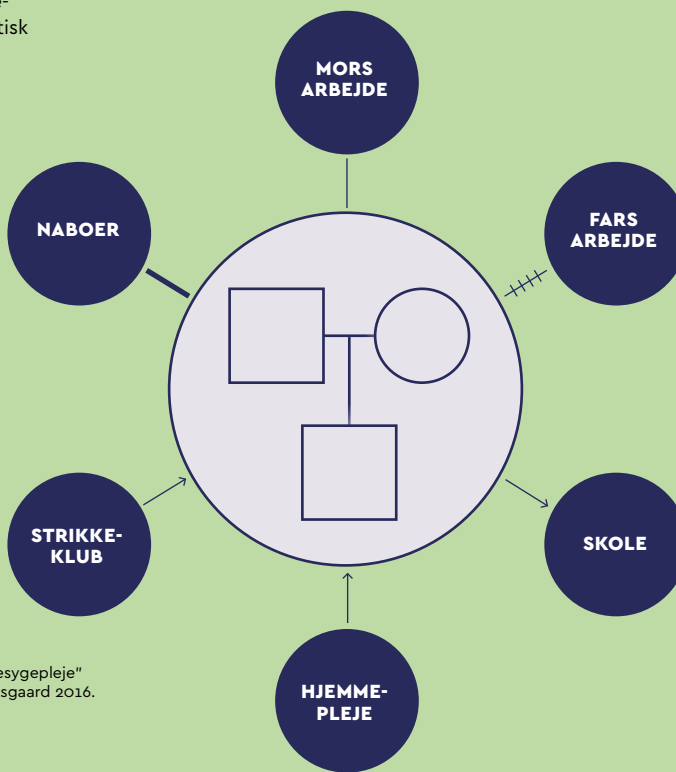
Et ecomap er et udvidet genogram, som kan være forhold til naboer, kolleger, idrætsforening, religiøs eller politisk overbevisning.

- Kvinde
- Mand
- Gift
- +++ Skilt
- ⊃ Bor i samme hus
- ∧ Tvillinger



Her ses eksempel på en lille familie med far, mor og et barn, hvor faren er langvarigt syg (12).

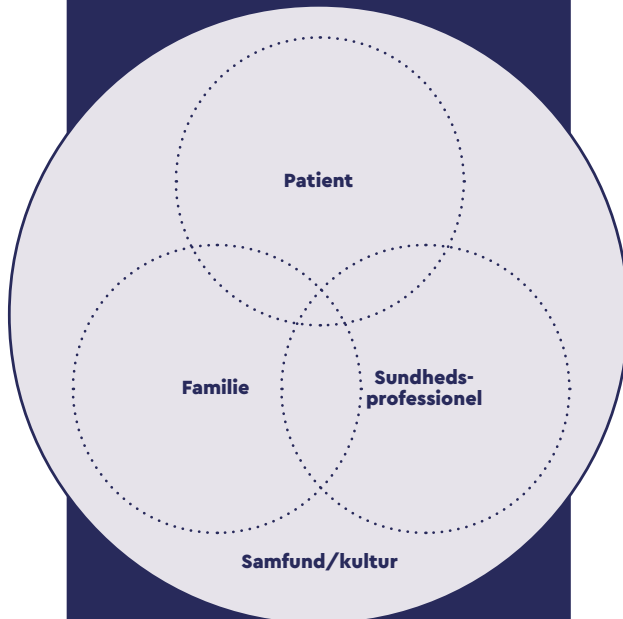
- Stærk relation
- Svag relation
- +++ Udfordrende relation
- Retning på støtte og omsorg



Kilde: Eksemplerne stammer fra bogen "Familiesygepleje" af Birte Østergaard og Hanne Konradsen, Munksgaard 2016.

[Figur 3]

ILLNESS-BELIEFS-MODELLEN



De tre cirkler repræsenterer, at hvert individ eller gruppe har sine antagelser, overbevisninger og forestillinger baseret på den kultur, man kommer fra. Der, hvor cirklerne mødes, vil de påvirke hinanden, ligesom de også påvirkes af samfundet udenom.

må kunne findes noget medicin, som kan hjælpe på diabetes,” og de sundhedsprofessionelle kan tænke ”Patienten har brug for at træne noget mere og spise sundere.”

Nogle forestillinger kan være hindrende for at tro på nye muligheder, mens andre forestillinger kan være gavnlige, f.eks. hvis patienten har den opfattelse, at ”Den udfordring skal jeg nok klare”. Familiefokuseret sygepleje skal hjælpe familien til at få øje på mulighederne.

Familiesygepleje skal læres og trænes

Der findes en masteruddannelse i familiesygepleje på Linnéuniversitetet i Kalmar, Sverige,

og der er lige blevet udbudt et diplommodul i familiefokuserede samtaler i et samarbejde mellem University College Lillebælt og Syddansk Universitet.

Ifølge Barbara Voltelen er familiefokuseret sygepleje en tilgang, alle sygeplejersker kan lære gennem kompetenceudvikling og ved at anvende det i hverdagen i de korte møder med patienter og pårørende.

”Der er ikke nogen rigtig måde at udføre familiefokuseret sygepleje på, men der er nok en tendens til, at vi synes, at ”rigtig” familiesygepleje er noget mere planlagt end bare det at anerkende de pårørendes indsats i hverdagen. Jeg ser det mere som en måde at være sygeplejerske på og er fortaler for, at familiefokuseret sygepleje foregår i et kontinuum, hvor det kan være alt fra den lille anerkendelse af en omsorgsfuld pårørende til det planlagte møde, hvor man indkalder patient og familie til en samtale,” siger Barbara Voltelen.

Hun mener, at det i familiefokuseret sygepleje er vigtigt for sygeplejersker og sundhedsprofessionelle at lære at anvende den anerkendende tilgang. At tro på patienternes og deres nærtståendes kompetencer og at kommunikere cirkulært.

Barbara Voltelen har været én af de bærende kræfter i at få familiesygepleje på skemaet på Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle. Siden 2012 er alle sygeplejestuderende fra Vejle blevet undervist i tilgangen på forskellige steder i uddannelsen, og det har resulteret i et stigende antal bacheloropgaver om familiefokuseret sygepleje til voksne patienter. ●

PH.D.-AFHANDLING OM FAMILIESYGEPLEJE

Barbara Voltelens ph.d.-afhandling om familiesygepleje har titlen: ”Familiefokuseret sygepleje; sygeplejerskernes erfaringer og interventionens indflydelse på familiernes tilpasningsprocesser efter en nærtståendes hjertesvigt diagnose – en kvalitativ procesevaluering.”

KORTFATTET KONKLUSION:

Sygeplejerskerne fandt familiesamtalerne nyttige, men udfordrende at gennemføre. Tilgangen faciliterede deres sygeplejepraksis, og de opnåede en mere konstruktiv relation til familierne. De interviewede familier skulle reorganisere familielivet efter hjertesvigt diagnosen og balancerede mellem individuelle behov og familiens behov. Når sundhedspersonalet evnede at udforske familiernes specifikke sygehistorie og anerkende det unikke ved deres situation både på individ- og familieniveau, støttede det deres trivsel og reorganiseringsprocesser. Mens hvis det modsatte skete, fik det familierne til at føle sig frustrerede, hvilket hindrede generel trivsel (7).

Der er barrierer over for at inddrage familien

Ligesom patienter og familie har hindrende overbevisninger og forestillinger om at skulle leve med sygdom, har sygeplejersker selv barrierer, der skal overvindes, når familiefokuseret sygepleje skal implementeres.



Medicinsk afdeling på Svendborg Sygehus har besluttet at indføre familiesygepleje på hele afdelingen. Alt plejepersonale får tilbudt undervisning i systemisk kommunikation, som er en vigtig del af The Calgary Family Assessment and Intervention Model. Ressourcepersoner får tre dages kursus, mens alle andre får et kursus på en dag.

Sygeplejerske Marianne Mohrdieck er ressourceperson på hjertemedicinsk ambulatorium. Hun brænder for familiesygepleje og vil gerne overbevise sine kolleger om potentialet, men hun oplever, at mange er skeptiske overfor at skulle gå i gang med familiesygepleje, fordi det kan være svært for sygeplejerskerne at gennemskue forskellen på det, de plejer at gøre, og så den nye tilgang til kommunikation, som familiefokuseret sygepleje står for.

Marianne Mohrdieck: *Jeg oplever, at der er en vis modstand mod nye kommunikationsteorier og tilgange som familiefokuseret sygepleje. Nogle sygeplejersker mener, at "det gør vi i forvejen". De siger f.eks. "Det har vi gjort i mange år" og "hvorfor skal vi dokumentere det, når vi har gjort det hele tiden?"*

Spørgsmålet falder i forbindelse med udarbejdelsen af denne trialog, som finder sted på Svendborg Sygehus i et samarbejde mellem Marianne Mohrdieck og ph.d. i familiesygepleje Barbara Voltelen samt artiklens skribent.

Barbara Voltelen: "Den cirkulære kommunikation er markant anderledes end det, vi normalt er trænet til. At spørge åbent og interesseret til familiens sygdomshistorie, deres overbevisninger, og hvordan de som familie tackler svær eller kronisk sygdom, og så lade dem selv sætte dagsordenen, det gør vi normalt ikke som sygeplejersker. Vi har allerede en agenda og en masse ting, vi skal have præsenteret i den kortvarige kontakt."

Forskning viser, at sygeplejersker har flere barrierer i forhold til at arbejde med familiesygepleje. Nogle er bange for at rode op i problemstillinger, de ikke har mulighed for at følge til dørs, andre oplever, at de mangler kompetencerne til reelt at inkludere familieperspektivet – og mange siger, at de ikke har tid (2,13).

Lommekort og dagens spørgsmål

Marianne Mohrdieck har lavet lommekort til sit afsnit med spørgsmål, som







plejepersonalet kan bruge til inspiration til, hvad de f.eks. kan spørge patienter og pårørende om (Boks 2). Hun skriver også et "dagens spørgsmål" som inspiration på tavlen i kontoret, f.eks. "Hvad er det, der fylder allermost for dig lige nu?" (Boks 3).

Marianne Mohrdieck: *Jeg oplever, at mange er bange for, at familiesygepleje er nødt til at være en meget opstillet samtale, hvor man minimum er to sygeplejersker, som møder familien. Og det har skabt barrierer for at gå i gang, fordi man tænker, man skal noget helt særligt. Mange spørger mig "er det egentlig familiesygepleje, bare fordi jeg stiller nogle enkelte familiesygeplejerspørgsmål, eller er det ikke?"*

"Det tænker jeg, at det er. Familiesygepleje kan godt ske i det meget korte møde i en aftenvagt, hvor man for tredje vagt i træk ser konen sidde ved siden af sin mand, som har fået en hjerneblødning. Og man bare går hen og klapper hende på skulderen og siger "hold da op, hvor er det dejligt at se dig, og at du bakker din mand op 24-7. Nu er det tredje gang, at jeg har set dig herinde," siger Barbara Voltelen.

Marianne Mohrdieck: *Det er også det, jeg plejer at sige til mine kolleger. At i det mindste kan man have dagens spørgsmål eller spørgsmålene fra lommekortet i baghovedet og bruge dem, hvis der er en oplagt situation. For selv et enkelt spørgsmål kan åbne op for noget og have betydning. Det kan også bare være det at huske at invitere den pårørende med ind til samtalen, sige ordentligt goddag, sætte stolene sådan, at alle føler sig lige velkomne og ingen oplever at være et appendiks ovre i hjørnet. Bare det, at man anerkender, at de mødte op sammen. Anerken-der, at "det ser ud til, at din kone bekymrer sig meget om dig." Det behøver ikke være sådan stort, men hvor anerkendelsen er nede på et plan, hvor det er dansk.*

"Det er den anerkendende tilgang, vi danskere skal lære. Amerikanerne er gode til det, men vi kan føle det lidt kunstigt, og derfor må vi øve os, for autenticiteten er vigtig. Man skal ikke gøre noget, der ikke føles rigtigt for én selv, men man kan starte low scale og f.eks. sige "det synes jeg faktisk, du gjorde rigtig godt," siger Barbara Voltelen.

Familiesygepleje giver arbejdsglæde

Marianne Mohrdieck: *Spørgeteknikken i familiesygepleje minder om ånden fra motivationssamtalen, hvor man også bruger anerkendelse. At man spejler det, man ser familien gøre.*

"Det udspringer jo af samme tankesæt bag metoden Appreciative Inquiry (14) eller positiv psykologi, hvor man tror på, at hvis man kigger på styrker, så har patienten og familien både nogle erfaringer og noget viden om, hvordan de plejer at håndtere deres liv, som er bedre for dem end det, jeg som sundhedsprofessionel synes, de bør gøre," siger Barbara Voltelen, som mener, at der er væsentlig forskel på den motiverende samtale og familiefokuseret samtale.

[Boks 2]

LOMMEKORT FRA HJERTEMEDICINSK AMBULATORIUM

Marianne Mohrdieck har udarbejdet lommekort til personalet på hjertemedicinsk ambulatorium på Svendborg Sygehus. Det er idéer til, hvordan sygeplejerskerne kan arbejde med familiefokuseret sygepleje i hverdagen.



Spejl gerne det, du oplever med familien, for eksempel:

Hvis en pårørende bliver rørt/ked af det/vred – sæt fokus på det, for det gør det synligt for de medvirkende.

Brug spørgsmål som: "Jeg kan se, at din kone bliver ked af det – hvad gør det ved dig?"

Brug konstateringer (ikke spørgsmål) som: "Det er svært for jer at få hverdagen til at fungere."



Anerkend deres ressourcer og fremhæv det positive, f.eks.:

"Det har været en hård tid for jer, og det er tydeligt, at I kæmper for at få tingene til at fungere ..."

"I har gjort jer umage med at holde styr på vægten og al den nye medicin."

"Du prøver at passe godt på dig selv."



Opsummer:

Lav en opsummering af det, I har talt om, så alle hører det, der har været talt om. Når man har opsummeret, kan man bede familien om at korrigere og bekræfte. Afklar og aftal det videre forløb.

”Den motiverende samtale handler ofte om, at en patient har brug for at ændre livsstil. Der kan man gå ind og understøtte ved at bruge Appreciative Inquiry. Men i familiesygepleje handler det om noget andet. Her er der en hel familie, som fremover skal leve et godt liv på trods af sygdom. De skal måske håndtere nogle ting på en ny måde, og de skal støttes til at erkende, at der er andre og nye muligheder. De skal opdage, at de formentlig tænker forskelligt om situationen, og at det er o.k., at man taler om de ting, som er svære at tale om. Appreciative Inquiry går på individet, mens familiesygepleje går på hele familien,” siger Barbara Voltelen.

Marianne Mohrdieck: *Hvilken evidens er der for, at familiesygepleje betyder en forskel for patienterne?*

”Den forskning, der ligger på området, viser, at familierne føler sig lettede (15,17). Og så er der den positive sidegevinst, at de sundhedsprofessionelles arbejdsglæde øges, det er der evidens for (13,18,19). Der er lavet en enkelt cost-effectiveness-undersøgelse (20) for at finde ud af, om familiesygepleje kan betale sig. Alt efter, hvad du måler på, så viser nogle målinger effekt,” siger Barbara Voltelen.

Gå ind i en konflikt

Marianne Mohrdieck: *Jeg bliver ofte spurgt af kolleger, hvornår man kan vide, om man skal bruge tid på en familie – altså kan man vide, hvilke familier som har et behov?*

”Der er faktisk lavet et screeningsredskab om familiefunktion, som lige er blevet oversat til dansk og publiceret (21). Det handler om at identificere de familier, hvor der er udfordringer eller konflikter. Og det kræver mod fra sygeplejerskens side til at gå ind i potentielle konflikter,” siger Barbara Voltelen og nævner et eksempel:

”En mor er syg, og hendes mand passer hende hjemme. De har tre børn, to sønner, som bor tæt på, og en datter, som

er under uddannelse inden for sundhedsvæsenet og bor i den anden ende af landet. Når datteren kommer på besøg, er det lige som en hvirvelvind. Så bliver der ringet rundt, og de andre søskende tænker: ”Det var fandens, vi hjælper med at købe ind og gøre rent, og så kommer hun her hver tredje måned, og så skal det hele laves om.” Så får man familien ind til en familiefokuseret samtale, og så viser det sig, at fordi datteren bor så langt væk, så har hun megadårlig samvittighed. Hun mener, at hun kan byde ind med sin professionalisme fra sundhedsvæsenet. Hun har ikke tænkt over, hvordan det virker fra de andres perspektiv. Sådan en samtale kan være nok til, at deres konflikt forsvinder. Deres måde at være sammen på fremover forandres fuldstændig.”

Et af de steder, hvor sygeplejersker kan opleve, at der er konflikt mellem patient og partner, kan være ved samtaler omkring KRAM-faktorerne.

”Det kan være manden, som ikke kan se, hvorfor han ikke fortsat kan spise fed mad og ryge. Konen bliver sur og begynder at holde øje med, hvad han spiser, og om han ryger, og det medfører, at han flygter. Hvis de får lov at snakke om det, viser det sig, at konen gør det, fordi hun elsker ham så højt, og hun vil ikke miste ham. Han finder ud af, at det ikke var for at være efter ham hele tiden, men at det handler om kærlighed. Sådan er der rigtig mange historier,” siger Barbara Voltelen.

Marianne Mohrdieck: *Det gør meget at få familien til at få øjnene op for, at det er kærlighed. Når man kommer ind til kerne, så får de set hinanden. De går helt anderledes ud ad døren og kommer ind anderledes, når man får set dem gangen efter.*

Samtale er terapeutisk

Barbara Voltelen bliver ofte mødt med spørgsmålet, om familiesygepleje er terapi, og at det vel ikke kan være meningen, at sygeplejersker skal være terapeuter?

”Samtale i sig selv er terapeutisk, og hvis det har nogen virkning på, hvordan patienten og familien ellers oplever deres liv og levned og deres livskvalitet, så må det for min skyld gerne kaldes terapi. Men jeg mener, at terapi er noget helt andet. Terapi er ofte bagudrettet, hvor familiesygepleje er fremadrettet og tager udgangspunkt i den situation omkring sygdom, som familien er i.”

Ifølge Barbara Voltelen viser forskning (2,22), at mange sygeplejersker er bange for, at familiesygepleje og cirkulære spørgsmål vil lukke op for nogle problemer, som er for store, og som man måske ikke kan håndtere. Men hun mener ikke, at sygeplejersker behøver at have den frygt, for der er ingen forskning, der tyder på, at der er skadelige eftervirkninger af interventionen (15).

”Erfaring viser, at uanset hvor store konflikter vi har, så hjælper det at fortælle om det,” siger hun.

Marianne Mohrdieck: *Jeg oplever ikke, at det er et etisk problem, hvis jeg lukker op for noget, som viser sig at være et*



problem, jeg ikke kan klare. Jeg kan f.eks. henvise til der, hvor familien kan få hjælp. Det kan være en socialrådgiver, en psykolog, en læge.

Ifølge Barbara Voltelen har familiefokuseret sygepleje ikke patent på den spørgeteknik, som man anvender, for den har længe været anvendt af blandt andre psykologer. Men den kan med fordel bruges af sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, mener hun.

”Undervisning i kommunikation fylder i forvejen meget på sygeplejerskeuddannelsen. Vi lærer oftest at kommunikere lineært, hvor der er en afsender og en modtager om en sag. Men i den systemiske tilgang er du bevidst om, at alle i et rum påvirker hinanden. Vi bliver også påvirket af lyset og den måde, stolene står på.”

HER ARBEJDER MAN MED CALGARY-METODEN

I DANMARK:

Hjertesvigt-klinikkerne på Odense Universitetshospital, Sygehus Lillebælt i Vejle, og på hjertemedicinsk afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt hele medicinsk afdeling på Svendborg Sygehus.

Onkologisk afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle.

Fredericia Kommune er med i et familie-demensprojekt.

Indvandrermedicinsk klinik, Odense Universitetshospital.

University College Lillebælt og Syddansk Universitet udbyder i 2018 et diplommodul i familiefokuserede samtaler.

Dansk Selskab for Familiesygepleje er et nationalt forum for praksis, udvikling, uddannelse og forskning. Selskabet afholder bl.a. workshop og masterclass.

I UDLANDET:

Calgary-metoden er mest udbredt i Canada, hvor forskningsenheden Family Nursing Unit blev etableret i midten af 1980'erne.

Hele universitetshospitalet i Reykjavik har implementeret familiefokuseret sygepleje.

Linnéuniversitetet i Kalmar, Sverige, udbyder kurser i familiesygepleje på master- og ph.d.-niveau. Desuden pågår der et stort projekt om samarbejde for bedre pleje til døende, hvor plejepersonalet i hele Kronobergs Len uddannes i familiesygepleje.

I Holland er der for nylig etableret et Family Care Innovation Lab ved Hanze University of Applied Sciences in Groningen.

Desuden anvendes Calgary-metoden ved institutioner i Finland, Schweiz, Spanien, Portugal, USA, Japan, Thailand og Australien.

[Boks 3]

The ONE-QUESTION- QUESTION

I familiefokuseret sygepleje er der et redskab til at fokusere en samtale, som alle sygeplejersker kan bruge, og det hedder "The one-question-question" (3,23).

"The one-question-question kan f.eks. være at spørge patient og familie om "Hvad fylder allermost for dig lige nu? Det spørgsmål kan man stille i det korte møde med en bekymret patient eller pårørende, men man kan også bruge det til at strukturere et møde ved, at man stiller spørgsmålet til alle medvirkende, og så tager man udgangspunkt i det, der fylder mest," siger Barbara Voltelen.

Derfor mener Barbara Voltelen, at hvis man er uddannet i systemisk kommunikation, så har man et ansvar for at påvirke samtalen og dens forløb ved at være åben og imødekommende overfor, at det er familien, som lever med deres situation.

”Og det er deres ressourcer og deres viden og deres måder at gøre tingene på, der er det rigtige for dem. Så hvordan får de det til at passe sammen under de vilkår, som de nu skal leve under, hvis manden har fået hjertesvigt eller konen har fået diabetes? Her er det ikke nok med de lineære spørgsmål, hvis

man vil åbne for familiens perspektiv,” siger Barbara Voltelen.

Travlhed og familiesygepleje

Marianne Mohrdieck: *Hvordan får sygeplejersker tid og rum til at arbejde med familiesygepleje i en hverdag, hvor der er krav om en masse ting, som man skal sørge for at dokumentere?*

”Det kræver mod at læne sig tilbage og se, hvad familien kommer med. Min erfaring er, at hvis man tør det, så kommer man faktisk rundt omkring de ting, man skal og lidt til. Og du får hurtigere dybdegående kendskab til den specifikke familie og de særlige problemstillinger, den står i.”

Marianne Mohrdieck: *Det er også sådan, jeg selv oplever det. Efter jeg er blevet modig nok til at tænke ”fred være*

med den KRAM-faktor-dagsorden” og i stedet starter med at spørge til familiens oplevelse af situationen, så når vi alligevel igennem de spørgsmål om KRAM, som er relevante.

Jeg har også prøvet at bruge familiesygepleje, når patienten i forbindelse med hjerterehabilitering kommer ind for at blive scoret for angst- og depression. Det er kun patienten, som udfylder skemaet med spørgsmål, men et eller andet sted sidder der jo også en pårørende ved siden af, og så fanger man dem på den måde. Men der er også situationer, hvor patienten ikke er interesseret i, at vi skal inddrage den pårørende. Kan man bruge familiesygepleje, når der ikke er familie til stede?”

”Det kan man sagtens. De cirkulære perspektiver er med til at forstyrre patienten i sin tankegang, og det skaber forandringsprocesser. Så selvom patienten kommer alene og ikke har sin partner eller andre med, kan sygeplejersken jo godt spørge ”hvordan har din mand det med, at du har fået sukkersyge eller hjertesvigt eller har fået cancer.” Så skal patienten til at tænke over ”hvordan har min mand det egentlig,” ”har han givet udtryk for hvordan og hvorledes?” Det afføder måske, at patienten går hjem og spørger ham.” ●

Referencer

1. Printzlau M. Familiecentreret sygepleje i pædiatrien. *Sygeplejersken* 2009;23:54-9.
2. Bell JM. *Family Nursing Is More Than Family Centered Care*. Journal of Family Nursing 2013 November 01;19(4):411-17.
3. Wright L, Leahey M. *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. 6th. ed. Philadelphia, PA.: F. A. Davis; 2013.
4. Dalgaard KM. Uhelbredeligt syge har brug for sundhedsprofessionelle som følgeskab. *Klin Sygepleje* 2010;34(3):47-58.
5. Mattila E, Leino K, Paavilainen E, Aastedt-Kurki P. *Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review*. Scand J Caring Sci 2009;23(3):611-22.
6. Kang X, Li Z, Nolan MT. *Informal caregivers' experiences of caring for patients with chronic heart failure: systematic review and metasynthesis of qualitative studies*. J Cardiovasc Nurs 2011 Sep-Oct;26(5):386-94.
7. Barbara Voltelen. *Family System Nursing Intervention: Nurses' experiences and its impact on heart failure families' readjustment processes: a qualitative process evaluation*. Odense: Syddansk Universitet; 2016.
8. Wright L, Watson W, Bell J. *The family nursing unit: A unique integration of research, education and clinical practice*. In: Bell J, Watson W, Wright LM, editors. *The cutting edge of family nursing: Family nursing unit*, Calgary, Alberta, Canada; 1990. p. 95-109.
9. Wright LM, Bell JM. *Beliefs and illness: a model for healing*. 1. ed ed.: www.lorrainewright.com; 2009.
10. Tomm K. *Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing*. Fam Process 1987;26(2):167-83.
11. Benzein EG, Hagberg M, Saveman BI. 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nurs Inq* 2008 Jun;15(2):106-15.
12. Østergaard B, Konradsen H, (red.). *Familiesygepleje*. Kbh.: Munksgaard; 2016.
13. Voltelen B, Konradsen H, Østergaard B. *Family Nursing Therapeutic Conversations in Heart Failure Outpatient Clinics in Denmark: Nurses' Experiences*. Journal of Family Nursing 2016;22(2):172.
14. Hornstrup C, Loehr-Petersen J. *Appreciative Inquiry: en konstruktiv metode til positive forandringer*. København: Jurist og økonomforbundets Forlag 2007.
15. Östlund U, Persson C. *Examining Family Responses to Family Systems Nursing Interventions: An Integrative Review*. Journal of Family Nursing 2014 August 01;20(3):259-86.
16. Persson C, Benzein E. *Family health conversations: how do they support health?* Nursing research and practice 2014;vol 2014:547160.
17. Benzein E, Olin C, Persson C. *You put it all together: families' evaluation of participating in family health conversations*. Scand J Caring Sci 2015;29(1).
18. St John W, Flowers K. *Working with families: from theory to clinical nursing practice*. Collegian 2009 07;16(3):131-38.
19. Goudreau J, Duhamel F, Ricard N. *The Impact of a Family Systems Nursing Educational Program on the Practice of Psychiatric Nurses: A Pilot Study*. Journal of Family Nursing 2006;12(3):292-306.
20. Halldórsdóttir B, S., Svavarsdóttir E, Kolbrún. *Purposeful Therapeutic Conversations: Are they effective for families of individuals with COPD: A quasi-experimental study*. VARD I NORDEN 2012;32(1):48-51.
21. Shamali M, Konradsen H, Lauridsen J, Østergaard B. *Translation and validation of the Danish version of the brief family assessment measure III in a sample of acutely admitted elderly medical patients*. Scand J Caring Sci. 2017 Nov 13.
22. Saveman B, Benzein E. *Here Come the Swedes! A Report on the Dramatic and Rapid Evolution of Family-Focused Nursing in Sweden*. Journal of Family Nursing 2001 August 01;7(3):303-10.
23. Duhamel F, Dupuis F, Wright L. *Families' and Nurses' Responses to the "One Question Question": Reflections for Clinical Practice, Education, and Research in Family Nursing*. Journal of Family Nursing 2009;15(4):461-85.



The Journal Club

Fag&Forsknings Journal Club er Sygeplejerskens genvej til den nyeste, internationale sygeplejeforskning. Lige som i de journal clubs, der findes på mange arbejdspladser, præsenterer vi udvalgte artikler fra verdens førende, videnskabelige tidsskrifter. Det sker med klar kildeangivelse, så du nemt kan læse videre på egen hånd eller dele artiklen med dine kolleger.

DENNE GANG KAN DU LÆSE OM

Forskning: Stærkt lederskab, tilpasning af organisationen samt en støttende ledelsesstruktur er væsentlige faktorer for at opnå succes med at opbygge en sygeplejefaglig forskningskapacitet.

Begrundet bekymring: Hollandske forskere har arbejdet med den bekymring, mange sygeplejersker kender til, selv om vitale værdier indikerer, at der ikke er noget galt.

Evidens: For at sygeplejestuderende kan udvikle færdigheder inden for evidensbaseret praksis, er det afgørende for dem at møde evidensbaseret pleje i praksis.

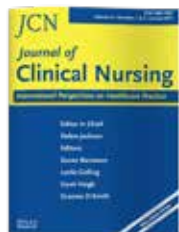
VIL DIN JOURNAL CLUB BIDRAGE?

Artiklerne i Fag&Forsknings Journal Club bliver udvalgt i samarbejde med lokale journal clubs på arbejdspladser over hele landet. Din journal club er også velkommen til at foreslå artikler, vi kan omtale. Send en mail til fagredaktør Jette Bagh på redaktionen@dsr.dk.



Vi asfalterer, hvor vi går – for ingen har været her før

Forskning. Tre modeller kan anvendes til at opbygge sygeplejefaglig forskningskapacitet i en klinisk afdeling. Men stærkt lederskab, tilpasning af organisationen samt en støttende ledelsesstruktur er væsentlige faktorer for at opnå succes.



O'Byrne L, Smith S.
Models to enhance research capacity and capability in clinical nurses: a narrative review. J Clin Nurs. 2011 May;20(9-10):1365-71.

Introduktion: Sygeplejersker har et fagligt ansvar i forhold til at basere sygeplejen på bedste tilgængelige evidens. Derfor er der behov for at opgradere sygeplejerskers færdigheder indenfor forskning til f.eks. at kunne vurdere, implementere og producere forskningsresultater. Formålet med dette review var at identificere anvendte modeller til at udvikle forskningskapaciteten og forskningsevnen hos kliniske sygeplejersker i Storbritannien.

Metode: Narrativt review. Der blev søgt i databaserne PubMed og CINAHL. Søgeord: *Sygeplejeforskning, forskningskapacitet* og forskningsevne i kombination med *opbygning, udvikling, model* og *samarbejde*.

Resultater: Studiet viste, at der manglede enighed om definitionen på forskningskapacitet og om sygeplejerskernes forventede kompetenceniveau. Initiativer blev grupperet i tre kategorier:

1. Den evidensbaserede praksismodel, der fokuserede på initiativer til at implementere evidensbaseret praksis via struktureret uddannelse indenfor sygeplejen.
2. Den faciliterende model, der var centreret om lederskab inden for forskning i sygepleje med støtte til sygeplejersker både i gennemførelsen og anvendelsen af forskning. Desuden var der strategier for uddannelse til en bredere gruppe af ansatte.
3. Den erfaringsbaserede læringsmodel, der anvendte udstationeringer og samarbejdede omkring projekter og mentorordninger for at øge de kliniske sygeplejerskers forskningsevne.



De sygeplejefaglige ledere i de danske kliniske afdelinger skal være stærke ...

Fælles for alle tre modeller var stærkt lederskab inden for forskning samt en organisation med en støttende infrastruktur.

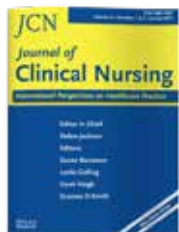
Diskussion: Mange metodologiske problemer bidrog til mangel på evidens. Få studier i reviewet havde på forhånd planlagt, hvordan de ville evaluere.

Konsekvenser for praksis: Danske kliniske afdelinger kæmper i disse år med at finde veje til at gennemføre evidensbaseret sygeplejeforskningspraksis og samtidig at få udnyttet de sygeplejefaglige akademiske kompetencer. Vi asfalterer, hvor vi går, for der er ikke nogen, der har været der før os. De sygeplejefaglige ledere i de danske kliniske afdelinger skal være stærke og have troen på, at det nytter at følge de modeller, der er beskrevet i denne artikel. ●

Kirsten Specht, postdoc, ph.d., MPH, klinisk sygeplejefaglig specialist, Ortopædkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.

Tro på mavefornemmelsen, sygeplejerske!

Begrundet bekymring. Hollandsk forskning har ført til en samling af indikatorer, der tilsat ordet ”bekymring” kan føre til forudsigelse af kritiske hændelser hos patienten.



Douw G, Huisman-de Waal G, van Zanten, ARH et al. (2017), **Capturing early signs of deterioration: the dutch-early-nurse-worry-indicator-score and its value in the Rapid Response System.** J Clin Nurs, 26: 2605-13. DOI:10.1111/jocn.13648

Introduktion: Hollændere har arbejdet videnskabeligt med den mavefornemmelse, mange sygeplejersker verden over kender til: Der er ikke umiddelbart tegn i de vitale værdier (EWS/TOKS) på, at der er noget galt, men der er noget, der bekymrer.

Metode: Dutch-early-nurse-worry-indicator-score (DENWIS) er et screeningsredskab, hvor sygeplejerskerne i hver vagt angav deres grad af bekymring for patienten inden for ni områder. Ved at sammenligne resultaterne af DENWIS udført mindst én gang i hver vagt med EWS efter en protokol, der er lig de danske anbefalinger, undersøgte forskerne i et observationelt studie sensitivitet, specificitet og prædiktive værdier for, hvor præcis DENWIS var til at forudsige kritiske hændelser. Tillige angav sygeplejerskerne ”bekymret” eller ”ikke bekymret” ved hver screening.

Deltagere var voksne hollændere i aktiv behandling fra tre forskellige kirurgiske afdelinger på et universitetshospital.

Resultater: Af 3.522 patienter blev 102 uplanlagt overflyttet til intensivafdeling, og fem døde uventet. Stigende antal DENWIS-indikatorer resulterede i højere positive prædiktive værdier for dette. 5 pct. havde en eller flere DENWIS-indikatorer, uanset om der skete noget uventet. I ingen af disse tilfælde havde sygeplejersken angivet ”bekymret”.

Ved EWS på højst 3 var DENWIS og ”bekymring” signifikant bedre til at forudsige det uventede

($P < 0.001$). Når EWS var 4 eller højere, var den lige så god til at forudsige det uventede som ”bekymret” og DENWIS.

Diskussion: Sygeplejerskers bekymring som systematisk observation bør tages alvorligt. Sygeplejersker er i stand til at observere en forværring i patientens tilstand langt før EWS.

Af de ni områder, som DENWIS omhandler, bl.a. om patienten selv udtrykker bekymring, er de vigtigste observationer: ændringer i vejrtrækning, cirkulation eller mental tilstand, men ikke agitation eller smerter og sygeplejerskens subjektive observationer. Det er således ikke alle ni områder, der er lige vigtige indikatorer for forringelse af tilstanden.

Konsekvenser for praksis: Med en systematisk tilgang til den subjektive vurdering af kirurgiske patienter kan en dansk udgave af DENWIS hjælpe til hurtig respons, når patientens tilstand forværres uden tydelige tegn i EWS/TOKS.

Kommentar: Tydelige tabeller gør det muligt for ikke-statistikere at fordybe sig i de nærmere detaljer fra dette studie, der underbygger vigtigheden af sygeplejerskers mavefornemmelser og subjektive vurderinger. ☉

Helle Svenningsen, adjunkt, MKS, ph.d. Sygeplejerskeuddannelsen VIA University College, Aarhus.

Evidensbaseret praksis – et fælles skole-praksis-anliggende

Evidens. Uddannelsessteder og praksis skal samarbejde om at fremme evidensbaseret praksis, så sygeplejestuderende kan anvende principperne.



Malik G, McKenna L, and Griffiths D.

Envisaging the use of evidence-based practice (EBP): how nurse academics facilitate EBP use in theory and practice across Australian undergraduate programmes.

J Clin Nurs, 2017;(26): 2669-79. DOI:10.1111/jocn.13705

Introduktion: Undervisning i evidensbaseret praksis (EBP) kan have stor indflydelse på viden, færdigheder og brug af EBP hos sygeplejestuderende. For at de studerende kan udvikle færdigheder inden for EBP, er det afgørende at møde evidensbaseret pleje i praksis. Globale undersøgelser af EBP tyder på, at der er behov for at undersøge, hvilke tilgange underviserne anvender for at lette elevernes forståelse og brug af EBP under deres uddannelse.

Metode: Ved hjælp af konstruktivistisk grounded theory blev 23 akademiske sygeplejersker (undervisere) på tværs af australske universiteter interviewet og ni observeret under deres undervisning af sygeplejestuderende. Nogle undervisere berigede tillige analysen med deres studieplaner. Dataanalyse blev udført med Charmaz' tilgang til kodningsprocedurer. Der blev konstrueret fire kategorier, men i artiklen fokuseres på én kategori: begrebet "forestillingen om brug af evidensbaseret praksis".

Resultater: Resultaterne viste, at de fleste undervisere støttede de studerende i at anvende beviser i akademisk relaterede aktiviteter/skolastiske opgaver. Nogle af de studerende forventede også at anvende EBP i deres klinik, idet de erkendte vigtigheden af EBP.

Niveaue af de studerendes forståelse for EBP i klinikken var imidlertid ukendt for underviserne, og underviserne udtrykte praksisrelaterede barrierer som en forklaring på dette. Underviserne anerkendte

disse udfordringer og var i dialog med de studerende om behovet for et akademisk-praksis-samarbejde til bekæmpelse af barriererne.

Diskussion: Sikring af klinisk anvendelse af EBP kræver strategier både på uddannelsesinstitutioner og i praksis. Undervisningsudvikling, inddragelse af kliniske sygeplejersker i EBP-undervisningen, en støttende kultur for sygeplejersker og studerende i praksis til anvendelse af principperne i EBP og samarbejde mellem akademi og praksis vil gøre det praktisk og meningsfuldt for studerende.

Konsekvenser for praksis: Resultater fra denne undersøgelse peger på en række initiativer, hvor de kliniske ledelser via ændret infrastruktur kan støtte akademikere/undervisere, sygeplejersker og bachelorstuderende til undervisning i, vedtagelse og anvendelse af EBP og dermed værdsætte EBP fuldt ud.

Kommentar: I rapporten "Sundhedsfremsynet" lægges der op til øget udvikling og brug af evidensbaseret viden i Danmark, og området er ligeledes opjusteret i 2016-uddannelsen. Mon ikke undervisere og klinkere i Danmark også kan have gavn af en gensidig værdsættelse af EBP? ●

Helle Svenningsen, adjunkt, MKS, ph.d. Sygeplejerskeuddannelsen VIA University College, Aarhus.

EN MODEL FOR UDVIKLING AF PRAKSIS GENNEM AKTIONSLÆRING

BAGGRUND. Hospitaler og kliniske afdelinger er i en tid med krav om mere effektiv pleje for færre midler nødt til at udnytte medarbejdernes potentiale, kompetencer og færdigheder effektivt til at samarbejde om udviklingen af klinisk praksis og konsolidering af ændringer.

FORMÅL. At give en detaljeret beskrivelse af en praksis-udviklingsmodel, Paraplymodellen, og dens udvikling. Modellen har vist sig at fungere kontinuerligt i en periode på 10 år i et stort klinisk miljø. Artiklen kan støtte og vejlede i implementering af modellen andre steder.

Under samme paraply



Aktionslæring. ”Paraplymodellen” forener kliniske og akademiske kompetencer, genererer ny viden og videreudvikler sygeplejen.

METODE. Paraplymodellen er blevet udviklet og anvendt i praksis på en stor kræftafdeling på et offentligt dansk universitetshospital. Modellen er udsprunget af procesforløb og erfaringer fra udviklingen af et praksisforskningsprogram på afdelingen, hvis overordnede tema var "Unge med kræft".

RESULTATER. Efter afslutningen af tre programmer med brug af Paraplymodellen kan resultaterne opdeles i fire hovedområder: a) de enkelte projekter, b) publikationer, c) synergi og implementering samt d) udvikling af kompetencer.

KONKLUSION. Aktionslæringstilgange er blevet beskrevet som veje til at generere læringskompetencer, der gør individer i stand til at håndtere komplekse situationer fremover og følgelig støtter individuel og organisatorisk læring. Det ser ud til, at Paraplymodellen har understøttet fremdrift i individuel såvel som kollektiv læring ved at sætte nybegyndere og erfarne praktikere, kliniske eksperter, ledere og forskere sammen.

I Introduktion

Udfordringen i sundhedssektoren med hensyn til at levere mere virksom og effektiv pleje for færre penge og stadig sikre, at patienterne og deres behov kommer i første række (1,2), har ført til en konstant søgen

efter nyudvikling i klinisk praksis. Denne søgen omfatter generering og anvendelse af viden samt implementering af nye arbejdsmetoder. Sundhedsorganisationer har ikke råd til at spilde tid og arbejdskraft på projekter, der ikke afsluttes, dokumenteres og, hvis de er vellykkede og relevante, implementeres. Derfor er sundhedsorganisationer, såsom hospitaler og kliniske afdelinger nødt til at udnytte medarbejdernes potentiale, kompetencer og færdigheder effektivt til at samarbejde om udviklingen af klinisk praksis og konsolidering af ændringer. Motivation og aktiv deltagelse er afgørende for at opnå dette (3) og kan sikres ved hjælp af en "bottom-up"-tilgang, hvor praktikerne inddrages i identifikationen af problemer, der skal adresseres, og ved samtidig at tage højde for den betydning, sammenhæng og facilitering har for vellykket implementering (4).

Forskningsbaserede udviklingsmodeller inden for klinisk sygeplejepspraksis, der inddrager hele organisationer, er kun sparsomt dokumenteret i litteraturen. En søgning i september 2015 i databaserne CINAHL, PubMed, Scopus og Embase (med følgende søgeord i forskellige kombinationer: *samarbejde, samarbejdsmodel, aktionslæring, sygepleje, plejepersonale, kandidat, akademiker-praktiker-partnerskab, lærerstab-sygepleje-relationer, personaleudvikling og klinisk praksis*) viste, at de fleste studier omhandler studerendes undervisning og læring samt læseplansudvikling (5,6).

I denne artikel gives en detaljeret beskrivelse af en praksisudviklingsmodel, "Paraplymodellen", og dens udvikling. Denne model har vist sig at fungere kontinuerligt i en periode på 10 år i et stort klinisk miljø. Formålet med artiklen er at støtte og vejlede i implementering af modellen andre steder. Beskrivelsen omfatter

- paraplymodellens tilblivelse, principperne om aktionslæring, som den bygger på, og organisationen bag modellen.
- programstruktur og -faser.
- resultater af programmer, der er baseret på modellen.

FORFATTERE



PIA RIIS OLSEN

1980 Autoriseret sygeplejerske, Fyens Amts Sygeplejeskole, Svendborg
1983 1. del. Undervisende linje. Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Aarhus
2001 Cand.cur., Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Afdeling for Sygepleje, Aarhus Universitet
2009 Ph.d., Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet. Ansat som klinisk sygeplejespecialist, adjungeret lektor i Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital.

pia.olsen@auh.rm.dk



BIBI HØLGE-HAZELTON

1986 Autoriseret sygeplejerske, Rigshospitalets Sygeplejeskole
1992 Diplom i ledelse, Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Aarhus
1993 Voksenpædagogik, RUC
1997 Cand.cur., Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Afdeling for Sygepleje, Aarhus Universitet
2002 Ph.d., Pædagogik, Roskilde Universitet. Ansat som forskningsleder og professor i klinisk sygepleje med særlige opgaver inden for kapacitetsopbygning ved Sjællands Universitetshospital og Syddansk Universitet.

Tak til tidligere chefsygeplejerske Kirsten Bruun Hermansen og tidligere oversygeplejerske Inger Vithen på Aarhus Universitetshospital, som tilbage i 2005 troede på potentialet i Paraplymodellen og tilbød økonomisk støtte og personaleressourcer til at gennemføre det første paraplyprojekt og udvikle modellen. Også tak til professor Julie Taylor, University of Birmingham, England, for særdeles brugbare kommentarer til denne artikel.

M

Metoder

Paraplymodellen er blevet udviklet og anvendt i praksis gennem de sidste 10 år (2005-2015) på en stor kræftafdeling på et offentligt dansk universitetshospital.

Afdelingen ledes af en

oversygeplejerske og en overlæge. 10 afdelingssygeplejersker leder personalet, afsnittene og klinikkerne. Personalet består af omkring 650 personer, hvoraf 280 er sygeplejersker. Afdelingen består af sengeafsnit, dagcenter og ambulatorier, en stor strålebehandlingsklinik og en enhed for lindrende behandling. Der er oprettet en enhed for sygepleje, udvikling, uddannelse og forskning (SUUF), der beskæftiger syv sygeplejersker med akademiske kompetencer, som refererer til oversygeplejersken.

Paraplymodellen er udsprunget af procesforløb og erfaringer fra udviklingen af et praksisforskningsprogram på afdelingen (2005-2008), hvis overordnede tema var "Unge med kræft" (7). På det pågældende tidspunkt havde et par af sygeplejerskerne på afdelingen opnået akademiske grader på kandidatniveau. Det blev derfor besluttet, at programmet bl.a. skulle omfatte disse akademiske sygeplejersker fra personalet. Der er efterfølgende gennemført yderligere to programmer på afdelingen ved anvendelse af Paraplymodellen.

Kliniske sygeplejersker og om muligt kolleger med tværfaglig baggrund og forskellige erfaringer og kompetencer gennemfører udviklings- og

praksisforskningsprojekter i samme program. Det sker under et fælles, overordnet tema, der udgør paraplyen.

Aktionslæring

I Paraplymodellen anvendes aktionslæringsprincipper (8). Aktionslæring og praksisforskning sigter mod at generere nyttig viden til og ved anvendelse i praksis at indføre holdbare ændringer (9) og adresserer potentielle barrierer for vidensoverførsel (10). Læring sker i cykler og involverer en konkret oplevelse, reflekterende observation, abstrakt begrebsliggørelse og aktiv afprøvning (11). Det er en væsentlig udviklingsproces, der fremmer kreativitet og nytænkning. Konceptet er defineret på forskellige måder, men Revans' beskrivelse af aktionslæring som en refleksion-i-aktion-tilgang i et gruppemiljø, hvor der arbejdes på løsning af et virkeligt problem, og hvor tilgangen fører til udforskning af alternativer til aktuel praksis, indfanger essensen godt (8). Zyber-Skerritt (12) har tilsvarende udpeget følgende generelle træk ved aktionslæring:

- læring baseret på konkrete oplevelser,
- kritisk refleksion over oplevelsen gennem gruppediskussion,
- prøven sig frem, opdagelse samt læring fra og med hinanden.

Som foreslået af Zyber-Skerritt har vi skelnet mellem aktionslæringsprojekter og aktionslæringsprogrammer. Et program består af flere projekter, og det faciliteres af en eller flere erfarne mentorer eller rådgivere. Formålene med et aktionslæringsprogram er beskrevet som:

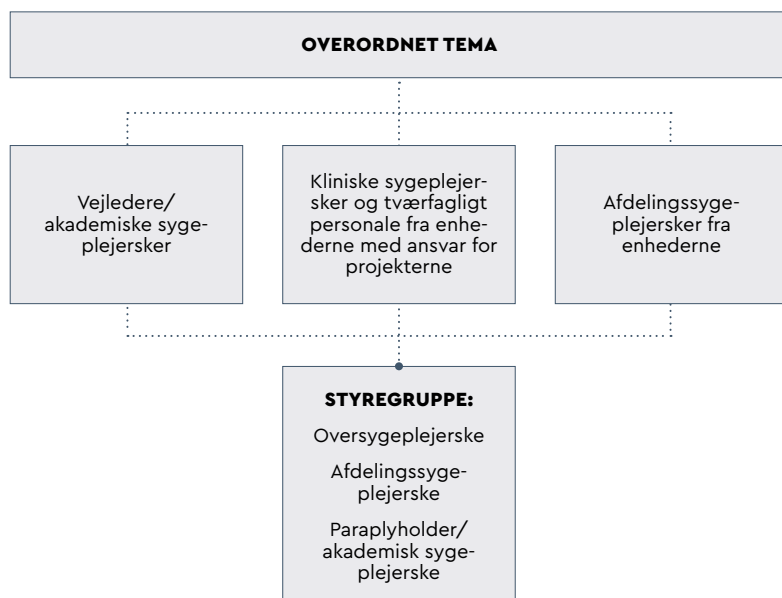
... team- og visionsopbygning, etablering af netværk, klarhed ift. projektfokus, definition af problemet og hvert aktionstrin, engagement i refleksion og læring individuelt og i gruppe, input til hinandens projekter og en passende evaluering af både læringsprocessen og resultaterne (12).

I de programmer, vi har gennemført, har vi suppleret punktet om passende evaluering af resultatet med udgivelse af en bog, der indeholder kapitler skrevet af alle gruppe-medlemmer. (Bogen er udgivet af afdelingen, og en PDF-version er tilgængelig online på dansk på <http://www.kraeftafdelingen.auh.dk>).

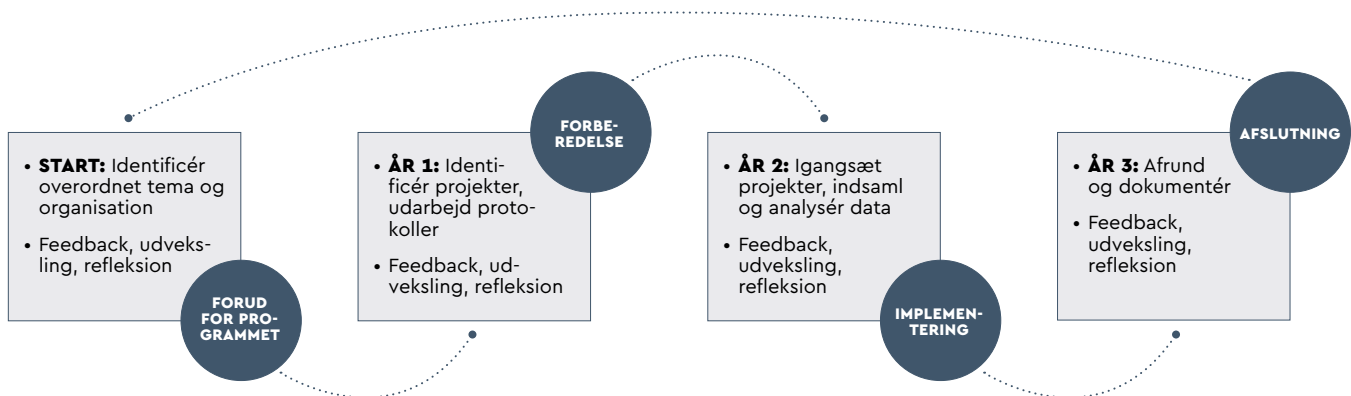
Organisation

Organisationen bag Paraplymodellen, se figur 1, består af en eller to "paraplyholdere"/projektfacilitatorer, der støttes af en styregruppe, som fører tilsyn med programmet og understøtter de aktioner, der kræves for at nå målene og målsætningerne for læring. Tre grupper er underlagt styregruppen: en gruppe aktive medarbejdere, der arbejder med selv-

Figur 1. Organisationen bag Paraplymodellen



Figur 2. Paraplymodellens dynamiske struktur



besluttede enkeltprojekter under det overordnede tema; en gruppe vejledere samt en gruppe afdelingssygeplejersker med ansvar for de involverede sygeplejersker.

Program opdelt i fire faser

Programmet er opdelt i fire faser: 1) forud for programmet, 2) forberedelse, 3) projektimplementering og 4) afslutning.

Fase 2-4 varer hver ca. et år, se figur 2. De enkelte projekter udføres på det enkelte afsnit/i den enkelte enhed sideløbende med det kliniske arbejde. Derfor er det vigtigt at sikre, at der er tilstrækkelig tid til hver fase for at undgå at forcere processen og skabe stress. Medarbejdere, der forpligter sig til at være en del af programmet og gennemføre et projekt, skal imidlertid være villige til at investere noget af deres fritid.

1. Aftale om et program med et overordnet tema (forud for programmet)

Indledningsvis drøfter afdelingssygeplejerskerne med sygeplejerskerne, hvad de aktuelt finder vigtigst og mest relevant at undersøge, opkvalificere og udvikle i praksis. Idéer, emner og temaer bliver også drøftet i styregruppen og i et forum af alle sygeplejeledere, undervisere og kliniske sygeplejespecialister, og til sidst opnås der enighed om, hvilket programtema der skal benyttes som overordnet paraply eller overskrift. F.eks. havde de tre programmer, der er gennemført på afdelingen siden 2005, følgende overordnede temaer: "Unge med kræft", "Pårørende og kræftpatientens sociale netværk" og "Fremtidens kræftsygepleje – kort, men godt". Projekterne i disse programmer blev vejledt i tæt dialog med akademiske kolleger.

Facilitering af programmet

Programmet faciliteres af en eller to paraplyholdere/programfacilitatorer. Facilitatoren er

en sygeplejerske med akademiske kompetencer, fortrinsvis på ph.d.-niveau, som er ansvarlig for at organisere programmet, herunder information, undervisning og supervision, afholdelse af heldagsmøder to gange hvert halvår, deltagelse i møder med styregruppen og redigering af den bog, der publiceres om det gennemførte program og de enkelte projekter.

Det første program blev faciliteret af en lektor (forfatter nr. 2). Det andet program havde en overlappende fase på et år med to facilitatorer (begge forfatterne). Formålet med dette var at sikre et smidigt facilitatorskift, mens forfatter nr. 2 afsluttede sin ph.d. Forfatter nr. 2 deler nu rollen som paraplyholder/programfacilitator med en sygeplejerskekollega med masteruddannelse.

Valg af ansvarlige for projektet

Hver(t) afsnit/enhed vælger et bestemt emne, der passer ind i det overordnede tema og er relevant i deres lokale kontekst, praksis eller for patientgruppen. En, to eller en gruppe af kliniske sygeplejersker/medarbejdere påtager sig ansvaret for at gennemføre projektet på/i deres afsnit/enhed. Den ansvarlige medarbejder har normalt ikke videreuddannet sig formelt siden sin sygeplejerskeeksamen.

Det kan være udbytterigt at lade formelle forskningsstudier som f.eks. ph.d.- eller postdocstudier indgå som del af deltagelsen i programmet. Dette var tilfældet for den nuværende paraplyholder (forfatter nr. 1), der gennemførte sit ph.d.-studium under det første tema (den første paraply).

2. Igangsætning og planlægning af hvert enkelt projekt (forberedelse - det første år)

Programdeltagerne giver først en kort beskrivelse af deres idéer og får accept og opbakning fra deres afdelingssygeplejersker. Denne beskrivelse



fungerer som en foreløbig protokol. Som alle andre sygeplejeprojekter på afdelingen skal protokollerne godkendes i afdelingens SUUF-enhed af akademiske sygeplejersker. Fra denne enhed tilknyttes en eller to sygeplejersker til hvert projekt som vejleder fra udarbejdelse af den endelige protokol til afslutning af projektet, herunder dokumentation af læringsresultaterne i et kapitel i bogen om programmet. Tabel 1 indeholder eksempler på projektemner fra de tre paraplyprogrammer.

Heldagsmøder med kollektiv refleksion

Sideløbende med arbejdet med deres protokoller og projekter deltager sygeplejerskerne i to heldagsmøder pr. halvår, hvor de mødes med hinanden og deres afdelingssygeplejersker og vejleder. Disse møder tilrettelægges af den eller de personer, der er paraplyholder(e). I overensstemmelse med aktionslæringsprincipper (8,12) er formålet med heldagsmøderne at støtte op om inspiration og etablering af netværk mellem deltagerne for at give dem mulighed for at udveksle overvejelser og lære at give og modtage konstruktive input, feedback og konstruktiv støtte. Møderne er hjørnestenene i udviklingsprocessen mod at skabe en fremskridtsorienteret stemning i programmet. De skaber oplevelsen af at arbejde på et fælles program, og det er her, muligheder, idéer og barrierer deles og drøftes på tværs af afdelingen og i dialog med lederne.

Det er vigtigt, at afdelingssygeplejersker og vejleder deltager i disse møder. Derved viser de deres engagement i og støtte til programmet. Denne opmærksomhed fremmer sygeplejerskernes motivation til at gennemføre projekterne. En afdelingssygeplejerske udtrykte det således:

”Jeg oplevede, at det var udbytterigt for os ledere at deltage [i heldagsmøderne], fordi undervisningen var meget relevant, og fordi vi blev opdateret om udviklingen overalt i afdelingen, når vi udvekslede viden og erfaringer fra projekterne. Programmet blev vores projekt. Den store opbakning fra lederne påvirkede de deltagende medarbejdere og gjorde det lettere for dem at gennemføre projekterne”(13).

Tilsvarende opnår alle, der deltager i møderne, en bedre forståelse af deres sygeplejekollegeres holdninger og praksis på afdelingen, og de får inspiration og lærer ved at høre om alle projekterne, deltage i drøftelser og udveksle erfaringer. To sygeplejersker (A og B) sagde uafhængigt af hinanden følgende:

”Jeg fik meget ud af at deltage i de planlagte møder, hvor vi havde fremragende muligheder for at få respons og konstruktiv input fra de andre deltagere i programmet.” (Sygeplejerske A) (7).

”Det har været inspirerende at følge de øvrige deltageres projekter ... [og] det har givet os, der har deltaget, en bedre forståelse af arbejdsforholdene og det, der foregår i de andre enheder.” (Sygeplejerske B) (7).

Som del af møderne holder paraplyholderen eller en inviteret foredragsholder et foredrag om emner med relation til det overordnede tema, gennemførelse af projekter, udnyttelse af viden eller implementeringsprocesser.

Vejledning (forberedelse – det første år)

For at understøtte udarbejdelsen af protokoller følger sygeplejerskerne de samme retningslinjer. Vejlederne deltager aktivt i projekterne ved at vejlede i udarbejdelsen af protokoller og de afsluttende rap-

Tabel 1. Eksempler på projekter fra hvert af de tre paraplyprogrammer

Paraplyprojektets tema	Eksempler på projekter
Unge med kræft (2005-2008)	<i>Er den yngre enlige kræftpatients håb foreneligt med barnets tarv?</i> Udviklingsprojekt beskrevet i en artikel skrevet af psykologen og socialrådgiveren på afdelingen. <i>På vej mod en teori om netværksfokuseret sygepleje – Et grounded theory-studie af sygepleje til unge med kræft.</i> En ph.d.-afhandling inspireret af samarbejdet i paraplyprojektet.
Pårørende og kræftpatientens sociale netværk (2009-2011)	<i>Forældrestøttende sygepleje til kræftsyrge forældre med mindre børn.</i> Udviklingsprojekt, der beskriver en ny tilgang til mødre, der indlægges til behandling. <i>Fællesskab i sygdom og behandling.</i> Udviklingsprojekt, der beskriver en ambulant service til patienter, hvor de behandles i grupper af patienter med samme diagnose.
Fremtidens kræftsyrgepleje – kort, men godt (2012-2015)	<i>Den gode udskrivelse starter ved indlæggelse.</i> Udvikling og implementering af en ny tilgang til fælles palliativ pleje. <i>Kvalificering af patientens informerede samtykke ved klinisk forsøg.</i> En telefonservice testet af kliniske forsøgs-/projektsygeplejersker i to kliniske forsøg (et pilotstudie).

porter for at udvikle sygeplejerskernes kompetencer inden for f.eks. litteratursøgning og præcisering af projekternes formål og målsætninger. De sikrer, at både forsknings- og erfaringsbaseret evidens inddrages som baggrundsmateriale for de enkelte protokoller og sørger for, at planerne er realistiske. Når protokollerne er udarbejdet, og den endelige version af dem er godkendt, kan implementeringen af projekterne påbegyndes.

3. Igangsætning af de enkelte projekter (projektimplementering - det andet år)

I denne fase igangsætter sygeplejerskerne deres projekter. Afhængigt af mulighederne på de enkelte afsnit og efter aftale med afdelingssygeplejerskerne får sygeplejerskerne i gennemsnit én vagtfri dag pr. måned til at arbejde på deres projekter, og de fortsætter med at mødes med alle aktive deltagere i programmet to gange hvert halvår.

Ved projektforberedelsen i den anden fase og projektimplementeringen i den tredje fase er det afgørende, at sygeplejerskerne gør en indsats for at holde deres kolleger orienteret og engagere dem i at reflektere over den læring og viden, der er opnået på grund af projekterne. Dette kan skabe det bedst mulige grundlag for forandring og implementering af nye tiltag, interventioner og handlinger i klinisk praksis.

4. Afrunding af og afrapportering om de enkelte projekter (afslutning - det tredje år)

Implementeringen af projekterne fortsætter ind i den afsluttende fase, og programmet afrundes i løbet af dette år. Hvert projekt evalueres i forhold til dets formål og målsætninger. Sygeplejerskerne skriver ofte en rapport eller en artikel, der udleveres til og drøftes med deres kolleger. Under denne drøftelse opnås der enighed om, hvordan projektets resultater skal anvendes, og om bestemte aspekter eller praksisser skal implementeres i klinisk praksis.

Alle deltagere afrapporterer deres projekter som artikler eller bogkapitler til publikation i en bog om det afsluttede program. Nogle har endda skrevet faglige eller videnskabelige artikler til nationale og internationale tidsskrifter. Bøgerne har vist sig at udgøre hjørnesteinen i udviklingen af programmerne, for selvom det kan synes besværligt at skulle skrive artikler og kapitler og sommetider beskrive projekter, der er mislykkedes, så taler den tilfredshed og stolthed, som alle programdeltagere giver udtryk for den dag, de står med bogen i hænderne, for sig selv.

I slutningen af det tredje år afholdes et sygeplejerssymposium på afdelingen. Her fejres afslutningen af programmet, den udgivne bog præsenteres, og sygeplejerskerne præsenterer deres individuelle projekter mundtligt. Der sendes en pressemeddelelse

om hovedprogrammet og bogen til medierne. Det betyder, at alle medlemmer af hospitalspersonalet såvel som offentligheden bliver informeret via internettet, hospitalets intranet, aviserne og lokale radioprogrammer.



Efter afslutningen af tre programmer med brug af Paraplymodellen kan resultaterne opdeles i fire hovedområder: a) de enkelte projekter, b) publikationer, c) synergi og implementering samt d) udvikling af kompetencer.

A: De enkelte projekter

I det første program, "Unge med kræft", blev der godkendt protokoller for otte projekter, der involverede 11 sygeplejersker og andet sundhedspersonale. Syv af projekterne blev gennemført. Et af de otte projekter blev ikke gennemført. Dette skyldtes mangel på ressourcer i enheden.

I det andet program, "Pårørende og kræftpatientens sociale netværk", blev der godkendt protokoller for otte projekter, der involverede 15 sygeplejersker. Syv af projekterne blev gennemført. Ud over programmet blev der oprettet et kursus til uddannelse af sygeplejersker til familie/pårørendeambasadorer, og der blev tilføjet et afsnit til patienternes pårørende på afdelingens hjemmeside. Et af de otte projekter blev ikke gennemført, fordi det viste sig ikke at opfylde patienternes partneres behov.

I det tredje program, "Fremtidens kræftsygepleje - kort men godt", blev der godkendt protokoller for otte projekter, der involverede 20 sygeplejersker. De blev alle gennemført.

B: Publikationer

De tre programmer baseret på Paraplymodellen har ført til publikation af såvel faglige artikler som videnskabelige artikler i internationale tidsskrifter (14-18), tre bøger (7,13,19) og én ph.d.-afhandling (20). Størstedelen af de faglige artikler, der blev publiceret i nationale tidsskrifter, blev skrevet af sygeplejersker, som aldrig havde publiceret noget før. Projekterne, programmerne og Paraplymodellen er blevet præsenteret flere gange på lokale symposier og på nationale og internationale møder.

C: Synergi og implementering

Feedback fra programdeltagerne, sygeplejerskerne, lederne og supervisorerne viser, at heldagsmøderne, hvor der blev drøftet idéer, etableret netværk og reflekteret over muligheder og barrierer, var hjørnesteinen i udviklingen af en fælles programidentitet.



Dette er i overensstemmelse med Revans' beskrivelse af aktionslæring som en refleksion-i-aktion-tilgang i gruppemiljøer, der er karakteriseret ved et sikkert miljø (8).

Projekterne skabte opmærksomhed om flere nye perspektiver og førte til refleksioner og drøftelser blandt personalet. I den henseende fungerede refleksionerne som øjenåbnere.

Vi [socialrådgiver og psykolog] repræsenterer to forskellige faglige tilgange. Der er til en vis grad overensstemmelse mellem dem, men de er meget forskellige med hensyn til mål, metoder og teoretiske hypoteser. Vores samarbejde har derfor forårsaget interessante og frugtbare diskussioner (13).

Programmerne har imidlertid også udviklet viden, der er blevet brugt til at påvirke beslutningstagningen på afdelingerne og på nationalt niveau, f.eks. i de danske sundhedsmyndigheders anbefalinger om, hvordan man inddrager pårørende til alvorligt syge personer i deres pleje (21). Nogle af projekterne omfattede nye praksisser, der viste sig at være egnede til implementering i nogle enheder, og andre inspirerede sygeplejerskerne til at gennemføre nye projekter.

D: Udvikling af kompetencer

Udformningen af paraplyprogrammerne gjorde det muligt for personale på mange niveauer at opnå nye kompetencer. Sygeplejersker, der aldrig før havde deltaget i strukturerede projekter, lærte at skrive et projektforslag, foretage litteratursøgning og arbejde i dybden med et klinisk problem. De gennemførte interview, foretog deltagerobservationer, skrev faglige artikler og præsenterede deres projekter mundtligt og på poster. De lærte at tage ansvar for et projekt i deres egen klinik og at engagere deres kolleger i at fokusere på de projektrelaterede problemer. De blev også mere bevidste om deres afdeling som organisation og betydningen af deres bidrag til den videre udvikling af pleje af høj kvalitet. Opmuntret af succesen med deres projekter og de ny-tillærte færdigheder blev nogle af sygeplejerskerne motiveret til at gå i gang med videreuddannelse på kandidatniveau.

For en leder er det dejligt at have engagerede medarbejdere og se, hvordan der udvikles kompetencer hos de projektaktive medarbejdere, men det er især positivt at opleve, hvordan kvaliteten af plejen forbedres, når den faglige udvikling sker hos alle medarbejdere. (Afdelingssygeplejerske) (13).

Desuden blev sygeplejersker med akademisk baggrund yderligere trænet i at vejlede, og paraplyholdere, forskere, og ledende sygeplejersker fik mere indsigt i store projekters komplekse dynamik.

Projekterne henledte ledende sygeplejerskers opmærksomhed på deres centrale rolle i forbindelse med opbygning af et læringsmiljø, der understøtter projektengagement og personalets konstante fokus på det valgte emne. De førte også til en fælles forståelse for behovet for erfaringsudveksling på tværs af afdelingens afsnit og enheder.

Hvad paraplyholderne angår, så fandt de via denne model en metode til at understøtte interaktion og vidensudveksling mellem forskning og klinisk praksis. De har udbygget deres akademiske kompetencer med færdigheder i at lede faglig udvikling i store grupper og bevare den positive stemning og motivationen hos det involverede personale og har desuden brugt deres kvalifikationer til at redigere bøger til publikation.

D

Diskussion

Efter i årevis at have gennemført enkeltstående udviklingsprojekter på afsnittene, hvor kun nogle få var kendt af eller blev delt med kolleger uden for disse afsnit, har Paraplymodellen nu i 10 år formået at

fokusere indsatsen og ressourcerne på afdelingen. Flere faktorer kan have bidraget til denne succes, se tabel 2. Nogle af fordelene og udfordringerne er beskrevet i denne diskussion.

Indførelsen af programmer med overordnede temaer, der omfatter hele afdelingen, har skabt en fælles retning og oplevelsen af at følges ad. Den samtidige "bottom-up"-tilgang i de enkelte projekter har skabt ejerskab, og alle refleksions- og læringsprocesserne har haft afgørende betydning. Som følge deraf har viden spredt sig i organisationen og dannet grundlag for udvikling og planlagte ændringer. Disse elementer svarer til de to karakteristika "fælles vision" og "team-læring" ved organisatorisk læring (22,23).

Personale opbygger netværk

Heldagsmøderne har en central rolle og afspejler samarbejdsorienterede aktionslæringsprogrammer (12). Når personalet under møderne udveksler oplevelser, processer og erfaringer med hinanden, deres ledere og vejledere, opbygger de et netværk og en fælles bevidsthed og viden. Derudover har disse dialoger potentiale til at løfte deltagernes forståelse til et højere abstraktionsniveau og dermed ud over de konkrete situationer (24). På denne måde skabes der refleksion "i aktion" kollektivt (8), som samtidig danner grundlag for forandring og udvikling i organisationen.

Ingen garanti for implementering

Som anbefalet af Rycroft-Malone (4) sigter Paraplymodellen mod at tage højde for den samtidige

sammenhæng mellem evidens, kontekst og facilitering af implementeringsprocesserne. Man skal dog være opmærksom på, at selv om der potentielt er større sandsynlighed for, at resultater af aktionslæring implementeres i praksis, garanterer modellen ikke, at det vil ske. Der er behov for, at ledere på alle niveauer i organisationen bevidst og kontinuerligt holder fast ved implementeringsplanerne og forsøger at sikre den nødvendige kontekst og facilitering – også efter afslutningen af de treårige programmer.

I overensstemmelse med aktionslæring er det afgørende, at det overordnede programtema vedrører klinisk relevante udfordringer, der opleves af ledere og deltagende sygeplejersker i deres daglige praksis. Det er også meget vigtigt, at programmet har fremdrift, hvilket skal forstås således, at deltagerne oplever, at deres projekt bevæger sig fremad, både hvad angår hastighed og retning (25). Tre år er lang tid at skulle bevare sit engagement, og mange ændringer kan påvirke gennemførelsen af de enkelte projekter. Tidsplanen for et paraplyprogram skal være baseret på lokale muligheder og personalekompetencer. Det er dog vigtigt, at processerne ikke forceres eller er uforenelige med klinikken. Paraplyholderne har ansvaret for styringen af programmet med støtte fra styregruppen. De skal være i stand til

at fastholde målene, sikre, at programmet bliver ved med at være meningsfuldt, og at det bliver på sporet.

Understøtter fremdrift i læring

Aktionslæringstilgange er blevet beskrevet som veje til at generere læringskompetencer, der gør individer i stand til at håndtere komplekse situationer fremover og følgelig støtter individuel og organisatorisk læring (26,27). Det ser ud til, at Paraplymodellen har understøttet fremdrift i individuel såvel som kollektiv læring ved at sætte nybegyndere og erfarne praktikere, kliniske eksperter, ledere og forskere sammen. Når personalet hverken havde videregående uddannelse eller havde udvist interesse og evner for at arbejde systematisk med praksisudvikling, var processen dog betydeligt vanskeligere.

Paraplymodellen som brobygger

Et fælles, overordnet tema for flere mindre projekter i organisationen er kernen i Paraplymodellen. Forsknings- og udviklingsprojekter er ofte adskilt i klinisk praksis og placeret på forskellige niveauer i evidenshierarkiet (28). Paraplymodellen sigter efter at bygge bro over denne adskillelse ved at bringe de to typer projekter sammen.

Efter afslutningen af det første program blev det ved hjælp af de efterfølgende to programmer



Tabel 2. Væsentlige elementer, fordele og udfordringer ved Paraplymodellen

Væsentlige elementer	Fordele	Udfordringer
Et overordnet tema og et fælles projekt	En fokuseret udviklingsindsats	At opnå enighed om temaet
En "bottom-up"-beslutning	Ejerskab	Tålmodighed og forstående vejledning
Samarbejde mellem klinisk, ledende og akademisk personale	Effektiv udnyttelse af kompetencer og faglig erfaring Kollektiv læring og gensidig forståelse	At opnå enighed om en samarbejdsmodel og organiseringen af projektet
Paraplyholdere/projektfacilitatorer	Faciliterer hele processen, overblik og metodisk viden	Tilgængelighed af personer med de rette kompetencer
Vejledning udført af akademiske sygeplejersker	Tilføjer erfaring med at arbejde systematisk og videnskabeligt	Tilgængelighed af akademiske sygeplejersker svarende til behov og udfordringer
Deltagelse af sygeplejeledere	Motiverer og faciliterer implementering af projekter og ændringer i praksis	At prioritere deltagelse i heldagsmøder og give projekterne opmærksomhed
Heldagsmøder med input og udveksling på tværs af afdelingen	Udveksling af idéer og viden om projekterne og klinisk praksis	Planlægning
Tilstrækkelig tid	Fremmer gennemførelse af projektet	Planlægning
Publicering	At lære at skrive faglige artikler og bogkapitler Bidrag og stolthed	Løbende supervision og tid til redigering af publikation



i samme afdeling påvist, at modellen er bæredygtig. Modellens dynamiske natur gør det muligt at videreudvikle og tilpasse den ud fra feedback fra deltagerne og styregruppen.

I de tre programmer har ca. 46 medarbejdere, primært sygeplejersker, fra otte sengeafsnit og ambulatorier gennemført i alt 22 store og små enkeltprojekter ved brug af Paraplymodellen.

Projekter har skabt ny viden

Projekterne under Paraplymodellen har dermed produceret ny viden, nye læringsstrategier og nye processer, og derved er der udviklet sygepleje, der er skræddersyet til de lokale behov i et samarbejde mellem kliniske sygeplejersker, sygeplejeledere og akademiske sygeplejersker.

Projektdeltagerne har været med i alle faser af processen lige fra identifikation af relevante emner, planlægning af projekterne, indsamling og analyse af data og til formidling af og sommetider omsætning af resultaterne til nye metoder til anvendelse i praksis.

Paraplymodellen har ikke været anvendt som del af et formelt uddannelsesprogram, men dens potentiale til uformelt at uddanne personalet i at arbejde systematisk har virkelig bidraget til at forbedre deltageres kompetencer. Programmerne har haft en klar organisation, og det faktum, at mange mindre projekter blev gennemført under samme overordnede tema, styrkede læringsprocessen og følelsen af at bevæge sig fremad sammen og i samme retning.

Formålet med denne artikel er at støtte og vejlede i implementering af Paraplymodellen i andre organisationer ved at give detaljerede oplysninger om dens grundlag og faser. Paraplymodellen har vist sig at være nyttig ved strukturering af udviklingsprojekter og -processer i en stor organisation, men kan imidlertid godt videreudvikles og tilpasses til andre miljøer. ©

Paraplymodellen anvendes fortsat i Kræftafdelingen på Aarhus Universitetshospital. Det nuværende overordnede tema (2017-2019) er: Rum til tanke og tale om sygepleje i klinisk praksis.

Har du brug for direkte links til dokumenterne i referencelisten, så findes artiklen også i en digital udgave på dsr.dk/fagogforskning. Her er artiklen forsynet med de links, forfatteren har angivet.

Referencer

1. NHS. *Planning for patients 2014/15 to 2018/19*.
2. Vinge S. *Fremtidens plejeopgaver i sygehusvæsenet (Notat – DSI, May 2010)*. Dansk Sundhedsinstitut.
3. Sleep J, Page S. *Achieving clinical excellence through evidence-based practice: report of an educational initiative*. *J Nurs Manag* 2002;10:139-43.
4. Rycroft-Malone J. *The PARISH framework: a framework for guiding implementation of evidence-based practice*. *J Nurs Care Qual* 2004;19(4): 297-304.
5. Marlow A, Spratt C, Reilly A. *Collaborative action learning: a professional development model for educational innovation in nursing*. *Nurse Educ Pract* 2008; 8: 184-89.
6. Smith-Stoner M, Molle ME. *Collaborative action research: implementation of cooperative learning*. *J Nurs Educ* 2010; 49(6): 312-18.
7. Hølge-Hazelton B (ed.) *Den unge med kræft: et praksisforskningsprojekt [The young person with cancer: a practice research project]*. Aarhus, Denmark: Department of Oncology, Aarhus University Hospital, 2008. ISBN: 978-87-989906-1-1.
8. Revans RW. *Action learning: its origins and nature*. In: Pedler, M (ed). *Action learning in practice*, 3rd ed. Aldershot: Gower, 1997, pp. 3-14.
9. Glasson J, Chang E, Chenoweth L. *Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward*. *J Clin Nurs* 2006; 15(5): 588-98.
10. Merriam SB, Leahy B. *Learning transfer: a review of research in adult education and training*. *J Lifelong Learning* 2013; 14: 1-24.
11. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.
12. Zyber-Skerritt O. *The concept of action learning*. *Learning Org* 2002; 9(3): 114-24.
13. Olsen PR (ed.) *Pårørende og kræftpatientens sociale netværk: et udviklings- og praksisforskningsprojekt [Relatives and the cancer patient's social network: a development and practice research project]*. Aarhus, Denmark: Department of Oncology, Aarhus University Hospital, 2012. ISBN: 978-87-989906-2-8.
14. Olsen PR, Harder I. *Keeping their world together: meanings and actions created through network-focused nursing in teenager and young adult cancer care*. *Cancer Nurs* 2009; 32(6): 493-502.
15. Olsen PR, Harder I. *Network-focused nursing: development of a new concept*. *ANS Adv Nurs Sci* 2010;33(4):272-84.
16. Olsen PR, Harder I. *Caring for teenagers and young adults with cancer: a grounded theory study of network-focused nursing*. *Eur J Oncol Nurs* 2011;15(2):152-59.
17. Hølge-Hazelton B, Blake L, Miedema B. *Primary care for young adult cancer survivors: an international perspective*. *Support Care Cancer* 2010;18(10):1359-63.
18. Hølge-Hazelton B. *Inquiries of discomfort: cancer experiences in young adulthood*. *Qualitative Studies* 2011; 2(2): 118-130.
19. Olsen PR (ed.) *Fremtidens kræftsyegepleje – kort men godt. Et udviklings- og praksisforskningsprojekt [Future cancer care – short by high quality. A development and practice research project]* Aarhus, Denmark: Department of Oncology, Aarhus University Hospital, 2015. ISBN: 978-87-989906-3-5.
20. Olsen PR. *Towards a theory of network-focused nursing: a grounded theory study of teenager and young adult cancer care*. PhD Dissertation, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Aarhus University, Denmark, 2009.
21. Sundhedsstyrelsen. *Nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge*.
22. Senge PM. *The fifth discipline*, London: Century Business, 1990.
23. Kirvan C. *Making sense of organizational learning: putting theory into practice*, Burlington, VT: Gower, 2013.
24. Hummelvoll JK. *The multistage focus group interview*. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2008;10(1):3-14.
25. Douglas S, Machin T. *A model for setting up interdisciplinary collaborative working in groups: lessons from an experience of action learning*. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:189-93.
26. McLaughlin H, Thorpe, R. *Action learning – a paradigm in emergence: the problems facing a challenge to traditional management education and development*. *British J Manag* 1993; 4: 19-27.
27. Thomsen TG, Hølge-Hazelton B. *Documenting evidence-based practice: developing a tailored writing course for practitioners*. *Nordic J Nurs Research* 2014; 2(34): 33-7.
28. Greenhalgh T. *How to read a paper: getting your bearings (deciding what the paper is about)*. *BMJ* 1997;315:243.

OsteoRemin Forte®

- Baseret på valide studier



Knoglestudie 1



174
deltagere
i alderen
18-85 år.



>2%

Øget knoglemineral-
tæthed ved et daglig
indtag af Calcium, D₃-
vitamin, Magnesium og
K₂-vitamin.

Knoglestudie 2



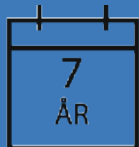
125
deltagere
i alderen
40+ år.



1.3%

Stigning i knogletætheden
blandt postmenopausale
kvinder ved et daglig
indtag af Calcium, D₃-
vitamin og Magnesium.

Knoglestudie 3



172
deltagere
i alderen
30-80 år.



1.04%

Den gennemsnitlige årlige
stigning i knogledensitet
hos kvinder ved et daglig
indtag af Calcium,
D₃-vitamin og
Magnesium.

Knoglestudie 4



AlgaeCal®
vs. calcium
carbonate &
calcium citrat

4 dage



Undersøgelse på
osteoblastceller



Resultat

- Nedsat oxidativt stress.
- Øget cellevækst og DNA syntese.
- Øget mineral- og Calcium deponering.

OsteoRemin Forte® indeholder Calcium i form af Algas Calcareas, AlgaeCal®, som er en unik Calcium, der er udvundet fra alger, som er særligt rige på organisk bundet Calcium.

Synergi med K₂-vitamin og D₃-vitamin

Udover Calcium og Magnesium indeholder OsteoRemin Forte® også K₂-vitamin og en høj dosis D₃-vitamin. D-vitamin bidrager til en normal optagelse/udnyttelse af calcium og bidrager sammen med Magnesium og K-vitamin til at vedligeholde normale knogler. Magnesium og D-vitamin bidrager også til at vedligeholde normale tænder og muskelfunktion. D-vitamin bidrager desuden til immunsystemets normale funktion.

OsteoRemin Forte® er registreret hos The Vegetarian Society. Produktet kan derfor også indtages af vegetarianer.

3 kapsler OsteoRemin Forte® indeholder:
850 mg Calcium (Algas Calcareas).
400 mg Magnesium (Oxid/Algas Calcareas).
100 µg K₂-vitamin.
30 µg D₃-vitamin.

Forhandles hos Helsam, Matas og Helsekostforretninger.

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



VIBEKE BREGNBALLE

Sygeplejerske 1981, pædiatrisk sygeplejerske, MHH og ph.d. Tidligere ansættelse: Børneafdelingen Aarhus Universitetshospital. Nuværende ansættelse: Postdoc i forskningsprogrammet Patientinvolvering, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet.

vibebreg@rm.dk



PERNILLE CHRISTIANSEN SKOVLUND

Sygeplejerske 2002, cand.cur. Tidligere ansættelse: Klinisk Forskningsenhed Kræftafdelingen Aarhus Universitetshospital. Nuværende ansættelse: Ph.d.-studerende, Kræftafdelingen, og tilknyttet Forskningsprogrammet. Patientinvolvering, Aarhus Universitetshospital.



PALLE BAGER

Sygeplejerske 1987, MPH og ph.d. Nuværende ansættelse: Seniorforsker og lektor på Lever-mave-tarm-afdelingen, Aarhus Universitetshospital og Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet.

Patientinvolvering – nu også i forskning

Patienter skal fremover ikke kun være et mål eller genstand for forskningen, de skal også have **mulighed for at tage del i forskningsprocessen.**

Ⓚ Patienter og sundhedsprofessionelles roller er under forandring i disse år. Patienter skal fremover være mere aktivt involveret i deres egen behandling og beslutninger om denne, se boks 1. Nogle patienter involverer sig endda i organisering af sundhedsydelse i sundhedsvæsenet. F.eks. har mange hospitaler og/eller afdelinger efterhånden etableret brugerråd, hvor borgere/patienter bl.a. skal være med til at forbedre patientforløb og evaluere nye tiltag.

Sundhedsprofessionelle skal etablere et ligeværdigt samarbejde med patienter om beslutninger vedrørende den enkelte patients behandling og om organisatoriske tiltag. I forlængelse heraf er det naturligt at overveje involvering af patienter som samarbejdspartnere i forskningsprocesser. Da forskning ofte har til formål at forbedre forhold for patienter, giver det god mening, at patienter får indflydelse på forskningsprocessen.

Boks 1. Definition på behandling

Behandling forstås i denne artikel som undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme (Sundhedsloven § 5).

I sundhedsvidenskabelig forskning opfattes tidligere eller nuværende patienter eller pårørende oftest udelukkende som objekter for forskning (i denne artikel vil ordet patient dække over nuværende og tidligere patienter og nuværende og tidligere pårørende). Involveres de i forskningsprocessen, kan de betragtes som samarbejdspartnere i dele af eller i hele forskningsprocessen.

Patientinvolvering i forskning gør en forskel

Med baggrund i demokratiske principper burde det være naturligt, at patienter kan have indflydelse på, hvilke sundhedsvidenskabelige spørgsmål der bliver stillet, og hvilke forskningsprojekter der bliver prioriteret. Patienter kan på baggrund af deres erfaringer og oplevelser med deres sygdom bidrage med information, som er forskellig fra klinikeres og forskeres viden og perspektiv (1).

Mange patienter vil gerne involveres i dele af forskningsprocessen, både fordi de gerne vil give noget tilbage til sundhedsvæsenet, og fordi de ønsker at blive hørt og få deres idéer ud (2,3).

International forskning har igennem de seneste år vist, hvordan forskning, der har involveret patienter i forskningsprocessen, fremstår mere relevant og til større gavn for patienter (1). Desuden kan det øge såvel kvalitet som implementering, idet resultaterne kan være mere vigtige, metoderne mere acceptable og informationsmaterialet mere forståeligt for patienter (ibid). Forskere, der involverer patienter, kan se flere fordele ved dette, da det giver et bredere perspektiv på forskningsområdet (2). Evidensen er endnu svag, hvilket kan skyldes vanskeligheder ved at finde metoder til måling af effekten af patientinvolvering (PI) i forskning (4). Et bud på et redskab til måling af effekten og fremstilling af resultaterne er dog publiceret for nylig (5).

Sådan involveres patienter i forskning

Før patienter overhovedet kan involveres i forskningsprocessen, skal de findes, og det kan ske på flere måder. Man kan f.eks. sætte opslag op på hospi-



Patienter kan på baggrund af deres erfaringer og oplevelser med deres sygdom bidrage med information, som er forskellig fra klinikeres og forskeres viden og perspektiv.

talsafdelingen, man kan spørge patienter direkte, når de kommer på hospitalet, man kan bede personalet, som kender patienterne, om at finde patienter, man kan inddrage patientforeninger, bruge Facebook eller annoncer i aviserne.

Der er endnu ikke evidens for den bedste måde at rekruttere på (6). Forskere skal være bevidste om, hvilke kompetencer der efterspørges hos patienter. Skal de tilhøre en bestemt sygdomsgruppe, en bestemt aldersgruppe eller have et bestemt køn? Skal de være nuværende eller tidligere patienter, eller skal de måske være pårørende? Hvor vigtigt er det, at de kan udtrykke sig bredt om sygdom og sygdomsforløb? Ofte er patienter ikke udvalgt tilfældigt. Det betyder, at forskere skal kunne redegøre for, i hvilket omfang udvælgelsen kan påvirke resultaterne.

Patienter og pårørende kan involveres i forskningsprocessen på flere måder. De kan f.eks. deltage i et enkelt fokusgruppeinterview, være medlemmer af et rådgivende udvalg (advisory board) eller deltage i en styregruppe, der afholder jævnlige workshops. Endelig kan de indgå som medforskere sammen med forskeren (6).

En forskningsproces består af flere faser, se fig. 1 side 52, og i princippet er det muligt at involvere patienter i alle faser, men i praksis er det oftest kun nogle af faserne, patienter bliver involveret i.

Når emnet for et forskningsprojekt skal findes, kan man involvere patienter. Patienter kan have idéer til forsknings-

RESUME

Internationalt er involvering af patienter i forskningsprocessen eller dele heraf velkendt, og denne praksis er også ved at vinde frem herhjemme. Patienter skal fremover ikke kun være et mål eller genstand for forskningen, de skal også have mulighed for at tage del i forskningsprocessen.

Artiklen beskriver, hvad patientinvolvering (PI) i sundhedsvidenskabelig forskning er, og hvilken indflydelse det

kan have på forskningen og på dem, som er involveret, dvs. patienter, sygeplejersker (og andre sundhedsprofessionelle) og forskere.

Artiklen beskriver fordele og udfordringer ved PI i forskning og foreslår, hvordan og i hvilke faser af forskningsprocessen patienter kan blive involveret, og nævner desuden, hvor der kan findes mere information.

spørgsmål, og de kan samtidig vurdere forskningens relevans for patienter. Nogle fonde har patienter med til at prioritere, hvilke forskningsprojekter der skal modtage økonomisk støtte.

Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) i USA er en organisation, som har til formål at hjælpe patienter til at tage informerede beslutninger om deres behandling ved at udbrede information fra forskning udført i samarbejde med patienter (7). På deres hjemmeside kan patienter foreslå forskningsemner, og de kan på anden måde blive involveret i forskning. I Danmark er enkelte fonde som f.eks. Kræftens Bekæmpelse så småt begyndt at stille krav om, at patienter er involveret i forskningsprocessen.

Patienter kan vurdere relevante outcomes

I selve designet af det enkelte forskningsprojekt kan patienter bidrage med vurdering af, hvilke outcomes der virker relevante. F.eks. foretrækker de fleste patienter med diabetes, at der måles på livskvalitet og frembrud af nyresygdom, dialyse og blindhed frem for på HbA1c (8). Patienter kan også med fordel inddrages i vurderingen af f.eks. det bedste tidspunkt for patienter at udfylde spørgeskema, men også i etiske overvejelser; det kunne f.eks. være, hvor meget man kan belaste patienter med forskningstiltag.

Patienter kan deltage i rekruttering af deltagere til forskningsprojekter ved at spørge medpatienter eller annoncere i patientforeninger. Måske gør det en forskel, at invitationen kommer fra en medpatient. Under selve ud-



Det kræver god planlægning, en klar forventningsafstemning og en klar fordeling af opgaver at inddrage patienter.

førelsen af undersøgelsen kan patienter muligvis selv udføre interview, men det er naturligvis forskerens ansvar at sikre sig, at de nødvendige kompetencer er til stede. Nogle patienter vil måske føle sig mere trygge ved at blive interviewet af en medpatient. F.eks. sårbare patienter, som forskere kan have svært ved at nå på anden vis (9).

Patienter med særlige kompetencer kan endda involveres i analysen af data, idet patienter kan bidrage med et andet perspektiv end det akademiske og kliniske perspektiv, hvilket kan give en bredere forståelse og fortolkning af resultaterne (1).

Ved udarbejdelse af skriftligt materiale om projektet kan patienter også med fordel bidrage. De kan forbedre materialet med formuleringer i et sprog, som er let forståeligt for patienter. Det gælder både det skriftlige informationsmateriale til deltagere og ved udarbejdelse af rapporter om forskningsresultater, hvor patienter kan fremhæve de resultater, som de finder vigtige set med patientøjne.

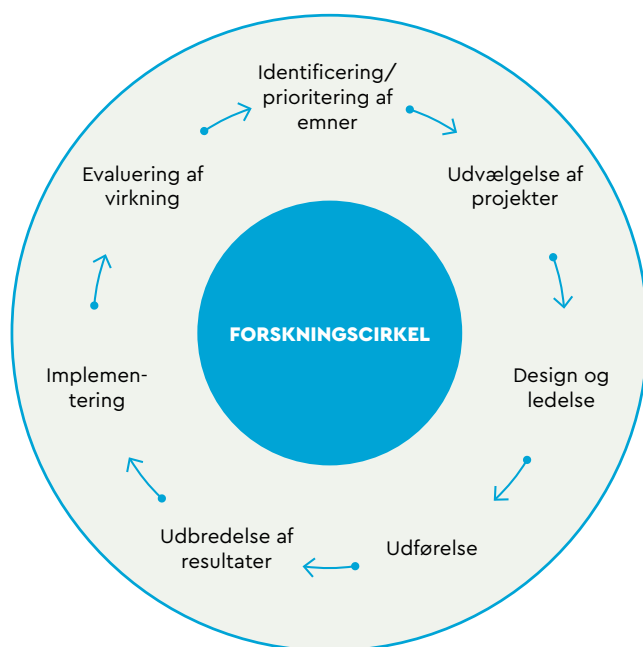
I implementerings- og evalueringsfasen kan det desuden være en styrke, at patienter har deltaget i forskningsprocessen, idet resultaterne sandsynligvis vil fremstå mere relevante for patienter. Ved præsentation af forskningsresultaterne kan patienter bidrage med mundtlig formidling af resultaterne i et for patienter forståeligt sprog.

Fordele og udfordringer ved at involvere patienter i forskning

Der er åbenlyse fordele ved at involvere patienter i forskningsprocessen. Der er dog også udfordringer. Tid og ressourcer bliver af forskere fremhævet som de største (1). Derfor er det vigtigt at medtænke patientinvolvering (PI) helt fra starten, så ekstra tid og ressourcer bliver skrevet ind i projektets budget og tidsplan. Desuden kan det være svært for forskere at afgive kontrol, og nogle forskere kan mene, at patienter trænger sig ind på deres område (2).

Success med PI i forskning afhænger af flere ting. Der skal skabes en god relation mellem forskere og patienter, hvil-

Figur 1. Forskningscirklen



Figuren er udarbejdet af forfatterne med inspiration fra The Research Circle på INVOLVE (5).

ket tager tid. Patienter skal kunne mærke, at deres bidrag er vigtigt og reelt. De skal vide, hvad der forventes af dem, men de skal også have information om, hvad de ikke kan få indflydelse på i det aktuelle projekt (f.eks. analyseprocessen eller publikation).

Det kræver god planlægning, en klar forventningsafstemning og en klar fordeling af opgaver at inddrage patienter. Forskere skal desuden sikre sig, at de rigtige kompetencer er til stede hos patienterne. Det kan være relevant at oplære og træne patienterne i specifikke opgaver, før de går i gang med at udføre dem. Det er vigtigt, at patienterne bliver holdt ajour med projektets fremdrift og tidsplan, og at de får tilbagemeldinger om blandt andet forskningsresultaterne (2).

Patienterne skal have information om, hvor meget tid de forventes at bruge på forskningsprojektet. Man kan vælge at betale patienterne et vederlag, hvis de anses for samarbejdspartnere, men som minimum bør man refundere kørselsudgifter og sørge for forplejning under møder og workshops (10).

I flere studier kan man læse, at patienter er blevet involveret, men ofte er involveringen kun af symbolsk karakter (6), og man kan mistænke, at PI kun er skrevet ind i studiet for at øge muligheden for finansiering af studiet. Det bør undgås.

Ringe dansk interesse for patientinvolvering

I Storbritannien har man arbejdet med PI i forskning i mere end 20 år. Det nationale institut for sundhedsforskning (NIHR) har udarbejdet visioner for PI i sundhedsforskning i 2025 (12). Målsætningen er, at i 2025 skal brugere af sundhedsvæsenet og en stor del af befolkningen være bevidste om og bidrage til forskning ved bl.a. at prioritere fremtidig forskning og fremtidige forskningsspørgsmål. Desuden skal mulighederne for at deltage i og blive involveret i forskning være synlige og tilgængelige for befolkningen. Derudover skal patienter og pårørendes oplevelser betragtes som fundamental og værdifuld viden, og PI skal være en nødvendig del af forskningen (12).

Herhjemme er vi endnu ikke så langt, og PI i forskning har kun få forskeres interesse. Lægeforeningen foreslog Uddannelses- og Forskningsministeriet, at PI i sundhedsforskning blev et af forskningstemaerne i FORSK2025-kataloget, der er en beskrivelse af de fremtidige forskningsinvesteringer i Danmark. Men forslaget kom ikke med i kataloget.

På nogle hospitaler i Danmark er der forskergrupper, som har fokus på PI i forskning, og på Aarhus Universitet blev der i 2017 afholdt det første ph.d.-kursus i PI i sundhedsforskning. Det skete i samarbejde med Syddansk Universitet, hvor man i flere år har været optaget af emnet.



Desuden finansierer Sundhedsstyrelsen et nationalt videndelingsprojekt 2016-2018, der skal 1) indsamle og systematisere viden om PI i forskning fra danske forskningsmiljøer, 2) i samarbejde med danske og internationale institutioner for PI vurdere og systematisere viden om metoder til implementering af PI i sundhedsforskning og 3) sammen med forskningsmiljøer prioritere, implementere og effektivisere planlagte og igangværende initiativer for PI i forskning.

PI har været på dagsordenen en rum tid, og der arbejdes nu med implementeringen, således at PI bliver en naturlig del af den daglige kliniske praksis. Næste skridt må være PI i forskning.

Supplerende litteratur og guidelines

Storbritanniens National Health Service (NHS) etablerede i 1996 en rådgivende gruppe (advisory group) INVOLVE (9), der har som formål at samle viden om involvering af patienter i forskning. På INVOLVE's hjemmeside findes guidelines til, hvordan man kan involvere patienter i forskning (10). Her er enkle råd til, hvordan man griber PI i forskning an, et bibliotek med artikler om og med PI i forskning og honorering samt principper ved PI i forskning med eksempler fra praksis (10,11).

I USA har PCORI stor erfaring med at involvere patienter, og man kan blive inspireret på deres hjemmeside (www.pcori.org) (7).

Derudover er der efterhånden udarbejdet en del studier (1,2,3,4,6), hvor patienter bliver involveret i forskningsprocessen, og selv om metoderne ofte er mangelfuldt beskrevet, kan man her få idéer til selv at involvere patienter i forskningsprocessen. ●



På Aarhus Universitet blev der i 2017 afholdt det første ph.d.-kursus i PI i sundhedsforskning.



Hvor i forskningsprocessen mener I, det giver mest mening at involvere patienter?

•
Vurderer I, at alle patienter kan involveres i forskningsprocesser? Hvorfor/hvorfor ikke?

•
Diskuter, om I mener, at patienter uden forskningsuddannelse kan deltage i analyse af forskningsresultater

Referencer

1. Brett J, Staniszewska S, Mockford C et al. Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: a systematic review. *Health Expect*. 2014a;17(5):637-50. 2. Brett J, Staniszewska S, Mockford C et al. A systematic review of the impact of patient and public involvement on service users, researchers and communities. *Patient* 2014b;7(4):387-95. 3. Sacristán JA, Aguarón A, Avendaño-Solá C, et al. Patient involvement in clinical research: why, when and how. *Patient Preference and Adherence* 2016;10:631-40. 4. Nielsen ES, Myrhaug HT, Johansen M et al. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD004563. 5. Staniszewska S, Brett J, Simera I et al. GRIPP2 reporting checklists: tools to improve reporting of patient and public involvement in research. *BMJ* 2017;358:j3453. 6. Domecq JP, Prutsky G, Elraiyah T et al. Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2014;14:89. 7. PCORI: www.pcori.org 8. Murad MH, Shah ND, Van Houten HK et al. Individuals with diabetes preferred that future trials use patient-important outcomes and provide pragmatic inferences. *J Clin Epidemiol* 2011;64:743-8. 9. Elliott E, Watson AJ, Harries U et al. Harnessing expertise: involving peer interviewers in qualitative research with hard-to-reach populations. *Health Expectations* 2002;(5):172-8. 10. INVOLVE: UK's national advisory group on public involvement for information and resources on patient and public involvement in research. www.invo.org.uk 11. INVOLVE (2012) Briefing notes for researchers: involving the public in NHS, public health and social care research. INVOLVE, Eastleigh. 12. NIHR (2015): Going the extra mile: Improving the nation's health and wellbeing through public involvement in research. Available at: <https://www.nihr.ac.uk> > About us > Publications > Going the Extra Mile Accessed 01/08, 2018.

Læg en diætist i indkøbskurven

Diætist, psykolog eller fysioterapeut? På mange af landets apoteker kan du nu købe sundhedsbehandlinger i form af praktiske sundhedsbokse.

Med bokse til alt fra rygestop til sundhedstjek har SANA-TIME samlet et stort udvalg af autoriserede behandlere. Boksen er en nem måde at købe en sundhedsbehandling til dig selv på eller kan bruges som et venligt skub til dine kære, der ønsker en sundere livsstil.

Med en SANA-TIME Boks kan du købe 9 forskellige behandlinger - fysioterapi, personlig træning, fysiurgisk massage, fodterapi, fodindlæg, rygestop, sundhedstjek og konsultation hos psykolog eller diætist. SANA-TIME samarbejder med behandlere i hele landet, så du altid kan finde en behandler nær dig.

Alle behandlerne på SANA-TIME.com er autoriserede eller medlem af en forening, der er godkendt af Styrelsen for Patientsikkerhed, hvilket er din garanti for en professionel behandling.

Køb boksen på apoteket eller på SANA-TIME.com.

SANATIME
www.SANA-TIME.com



Fag& Forskning

udkommer igen den **14. maj 2018.**
Indtil da mødes vi på nettet.

Find flere faglige artikler på dsr.dk/fagogforskning

I mellemtiden kan du læse mange flere sygeplejefaglige artikler på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. *Fag&Forskning* findes nemlig også online på dsr.dk/fagogforskning. Her kan du løbende holde dig ajour med fagets udvikling gennem daglige nyheder og faglige artikler. Du kan kommentere og debattere både nye og gamle artikler. Og du kan møde sygeplejersker, der blogger om faget og deres oplevelser som sygeplejersker i ind- og udland. Det er også på dsr.dk/fagogforskning, at du har fri adgang til at søge i vores store artikelarkiv med hundredevis af videnskabelige og faglige artikler fra både *Sygeplejersken* og *Fag&Forskning*.

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



EILA HAUCHROG ANDERSEN

Sygeplejerske 1970, SD 1976. Underviser ved sygeplejeskoler 1974-1985. Afdelingssygeplejerske 1985-1991. Underviser, VIA Sygeplejeskolen Silkeborg, 1991-2014. Master, Retorik, Kommunikation og Formidling, Aarhus Universitet, 2003.

eila.hauchrog@gmail.com



JANNE BRAMMER DAMSGAARD

Sygeplejerske 1997, cand.cur., Aarhus Universitet 2004. Ph.d., Aarhus Universitet & Regionshospitalet Silkeborg 2016. Adjunkt VIA University College Sygeplejeskolen Silkeborg. Udviklingsansvarlig, leder af Patienthotel. Forskningsygeplejerske, Regionshospitalet Silkeborg 2016. Foredragsholder www.praksisforomsorg.dk Uddannelsesleder VIA University College Sygeplejeskolen Horsens.

Lær at kommunikere gennem træning

At kommunikere ordentligt med patienterne **kræver nærhed og evne til at lytte efter, hvad der ligger bag det sagte.** Det er ikke en medfødt evne, men noget, der kan trænes.

Sygeplejersker yder ikke i tilstrækkelig grad kvalitet i sygeplejen (1). Det dokumenteres i stigende grad på verdensplan, og sundhedssystemet har reageret ved at udforme standarder, anbefalinger, koordinere og forske. Men på trods af tiltagene viser det sig, at patienter fortsætter med at pege på udfordringer i forhold til involvering og mangel på anerkendelse (2,3). En undersøgelse viser, at op mod 50 pct. af de adspurgte patienter fortæller, at kommunikationen ikke har været optimal (4).

I den sammenhæng viser forskning, at der i sundhedssystemet er en tendens til at fokusere mere på løsning af specialiserede opgaver frem for på planlægning og udøvelse af situationsorienteret og individualiseret sygepleje (1).

Som modsvar har man fra international side udviklet en begrebsramme om sygepleje, "Fundamentals of Care" (5), som kan hjælpe sygeplejersken med at priori-

RESUME

I sygepleje henvises der til standarder, anbefalinger og forskningsbaserede tiltag. På trods heraf oplever patienter ofte mangel på kvalitet i relationen og kommunikationen med den sundhedsprofessionelle.

Artiklen har fokus på formidling af vigtige kommunikative punkter, som den sundhedsprofessionelle kan anvende i

praksis. Det er intentionen at synliggøre, hvordan der gennem patientinvolvering og udvikling af relationelle kompetencer kan etableres en fælles vej og skabes et anerkendende partnerskab med patienten.

Patientens problem skal udforskes ved at lytte til hans grundfortælling, for rækkevidden af det, vi siger, er ofte langt større, end vi forestiller os.

Gennem inddragelse af Calgary-Cambridge Guiden og eksempler fra praksis demonstreres, hvordan sundhedsprofessionelle kan skabe vilkår for sygepleje af høj kvalitet. Dermed søger artiklen at argumentere for, at relationelle og kommunikative kompetencer ikke er noget, man har, men noget man kan og skal trænes i.

tere og fokusere på, hvordan patient og sygeplejerske i en tryk atmosfære foretager en fælles vurdering af patientens situation, udarbejder en fælles handleplan og udfører samt monitorerer den hen mod en evaluering og afslutning af indsatsen.

Med udgangspunkt i områder fra Calgary-Cambridge Guiden (6), der systematisk beskriver færdigheder, som den sundhedsprofessionelle kan benytte sig af i kommunikationen med patienten, er det vores hensigt at beskrive, hvordan sygeplejersker kan skabe vilkår for sygepleje af høj kvalitet gennem patientinvolvering, se figur 1 side 59. Eksemplerne i artiklen stammer fra egen praksis.

Punkterne i figuren bliver anvendt i opbygningen af artiklen.

Etablér en tillidsfuld relation i mødet med patienten

Når sygdom rammer os, og vi indlægges på hospital, rykkes vi ud af de hjemlige fællesskaber og bestræber os på at indgå i nye fællesskaber med både plejepersonale og medpatienter. I den sammenhæng er det af stor betydning, at de sundhedsprofessionelle indstiller sig på mødet med patienten, etablerer en tillidsfuld relation og sætter en fælles dagsorden.

Følgende brudstykke af en samtale viser, hvordan patient og sygeplejerske kan have forskellige dagsordner og gå fejl af hinanden i kommunikationen:

Eksempel I: At tale forbi hinanden

En patient er blevet opereret for en stor tumor i lillehjernen. Situationen finder sted seks dage efter operationen. Patienten overflyttes fra København til en genoptræningsafdeling i Jylland. Efter fem timers transport ankommer patienten til afdelingen og modtages af en sygeplejerske.

Sygeplejersken: "Hvordan har du det?"

Patienten: "Jeg er træt efter den lange tur i ambulancen. Jeg har kvalme og meget ondt i hovedet."



For patienten drejer fællesheden sig om at blive anerkendt som patient og som menneske. For sygeplejersken drejer det sig om at få patienten videre i systemet.

Sygeplejersken: "Du kan få noget smertestillende, og i morgen skal du i gang med genoptræningen. Det er derfor, du er her."

Patienten: "Jeg har næsten ikke været ude af sengen."

Sygeplejersken: "Det kommer du i morgen, hvor fysio- og ergoterapeuten vil lægge en plan for dig."

Patienten: "Jeg har lige gennemgået en stor hjerneoperation."

Sygeplejersken: "Dem har vi mange af. Nu skal du i gang med at træne, så bliver det bedre. Du får en rollator, og så lægger vi en plan for dit genoptræningsforløb."

Som det ses, taler patient og sundhedsprofessionel forbi hinanden, og hvis man som sundhedsprofessionel ikke er opmærksom, går relationen og dermed den fælles dagsorden over styr, uden at parterne rigtigt bemærker det.

I eksemplet drejer det sig for patienten om at blive anerkendt som patient og som menneske. For sygeplejersken drejer det sig mere om at få patienten videre i systemet. Situationen viser, at det modtagne budskab kan afvige væsentligt fra det sendte budskab, og da meningsindholdet ikke bliver undersøgt nærmere, overser sygeplejersken patientens budskab.

Et vigtigt og afgørende niveau i Calgary-Cambridge Guiden er det indledende møde. Allerede den første hil-

sen slår tonen an til en respektfuld relation (7). Herefter er det afgørende, at den sundhedsprofessionelle lytter opmærksomt og prøver på at forstå ved at analysere kommunikationens indhold, forhold og kontekst. Parallelt med den samtale, som foregår imellem patient og sygeplejerske, er de engageret i hver deres indre kommunikation. Hos patienten aktiverer situationen måske følelser af at blive overset og overhørt. Følelserne vækker indre rørelser, oplevelser og kropslige signaler, der taler som indre stemmer, og de er vigtige at bemærke og analysere på for den sundhedsprofessionelle.

Utilstrækkelige kommunikationsmønstre

Det ses af eksemplet, at de kommunikationsmønstre, som den enkelte sygeplejerske benytter sig af, ikke er tilstrækkelige eller hensigtsmæssige. Sygeplejersken har fokus på genoptræning, og der etableres ikke kontakt. Patienten har været på en lang køretur, er nyopereret i hjernen og har givetvis brug for at tale om den aktuelle situation. Det sker ikke.

Selvom sygeplejersken indleder samtalen med det åbne spørgsmål "hvordan har du det?" reagerer hun ikke på patientens svar (7). Sygeplejersken fornemmer ikke appellen hos patienten og bruger ikke sin faglighed til at forstå og handle på den for og sammen med patienten (8).

Mødet finder ikke sted. Sygeplejersken er optaget af den fysiske træning, og patienten er optaget af smerter, træthed, kvalme og den nye situation, hun befinder sig i. Der etableres udelukkende en toleddet relation, som objekteriver patientens udsagn (8). Sygeplejersken stiller sig udenfor relationen, og patienten forbliver én blandt mange, "dem har vi mange af." De mødes ikke om en fælles sag/en fælles dagsorden. Hvis dét skal lykkes, må sygeplejersken udvikle kompetence til at være sammen med, samhandle og magte samværet med mennesker, som er syge og lider. Samtidig skal sygeplejersken uden at sætte menneske-til-menneske-forholdet



Meningsfuld kommunikation forudsætter, at man er i stand til at tage hinandens perspektiv.

over styr være observerende i forhold til de data, hun måtte have brug for i forhold til mennesket som patient (8).

Udforsk patientens problem

Patientinvolvering er en praksis, der inviterer patienten til at indgå i et fællesskab med de sundhedsprofessioner, de møder, når de har brug for sundhedsydelse. Som det fremgår af Calgary-Cambridge Guiden, handler det om at udforske patientens problem og lytte til grundfortællingen. Som forfatteren Benny Andersen skriver i et af sine digte "En klagesang er til for at høres, ikke en stil, der skal rettes i" (9).

Den situationsorienterede og individuelle patientinvolvering drejer sig om at involvere den enkelte patient og eventuelle pårørende og om ud fra patientens aktive medvirken at invitere patienten med i et partnerskab (10).

Vi tror typisk, at vi kan aflæse den person, vi sidder overfor. Det kan derfor synes unødvendigt at spørge særlig grundigt ind til, hvad den anden forestiller sig, har læst, tænker, føler og mener om sin egen situation. Men en undersøgelse viser, at vi let kan tage fejl (10). Nedenstående eksempel illustrerer problematikken:

Eksempel II: At sætte sig ind i patientens problem

Patienten: "Jeg kan ikke høre på venstre øre, og jeg ser dobbelt."

Sygeplejersken: "Godt, godt."

Patienten: "Tror du, det bliver bedre?"

Sygeplejersken: "Det ved jeg ikke."

Patienten: "Det er meget ubehageligt."

Sygeplejersken: "Ja, ja, nu skal du ud af sengen. Skal jeg hjælpe dig i bad?"

På et ydre synligt plan fordrer relationen dels en evne til at se den anden på den andens præmisser, dels kommunikative kompetencer til at understøtte samtalen flow. Konkret kan det gøres ved verbalt og nonverbalt at hjælpe patientens svar på vej f.eks. via åbne og lukkede spørgsmål, opsummeringer, kropssprog og ansigtsudtryk.

At sætte sig ind i patientens problemer kræver et lyttende engagement. Det fordrer evne til at kunne leve sig ind i og forstå den andens psykiske tilstand, en terapeutisk brug af sig selv, samtidig med at være uden for dét, den anden tænker og føler. På et mere indre usynligt plan handler det om den personlige selvopfattelse og mening, og den er knyttet til, hvem den sundhedsprofessionelle er, hvordan hun har opbygget sig selv og sin kontakt til egen sårbarhed og til at magte nærhed og distance (8).

Patient og sygeplejerske har hver sit perspektiv

Som sundhedsprofessionel møder man mennesker, som i forskellig udstrækning føler sig svage, udsatte eller i krise, og som har brug for støtte og omsorg. Desuden er det værd at minde om, at mennesker i hjælpe- og behandlingsprofessioner har valgt netop dette arbejdsfelt ud fra et ønske om at hjælpe andre. Patienten har ikke valgt at være syg og indlagt, men har krav på involvering gennem god planlægning og situationsorienteret og individualiseret pleje og behandling (6,8,11). Men der er stor forskel på, hvordan mennesker mestrer modstand i livet.

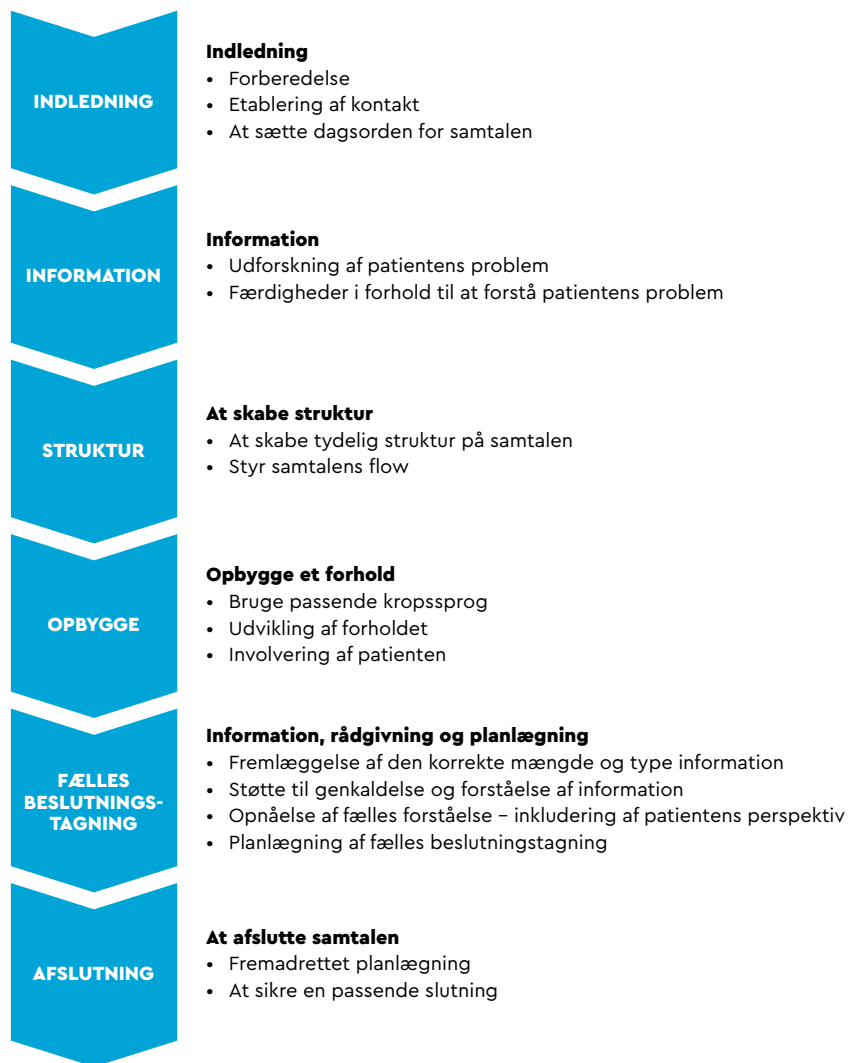
Den udfordring kan ingen modeller eller guider løse. Det handler ikke om at styre en samtale, men mere om at lytte dybt og involvere det enkelte menneske: ”I skal lytte til, hvad de virkelig siger, og ikke til, hvad de virkelig mener, og I kan være forvissede om, at det, de siger, er en invitation til, hvad man kan tale om,” Harold Goolishian (12).

Patient og sygeplejerske forholder sig til emnet fra hver sit perspektiv, som er de briller, personerne skyder ind mellem sig selv og realiteterne. Perspektiverne udgøres bl.a. af parternes livshistorie, psykiske baggage, kulturelle baggrund samt aktuelle rolle, og perspektiverne påvirker både afsendelsen og modtagelsen af budskaberne. Meningsfuld kommunikation forudsætter derfor, at man er i stand til at tage hinandens perspektiv. Vi må overskride vores eget egoistiske syn ved at se sagen fra den andens vinkel. Sygeplejersken må være i stand til at fokusere på patienten, så relationen bliver treledet (8). Gennem denne relation skal sygeplejersken hjælpe patienten med at opfylde sine behov gennem sygepleje, der er empatisk, respekt- og samvittighedsfuld samt personlig. Relationen er baseret på sygeplejerskens forpligtelse til at ville pleje patienten (1). Set ud fra Calgary-Cambridge Guiden betyder det, at sygeplejersken må tilpasse informationer, råd og planlægning af forløb ud fra en konkret vurdering af, hvad der er vigtigt set ud fra netop denne patients perspektiv. På denne baggrund kan der foretages en fælles beslutning om, hvad der er bedst for patienten.

Relation og kommunikation er en vej til fælles beslutning

Rækkevidden af det, vi siger, er ofte langt større, end vi forestiller os. Vi higer efter anerkendelse, efter at blive set, hørt og forstået, og vi reagerer stærkt, alt afhængigt af om vi får det eller netop ikke får det. Alle mennesker har det samme basale behov for at modtage anerkendelse (13). Det er meget vigtigt ikke at tabe ansigt og ikke at føle sig krænket.

Figur 1. Calgary-Cambridge Guiden (6)



Figuren illustrerer flow og færdigheder, som den sundhedsprofessionelle kan benytte sig af i kommunikationen med patienten (6).

TRÆN KOMMUNIKATION UD FRA CALGARY-CAMBRIDGE GUIDEN

- Tag en kollega med til din næste indlæggelsessamtale
- Analysér og reflekter sammen efter samtalen ud fra figurens punkter 1-6
- Hvad forløb godt, og hvad gik mindre godt?
- Hvor oplevede du, at du anerkendte patienten og lyttede til det, han sagde?

Optag jer selv på video

- Spil rollespil med udgangspunkt i de to eksempler i artiklen. Hvordan var jeres opmærksomhed og evne til at lytte og tale med patienten?
- Hvordan reagerede patienten?

Den værste form for krænkelse består ikke i banal kritik, men sker, hvis vi f.eks. grundløst tillægges bestemte egenskaber, holdninger og følelser. Det har stor indvirkning på relationen og opleves dybt krænkende, at der foretages forhadte tolkninger og konklusioner, uden at modparten har sat sig ordentligt ind i situationen (13). Det er ødelæggende for kommunikationen og opstår ofte pga. vores naturlige behov for at få styr på virkeligheden. Her kan de relationelle og kommunikative færdigheder samt Calgary-Cambridge Guidens processuelle struktur (6) være handlingsanvisende og hjælpe den sundhedsprofessionelle med at skabe en fælles forståelse, der kan fungere som baggrund for fælles beslutninger sammen med patienten. Det skaber et solidt fundament, så den sundhedsprofessionelle i fællesskab med patienten kan nå frem til den bedste pleje og behandling. Det er derfor afgørende, at fagpersoner bliver ved med at tilegne sig viden, udvikle og forske på området i erkendelse af, at færdighederne ikke er noget, vi har, men noget, vi kan og til stadighed skal trænes i. ●

Referencer

1. Sørensen EE, Bahnsen IB, Pedersen PU, Uhrenfeldt L. Sygepleje tilbage til det basale. *Fag & Forskning* 2017;(1):52-7. 2. Damsgaard JB. Usynlige smerter bliver ikke taget alvorligt. *Fag & Forskning* 2017;(2):68-73. 3. Damsgaard JB. A struggle for recognition and meaning. A phenomenological-hermeneutic study of the illness trajectory of patients undergoing spinal fusion surgery. Aarhus University, Denmark: Section for Nursing Science, Aarhus University, Department of Public Health; 2016. 4. Holm A, Birkelund R. Kommunikation i et dialogisk perspektiv. In: Jørgensen K, editor. *Kommunikation for sundhedsprofessionelle*. København: Gads Forlag; 2011. 5. Kitson A, Conroy T, Wengstrøm Y, Profetto-MacGrath J, Robertson-Malt S. Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice* 2010;16:423-34. 6. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. Third ed. Croydon, CRO 4YY: CRC Press; 2013. 7. Damsgaard JB. *Hvordan har du det?* 2017; <https://dsr.dk/fag-og-forskning/sygeplejersker-blogger/den-blinde-vinkel/hvordan-har-du-det>. 8. Brøbecher H, Delmar C. *Det relationelle møde og relationskompetence*. *Klinisk Sygepleje* 2007;21(1):61-71. 9. Andersen B. *Samlede digte. Digte 1960-1996*. 1.th ed. København: Borgens Forlag; 1998. 10. Lomborg K, Bregnballe V, Rodkjær LØ, Handberg C, Ågård AS. *Patientinvolvement – et begreb med praktisk potentiale*. *Sygeplejersken* 2015;(12):70-3. 11. Martinsen K. *Samtalen, skønnet og evidensen*. København: Gads Forlag; 2006. 12. Andersen T. *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2014. 13. Honneth A. *Kamp om anerkendelse. Sociale konflikters moralske grammatik*. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.



Hvordan vægtes patientinvolvering og anerkendelse i jeres afdeling?

Hvordan diskuterer I kommunikation (både det verbale og det non-verbale sprog) på jeres arbejdsplads?

Hvordan italesætter I kontakten til egen sårbarhed i forhold til at magte nærhed og distance i relationen med patienterne?

Anvender I guides, f.eks. Calgary-Cambridge Guiden, der kan hjælpe med at strukturere kommunikationen med patienterne?



Kære politikere:
Skal vi gøre det
attraktivt at være
sygeplejerske?

dsr.dk/ok18
[#SejSygeplejerske](https://twitter.com/SejSygeplejerske)

Dansk
Sygeplejeråd



Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



ANN WOLFF BREGENDAHL

Sygeplejerske 2003, cand.cur. 2015. Har arbejdet som sygeplejerske på Øre-Næse-Halskirurgisk Ambulatorium og Operationsafdeling, Vejle Sygehus, frem til 2013. Siden 2015 klinisk sygeplejespecialist i Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus.

ann.wolff.bregendahl@rsyd.dk



BRITT NORTVIG POULSEN

Sygeplejerske 1993. Ansat ni år på Dagkirurgisk Operationsafsnit, Vejle Sygehus. Frem til 2016 fungeret som Kvalitets- og Hygiejneperson på Øre-Næse-Halskirurgisk Ambulatorium og Operationsafdeling, Vejle Sygehus. Nu ansat på Urinvejskirurgisk Ambulatorium.

Personalets professionalisme gør patienterne trygge

Kliniske retningslinjer og instrukser, der beskriver den tekniske- og instrumentelle del af operationssygeplejen, er et vigtigt arbejdsredskab, men **sygeplejen må suppleres af en patientcentreret tilgang.**



”Og der var masser af maskiner og alt det der, og hov, skal de bruge alt det der til mig?”

Denne artikel præsenterer resultaterne af en interviewundersøgelse af patientens oplevelse i mødet med operationsafdelingen. Interviewene er en del af det empiriske grundlag for et udviklingsprojekt på Øre-Næse-Halskirurgisk Operationsafdelingen (ØNH), Vejle Sygehus, der har til formål at udvikle kvaliteten af sygeplejen til operationspatienter.

Nødvendigt fokus på oplæring af nye kollegaer

Der har i de senere år været en relativt stor udskiftning af det sygeplejefaglige personale på operationsafdelingen, hvilket har ført til et nødvendigt fokus på oplæring af nye kollegaer. Der eksisterer ikke en formaliseret specialuddannelse for operationssygeplejersker, og oplæringen på operationsafdelingen er derfor udelukkende sidemandsoplæring.

Oplæringen tager afsæt i afdelingens kliniske retningslinjer og instrukser, der hovedsageligt beskriver den tekniske og instrumentelle del af operationssygeplejen. Operationssygepleje har imidlertid også en patientcentreret tilgang (1), se figur 1 side 64, om end denne ikke er beskrevet i afdelingens retningslinjer.

I den forbindelse har det stået klart, at hvor der i relation til de tekniske og instrumentelle dele af operationssygeplejen har været et evidensbaseret skriftligt materiale at oplære nye kollegaer ud fra, har den patientcentrerede del af operationssygeplejen på afdelingen ikke været beskrevet.

I oplæringen af afdelingens nye kollegaer blev det tydeligt, hvor komplekst det var at oplære i en patientcentreret tilgang til operationspatienten. Flere oplevede, at nye kollegaer blev introduceret forskelligt til den patientcentrerede sygepleje afhængigt af, hvilken sygeplejerske der stod



Der eksisterer ikke en formaliseret specialuddannelse for operationssygeplejersker, og oplæringen er derfor udelukkende sidemandsoplæring.

for oplæringen. F.eks. valgte nogle sygeplejersker at bruge væsentligt mere tid på at inddrage patienten i, hvad der foregik på operationsstuen, end andre sygeplejersker gjorde.

Sygeplejersker, der brugte lang tid på at inddrage patienten, angav, at denne praksis skabte tryghed for patienten. Andre sygeplejersker havde erfaring for, at mindre inddragelse af patienten nedtonede patientens nervøsitet.

Både argumentation for og imod inddragelse af patienten havde afsæt i sygeplejerskernes personlige erfaringer og efterlod sygeplejegruppen med ønsket om en dybere viden om patienternes egentlige oplevelse af situationen på operationsstuen.

Personbåret sygepleje er imidlertid ikke et enestående fænomen på denne afdeling. Jakobsen og Fagermoen peger på, at sygeplejersker ofte har vanskeligt ved at imødekomme patienternes reelle behov på operationsstuen pga. manglende forståelse for og indsigt i patientens oplevelse af situationen og omgivelserne (2).

De beskriver, at der ofte er divergens mellem de hændelser og faktorer på operationsstuen, som patienten oplever som stressende, og de hændelser og faktorer, sygeplejersken formoder kan være po-

RESUME

På Øre-Næse-Halskirurgisk Operationsafdeling, Vejle Sygehus, oplevede sygeplejerskerne, at nye kollegaer blev introduceret forskelligt til den patientcentrerede sygepleje afhængigt af, hvilken sygeplejerske som stod for oplæringen.

Det stod klart, at hvor der i relation til de tekniske- og instrumentelle dele af operationssygeplejen var et evidensbaseret skriftligt materiale at oplære nye kollegaer ud fra, var den patientcentrerede del af operationssygeplejen på afdelingen ikke beskrevet.

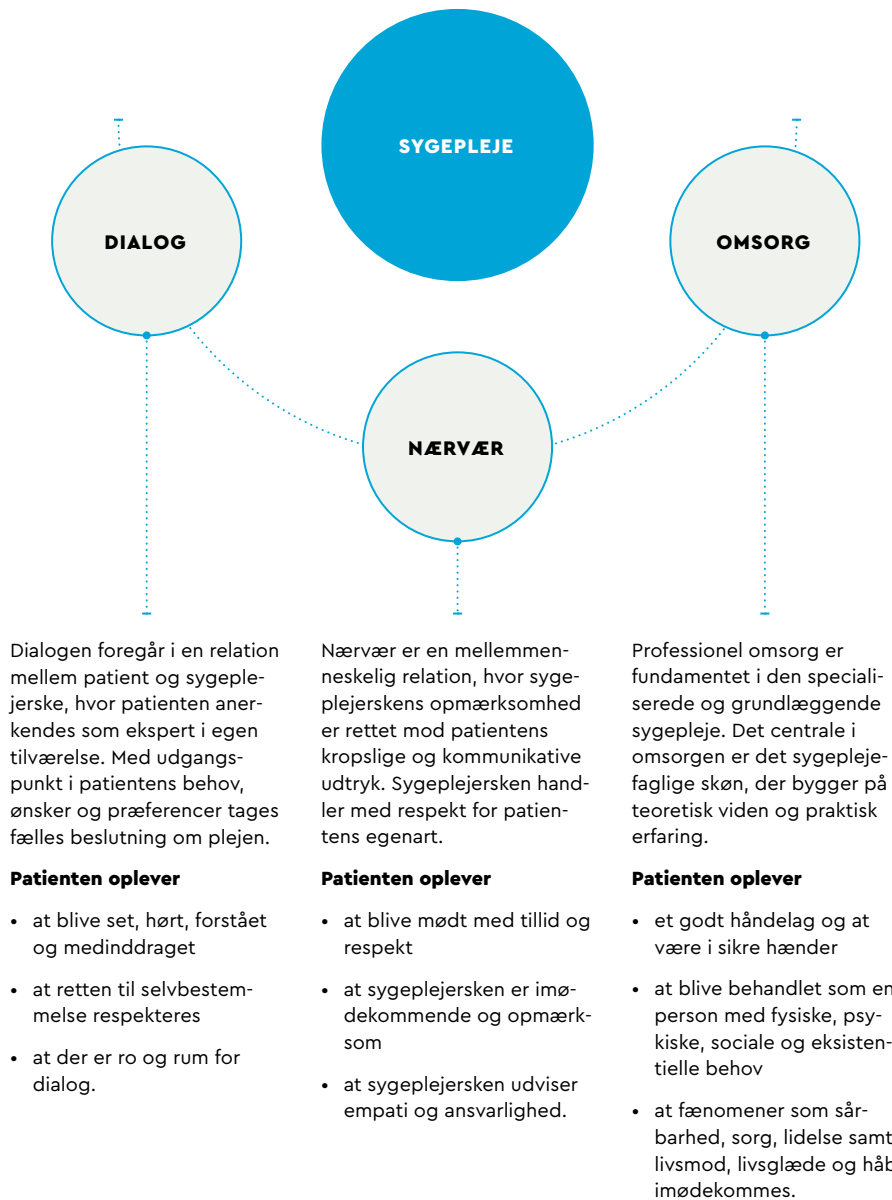
Og med henvisning til internationale undersøgelser, der viste, at sygeplejersker ofte har vanskeligt ved at imøde-

komme patienternes reelle behov på operationsstuen pga. manglende forståelse for og indsigt i patientens oplevelse af situationen og omgivelserne, var det interessant at få indsigt i patientens oplevelse af mødet med operationsafdelingen.

En analyse af svarene fra en efterfølgende interviewundersøgelse viste, at personalets professionelle fremtoning samt høje informationsniveau har væsentlig betydning for patientens oplevelse af tryghed og af hele situationen. Desuden oplevede patienterne at træde ind i en sygerolle ved at iklæde sig sygehusets tøj og blive transporteret i seng til operationsafdelingen, hvilket ikke var naturligt for dem.

Figur 1. Patientcentreret sygepleje

Patientcentreret sygepleje udøves i mødet mellem patient og sygeplejerske gennem dialog, nærvær og omsorg (1).



Desuden er der foretaget en systematisk litteratursøgning for at kortlægge eksisterende viden på området, se boks 1. Informanterne er tilfældigt udvalgt ud fra det planlagte operationsprogram på tre vilkårlige dage uden forudgående information om interviewene til operationspersonalet. Ekskluderet fra undersøgelsen er patienter i udredning for hoved- og halskræft, patienter under 18 år, akutte og psykisk syge patienter samt patienter med manglende kendskab til dansk.



Flere operationspatienter svinger mellem frygt og håb. Frygten for det, som skal ske vs. håbet om det bedste udfald af operationen.

Undersøgelsen omfatter fire operationspatienter, to kvinder og to mænd i alderen fra 30-68 år. Til interviewene er der benyttet en semistruktureret interviewguide med fem åbne spørgsmål. Opfølgende spørgsmål opstod ad hoc med afsæt i informantens fortælling om oplevelsen. Interviewene er optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. Analyse af interviewene er foretaget med baggrund i Kvale og Brinkmanns fortolkningskontekster; selvforståelse, kritisk commonsense-forståelse og teoretisk forståelse (3), se boks 2.

Der er indhentet tilladelse hos Data-tilsynet til gennemførelse af undersøgelsen. Patienterne har givet informeret samtykke på baggrund af skriftlig og mundtlig information om undersøgelsen.

tentielt stressende for patienten (2). Med afsæt i disse modsætninger var det interessant at få indsigt i patientens oplevelse af mødet med operationsafdelingen.

Interview med fire dagkirurgiske patienter

Der er interviewet fire dagkirurgiske øre-næse-hals-kirurgiske operationspatienter om deres oplevelser i mødet med operationsafdelingen.

Boks 1. Litteratursøgning

Der er ud fra problemstillingen i første omgang søgt på bibliotek.dk, hvor det overvejende er danske bøger, der er brugt som baggrundslæsning og til inspiration af søgeord. Derefter er der søgt litteratur i de sygeplejefaglige databaser CINAHL, PubMed samt i SveMed+ på følgende søgeord: *operationssygepleje, patients, surgery, operation rooms, patient satisfaction, patient perceptions perioperative nursing, perioperative care*. Emneord er fundet ved Major Subject Headings (mH) og MeSH ord. Søgeperioden er udvidet til 10 år grundet sparsomt materiale, hvorfor artikelreferencer desuden er anvendt.

Interviewene er behandlet fortroligt, og patientdata er anonymiseret.

Ønske om indsigt i patienternes oplevelse

Formålet med analysen var at få større indsigt i, hvordan patienterne oplever mødet med operationsafdelingen. Analysen peger på nedenstående fire temaer udsprunget af fortolkningskonteksterne *selvforståelse, kritisk commonsenseforståelse* og *teoretisk forståelse*. De fire temaer udgør en helhed og vil blive præsenteret ud fra en teoretisk forståelse med understøttelse af patientcitater:

1. at føle sig ventet og godt modtaget
2. at føle sig overvældet i mødet med operationsstuen
3. at møde et professionelt operationsteam
4. at træde ind i rollen som operationspatient.

Tema 1: At føle sig ventet og godt modtaget

Patienterne tilkendegiver, at det er en positiv og god oplevelse at komme på operationsafdelingen. De oplever personalet som imødekommende og føler sig ventet og godt modtaget.

En patient forklarer: "De var der med det samme, det var ikke sådan, nå nu er du parkeret her."

En anden patient fortæller: "Meget positiv tilgang, meget involverende og et meget åbent og venligt personale, jeg blev modtaget af."

Et venligt og imødekommende operationspersonale bidrager ifølge flere under-

søgelser til en positiv oplevelse for patienten (2,4,5). Patienterne befinder sig ofte i en sårbar og presset situation pga. frygten for det, som skal ske og udfaldet heraf.

Mødet med en højteknologisk afdeling kan være angstprovokerende, hvorfor en imødekommende og øjeblikkelig modtagelse af patienten angives at understøtte patientens tryghed og tillid til personalet (2,4,5). Der er således faktorer, der peger i retning af, at det er af stor betydning, at patienterne føler sig velkomne og ventede, når de træder ind på operationsafdelingen.

Tema 2: At føle sig overvældet i mødet med operationsstuen

To af patienterne fortæller om deres møde med operationsstuen, at det virker overvældende, fordi de bliver mødt af en masse mennesker, og operationsudstyr, hvilket de ikke er forberedt på.

Den ene beskriver det således: "Det var da voldsomt, fire personer, og så kommer lægen også. Og der var masser af maskiner og alt det der, og hov, skal de bruge alt det der til mig?"

Den anden fortæller: "Der var godt nok mange mennesker omkring mig, seks-syv kvinder, puha."

Overvældende, men samtidig fremhæver de, at det føles rart at blive informeret om personalets arbejde og brugen af operationsudstyret på stuen. Det kommer bl.a. til udtryk på følgende måde: "Jeg syntes, der var mange mennesker og meget udstyr altså, men som hun forklarede mig, så havde de hver deres arbejdsområde, og det var rart at få forklaret."

Synet af operationsudstyr, instrumenter og mødet med de mange sundhedsprofessionelle kan ifølge undersøgelser forekomme både overvældende og angstprovokerende (2,4,6). Information om personalets arbejde og de tekniske og instrumentelle forberedelser på stuen angives at have særlig betydning, da informationen bidrager til at afmystificere og skabe tryghed om det, som skal foregå (2,4,6).

Der tegner sig således et billede af, at personalets informerende og involverende tilgang til patienten er særlig gunstig for patienter, for hvem situationen fremstår som uforudsigelig og forbundet med flere ukendte faktorer.

Tema 3: At møde et professionelt operationsteam

Patienterne tilkendegiver, at de føler sig rigtig godt informeret præ- og peroperativt, og at det har betydning for oplevelsen af deres operationsforløb. En patient forklarer: "Der var ikke noget tidspunkt, hvor jeg tænkte, hvad mon der skal ske, eller hvad sker der nu. Det hele blev forklaret."

En anden patient udtaler: "Det er helt fair, at tingene kan være forsinket eller andet, men informationen om det gør rigtig meget i forhold til min

Boks 2. Analyse af interview

Analyse af interviewene er foretaget med baggrund i Kvale og Brinkmanns tre fortolkningskontekster: *selvforståelse, kritisk commonsenseforståelse* og *teoretisk forståelse*. *Selvforståelse*: Hvor meningen med informantens udsagn er kondenseret ud fra informantens egen opfattelse af, hvad udsagnet betyder, sådan som vi har forstået det. *Kritisk commonsenseforståelse*: Hvor der er anlagt en bredere forståelsesramme, der rækker ud over informantens selvforståelse, idet vi har forholdt os kritisk til både udsagnet indhold og den informant, som har fremsat det. *Teoretisk forståelse*: Der er anlagt en teoretisk referenceramme, der bygger på fundene i litteraturen, så der er skabt en ny forståelse af mening med informantens udsagn.

oplevelse af forløbet. Det giver en form for tryghed, at man bliver informeret om ventetid og om, hvad der skal ske.”

Fundene fra interviewene stemmer overens med resultater af andre undersøgelser. Kontinuerlig information til operationspatienten angives at reducere patienternes angst- og stressniveau og dermed også patientens afsæt for et positivt postoperativt forløb, herunder oplevelsen af bedre at kunne mestre udskrivelsen (5-7).

Patienterne beretter desuden, at operationspersonalet virker professionelt, godt forberedt og meget effektivt. En patient udtrykker det således: ”De var meget effektive, de gjorde hver især det, de skulle. Nogle gjorde dét, andre noget andet. De behøvede ikke at spørge hinanden, der var styr på det. Det føltes godt.”

En anden patient, som var ved at trække sig fra operationen grundet angst og nervøsitet, fortæller: ”De tager det meget professionelt, rolige og stille, som om de ved, hvad de har med at gøre. Det føles utrolig rart, utrolig rart. Så det var jo ingenting, den frygt jeg havde haft.”

Det har særlig betydning for operationspatienten at møde et professionelt og velforberedt operationspersonale, da det angives at understøtte patientens tryghed og håbet om, at det nok skal gå godt, viser undersøgelser (2,4,5,8). Flere operationspatienter svinger mellem frygt og håb. Frygten for det, som skal ske, vs. håbet om det bedste udfald af operationen (2,4,5,8).

Der tegner sig således et billede af, at personalets professionelle fremtræden skaber håb for patienten om det bedste udfald af operationen og gør patienten tryk i mødet med det uvante.

Tema 4: At træde ind i rollen som operationspatient

Et noget overraskende fund fra analysen er patienternes oplevelse af, hvordan sygehusets procedurer tvinger dem ind i en patientrolle, der som udgangspunkt ikke opleves hverken naturlig eller meningsgivende. Det kommer bl.a. til udtryk i følgende patientcitater: ”Jamen, jeg ville jo ikke lægge mig ned i sengen, for jeg var jo ikke syg. Når man lægger sig i en seng sådan et sted her, eller hvis man skal ligge ned og blive kørt rundt i sengen til operationsstuen, så bliver man jo syg. Jeg tænkte, at jeg lige så gerne ville have gået til operationsstuen.”

At sygehusvæsenets arbejdsgange og procedurer understøtter patientens oplevelse af at være syg på trods af, at patienten ikke har anskuet sig selv som værende syg, genfindes flere steder i analysen. F.eks. i følgende patientcitater: ”At gå rundt i sygehustøj, det er da også at sygeliggøre folk.”

At blive transporteret i seng til operationsafdelingen eller at skulle anvende sygehustøj udfordrer ifølge undersøgelser patienternes selvrespekt, autonomi og værdighed (9,10). Det angives som vigtigt for patienterne at bevare kontrollen over eget liv, da de oplever, at både patienttøjet og transporten i seng til operationsafdelingen depersonaliserer og sygeligg-



Et overraskende fund er patienternes oplevelse af, hvordan sygehusets procedurer tvinger dem ind i en patientrolle, der som udgangspunkt ikke opleves hverken naturlig eller meningsgivende.

gør dem. Patienter iført eget tøj såvel som patienter gående til operationsafdelingen angiver at føle sig mere raske og bedre til at fastholde deres identitet (9,10). Interviewene peger således på, at det er af stor betydning for patienterne at kunne anvende eget tøj under sygehusopholdet og selv at kunne gå til operationsafdelingen.

Brugbar viden om patienternes oplevelser

Undersøgelsen har i særlig grad bidraget med viden på to områder: Det ene er, at personalets professionelle fremtoning samt høje informationsniveau har væsentlig betydning for patientens oplevelse af tryghed, herunder patientens oplevelse af bedre at kunne mestre situationen og senere udskrivelsen.

Det andet, som synes særligt værd at bemærke, er, at patienterne oplever, at de forventes at indtræde i en sygerolle bl.a. ved at iklæde sig patienttøj og blive transporteret i seng til operationsafdelingen, hvilket ikke forekommer naturligt for dem.

Undersøgelse førte til ny retningslinje

Interviewundersøgelsen er nu afsluttet. Den viden, vi har fået gennem undersøgelsen og litteraturen, viser, at der er flere faktorer, som har indflydelse på patientens oplevelse af mødet med operationsafdelingen. F.eks. at patienterne har behov for at blive inddraget i, hvad der foregår på operationsstuen, da det angives at understøtte patientens tryghed i mødet med det uvante.

På baggrund af undersøgelsens resultater er der i afdelingen udarbejdet en retningslinje, der bygger på på nyeste viden inden for sygepleje til operationspatienter.

Retningslinjen beskriver den patientcentrerede del af operationssygeplejen (11), f.eks. hvilke faktorer og hændelser operationspatienten kan opleve som potentielt stressende, og hvordan operationssygeplejersken gennem omsorg, nærvær og dialog bedst muligt støtter patienten gennem forløbet på operationsafdelingen. Retningslinjen anvendes



bl.a. i oplæringen af nye kollegaer og til refleksion og vejledning i sygeplejegruppen.

Resultaterne fra undersøgelsen og litteraturen peger desuden på, at flere patienter selv ønsker at gå til operationsafdelingen i ønsket om at fastholde deres identitet og autonomi. På den baggrund er arbejdsgangene i afdelingen ændret, så patienterne i dag selv har mulighed for at gå til operationsafdelingen. ●

Hvordan kommer omsorgen for patienten til udtryk på jeres operationsafdeling?

●

Overvej, om der er overensstemmelse mellem den sygepleje, patienten efterspørger, og den sygepleje, I yder på operationsafdelingen

●

Hvilke udfordringer er der i jeres afdeling i forhold til at kunne yde en patientcentreret sygepleje til operationspatienten?

Referencer

1. Adolfsen H, Bhandari I, Birkelund R, et al. Sygeplejefaglig referenceramme, Sygehus Lillebælt, 2016 (cited 2017 Jan 12). Findes på www.sygehuslillebaelt.dk > Fagfolk > Strategi for Udvikling af Sygeplejen > Sygeplejefaglig referenceramme **2.** Jakobsen VH, Fagermoen MS. Environmental factors in the operating theatre and their impact on patients' preoperative anxiety. *Nordisk Tidsskrift for Sygeplejeforskning* (2005), 12;7(4):4-17. **3.** Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag 2009. **4.** Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J* 2010; 10;92(4):445-60. **5.** Rørvik A, Sebens S. Operationssygepleje. Kbh.: Nota; 2013:25-34. **6.** Haugen A, Eide G, Olsen M, et al. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. 2009; *Journal of Clinical Nursing* (18). **7.** Kagan I, Bar-Tal Y. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *J Clin Nurs* 2008 03;17(5):576-83. **8.** Westerling K, Bergbom I. The importance of nursing in perioperative care: a patient's perspective. *J Adv Perioper Care* 2008 11;3(4):133-44. **9.** Edvardsson D. Balancing between being a person and being a patient - a qualitative study of wearing patient clothing. *Int J Nurs Stud* 2009 01;46(1):4-11. **10.** Quarfordt P, Rousing L, Appel Esbensen B. Gå selv til operation - et pilotprojekt. *Sygeplejersken* 2010;110(17):54-8. **11.** Bregendahl A. Sygepleje på Øre-næse-hals-operationsgangen. Findes på: www.sygehuslillebaelt.dk > Fagfolk > InfoNet, ekstern > Håndbøger fra Sygehus Lillebælt > ØNH & Hørelinje, VS > ØNH-op > Sygeplejefagligt/Retningslinje/Sygepleje på Øre-næse-hals operationsgangen



Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.

Voksne efterladte ønsker kvalificeret sorghjælp

Sundhedsprofessionelle bør i højere grad end i dag gøre opmærksom på **muligheden for sorghjælp**.



KIRSTEN SØNDERGAARD

Sygeplejerske 1987, master i humanistisk palliation 2014, sekretariatschef i Landsforeningen Liv&Død.

kso@livogdoed.dk

RESUME

Sorgen rammer, når et voksent menneske mister en betydningsfuld og nær pårørende i forbindelse med dødsfald. Ved en sådan lejlighed spiller sundhedsprofessionelle en vigtig rolle i relation til den voksne efterladte, som i den forbindelse har kontakt med sundhedssystemet.

Interview med voksne efterladte peger på, at der er brug for at opprioritere sorgintervention for at sikre den efterladte de bedste forudsætninger for trivsel og sorgbearbejdelse. For at de sundhedsprofessionelle kan yde kvalificeret sorg-

intervention, er der behov for både faglig viden og empati. Desuden er der behov for systematik omkring sorginterventionen i det samlede sundhedsvæsen.

Artiklen tager udgangspunkt i en afhandling fra masteruddannelsen i humanistisk palliation ved Aalborg Universitet. I afhandlingen bliver voksne efterladedes oplevelser af bl.a. sundhedsprofessionelles reaktioner undersøgt gennem fem kvalitative interview med kvinder mellem 37 og 56 år, som alle har mistet en nær voksen pårørende.

Informanten Bente, 53 år, mistede pludselig sin kæreste og samlever Hans, som døde af hjertestop. Bente fortæller om sin oplevelse med en sygeplejerske på skadestuen:

”Hun var heller ikke særlig meget inde ved os” (...) ”Hvis hun kunne få lov til at hente saftevand ... så var hun glad for det.”

”Hun havde det ikke godt med bare at være der uden at gøre noget, så hun kunne ikke bare sådan være derinde og give sig tid og være der, jeg tror ikke, hun så funktionen i at være inde hos os (...) og jeg tror heller ikke, hun havde været i stand til det, hvis vi havde bedt hende om det og sagt ”bare stå der, det er fint, det er egentlig meget rart, at du er her” (...) hun gjorde det bedste, hun formåede, hun var bare meget uerfaren.”

En dødkultur under forandring

Død og sorg omtales ofte som et tabu. Efter en periode, hvor død og sorg har været tabubelagt i den offentlige og private sfære, er dødkulturen, herunder sorg- og mindekulturen, blevet mere synlig i det offentlige rum og via medierne (1). Det er bl.a. kommet til udtryk ved, at flere har fokuseret på sorgens betydning og konsekvenser for efterladte. Interessen gør sig særligt gældende i forhold til børn, unge og gamle. Men hvad med de voksne efterladte, som befinder sig mellem målgruppen unge og gamle?

I en afhandling om nutidens sorgkultur fra masteruddannelsen i Humanistisk Palliation ved Aalborg Universitet (2) undersøges voksne efterladedes oplevelser af netværkets reaktioner ved tabet af en betydningsfuld voksen. Med netværk menes i denne forbindelse familie, venner, nærmeste omgangskreds herunder arbejdskolleger samt de sundhedsprofessionelle, som den efterladte har haft kontakt med i forbindelse med sit tab. Artiklen tager udgangspunkt i afhandlingen med særligt fokus på de sundhedsprofessionelle.

Sorghjælp præget af tabu og angst

Afhandlingen peger på, at sundhedsprofessionelles håndtering af voksne efterladedes sorg er præget af tabu og angst.



Empirien peger på, at sundhedsprofessionelles støtte og hjælp i form af empati, indlevelse og forståelse har stor betydning for de efterladte.

Voksne efterladte udtrykker behov for kvalificeret sorghjælp fra sundhedsprofessionelle, hvis forståelse og støtte er vigtigt for de efterladedes trivsel og sorgproces, og de sundhedsprofessionelle har også viljen til at hjælpe og støtte, men ved ikke, hvordan det bedst gøres.

Derudover synes der at være en mangel på systematik i sundhedsvæsenet, når det kommer til at tilbyde sorgintervention til efterladte, og det kan være tilfældigt, om og hvem der tilbydes hjælp.

Hvis sundhedsprofessionelle skal kunne tilbyde voksne efterladte den hjælp, de har behov for, så de får de bedste forudsætninger for trivsel og sorgbearbejdelse, synes det at være nødvendigt, at sorginterventionen opprioriteres. Behovet for bedre sorghjælp afspejler sig også i oprettelsen af den nye sorgrådgiveruddannelse, som Metropol og Det Nationale Sorgcenter stod bag med start ultimo 2017. Uddannelsen er et af de initiativer, som kan være med til at styrke sundhedsprofessionelle til bedre at kunne støtte og rådgive efterladte i sorg.

Ovenstående konkluderes på baggrund af afhandlingens empiri: Fem kvalitative interview med kvinder mellem 37 og 56 år, som alle har mistet en betydningsfuld voksen. Tre har mistet en forælder, en har mistet begge forældre, og en har mistet sin samlever.

Kvinderne (også kaldet informanterne) har alle været i kontakt med sundhedssystemet enten via plejehjem, kommunal hjemmepleje, skadestue eller akut modtageafdeling i forbindelse med deres nært-

stående død. Det har været alt fra en enkelt kontakt til et længere forløb. Fra pludselige til ventede dødsfald, i rollen som pårørende til en døende og/eller i rollen som efterladt.

Informanterne er tilfældigt udvalgt ud fra følgende inklusionskriterier:

- At personen har oplevet et tab i form af, at en betydningsfuld anden voksen i familien er død: En ægtefælle/samlever, forældre eller søskende
- At personen er aktiv på arbejdsmarkedet eller i gang med en uddannelse
- At personen er mellem 30 og 60 år.

I det følgende gennemgås en række hovedpunkter fra undersøgelsen, som underbygger konklusionen. Undervejs følger uddrag fra de fem interview og teori på området.

Undersøgelsens empiri er indhentet via kvalitative semistrukturerede interview. Interviewene blev optaget på henholdsvis smartphone og iPad og efterfølgende transskriberet ordret.

Ingen har ansvar for sorgintervention

Begrebet sorgintervention omfatter den professionelle hjælp, som sørgende opsøger eller tilbydes og er bl.a. defineret som en integreret del af sundhedssystemets palliative indsats (3).

At Sundhedsstyrelsen ser sorgintervention som en opgave i den palliative indsats og dermed som en opgave i sundhedssystemet, fremgår bl.a. af "Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge" (3) samt af de mere overordnede anbefalinger "Anbefalinger for den palliative indsats" (4).

Anbefalingerne fra 2012 beskriver, hvordan sundhedspersoner inden for den basale palliative indsats bør identificere de pårørendes eventuelle behov for støtte og inddragelse. Ud over at have fokus på pårørende i forbindelse med et sygdomsforløb indeholder anbefalingerne anvisninger på efterladedes behov for støtte i relation til sorgreaktioner. I anbefalingerne beskrives også mulige interventioner i forbindelse med selve dødsfaldet (3).

Anbefalingerne fra 2011 indeholder ligeledes anbefalinger om støtte til henholdsvis efterladte og pårørende til døende (4). Heraf fremgår det bl.a., at støtte til pårørende er en central opgave, samt at det er de fagprofessionelles opgave at være opmærksomme på de forskellige behov (4). Anbefalingerne er målrettet den basale palliative indsats, som kun to af informanterne, Connie og Dorte, har været i kontakt med.

Ifølge Mai-Britt Guldin, klinisk psykolog, ph.d. og forsker i sorg ved Aarhus Universitet, har sorgintervention traditionelt været delt op i psykisk førstehjælp, krisehjælp, sorgarbejde og sorggrupper m.m. (5). Ud fra denne definition indgår sorgintervention tilsyneladende også som en opgave for de sundhedsprofessionelle på f.eks. skadestuer og akut modtageafdeling, hvor de resterende tre informanternes oplevelser med sundhedsprofessionelle stammer fra.

Guldin gør opmærksom på, at det faglige ansvar for sorgintervention ikke er tildelt en bestemt faggruppe, og at ingen sektor eller afdeling i sundhedsvæsenet har sorgintervention som kerneydelse.



De sundhedsprofessionelles manglende viden og redskaber til at håndtere egne reaktioner kan være en hindring for at yde den nødvendige hjælp og støtte.

Guldin nævner flere eksempler på tilbud om sorgintervention og fremhæver, at det kan være svært at få overblik over dem. Hun pointerer, at den manglende systematik omkring sorgintervention i sundhedssystemet bl.a. kan betyde, at det er tilfældigt, om den sørgende tilbydes sorgintervention, eller om det forventes, at den sørgende selv skal opsøge den (5).

Guldins pointe understøttes af informanten Anns udsagn:

"Der kunne jeg faktisk have haft behov for, at der var nogen omkring os, der fortalte os, at her er noget hjælp, hvis I har behov for det ... en sygeplejerske, en læge eller et eller andet (...) Hvis der var nogen, der måske havde henvendt sig, så kunne det være, at tingene havde set anderledes ud (...) så kunne der have været en anden vej til at tale om sorgen."

Interviewet indeholder flere udsagn om, hvordan hun ville ønske, at de sundhedsprofessionelle, hun mødte, havde fortalt hende om muligheden for sorg-hjælp, både ved hendes fars pludselige død og i forbindelse med hendes farmors død et halvt år efter faderen. Ann siger bl.a.:

"Der, hvor man f.eks. på hospitaler siger farvel, der skulle man måske allerede have fat i de efterladte."

Udsagnet skal ses i sammenhæng med, at Ann i forbindelse med, hun fortæller om farmorens indlæggelse og død, reflekterer over, hvilken betydning sorgintervention på daværende tidspunkt ville have haft for hendes sorgforløb.

Pårørende savner forståelse og støtte

Empirien peger på, at sundhedsprofessionelles støtte og hjælp i form af empati, indlevelse og forståelse har stor betydning for de efterladte.

Fire informanter giver i deres udsagn udtryk for frustration og undren over oplevelser af manglende forståelse og støtte i mødet med sundhedsprofessionelle. Her to eksempler, som berører tiden op til og efter dødsfaldet:

"Dengang jeg sagde, at jeg gerne ville have hende med hjem, da begyndte de jo at snakke om praktiske ting som "kan der stå en hospitalsseng i din mors lejlighed?"

... og jeg tænkte, det er da bedøvende lige meget. Altså, I siger, hun lever mellem to timer og to dage, og så tænkte jeg, ved du hvad, jeg skal nok være der, I skal slet ikke have nogen problemer ... hjemmeplejen behøver ikke at bekymre sig ... det skulle i hvert fald ikke være en hindring i forhold til, at hun kunne komme hjem" (Else).

"Så siger sygeplejersken: "Det, du skal gøre i morgen, er, at du skal ringe til din egen læge og sige, at han er død, og så kommer han ud og skriver papirerne under." Og så tænkte jeg, er det mig, der skal gøre det? Du ved, jeg var bare sådan i kaos" (Connie).

Psykoteraapeut Marianne Davidsen-Nielsen og psykolog Nini Leick peger på, at det i kriseintervention og sorgterapi er vigtigt, at behandleren kan formidle sin forståelse for klientens situation verbalt og nonverbalt. Behandleren må kunne skabe et psykisk rum, hvor klienten mærker dyb forståelse for smerten og respekt for, hvor svært det er at give slip (6).

Når sundhedsprofessionelle påvirkes

Psykoteraapeut Susanne Bang beskriver, hvordan det er en kendsgerning, at behandleren kan blive påvirket i relationen til patienten, de pårørende eller de efterladte.

F.eks. benyttes tilbage-trækning, dvs. at behandleren f.eks. bagatelliserer, forvrænger eller helt konkret undgår de pårørende og patienten for at undgå at tale med den ramte om smertefulde begivenheder såsom tabet af den nærtstående. Hyppigheden af kontakten med den ramte vil automatisk blive mindre, når behandleren påvirkes (7).

Dette reaktionsmønster synes også at gøre sig gældende for informanten Bente i mødet med en skade-

stuesygeplejerske i forbindelse med kærestens pludselige død, som nævnt i den indledende case i artiklen.

De sundhedsprofessionelles manglende viden og redskaber til at håndtere egne reaktioner kan være en hindring for at yde den nødvendige hjælp og støtte.

Sundhedsprofessionelle kan have dobbeltroller

Tre af informanterne er sygeplejersker, hvilket er tilfældigt, men i og med at de empiriske fund indeholder udsagn om denne dobbeltrolle, kan det være relevant at nævne deres særlige erfaringer som både fagperson og pårørende til en døende eller som efterladt.



Trods Bentes oplevelse med en ung sygeplejerske, der ikke formår at yde tilstrækkelig hjælp, forsværer hun sygeplejersken og siger:

”Hun gjorde det bedste, hun formåede; hun var bare uerfaren, vil jeg sige, og jeg følte, at vi havde større myndighed derinde, end hun havde ... og jeg fik helt ondt af hende indimellem, fordi jeg kunne genkende mig selv lidt fra de gange, hvor jeg har haft den fornemmelse, de gange hvor jeg har stået med døde på skadestuen” (Bente).

Bentes udsagn om den større myndighed skal ses i sammenhæng med, at både hun og hendes veninde er erfarne sygeplejersker. Hendes oplevelse får hende til at tænke på, at hun selv arbejdede som sygeplejerske på en skadestue, og at hun kan genkende sig selv i lignende situationer.

En anden informant, Connie, hvis far var gennem et længere sygdomsforløb, oplevede det som svært at være både datter og sygeplejerske:

”Selvfølgelig er det en del af det at være pårørende, at man bliver medinddraget, det er fint nok, men jeg synes bare, at jeg stod med et stort ansvar, hvor jeg egentlig havde mest brug for nogen, der sagde ”vi klarer det”, eller ”nu tager vi over med din far her til aften” (Connie).

Connies udsagn hænger sammen med, at hun fortæller, at den hjemmesygeplejerske, der var hendes fars kontaktperson, ofte ringede til hende for at høre, hvad hun syntes, hvilket hun tilsyneladende både oplevede som en del af det at blive inddraget som nærmeste pårørende, men også som en belastning. Hun udtrykker, at information om, hvad sygeplejersken ville gøre eller havde gjort, ville have været en tilstrækkelig medinddragelse af hende som pårørende.

I forhold til at blive informeret nok siger hun:

”Og generelt vil jeg sige, sådan mere i forhold til information fra hospitalet vil jeg sige, at hvis ikke jeg var fagperson, så var vi ikke informeret ...” (Connie).

Hvorvidt de hospitalsansatte bevidst undlader information med baggrund i deres viden om, at Connie selv er sygeplejerske, vides ikke. Men Connies oplevelse og udsagn tyder på, at hun i situationen ikke oplevede den givne information tilstrækkelig.

Kvalificeret sorgintervention forudsætter empati

Informanternes oplevelser i mødet med de sundhedsprofessionelle udgør en del af deres sidste minder med afdøde og synes at have en væsentlig betydning for de efterlattes sorgforløb på både kort og lang sigt.

Det er ofte de helt små og medmenneskelige ting, der har betydning, når man som pårørende sidder hos en døende, og når døden er indtruffet. De oplevelser, man får på dette tidspunkt, står ikke til at ændre, og det vil være minder, som man altid vil have med i bagagen.

For at kunne tage hånd om pårørende/efterlattede og indlede en samtale om døden og sorgen er det vigtigt, at man som sundhedsprofessionel selv har forholdt sig til disse emner og formår at sætte sig ind i den situation, den pårørende/efterlattede befinder sig i. Herudover er faglig



Det er ofte de helt små og medmenneskelige ting, der har betydning, når man som pårørende sidder hos en døende, og når døden er indtruffet.

viden naturligvis også en forudsætning for kvalificeret sorgintervention.

Fænomenet sorg har mange facetter

Der findes flere forståelser af sorg, og her er valgt to, der belyser sorgens mange facetter:

”Sorg er den fysiske og psykiske reaktion på tabet af én eller noget nærtstående, til hvem eller hvilket der har været knyttet følelsesmæssige bånd. Reaktionen omfatter en lang række følelsesmæssige, kognitive, adfærdsmæssige og somatiske symptomer” (5).

”Sorg er et fænomen, der såvel teoretisk som praktisk er både ”inderligt” og ”yderligt”. Sorgen er ikke kun en indvendig følelse i den sørgende, men også en handling, som sker i hverdagen efter tabet, og som derfor ikke alene farves af den sørgendes forhold til den afdøde, men også af de mange vedblivende relationer, som den sørgende indgår i før, under og efter tabet” (8).

Sorg forstås her som de psykiske og fysiske reaktioner på tabet samt processen med at leve videre, hvor såvel psykologiske og sociale som kulturelle aspekter/kontekster indgår.

Sorg er en dynamisk proces

Læge og psykoanalytiker Sigmund Freud var en af de første til at beskrive sorg som en psykologisk proces. Ifølge Freud er sorgen en individuel og indre proces, hvorigennem den efterlattede kan arbejde med de følelser, der har været i forholdet til den afdøde med henblik på en følelsesmæssig løsrivelse (8).

I forhold til teori om sorg er der gennem tiden sket en række paradigmeskift fra Freuds første tanker om sorg til i dag:

- fra at målet med sorgen er, at den efterlattede skal løsrive sig fra afdøde, til at målet er at få reorganiseret relationen til afdøde
- fra at sorgreaktionen er en reaktion på fortiden, til at sorgreaktionen både er en reaktion på tabet af afdøde samt de ændringer, tabet medfører
- fra at den sørgende må igennem fire faser, til at den sørgende skal igennem



- fire opgaver, og at sorg er en dynamisk proces mellem to spor
- fra opfattelsen af sorg som en proces, der påvirker den enkelte, til en systemisk opfattelse, hvor sorgen påvirker den efterlades rolle og relationer
- fra opfattelsen af, at sorgen er et forløb, man skal igennem, til at sorg er en kontinuerlig, livslang proces.

Med tosporsmodellen skabes et bedre grundlag for at forstå sorg som en individuel proces, der er forskellig fra menneske til menneske.

Tosporsmodellen bryder med de foregående modeller, fordi den ikke er stadiet, men dynamisk.

Sorg anses som en dynamisk proces, hvori den sørgende gennem sorgforløbet pendulerer mellem tabet af afdøde og hverdagen efter tabet (8). De to spor betegnes som henholdsvis det tabsorienterede spor og det restaurerende/retablerende spor.

En central pointe ved tosporsmodellen er, at sorg både er emotionsfokuseret og problemorienteret håndtering. Ved den emotionsfokuserede håndtering bearbejdes tabet følelsesmæssigt i personligheden, hvilket primært sker i det tabsorienterede spor. Ved den problemorienterede håndtering handler det om de specifikke opgaver, tabet forårsager i personens daglige liv, hvilket primært er i det restaurerende spor. De to spor er teoretisk ligestillede og begge nødvendige i sorgbearbejdningen (9).

Sorgen som en dynamisk proces understreges også i dette udsagn om sorg fra informanten Bente, der som tidligere nævnt pludselig mistede sin kæreste:

”Sort sol med fugleflokken, der hele tiden ændrer facon, hvor man tænker, nu ved man, hvad der vil ske, nu lander de, og så sker der noget andet. Og sådan synes jeg egentlig, sorgen ser ud. Sådan, at det hele tiden ændrer sig.” ●

Læs også artiklen »Sorg som sygdom kræver opkvalificering« i *Sygeplejersken* 2018;(1): 42-7.

Hvordan er jeres tilgang til sorghjælp til efterladte?

•
Nævn tre konkrete eksempler på kvalificeret sorghjælp

•
Hvilke redskaber savner I til sorghjælp?

Referencer

1. Jacobsen MH. *Dødens Sociologi – udfordringer for sociologi, selv og samfund. I: Sundhedssociologi af Andersen PT, Timm H (red.) København: Hans Reitzels Forlag; 2010.*
2. Søndergaard K. *Nutidens sorgkultur – set ud fra den voksne efterlades perspektiv. AAU; 2014. Aalborg Universitet: Universitetsbibliotekets hjemmeside www.aub.aau.dk – “Projektbiblioteket” – søg på titel og forfatternavn.*
3. *Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge. Version 1.0. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.*
4. *Anbefalinger for den palliative indsats. Version 1.1., København: Sundhedsstyrelsen; 2011.*
5. Guldin M. *Tab og sorg. En grundbog for professionelle. København: Hans Reitzels Forlag; 2014.*
6. Davidsen-Nielsen M, Leick N. *Den nødvendige smerte. Om sorg, sorgterapi og kriseintervention. København: Munksgaard; 1987.*
7. Bang S. *Rørt, ramt og rystet – Supervision og den sårede hjælper. København: Hans Reitzels Forlag; 2002.*
8. Mogensen J, Engelbrekt P. *At forstå sorg. Teoretiske og praktiske perspektiver. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2013.*
9. Guldin M. *Sorg i palliation – en præsentation af tosporsmodellen og kliniske problemstillinger i sorgopfølgning. I: Humanistisk palliation. Dalgaard KM, Jacobsen MH (red.) København: Hans Reitzels Forlag; 2011.*

Manglende instruks kan være fatalt for patienten

Blodtab. Der mangler oplæring i og fælles retningslinjer for, hvordan et blodregnskab skal opstilles. Det giver fejlagtige resultater, som kan skade patienterne.

ANJA ANKER HØEG, operationssygeplejerske, og
MIE BURON CHRISTIANSEN, sygeplejerske.
anja-1992@live.dk

Baggrund. Sygeplejersken har et ansvar for sygeplejen i den peroperative fase, hvor en af opgaverne er at føre regnskab med et eventuelt blodtab. Det er vigtigt at have overblik over blodtabet i forhold til den videre behandling, hvilket stiller krav om, at dokumentationen er præcis. Det sikres ved, at sygeplejerskerne dokumenterer ensartet, så kvalitet og sikkerhed er optimal. Som nyansat på en operationsgang i Region Hovedstaden oplæres man i at opmåle blodtabet, men der er ikke beskrevet en konkret metode til at opstille blodtabsregnskabet på.

Formål. At undersøge, i hvilket omfang der opstår fejl, når det totale blodtab udregnes, og hvilken indflydelse oplæring har på dette.

Metode. Metodetriangulering med primært fokus på det kvantitative forskningsdesign. Empiri blev indsamlet via en spørgeskemaundersøgelse, som blev udformet på baggrund af et observationsstudie på to operationsgange på to store hospitaler i Region Hovedstaden.

Resultater. Resultaterne er baseret på svar fra 73 sygeplejersker. Kun 47 sygeplejersker ud af de 73 kom frem til det rigtige resultat, da det samlede blodtab skulle udregnes ud fra en case, se figur 1. De resterende 26 kom frem til resultater, der svingede mellem 960 ml og 3.055 ml, hvor det rigtige resultat var 1.255 ml.

Kun 36 sygeplejersker svarede, at de var blevet oplært i at udregne blodtabet, se figur 2, og der viste sig en statistisk signifikant sammenhæng mellem oplæring og korrekt udregnet blodtab (p -værdi=0,0172).

Konklusion. Undersøgelsen viste, at over en tredjedel af sygeplejerskerne kom frem til et forkert resultat. De varierende resultater skyldes sandsynligvis, at der ikke er en ensartet metode at opstille blodtabsregnskabet på. Især i vagtskiftet kan der ske fejl, hvis sygeplejerskerne ikke udregner blodtabet ens. Undersøgelsen gør det tydeligt, at der mangler en instruks, så mængden af fejl mindskes. ●

Ssh ... Patienten er vågen

Oplevelse. Patienter, som opereres i hjernen, mens de er vågne, er optaget af samarbejdet mellem kirurg og neuropsykolog og mindre af operationssygeplejerskens adfærd, viser interview med fem patienter.

ANE-KARIN KIRKEGAARD, sygeplejerske, SD, MKS.
anekirk@rm.dk

Baggrund. Patienter, som har en hjernetumor, tilbydes operation, hvis muligheden foreligger. Hvis tumoren er beliggende i områder med neurologiske funktioner som motorik og sprog, kan en vågen hjerneoperation foretrækkes. En karakteregenskab hos patienten i forhold til at opnå det bedste resultat er evnen til Kooperation. Et intenst samspil mellem kirurg, neuropsykolog og patient skal sikre en tumor fjernelse med færrest komplikationer og en bedre livskvalitet.

Formål. At undersøge, hvilke oplevelser patienten har i relation til en vågen hjerneoperation, herunder belyse operationssygeplejerskens rolle.

Metode. Kvalitative forskningsinterviews. Fem patienter, som havde fået foretaget en vågen hjerneoperation, indgik i undersøgelsen. Med udgangspunkt i en interviewguide gennemførtes et semistruktureret interview, hvor patienterne fortalte om deres oplevelser i forbindelse med den vågne hjerneoperation. De

fem interviews blev analyseret ud fra en Ricoeur-inspireret analysemetode.

Resultater. Der fremkom fem temaer: Oplevelsen ved at få konstateret en hjernetumor, familien, oplevelsen af tryk og omsorg omkring det at skulle opereres i vågen tilstand, fokuserede oplevelser i den peroperative fase og kampen for livet.

Konklusion. Som udgangspunkt var patienternes fokus ikke det at være vågen, men bevidstheden om at have en hjernetumor, og hvilke konsekvenser det kunne få. Deres tanker var hos familien og i kampen for at overleve. Under den vågne kraniotomi var fokus primært rettet på kirurgen og neuropsykologen og sekundært på operationssygeplejersken.

Konsekvens for praksis. Operationssygeplejen til de vågne hjerneoperationer fordrer en professionel og erfaringsbaseret sygepleje, hvor opgaven udføres med respekt, nærvær og omsorg for den vågne patient i en nonverbal kommunikation. ●



Jeg bruger mælk i kaffen

Mad er ikke til gavn for mennesket, før den er spist. På det område er der plads til forbedringer, for alt, hvad der vedrører distribution, servering og rammer omkring måltidet, negligeres stadig mange steder. Men et måltid er en betydningsfuld aktivitet.



BENTE MARTINSEN, cand.cur., ph.d., lektor, Institut for Folkesundhed – Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet, Campus Emdrup.

”Hvis der skulle ske mig noget, så husk, at jeg bruger mælk i kaffen,” har jeg et par gange sagt til mine voksne børn de seneste år. For tanken om måske at være tvunget til at drikke sort kaffe, fordi jeg af den ene eller anden grund ikke længere kan formulere mine egne ønsker og behov, gør mig helt kold indvendig. Ligesom de fleste andre mennesker frygter jeg at blive alvorligt syg og afhængig af hjælp fra sundhedsprofessionelle i livets basale forhold. Egentlig ikke fordi jeg ikke har tiltro til, at plejepersonale og andre, jeg måtte komme i berøring med, vil gøre deres bedste, men jeg kan blive i tvivl, om de vil vide, hvad det bedste er for mig.

At bistå mennesker med aktiviteter, som almindeligvis hører til voksne menneskers enemærker, kræver både viden og empati og er ikke noget, man nødvendigvis bare kan. Heldigvis er der en gryende interesse for basal sygepleje i disse år, så der er håb om, at sygeplejerskers stedmoderlige forhold til f.eks. det at hjælpe syge og gamle med at spise vil ændres til det bedre.

Når det drejer sig om institutionsmadens substans, er der gennem de sidste 20 år gjort en betydelig indsats for at forbedre denne. Dels for at give patienter og borgere en bedre smagsoplevelse og dels for at mindske risikoen for underernæring. Maden er nu i det store hele tilfredsstillende bortset fra de relativt få tilfælde, hvor den fortsat består af ubestemmelige elementer, der er svære at identificere som menneskeføde.

Generelt er det muligt at få sund og indbydende mad på danske institutioner. Imidlertid er mad ikke til gavn for mennesket, før den er spist. På det område er der endnu plads til forbedringer, for desværre negligeres alt, hvad der vedrører distribution, servering og rammer omkring måltidet stadig mange steder. På hospitaler og andre institutioner betragtes måltider generelt ikke som betydningsfulde aktiviteter. Derfor er det ikke usædvanligt, at patienter får taget blodprøver eller hentes til undersøgelser midt i maden.

Manglende faciliteter som f.eks. spisemiljøer betyder, at måltider indtages i gråmelerede korridorer uden tanke for, hvad der ellers foregår disse steder. Ud over at blive eksponeret for en stadig strøm af forbipasserende kan spisende også risikere at være placeret i nærheden af skyllerummet eller andre elementer, som ikke just er appetitfremmende. Dertil kommer,



Ingen raske mennesker ville få en bid ned under de omstændigheder og omgivelser, vi byder personer, som er tvunget til at spise på en institution.

at maden indtages af det klassiske kommuneporcelæn placeret på kantinebakter uden så meget som en farvet serviet eller andre sansestimulerende rekvisitter. Måltidets æstetiske aspekter kunne mindst talt trænge til et løft. Ingen raske mennesker ville få en bid ned under de omstændigheder og omgivelser, vi byder personer, som er tvunget til at spise på en institution. Og i den sammenhæng er det absolut en detalje, hvorvidt der er mælk i kaffen eller ej. ●

Supplerende litteratur

1. Martinsen B & Dreyer P. Dependence on care. *J Neurosci Nurs* 2012;(2):82-90. **2.** Beck M, Birkelund R, Poulsen I, Martinsen B. Supporting existential care with Protected Mealtimes: Patients' experiences of a mealtime intervention in a neurological ward. *J Adv Nurs* 2017 aug;73(8):1947-57.

DRILLER MAVEN?



Bestil gratis vareprøver:
• biodanepharma.com
• tlf. 75 555 777

SylliFlor® er et sprødt fiberdrys af loppefrøskaller (Psyllium husks), der er nemt at spise på daglig basis for at opnå en regelmæssig fordøjelse.

