

**SIDE 8**

FAGLIG  
ARTIKEL  
Hvordan kan  
kommunikation  
om sygeplejens  
grundværdier...

**SIDE 14**

FAGLIG  
ARTIKEL  
Udvikling af egne  
modeller til at  
navigere  
i projekter

**SIDE 20**

VIDENSKABELIG  
ARTIKEL  
Metoder og tilgange  
til eksistentiel  
og åndelig  
omsorg til børn...

**SIDE 26**

FAGLIG  
ARTIKEL  
Tværsektorielle  
virtuelle 4-parts-  
møder (V4M)  
– en kvalitativ  
undersøgelse...

**01**  
**2024**

**SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSSKRIFT**

# forstyrrelsen



**Fejring af 25 fantastiske forstyrrelser!**



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



## Indholdsfortegnelse

Leder .....	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen .....	s. 5
Landskonference .....	s. 5
Mød medlemmerne af bestyrelsen for det faglige selskab .....	s. 6
Faglig artikel: Hvordan kan kommunikation om sygeplejens grundværdier være omdrejningspunktet i en vellykket fusion af sygeplejepersonale .....	s. 8
Faglig artikel: Udvikling af egne modeller til at navigere i projekter .....	s. 14
Videnskabelig artikel: Metoder og tilgange til eksistentiel og åndelig omsorg til børn, der er pårørende til sygdom i familien - et tværfagligt perspektiv .....	s. 20
Faglig artikel: Tværsektorielle virtuelle 4-partsmøder (V4M) – en kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers perspektiv på implementering af V4M til bedre koordinering af den multisyge patients forløb....	s. 26
Boganmeldelser .....	s. 32

# Fagbladet Forstyrrelsen

## Redaktionsgruppen



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



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



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



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

## forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSSKRIFT

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

**Bladet holder pause. Henvendelse kan ske til formand for FS32 bestyrelse Annesofie Lunde Jensen** [alunde@regionsjaelland.dk](mailto:alunde@regionsjaelland.dk)  
Redaktionsgruppen forholder sig ret til at afvise artikler eller bede om revision.  
Artikler skal målrettes til bladets målgruppe: Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

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

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

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com



## Fejring af 25 fantastiske Forstyrrelser

Det første nummer af Forstyrrelsen udkom i 2016, og i forbindelse med jubilæumsudgivelse nr. 25 vil vi i redaktionsgruppen gerne gøre status på Forstyrrelsens udgivelser og redaktionens arbejde gennem årene.

Fra Forstyrrelsens opstart har omdrejningspunktet for bladets indhold været at skabe en platform for formidling af de mange forskellige udviklings- og forsknings tiltag, som gennem mange år er gennemført af sygeplejersker rundt omkring i landet, men som ofte er endt på hylder og i skrivebordsskuffer som lokale og upublicerede rapporter. Samtidig har Forstyrrelsen givet mulighed for at beskrive de rammer og vilkår, der gør sig gældende i forbindelse med udviklings- og forskningsprojekter. På den måde har Forstyrrelsen været et talerør for udvikling og forskning i sygepleje og for formidling af synspunkter og tanker om etablering af udviklings- og forskningsmiljøer inden for sygeplejen. Med det fokus har Forstyrrelsen givet mulighed for formidling og præsentation af projekter og tiltag, som det ellers ikke har været muligt at publicere på dansk.

Igennem årene er der publiceret 81 artikler. Heraf har 76 været faglige artikler, som primært har haft fokus på formidling af udviklingsprojekter gennemført af sygeplejersker i både hospitals- og primærsektoren. Endvidere har der været flere metodeartikler. Endeligt er der publiceret fem videnskabelige artikler.

Via QR-koden her finder du seneste udgivelse af Forstyrrelsen. Alle tidligere udgivelser kan findes på Issuu-portalens (<https://issuu.com/search?q=forstyrrelsen>).



### Temaerne i Forstyrrelsens artikler

Som illustreret i denne Word Cloud har de tre væsentligste overordnede temaer igennem årene været faglig udvikling, patientinddragelse og brugerinvolvering samt ledelse og organisering. Samtidig bliver det tydeligt, hvordan sygeplejersker indenfor mange forskellige specialer har gjort sig umage med at evidensbasere sygeplejefaglige udviklingstiltag.



Et samlet billede, som det der kommer frem gennem Word Clouden er, hvordan der har været skrevet om udviklingsprojekter inden for et væld af forskellige kliniske områder så som sår, traumer, søvn, seksualitet, kemoterapi, vand og sæbe, støttestrømper, palliation, ernæring, lokal anæstesi, steril forbindelse, fald, musik, isolation, ensomhed, ny tilgang til dialog, unge-kræftnetværk, ældre, udskrivelseskoordinator, lægemidler, OMEGA-projekt og KOL. Den samlede palet af temaer vidner ikke blot om bredden i sygeplejerskers interesser, men også om hvor bredt Forstyrrelsen er nået ud.

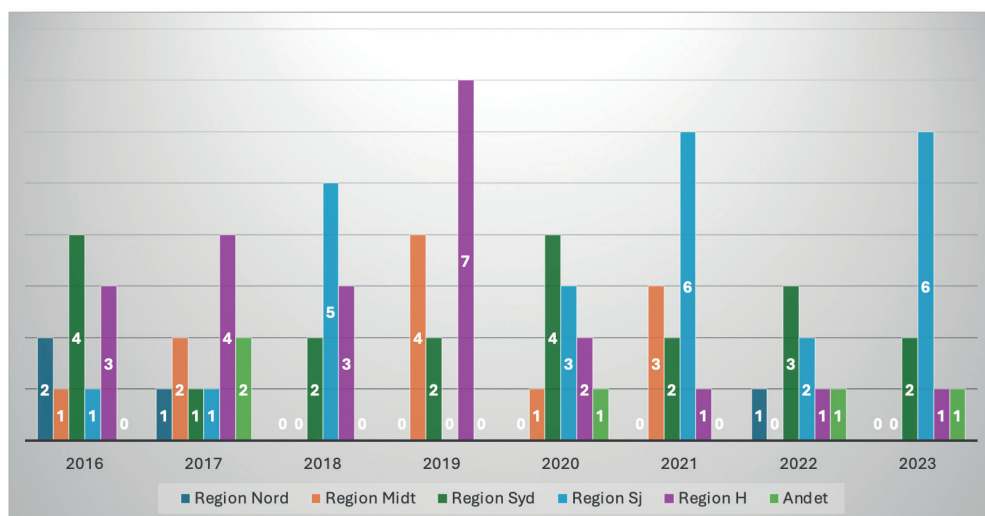
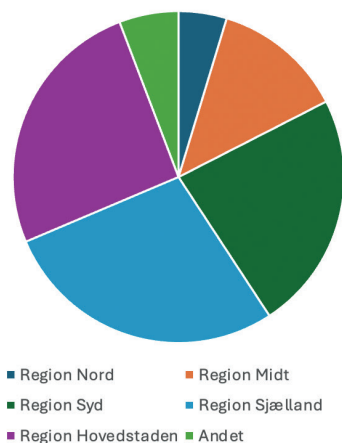
### Forfattere gennem 25 numre

Rigtig, rigtig mange forfattere fra alle fem regioner har bidraget til Forstyrrelsen. Der ses dog en tendens til, at de to sjællandske regioner og Region Syd er blevet hovedbidragsydere. De fleste forfattere har bidraget med én enkelt artikel, men flere har også bidraget 2, 3 og 4 gange. Enkelte forfattere har publiceret uden at være tilknyttet en regional eller kommunal arbejdsplads og er så blevet samlet under kategorien 'Andet'.



## Overblik over samlet antal publikationer (n = 86) og forfattere fordelt på region i perioden 2016-2023

Andel procentuelt



### Redaktionenens arbejde

Medlemmerne af redaktionen er skiftet ud gennem årene, men flere har været med gennem en længere årrække. Der skal her lyde en stor tak til alle de, der har lagt en indsats i at modtage og redaktionelt bearbejde de indsendte artikler og andet materiale og på enhver måde bidrage til at udvikle Forstyrrelsen. Det redaktionelle arbejde har vekslet en del, bl.a. fordi der fra udgivelse til udgivelse har været stor forskel på, hvor meget redaktionelt arbejde, der skulle lægges i de enkelte artikler. Nogle artikler har fået en hjælpende redaktionel hånd undervejs, nogle er produkter af artikelskrivningskurser, mens andre har stået mere eller mindre "på egne ben". Da redaktionen er frivilligt, har der derfor gennem årene været brug for løbende at tage op til diskussion, hvordan vores tid blev brugt bedst muligt. Det har været en vigtig balancegang både at kunne støtte sygeplejersker i at få deres udviklingsarbejde samtidig med, at der ikke hver gang skulle tilbydes decideret vejledning på skriveprocessen.

### Forstyrrelsen er meget andet end artikler

Det bærende element i Forstyrrelsen har gennem alle årene være artikler, men der har også været andet indhold. Gennemgående elementer har været *Nyt fra Bestyrelsen* skrevet af det faglige selskabs forperson, Annesofie Lunde Jensen. Andre gennemgående elementer har været *Stafetten*, som har præsenteret 21 sygeplejefaglige profiler inden for udvikling og forskning samt *Boganmeldelser*, som har involveret mange af vores medlemmer og læsere. Derudover har Forstyrrelsen også i en årrække bragt *Klummen*, som fulgte et ph.d.-forløb fra start til slut, og senest har et element som *Mød Bestyrelsen* præsenteret læserne for medlemmer af den nuværende bestyrelse.

### Forstyrrelsen holder pause

Redaktionsgruppen har i samråd med Bestyrelsen for FS32 besluttet at pausere udgivelsen af Forstyrrelsen for en stund, mens vi gennemtænker, hvad den bedste løsning er for et fagligt tidsskrift for selskabets medlemmer. Meget er sket på formidlingsområdet siden Forstyrrelsens start i 2016, og mange andre selskabers tidsskrifter er blevet digitale. Derudover er nye spillere på tværs af selskaber og specialer trådt ind på formidlingsområdet. Om en digital udgivelse er en løsning for Forstyrrelsen, og hvordan det redaktionelle arbejde i så fald skal foregå, skal drøftes i den kommende tid sammen med en afklaring af både læsernes og kommende forfatters behov for et medie, hvor formidling af klinisk nær udviklings- og forskningsprojekter er i fokus.

Den aktuelle redaktionsgruppe vil gerne takke alle forfattere og Bestyrelsen for FS 32 for et meget konstruktivt samarbejde.

Af: Annesofie Lunde Jensen,

Formand for det Faglige Selskab for Sygeplejersker der Arbejder med Udvikling og Forskning



## Nyt fra bestyrelsen

# Mens vi venter

## Gad vide, hvad vi venter på, kan I tænke?

Allerførst ventede vi på, at den 25. udgivelse af *Forstyrrelsen* dumpede ned i postkassen. Utroligt og dejligt, at vi nu kan bruge ventetiden på at læse et fantastisk blad. *Forstyrrelsen* har i de sidste 8 år, siden det første nummer i 2016, vist, hvad sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning, laver, samt hvad fokus er for bestyrelsesarbejdet. Udgivelse nr. 25 bliver nok også den sidste fysiske udgivelse af *Forstyrrelsen*, da det koster en del at udgive et fysisk blad. Samtidig kommer der hele tiden nye platforme, hvor sygeplejersker kan skrive om deres udviklings- og forskningsprojekter. Derfor er vi i bestyrelsen nødt til at diskutere og beslutte, hvordan *Forstyrrelsen* i fremtiden skal tage sig ud. Og det må I vente på at få at vide!

Men så er der jo også Sundhedsstrukturkommissionen, Uddannelsesreformen, betydning af den nye lov om uddet virksomheds område og så selvfølgelig næste års landskonference. Det er noget af det, som jeg venter på,

fordi det interesserer mig som sygeplejerske og fordi, jeg arbejder med udvikling og forskning.

Jeg kommer ikke til at skrive noget om, hvad jeg tror, fremtiden vil bringe. Derimod har jeg lyst til at pege mod at ventetid netop giver mulighed for at stoppe op. Man kan fordybe sig fx i en sag eller opgave, som længe har ligget stille eller kaste sig ud i noget, uden præcist at vide, hvad man får ud af det. Det er i den postmoderne verden sjældent, at vi giver os selv lov til det. Det kræver refleksion, opfindsomhed og tid at være og bevæge sig ud i noget nyt og fremmed. Det kræver det, som den norske antropolog Thomas Hylland Eriksson kalder *langsom tid*. *Langsom tid* er tiden uden pres. Når vi fordyber os uden at blive forstyrret. Når vi har lukket for mailen og lagt telefonen væk. Hvad enten det er arbejde, vi fordyber os i, eller hjemligt samvær. Modsat *hurtig tid* så er den langsomme tid ikke præget af øjeblikkets tyranni. Hvor vi bliver bombarderet med nye

budskaber, ny viden, indkomne mails, der lige kan svares hurtigt på eller løser en opgave, der ikke kræver en tanke, der er længere end 5 centimer. Ifølge den franske redaktør Ignacio Rmonet er vores medier, aviser og tidsskrifter ramt af øjeblikkets tyranni. "Vi har aldrig haft adgang til så meget information, men bliver ikke nødvendigvis bedre informeret". Det bliver mængde og det interessante, der tæller og ikke troværdigheden og relevansen. Informationsmængden er blot et eksempel på, at vi har brug for den langsomme tid til at sætte øjeblikkets tyranni på pause. Så husk nu at nyde den og give den plads særlig i ventetiden.

## SAVE THE DATE

Vil du med til næste års Landskonference?

Så sæt allerede nu kryds i kalenderen **d. 24. og 25. marts 2025**, hvor det faglige selskab afholder Landskonference i Roskilde



Mere information følger efterhånden som programmet fastlægges



# Mød medlemmerne af bestyrelsen for det faglige selskab

---

## **Annesofie Lunde Jensen, Forperson**

Klinisk sygeplejespecialist, lektor,  
Master i sundhedsantropologi  
Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitets Hospital

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

Det første studie, jeg lavede, handlede om smertebehandling til patienter med osteoporose. Jeg husker tydeligt en ældre dame, som var indlagt i flere uger pga. sammenfald i columna. Hun havde så ondt, og jeg tænkte. Det må vi kunne gøre bedre, hvorfor skal hun have så ondt? Samtidig tænkte jeg også, hvorfor kan vi ikke tilbyde andet end medicinsk behandling. Det er nok det først eksempel på, hvad der driver mig i arbejdet med udvikling og forskning. En vedvarende nysgerrighed og undren over de selvfølgeligheder, vi oplever, samt et ønske om at gøre det bedre. Samtidig havde jeg på mit første forskningsprojekt en fantastisk vejleder, som jeg siden lavede flere projekter sammen med. Ingegerd Harder, som var lektor på sektion for sygepleje. Hun udfordrede mig fagligt på en sådan måde, at det skabte energi til altid at arbejde videre og forbedre det produkt, man var i gang med. Jeg tror, det er en af de vigtigste egenskaber som vejleder, men også som samarbejdspartner i udvikling- og forskningsprojektet. At skabe positiv udvikling og energi, så bliver projekterne bedre.

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

Jeg er klinisk sygeplejespecialist på Steno Diabetes Center Aarhus, og så er jeg lektor på Klinisk Institut, Aarhus Universitet. Lige i øjeblikket arbejder jeg med både forskning og udvikling særligt ift. brugerstyret behandling og brug af patient rapporterede oplysninger.

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

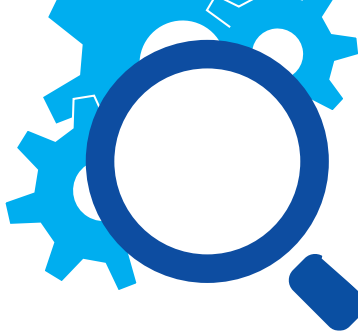
Jeg startede i bestyrelsen for ca. 12 år siden. Efter et år blev jeg kasserer og de seneste 6 år har jeg været forperson. Min ambition er, at det faglige selskab er med til at skabe netværk, der fremmer udvikling og forskning inden for sygepleje. Desuden at det faglige selskab via landskonferencer, de sociale medier og debatter kan tage aktuelle emner

op til debat. Jeg kan selv huske den først landskonference, som jeg deltog på. Jeg synes, det var fantastisk at møde så mange sygeplejersker, der arbejdede med udvikling og forskning, som mente det var betydningsfuldt at arbejde på at løfte sygeplejen. Dermed med også at vise, hvad sygepleje kan.

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

I forhold til mit daglige arbejde giver det et indblik i, hvad der sker inden for udvikling og forskning i sygepleje. Da vi tilrettelagde professorseminarerne i 2021 og 2022, var det interessant at have kontakt til de mange professorer, som holdt oplæg. Desuden gav det et enormt indblik i de områder, der forskes i.

I bestyrelsen har vi også de sidste 1½ år arbejdet med en kommunikationsstrategi. Det har givet mig en viden om, hvordan man kan opbygge sådan en strategi, og hvad den bør indeholde. Den viden bruger jeg i mit daglige arbejde. Rent sundhedspolitisk så har vi i bestyrelsen en tæt kontakt til både DASYS og DSR. Det giver en mulighed både for at præge den og være velinformeret.



# Mød medlemmerne af bestyrelsen for det faglige selskab

---

## **Julie Duval Jensen, næstforperson**

Ekstern lektor, Ph.d., cand. Cur, Institut for Folkesundhed og Uddannelseskoordinator, Syddjurs Kommune

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

Da jeg uddannede mig til sygeplejerske på Randers Sygeplejeskole var det i en periode, hvor flere undervisere for nyligt havde gjort deres Ph.d.-studier færdige eller var i gang med det. Derfor havde jeg blandt andet Kirsten Frederiksen og Lisbeth Uhrenfeldt som undervisere. For mig var det en stor inspiration at blive undervist af sygeplejersker, der demonstrerede et højt kompetenceniveau, både bred og dyb viden, samt indviede os i nogle refleksioner, der virkelig fik gang i mine tanker om sygepleje. Så allerede dengang havde jeg en fornemmelse af, at udvikling og forskning var helt enormt spændende.

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

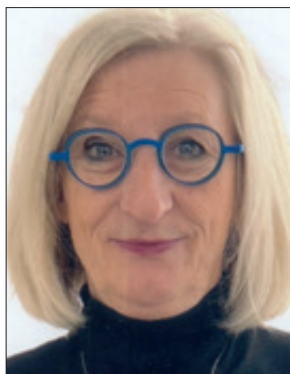
Jeg er uddannelseskoordinator i en kommune, hvor jeg er ansvarlig for uddannelsesområdet for sygeplejestuderende og sosu-elever. Det kommunale uddannelsesområde er ret udforsket. Derfor er jeg meget interesseret i at iværksætte forskning på sosu-området og undersøge den sygepleje- og omsorgspraksis, der udøves af sosu-elever. Herudover har uddannelsesområdet et stort politisk fokus, hvorfor der er kontinuerligt fokus på udvikling af læringsmiljøer, tilgange og samarbejdsformer.

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

Jeg er næstformand i bestyrelsen og har været det i en del år. Jeg tror på, at vi ved at stå sammen kan understøtte udvikling og forskning i sygepleje. Helt konkret mener jeg, vi opnår det ved at støtte vores medlemmer med netværk, videnudveksling og arrangementer, der bidrager med ny viden. Derfor må vi som bestyrelsesmedlemmer være villige til at arbejde en del på frivillig basis og aktivt indgå i dialog med medlemmerne, for at sikre at vi gør det, der er behov for.

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

Jeg har fået et stort og uvurderligt netværk ved at indgå i bestyrelsen i FS32. Med forskellige bestyrelsesmedlemmer gennem tiden, men også ved at deltage i arrangementer, råd og udvalg. Det betyder, at jeg har mulighed for at blive klogere og blive inspireret af andre. Det er jeg meget taknemmelig for.



Af: Helle Kjærgaard Jacobsen, Kvalitets- og udviklingssygeplejerske, MSF. Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital

## Faglig artikel

# Hvordan kan kommunikation om sygeplejens grundværdier være omdrejningspunktet i en vellykket fusion af sygeplejepersonale?

Indenfor sundhedsvæsenet er fusioner mellem sygehuse, afdelinger eller sengeafsnit efterhånden blevet en hel almindelig proces, som alle efter bedste evne må lære at navigere i. Det gør det nødvendigvis ikke nemmere, da fusionsprocesser ofte er svære processer at komme igennem. Denne artikel beskriver et konkret projekt, som fandt sted i Urologisk Afdeling i 2018 og 2019 og tænkes stadig som inspiration for nye fusionsprocesser. Artiklen giver et bud på, hvordan en fusionsproces kan give anledning til at tale sygepleje i en ny forståelse, og hvordan det samtidig kan give den fusionerede personalegruppe anledning til at lære hinanden at kende og anvende hinandens faglighed i en anden kontekst.

Artiklen viser desuden, at tydelig og stærk ledelse koblet med viden om processer kan være afgørende for proces og resultat.

### Bevare arbejdsglæde og motivation til at udøve sygeplejen på et højt fagligt niveau, hvorfor og hvordan?

Urologisk Afdeling på Næstved Sygehus fusionerede i 2016 med Urologisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital, Roskilde. Det medførte nye arbejds gange med særlige krav til styring og kvalitet. Som følge af denne fusion blev det efter kort tid også nødvendigt at fusionere internt i Urologisk Afdeling i Næstved mellem sengeafdeling og ambulatorie.

Denne lokale fusion betød, at:

- Sengeafdelingen ville få ny afdelingssygeplejerske<sup>1</sup> (fælles med ambulatoriet).
- Sengeafdelingen ville fremadrettet fungere som elektivt afsnit med åbningstid fra kl. 7-18 fem dage om ugen og ikke som hidtil et 7 døgns afsnit med akutte patienter.

- Urologisk ambulatorium skulle flyttes og placeres fysisk tæt på sengeafdelingen.
- Planlagt integrering af de to personalegrupper og deres arbejdsopgaver.

Med baggrund i en meget turbulent periode betød det således, at to kulturer ville blive slået sammen og skulle fungere som én personalegruppe. Der var tale om en "ny" gruppe, som skulle forholde sig til mange nye arbejds gange. Ligeledes skulle personalet, der hidtil havde arbejdet indenfor forskellige rammer og vilkår for udøvelse af sygepleje, forholde sig til nye kolleger, som samtidig kunne have andre ønsker, behov og traditioner for, hvad der er muligt i sygeplejen.

For ledelsen blev det tydeligt, at der som led i denne komplekse proces var risiko for, at noget personale i en periode kunne få en oplevelse af, at eksisterende ekspertviden ville blive truet dér, hvor man på ny ville blive novice. Altså kunne der opstå en oplevelse af, at der bliver "pillet ved fagligheden", hvad der for den enkelte kan opleves som utrygt. Alle skulle forholde sig dels til tab af gode kollegaer, dels til nye kollegaer og andre kulturer i et forum, hvor alle skulle finde nye måder at interagere på. Disse store ændringer er faktorer, som kan have stor betydning for den enkelte (1). For personalet i sengeafdelingen betød det samtidig en ændring i tilgangen til sygeplejen. Sygeplejen til akutte patienter er ofte præget af mere hektisk aktivitet, hvor det hyppigt er nødvendigt at omprioritere opgaver. Når der arbejdes udelukkende med planlagte patientforløb, er der en risiko for, at arbejdet kan opleves som mere rutinepræget, hvilket for nogle sygeplejersker er en gave, mens det for andre kan opleves som en risiko for fagligt at "gå i stå". I gruppen af ambulatoriesygeplejersker var de fleste præget af at have arbejdet med selvstændige og rutinemæssige

<sup>1</sup> Afdelingsygeplejerske vil jævnfør nye stillingsbetegnelser herefter omtales som oversygeplejerske



ge opgaver. Mange havde høje faglige kompetencer omend for nogles vedkommende på et relativt snævert felt. De gav udtryk for, at det var vigtigt for dem at bibeholde deres rutiner.

Ser man på det personalemæssige aspekt under fusioner, er det vigtigt at være opmærksom på reaktioner hos de ansatte. Smertelige tab i sig selv betragtes som en universel stressfremkaldende begivenhed i tilværelsen. Nogle kan opleve tab af identitet, tab af talent samt øget nervøsitet. Den usikkerhed, som er forbundet med større organisatoriske ændringer kan være stressfremkaldende (1). Rasmus Willig (Sociolog og lektor ved RUC) har udtalt, at hvis man som sygeplejerske bliver pålagt at udføre sit arbejde på en måde, som ikke er forenelig med egne faglige og etiske standarder, vil det i længden påvirke det psykiske arbejdsmiljø negativt. Han peger desuden på, at man kan miste arbejdsglæden, og der kan være øget risiko for stress og udbrændthed (2). Det var derfor vigtigt for afdelingens ledelse, at plejepersonalet bevarede eksisterende arbejdsglæde og motivation til at udøve sygeplejen på et højt fagligt niveau med fortsat fokus på uddannelse og udvikling. For halvdelen af personalegruppen ville afdelingssygeplejersken være ny leder. Hans Risan, der er lektor ved Høgskolen i Oslo og Akersund, Fakultet for Helsfag, arbejder med relationen mellem leder og enkeltmedarbejder. Han påpeger at; "man som ny leder kan have et ønske om at have en god relation til medarbejderne, og at medarbejderne opnår tillid til vedkommende. Dette gøres ved bl.a. at øge den enkelte medarbejders mulighed for at tage ansvar for beslutninger" (3). Oversygeplejersken havde overvejelser som disse og var samtidig ledelsesmæssigt inspireret af nogle af de tanker, som ligger i distribueret ledelse, hvor fokus er på relationer og fællesskab. Pointen er her, at udvikling både ledes oppefra og samtidig genereres nedefra, når flere bliver aktive i udviklingen. Dvs. anvendelse af såvel top-down som bottom-up processer. Ved samtidig anvendelse af feedback fremmes læring. Organisationen kommer i bevægelse og kan blive et velfungerende samarbejde og læringsfællesskab, der involverer alle medarbejdere med hver deres kompetencer (4).

### Hvordan anvendes teoretiske rammer i processen

Ovenstående dannede baggrund for, at oversygeplejersken i afdelingen ved flere lejligheder drøftede dels med mig i min rolle som udviklingssygeplejerske dels med souschefen og sygeplejersker fra henholdsvis sengeafdeling og ambulatorium, hvordan vi i fællesskab kunne sikre, at personalet kunne bevare motivationen for sygeplejen intakt og holde deres viden ajour. Vi fem blev den fremtidige arbejdsgruppe, hvis formål det var at løfte sygeplejegruppen til et fælles fagligt niveau. Et niveau præget af høj faglighed og med et mål om at leve op til at bidrage til at sikre optimale patient forløb. Det var samtidig et ledelsesmæssigt ønske, at den nye samlede personalegruppe skulle kunne indgå i samarbejdsprocesser og få en forståelse både for hinandens arbejdsfelt samt bredden i det faglige område. Målet var, at hele den nye personalegruppe kunne fremstå som en samlet enhed med afsæt i et solidt fagligt fundament og udøve sygepleje ud fra en fælles referenceramme.

For at nå formål og mål valgte arbejdsgruppen at iværksætte en proces. Inspireret af teorien bag Distribueret Ledelse var vi fra starten bevidste om, at den proces, vi ville starte, skulle tage udgangspunkt i såvel top-down som bottom-up tanken. Tanken var, at danne arbejdsgrupper, som skulle have høj grad af selvbestemmelse og styring. Vi var klar over, at der i starten skulle være en meget klar og tydelig ledelsesmæssig styring, og at der fra tid til anden også ville være behov for ledelsesfokus, for at udviklingen ikke skulle dø (4). Hvad der i processen ville blive behov for af analyser, eventuelle teoretiske referencer, bistand til grupper mv. skulle jeg bidrage med.

Med opstart henover slutningen af 2017 og starten af 2018, kom processen til at se ud som anført i nedenstående flow-chart

#### Før:

##### Formulering af værdier/ idealer for sygeplejen

- Analyse af udsagn / drøftelser

##### Planlægning af Temamøde

#### TEMAMØDE

##### Gennemgang analyse, begreber, vilkår, teorier

##### Opstart grupper

##### Drøftelse af indledende spørgsmål

#### Efter:

##### Gruppearbejde

- Præcisering af problemstilling til videre arbejde
- Løbende proces

##### Opsamling

- Tavlemøder
- Personalemøder

##### Evaluering af

- Gruppernes arbejde
- Processen som helhed

Der er altså tale om 3 perioder: Selve temamødet samt før og efter temamødet

#### Før Temamøde

Det blev besluttet, at jeg som udviklingssygeplejerske i afdelingen i tæt samarbejde med oversygeplejersken skulle facilitere processen, og vi besluttede at afholde et tem-

amøde. For at få et overblik over, hvor personalets ståsted var, blev hver medarbejder ca. en måned før temamødet bedt om kort at definere, hvad der for dem var sygeplejens kerneområde/værdier. De skulle formulere de idealer, der for dem kendetegner kerneopgaven/den gode sygepleje. Alle udsagn blev skrevet på posters og hang på afdelingens opslagstavle. *Se uddrag af udsagn i boks 1.*

**velinformeret - tryghedsskabende - værdig  
behandling - respekt - ærlig - støttende -  
god tværfaglig kommunikation - Invol-  
verende (pt. / pårørende) - ligeværdig behandling  
- mødes med respekt, ligeværdigt - tillids-  
vækkende - empati og tilstedeværelse  
- yde kvalitet - troværdige  
- skabe forståelse for**

**Boks 1:** Uddrag af udsagn fra personalet: Hvad kendetegner kerneopgaven / den gode sygepleje  
Personalets udsagn blev analyseret og tematiseret af arbejdsgruppen forud for temamødet. Udsagnene viste et stort ønske om at inddrage patient og pårørende i pleje og behandling. Flere af udsagnene knyttede desuden an til begreberne tillid og respekt. Arbejdsgruppen besluttede på forhånd, at de to begreber skulle være omdrejningspunkt på selve temamødet, hvor vi ville ønske dem fra forskellige perspektiver.

## Temamøde

Som facilitator for processen blev det også mig som udviklings- og sygeplejerske, der ledede selve temamødet. Mødet blev afviklet over nogle timer efter arbejdstid, hvor (næsten) alle medarbejdere deltog. Det var besluttet, at timerne, som personalet brugte på temamødet blev betragtet som merarbejde til afspadsning time for time. Afdelingen var ved afslutningen af mødet vært for fælles spisning. På mødet blev der præsenteret forskellige teoretiske rammer (se nedenfor), der sammen med organisatoriske instanser gav bud på, hvilke forskellige perspektiver, der har indflydelse på og har betydning for, hvordan virkeligheden er. En virkelighed i hvilken den ønskede sygepleje skal udføres.

Først gennemgik vi følgende: De sygeplejeetiske grundværdier beskriver, at *Sygeplejersken har ansvar for at yde omsorg, i den hensigt at patienten oplever velvære. Det beskrives ligeledes, at enhver relation mellem patient og sygeplejerske bygger på tillid og respekt* (5); Politiske, organisatoriske krav og forventninger formuleres med mål og strategier: *Sygepleje ønskes ikke udført på et hvilket som helst niveau. Men sygeplejen skal være med afsæt i høj national og international standard ud fra dokumenteret viden* (6). Endelig inddrog vi Region Sjællands kodeks for god patientkommunikation kaldet "Klar tale". *"Klar tale sætter rammerne for, hvordan vi ønsker at kommunikere"* (7).

I arbejdsgruppen havde vi på forhånd besluttet, at da både personalets udsagn (boks 1) og overordnede målsætninger pegede på, at "sygeplejen skal udføres ud fra patientens individuelle behov", og at "sygeplejen skal være en del af den tværfaglige kontekst" (6), gav det mening på mødet også at præsentere personalet for Sundhedsstyrelsens rapport fra 2008, som siger, at *Udveksling af viden og information er en af de vigtigste forudsætninger for at kunne gennemføre modellen om fælles beslutningstagning i klinisk praksis* (8 s. 9).

Med afsæt i ovenstående havde arbejdsgruppen desuden på forhånd set, at der fremkom ord og begreber, som viste, hvilke overordnede krav og forventninger, der er til udøvelse af sygepleje (se boks 2)

Vi planlagde desuden, at vi på temamødet ville drøfte med

**Tage ansvar - yde omsorg - høj kvalitet  
- tværfaglig - ud fra dokumenteret/ny viden  
- patientcentreret - sætte sig ud over egne nor-  
mer - møde patient og pårørende fordomsfrit  
- lytte - er i dialog/udveksle viden og informati-  
on - skabe mulighed for spontanitet - sammen  
med patient og pårørende afdække individuelle  
behov - enhver situation skal bygge på tillid  
og respekt - sygepleje med udgangspunkt i  
at patienten er unik/unikke behov - kropssprog  
signalerer tillid og nærvær - inddrage patientens  
perspektiv - fokus på både fysiske og  
psykosociale tegn/symptomer - med viden om  
patientens hverdagsliv**

**Boks 2:** Krav og forventninger

personalet det faktum, at de patienter, vi møder, er forskellige i forhold til de behov, de har. Som Riiskjær beskriver, tilgår patienterne forskellige roller. Han omtaler: *Den lydige patient*, som ofte antager en klassisk passiv rolle; *Den medproducerende patient*, som ses aktiv i dele af egen behandling; *Den rettighedsbærende patient*, med mulighed for være offensiv i forhold til sundhedsvæsenet; *den empowerede patient*, som er den patient, vi ser, som træffer egne afgørelser i forhold til eget liv. Patienten kan meget vel også være forskellig fra sine pårørende. Vi skal som behandlere være opmærksomme på ikke kun at fokusere på de fysiske symptomer, idet den psykosociale del hermed kan overses (9).

I slutningen af temamødet blev det tydeligt, når vi sammenholdt nogle af personalets udsagn (boks 1) med de udsagn, der er indlejret i politiske krav og etiske værdier (boks 2), at begreberne tillid og respekt fortsat fremkom som fremtrædende begreber. Det blev derfor naturligt at bede personalet om at lade disse begreber indgå som bærende elementer i deres fremtidige gruppearbejde.

## Dannelse af grupper

På temamødet blev personalet herefter inddelt i tre grupper. På baggrund af ledelsens viden om personalets forskellige kompetencer, blev gruppesammensætning bestemt af ledelsen. Sammensætningen tog udgangspunkt i, at grupperne skulle repræsentere en bredde, både hvad angik kompetencefordeling og en blanding af personale fra ambulatorie og sengeafdeling. For at de nu meget forskelligt sammensatte grupper skulle have mulighed for at "møde hinanden" og tage hul på det fremtidige gruppearbejde, blev grupperne bedt om, inden temamødet var slut, at drøfte:

- Hvordan hænger personalets udsagn sammen med de krav og bud på, hvad sygeplejen skal / bør indeholde?
- Er der indgroede vaner i min / afdelingens sygepleje, der med fordel kan ændres på? Hvordan?
- Hvad gør man, hvis man ikke ser sig i stand til / eller vil / kan tage udgangspunkt i patient og pårørendes behov?

Med baggrund i teorien bag distribueret ledelse (4) og med baggrund i de af personalet formulerede værdier for god sygepleje blev gruppernes opgave desuden at definere, hvilke forbedringstiltag de mente, kunne være gavnlige for patienterne. Dét forbedringstiltag blev således gruppens omdrejningspunkt de næste måneder frem.

## Efter Temamøde

### Beskrivelse af rammer for det videre arbejde.

Hver gruppe fik tillagt høj grad af medarbejderansvar. Det var gruppens ansvar selv at planlægge og afholde de møder, der var behov for og dermed selv tilrettelægge, hvordan de kunne komme i mål med deres opgave. Det var næppe sandsynligt at finde dage, hvor alle i gruppen var tilstede. De havde fuld opbakning fra deres leder til at tage fornøden tid og rum til løsning af opgaven. Som udgangspunkt var tidsrummet fra kl. 12.30 – 13.00 meget ofte anvendeligt. Ligesom der var mulighed for at få lederens hjælp til at omprioritere andre opgaver, såfremt det ville være gavnligt for gruppens opgaveløsning. Gruppen havde mulighed for undervejs at sparre med mig. I perioder havde hver gruppe ansvar for på ugentlige tavlemøder at fortælle om arbejdet og fremdriften i opgaven. Desuden blev forløb og eventuelle udfordringer italesat på personalemøder.

Efter at have arbejdet med opgaverne over længere tid, var det tid til at afslutte processen.

### Hvordan gik det så med gruppernes arbejde?

Alle havde undervejs hørt om hinandens arbejde (på tavlemøder og personalemøder). Alligevel antog vi, at en repetition ville være passende, så alle var orienteret om alle processer. Grupperne blev bedt om på et evalueringsmøde over 2 timer (mødet lå i arbejdstiden), hvor minimum 2 medlemmer fra hver gruppe var repræsenteret, at referere for hinanden dels baggrunden for ideen, og hvordan problemstillingen opstod, dels hvordan arbejdsprocessen havde været. Ligeledes blev de bedt om at belyse, hvornår og hvordan resultatet skulle implementeres, samt hvornår og hvordan produktet skulle evalueres. Desuden talte vi om, hvorvidt resultat/produkt/proces havde affødt andre tanker eller ideer til forbedringer fremadrettet.

På evalueringsmødet udtrykte sygeplejerskerne i afdelingen tilfredshed med forløbet og hele processen. De oplevede, at arbejdet havde været målrettet og konstruktivt og gav mening for patienten.

## Gruppe 1

Gruppen tog udgangspunkt i de psykosociale faktorer, der kan ligge i det at være inkontinent og bruge ble. Personalets oplevelse var, at der var et stort antal patienter, som

anvendte en enten for stor eller forkert ble. En ble type og størrelse, som de engang havde fået anvist, og som ingen sidenhen havde fulgt op på. Målet blev derfor, at *plejepersonale på urologisk afdeling skulle blive bedre kvalificeret til at vurdere og udlevere den rette ble til patienten med vandladningsbesvær (LUTS)*. Der blev afholdt fælles undervisning for al personalet på afdelingen, så alle kunne vejlede patienterne bedst muligt. Der blev lavet en spørgeguide, som blev anvendt til de telefonsamtaler, der blev afholdt med patienter. På baggrund af telefonsamtalen blev den enkelte patients behov for antal, bletype og blestørrelse afgrænset.

Det var gruppens opfattelse, at antallet af bleer, der blev udleveret til patienten, faldt. Det kan skyldes et større fokus på området, og at personalet dermed var blevet mere opmærksomme på at afslutte patienten og/eller søge hjælpemiddel efter paragraf 112. Det var et ønske fra gruppen efter nogle måneder at evaluere på ny.

## Gruppe 2

Gruppen tog udgangspunkt i de ny henviste kræftpatienter, som kommer til afdelingen i kræftpakkeforløb på grund af forhøjet PSA. Personalets oplevelse var, at patienten ofte ikke kan rumme al information, som gives på én gang; at patienten, ofte senere i forløbet, giver udtryk for, at en given information ikke er givet; at der kan være sproglige forståelsvanskeligheder. Samtidig havde gruppen en forestilling om, at spørgsmål kan melde sig, når patienten kommer hjem.

Målet blev derfor *At yde sygepleje, der er med til at sikre, at en patient med en ny diagnosticeret cancer prostata har hørt og forstået den information, der er givet under den ambulante samtale.*

For at give mulighed for gentagelse, en afklaring, som forhåbentlig ville kunne bidrage til at patienten fik større viden og dermed blev mere tryk ved den plan, der var lagt, blev det besluttet, at den sygeplejerske, der var med til samtalen med patienten i ambulatoriet, skulle tilbyde patienten at blive ringet op. Helst inden for 1-2 dage.

Det var gruppens klare opfattelse, at de patienter, der blev ringet op, gav udtryk for stor glæde ved det. Gruppen blev bekræftet i, at det er vigtigt, at det er samme sygeplejerske, som har været med ved det ambulante besøg, som ringer til patienten efterfølgende. Det blev ligeledes klart for gruppen, at det er vigtigt, at sygeplejersken under samtalen med patienten samtidig motiverer patienten til at besøge "Kræftrådgivningen", som ligger på samme matrikel som sygehuset og hører under Kræftens Bekæmpelse. Flere patienter har efterfølgende udtrykt, at de var glade for, at have været i huset og at de havde fået øget kendskab til stedet (kilde: Personale i Kræftrådgivningen, Næstved Sygehus).

Tiden, der var afsat til kommunikation imellem læge og patienten, som skal have besked om en eventuel livstruende sygdom, var sparsom. Derfor syntes det yderst relevant

med en sygeplejefaglig opfølgning. Gruppen ville fremadrettet have fokus på undervisning / opfølgning i forhold til den svære samtale. I øvrigt kunne personalegruppen se, at dette redskab kunne og burde anvendes i sygeplejen til øvrige patienter, som fremstår "frustrerede og uvidende", når de har afsluttet en konsultation.

### Gruppe 3

Gruppen havde en oplevelse af, at nogle af afdelingens patienter havde u hensigtsmæssige patientforløb. Det gjaldt særligt patienter med forløb både i Urologisk Ambulatorium og i andre ambulatorier. Ofte kom patienten, påvirket af sygdom både fysisk og psykisk, langvejsfra (nogle transporteres af offentlig bestilt transport) med lang transporttid før og efter besøg. Nogle patienter havde spurgt til, om det ikke vil være muligt at koordinere diverse fremmødetider.

Gruppens ønske var at imødekomme patientens behov i allerstørste grad, og at patienten skulle opleve tillid og trykthed til organisationen med mulighed for et fleksibelt behandlingsforløb.

Målet var at minimere besøg for patient med prostatakræft, der behandles med injektioner, og som har forløb i både Onkologisk og Urologisk regi. Gruppen fik sammen med Onkologisk Ambulatorium afklaret diverse arbejdsgange, hvorefter de udarbejdede en instruks gældende for begge afdelinger. Der blev desuden lavet en kort vejledning til patienten om dennes mulighed for at kontakte afdelingen mhp. at koordinere tider.

For at følge, hvordan det faktisk gik og hvor mange patienter, det drejede sig om, ville gruppen føre små logbogsnotater. Tankegangen med at lave fleksible patientforløb oplevedes relativt nemt at anvende på andre patientgrupper. Der blev ret hurtigt sat fokus på hormonbehandlede prostatakræftpatienter, således at de patienterne, som havde et ønske om det, og hvor andet ikke talte imod, fik – og får tilsendt sin medicin fremfor at møde op ambulant.

### Ledelsesopbakning

I den sidste del af processen rejste oversygeplejersken. Afdelingen havde i de efterfølgende mange måneder en tid med skift på lederposterne. Der opstod herved et vakuum, som varede i flere måneder. Det gav den gennemgående facilitator for processen et klart et billede af, hvor vigtigt et element ledelsesopbakning er for en sådan proces. Samtidig blev det et godt eksempel på, at en ny leder, som ikke har været med fra starten og ikke har set nødvendigheden af arbejde, kan have svært ved at tage ejerskab af et projekt som dette. Der var heldigvis stor vilje til i sygeplejegruppen at færdiggøre, implementere og evaluere, hvilket lykkedes at gennemføre.

### Sygepleje med afsæt i fælles referenceramme- lykkes det?

Idet valget var at sammensætte grupperne på tværs af sengeafdeling og ambulatoriefunktion, fik vi den erfaring, at vilkårene for at planlægge ikke var ens. Hvor ambula-

toriepersonalet, med en mere skemalagt hverdag, havde større mulighed for planlægning, var det for personalet i sengeafdelingen ikke helt nemt at prioritere eller overholde tiden. Det var et vilkår, som grupperne dog lærte at håndtere. Men det betød også, at gruppen erfarede, at der hvor de skulle opnå konsensus, måtte de have blik for hinandens hverdagsforståelse og være åbne og fleksible. Både samarbejdsprocessen og det, at personalegruppen som noget nyt var fysisk sammen med hinanden (fælles personalemøder, tavlemøder, personalemøder, mødetider) gjorde, at flere fik ny viden, bl.a. om funktioner de ikke kendte til. De oplevede, at nye vinduer åbnede sig for dem og faktisk løftede dem fagligt.

Ser vi på, hvor afdelingen står i dag - 5 år efter det hele begyndte, er det tydeligt, at afdelingen er blevet til én hel afdeling. Alle sygeplejersker har funktioner i både ambulatorie – og i sengeafdelingsregi. Nogle har specielle funktioner, men som udgangspunkt har alle samme vilkår og kan indgå i (næsten) alle funktioner på tværs. Således må man sige, at sygeplejerskerne indgår i læringsfællesskaber, som involverer dem alle med hver deres kompetencer. Ligeledes kan vi sige, at ønsket om, at personalegruppen skulle fremstå som en samlet enhed med afsæt i et solidt fagligt fundament samt udøve sygepleje ud fra en fælles referenceramme- dét er lykkedes.

### Læring af projektet

Om få år skal begge matrikler under Urologisk Afdeling flytte sammen i et nyt supersygehus i Køge. Hvor i landet og hvilke afdelinger, der skal igennem større eller mindre fusioner, kan det anbefales fremadrettet, at

- Have respekt for og stor opmærksomhed på de forskellige rammer og arbejdsvilkår og ikke mindst eksistens af subkulturer, som eksisterer i selv mindre afsnit eller afdelinger
- Være opmærksom på, at det er afgørende for opnåelse af succes, at der er reelt ledelsesfokus og ledelsesopbakning til gennemførelse af processen
- Have en gennemgående person som facilitator, som kan samle alle tråde undervejs
- Iværksætte dialog på tværs af de grupper, der skal fusioneres
- Give personalet mulighed for at mødes, sidde over for hinanden, tale sygepleje

Et væsentligt opmærksomhedspunkt, man som ledelse af en fusionsproces anbefales at have meget fokus på, er tidsfaktoren. Ønsker man, at personalet som direkte og vigtige medspillere i processen skal flytte sig fra ét punkt til et andet – fagligt og personligt, vil det være nødvendigt at alle parter er fleksible og være bevidste om, som Edgar Schein siger, at forandring kommer til at tage tid.

Afslutningsvis ønsker jeg at rette en stor tak til Thora Grothe Thomsen, Lektor i klinisk sygepleje ved SDU, forskningsleder ved Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling, SUH for undervejs i skriveprocessen gavmildt at have givet mig råd og vejledning og ikke mindst kontinuerlig at opmuntre mig til at fortsætte.



## Kilder:

1. Cartwright, Sue og Cooper, Cary L. (1993). 1. Udgave. 1. Oplag: Effektive fusioner- det personalemæssige aspekt. s. 53-54.
2. Sygeplejersken, 2013 (13):40-44. Rasmus Willig i artikel af Annette Hagerup: "Forandringer bør doseres".
3. Risan, Hans: Lederrelasjonens betydning for empowerment hos medarbejderne. I Sidsel Tveiten og Knut Bøge: - I helse, ledelse og pædagogik – nye perspektiver. 1. udg. 1. oplag, 2014. (156-165)
4. Sørensen, Susanne Ploug og Petersen, Mai-Britt Herløv (2017).1. udg. 1. oplag Dansk psykologisk forlag. Distribueret ledelse. Samarbejde i professionelle læringsfællesskaber.
5. De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Vedtaget på Dansk Sygeplejeråds kongres 20. maj 2014  
<https://dsr.dk/ser/sygeplejeetiske-retningslinjer>
6. Sjællands Universitetshospital: Vision, mål og strategier for sygeplejen (2015) – link til nyeste udgave:  
<http://intra.regionsjaelland.dk/roskildekoegge/organisation/St%c3%b8ttefunktioner/forskningsenheden/Documents/Vision%20for%20sygeplejen%20-%202020-2025.pdf>
7. Klar tale - kodeks for god patientkommunikation (regionsjaelland.dk)
8. Bredahl Jacobsen, Charlotte, Pedersen, Vibe Hjelholt og Albeck, Kristina. Dansk Sundhedsinstitut. "Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed - en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler". Udgivet af Sundhedsstyrelsen, (2008) vers.1.
9. Riiskjær, Erik. 2014. I Patienten som partner. Kap. 3: Institutionelle patientroller.



Af: Annette Mollerup, Sygeplejerske, lektor, ph.d. Sygeplejerskeuddannelsen, UC Diakonissestiftelsen • email:AMOL@ucdiakonissen.dk

## Faglig artikel

# Udvikling af egne modeller til at navigere i projekter

### Abstract

Projektarbejde rummer mange faser, delmål, valg og fravalg samt milepæle, hvad enten der er tale om et mindre udviklingsarbejde eller et treårigt ph.d.-forskningsforløb. Som projektleder udarbejder man projektbeskrivelser og protokoller ligesom forskellige diagrammer i form af fx Gantt-diagrammer kan bidrage til projektstyring. I den indledende fase af projektperioden vil der også være behov for at definere nøglebegreber og sætte retning for projektet. Grafiske modeller kan være en hjælp til at tydeliggøre komplekse sammenhænge, så disse bliver lettere af forstå, både for projektlederen/forskeren selv, men også i formidlingssammenhæng. Denne artikel beskriver udvikling af modeller ved tre forskellige projekter.

**Nøglebegreber:** Metode, forforståelse, modellering, procesværktøj, projektkompas

### Introduktion

I den indledende fase af projektarbejde har man behov for at definere nøglebegreber og sætte en overordnet retning for projektet, uanset om der er tale om mindre udviklingsprojekter eller et større forskningsprojekt som fx et treårigt ph.d.-projekt. Det gælder i arbejdet med eventuel ansøgning af fondsmidler, og det er en vigtig del af udvikling af projektbeskrivelse og protokol. Sygeplejefaglig og sundhedsfaglig udvikling og forskning foregår altid i en kompleks kontekst, og her kan modeller og illustrationer være brugbare til at tydeliggøre forventede sammenhænge og relevant baggrund for projektet. I denne artikel beskrives, hvordan en selvudviklet grafisk model kan hjælpe til at navigere og holde fokus i et udviklings- eller forskningsprojekt. Samtidig bidrager refleksionsprocessen for at komme

frem til modellen til en bevidstgørelse af hvilken forforståelse, der bringes med ind i et givent projekt. Der gives eksempler (cases) fra tre forskellige projekter, hvor illustration af projektets forforståelse har kunnet bidrage til at give retning og sikre fokus på forskellig måde. Disse eksempler kan måske være en inspiration til andre sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning, til at udvikle egne modeller til brug for projektarbejde.

Den første case er fra et speciale fra kandidatuddannelsen i sundhedsfag, Københavns Universitet. Her er en egenudviklet model brugt til at illustrere et lige så selvudviklet effektmål, der bruges i undersøgelse af mobilt akut teams (MAT) effekt for det enkelte patientforløb (1). Anden case er fra et treårigt ph.d.-forløb om kronisk håndeksem og egenomsorg, hvor en model illustrerer projektets forforståelse og begrebsafklaring af egenomsorg ved en kronisk sygdom, der kan være karakteriseret ved sygdomsfri perioder. Her fungerer modellen som kompas for det samlede ph.d.-projekt, der anvender såvel kvantitative som kvalitative metoder (2). Sidste case er et nyere forskningsprojekt, der bevæger sig i randzonen mellem klinisk forskning og forskning inden for folkesundhed. Det drejer sig om et innovativt projekt med afprøvning af PEP-fløjter som forebyggende egenomsorg ved COVID-19. En model blev udarbejdet og publiceret med henblik på at illustrere projektets relevans i en samfundsmæssig kontekst (3). I mangel af et velvalideret instrument til vurdering af COVID-19 symptomer var effektmål i projektet COPD Assessment Test (CAT), der er en samlet score af otte forskellige items relateret til, og valideret til, sygdomssværhedsgrad af KOL (4).

## Metodemæssige og teoretiske refleksioner over forforståelse

I litteraturen møder vi nu hyppigere studier, der anvender både kvantitative og kvalitative metoder og altså dermed hører under såkaldte mixed-methods designs. Der kan være forskelle i graden af integration af de enkelte metoder, og også i hvorvidt den ene metode går forud for den anden, så metoderne altså bruges sekventielt. Under alle omstændigheder advokeres generelt for at sikre intern validitet af studierne ved at anvende det begrebsapparat, der hører til den enkelte metodologi. Hvis man fx benytter et kvalitativt, individuelt interview til at indsamle empiri omkring patienters oplevelse af hverdagslivet med uhelbredelig kræftsygdom, så 'køber man også ind' på begreber som fx strategisk sampling (man må nødvendigvis interviewe personer med uhelbredelig kræft) og datamætning (hvornår har man interviewet tilpas mange patienter til at kunne udsige noget almenyldigt omkring fænomenet). Man forventes også samtidigt at acceptere, at den opnåede viden fra de afviklede interviews ikke kan siges at være generaliserbar, og at man har genereret empiri, mere end at man objektivt har indsamlet data fra interviewpersonerne. Dette sidste knytter an til forskerrollen og forskerens forforståelse, som almindeligvis bliver mere eksplicit behandlet i kvalitativ forskning frem for ved brug af kvantitative metoder.

Arketypisk placeres kvantitativ forskning med brug af statistisk analyse inden for den naturvidenskabelige tradition med en objektiviserende tilgang. Det betyder, at det forventes gennem bevidst valg af design, metoder og analysestrategi, at et givent forskningsresultat kan efterprøves og måske reproducere af en anden forsker. Den sande viden ligger som objektive data og venter på at blive indsamlet. Overfor dette står forskning inden for den humanvidenskabelige tradition, fx den hermeneutiske fortolkningsvidenskab. Data er her fænomener, der bliver meningsfulde gennem forskerens subjektiviserende analyse. Derved vil viden altid være kontekstuel og vil være relateret til forskerens forforståelse og forståelse af fænomenet. Forforståelse bliver derfor et væsentligt begreb, som direkte får betydning for hvilke konklusioner, vi kan udlede af empirien.

Det vil nærmest være i modstrid med den objektiviserende tilgang i naturvidenskabelig tradition, hvis man som forsker beskriver sin forforståelse, men det er ikke det samme som, at man som forsker ikke har en sådan. Den kan komme til udtryk gennem beskrivelse af studiets baggrund, formål og hypoteser, men også gennem de valg, der tages i forhold til effektmål og statistiske analyser. Når man i sin protokol forud for et kontrolleret interventionsstudie beskriver in- og eksklusionskriterier og de enkelte effektmål, der forventes indsamlet, og samtidig benytter randomisering og eventuelt blinding, så er det for at tage højde for bias og confounding. At have blik for fx mulig informationsbias på grund af underrapportering af uhensigtsmæssig adfærd eller overveje mulige confoundere, altså faktorer, der kan påvirke og sløre den reelle sammenhæng mellem intervention (eksponering) og effekt (udfald) kræver netop forforståelse i form af faglig viden, men også fantasi.

De tre eksempler på modeller i nærværende artikel illustrerer alle forforståelse inden for projekter, der primært har benyttet sig af kvantitative designs. Måske kan eksemplerne inspirere andre sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning, til at arbejde med modeludvikling som en slags proces-værktøj.

### Case 1: Model af mulig tidsmæssig effekt af MAT-intervention

Som afslutning på sundhedsfaglig kandidatuddannelse fra Københavns Universitet udarbejdede jeg et kandidatspeciale, der fik titlen 'Effectiveness of Rapid Response Systems: Do we need new approaches for research?' (3). Rapid response systems er en samlebetegnelse for forskellige organisatoriske systemer, der kobler tidlig identifikation af patienter i risiko for kritisk sygdom, fx early warning score (det afferente ben af systemet) med et kompetent respons fx mobilt akutteam (MAT) - det efferente ben (3).

Kandidatspecialet var opdelt i to dele. Første del var et litteraturstudie i form af et scoping review, hvor i alt 22 artikler blev analyseret og diskuteret med brug af Bradford Hills kausalitetskriterier (5). På daværende tidspunkt (2008) var den tilgængelige evidens om emnet primært fra Australien, England eller USA og konklusionen af litteraturstudiet blev, at effekten af rapid response systems ikke var entydig. Det var altså svært at sige noget sikkert om, hvorvidt indførelse af EWS og MAT havde gavnlig effekt. Et af Bradford Hills kausalitetskriterier er specificitet (i hvor høj grad én faktor fremkalder ét bestemt udfald) (5). Implementering af EWS og MAT er en uhyre kompleks intervention, der involverer mange organisatoriske delprocesser, så det vil være svært at opfylde kravet om specificitet. Det ofte citerede australske MERIT-studie illustrerer netop dette (6). Her blev 23 hospitaler randomiseret til enten at være kontrolhospital (n=11) eller til at implementere EWS/MAT-system (n=12). Trods det store set-up var det ikke muligt at vise en overbevisende effekt af interventionen, og forskerne pegede selv på vanskeligheder ved at gennemføre denne type forskning i et dynamisk sundhedsvæsen (6). Fx vil der være en naturlig mobilitet af personale, så sygeplejersker tidligere ansat på et 'interventionshospital' i løbet af interventionsperioden skifter til et af hospitalerne i kontrolgruppen. Hvis man samtidig tager 'nye gode vaner med' omkring at tilkalde relevant personale tidligere i et forløb, vil der kunne opstå bias, der skævrider forskningsresultaterne.

Anden del af kandidatspecialet var gennemførelse af et pilotstudie på et universitetshospital i Region Hovedstaden. Patienter, der blev indlagt på intensiv afdeling fra henholdsvis én medicinsk og én kirurgisk afdeling efter forudgående tilsyn fra MAT, blev sammenlignet med en gruppe af patienter fra tilsvarende afdelinger i en periode et år tidligere, hvor MAT ikke var implementeret. Pilotstudiet kan dermed betegnes som en slags case-kontrolstudie med brug af en historisk kohorte som kontrolgruppe.

Formålet med pilotstudiet var at undersøge, om implementering af EWS og MAT giver patienter bedre outcome, fordi de måske indlægges på intensiv afdeling tidligere i

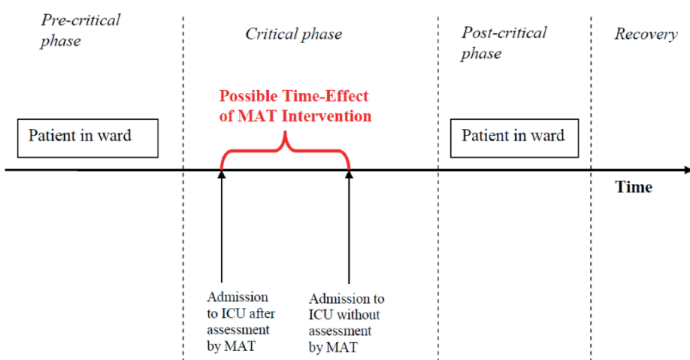
deres forløb og dermed måske ikke er så kritisk syge, som hvis hospitalet ikke havde et EWS/MAT system. Det er svært at vurdere, hvor længe en patient i givet fald har været kritisk syg uden at have vedkommende tilkøbet kontinuerlig monitorering. Måling af vitale værdier og dertil udregnet EWS giver et øjebliksbillede, der vil kunne være ændret kort tid efter monitoreringen. En proxy-variabel blev derfor udviklet, nemlig en relativ tidsangivelse for hvor lang tid den enkelte patient havde været indlagt på sengeafdeling sat i forhold til den samlede indlæggelsesvarighed, dvs. inklusive ophold på intensiv afdeling og evt. tilbagevenden til sengeafdeling. Dette blev illustreret i modellen (figur 1), der viser et hypotetisk patientforløb med prækritisk, kritisk og postkritisk fase i løbet af hospitalsopholdet efterfulgt af en fase til restitution.

Den nyudviklede tidsvariabel fik betegnelsen PCTF (precritical time fraction) og blev udregnet som tidspunktet for hospitalsindlæggelsen subtraheret fra tidspunkt for ankomst til intensiv afdeling. Denne tidsforskel blev derefter konverteret til en procentuel angivelse ved at relatere tidsforskellen i forhold til varigheden af den samlede hospitalsindlæggelse. Den præcise udregning af PCTF fremkom via ligningen, som ses nedenfor (box 1):

$$PCTF = \frac{[ICU\ arrival\ time - hospital\ admission\ time] \times 100}{[hospital\ discharge\ time - hospital\ admission\ time]}$$

Box 1: Ligning for udregning af PCTF (precritical time fraction), den prækritiske del af hospitalsforløb

Modellen med angivelse af et hypotetisk patientforløb hjælper til at illustrere, hvad der er vanskeligt at forklare gennem en opsat ligning, der kræver helt eksakte tidsangivelser for indlæggelse og udskrivelse. Som eksempel ville en patient, der blev overflyttet til intensiv afdeling efter præcis 10 døgn indlæggelse på en sengeafdeling, have en PCTF på 33%, hvis vedkommende totalt havde en hospitalsindlæggelse på i alt præcis 30 døgn. Den røde tidsmarkering i modellen (figur 1) angiver den mulige effekt på tid, som et MAT-tilsyn kunne tænkes at bidrage til. Hypotesen, og dermed forforståelsen i projektet, bygger netop på, at EWS og MAT-tilsyn vil kunne få en patient overflyttet til intensiv afdeling tidligere i forløbet, end hvis der ikke havde været implementeret EWS og MAT.



Figur 1: Model over hypotetisk patientforløb, der involverer indlæggelse på intensiv afdeling (1)

## Case 2: Model af egenomsorg ved kronisk håndeksem

I mit ph.d.-projekt 'Hand eczema. Self-management and prognosis' (2), indgik et kvalitativt delstudie med brug af fire fokusgruppeinterviews (n=23) til at opnå viden om, hvordan mennesker håndterer et hverdagsliv med håndeksem (7). Denne viden blev efterfølgende anvendt til at udvikle og afprøve et sygeplejeledet vejledningsprogram, HudRask, der havde til formål at støtte egenomsorg hos den enkelte patient. HudRask bestod af en fysisk sygeplejerskekonsultation i ambulant regi suppleret med adgang til en nyudviklet hjemmeside. Hjemmesiden indeholdt en individuelt udarbejdet ressource- og risikoprofil og en innovativ logbog til selvmonitorering med mulighed for at uploade fotos, beskrivelse af symptomer og refleksioner over mulige eksponeringer for eksemudbrud. Der var nyproducerede læringsvideoer, quizzer, forskelligt informationsmateriale og relevante links samt adgang til et dialogforum til kommunikation mellem sitets brugere. Endelig var der kontaktformular med mulighed for at brugerne, ved behov, kunne kontakte sygeplejerskerne i projektet (8). Det samlede HudRask-program blev evalueret i et randomiseret kontrolleret studie med inklusion af 306 patienter til udredning og behandling ved en dermatologisk afdeling på et universitetshospital i Region Hovedstaden eller ved en speciallægepraksis i Ålborg (9). Hovedeffekt målet for dette studie var sygdomssværhedsgraden ved seks måneders follow-up dels som klinisk vurderet mål, Hand Eczema Severity Index (HECSI), dels som livskvalitetsmål, Dermatology Life Quality Index (DLQI). Både HECSI og DLQI er velvaliderede instrumenter til populationen.

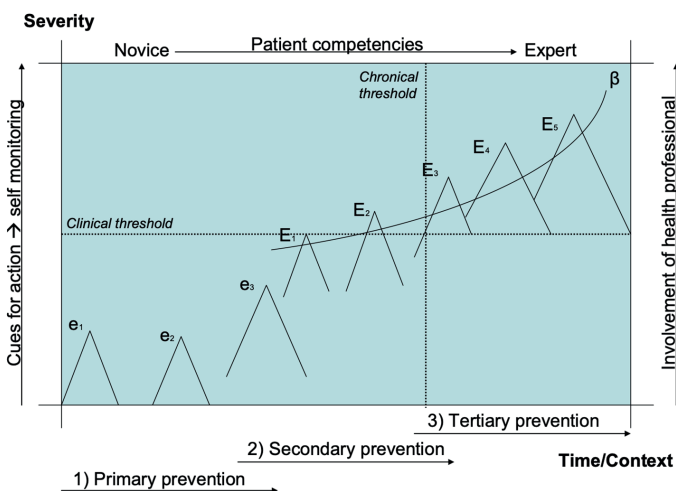
Mange med kronisk håndeksem har fået sygdomsdebut i en tidlig alder. Således vil en del børn med atopisk eksem opleve at få håndeksem i voksenalderen, men alle kan udvikle håndeksem på baggrund af fx arbejdsmæssig eksponering for irriteranter og/eller allergener. I epidemiologiske undersøgelser fra Danmark med brug af spørgeskema er fundet 1-års prævalens på ca. 10-14%. Dette betyder, at omtrent hver 10. dansker vil opleve at have håndeksem i løbet af et år, og håndeksem er derved en folkesygdom. Nogle erhverv disponerer i højere grad end andre til udvikling af håndeksem med risiko for konsekvenser i form af uønsket karriereskift, sygemelding og nedsat livskvalitet. En stor dansk spørgeskemaundersøgelse (n=5324) har således vist, at udlærte frisører i gennemsnit arbejdede i faget i 8,4 år inden de forlod branchen. I gruppen af respondenter med håndeksem havde 75% haft debut af håndeksem i alderen 15-24 år, og blandt disse angav knapt halvdelen, at håndeksem var årsag til karriereskiftet (10).

Håndeksem er en meget heterogen sygdom. Den viser sig med variable symptombilleder og kan skyldes medfødt og/eller erhvervet sårbarhed af huden. Samtidig eksponeres vores hænder gennem arbejds- og fritidsliv for irriteranter (fx vand, sæbe, opløsningsmidler, olier, støv, varme/kulde), og for allergifremkaldende stoffer som parfume, metaller, konserveringsmidler for blot at nævne nogle. Prognosen kan også være meget forskellig. Nogle personer oplever et enkelt udbrud, der kan skyldes allergi for et specifikt aller-



gen fx nikkel, der så fremadrettet kan undgås. Andre har livslangt eksem, der kan svinge i intensitet fx afhængigt af årstid (vinterens tørre luft kan forværre eksemet). Selvom der kan være forskelle i den enkeltes disposition for udvikling af håndeksem, så vil alle i teorien kunne udvikle den hyppigste form for håndeksem, nemlig irriterende kontakteksem. Det er et simpelt spørgsmål om dosis-respons. Hvis man udsættes hyppigt nok og/eller længe nok for irritation af huden fx ved vådt arbejde, så vil man med tiden kunne udvikle håndeksem. Dette argument blev fremført i en vægtig artikel af Malten allerede tilbage i 1981 (11), og hans teoretiske modellering af eksem på baggrund af gentagen eksponering af huden dannede basis for min model af egenomsorg ved kronisk håndeksem. Malten illustrerer hudpåvirkninger, der til en start ikke endnu er blevet en klinisk sygdom, men kun kan måles biokemisk ved brug af udstyr, som små toppe, der over tid bliver hyppigere og mere udtalte (11). På et tidspunkt brydes en 'klinisk tærskel' (den horisontale linje markeret 'Clinical threshold', figur 2) og eksemet bliver synligt som 'toppen af et isbjerg'. Ved fortsat irritation af huden og vedvarende sygdomsaktivitet vil man over tid nå tærsklen, der markerer overgang fra akut til kronisk sygdom (den vertikale linje markeret 'Chronicity threshold', figur 2). Her når huden ikke at regenerere helt mellem udbrud af eksem. Set i et samlet forløbsperspektiv vil dele af individets egenomsorg være sundhedsfremme rettet mod at undgå nye eksemudbrud. Det kan fx være ved at bruge handsker i forbindelse med vådt arbejde. I andre faser vil egenomsorgen være forebyggende for at undgå forværring af symptomerne fx ved hurtig opstart af topikalt steroid ved eksemudbrud, eller rehabiliterende som ved karriereskift efter langvarig sygemelding for at undgå gentagen arbejdsmæssig eksponering.

Ligesom håndeksem ikke er en ensartet sygdom, så vil egenomsorg hos individet med håndeksem altså også være forskellig fra person til person. Den indvendige del af modellen (figur 2) illustrerer den indbyggede dynamik ved kronisk håndeksem. Den udvendige ramme skal derimod vise, hvordan individet kan forventes at respondere på sygdomsaktiviteten inden for tre dimensioner, nemlig selvmonitorering, kompetencer og involvering af sundhedsprofessionelle aktører.



Figur 2: Model af hypotetisk forløb med egenomsorg ved kronisk håndeksem (2,7)

Den opadgående pil til venstre viser, at selvmonitorering spiller en central rolle i forløbet. De tidligste tegn, der endnu ikke kan observeres klinisk, kan også være svære at erkende af individet selv som symptomer på sygdomsaktivitet. Jo højere symptom-sværhedsgrad, jo større mulighed er der for at reagere, men her vil skaden også være større. Så et mål som del af egenomsorgen må være at være opmærksom på sin hud og få øje på/mærke de tidligste tegn på skade af huden.

Den vandrette akse foroven viser, at individet hen over tid bliver klogere på egen eksem sygdom og derved forventeligt udvikler sine kompetencer i at være 'håndeksem-patient'. Udviklingen af viden og færdigheder ved egen sygdom er her anskuet med inspiration fra the Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition, hvor udvikling af kompetencer ses som en trappetige (12). Relateret til håndeksem kan de tilbagevendende eksemudbrud ses som en serie af erfaringer, der bidrager til øget indsigt i eget sygdomsforløb og dermed større handlekompetence.

Den buede linje, markeret med  $\beta$ , illustrerer, hvordan det ved håndeksem i udbrud ('peaks') kan være nødvendigt at involvere fx læge. Nedenfor linjen  $\beta$  er vist faser uden involvering af sundhedsvæsenet. Den opadgående pil til højre viser en forventning om, at med stigende sygdomsaktivitet og -sværhedsgrad vil der være behov for mere end egenomsorg. Der vil være behov for involvering af sundhedsprofessionelle som praktiserende læge eller dermatologisk speciallægepraksis. Det kan være til at udrede, om der er nytillkommen allergi eller til at ordinere anden medicinsk behandling. Det kan også være sygeplejersken, der varetager lys- eller røntgenbehandling direkte på eksemområdet. Meget bevidst er her brugt termen 'involvering' og ikke patientinddragelse. Det er en anerkendelse af det enkelte individ der, på eget initiativ og ud fra egen primære vurdering af sygdomsaktivitet, kontakter relevante sundhedsprofessionelle, når egenomsorgen ikke skønnes tilstrækkelig. Min forforståelse af egenomsorg rummer dermed, at vi som sundhedsprofessionelle bliver involveret i individets hverdagsliv, fordi vi kan bistå med faglighed i den del af hverdagslivet, der drejer sig om sygdom.

Ovennævnte model var begrebsafklarende for projektet i forhold til forståelse af egenomsorg som andet og mere end compliance. Ved håndeksem vil det ikke være muligt at sige til en patient, at vedkommende skal afholde sig fra at bruge sine hænder fx i et halvt år, så huden kan restituere og forny sig. Forforståelsen af egenomsorg ved håndeksem som selvmonitorering, kompetence og involvering af sundhedsprofessionelle blev et guidende kompas i det samlede ph.d.-projekt. Alle tre underbegreber blev undersøgt i det kvalitative delstudie, hvor de indgik i den dertil udviklede interviewguide, ligesom underbegreberne blev brugt i den tematiske analyse (med en deduktiv tilgang) af det transskriberede materiale (7). Selvmonitorering, kompetence og involvering af sundhedsprofessionelle blev desuden direkte tilgodeset i det multimodale vejledningsprogram, hvor der som tidligere beskrevet blev givet mulighed for elektronisk selvmonitorering, for tilegnelse af

viden gennem læringsvideoer, quiz og informationsmateriale samt for involvering af sygeplejersker ved behov (8). Her bidrog for forståelsen af egenomsorg som et sammensat og dynamisk begreb til udvikling af en kompleks intervention, som derved blev sværere at undersøge metode-mæssigt, men som måske blev oplevet som værende mere relevant for målgruppen.

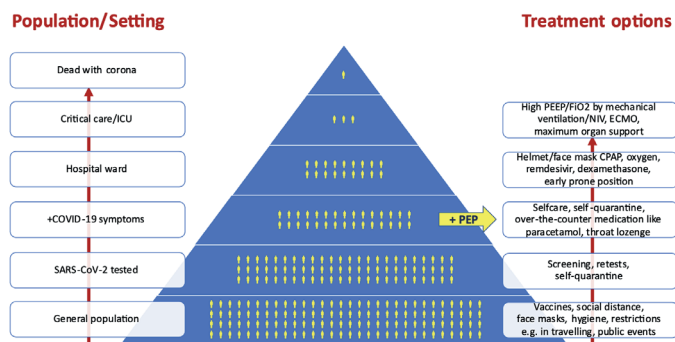
### Case 3: Model af forebyggende PEP-egenomsorg ved COVID-19

Den sidste case med udvikling af en model (figur 3) til illustration af forståelse i et kvantitativt orienteret projekt, som jeg præsenterer i denne artikel, er formidlet internationalt som del af en publiceret studieprotokol (3). En forsimplet udgave af modellen indgik ved en mundtlig præsentation om projektet, som jeg holdt ved den afviklede ICN-kongres 2023 i Montreal med økonomisk støtte fra Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning.

Modellen (figur 3) blev udviklet i den tidlige fase af COVID-19 pandemien, hvor meget endnu var uvist i forhold til behandlingsmuligheder. En opdateret version vil derfor se lidt anderledes ud i forhold til pleje- og behandlingsmuligheder. Pyramiden skal illustrere, at patienter, der udvikler kritisk sygdom som følge af COVID-19, og som får behov for (intensiv) behandling på hospital, jo kommer et sted fra. Der er en slags fødekæde af individer fra baggrundsbe-folkningen, og figuren skal derfor læses nedefra og opåder. På folkesundhedsniveau (nederste trin af pyramiden) var modsvar til COVID-19 i første omgang samfundsmæssige restriktioner som social afstand, restriktioner i rejseaktivitet og forsamlingsforbud, herunder hjemmearbejde. Der blev indskærpet øget håndhygiejne, og hen ad vejen blev der givet påbud om brug af ansigtsmasker. Trods disse foranstaltninger og trods relativ hurtig udvikling af effektive vacciner bredte smitten sig i befolkningen, hvilket især blev synligt ved den tiltagende brug af testning. Næstnederste trin af pyramiden illustrerer derved den del af befolkningen, der blev testet og på baggrund af positiv test gik i hjemme-karantæne. Relateret til variant af coronavirus udviklede en del af personer med positiv SARS-CoV-2 test symptomer på COVID-19 (næste trin) og sundhedsvæsenets modsvar i første omgang var egenomsorg, hjemmekarantæne og anbefalinger om håndkøbsmedicin i form af fx paracetamol og halspastiller.

Ved mere alvorlige forløb af COVID-19 blev der ved pandemiens begyndelse rapporteret om en mediantid på ca. fem dage fra symptomdebut til udvikling af pneumoni for personer med behov for hospitalsindlæggelse. I tilfælde af kritisk sygdom med udvikling af acute respiratory distress syndrome (ARDS) rapporteredes mediantid fra symptomdebut til indlæggelse på intensiv afdeling på 7-12 dage (13). Et tidligt dansk kohortestudie beskrev en mortalitet på 37% blandt patienter indlagt på intensiv pga. COVID-19 trods maksimal behandling, som illustreret i toppen af pyramiden (14). For hospitalsindlagte COVID-patienter udvikledes efterhånden viden om bedste behandling i form af CPAP-behandling (continuous pulmonary

airway pressure), relevant iltterapi, lejrning fx som bugleje og medicinsk behandling som remdesivir og dexamethason. Pyramiden illustrerer altså population (setting) og et korresponderende niveau af pleje og behandling af en ny infektiøs sygdom, som vi som globaliseret samfund løbende blev nødt til at forholde os til. Opadgående pile indikerer derved udvikling af sygdommens sværhedsgrad med behov for øget pleje- og behandlingsintensitet.



Figur 3: Model af PEP-egenomsorg som forebyggende folkesundhedsindsats (3)

I april 2020 opstod den idé, at vi måske kan forebygge forværring af respiratoriske symptomer ved COVID-19 ved brug af en PEP-fløjte via en slags folkesundhedsmæssig egenomsorg. Hvis vi alle fik tilsendt en PEP-fløjte med tilhørende video-instruktion om anvendelse og hygiejne, så kunne vi måske undgå en stor del af forløb med forværring af symptomer og med deraf følgende behov for indlæggelse på hospital. Idéen blev udviklet til et forskningsprojekt, der opnåede finansiel støtte blandt andet fra Innovationsfonden. Projektet blev benævnt 'the PEP-CoV trial' og protokollet blev registreret i ClinicalTrials.gov (NCT04530435). Derudover er der som tidligere nævnt publiceret en protokolartikel (3), hvori modellen indgår som et argument for projektets relevans.

PEP-CoV-projektets problemformulering ('Har egenomsorg med brug af PEP-fløjte effekt ved COVID-19, så sværhedsgraden af respiratoriske symptomer reduceres for ikke-hospitalsindlagte individer?') kan ses nedenfor opsat som et PICO-spørgsmål (tabel 1).

P = Population	I = Intervention	C = Comparison	O = Outcome
Alle i Region H/Sjælland med positiv PCR for SARS-CoV-2 OG COVID-19 symptomer OG som ikke bor på plejecenter OG som kan svare på spørgeskema på dansk OG som har smartphone	To sæt PEP-fløjter med tilhørende modstande fremsendes via quick-post (postnord). Instruks gives via link til to udviklede videoer. Daglig indrapportering af CAT-score via sms-link	Vanlig behandling, som er Sundhedsstyrelsens råd til danskere med COVID-19 på det givne tidspunkt. Daglig indrapportering af CAT-score via sms-link	Follow-up day-30 for symptomsværhedsgrad af hoste, dyspnø, slim i lungerne, trykken for brystet, energi, søvn, ADL (almindelig daglig livsførelse), tryghed ved at være hjemme trods symptomer*

Tabel 1: Opsat PICO for PEP-CoV (\*item: 'tryghed ved at være hjemme med symptomer' er modificeret fra vanlig CAT (4), som angiver 'tryghed ved at forlade hjemmet trods symptomer')

Som det ses, vil besvarelse af projektets problemformulering ikke umiddelbart inddrage den udviklede pyramide-model. Denne vil imidlertid – forhåbentlig – understrege perspektiverne i dette projekt, nemlig at hjemmebaserede egenomsorgsinterventioner er nødvendige ved pandemier som COVID-19 for at undgå sammenbrud af nationale sundhedsvæsen. Sådanne interventioner virker midtvejs i pyramiden (markeret med den gule PEP-pil, figur 3) og kan

potentielt dermed gavne en stor del af befolkningen. Fordi der også er tale om en relativt billig og ufarlig intervention, vil det kunne have stor samfundsmæssig betydning. Ved 16th European Public Health Conference i Dublin, november 2023, blev projektet præsenteret ved en 'poster walk' med abstraktitel: PEP-flute selfcare in epidemic respiratory infectious diseases – high societal impact at low cost? Som det kan udledes af titlen, er forforståelsen bag pyramide-modellen central, også for denne præsentation.

## Refleksion og perspektivering

I denne artikel er præsenteret tre meget forskellige modeller, der har været udviklet til meget forskellige uddannelsesmæssige og forskningsrelaterede formål. Et fællestræk ved de tre cases er, at der har været et oplevet behov hos 'forskeren' for at tydeliggøre 'forskerens' egen forforståelse i det enkelte projekt. Denne forforståelse er formidlet ud som del af kandidatspeciale, ph.d.-projekt og forskningsartikler. Selvom der især ved PEP-CoV-casen er tale om et projekt med et ligeværdigt samarbejde i en større projektgruppe, så er modellerne i alle tre cases udarbejdet af projektlederen, denne artikels forfatter. Ved såvel håndeksem-casen og PEP-CoV-casen er modellerne dog publiceret i artikler med henholdsvis to (7) og syv medforfattere (3). Derved har modellerne været diskuteret og har mødt accept både blandt medforfattere af artiklerne og andre forskere, der har givet peer review på manuskript.

Alle tre cases er projekter, der fortrinsvis har anvendt kvantitativt design og kvantificerbare effektmål. Det synliggør, at kvantitativ forskning ud fra min forståelse ikke er absolut objektiv og reproducérbar indsamling af objektive data. I alle faser af et kvantitativt projekt indgår antagelser, hypoteser, skøn, valg og vurderinger, der har betydning for hvordan vi kan forstå og bruge den fremkomne viden.

Et andet fællestræk ved modellerne er, at alle tre indeholder et væsentligt tidsmæssigt element. Det understreger, at vi ofte har behov for at se på en given problemstilling i et forløbsperspektiv. I case 1 illustrerer modellen hvordan et nyudviklet tidsmæssigt effektmål (PCTF, precritical time fraction) måske kunne vise en mulig effekt af MAT-intervention. Modellen for egenomsorg ved kronisk håndeksem i case 2 illustrerer, at egenomsorg har flere dimensioner (selvmonitorering, kompetence og involvering af sundhedspersoner) og antager forskellige former (sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering) over tid. I case 3 illustrerer pyramidemodellen, hvordan implikationer af en mulig effektiv egenomsorgsintervention (PEP-fløjte ved COVID-19) rækker ud over studiepopulationen og forventeligt kan have stor samfundsmæssig betydning. Selvom studiet ikke direkte har haft power til at måle på forskel mellem grupperne i indlæggelser og evt. mortalitet, vil det være plausibelt, at en reduceret symptombyrde tidligt i det enkelte COVID-19 forløb vil medføre en samlet lavere incidens af COVID-19 relaterede hospitalsindlæggelser.

Som underviser og forsker bliver jeg ofte inspireret af andre sundhedsprofessionelle, der i forskellige medier har formidlet deres idéer og projekter. På samme måde kan denne artikel forhåbentlig være til inspiration for andre sy-

geplejersker, der udvikler og forsker inden for komplekse fænomener.

## Referencer

1. Mollerup, Annette A. Effectiveness of rapid response systems: do we need new approaches for research? [Thesis for the Master of Health Science degree]. University of Copenhagen; 2008.
2. Mollerup, Annette. Hand eczema. Self-management and prognosis [PhD-dissertation]. University of Copenhagen; 2014 [ISBN nr. 978-87-92613-43-1]. Kan hentes på [www.videncentreforallergi.dk](http://www.videncentreforallergi.dk)
3. Mollerup A, Larsen SC, Bennetzen AS, Henriksen M, Simonsen MK, Weis N, Kofod ML, Heitmann BL. PEP-CoV protocol: a PEP flute-self-care randomised controlled trial to prevent respiratory deterioration and hospitalisation in early COVID-19. *BMJ Open*. 2021 Jun 30;11(6):e050582.
4. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Leidy NK. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*. 2009 Sep 1;34(3):648–54.
5. Hill AB. The Environment and Disease: Association or Causation? *Proc R Soc Med*. 1965 May;58(5):295–300.
6. Hillman K, Chen J, Cretikos M, Bellomo R, Brown D, Doig G, et al. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2005 Jun 18;365(9477):2091–7.
7. Mollerup A, Johansen JD, Thing LF. Knowledge, attitudes, and behaviour in everyday life with chronic hand eczema: a qualitative study. *Br J Dermatol*. 2013 Nov;169(5):1056–65.
8. Mollerup A, Veien NK, Johansen JD. Chronic hand eczema--self-management and prognosis: a study protocol for a randomised clinical trial. *BMC Dermatol*. 2012 Jan;12(1):6–6.
9. Mollerup A, Veien NK, Johansen JD. Effectiveness of the Healthy Skin Clinic--a randomized clinical trial of nurse-led patient counselling in hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2014 Oct;71(4):202–14.
10. Lysdal SH, Søsted H, Andersen KE, Johansen JD. Hand eczema in hairdressers: a Danish register-based study of the prevalence of hand eczema and its career consequences. *Contact Dermatitis*. 2011 Sep;65(3):151–8.
11. Malten KE. Thoughts on irritant contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1981;7(5):238–47.
12. Dreyfus SE. The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. *Bull Sci Technol Soc*. 2004 Jun;24(3):177–81.
13. Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim CM, Divatia JV, et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *Lancet Respir Med*. 2020 May 1;8(5):506–17.
14. Haase N, Plovsing R, Christensen S, Poulsen LM, Brøchner AC, Rasmussen BS, et al. Characteristics, interventions, and longer term outcomes of COVID-19 ICU patients in Denmark  
—A nationwide, observational study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2021;65(1):68–75.





**Laura Kvorning, gæsteforsker, Ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet (SDU), kontakt: lkvorning@health.sdu.dk**

**Niels Christian Hvidt, professor, theol.dr., Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet (SDU)**

**Ricko Damberg Nissen, seniorforsker, Ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet (SDU)**

## Videnskabelig artikel

# Metoder og tilgange til eksistentiel og åndelig omsorg til børn, der er pårørende til sygdom i familien - et tværfagligt perspektiv

### Abstract

Artiklen bygger på en kvalitativ undersøgelse med forskellige fagpersoner, der arbejder med børn, der er pårørende. Analysen viser, at det er afgørende at opbygge en god relation, tryghed og tillid. Metoderne er at skabe rum og være nærværende, at have en legende og nysgerrig tilgang til at gøre det abstrakte mere konkret, at hjælpe barnet til at kunne kommunikere med omverdenen om dets situation, så barnet kan være autentisk og ikke føle sig for forskelligt fra dets jævnaldrende. Diskussionen omhandler, hvordan de beskrevne metoder og tilgange kan bringes i spil tværfagligt ud fra et perspektiv om eksistentiel og åndelig omsorg.

### Nøglebegreber:

Børn som pårørende, tværfaglig tilgang, eksistentiel omsorg

### Introduktion

Over 100.000 børn (0-18 år) årligt oplever alvorlig fysisk sygdom hos enten en forælder eller søskende i Danmark (1). Derudover er der over 350.000 børn, som er pårørende til forældre eller søskende med psykisk sygdom (2).

Når alvorlig sygdom rammer familien, vil det for de fleste blive en del af barnets og familiens identitetsskabelse og en integreret del af barnets hverdagsliv (3). Disse børn kommer ofte i eksistentiel krise (4), hvor de får tanker og bekymringer af eksistentiel og åndelig karakter. Det kan være tanker om, hvad meningen med livet er, bekymring for fremtiden, frygt for sygdom og død, hvad der sker når man dør, om identitet og selvværd, samt et behov for indre

fred og forbundethed (5-7).

Denne artikel præsenterer konkrete tilgange og metoder til at drage eksistentiel og åndelig omsorg for børn, som er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig fysisk og/eller psykisk sygdom, undervejs i sygdomsforløbet og/eller ved dødsfald.

Børn, som er pårørende, har som de fleste børn et gennemgående ønske om normalitet, rutiner og stabilitet i familien (8). Sygdom i familien kan betyde, at børnene oplever, at de lever et meget anderledes liv end deres jævnaldrende, og samtidig er det tabubelagt at tale om, fordi omgivelserne ofte er usikre på, hvordan de skal adressere det (5, 9). Der er mange årsager til dette tabu, og danskerne kan være meget private eller mangle sprog for eksistentielle og åndelige tematikker (10, 11). Børn har brug for voksne, som kan rumme dem og tilbyde samtaler i en svær tid om eksistentielle og åndelige emner, fordi det hjælper børnene til at italesætte de temaer eller oplevelser, der kan være svære for dem at takle og derigennem åbne for flere forståelser og handlemuligheder (7, 12). Imidlertid kan det være vanskeligt for bl.a. sundhedspersonale at håndtere børn som pårørende, fordi de kan opleve, at de ikke føler sig klædt på til at tage disse samtaler, og at de mangler uddannelse og træning (13). Det betyder, at børn og unge ofte efterlades alene uden voksne at tale med om eksistentielle og åndelige temaer (4, 14). Flere aktører bl.a. Sundhedsstyrelsen har fokus på familier, som er ramt af sygdom og anbefaler, at sundhedsprofessionelle har opmærksomhed på den eksistentielle og åndelige omsorg (herefter åndelig omsorg):

*Formålet med eksistentiel/åndelig omsorg omfatter opmærksomhed på barnets og de pårørendes eksistentielle lidelse, det*



*vil sige opmærksomhed på, i hvilken grad sygdommen afstedkommer overvejelser om retfærdighed/uretfærdighed, mening med liv og død, en højere magts eksistens eller fravær. Desuden er der fokus på, hvordan familien lever med den afmagt en livstruende sygdom forårsager, om familien formår at bevare eller genskabe livsmød, håb og mening samt om der er religiøse overvejelser (15).*

Den åndelige omsorg adskiller sig fra andre former for omsorg ved, at det i mindre grad handler om psykosociale redskaber og copingstrategier, men i højere grad om at lytte og forstå den livssituation, som mennesket (her barnet) står i. Det handler derfor om at tage udgangspunkt i den konkrete situation og de tanker og følelser, den afstedkommer og bidrage til en styrket oplevelse af fx mening, forståelse og håb (16-18).

For at adressere tabuet omkring eksistentielle og åndelige temaer var det projektets formål at undersøge, hvordan der blandt forskellige fagligheder arbejdes med børn som pårørende til alvorligt syge familiemedlemmer. Herunder hvilke metoder og tilgange der bruges, hvordan disse kan bringes i spil tværfagligt, og hvordan disse kan forstås ud fra et perspektiv om åndelig omsorg.

## Metode

Undersøgelsen foregik som et eksplorativt kvalitativt studie. Først blev der foretaget en kortlægning af de forskellige fagpersoner, som er i daglig kontakt med børn, som er pårørende, gennem litteraturstudie og via repræsentanter fra patientforeninger og hospitalsafdelinger. Kortlægningen fandt mange forskellige fagprofessionelle både i sundhedsvæsenet, børneinstitutioner og civilsamfundet. En række fagprofessionelle, som kunne repræsentere de forskellige sektorer og fagligheder deltog derefter i enten enkelt- eller fokusgruppeinterview.

Inden interviewet var alle informanter blevet informeret om formålet med undersøgelsen. Interviewene blev foretaget ud fra en semi-struktureret interviewguide for at undersøge og forstå den enkeltes metoder og tilgange til omsorg. Interviewguiden bestod af spørgsmål om, hvordan informanten oplevede børnenes behov og reaktioner, og hvordan de imødekom dem med udgangspunkt i den institution og med den professionelle baggrund og faglighed, som den enkelte havde (19). Alle interviews blev optaget og transskriberet. Interviews blev foretaget enten online eller ved fysisk møde i efteråret 2022.

Behandlingen af interviewdata tog udgangspunkt i en tematisk analysestrategi ud fra seks faser udarbejdet af Braun og Clarke (20): 1. Gøre sig bekendt med data, 2. Generering af indledende koder, 3. Søgning efter temaer, 4. Gennemgang af temaer, 5. Definition og navngivning af temaer og 6. Skriftlig fremstilling af analysen.

I fase 1 blev databehandlingsprogrammet Nvivo anvendt til at kode de transskriberede interviews, som alle blev gennemlæst og kodet for umiddelbare temaer. I fase 2 blev koderne samlet under et tema, hvis der var sammenfald, og

citater blev udvalgt til at illustrere temaerne. I fase 3 blev første udkast til analyse lavet med de potentielle temaer. I fase 4 blev temaerne omformuleret og reduceret til temaer, som genererede et tematisk 'kort' over analysen og temaerne blev diskuteret op imod data og klassificeret herefter i tre temaer. I fase 5 og 6 blev klare definitioner for hvert tema genereret. Analysen blev sammenfattet, diskuteret og kommenteret i forfattergruppen, og kvalificeret med eksisterende forskning indenfor feltet.

## Resultater

Analysen af interviewene viser tre temaer, som beskriver, hvordan informanterne arbejder med at skabe tillid, tryghed og relation, for at få dialog med barnet om det, der fylder for dem. Temaerne er: 1. Rum, 2. Metoder og 3. Åbenhed.

### 1. Tema: RUM

Temaet kendetegnes ved, at informanterne understreger betydningen af, at man som voksen skal skabe et legitimt og ufarligt rum for barnet, hvor det trygt kan dele tanker og følelser. Den voksne skal vise, at han/hun står til rådighed for at tale om det, som barnet er optaget af, og lytte opmærksomt.

Både børnehavepædagogen og det palliative team fortæller, at der blandt voksne godt kan være en opfattelse af, at der ikke er grund til at bekymre børnene, hvis barnet ikke opsøger den voksne. De pointerer, at ligesom børn går ind og ud af legen, går de ind og ud af sorgen. Derfor skal man som voksen ikke være så bekymret for at påføre dem bekymringer, smerte eller sorg, som de ikke allerede har. Det er stadig vigtigt og nødvendigt at invitere børnene til samtale om det, der fylder. Konkret håndterer børnehavepædagogen dette gennem en "samtaleklub" med de børn i institutionen, som har det svært.

*Altså tit, vi sidder ved sådan et bord der, og jeg prøver ligesom at lave en ramme omkring det (...) Så jeg har altid sådan nogle fine kopper i farver og skal have vand op. Og så har jeg jo sådan et lille skab med nogle kiks i. Og så skal vi tænde det her lys, og så skal der være ro. Altså, hele det der er setup omkring, at nu er det lidt særlig et rum, hvor jeg lytter og er nærværende. Og hvis det handler om fastelavnskostume til fastelavn hele seancen, så er det det, det handler om. Altså, jeg skal ikke styre det. (Børnehavepædagogen)*

Som citatet illustrerer, så skaber pædagogen et rum for hendes og barnets møde, så de begge ved, at nu kan de tale sammen. Barnet styrer, hvad der tales om; det, som fylder indeni barnet netop den dag. Lægen og sorggruppelederen betoner også vigtigheden af, at den voksne er opmærksom på, at når der er en lille åbning, så skal man spørge ind til, hvad der sker inde i barnet med bevidstheden om, at det måske kun bliver kort og altid på barnets præmisser.

Præsterne, pædagogerne, sorggruppelederen og det palliative team forklarer alle, at det er den voksnes ansvar at skabe rum for og invitere til at tale om temaer, som barnet

måske ikke taler med ret mange om, fx døden og tanker om efterlivet. Sorggruppelederen forklarer, hvordan hun viser børnene, at døden er noget, som man godt kan tale om, og det kan gøre børnene trygge, så de også selv tør springe ud i at tale om det.

*Jeg spørger jo som det mest naturlige 'Hvad tror du på?' Eller 'hvor har du din far henne?' og sådan. Desuden skal de lige finde ud af, hvad jeg egentlig mener. 'Har hun slet ikke fattet, at han er død?' Og så peger jeg op sådan 'Hvad tror du på? Hvor kommer man hen, når man dør?'. 'Nå, jamen man kommer op i himlen!' 'Okay, hvordan ser der ud deroppe?' 'Der er rart, og der er varmt. Og der er fars venner og svigerfar og far og sådan noget også oppe. Og vores hund'. (...) 'Så hvad [sker der] når du dør?'. 'Så kommer jeg også derop'. (Sorggruppelederen)*

Som citatet viser spørger hun direkte til efterlivet og inviterer på den måde barnet til selv at sætte ord på sine tanker. Hun oplever, at når hun og barnet sammen kan være nysgerrige og åbne overfor efterlivet og måske ligefrem grine af det, så kan det lette den tunge stemning og endog give nyt håb.

Sammenfattende så handler temaet RUM om at skabe tilid, tryghed og relation ved, at den voksne 1) tager initiativ, afsætter tid og skaber en ramme for samtale med barnet og på den måde vise barnet opmærksomhed og nærvær, 2) skaber rum ved at vise med både ord og kropssprog, at de godt kan rumme og gerne vil tale om det, der kan være svært for barnet at tale med andre om, fx døden og efterlivet.

## 2. Tema: METODER

Dette tema handler om forskellige metoder, som informanterne bruger til at hjælpe børn med at sætte ord på og forstå, hvad der foregår både konkret og følelsesmæssigt. De påpeger, at mange af disse børn føler sig meget anderledes, fordi sygdommen gør, at hverdagens rutiner og relationer ændrer sig. Fælles for metoderne er en legende og kreativ tilgang med udgangspunkt i en nysgerrighed på barnets oplevelser og tanker.

Hospitalspræsten og børnehavepædagogen fortæller, at de bruger tegning som redskab til at facilitere snakken om det abstrakte fx døden.

*Når alle tegner. Når jeg tegner, som jo virkelig er håbløs til at tegne, så kan alle være med. Fordi det bliver en åben snak om, hvad tror vi... (...) Ingen af os kan jo sige: Nå, vi har så et facit på, hvad der sker, når vi dør. Det er snakken, det er samtalen, der er vigtig. Kan vi tegne vores håb? Hvad håber vi på? Kan vi tegne vores vrede? Kan vi modellere det? Kan vi lave modeller-voks af det, vi er vrede på, eller hvad det nu kan være. Ked af det-heden. (Hospitalspræsten)*

Citatet viser, hvordan tegning og modellering er metoder til, at den voksne sammen med barnet kan få gjort den virkelighed, som barnet er en del af, mere konkret fx efterlivet. Det skaber mulighed for samtale mellem barnet og den voksne.

De tre pædagoger fremhæver alle (billed)bøger, samtale/snakkekort med spørgsmål eller billeder, som gode metoder til at indlede dialog. Det kan også være objekter, fx kopper, bolde med smileys på, kort med forskellige ord og billeder eller grafiske illustrationer. Det kan også være figurer eller dukker til rollelege eller rollespil. Et konkret spørgsmål, en dukke eller et billede kan gøre det lettere for barnet at tale om situationer eller følelser, som barnet oplever og dermed gøre det abstrakte mere konkret eller relaterbart. Børnehavepædagogen fortæller om et barn med en mor i behandling i psykiatrien.

*Og så har man måske nogle små Lego dukker. Og så kan man sige 'Når du er i børnehaven, så kan det være, at far, han skal ned i Psykiatriens hus, og så kan det være, mor går med, mens du er i børnehaven'. Igen, det er det der med at få det meget konkret. 'Det er fordi, ligesom der er nogen, der hjælper digovre i børnehaven'. Ligesom du går i snakkeklub, så går far også i snakkeklub. Han går så i snakkeklub nede i Psykiatriens hus'. 'Nå!' 'Så det er rigtig godt, for det er jo hyggeligt at gå i snakkeklub, så er det nok også hyggeligt for far at gå i Psykiatriens hus'. (Børnehavepædagogen)*

Citatet viser, hvordan pædagogen med dukker kan facilitere en samtale med barnet om morens situation, så det bliver genkendeligt og konkret, fordi det minder om det, som barnet selv gør, når det er i 'snakkeklub'.

En anden metode, som bruges i psykiatrien, er Mindmap, som går ud på, at familierapeuten tegner og skriver på et whiteboard, som hænger på væggen i samtalerummet. På den måde åbner han for dialog med familien og kortlægger familiens liv med en psykisk sygdom.

*Så skriver jeg bare inde midt på tavlen, en boble, så skriver jeg 'depression'. Så kan jeg finde på at sige 'okay, hvis der var skjult kamera, eller jeg skulle lave en dokumentarudsendelse om jeres liv, hvordan kan jeg så se, at her er en familie med en mor, der lider af depression?' (...) Så ville hun [moren] typisk sige 'jamen, du vil se en mor, der er træt'. (Familierapeuten)*

Citatet viser, at Mindmap som metode hjælper barnet og familien med at få et fælles sprog for, hvad sygdommen betyder i deres familie. Det fælles arbejde med mindmap-pet flytter fokus fra en potentiel meget sårbar og følelsesmæssig dimension hen mod noget konkret og visuelt. Derudover kan et mindmap også illustrere, hvor komplekst og omfattende det kan være at leve med en sygdom som depression i familien.

Spejling i andres fortællinger er endnu en metode, som hospitalspræsten, sognepræsten og familierapeuten på forskellig vis benytter. De fortæller, at når børnene kan spejle sig i andre og høre, at de også har samme oplevelse som dem, kan oplevelsen af at være alene mindskes.

*Min erfaring er, at aleneheden kommer til at fylde så meget, fordi der er ikke andre, der har erfaringer med det [at være pårørende]. (...) Altså fordi meget få jævnaldrende har jo erfaringer, der kan matche det, som det unge menneske eller det barn*

*har af erfaringer. (Hospitalspræsten)*

Citatet viser, hvordan barnet kan føle sig ensomt, fordi der ofte ikke er nogle omkring dem, som helt forstår, hvad det vil sige at være pårørende til en syg søskende/forældre.

Når børn mødes i grupper med andre i samme situation, skabes en mulighed for spejling og genkendelse i andre. Familierapeuten og sorggruppelederen fortæller, at de tit hører børn sige efter en gruppesession, at det er første gang, de har følt sig normale, fordi de ellers tænker, at de er forkerte eller anderledes.

*Jeg siger, at magien opstår de første minutter (...) når vi spørger 'Hvad var det bedste ved at have været her i dag?' 'Det var at møde de andre.' (Familierapeuten)*

*Så det er jo det med, at lige så snart vi møder noget genkendelse, så giver det ro i nervesystemet (...) Årh, så er jeg ikke den eneste i hele verden, der er anderledes, eller som har det, som jeg har det.' (Sorggruppelederen)*

Informanterne forklarer, at i mødet med de andre børn føler de sig mindre forkerte, mindre anderledes, men nok allervigtigst mindre alene i verden.

Hospitalspræsten forklarer, at hun bruger forskellige former for fortællinger fra bibelhistorier eller skønlitteratur, for at kunne tale med børnene. Hun fortæller om en dreng, som selv var syg.

*Når Jesus blev vred, da han lå ude i Gethsemane have, og alle vennerne havde sagt til ham 'Vi skal nok være der. Vi skal nok være der lige til det sidste,' og så ligger de og falder i søvn. (...) Når Jesus kunne være så forladt af sine venner, så er det måske ikke, fordi det er 'mig'... Så er det fordi... ja, det er menneskeligt, at de der venner falder i søvn eller bliver optaget af andre ting. (Hospitalspræsten)*

Som citatet viser, gør hospitalspræsten de svære følelser som misundelse, skuffelse eller at være bange, til generelle følelser, som alle mennesker har og altid har haft gennem brug af bibelfortællinger. Det oplever hun, kan medvirke til at normalisere svære følelser hos barnet, som nogle, der ikke er unaturlige, men menneskelige.

Sognepræsten og skolepædagogerne nævner, at det er vigtigt at hjælpe børnene med at huske gode minder og oplevelser, som de har haft med deres syge eller afdøde. Præstens metode er at lave en form for interview enten med barnet eller opfordre barnet til at interviewe den syge eller nære relationer og dykke ned i minderne. Skolepædagogerne fortæller om en meget konkret metode, hvor de laver en "mindebog" sammen med barnet.

*Vi skrev til [et barns] far og fik far til at sende nogle kontakter på nogle familier og venner, og så sendte vi ud i netværket, og så sad vi simpelthen og lavede sådan en meget, meget fin mindebog med billeder og hilsner fra mors... [venner og familie], hvor vi fik sådan nogle hilsner om, hvordan mor var, og nogle hilsner om, hvordan mor var i forhold til børnene. (Skolepædagog 1)*

Som citatet viser, bliver processen med at lave mindebogen en måde hvorpå barnet kan høre om oplevelser, minder og historier om den syge eller afdøde. Det oplever skolepædagogen kan give barnet ro og trøst at huske på, at det også har været godt engang. Det kan være en måde for barnet at være med sorgen, og at de kan få mening ud af den situation, de er i på trods af sygdom eller dødsfald. Sammenfattende handler temaet METODER om, at den voksne, gennem brug af forskellige metoder, kan hjælpe barnet med at forstå den virkelighed, som det er del af, gøre det abstrakte mere konkret og at det kan se hvilke muligheder og ressourcer, det har. Der er overordnet fire metoder: 1) tegninger, illustrationer eller mindmap, 2) fortællinger og spejling i andres historier, 3) billeder, bøger, objekter, dukker eller figurer og 4) interviews eller mindebøger til at huske deres kære før sygdommen/døden.

### 3. Tema: ÅBENHED

Dette tema handler om informanternes tilgange til at hjælpe børn med at være åben om deres situation og gøre det lettere for børnene at fortælle om, hvordan de har det i forhold til deres omverden.

I det palliative team fortæller de, at deres oplevelse er, at forældrene ofte ikke selv har overskud til at forklare og fortælle om sygdommen eller dødsfald. Men ikke desto mindre kan åbenheden være en lettelse, så barnet ikke behøver at forklare en hel masse selv.

*Det er det der med at skabe en direkte kommunikation. Få sikret os, at de på skolen kender den historie, der er, men også at de kan følge med i, når historien forandrer sig, eller når situationen sygdomsmæssigt forandrer sig. Og så få skabt det her hele billede af barnet. Fordi skolen har et billede, og hjemme har man et billede, men at få et fælles billede af barnet, det synes jeg, det var det, vi gjorde... (Socialrådgiver 1)*

Citatet viser, hvordan åbenhed og kommunikation også er vigtigt, når sygdommen forandrer sig, så de relevante personer får besked, så de kan følge med undervejs og støtte barnet og familien.

Børnehavepædagogen fortæller på samme måde om at skabe åbenhed. Det kan være ved at inddrage og orientere barnets jævnaldrende, da de er nogle af barnets vigtige relationer, som skal styrkes også trods sygdom. Det gør hun konkret ved at tage en eller flere af barnets venner med til 'samtaleklub', som hun kalder det.

*Og så havde hun [barnet som er pårørende] så en rigtig god veninde, og hun var så også med [til 'samtaleklub']. Ikke hver gang, men af og til med, og det var også lidt ud fra det syn med, at man deler sine ting, bekymringerne med veninder, det bliver jo mere og mere aktuelt jo ældre, du bliver. (...) det er fordi de [barnet som er pårørende] ligesom har fået lov at dele den der sårbare ting, de har været med der [i 'snakkeklubben']. Så de er ikke bange for at snakke om det, de der kammerater, selvom de ikke har mistet hverken mor eller far. Men de er blevet fortrolige med at være i det rum. (Børnehavepædagogen)*

Citatet illustrerer vigtigheden af at få inddraget nogle, som barnet kan være fortrolige med, også selvom personerne ikke er i samme situation. Det kan hjælpe barnet også på længere sigt igennem livet med at dele de sårbare emner og oplevelser.

Åbenheden handler også om at kunne forstå sig selv og sine følelser, for at kunne udtrykke over for både forældre og andre i omgangskredsen, hvad det er, der fylder. Sorggruppelederen fortæller, hvordan hun hjælper barnet til at forstå og forklare til sine forældre, hvordan det har det. Her ser hun en opgave i at hjælpe med at "oversætte", hvad en bestemt reaktion betyder, og hvilket bagvedliggende behov barnet har, men som det har svært ved at udtrykke. Hun fortæller om en dreng, som mistede sin far.

*Og lige pludselig, så kan de [forældrene] møde det her barn med en langt større omsorg, fordi der lige bagved lille vrede Tobias, så er der en enorm stor smerte og en enorm stor bekymring over, om mor også skulle forsvinde ud af hans liv. Så derfor må jeg hellere lukke ned for mit hjerte. Fordi den smerte skal jeg ikke opleve en gang til. Eller hvad det nu må være, der er på spil. (Sorggruppelederen)*

Som citatet illustrerer, hjælper sorggruppelederen barnet med at forstå og forbinde det, der sker indeni med den adfærd, det har. Her er det en vrede, som barnet har, men ikke ved, hvad den bunder i. I citatet tolkes vreden i virkeligheden som udtryk for en stor eksistentiel smerte og frygt, som barnet har, for at miste endnu en forælder, og det forsøger at beskytte sig selv. Så sorggruppelederen kan hjælpe barnet og forældrene, så barnet kan få den omsorg, det har brug for, hvilket kan være svært, når adfærden fx vreden kan være svær ellers at håndtere og forstå.

Sammenfattende handler temaet ÅBENHED om at skabe tillid, tryghed og relation mellem barnet og dets omverden ved, at den voksne hjælper barnet med at 1) kortlægge og inddrage nøglepersoner (både voksne og børn) i deres netværk, 2) få skabt en åbenhed om situationen derhjemme med sygdom i familien, på skolen eller andre steder, hvor barnet færdes for, at barnet være mere autentisk og transparent med, hvordan de har det og 3) hjælpe til at forstå og forklare, hvordan en bestemt adfærd kan være udtryk for følelser og underliggende behov, som barnet har, men ikke kan udtrykke.

## Diskussion

Undersøgelsens formål var at undersøge, hvordan fagpersoner med forskellige baggrunde, drager omsorg for børn, som er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig fysisk og/eller psykisk sygdom, undervejs i sygdomsforløbet og/eller ved dødsfald. Analysen har vist forskellige tilgange til at hjælpe børn med de tanker, følelser og behov, som er affødt af den eksistentielle krise, som naturligt opstår ved sygdom i familien. Her viser analysen, at forudsætningen for at drage omsorg for disse børn er at skabe tryghed, tillid og relation mellem den voksne og barnet. Det er afgørende, at børnene tør åbne op for og udtrykke, hvad de tænker og føler, da de ofte føler sig anderledes end deres jævn-

aldrende. Artiklens resultater bidrager konkret til, hvordan barnets omgivelser kan nedbryde tabuet om at tale om de eksistentielle bekymringer og udfordringer, som tidligere forskning har påvist (5, 8, 9). De kreative og legende tilgange og metoder, som blev beskrevet i analysen, bidrager til at barnet kan leve i åbenhed og få den støtte, som det har brug for gennem en medmenneskelig forståelse og tilgang til barnet og familien. Dette er i tråd med et perspektiv om at åndelig omsorg handler om at lytte og forstå den livssituation, som barnet står i, og bidrage til en styrket oplevelse af fx mening, forståelse og håb (16-18). Som forskning har vist, bekræfter analysen, at det er den voksne, som skal skabe rum for at tale om de eksistentielle og åndelige temaer (7, 12). Her oplever de fagprofessionelle, at børnene gerne vil gå ind i det rum, hvis de bliver givet mulighed for det. Her er det muligt sammen med barnet at sætte ord på det, som barnet måske oplever, at mange ellers ikke tør tale om. Det kunne være tematikker som døden og efterlivet, som de kan italesætte på en legende og let måde gennem fx tegninger eller mindmap, og derigennem hjælpe barnet med at åbne for flere forståelser og handlemuligheder af den situation, som de står i (12). Derudover kan den voksne være undersøgende og nysgerrig på, hvad der fylder for barnet, mere end at fokusere på bestemte copingstrategier. Det handler fx om at hjælpe barnet med at forstå egne følelser og behov, som det måske har svært ved at udtrykke fx frygt for at miste eller vrede over sygdom. Når barnet får hjælp til at forstå sig selv bedre, kan det være mere åbent overfor dets omgivelser og få nemmere ved at være i situationen.

Artiklens resultater adresserer også tilgange og metoder til at hjælpe børn, som er pårørende, når de føler, at de lever et meget anderledes liv end deres jævnaldrende. Det bekræfter tidligere forskning om, at barnet har brug for at finde normalitet, rutiner og stabilitet i familien trods sygdom (8). Her kan spejling i andre, som er i samme situation, være en metode enten gennem fortællinger eller grupper med ligesindede. De kreative og legende metoder som tegning, dukker og rollelege præsenteret i resultatafsnittet kan medvirke til, at barndommen kan fastholdes så meget som muligt. Det kan medvirke til, at det abstrakte gøres mere konkret, og bekymringer kan adresseres på en legende måde, så barnet kan relatere sig til det på en positiv måde, hvilket forskningen ligeledes bekræfter (3). Som artiklens resultater viser, er det vigtigt, at de voksne hjælper barnet med at være åbent og indgå i de eksisterende relationer og hverdagsituationer, som det gjorde også før sygdommen. Det kan være ved at inddrage relevante nøglepersoner i barnets netværk, så barnet kan være åbent om situationen og hvordan det har det, og at sygdommen på en god måde kan integreres som del af barnets hverdagsliv (3). Det kan også være at lave mindebøger for at huske det gode hverdagsliv før sygdom eller et dødsfald.

Artiklens resultater viser dog også, at der ikke nødvendigvis er en oplagt "tovholder" for barnet, men at det afhænger af den enkelte situation, og hvilket netværk barnet indgår i. Det gælder fx, om der er en pædagog i børnehaven eller på hospitalsafdelingen, som har mulighed og kompeten-



cer til denne opgave. Det er kun i psykiatrien og i den palliative enhed, at der er et fokus på, at der er en tovholder, som har en struktureret og organiseret samtale med disse børn og deres familier.

Det vil være oplagt for alle, som har med barnet at gøre, at denne opgave adresseres eksplicit, så de professionelle er forberedte, når situationen opstår. Ligeledes ville det gavne barnet og hele familien, hvis de forskellige fagprofessionelle kunne samarbejde på tværs af institutioner og sektorer, for at hjælpe familien bedst muligt, da det er forskelligt, hvilke fagpersoner, der kender familien bedst og ved, hvad der er behov for. Dette er i tråd med nyere forskning om åndelig omsorg (18), hvor det ikke nødvendigvis kun er et enkelt møde, som kan imødekomme de åndelige behov, men at det skal ses som en kontinuerlig proces, som kan strække sig over længere tid. At yde den form for omsorg, som disse børn har brug for, er svært. Det kræver forbedrelse, empati og omtanke. Dette studie har beskrevet konkrete tværfaglige metoder og tilgange, som sundhedsprofessionelle kan lade sig inspirere af i arbejdet med involvering af børn som pårørende.

### Konklusion

Undersøgelsen viser flere forskellige tilgange og metoder, man som professionel eller forælder kan benytte for at drage omsorg for børn, som er pårørende til alvorlig syge eller døende. Det afgørende er at få opbygget en god relation, skabe tillid og tryghed for barnet ud fra en legende og undersøgende tilgang med fokus på at gøre det abstrakte mere konkret. Desuden handler det om at hjælpe barnet med at kunne være åbent og kommunikere med dets omverden om, hvordan det har det i den situation, det står i, så det kan være autentisk, og at børnene ikke føler, de skal skjule noget eller oplever at være unødigt anderledes end deres jævnaldrende.

Artiklens resultater viser også, at der med fordel kan drages omsorg på tværs af hele barnets livsverden og ikke kun i hospitalsregi, men gerne med inddragelse af tværfaglige tilgange fx i skolen eller børnehaven. Det vil derfor være en fordel at arbejde hen imod, at de forskellige fagprofessionelle kan samarbejde på tværs af sektorer, for at hjælpe familien bedst muligt og at familierne får en 'tovholder', som er ansvarlig for, at de får den støtte og omsorg, som de har behov for. Derudover, at de kan supplere hinandens fagligheder med deres forskellige tilgange til barnet. Der er dog behov for yderligere undersøgelser af, hvordan et sådant tværfagligt samarbejde kan udvikles og faciliteres og hvilke former for interventioner, som vil være mest gavnlige for børnene og familierne. Her vil det især være vigtigt at fokusere på, hvordan de forskellige fagprofessionelle og deres konkrete metoder bringes i spil og supplerer hinanden, samt hvordan de bedst introduceres for familierne.

### Referencer

1. DanskePatienter. Børn som pårørende - Undersøgelse blandt Danske Patienters medlemsforeninger vedrørende børn som pårørende. 2016.
2. BedrePsykiatri. Antal søskende til psykisk syge børn og

unge. 2020.

3. Haslund H, Wind G. Introduktion: Sundhed og sygdom i relation til børn og unge. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund. 2018;15(29).
4. Kehlet K. Børn som pårørende til alvorligt syge forældre. Tværfagligt videnscenter for patientstøtte, Rigshospitalet 2015.
5. Dencker A, Rix BA, Bøge P, Tjørnhøj-Thomsen T. A qualitative study of doctors' and nurses' barriers to communicating with seriously ill patients about their dependent children. *Psychooncology*. 2017;26(12):2162-7.
6. Buchwald D, Delmar C, Schantz-Laursen B. How children handle life when their mother or father is seriously ill and dying. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(2):228-35.
7. Hammer ER, Viftrup DT. "Man skal sgu tale med børn" - samtaler med børn, der er pårørende til døende. *Omsorg*. 2022;22(3).
8. Søndergaard E, Reventlow S. Tegning som trædesten til at nærme os svære og tabubelagte emner i forskningsprojekter med børn. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. 2018;15(29).
9. Winther-Lindqvist D. Uvished i ungeliv med en alvorligt syg forælder. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. 2018;15(29).
10. Viftrup DT, Hvidt NC, Buus N. Religious Coping in a Christian Minority Group: A Qualitative Study Among Pentecostal Danes. *Nordic Journal of Religion and Society*. 2017;30(2):115-35.
11. Nissen RD, Andersen AH. Addressing Religion in Secular Healthcare: Existential Communication and the Post-Secular Negotiation. *Religions*. 2022;13(1):34.
12. Viftrup DT, Andersen AH, Nissen RD. "Det var sgu meget dejligt at snakke om døden" - et studie om at tale med børn om døden. *Omsorg*. 2022(3).
13. Sundhedsstyrelsen. Mødet med pårørende til personer med alvorlig sygdom. *Anbefalinger til sundhedspersonale*. 2016.
14. Jørgensen S, Andersen, A., Lund, L., Due, P., Michelsen, S. Trivsel og hverdagsliv blandt børn og unge som pårørende og efterladte. 2019.
15. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for palliativ indsats til børn, unge og deres familier*. Sundhedsstyrelsen; 2018.
16. Steinfeldt VØ, Viftrup DT, Hvidt NC. *Åndelig Omsorg: Munksgaard*; 2019.
17. Viftrup DT, Nissen R, Søndergaard J, Hvidt NC. Four aspects of spiritual care: a phenomenological action research study on practicing and improving spiritual care at two Danish hospices. *Palliat Care Soc Pract*. 2021;15:26323524211050646.
18. Nissen RD, Viftrup DT, Hvidt NC. The Process of Spiritual Care. *Front Psychol*. 2021;12:674453.
19. Kvale S, Brinkmann S. Interview : introduktion til et håndværk. 2. udgave ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009. 376 sider.
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.



**Alberte I.M. Linnebjerg, Sygeplejerske, cand. Cur. Stud. Øjenafdelingen Næstved, Mail: [alinnebjerg@outlook.com](mailto:alinnebjerg@outlook.com)**

**Katrine Christensen, Sygeplejerske, Udekørende hjemmesygeplejerske Næstved kommune, distrikt vest.**

**Ditte Høgsgaard, Seniorforsker, Adjunkt, Ph.d., MPP, Cand. Cur., Sygeplejerske. Forsknings- og implementeringsenheden PROgrez. Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse. Head of Projekt: V4M. Forskningshuset, Slagelse**

**Bettan Bagger lektor, Ph.d., Cand. Pæd., Sygeplejerske. Professionshøjskolen Absalon. Center for Sygepleje, Næstved.**

## Faglig artikel

Tværasektorielle virtuelle 4-partsmøder (V4M) – en kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers perspektiv på implementering af V4M til bedre koordinering af den multisyge patients forløb.

### Abstract

Tværasektoriel kommunikation er afgørende i udskrivelsen af patienten med kompleks multisygdom, da denne oftere udsættes for fejl og manglende sammenhæng. For at få viden om sygeplejerskers perspektiv på implementering af Virtuelle 4-partsmøder (V4M) til bedre koordinering af forløb i Region Sjælland, er der indsamlet empiri gennem obser-view og to kvalitative fokusgruppeinterviews. Tre temaer blev synlige: 1) Det tværasektorielle samarbejde 2) Sygeplejerskens hverdag med teknologi og 3) Medinddragelse. Sammenfattende peges der på, at en eventuel implementering vil kræve både tid og oplæring for at kunne anvende V4M.

### Nøglebegreber:

Obser-view og kvalitative fokusgruppeinterview, tværasektoriel koordinering, medinddragelse og implementering

### Introduktion

Sundhedsvæsenet er presset grundet den demografiske og samfundsøkonomiske udvikling, med en øget forekomst af ældre med flere samtidige behandlingskrævende kroniske sygdomme, nye behandlingsmuligheder og nye teknologier (1,2). Multisye patienter oplever manglende organisering af patientforløbet, mangelfuld kommunikation, manglende patientinddragelse, fravær af helhedstilgang samt kontinuitet i plejen (3). Et igangværende forskningsprojekt, Tværasektorielle virtuelle 4-parts møder (V4M),

er støttet af Novo Nordisk Fonden med 5,7 mio. kr. Formålet er at undersøge, om et møde mellem sygehus, egen læge, primær sektor og den komplekse multisyge patient og dennes pårørende kan bidrage til bedre koordinering, patientsikkerhed, patienttilfredshed og fremme kvaliteten i det tværasektorielle forløb (4). Udvalgte afdelinger på Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse (NSR) i Region Sjælland, samt Det Nære Sundhedsvæsen repræsenteret ved kommunerne: Slagelse, Næstved, Ringsted, Sorø og Kalundborg, er inkluderet i forskningsprojektet. Dette er baseret på aktionsforskning og på sigt skal V4M udbredes til alle afdelinger i NSR. Som sygeplejerskestuderende på Professionshøjskolen, Absalon, har vi, Katrine og Alberte, været aktive deltagere i aktionsforskningsgruppen igennem sidste del af vores uddannelse. Her har vi deltaget i workshops omhandlende udvikling af et e-kompetenceprogram for dialogisk kommunikation i V4M målrettet deltagerne i projektet. Kompetencer er centrale for et succesfuldt virtuelt 4-partsmøde, men udfordringer kan ligge i implementeringsprocessen i sektorerne. Det er helt centralt, at sygeplejerskerne inddrages i processen og bliver undervist, da det ellers kan resultere i modstand og fejlslæring (5,6).

### Metode

For at opnå forståelse for sygeplejerskernes perspektiv på anvendelse og implementering af V4M, blev afsæt taget i en hermeneutisk forståelsesramme (7). Omdrejningspunktet for analyserne var observationer foretaget ved obser-views i workshops samt fokusgruppeinterviews fra to

kontekster, en kommune og på et sygehus (8,9).

### Studiets kontekst

Empirien blev indsamlet i forbindelse med deltagelse i aktionsforskningsgruppen i V4M samt tre workshops i foråret 2022. Endvidere blev empiri indsamlet i efteråret 2023 på en sygehusafdeling og i en kommune i Region Sjælland, som ikke er inkluderet i V4M og derfor ikke var bekendt med projektet. Empirien dannede baggrund for vores professionsbacheloropgave i sygepleje.

### Deltagere i workshops

På tre workshops deltog 25 deltagere: Læger og sygeplejersker fra primær og sekundær sektor, patienter og pårørende, sygeplejestuderende og adjunkter fra Absalon samt forskere. Kortlægning af og udvikling af nødvendige digitale kompetencer til at foretage V4M konsultation var omdrejningspunktet i alle tre workshops. Udfordringer og barrierer for implementering i sektorerne blev imidlertid også debatteret både i de enkelte gruppesessions i de tre workshops samt i plenum, hvor alle deltagerne var samlet.

### Informanter i fokusgruppeinterviews

Endvidere indgik 4 informanter i to fokusgruppeinterviews. I det ene indgik to hjemmesygeplejersker fra en kommune og i det andet indgik to specialesygeplejersker på en sygehusafdeling. Kommunen og sygehusafdelingen var ikke inkluderet i projekt V4M, og informanterne havde dermed ikke kendskab til projektet. Vi vurderede, at vi dermed kunne få indblik i informanternes umiddelbare perspektiv på, hvorvidt de vurderede, om V4M kunne bidrage til bedre koordinering, patientsikkerhed, patienttilfredshed og fremme kvaliteten i det tværsektorielle forløb. Denne viden

kunne være et vigtigt bidrag til den videre udvikling og implementeringsstrategi, når V4M skal udbredes i NSR. Informanternes erfaringer var erhvervet gennem henholdsvis 2 år og 26 år i primær sektor, og 3 år og 17 år i sekundær sektor.

### Indsamling af data

Med inspiration fra obser-views (8) deltog vi som sygeplejestuderende aktivt i dialogen i gruppesessions i de tre workshops og havde tillige små uformelle samtaler og fælles refleksioner med deltagerne og med hinanden efterfølgende. Viden og observationer herfra indgik i den videre dialog med aktionsforskningsgruppen og var afsæt for udvikling af to kvalitative fokusgruppeinterviews inspireret af David L. Morgan (9). Begge fokusinterviews foregik i uforstyrrede rum på informanternes arbejdsplads. Efter en kort introduktion præsenteredes informanterne for en explainerfilm omhandlende parret Else og Kurt (4). Den er udviklet på baggrund af de afholdte tre workshops og illustrerer et virtuelt 4-partsmøde, hvor parrets komplekse situation som multisyg patient og de pårørendes bekymringer bliver hørt og indgår i fælles beslutningstagning. Den varer ca. 6 minutter og var afsæt for det efterfølgende interview ud fra en semistruktureret interviewguide (10). Interviewet blev indledt med fokus på informanternes umiddelbare refleksioner i forhold til V4M. Om deres vurdering af, hvorvidt V4M kunne være en relevant teknologi i det tværsektorielle samarbejde omkring den multisyg patient. Rammen for interviews var 60 minutter. Efter introduktion om projektets problemstilling og formål, blev explainerfilmen afspillet, og herefter blev interviewet optaget på lydfil (13.46 min. og 26.05 min.) samt transskriberet ud fra transskriptionsguide (11).

Transskriberede tekst	Kode	Meningskondensering	Tema
<p>Sygeplejerske A1 primær sektor:</p> <p>At vi ikke ringer søndag morgen (og siger red.) jeg skal snakke med en bagvagt og det er nu, fordi ellers kan jeg ikke give vedkommende hans medicin. Sådan noget, det er måske afklaret inden, fordi så får man ordnet medicinen og folk forstår, hvorfor de skal den eller hvorfor den er så meget anderledes end det de fik, da de var hjemme og alt det der.</p> <p>Sygeplejerske A2 primær sektor:</p> <p>Det er jo fordi der ikke er informationer på og imellem sektorovergangene</p> <p>Sygeplejerske B2 sekundær sektor:</p> <p>[...] samarbejds-mæssigt, det føler jeg egentlig godt, at man kan skabe over en telefon [...] man behøver ikke at have så mange opkald [...] synes egentlig heller ikke, at vi har så mange opkald.</p>	<p>Modsatrettede perspektiver på samarbejdet på tværs af sektorer</p>	<p>Informanter fra begge sektorer har forskelligt perspektiv på det tværsektorielle samarbejde. I primær sektor bruges ofte lang tid på at forsøge at få kontakt til sekundær sektor. I sekundær sektor vurderes at samarbejdet er godt og kan skabes over tlf. kontakten er imidlertid sjælden.</p>	<p>Det tværsektorielle samarbejde</p>

Tabel 1 Eksempel på tværgående analyseproces

## Analyse

Der blev foretaget en empiristyret bottom-up-analyse, hvorudfra der blev produceret koder, kategorier og temaer med udgangspunkt i den systematiske indsamling og analyse af empirien (12). I to langsgående analyser anvendtes hermeneutisk analysemodels fem faser (12). Herefter blev der foretaget en tværgående analyse af den transskriberede empiri og empiri fra obser-views for at få øje på ligheder og forskelle mellem informanternes udtalelser (13). Afslutningsvist blev der foretaget en hermeneutisk meningsfortolkning ud fra tre niveauer: selvforståelse, kritisk commonsense forståelse og teoretisk forståelse, hvorved der blev dannet en dybdegående fortolkning (13). Tabel 1 illustrerer eksempel på den tværgående analyseproces.

## Etik

Gældende juridiske retningslinjer for indsamling af data i forbindelse med udviklingsprojekter blev overholdt (14). Skriftlig tilladelse blev indhentet ud fra orienterende materiale samt informeret skriftligt og mundtligt samtykke. Informanterne blev anonymiseret, data blev opbevaret forsvarligt med krypteret adgangskode og er destrueret efter publicering.

## Resultater

Tre temaer fremkom af analysen: 1) Det tværsektorielle samarbejde 2) Sygeplejerskens hverdag med teknologi og 3) Medinddragelse. Temaerne beskrives enkeltvis men har en indbyrdes afhængighed. Analysen viste, at V4M blev tillagt forskellig betydning af informanterne i sektorerne. Informanterne i primær sektor var positivt stemte og så kun internetforbindelsen som værende en udfordring. De vurderede, at V4M kunne styrke det tværsektorielle samarbejde. De havde en oplevelse af, at sekundær sektor manglede forståelse for rammerne og vilkårene, som primær sektor arbejder under. Informanterne i sekundær sektor så ingen fordele ved V4M. De vurderede, at telefonisk kontakt var fyldestgørende i det tværsektorielle samarbejde, omend telefonisk kontakt forekom meget sjældent. Informanterne i de respektive sektorer havde forskelligt perspektiv på helhedssygepleje, men de havde begge fokus på udfordringen ved at etablere relation og medinddragelse af multisyge patienter. Hvorvidt V4M kunne styrke etablering af relation og medinddragelse, var informanterne ikke enige om.

### *Det tværsektorielle samarbejde*

Informanterne fra begge sektorer pegede på udfordringer forbundet med det tværsektorielle samarbejde, at der var et manglende kendskab til hinandens praksis i sektorerne (15). Informanterne i primær sektor efterlyste forståelse fra sekundær sektor om de rammer, som primær sektor arbejder under. De vurderede V4M som en kærkommen mulighed for en helhedsorienteret tilgang til patienten, og dermed mulighed for at få afklaret flere praktiske forhold ved udskrivelsen af den ældre multisyge patient. Det blev imidlertid tydeligt, at informanterne i de respektive sektorer havde et forskelligt perspektiv på, hvad det ville sige at arbejde helhedsorienteret. Med afsæt i Høgsgaards forskning, så kan udskrivelsessituationen blive en form for

kampplads med manglende forståelse for det helhedsorienterede perspektiv (15). Informanterne i primær sektor gav udtryk for et behov for at forandre og forbedre det tværsektorielle samarbejde. Informanterne i sekundær sektor vurderede, at det tværsektorielle samarbejde fungerede godt, som det foregik via telefon. Der var ikke et behov for yderligere tiltag, men de påpegede samtidig, at de kun oplevede få opkald fra primær sektor i afdelingen. Informanterne i primær sektor tillagde anvendelsen af V4M en positiv betydning for patientens overgang mellem sektorerne, samt at det ville forbedre samarbejdet. Informanterne i sekundær sektor var derimod mindre positivt stemte og gav udtryk for det modsatte.

Forandring og forbedring af praksis kan være konfliktfyldt og parterne skal kunne se, at forandringer bidrager med en merværdi. (15). I de tre afviklede workshops gav flere sygeplejersker fra sekundær sektor udtryk for bekymring om, hvorvidt V4M kunne resultere i flere arbejds- og tidsmæssige udfordringer i en kompleks og travl hverdag. Skepsis og potentiale for konflikter blev således diskuteret i de tre workshops blandt deltagerne og det indgik derfor i drøftelserne i aktionsforskningsgruppen, at her var der et opmærksomhedspunkt.

### *Sygeplejerskens hverdag med teknologi*

Informanterne i primær og sekundær praksis blev introduceret til V4M, en virtuel konsultationsteknologi, som var ukendt for informanterne. Explainerfilmen om ægteparret Else og Kurt har fokus på kompleksiteten i den multisyge patients overgang mellem sektorer og illustrerer en anden måde at yde tværsektoriel koordinering på. Anvendelse af teknologi forandrer og konstituerer sygeplejerskens praksis (16). V4M kan resultere i forbedrede overgange for den multisyge patient, men det hænger sammen med konstitueringen i den konkrete kontekst. Her handler det om, at sygeplejerskerne skal kunne få øje på muligheder og er positivt stemte, eller om de tager afstand. Informanterne i sekundær sektor havde fokus på det virtuelle mødes begrænsning. De kunne ikke se, at det ville forbedre deres praksis eller kunne løse deres aktuelle problemer. Informanterne i primær sektor pegede på udfordringer med internetforbindelsen, men var ellers positive overfor anvendelse af virtuel praksis. De havde erfaringer med flere opgaver i primær sektor, der er omlagt til virtuelle møder. Den merværdi eller erfaring kunne influere på deres holdning til teknologien, at de havde erhvervet en kropsliggjort medieret relation og en hermeneutisk medieret relation (16). Informanterne i sekundær sektor havde ikke erfaring med virtuelle møder, og de havde dermed svært ved at se potentialet i dette. Informanterne i begge sektorer pointerede, at anvendelse af teknologi var noget, der skulle læres (16). At det kaldte på sufficient undervisning, oplæring, tid og kontinuerlig anvendelse, så kompetencerne blev vedligeholdt. De særlige digitale kompetencer i forhold til V4M var ofte omdrejningspunktet i drøftelserne i de tre afviklede workshops. Her blev det synligt, at digitale kompetencer ikke bare handlede om tips og tricks. Virtuel konsultation krævede ligeledes en særlig opmærksomhed på fx sygeplejerskens kompetence til at lede et møde med



fire deltagende parter over en skærm. Et særligt kodeks for, hvordan man agerer bag en skærm, blev også drøftet med afsæt i deltagernes erfaring. Et konkret erfaret eksempel fortalt af en pårørende til en patient var, at en deltager sad og børstede sit hår under et virtuelt møde.

### *Medinddragelse*

Informanterne fra begge sektorer oplevede, at der var udfordringer forbundet med at inddrage den multisyge patient i det fysiske møde. Med afsæt i Zoffmann og Kirkevolds teori, var det ofte en Jeg-Du-Distanceret Professionel Dominans, der udspillede sig i dette møde (17). Informanterne fra begge sektorer udtrykte en bekymring for, hvordan det ville være muligt at medinddrage patient og pårørende i V4M. Bekymringen gik to veje: 1) at mødet kunne forløbe således, at det kun bestod af en faglig sparring imellem de sundhedsprofessionelle 2) at den ældre multisyge patients almene tilstand samt påvirkede sanser og kognitive funktioner kunne være en forhindring for medinddragelse. At de dermed ikke ville kunne deltage fyldestgørende i det virtuelle møde. Informanterne fra primær sektor pegede på, at man skulle bestræbe sig på at opnå en Jeg-Du-Sorteret Gensidighed, som påpeget af Zoffmann og Kirkevold, i den virtuelle konsultation (17). De vurderede således, at den virtuelle samtale kunne muliggøre, at patientens perspektiv kom i fokus, at deres viden, erfaringer og ønsker for fremtiden kunne blive inddraget i den virtuelle samtale med henblik på at opnå en fælles forståelse (17). Informanterne i sekundær sektor påpegede, at det generelt var svært at inddrage den multisyge patient, og at det nok altid ville være tilfældet, uanset om mødet foregik fysisk på stuen eller virtuelt. I de afviklede workshops blev selvsamme udfordringer eller bekymringer drøftet blandt deltagerne, hvorvidt det ville være muligt at medinddrage patienterne, der er målgruppen for udvidet koordinering igennem V4M. Denne problematik indgik ligeledes i drøftelserne i aktionsforskningsgruppen og indgår som en del af den videre forskning. Der er således udviklet et screeningsredskab til inklusion af egnede ældre multisyge patienter (4).

### **Diskussion**

Formålet var at belyse sygeplejerskers perspektiv på anvendelsen og implementering af V4M til udvidet koordinering af den multisyge patients forløb på tværs af sektorerne i Region Sjælland. Analysen viste, at informanterne i fokusgruppeinterviewet i både primær og sekundær sektor pegede på udfordringer, der var forbundet med et manglende kendskab til hinandens praksis samt arbejdet med et udfordrende kommunikationssystem (15). Der var imidlertid uenighed om, hvorvidt V4M kunne forbedre det tværsektorielle samarbejde. Informanterne i primær sektor ønskede forandring og forbedring af samarbejdet på tværs, hvorimod informanterne i sekundær sektor vurderede, at telefonisk kontakt dækkede det tværsektorielle samarbejde. Undersøgelser viser, at telekonsultationer via telefon eller videokonferencer kan være et godt alternativ til ansigt-til-ansigt konsultation (18). Informanterne i sekundær sektor oplevede imidlertid sjældent opkald fra primær sektor.

Informanterne i primær sektor vurderede, at V4M kunne fremme en helhedsorienteret tilgang til patienten, hvilket undersøgelser viser, efterlyses af den multisyge patient (3). Analysen viste imidlertid, at informanterne havde et forskelligt perspektiv på, hvad det ville sige at arbejde helhedsorienteret, hvilket kunne hænge sammen med silo-opdelingen på sygehuset, at fokus kun er på afdelingens speciale (15).

Et systematisk review viser, at især patienter med kroniske sygdomme og mange kontakter med sundhedsvæsenet kan have gavn af telekonsultationer, da det kan spare tid for både for patienten og de sundhedsprofessionelle (18). Analysen i nærværende bachelorprojekt viste, at informanterne var uenige om, hvorvidt V4M kunne skabe en merværdi for den multisyge patient i form af et forbedret tværsektorielt samarbejde. Informanterne i primær sektor så muligheder for en forbedring af samarbejdet, da de efterlyste forståelse fra sekundær sektor om deres rammer og muligheder i sektoren (15). Informanterne fra sekundær sektor var skeptiske overfor, om V4M kunne resultere i flere arbejds- og tidsmæssige udfordringer i en kompleks og travl hverdag.

Analysen viste, at informanterne havde fokus på medinddragelse af patienten i fælles beslutningstagning (17). De havde dog også øje for udfordringen, der lå i, at patientgruppen er svækkede. Informanterne fra primær sektor så muligheder i V4M, hvorimod informanterne fra sekundær sektor ikke vurderede, at V4M ville influere på muligheden for medinddragelse. En undersøgelse viser imidlertid, at der opnås en bedre relationsdannelse og kommunikation gennem virtuelle konsultationer (19,20).

Informanterne i primær sektor var positive over for V4M, hvilket kunne hænge sammen med, at virtuel konsultation allerede anvendes i forskellige sammenhænge og er konstitueret i deres praksis (16). Informanterne i sekundær sektor havde ikke erfaring med virtuelle møder. Anvendelse af ny teknologi er en proces, der skal læres (16). Analysen viste, at dette var centralt for informanterne, hvis de skulle få øje på potentialet i V4M og være motiveret for at lære og udvikle kompetencer. Undersøgelser viser, at der skal være ressourcer til træning og til formel og løbende oplæring og undervisning, da implementering af virtuelle konsultationer ikke er lige til, men kalder på både mere erfaring og yderligere forskning (19,20).

### *Metodediskussion*

Kombinationen af metoderne obser-view og fokusgruppeinterviews ses som en styrke (8,9), da denne kombination gjorde det muligt at deltage i dialog og refleksioner med deltagerne i de afviklede workshops. Her var fokus på konkrete situationer, som gjorde det muligt at få en dybere indsigt i deltagernes perspektiver på V4M igennem projektets inkluderede deltagere fra sygehus og kommuner. Obser-view gik forud for fokusgruppeinterviews med informanter fra ikke inkluderede sektorer. Anvendelse af explainerfilmen om ægteparret Else og Kurt vurderes at

være en meget velegnet optakt til interviewet. Her kunne interviewet tage direkte afsæt i informanternes umiddelbare refleksioner vedrørende V4M for udvidet koordinering suppleret med en semistruktureret interviewguide (10). Fokusgruppeinterviews var en velegnet metode. Metoden samt anonymiseringen gjorde, at informanterne kunne inspirere hinanden og frit kunne give udtryk for deres kritiske holdninger uden konsekvenser, som en informant gav udtryk for. Uden anonymisering kunne materialet og analysens kvalitet derfor have været udvandet (21). Metodens svaghed var vanskeligheden med at afsætte personale i begge sektorer, resulterende i to fokusgrupper med få deltagere. Metodens styrke er sammensætningen af informanterne i grupperne i forhold til anciennitet i begge grupper. En styrke for undersøgelsen var, at interviewene blev foretaget ud fra en semistruktureret interviewguide (10), så informanterne kunne tale om de refleksioner, de fandt mest relevante på baggrund af explainerfilmen.

### Konklusion

Undersøgelsen har bidraget med viden om, hvilke perspektiver sygeplejersker i primær og i sekundær sektor ville tillægge anvendelse og implementering af V4M i deres praksis. Informanterne i primær sektor var positive i deres vurdering af V4M. De så fordele, idet V4M kunne kompensere for et udfordrende kommunikationssystem og manglende kendskab af praksis på tværs af sektorer. I V4M kunne flere praktiske forhold afklares og en helhedsorienteret tilgang sikres til den multisyge patient. Informanterne i sekundær sektor så ikke potentiale for forbedring af praksis eller løsning på deres aktuelle problemer. De havde telefonisk kontakt med primær sektor, som dækkede samarbejdet, selvom det forekom meget sjældent. De vurderede ikke, at V4M kunne indvirke positivt på medinddragelse af den multisyge patient, hvorimod informanterne i primær sektor så potentiale for styrkelse af medinddragelse. Informanterne i primær sektor havde både erfaring og merviden i forhold til at afholde virtuelle møder i deres praksis. Her kunne være en sammenhæng med, at de kunne se fordele og potentiale for forbedring af praksis og merværdi for den multisyge patient. Begge parter var enige om, at implementering ville kræve oplæring og tid til at lære teknologien at kende.

### Perspektivering

Ved implementering af V4M i henholdsvis sygehus og kommune er det helt fundamentalt, at en særlig opmærksomhed rettes mod brugerperspektivet, mod sygeplejerskerne i både primær og sekundær sektor. Hvis implementering skal forløbe succesfuldt og deltagerne skal varetage tværsektorielle, virtuelle 4-partsmøder, er et relevant bud, at implementeringsprocessen ikke bare tager afsæt i én model, men i flere implementeringsmodeller (22). Disse implementeringsmodeller, der anvendes i processen, skal supplere hinanden og helt centralt, så skal brugerne inddrages og inkluderes i implementeringsprocesserne, inden selve implementeringen påbegyndes. Således skal flere niveauer inddrages, både på det organisatoriske- og på medarbejderniveau. Implementeringsprocessen må derfor anskues som kreative processer, hvor der skal være tid og

plads til læreprocesser og modstand.

### Referencer

1. Danske Regioner. Flere ældre betyder flere patienter i sundhedsvæsenet. Landspatientregistret, Stat. 2019;2.
2. Danmarks statistik. Danmarks statistik. [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 6]. Befolkningsfremskrivning. Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningsfremskrivning?fbclid=IwAR2s0JnaYAAARxtWWkmmi5c2pRfY4I-3sm-weJAZlWtpSyxYtlzieQp6jtvk>
3. van der Aa MJ, van den Broke JR, Stronks K, Plochg T. Patients with multimorbidity and their experiences with the healthcare process: a scoping review. *Journal of Comorbidity*. 2017 Jan 27;11–21.
4. Tværsektorielle virtuelle 4-parts møder (V4M) <https://virtuelle-konsultationer.dk/>
5. Danbjørg DB. DSR: Ny teknologi kan give mere tid og kvalitet - hvis det gøres ordentligt. *Sygeplejersken - DSR* [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 6]; Available from: <https://dsr.dk/nyheder-fra-dsr-c/dsr-ny-teknologi-kan-give-mere-tid-og-kvalitet-hvis-det-goeres-ordentligt/>
6. Juhlin HKT, Christoffersen N, Nystrøm L, Rasmussen SE, Bagger B. Faglig artikel - Sygeplejekultur og digital dokumentation - En kvalitativ undersøgelse af kulturen på en hospitalsafdeling og den betydning sygeplejersken tillægger brug af Rover. *Forstyrrelsen: Sygeplejefagligt tidsskrift*. 2023;(Nr. 1):12–6.
7. Gadamer HG. Sandhed og metode - grundtræk af en filosofisk hermeneutik. 2. Udgave. Aarhus: Hans Reitzels Forlag; 2007. 169
8. Kragelund, L. Observeret. In: Glasdam, S. (red). Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder 2. udgave. Nyt Nordisk Forlag; 2015. p. 156-164
9. Morgan DL. Introduction. In: Focus groups as qualitative research. 2. Udgave. California: SAGE; 1997. p. 1–7.
10. Thisted J. Den kvalitative forskningsmetode I. In: *Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. 2. udgave Kbh: Munksgaard; 2018. p. 195–205.
11. Præstegaard J, Nørby SB. Fokusgruppeinterview. In: Glasdam S, editor. Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder. 2. udgave. Kbh: Nyt Nordisk Forlag; 2015. p. 118–28.
12. Klenske F, Bennich BB. Hermeneutisk analyse. In: Mathar H, editor. *Analysestrategier i sundhedsfaglige undersøgelser*. 1. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2023. p. 25–38.
13. Kvale S, Brinkmann S. Interviewanalyser med fokus på mening. In: Kvale S, Brinkmann S, editors. *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave. Kbh: Hans Reitzel; 2015. p. 267–82.
14. Professionshøjskolen Absalon Sygeplejeuddannelsen. Sygeplejerskeuddannelsen Juridiske retningslinjer for indsamling af patientdata til brug i opgaver og projekter. Professionshøjskolen Absalon. 2017;1–12.
15. Høgsgaard D. Tværsektoriel samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives. Ph.d.-afhandling. Roskilde; 2017.

16. Danbjørg DB, Olesen F. Sygepleje og teknologi. *Klinisk Sygepleje*. 2018 Oct 19;32(1):73–8.
17. Zoffmann V, Kirkevold M. Relationer og deres forandringspotentiale udviklet i vanskelig diabetesomsorg. *Klin Sygepleje* [Internet]. 2009 [cited 2023 Nov 6];23(1):54–70. Available from: <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2009-02-07>
18. De Albornoz SC, Sia KL, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: Systematic review. *Fam Pract*. 2022 Feb 1;39(1):1–15.
19. Eriksen S, Dahler AM, Øye C. The informal way to success or failure? Findings from a comparative case study on video consultation training and implementation in two Danish hospitals. *Research Square*. 2023 Jan 27;1–23.
20. Walthall H, Schutz S, Snowball J, Vagner R, Fernandez N, Bartram E. Patients´and clinicians´experiences of remote consultation? A narrative synthesis. *J Adv Nurs*. 2022 Jul;78(7):1954-1967
21. Vike H. Anonymitet og offentlighed. *Norsk antropologisk tidsskrift*. 2001;12 nr. 1.2:76–84.
22. Ravn, B. Implementering, i Glasscock, T. og Eldrup, D.S. (red.) *At lede sygepleje - sygeplejerskens virksomhedsområde*. 2. udgave. København: Gads;2019. s. 341–345.



# Boganmeldelser

## Steen Hundborg gør det igen – Evidensbaseret sygepleje til os alle!

**Medicinske Sygdomme og evidensbaseret sygepleje.** Steen Hundborg (red.), Fagl's Forlag, 2022

I denne bog har Steen Hundborg samlet de skarpeste hjerner inden for deres felt, og bringer os evidensbaseret viden omkring en lang række medicinske sygdomme. Bogen henvender sig til en bred vifte af de sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der er i berøring med multisygge patienter og deres pårørende på landets sygehuse.

I mit arbejde som sygeplejerske på et medicinsk sengeafsnit for diabetes, hormon- og nyresygdomme stod jeg ofte over for patienten med et meget komplekst forløb; med multisygdom og polyfarmaci, fejlernæring, nedsat egenomsorg samt et belastet socialt netværk. Og man må sige, at der kommer flere og flere af disse forløb. For de yngre og nyansatte sundhedsprofessionelle kan det være uoverskueligt – der synes ikke at være ét sted at starte. Men, man kan prøve at starte i kapitel fire 'det gode patientforløb'. Her får man en fin indflyvning til elementerne i at modtage en patient fra primærsektor, de mange forskellige elementer under en indlæggelse, samt det at slutte ringen med en god udskrivelse. Særligt i kapitel to ('stuegang') og fire ('det gode patientforløb') adskiller denne lærebog sig fra andre bøger om sygdomslære. Stuegang og det gode patientforløb er elementer, der er lige så essentielle under en indlæggelse som sygepleje til patienten med diabetes og nyresygdom. Og det er noget vi skal lære. Vi præsenteres blandt andet for begrebsrammerne 'Fundamentals of Care' samt 'Calgary-Cambridge-guiden', der har fokus på at strukturere samtalen samt inddrage patientens pårørende som ressourcer.

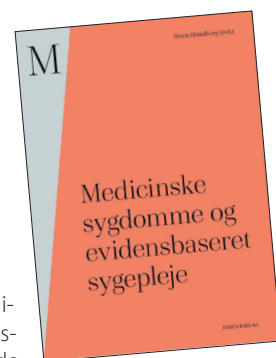
I bogen er der yderligere dedikeret et kapitel til 'familiedialog og pårørendeinddragelse i det korte møde', dette med stor relevans i forhold til den vej, vi befinder os på i dag. Her introduceres vi til 'Illness Beliefs-modellen', og hvordan vi som sygeplejersker må søge at møde "familien

med respekt og lyst til at være nysgerrig på individuelle overbevisninger i forhold til sygdomsforløbet." Desuden kommer man omkring de kendte folkesygdomme: Type 2-diabetes, osteoporose, astma/allergi, gigtsygdomme, hjertekarsygdom, kræft samt den seneste multisygdom. Kapitel 17 omhandlende multisygdom binder en fin knude omkring det at yde evidensbaseret sygepleje til den medicinske patient. Vi præsenteres for rig og relevant forskning på området, for den kompleksitet der er omkring disse patienter, og for den enorme sygdomsbyrde, patienterne kan føle. Vi introduceres for en række hands-on værktøjer, der både kan klæde den nye kollega på i mødet med patienten med multisygdom, men i høj grad også være med til at inspirere os andre "gamle" til at blive dygtigere.

'Medicinske sygdomme og evidensbaseret sygepleje' udgør én ud af tre bøger i en lærebogserie omkring sygdomslære og sygepleje. Og det er noget af en moppedreng – men! Bogens opbygning gør det muligt at læse kapitlerne enkeltvist, og i den rækkefølge der syntes mest relevant for den enkelte. Denne bog kan virkelig være med til at styrke sygeplejerskens basale viden, og sikre, at vi arbejder evidensbaseret omkring den medicinske patient. Bogens temaer indbyder desuden til, at man som læser bliver inspireret til selv at dykke dybere ned i de begreber, der fanger ens interesse.

Der er uden tvivl noget for enhver!

**Anmeldt af:** Leah Sejrup Christensen, Klinisk Sygeplejespecialist, cand. cur, Medicinske Sygdomme, Sygehus Sønderjylland





# Bogen, der beskriver det fundamentale for sygeplejen. Det, der er med til, at skabe relation, tillid og i sidste ende give velvære og værdighed

## Omsorg. Når menneskelighed er et arbejde

Denne meget aktuelle og fagligt relevante bog, tager udgangspunkt i den praktiske del af sygeplejerskens kerneopgave, nemlig omsorgens og relationens betydning for det enkelte menneske, der har behov for pleje og omsorg.

Som altid, forstår forfatteren at folde sygeplejen ud, så det står klart, at sygepleje handler om medmenneskelighed og at øjne patienten som menneske, for at sikre en menneskeliggørelse.

Bogens indhold er anvendelig til at få flere ord på, hvad omsorg og pleje indeholder, hvad det betyder at yde en omsorgsfuld og relationel sygepleje. Men bogen vil også kunne anvendes i forbindelse med den kliniske hverdag, hvor en eller flere plejesituationer kræver refleksion og sparring. Her vil bogen med stor fordel kunne anvendes til at reflektere ud fra. Med udgangspunkt i denne bog vil man kunne opnå et fælles sprog for sygeplejen og derved sikre et fokus på, hvad vores faglighed bør indeholde, for at sikre en professionel omsorg.

# Anvendelig og praksisnær viden formidlet godt til målgruppen

## Psykatri i praksis Jette Thomsen (red.) 1. udgave, 1. oplag, 2023 FADL'S forslag, 128 sider.

Titlen på bogen holder, hvad den lover læseren. Bogen indeholder praksisnær viden om psykiatrien og viden, som er let anvendeligt og omsætteligt for nye i det psykiatriske speciale.

Bogen rummer udvalgte dele af psykopatologien, så læseren får forståelse for patienternes sygdomme og adfærd. Desuden indeholder den specifikke tilgange og redskaber, der kan anvendes i mødet med mennesker indlagt i psykiatrien. Bogen kommer omkring viden om patienter med selvskade, spiseforstyrrelse, agitation, misbrug samt relationsarbejde.

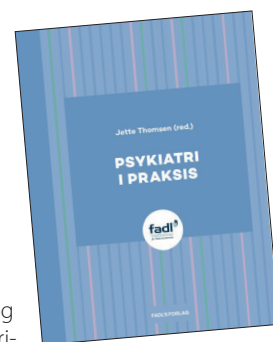
Forordet i bogen sætter fokus på et vigtigt budskab; at vi skal værne om menneskets værdighed, også når mennesker er psykisk sårbare og har behov for hjælp i psykiatrien. Dette budskab er særlig vigtigt at indlede en bog som denne med, fordi der fortsat findes mange fordomme, der let kan tages med på arbejde og som kan forebygges ved at få viden om specialet.

Bogen er meget specifikt rettet mod kurset til FADL-vagter. Alligevel er indholdet i bogen anvendelig for en bredere gruppe, f.eks. medicinstuderende og sygeplejestuderende, der arbejder som vikarer i psykiatrien i hele landet. Der henvises hyppigt til det specifikke kursus, hvilket fremstår uvedkommende for andre end FADL-vagter i Region Hovedstaden



Det handler om at forstå patienten gennem relations dannelse og lytte til det patienten siger og det vi sanser (se, høre, lugte, sanse, føle, smage) af budskaber fra patienten. Det er gennem forståelsen, at vi finder den konkrete sygeplejeopgave, der understøtter og fremmer det enkelte menneskes helbredelse. Har sygeplejersken ikke fokus på forståelsen af mennesket, men kun opgaveløsningen, som det faste og eneste, risikerer man måske ikke at øjne patienten og det, der vigtigst for patienten. Det er kun ved at øjne patienten som et ligeværdigt menneske, som os selv, at vi bliver omsorgsfuld indstillet. Det er hele kernen i denne meget inspirerende og fagligt relevante bog. God læselyst.

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



og Region Sjælland.

Sproget i bogen er generelt letlæseligt og læseren tages i hånden. Fagbegreber beskrives i et let forståeligt sprog og sammenhængen mellem begreberne tydeliggøres. Samtidig drages der paralleller til de somatiske specialer, hvilket hjælper med at gøre begreberne forståelige, også for dem, der primært har bevæget sig indenfor de somatiske specialer.

Der benyttes gennemgående praksiseksempler og refleksionsspørgsmål til at illustrere de begreber og den teori, der beskrives i kapitlerne, hvilket gør, at bogen netop indeholder "psykiatri i praksis". Desuden berøres forskellige ansvarsområder flere steder i bogen, så det er klart for læseren, hvad der er deres ansvar og hvad der er de faste læger og sygeplejerskers ansvar.

Bogen kan derfor varmt anbefales til medicinstuderende og sygeplejestuderende, der ønsker at arbejde som vikar i det psykiatriske speciale.

**Anmeldt af:** Kira Jensen, Sygeplejerske og kandidat i sygepleje, klinisk sygeplejespecialist, Psykiatrien, Region Nordjylland, område Nord.

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

## **EMPATI I DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLE RELATION**

Ingeborg Bonnevie. 1. udgave, 1. oplag 2023 Gads Forlag

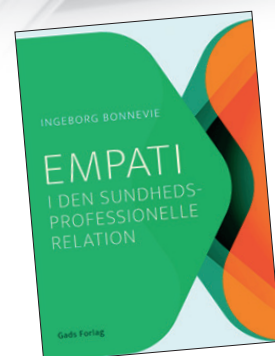
Empati er en almenmenneskelig evne til at indgå i nære, gensidige relationer. Omsorgspersonens evne til professionel empati, opmærksomhed, forståelse og kommunikation i samspillet med personer, der har brug for hjælp, er en kompetence, der kan trænes og læres. Dette er netop formålet med denne bog; At klæde studerende på sundhedsprofessionelle uddannelser på til at indgå empatisk, etisk og reflekser i relationer med mennesker, der har brug for sundhedsvæsenets indsatser.

Professionel empatisk forståelse giver mulighed for at finde ind til, hvordan personen forstår, oplever og fortolker sin situation, virkelighed, livsbetingelser og værdier. Denne fælles forståelse, parterne imellem, er forudsætningen for fælles beslutningstagen i forhold til planlægning af pleje og behandling.

Gennem bogens 6 kapitler indføres læseren gradvist i empatibegrebets 3 grundpositioner (affektiv, kognitiv og kommunikativ), den empatiske grundholdnings 5 elementer (at være lyttende, at suspendere eget perspektiv midlertidigt, at fokusere på fortællerens perspektiv, at være anerkendende og at være ikke-dømmende), empatiske lytning, indre/ ydre faktorer, der kan forhindre empati og endelig hvordan den sundhedsprofessionelle kan udvikle empatiske færdigheder gennem refleksion/ supervision.

Hvert kapitel afsluttes med refleksionsspørgsmål og øvelser, ligesom der findes et selvstændigt øvelseskatalog sidst i bogen.

Bogen er letlæselig og relevant for studerende på sundhedsprofessionelle uddannelser. Dette som afsæt for at komme i gang med det allervæsentligste: At træne og lære kompetencen: professionel empati.



# En introduktion til etablerede kvalitative metoder

## **Kvalitative undersøgelser i praksis. Viden om mennesker og samfund.**

Af: Jan Holm Ingemann, Lena Kjeldsen, Iben Nørup og Stine Rasmussen. 2. udgave 2022. Forlaget Samfundslitteratur, 360 sider.

"Kvalitative undersøgelser i praksis" giver i bogens første kapitler en introduktion til etablerede kvalitative metoder og introducerer stoffet på en klar og forståelig måde. Bogen er veldisponeret i sin opbygning, og det er en styrke, at forfatterne i de to indledende kapitler giver nøje anvisninger på, hvorledes bogen er tænkt anvendt.

Vægtningen i bogens efterfølgende kapitler ligger i forskellige dataindsamlingsmetoder og hvad de hver især kan bidrage med. Hver metode gennemgås indeholder kapitel med afrunding der opsummerer metodens muligheder og begrænsninger. Dette er en væsentlig styrke for bogen.

I gennemgangen af analysemetoder, som en del af processen, der skal føre til fortolkning og forståelse af datamaterialet, kunne den hermeneutiske analysetilgang have været underbygget ved at forfatterne havde henvist til bogens afsluttende kapitel, hvor den hermeneutiske undersøgelses- og forskningsproces er visuelt skitseret.

Metodisk tilgang til analyse understøtter transparens og gyldighed i analysearbejdet og er med til at muliggøre en følsomhed for det empiriske datamateriale. Det ville derfor have været en styrke, at der var en rød tråd i bogens gennemgang af analysemetoder og en vægtning af litteraturhenvisning.

Bogen henvender sig til en bred læserskare indenfor de samfundsvidenskabelige og sundhedsvidenskabelige fag og kan anbefales som introduktion til kvalitative undersøgelser i praksis.

**Anmeldt af:** Charlotte Helene Thoft, sygeplejerske, MKS. Projektsygeplejerske, Afdelingen for Kræftbehandling, Herlev Hospital.





## Værdifuld håndbog for begyndere ud i kvalitative systematiske reviews

### Kvalitative systematiske reviews. Hvorfor og hvordan?

Tania Erika Aniol Hansen og Birgitte Nørgaard. Samfundslitteratur. Udgivet 2023, 85 sider

Bogen, Kvalitative systematiske reviews, introducerer på rigtig fin vis til processen for et systematisk review og fremhæver hvordan dette kan rettes imod kvalitative studier.

Bogen er inddelt i seks kapitler, som tilsammen på systematisk vis gennemgår den proces, som man må igennem, når man vil lave et kvalitativt systematisk review, fra design af studiet og protokolskrivning over gennemførelse og til afrapportering af fund. Som forfatterne også nævner flere gange, så er det særligt kapitlerne 4 og 5, der målrettes det kvalitative systematiske review, mens kapitlerne 1-3 er mere generelle for den systematiske tilgang til litteratursøgning og kvalitetsvurdering af relevante studier. Jeg tænker, at man med fordel kan orientere sig i flere kapitler samtidigt, da man i forbindelse med design af sit review (kapitel 1) kan have brug for at orientere sig i forhold til dataekstraktion (kapitel 4) samt syntese og analyse (kapitel 5).

Gennem bogen introduceres til tre analysetilgange som indebærer forskellige niveauer af (gen)fortolkning: tematisk, metaaggregativ og metaetnografisk analyse.

Bogen her repræsenterer for mig en rigtig fin håndbog, som jeg ville have ønsket, var tilgængelig, da jeg læste til sygeplejerske og senere sundhedsfaglig kandidat. For mig at se er den virkelig brugbar, fordi den på en overskuelig og systematisk måde introducerer til den svære kunst, som det er at gennemføre et systematisk review. På samme tid gør forfatterne det klart, at bogen på ingen måde er en udtømmende gennemgang af hvordan man kan lave kvalitative systematiske reviews, ligesom de løbende henviser til relevant litteratur for dem, der gerne vil vide mere.

**Anmeldt af:** Birgitte Lerbæk, sygeplejerske og seniorforsker ved Enhed for Psykiatrisk Forskning, Psykiatrien – Aalborg Universitetshospital



## En enestående bog til forskere, undervisere og studerende, der ønsker et grundigt kendskab til narrativ medicin i pædagogisk øjemed

### Narrativ medicin – i uddannelse og praksis

Anders Juhl Rasmussen, Anne- Marie Mai og Helle Ploug Hansen. Gads forlag 2021. 186 sider

Bogen giver en forskningsbaseret pædagogisk introduktion til narrativ medicin, med bidrag fra ledende danske, såvel som udenlandske forskere. Målgruppen er studerende inden for det sundhedsprofessionelle og medicinske område. For studerende og forskere på humaniora, vil den støtte op og give et bredere perspektiv i udviklingen af deres kompetencer.

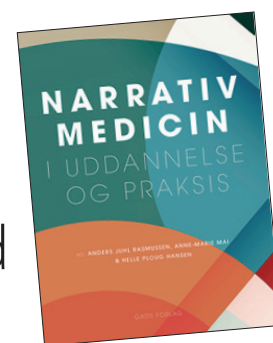
Bogen er opdelt i 4 områder. Område 1 beskriver narrativ medicin som et felt. Område 2 beskriver narrativ medicin i undervisning af sundhedsprofessionelle. Område 3 bliver der givet kliniske relevante eksempler på anvendelsen af narrativ medicin og område 4 beskriver, hvordan narrativ medicin kan inddrages i interventionsforskningen.

Bogen indeholder praktiske øvelser, som er anvendelige for den studerende såvel som den meget erfarne sundhedsprofessionelle. Øvelserne giver en god indsigt og mulighed for at omsætte teorien. Læseren

vil også få en grundig indsigt og mulighed for at reflektere over egne erfaringer men også videre frem, hvad en kompetent og indsigtfuld narrativ tilgang kan gøre for mennesker, der har behov for sundhedsfaglig støtte.

Bogen er letlæselig og kan fungere som en god støtte i planlægningen af undervisningen i narrative perspektiver. Både for den studerende såvel som underviseren.

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





# Bestyrelsen



## Formand

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



## Næstformand

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



## Kasserer

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



## Bestyrelsesmedlem

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



## Bestyrelsesmedlem / WEB-redaktør

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



## Bestyrelsesmedlem / Kontaktperson til Forstyrrelsens redaktørgruppe

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



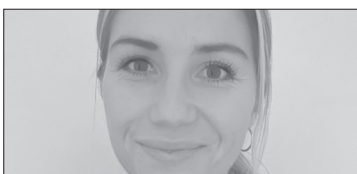
## Suppleant

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



## Suppleant

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



## Suppleant

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

Returneres ved varig adresseændring

## Afsender:

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

**ISSN: 2446-2047**