

SIDE 5

Faglig artikel

Når patientrepræsentanter og forskere arbejder sammen...

SIDE 10

Faglig artikel

Narrativ medicin.

SIDE 15

Faglig artikel

Støttestrømper - støtter de?

SIDE 22

Faglig artikel

Palliation også i kardiologisk sygepleje



03
2018

SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

forstyrrelsen



Fagligt selskab for
SYGEPLEJERSKER
der arbejder med
UDVIKLING OG FORSKNING



Indholdsfortegnelse

Leder	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen	s. 4
Faglig artikel "Når patientrepræsentanter og forskere..."	s. 5
Faglig artikel: "Narrativ medicin"	s. 10
Stafetten – mød en kollega	s. 14
Faglig artikel: "Støttestrømper - støtter de?"	s. 15
Klummen	s. 20
Faglig artikel: "Palliation også i kardiologisk sygepleje"	s. 22
Bog anmeldelser	s. 27

Fagbladet Forstyrrelsen

Redaktionsgruppen



Lotte Evron, *ph.d., cand. mag. RN*
Lektor
Institut for Sygeplejerske-
og Ernæringsuddannelser
Københavns Professionshøjskole
loev@kp.dk



Thora Grothe Thomsen
Lektor i klinisk sygepleje, *ph.d.*
Sjællands Universitetshospital
Forskningsstøtteenheden
thst@regionsjaelland.dk



Anni Sørensen, *RN, Cand. Cur*
Udviklingssygeplejerske
Neurokirurgisk Afdeling U,
Odense Universitetshospital
Anni.Noerregaard@rsyd.dk



Laila Twisttmann Bay, *RN, Cand. Scient. San*
Ph.d. studerende
Reumatologisk afdeling
Odense Universitetshospital
laila.t.bay@rsyd.dk



Birgitte Lerbæk, *RN, Cand. Scient. San*
Ph.d. studerende
Center for Psykoseforskning,
Klinik Psykiatri Syd, Aalborg Universitetshospital
birgitte.lerbaek@rn.dk

forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

Fagbladet Forstyrrelsen udgives af overstående redaktørgruppe på vegne af Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning. Bladet udkommer 3. gange årligt – Marts, juni, og november
Deadline for indsendelse: 1. september og 1. december 2018

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

Redaktionsgruppen forholder sig ret til at afvise artikler eller bede om revision. Artikler skal rettes til bladets målgruppe: Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

Bladet finansieres gennem annoncerer, hvorfor der kontinuerligt er behov for medlemmer byder ind med forslag til annoncører.
Grafisk produktion: Kosmos Grafisk ApS · Oplag: 350 stk.

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen på ISSUU.com





LEDER

God jul og godt nytår



**V/ Lotte Evron,
chefredaktør for Forstyrrelsen**

Dette er tredje og sidste nummer af Forstyrrelsen i 2018 og det andet nummer jeg som chefredaktør står for. I redaktionsgruppen arbejder vi på at få flere faglige artikler i Forstyrrelsen fra forskellige fagområder og landsdele for derved at kunne præsentere et bredt udsnit af alt det spændende, som foregår på udviklings- og forskningsområdet i sygeplejen rundt om i landet. Vi er stolte af, at flere og flere sygeplejersker ønsker at dele deres viden og erfaringer gennem artikler til Forstyrrelsen. Det er derfor en stor glæde at kunne afslutte året med fire flotte faglige artikler fra sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning forskellige steder i sundhedsvæsenet.

I dette nummer kan du i artiklen 'Når patientrepræsentanter og forskere arbejder sammen opstår ny forståelse' læse om, hvordan patient- og pårørende repræsentanter gennem deres deltagelse i følgegruppearbejde og i konkrete delprojekter har bidraget til læring i et forskningsprogram på Sjællands Universitetshospital.

I artiklen 'Narrativ medicin' beskriver sygeplejeforsker Hellen Schultz fra Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet, hvordan udvikling af narrative kompetencer hos sundhedsprofessionelle kan anvendes til at fremme en patient-centreret klinisk praksis og være med til at hjælpe mennesker gennem sygdom.

Kvalitetskonsulent Heidi Reinhold og kvalitets- og udviklingssygeplejerske Helle Kjærgaard Jacobsen fra Sjællands Universitetssygehus viser i artiklen 'Støttestrømper – støtter de?', hvordan et udviklingsprojekt om brug af graduerede kompressionsstrømper på en kirurgisk afdeling ændrede procedurer for brug af disse for en bestemt patientgruppe, samtidig med at der foregik en faglig udvikling af personalet.

Sidst men ikke mindst fortæller en gruppe kardiologiske sygeplejersker på tværs af landet i artiklen 'Palliation også i kardiologisk sygepleje' om et nationalt udviklingsarbejde til den palliative hjertepatient.

Derudover skriver Birgitte Lerbæk i Klummen om udgivelsesprocessen af den første videnskabelige artikel i ph.d.-projektet og siger farvel til et 10 måneders ophold i Sidney. I Stafetten møder vi Claus Sixtus Jensen, som er forskningssygeplejerske på børne- og ungdomsafdelingen på Herlev Hospital. Som altid bringer vi boganmeldelser. Skulle du selv få lyst til at skrive en artikel, dele ny faglig information eller anmelde en bog, er du velkommen til at henvende dig til redaktionen.

Glædelig jul og godt nytår – vi ses med et nyt nummer sidst i februar 2019.



Nyt fra bestyrelsen

Mens vi venter

- men hvad venter vi på?



I den her tid er der ofte ikke tvivl om, hvad vi venter på. Julen, fridagene og det nye år. Men når vi en sjælden gang får tid i hverdagen til at standse op og tænke over, hvad vi venter på, så er der meget mere på spil.

Faktisk venter vi i sundhedsvæsenet over hele landet på meget af det samme. Man kan blot nævne nye supersygehuse og de tilhørende fusioneringer og flytninger, der påvirker stort set alle i nærheden. Et sammenhængende sundhedsvæsen kunne være et andet forslag og bestemt noget, der er værd at vente på. Man kan tænke, "Gad vide, hvad det egentligt er og mon ikke der skal mere til end blot at vente?" Reformer og strukturændringer er vel også noget, vi venter på. Vi tænker, hvilken betydning det kan få, hvis det får en betydning. Tænk hvis politikerne besluttede sig for at udnytte sygeplejerskernes potentiale, som Grethe Kristensen skriver i et debatoplæg. Politikerne "*bør derfor give sygeplejerskerne lovgivningsmæssig bemyndigelse til på eget ansvar at udføre de opgaver, som vi i forvejen er uddannet til, fuldstændig på linje med læger, jordemødre, kiropraktorer og tandplejere.*" **Det ville være værd at vente på.** Eller hvis man begyndte at ansætte og lønne sundhedspersonale i lederstillinger og basisstillinger ud fra deres kompetencer, de opgaver der skal løses, de kvalifikationer der kræves og ikke deres faglige baggrund. **Det ville også være værd at vente på.**

Ventetiden bruges forskelligt. Nogle gange læner man sig tilbage og siger, "Det var det. Jeg kan ikke gøre mere, nu kan jeg blot vente". Andre gange gribes man af behov for at gøre noget og tænker "hvad gør jeg for at påvirke udfaldet".

I bestyrelsen venter vi også. Nogle gange giver vi os selv ro til at vente. Det er særligt på denne tid af året, hvor næste landskonference er på plads, og vi venter på, om medlemmerne synes om emnet. Vi venter på de første tilmeldinger og tilbagemeldinger som: "Fedt program", "Interessante oplægsholdere" og "Relevant emne". Eller de mindre gode som: "Det er ikke lige noget for mig i år" eller "Desværre jeg er nødt til at prioritere anderledes". Det kunne også være lige inden "Forstyrrelsen" sendes ud, hvor der er en kort pause inden arbejdet med det næste blad skal i gang.

Året 2019 er værd at vente på. Udover landskonference med temaet "Kreativ Kommunikation" og nye numre af "Forstyrrelsen, så har vi planer om temadage omhandlende "Narrative Medicin" og om "Anvendelse af NVivo 12".

Så bare vent!

- Pludselig er ventetiden slut.

Thora Grothe Thomsen, lektor i klinisk sygepleje, Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital og Syddansk Universitet, thst@regionsjaelland.dk

Kirsten Schæfer, patientrepræsentant, Patient Forum, Sjællands Universitetshospital

Laila Alsted, patientrepræsentant, Patient Forum, Sjællands Universitetshospital

Bibi Hølge-Hazelton, professor mso, Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital og Syddansk Universitet



Faglig artikel

Når patientrepræsentanter og forskere arbejder sammen, opstår ny forståelse

Abstract

Artiklen bidrager med læring fra et forskningsprogram på Sjællands Universitetshospital, hvor patient- og pårørende repræsentanter har deltaget i følgegruppearbejde og i konkrete delprojekter. Involveringen tog afsæt i tre antagelser, som byggede på litteraturstudier og tidligere erfaringer. Gennem fælles læring viste det sig nødvendigt at revidere og nuancere de indledende antagelser. Det har bl.a. ført til udvikling af workshops, hvor ikke alene patient- og pårørende repræsentanter kunne opnå større indsigt i forskningsprocesser. Også andre "ikke-forskere" deltog med stor succes. Ydermere har fælles læring vist det nødvendige i at have løbende opmærksomhed på "tid som investering", "forskningens nytteværdi" samt "givende samskabelsesprocesser".

Nøgle ord

Patientinvolvering, forskningssamarbejde, læring, samskabelse

Patient- og pårørendeinvolvering i forskning er et forholdsvis nyt tiltag i Danmark, og det har skabt livlige diskussioner ikke mindst blandt sundhedsprofessionelle og forskere (1). Trods forskellige holdninger bevæger vi os i Danmark hastigt i samme retning som i f.eks. England (2), Canada og Holland, hvor et kriterie for at modtage penge fra fonde er, at der inddrages patienter og pårørende i forskningsprocessen. Det er derfor ikke et spørgsmål, om patienter og pårørende skal involveres i konkrete forskningsprogrammer og -projekter men snarere: *Hvordan, hvor meget og hvornår?*

Denne artikel bidrager til debatten ved at videregive noget af den læring, vi har tilegnet os ved at samarbejde i en følgegruppe til et forskningsprogram i kapacitetsopbygning på Sjællands Universitetshospital. Artiklen er skrevet i et samarbejde mellem de to forskere, som er primus motorer i forskningsprogrammet samt to af de fire patient- og pårørende repræsentanter fra programmets følgegruppe.

Tre indledende antagelser

Forud for iværksættelsen af forskningsprogrammet CAPAN (CAPAcity in clinical Nursing) i februar 2017 var der enighed om vigtigheden af, at der helt fra start blev inddraget patienter og pårørende, i første omgang i programmets følgegruppe og senere i konkrete projekter. Dette tog dels udgangspunkt i viden fra international litteratur (3) og i erfaringer fra andre forskningsprojekter. Tilgangen kan sammenfattes i tre følgende antagelser:

- **Patienter og pårørende udgør en særlig ressourcegruppe**, som ofte både er uerfaren i forhold til at agere ind i sundhedsvæsenet og uerfaren i forhold til at indgå i forskningsprojekter - hvad enten det sker i følgegrupper til projekter eller i selve forskningsarbejdet.
- **Patienter – og pårørende mangler ofte den relevante viden om forskning, som gør det muligt at bidrage til beslutninger om forskning**. Derfor er det nødvendigt med vejledning eller undervisning i forhold til det konkrete program eller projekt, hvilket de erfarne forskere må tage ansvar for.

■ **Forskere, der involverer patienter og pårørende i forskningsarbejdet, er nødt til at oversætte forskningsproget til lægmandssprog.** Dette er en forudsætning for at nå til fælles beslutninger.

CAPAN har på nuværende tidspunkt været i gang i ca. 2 år, og samarbejdet med både patienter og pårørende og de mange sundhedsprofessionelle, der på forskellig vis har været en del af programmet, har vist, at forskernes indledende antagelser med fordel kan revideres og nuanceres. For at forstå baggrunden for den fælles læring vi har været i gennem, beskriver vi indledningsvis rammerne for CAPAN-programmet.

CAPAN – et 5 årigt forskningsprogram på Sjællands Universitetshospital

Både i Region Sjælland og på Sjællands Universitetshospital (SUH) lægges i stigende grad vægt på at udvikle en personcentreret sygepleje (4), som inddrager den nyeste og mest solide viden i hvert enkelt patientforløb. Samtidig viser forskning, at det i en travl hverdag udfordrer den enkelte sygeplejerske at finde og anvende relevant viden (5), som er hentet fra såvel forskning og faglige sammenhænge som fra patienter og pårørende (6). Derfor har man på SUH valgt at iværksætte et forskningsprogram, som skal styrke sygeplejerskers anvendelse af viden i klinisk praksis. Det overordnede formål med CAPAN er at skabe gode rammer for, at sygeplejersker kan producere, finde frem til samt benytte den viden, der er nødvendig for at yde en den bedst mulige personcentrerede sygepleje i klinisk praksis. Metodemæssigt tager forskningsprogrammet overordnet set afsæt i en aktionsforsknings ramme (7), mens de enkelte delprojekter kan være båret af andre metodetilgange. Hensigten med aktionsforskningsrammen er på den ene side at producere lokalt forankret viden som baggrund for interventioner, der udvikles, implementeres og evalueres gennem involvering af lokalt forankrede aktører. Det er ikke på forhånd givet, hvilke interventioner, der sættes fokus på, da det bl.a. afhænger af, hvilken indsigt og hvilke erkendelser og problemstillinger aktørerne, dvs. de sundhedsprofessionelle samt patienter og pårørende, i tæt samarbejde med de involverede forskere, når frem til undervejs i processen.

Programmet varer i alt 5 år (2017 – 2021) og består allerede af flere delprojekter. Et projekt har været at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse blandt alle sygeplejerskerne på alle hospitalerne i Region Sjælland. Spørgeskemaet havde til formål at afdække, om rammer for at udføre personcentreret sygepleje er til stede i klinisk praksis samt at undersøge, hvilke holdninger og forventninger sygeplejersker har til sygeplejen på et universitetshospital. Et andet projekt har været at udvikle og implementere et nyt refleksionsværktøj, som skal være med til at styrke anvendelsen af flere former for viden i det daglige patientrelaterede arbejde. Derudover har vi oprettet et tværgående netværk med fokus på afdækning og udvikling af nødvendige kompetencer i sygeplejeambulatorier. Endelig er der iværksat et projekt, som sigter på at styrke de sygeplejefaglige leders

viden om og håndtering af praksisudvikling og forskning i klinisk praksis.

Den nødvendige følgegruppe

Ikke mindst fordi CAPAN-programmets ramme er aktionsforskning har det været helt naturligt helt fra start at invitere patient- pårørenderepræsentanter med i programmets følgegruppe.

Følgegruppen består i alt af 20 deltagere. Deltagerne repræsenterer henholdsvis patienter og pårørende, basissygeplejersker, kliniske specialister/udviklingssygeplejersker, mellemledere, oversygeplejersker, sygeplejersker med en forskerbaggrund, vicedirektør og læger. Gennem denne sammensætning af følgegruppen er det intentionen at få løbende kritisk feedback fra en bred vifte af interessenter. Erfaringen hidtil har det da også vist, at netop bredden i følgegruppens sammensætning er afgørende for programmets udvikling og fremdrift.

Følgegruppens patient- og pårørende repræsentanter

Rekrutteringen af patient- og pårørende repræsentanter til følgegruppen skete via hospitalets Patientforum (PF) og efterfølgende via en kontakt til en afdeling med meget aktive patientrepræsentanter.

PF har eksisteret siden 2015, og har ca. 40 deltagere. Hensigten med PF er at skabe et forum for dialog, medbestemmelse og medindflydelse, hvor patienter og pårørende hjælper hospitalet med at holde fokus på brugernes perspektiv og med at kvalificere og nuancere væsentlige organisatoriske beslutningsprocesser. De patienter og pårørende, som indgår i PF, er rekrutteret gennem opslag i den lokale dagspresse. Alle deltagere har været gennem et interview for at sikre, at de valgte repræsentanter er i stand til at "række ud over egne interesser". I dag indgår repræsentanter fra PF i en lang række udvalg og opgaver på hele hospitalet.

For at rekruttere repræsentanter til CAPANs følgegruppe blev der udarbejdet et opslag, som pr. mail blev sendt ud til alle deltagere i PF. De PF-repræsentanter, der var interesseret i at deltage i følgegruppen, svarede med en kort skriftlig ansøgning, hvor de beskrev, hvorfor de gerne ville deltage, samt hvilken baggrund de havde for at deltage i en følgegruppe til et forskningsprogram. To personer søgte og kom begge med, da de begge havde erfaring med at arbejde i tværfaglige grupper og samtidig var nysgerrige på forskning. Fordi ingen mænd og ingen unge meldte sig, fandt initiativtagerne til CAPAN-programmet, gennem hospitalets ledernetværk, frem til yderligere to mænd (en ung og en midaldrende), som gerne ville være med i følgegruppen.

Dermed kunne bydes velkommen til det første følgegruppemøde – uden helt at vide, hvad der var i vente i samspillet mellem de inviterede professionelle og ikke-professionelle deltagere. Allerede på første møde viste det sig da

også, at der var grund til at ændre på de tre indledende antagelser om, hvad programmets initiativtagere skulle være opmærksomme på, når patient- og pårørenderepræsentanter inddrages i såvel programmets følgegruppe som i konkrete udviklings- og forskningsarbejdsgrupper.

Patienter og pårørende som en "særlig" ressource-gruppe

Allerede på første møde i følgegruppen blev der lagt op til aktiv deltagelse, idet alle blev bedt om at skrive på post-its, hvad de betragtede som kendetegnende for sygepleje på et universitetshospital. I fællesskab blev alle de udsagn, der kom frem, grupperet og drøftet i plenum.

Øvelsen – og ikke mindst den efterfølgende diskussion – gjorde det helt tydeligt for initiativtagerne til programmet, at patienter og pårørende-gruppen måske nok udgjorde en særlig ressourcegruppe, men gruppen viste sig at være lige så forskellige og varieret, som gruppen af de sygeplejersker, der var inviteret. Bl.a. havde nogle af patient- og pårørenderepræsentanterne tidligere været med i forskningsprojekter, andre havde ikke. Nogle havde meget erfaring med at færdes i sundhedsvæsenet – både som patienter, pårørende og professionelle, mens andre kun havde lidt erfaring. Nogle havde mange gange været en del af tværfaglige arbejdsgrupper, mens andre kun havde været det få gange. Præcis det samme gjorde sig gældende for de deltagende sygeplejersker, om end de selvfølgelig allesammen havde et helt andet indblik i organisationen, end patienter og pårørende havde. Fællesnævneren for alle – inklusive alle de forskere, der deltog i mødet - var imidlertid en nysgerrighed på, hvad dette forskningsprogram ville kunne bibringe af ny viden, som på sigt kunne få betydning for den "ressourcegruppe" hver enkelt deltager repræsenterede. Derudover var alle interesserede i at blive mere klar på, hvad netop de ville kunne bidrage med i følgegruppen.

For initiativtagere til følgegruppen medførte denne iagttagelse en skærpet opmærksomhed på, at det i længden ikke ville være hensigtsmæssigt at skelne mellem patient- og pårørenderepræsentanter og så "de professionelle" i følgegruppen, da det nemt kunne opleves som en form for stigmatisering af én bestemt ressourcegruppe. Det gav derimod langt mere mening at sondre mellem forskere og ikke-forskere, da der tydeligvis var kompetencer og viden til stede i "forskerressource-gruppen", som ikke var at finde hos de øvrige deltagere og vice-versa.

Patienter og pårørende mangler ofte den relevante viden om forskning, som gør det muligt at bidrage til beslutninger om forskning.

Dermed var der også rykket ved den 2. indledende antagelse, for pludselig var det ikke alene patient- og pårørenderepræsentanterne, der "manglede" relevant viden. Det gjorde alle ikke-forskere. De planlagte metode-workshops tog derfor en ny drejning, hvilket blev yderligere understreget, da såvel 2 patient- og pårørenderepræsentanter, som 2 sygeplejersker uden større forskningserfaring samt to er-

farne forskere kort efter første møde i følgegruppen satte sig sammen i en planlægningsgruppe.

Ikke-forskere i planlægningsgruppen gjorde det meget klart, at for dem var det ikke interessant med lange teoretiske udredninger om forskellige former for forsknings- og metodetilgange, men derimod at de efter en ultrakort introduktion til den samlede forskningsproces fik "hands-on" i forhold til at prøve, "hvad forskning er". Når det var prøvet, ville de gerne have mulighed for at stille relevante spørgsmål, som så kunne besvares af forskere med erfaring.

Gennem hele planlægningsarbejdet herskede ingen tvivl om, at forskerne havde en viden om metode og teoretiske tilgange, som ikke-forskerne ikke besad - herunder adgang til anonymiserede data, som kunne bruges i workshops arbejdet. Samtidig blev det klart for alle i planlægningsgruppen at uden ikke-forskerne somigestillede planlæggere, så var vores fælles workshops aldrig blevet så levende, sjove, lærerige og debatterende, som de endte med at blive.

Analyse af tekst i samarbejde med ikke-forskere

Deltagerne kan med fordel gennemgå trin 1-5 individuelt og trin 6 i fællesskab:

1. Se al information igennem et par gange. Hvad springer især i øjnene - enten noget, der gentager sig i teksten, eller noget der i særlig grad var godt eller bekymrede dig.
2. Forestil dig "et billede", som på en helt overordnet måde indfanger essensen af det, du har læst. Du kan, hvis der er tid til det i sammenhængen, fastholde billedet ved at lave en collage, et digt, en metafor, nogle bevægelser eller lign. Dette billede deles med de øvrige deltagere i gruppen. Dit billede skal hjælpe dig til at fastholde sammenhæng i det videre analyse arbejde.
3. Gå tilbage til data. Mens du læser det igennem, så tænk på hvordan data hænger sammen i forskellige temaer. Skriv gerne alle de temaer ned, som falder dig ind.
4. Læs dine temaer igennem og overvej, hvordan de hænger sammen med dit overordnede billede (trin 2). Hjælper temaerne med at tilføje nuancer til billedet? Er der sammenhæng mellem det overordnede billedet og temaerne? Er nogle temaer stærkere end andre?
5. Hver deltager i gruppen deler deres indledende temaer med hinanden sammen med forklaringer, som hjælper til, at temaerne giver mening for andre. Skriv først temaerne på flipover papir. Hver person overvejer, om temaerne overlapper hinanden, om der er tilføjelser eller nuancer samt hvilke refleksioner, der dukker op på baggrund af temaerne. Alt noteres på post-its, som sættes på flipover, hvor det passer. Husk også at notere det, der måske synes for banalt og indlysende til at blive noteret.
6. Når I har fundet frem til nogle foreløbige fælles temaer i de enkelte arbejdsgrupper, så diskuter dem i fællesskab og bliv enige om, hvilke temaer, der er jeres fælles temaer. Kom gerne med referencer til, hvor i teksten de enkelte temaer er mest tydelige

Den viste tilgang til fælles analyse af tekst er inspireret af professor Brendan McCormack, Edinburgh University, Scotland

I den første workshop lå vægten på at planlægge og gennemføre et kort interview med hinanden samt se på data fra en relevant spørgeskemaundersøgelse. Hensigten var at give ikke-forskerne indblik i forskellige metodetilgange og dermed (forhåbentlig) blive nysgerrig på analysetilgange. I den anden workshop lå vægten på at analysere kvalitative data fra en relevant spørgeskemaundersøgelse med afsæt i en analysetilgang udviklet af en af vores samarbejdspartnere. Planlægningsgruppen valgte den kvalitative tilgang, fordi der var enighed om, at denne tilgang i denne sammenhæng ville give mest læring for alle ikke-forskere.

Planlægningsgruppen valgte at invitere alle fra følgegruppen til begge workshops, og det var både overraskende og glædeligt, at omtrent alle følgegruppens medlemmer valgte at komme til i hvert fald en workshop – og for de flestes vedkommende til begge. Skriftlig evaluering fra temadagene viste, at alle deltagerne så det som en fordel, at både forskere og ikke-forskere deltog, både fordi alle fik mulighed for at lære hinanden bedre at kende, og fordi det gav en fin dynamik i de mindre arbejdsgrupper. Endvidere viste evalueringerne, at både professionelle uden forskningserfaring og patient- og pårørenderepræsentanterne så det som en styrke, at de i fællesskab fik mere læring om forskning.

Forskere, der inviterer patienter og pårørende ind i forskningsarbejdet, er nødt til at "oversætte" forskningsprog til lægmandssprog

Arbejdet i de to workshops førte bl.a. til, at der blev igangsatte et mindre projekt, hvor patient – og pårørenderepræsentanterne bl.a. sammen med to erfarne forskere udviklede et spørgeskema, som skulle undersøge, hvilke kompetencer patienter og pårørende forventer at møde hos sygeplejerskerne på et universitetshospital. Skemaet blev pilottestet i PF, og planen er at arbejde videre med de resultater, der kom fra pilottestningen.

Forskernes udgangspunkt for at indgå i tæt samarbejde med patient- og pårørenderepræsentanter var, at de skulle være yderst opmærksomme på at undgå at bruge forskerfagsprog og i hvert fald få forklaret og oversat, hvad de mente, når de "kom til" at tale om f.eks. surveys og kvantitative data. Konsekvensen blev imidlertid, at forskernes forklaringer kunne blive både lange, "abstrakte" og "langhårede", hvilket gav ikke-forskerne en oplevelse af distance mellem forskere og ikke-forskerne i gruppen. En patientrepræsentant skrev efterfølgende i en evaluerings mail:

Med hensyn til hvad jeg personligt fik ud af mødet, så er det nogle gange svært for mig at følge jer "forskere", når I "svæver i skyerne" – hvorfor jeg virkelig må koncentrere mig, for at holde begge ben "plantet på jorden".

Evalueringen var med til at sætte mange refleksioner i gang omkring samarbejde i forskningsprojekter. En væsentlig overvejelse har været: *Hvem lægger linjen for, hvordan sproget og tonen i samarbejdet skal være for at fungere bedst for alle parter?* Adskillige drøftelser i arbejdsgruppen har gjort

det tydeligt, at sproget og tonen i forskningssamarbejde mellem forskere og ikke-forskere afhænger af den sammenhæng samarbejdet indgår i. I denne sammenhæng skulle forskere og ikke-forskere i fællesskab udvikle et spørgeskema. Som udgangspunkt vidste forskerne mest om det forskningstekniske i udviklingsprocessen, og gjorde sig i processen yderst umage med at forklare, hvad der lå i traditionelle forskningstermer for at være sikker på, at alle i arbejdsgruppen kunne forstå, hvad der var på spil i den konkrete sammenhæng. For ikke-forskerne var det imidlertid ikke så væsentligt med de lange udredninger, ikke fordi de var uvæsentlige, men fordi den del af den fælles opgave kunne forskerne lige så godt tage sig af. For dem var det i langt højere grad væsentligt at sikre, at "outcome" blev klinisknært og brugervenligt, og alt blev skrevet i et sprog, der var umiddelbart forståeligt. Dermed blev det tydeligt, at forskere og ikke-forskere ikke nødvendigvis arbejdede hen mod det samme mål.

På den baggrund har det været nødvendigt at nuancere den indledende antagelse om, at forskningsprog skal "oversættes" for at ikke-forskere kan deltage i forskningsprocessen. Vores fælles erfaring er, at frem for at forskerne gør sig umage med, at alle andre forstår, hvad de mener, så kan det være hensigtsmæssigt, at samarbejdet mellem forskere og ikke-forskere tager afsæt i fælles definerede mål, samt at alle i den indledende proces byder ind med, hvordan de hver især kan bidrage til, at målet nås. Det er en lidt anden proces end traditionelt forskningsarbejde. Vores erfaring viser, at gennem arbejdet mod fælles definerede mål vil det være naturligt, at nogen har et sprog for særlige forskningsprocesser, mens andre kender til en anden virkelighed, som måske foregår lige der, hvor forskningens resultater skal udfoldes. Med et fælles defineret mål som afsæt for et samarbejde, synes det imidlertid ikke helt så nødvendigt, at alle forstår alt. Det væsentlige er derimod, at alle bliver hørt og opfordret til at sige fra, når noget sagt ikke er tydeligt i forhold til, hvordan det kan bidrage frem mod det fælles mål. Det er ikke at oversætte. Det er at skabe et meningsfyldt sprog i den konkrete sammenhæng.

Vores fælles læring

CAPAN-programmet fortsætter 3 år endnu, og vi har uden tvivl alle sammen meget mere at lære i forhold til at skabe solidt samarbejde mellem forskere og ikke-forskere. Vores erfaringer fra samarbejde i flere forskellige sammenhænge har imidlertid vist os, at tid er en helt afgørende faktor for, at samarbejdet opleves hensigtsmæssigt for alle parter. Der skal være tid til at afklare gensidige forventninger til samarbejdet, og der skal være tid til at sige fra, hvis det viser sig, at ikke alle er klar til at indgå aktivt i samarbejdet. Der skal også være tid til at skabe de relationer, som er helt afgørende for at indgå i et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde. Der skal også være tid til at gøre opmærksom på, at man ikke helt forstår, hvad der bliver sagt eller sige fra, hvis målet er utydeligt. Endelig skal der være tid til løbende at fastholde det kritiske blik på samarbejdsprocessen gennem løbende evaluering. Kort sagt: meningsfuldt samarbejde er en tidsinvestering.

Vi har også lært, at hvis samarbejdet mellem forskere og ikke-forskere skal forblive meningsfyldt for alle, så er det nødvendigt med fælles drøftelser om forskningens nytteværdi. Hvis ikke-forskere skal investere den tid, de ressourcer og det mod, der skal til for at indgå i helt nye og traditionelt set noget "virkelighedsfjerne" processer, så er det ikke alene nødvendigt at være krystallklar på, hvad der i sidste ende forventes at komme ud af forskningen, samt hvordan forskningen kan være med til at ændre den virkelighed ikke-forskerne repræsenterer. Det skal også være tydeligt, hvad den enkelte kan få med sig hjem fra arbejdsmøder m.v.. Uden denne tydeliggørelse bliver det fra begge sider vanskeligt at fastholde motivationen for samarbejdet.

Endelig har vi lært, at samarbejde mellem forskere og ikke-forskere rører ved en række magtrelationer. Forskning er en kompleks og vanskelig tilgængelig disciplin. Hvordan kan man så pludselig invitere ikke-forskere ind i et samarbejde og et fællesskab, - ja, i nogle sammenhænge lige frem ind i en "samskabelsesproces", hvor alle på lige fod gennem åben dialog kan generere viden, praksisforandringer og større fælles ansvarlighed (8)? Svaret er ikke enkelt, men løsningen ligger formentlig i at bevare respekten for hinandens bidrag til den samlede proces. Alle involverede skal ikke kunne det samme - eller tage det samme ansvar, men alle involverede skal have mulighed for at bidrage med, hvad de kan, og hvor det giver mening. En væsentlig debat er derfor, om alle er lige velegnede som aktive "ikke-forskere" i et forskningsprogram (9). Samtidig udfordres såvel magtrelationer (8), som traditionelle forskningsledelsesformer. Til gengæld åbnes for frugtbare drøftelser og nye syn på forskningens nytteværdi. I CAPAN vil vi gerne byde den mulighed velkommen, også selvom om vi er sikre på, at vi dermed kommer til at udfordre os selv både som forskere og ikke-forskere.

Referencer:

1. Johnsen A. T., Eskildsen N. B., Dietz S. M., et al. (2016) Opskriften på brugerinvolvering i forskning, Ugeskrift for Læger, 178 (3) 292-292
2. Brett J., Staniszewska S., et al. (2014) Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: a systematic review, Health Expectations, 17 (5), 637-650
3. INVOLVE - Læs mere på linket: <https://www.invo.org.uk/> som er udgivet af NHS (National Institute for Health Research, UK)
4. McCormack B., McCance T.V. (2006) Development of a framework for person-centered nursing, Journal of Advanced Nursing, 56 (5), 472-479
5. Voldsbjerg S.L., Grønkaer M., Wiechula R. et al. (2017). Newly graduated nurses' use of knowledge sources in clinical decision-making: an ethnographic study. Journal of Clinical Nursing, 26, (9-10), 1313-27
6. Thomsen, T.G. (2014) Evidens i klinisk praksis er multifacceteret. I: Hølge-Hazelton B. (red.) Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis, Forskningsenheden i Regionsjælland, s. 35-48. Kan hentes fra: <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/Documents/Bibis%20E-bog%20i%20pdf.pdf>
7. Bradbury H. (2015) Introduction: How to Situate and Define Action Research. In: Bradbury H. (eds.) The SAGE Handbook of Action Research. Third Edition. Los Angeles: Sage
8. Olesen B.R., Phillips L. Johansen T.R. (2018) Dialog og samskabelse - Metoder til en reflektiv praksis, København: Akademisk forlag
9. Renedo A, Marston C. (2011), Healthcare Professionals' Representations of 'Patient and Public Involvement' and Creation of 'Public Participant' Identities: Implications for the Development of Inclusive and Bottom-Up Community Participation Initiatives, Journal of Community Psychology, 21, 268-280.

Opfordring!

Vil du anmelde en bog?



Måske er julen en oplagt tid til at læse og anmelde en af disse bøger.

Du skal blot kontakte redaktør Anni Nørregaard (Anni.norregaard@rsyd.dk), så vil bogen blive sendt til dig. Du har tre måneder fra bogen er modtaget, til redaktørgruppen skal have anmeldelsen.

Som tak for anmeldelsen er bogen din.

Du kan læse mere om de redaktionelle krav på selskabets hjemmeside.

Af **Helen Schultz**, Klinisk Sygeplejeforsker,
ph.d., Kirurgisk Afdeling A,
Odense Universitetshospital
& Klinisk Institut, Syddansk Universitet.
helen.schultz@rsyd.dk



Faglig artikel

Narrativ medicin

Abstrakt

Narrativ medicin er en praksisdisciplin, der er udviklet i USA, og som har til hensigt at sætte fokus på humanistiske værdier hos sundhedsprofessionelle og fremme en patient-centreret klinisk praksis. Via udvikling af narrative kompetencer bliver de sundhedsprofessionelle i stand til at lytte opmærksomt til, analysere og fortolke patientens fortællinger og kan derved bedre hjælpe mennesker gennem sygdom. Narrative kompetencer udvikles gennem disciplinens to centrale metoder, som er nærlæsning af litterære tekster og kreativ skrivning.

Keywords

Narrative skills, close reading, creative writing, health humanities, Rita Charon.

Denne artikel omhandler narrativ medicin, som det defineres og praktiseres på Columbia University i New York, USA. Artiklen indledes med en generel beskrivelse af narrativ medicin. Herefter redegøres for, hvordan narrative kompetencer læres gennem de to centrale metoder i narrativ medicin, nemlig nærlæsning og kreativ skrivning. Til sidst opsummeres mulighederne ved anvendelse af narrativ medicin og dets begrænsninger problematiseres. Artiklen bygger på grundbøger om narrativ medicin, forskning inden for området samt min erfaring som underviser i narrativ medicin og fra et længerevarende studieophold ved Columbia University.

Hvad er narrativ medicin?

Baggrunden for og formålet med udvikling og anvendelse af narrativ medicin beskrives indledningsvis i dette afsnit sammen med definition af centrale begreber. Efterfølgende beskrives tre overordnede principper i narrativ medicin (lydhørhed, repræsentation og tilknytning) og fem underordnede tilknyttede principper (temporalitet, singularitet, kausalitet/kontingens, intersubjektivitet og etik) (1).

Baggrund og formål med narrativ medicin

Disciplinen 'narrativ medicin' blev defineret af læge og professor Rita Charon på Columbia University i New York omkring år 2000 (2). Den refererer ganske enkelt til at arbejde struktureret med narrativer i det medicinske felt. Ved at sætte termene "narrativ" og "medicin" sammen, ønskede Rita Charon at tale ind i en lægevidenskabelig kontekst. Rita Charon definerer et narrativ som en historie med en fortæller, en lytter, en eller flere begivenheder/handlinger som forløber over tid og et plot, der er historiens overordnede sammenhængende logiske handling, som indeholder en fortid, nutid og fremtid (3). Intentionen med narrativ medicin er at sætte fokus på humanistiske værdier i lægeuddannelsen og fremme en patient-centreret praksis, hvor læger får narrative kompetencer til at hjælpe patienter gennem sygdom. Narrative kompetencer defineres som evnen til at lytte til og absorbere patientens fortælling, forstå betydningen af fortællingen, foretage en righoldig og præcis fortolkning af fortællingen og begribe patientens vanskelige situation (plights) i al dens kompleksitet (1, 3). Narrativ medicin udspringer af den noget bredere funderet tradition "medicinsk humaniora", som blev introduceret i USA omkring 1970'erne. Medicinsk humaniora er en interdisciplinær disciplin, ligesom narrativ medicin er det, og favner humanvidenskab (litteratur, filosofi, etik, historie og religion), socialvidenskab (antropologi, psykologi, sociologi) og kunstvidenskab (litteratur, teater, film og visuel kunst). Dog afgrænser medicinsk humaniora ikke deres område så snævert, som narrativ medicin gør, hvor sidstnævnte primært har fokus på udvikling af evne til opmærksom lytning og narrative kompetencer, som læres gennem nærlæsning af litterære tekster og kreativ skrivning. Medicinsk humaniora behandler på et mere overordnet niveau etiske problemstillinger, hvor omdrejningspunktet er den historiske og kulturelle kontekst, emotionelle og eksistentielle dimensioner, og litterære og kunstneriske repræ-

sentationer (4). Ligesom narrativ medicin, taler medicinsk humaniora sig ind i en lægevidenskabelig kontekst og læge-patient relation. Tilgangene fra begge traditioner er let overførbare til andre sundhedsprofessionelles uddannelse og virke herunder sygeplejen (4).

Grundlæggende principper i narrativ medicin

Rita Charon beskriver tre overordnede principper i narrativ medicin, nemlig "lydhørhed (attention), repræsentation (representation) og tilknytning (affiliation)". Lydhørhed omhandler en åbensindet og respektfuld lytten til patientens situation og praktiseres ved at lytte med fuld koncentration til patientens fortælling. Man kan nærmest lade sig opsluge af patientens ord og tilstedeværelse. Lydhørhed er en forudsætning for en empatisk tilgang til patienten (1). Ifølge Rita Charon vil der altid være en kløft (divide) mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, idet den ene er syg og den anden er rask. Lydhørhed er første skridt på vejen til at gøre kløften mindre, så patienten og den sundhedsprofessionelle kan nærme sig hinanden i den fælles rejse under patientens sygdomsforløb (3).

Repræsentation er andet skridt på vejen til at mindske kløften mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Repræsentation omhandler externalisering dvs. gengivelse af det, man har erfaret ved at lytte til patienten. Det praktiseres ved at man på skrift gengiver, hvad man har hørt og oplevet, og gengivelsen præsenteres for patienten. Repræsentation af en fortalt historie er en kreativ proces, hvor indre erfaring skaber en sammenhæng, som kan virke overraskende både på den, som foretager repræsentationen og den, som hører repræsentationen genfortalt. Det sidste overordnede princip i narrativ medicin, og skridt på vejen til at patienten og den sundhedsprofessionelle kan nærme sig hinanden, er tilknytning, og det skabes via arbejdet med lydhørhed og repræsentation (1).

Til de tre overordnede principper knytter Rita Charon fem andre begreber, som er inspireret af narrativ teori. De fem begreber er "temporalitet, singularitet, kausalitet/kontingens, intersubjektivitet og etik". Temporalitet omhandler tid, men tid kan være et abstrakt begreb, som først bliver konkret for os, når det illustreres gennem et narrativ, som altid indeholder én fortid, nutid og fremtid. Singularitet repræsenterer det særlige, det enestående modsat det universelle eller generelle. Kausalitet er de konstruerede årsagssammenhænge, som skaber fortællingens plot, altså de konstruerende sammenhænge mellem hændelser og handlinger. Intersubjektivitet repræsenterer det vilkår, at vi forstår og skaber os selv i relation til og på betingelse af andre mennesker. Endelig ligger den etiske dimension i fortællingen dels i de mellemmenneskelige historier, der problematiseres, dels i det faktum at forfatteren ofte deler noget personligt med sin læser (1, 3).

Hvordan læres og udvikles narrative kompetencer?

At arbejde med syge, lidende og døende indebærer at kunne reflektere over sig selv som fagperson, men også som menneske med henblik på at udvikle selverkendelse og selvbevidsthed for at kunne stille sig selv til rådighed som terapeutisk instrument for patienten. Dette refleksi-

onsarbejde kræver narrative kompetencer, som også anvendes til at udvikle en empatisk og reflekterende tilgang til patientens sygdoms- og livsverden (3). Metoden til at reflektere over den menneskelige dimension i et sygdomsforløb og sig selv forgår indenfor et velbeskrevet pædagogisk set-up, som rummer narrativ medicins to centrale metoder, nemlig nærlæsning og kreativ skrivning (1). Disse to metoder udfoldes nedenfor, men først beskrives konteksten for refleksionen.

Kontekst for læring i narrativ medicin

Den pædagogiske grundtanke inden for narrativ medicin er en induktiv metode, hvor de professionelle stimuleres til læring og erkendelse via refleksion. De professionelle skal selv opdage og erkende sammenhænge i udvalgte tekster via observation, refleksion og fortolkning (5). På Columbia University gennemføres refleksionen i mindre grupper på højst 15 deltagere sammen med en moderator. De mindre grupper giver mulighed for at udvikle fortrolighed blandt gruppens deltagere, for at alle bliver hørt og stimuleres til dybere refleksion ved interaktion mellem deltagerne. Værdigheden for et forløb med narrativ medicin for medicin-studerende på Columbia University er ca. 6 uger og hver seance varer 1-2 timer.

Nærlæsning

Nærlæsning er en anerkendt metode inden for litteraturvidenskaben og en gruppesession kan starte med en fælles nærlæsning af en litterær tekst (novelle/digt/uddrag af roman) eller et stykke kunst (billede/maleri/skulptur) (1). I denne artikel refereres efterfølgende kun til "litterære tekster" for overskueligheden skyld, men begge kategorier kan altså anvendes. Anvendelse af fiktion, og ikke en case fra praksis, begrundes i dens stærke virkemidler til at berøre læseren og kan dermed give indsigt i, hvordan det kan opleves at være menneske i forskellige livssituationer. Man kan leve sig ind i andre livsverdener og blive klogere på andre mennesker, men også på hvad det vil sige at være "mig" som menneske og som sundhedsprofessionel. Læsningen af fiktion er ligeledes begrundet i, at man kan distancere sig fra virkeligheden for en stund. Derved bliver man mere fri til at acceptere, hvad der læses, til at reflektere over fortællingen, analysere dens narrative struktur, fordi det i første omgang ikke er væsentligt, om det er i overensstemmelse med virkeligheden (1).

Valget af den litterære tekst skal overvejes i forhold til omdrejningspunktet for læsningen, som for eksempel kan være relationer, identitet, positionering og tab, og deltagerens kliniske erfaringsgrundlag. Er deltagerne studerende eller sundhedsprofessionelle med begrænset erfaring fra praksis, kan det være fordelagtigt at vælge tekster, der udspiller sig i sundhedssektoren og omhandler det at være patient, pårørende eller sundhedsprofessionel. Dette vil give nye indsigter i oplevelser fra forskellige positioner relateret til denne verden. Er deltagerne sundhedsprofessionelle med mange års erfaring fra klinisk praksis, kan det være hensigtsmæssigt at vælge en tekst, som ikke udspiller sig derfra. En tekst, der har relation til sundhedsvæsenet, kan nemlig kalde på handling hos de professionelle i form

af at ville diagnosticere patienten, foreslå alternative plejertiltag mv. Med andre ord, det kan være sværere at distance sig fra virkeligheden og reflektere over tekstens karakter, foretage en narrativ analyse af teksten mv.

En nærlæsning kaldes en "close reading" og beskrives også som "slow reading", da deltagerne skal have tid at dvæle ved detaljer i teksten for opmærksomt at kunne observere, reflektere over, analysere og fortolke teksten i detaljer og som en helhed. Nærlæsningen kan indledes med, at deltagerne læser højt fra teksten på skift for at samle deltagerens opmærksomhed ét og samme sted, nedsætte tempoet i nærlæsning, fremme deltagerens opmærksomhed mod detaljer og fremme kreativiteten i læsningen. Den fælles nærlæsning stimulerer til tillid i gruppen, når refleksioner over teksten deles. Trods det at teksten kan være valgt med hensigten på bearbejdning af et bestemt tema (relationer, identitet mv), er det en grundtanke, at moderatoren ikke præsenterer eller fortolker temaet for deltagerne, men at det belyses via reflekterende spørgsmål til deltagerne og deres egne observationer, refleksioner og fortolkninger af teksten. Ved nærlæsning af teksten er der i gruppens diskussion af teksten særligt fokus på elementerne tid, rum, fortællestemme og metaforer (1, 5), men elementer som stemning, genre, og hvad der berører én i teksten er også centralt.

Kreativ skrivning

Kreativ skrivning eller reflekterende skrivning er kendt fra forfatterkredse (1), men også fra en refleksions- og vejledningspraksis i sygeplejen (6). Formålet med skrivningen er at give deltagerne mulighed for at foretage yderligere observation og refleksion over teksten, opnå en mere nuanceret indsigt og forståelse for en given person og livssituation (5), men også at stimulere til øget selvbevidsthed og selverkendelse idet skriveprocessen bidrager til at gøre ubevidste tanker og følelser bevidste (6).

Kreativ skrivning foretages i forbindelse med en nærlæsning og initieres af et åbent spørgsmål, som er inspireret af den læste tekst. Der kan enten skrives i 5-10 minutter "om" teksten eller "i skyggen" af teksten. At skrive om fortællingen betyder, at egne erfaringer og oplevelser ikke inddrages i skrivningen. Til eksempel på spørgsmål fra en tekst til en kreativ skrivning kan anvendes uddrag fra Fredrik Backmans roman "Britt-Marie var her", som omhandler den 63-årige hjemmegående husmor Britt-Marie, der efter manden Kents utroskab forlader ham og forsøger at finde en ny identitet og mening med livet – og et økonomisk levestandard (7):

Gafler. Knive. Skeer.

I den rækkefølge.

Britt-Marie er bestemt ikke typen, der dømmes andre, slet ikke, men et kultiveret menneske kan da ikke finde på at organisere bestikket i en køkkenskuffe på nogen anden måde? Britt-Marie dømmes ikke nogen, slet ikke, men vi er trods alt ikke dyr. Det er en mandag i januar. Hun sidder ved et lille skrivebord

på Arbejdsformidlingen. Ganske vist har det ikke noget med bestikket at gøre, men det er et symptom på alt det, der er gået skævt. Bestik skal ligge, som det plejer, for livet skal være, som det plejer. Sædvanlige liv er præsentable, man gør rent i køkkenet og holder styr på altanen og passer børnene. For det er der faktisk mere arbejde i, end man skulle tro. At holde en altan (6, side 7).

Et spørgsmål om teksten kunne være: *Hvad er repræsentere bestikket for Britt-Marie?* En anden type spørgsmål, der lægger op til at skrive "i skyggen" af eller "med" fortællingen, inddrager deltagerens egne oplevelser og erfaringer og kunne i forhold til romanen om Britt-Marie være: *Skriv om en gang livet ikke var, som det plejede at være.*

Efter den kreative skrivning læser deltagerne deres fortællinger op for hinanden og responderer på hinandens skrivelser med henblik på yderligere refleksioner. Det kræver tryk og tillid i gruppen at læse det skrevne op for hinanden (5).

Narrativ medicins muligheder og begrænsninger

Gennem denne artikel er narrativ medicins forcer beskrevet i form af muligheden for at udvikle evnen til at observere, lytte opmærksomt til og reflektere over patientens fortælling samt fortolke den med narrative begreber. Dette giver adgang til at tage udgangspunkt i patientens ønsker og behov. Det nye, som disciplinen narrativ medicin bidrager med, set i forhold til en lang sygeplejefaglig tradition med refleksion og vejledning, er dens særlige fokus på analyse og fortolkning med narrative begreber og anvendelsen af fiktion.

Begrænsningerne ved disciplinen narrativ medicin er, at den ikke byder på konkrete tiltag til, hvordan man med kommunikative redskaber kan gøre en patients "tynde" fortælling "tykkere", som den australske psykoterapeut i narrativ terapi Michael White ville beskrive det. En "tynd" fortælling er en minimalistisk fortælling af en hændelse, oplevelse eller tanker (1, 8). Hos nogle patienter, der kommer med "tynde" fortællinger, vil det ikke være nok at lytte opmærksomt til patienten for at folde fortællingen ud, så den bliver "tyk" med talrige nuancer, som så kan lyttes til og fortolkes. Her skal der anvende forskellige typer af åbne spørgsmål til at få patienten til at åbne sig op og fortælle, hvad hun/han har på hjertet, og hvad der kan være af behov (6, 8). Her byder narrativ medicin kun på sporadisk inspiration til spørgsmål, hvilket ikke er nok for novicen i at stille åbne spørgsmål. Her må den sundhedsprofessionelle altså støtte sig op af andre discipliner, som beskriver f.eks. en narrativ samtalepraksis (9).

Referencer

1. Charon R, Dasgupta S, Hermann N et al. The Principles and Practice of Narrative Medicine. New York: Oxford University Press; 2017.
2. Charon R. The shock of attention. Entymema. 2016(XVI): 6-17.
3. Charon R. Narrative Medicine - Honoring the Stories of Illness. New York: Oxford University Press; 2006.
4. Cole TR, Carlin NS, Carson RA. Medical Humanities. An introduction. New York: Cambridge University Press; 2015.
5. Cunningham H, Taylor D, Desai UA et al. Looking Back to Move Forward: First-Year Medical Students' Meta-Reflections on Their Narrative Portfolio Writings. Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges. 2018; nr. 93. 6. årgang: 888-94.
6. Bagger C, Schultz H. Vejledning af fagprofessionelle - i klinisk praksis. København: Munksgaard; 2010.
7. Backman F. Britt-Marie var her. København: People's Press; 2014.
8. White M. Narrativ teori. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
9. White M. Narrativ praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.

Kreativ Kommunikation

Vi håber på at se mange til næste års Landskonference d. 1.-2. april i Aarhus. Temaet Kreativ Kommunikation og der er både danske og internationale oplægsholdere. Du kan finde program, tilmelding og information om posterpræsentation under siden "Landskonferencer og Temadage" på vores hjemmeside på dsr.dk.

Ansøgninger til DASYS' råd

Uddannelsesrådet søger 2 nye medlemmer. Uddannelsesrådet overordnede formål er at skabe overblik over, udbrede kendskabet til og gøre opmærksom på nye uddannelsesbehov og muligheder inden for sygepleje. Det forventes at de nye medlemmer af rådet har kompetencer i forhold til uddannelse. Specielt ønsker rådet kompetencer i forhold til ledelse og undervisning i det primære sundhedsvæsen. Kunne du tænke dig at deltage i rådets arbejde, udfyld ansøgningskemaet på DASYS hjemmeside (dasys.dk) og send det til formand Annesofie Lunde Jensen på annesjen@rm.dk senest d. 8/1-2019.

Forskningsrådet søger 2 nye medlemmer. Generelt forventes, at de nye medlemmer af rådet har kompetencer i forhold til forskning. Specielt ønsker rådet derudover kompetencer i forhold til ledelse og uddannelse. Ansøgningsfristen er d. 1/1-2019. Kunne du tænke dig at deltage i rådets arbejde, udfyld ansøgningskemaet på DASYS hjemmeside (dasys.dk) og send det til formand Annesofie Lunde Jensen på annesjen@rm.dk senest d. 8/1-2019.

Du kan læse meget mere om DASYS på hjemmesiden: <http://dasys.dk/>

DASYS
Dansk Sygepleje Selskab

Fagligt selskab for SYGEPLEJESKER der arbejder med UDVIKLING OG FORSKNING

Kreativ kommunikation

Helnan Marselis, Aarhus, d. 1-2 april 2019

Landskonference 2019

Vi kommunikerer hele tiden med vores omgivelser. Både det vi siger/gør og det vi ikke siger/gør bliver taltet af andre mennesker. Som den engelske videnskabsmand George Batson sagde: "Det er umuligt ikke at kommunikere".

I en verden, hvor vi konstant modtager ny information via mail, medier, sociale netværk og arbejdsnetværk, bliver måden, hvorpå vi kommunikerer såvel indbyrdes med samarbejdspartnere som med patienter/borgere utrolig betydningsfuld. Vi udfordres af helt nye krav.

På årets landskonference sætter vi fokus på kommunikation. Vi drejer kalejdoskabet i forskellige retninger og forsøger at udfordre og udvikle deltagernes opfattelse af kommunikation, der virker.

Emner på konferencen

- Formidling af videnskab via bl.a. sociale medier
- Hvordan tænder jeg min modtager?
- Kommunikation, når der skal træffes beslutninger
- Brug af Telemedicin

Igen i år får du mulighed for at

- Deltage i forskellige workshops
- Høre internationale og nationale oplægsholdere
- Udvikle dig og suge ny viden til dig
- Vælge mellem at deltage i en eller to dage

Stafetten

–mød en kollega



Claus Sixtus Jensen
Ph.d. – Forskningsansvarlig sygeplejerske
Børne- og Ungeafdelingen Herlev Hospital

Hvad er din jobtitel og hvad består dit job af?

Jeg har ind til maj 2018 været ph.d.-studerende ved Health, Klinisk Institut på Aarhus Universitet og tilknyttet Center for Akutforskning på Aarhus Universitetshospital. Derudover har jeg siden 2016 været ansat som forskningsansvarlig sygeplejerske ved Børne- og Ungeafdelingen på Herlev Hospital.

Hvordan arbejder du med udvikling eller forskning i sygeplejen?

Igennem mit ph.d. projekt har jeg arbejdet med basal sygepleje observation – systematiseret i et scoringssystem også kaldet Paediatric Early Warning System (PEWS). Dette har betydet, at jeg har undervist plejepersonale i basale sygeplejeobservationer og blandt andet undersøgt, om det at arbejde systematiseret med basale sygeplejeobservationer har betydning for opsporing af akut kritisk sygdom samt undersøgt, om plejepersonalet ser det samme, når de vurderer pædiatriske patienter. Sideløbende har jeg arbejdet med udvikling af den pædiatriske sygepleje ved at initiere og understøtte udviklings- og forskningsprojekter på Børne- og Ungeafdelingen på Herlev Hospital. Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?

I mit ph.d. studie har de forskellige forskningsspørgsmål været styrende for valg af metoder. Jeg har arbejdet med flere forskellige metoder i mine studier; lige fra randomiseret kontrolleret interventionsstudie til et kvalitativt fokusgrupp interview studie.

Hvordan har din karrierevej bragt dig til dig nuværende job?

Jeg har i min sygeplejekarriere haft stor interesse for udvikling af børnesygeplejen, særligt inden for det akutte område. Dette har medført, at jeg har deltaget i mange

udviklingsprojekter og løbende set behov for at kvalificere mine kompetencer, helt konkret gennem erhvervelsen af en international masteruddannelse i sundhedsvidenskab, sygepleje udbudt ved Deakin University i samarbejde med Sygeplejerskolen i Viborg og efterfølgende en ph.d.

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

Sygeplejen er generelt under pres, dette gælder også for pædiatriske sygepleje. Pædiatriske sygepleje er aldersdefineret og ikke organdefineret, og er således ikke styret af diagnoser eller fagområder. Specialet er yderligere udfordret af, at det har en meget lille plads eller er helt fraværende i grunduddannelsen.

Dette kalder på forskning, udvikling og uddannelse. Der er brug for et kvalitetsløft og en styrkelse af pædiatriske sygepleje generelt. Som følge af dette arbejder flere interessenter, her i blandt Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med børn og unge for etableringen af en specialuddannelse i pædiatriske sygepleje – et arbejde der støttes af Børnerådet.

Stafetten sendes videre til:
Dorthe Boe Danbjørg



Af Heidi Reinhold, Kvalitetskonsulent,
Master i Professionel Kommunikation. Kvalitet og Målstyring,
Sygehusledelsens Stab. Sjællands Universitetssygehus.
hmre@regionsjaelland.dk

Af Helle Kjærgaard Jacobsen, kvalitets,-
og udviklingssygeplejerske, Master i Sundhedsfremme.
Urologisk afdeling, Sjællands Universitetssygehus.
hkja@regionsjaelland.dk



Faglig artikel

Støttestrømper - støtter de?

- et udviklingsprojekt om graduerede kompressionsstrømper til Urologiske operationspatienter

Denne artikel præsenterer et projekt, der er gennemført i Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital. Afdelingen er Danmarks andenstørste urologiske afdeling. Den varetager undersøgelse og behandling af sygdomme i urinvejene. Det vil sige nyrerne, urinlederne, blæren, prostata og de mandlige kønsorganer. Afdelingen modtager både patienter til akut og planlagt kirurgi.

Projektet omhandler forhold i Urologisk afdelings praksis i anvendelse af graduerede kompressionsstrømper (GKS), som med fordel vil kunne give anledning til ændring af procedurer for patientgruppen, samtidig med der sker en faglig udvikling for personalet. Projektet var under gennemførelse i perioden august 2016- august 2018. Alle undersøgelser var afsluttet i februar 2018.

Nøglebegreber: patientoplevelser, patientsikkerhed, evidens, urologi, kompressionstrømper

Baggrund

Effekten af graduerede kompressionsstrømper til hel eller delvis forebyggelse af DVT og lungeemboli hos operationspatienter har været diskuteret løbende de sidste årtier. Bl.a. er det i Ugeskrift for læger i 2016 beskrevet, at der er svag evidens for graduerede elastiske kompressionsstrømper ved laparoskopisk samedagskirurgi, og at der ikke findes overordnede nationale danske retningslinjer for tromboseprofylakse ved kirurgi. I artiklen beskrives, at de fleste danske kirurgiske afdelinger følger lokale retningslinjer på området (1, s.4). Center for Kliniske Retningslinjer, Clearinghouse, anbefaler i Klinisk retningslinje for anvendelse af kompressionsstrømper hos voksne præ- og postoperativt som forebyggelse af postoperativ DVT, at GKS anvendes præ- og peroperativt som forebyggelse af DVT hos voksne patienter over 40 år, der skal have foretaget et Intra-abdominalt kirurgisk (neurokirurgisk, gynækologisk eller hjertekirurgisk) indgreb > 30 min. Hvorvidt man bør anvende korte eller lange GKS, kan bero på faktorer som patientens compliance, lethed ved anvendelse og økonomi (2). Vi havde begge bemærket, at mængden af GKS i depoterne i urologisk afdeling var enorm, samt at mængden af lange/hoftelange GKS langt oversteg mængden af korte GKS. Samtidig observerede vi patienter gående rundt i afdelingen med lange GKS, der ikke sad rigtigt. De var ofte gledet ned og foldede flere steder på benet. Qua vores egne erfaringer fra forskellige kirurgiske specialer, samt de oplysninger vi fik, da vi spurgte nogle af landets andre urologiske afdelinger om deres praktiske anvendelse af GKS, så vi flere – og ikke nødvendigvis konsekvent praksis - for anvendelse af GKS. Når vi spurgte i afdelingen, hvorfor den lange GKS blev anvendt frem for den korte, fik vi ofte svaret: "Det er for en sikkerheds skyld".

Det var ikke tydeligt for os, om der fandtes evidens for anvendelse af graduerede kompressionsstrømper til urologiske operationspatienter. Manglende evidens kan muligvis få økonomiske konsekvenser for afdelingen, da det er vores erfaring, at anvendelse af GKS er ressourcekrævende både for personalet og for patienten. Det er desuden værd at bemærke, at afdelingen i 2016 havde udgifter til GKS svarende til 161.222 kr. (Kilde: tal fra afdelingen).

Formål

Formålet med projektet var at tilbyde vores afdelings patienter den bedst mulige behandling, pleje og forebyggende indsats under deres indlæggelse; at sikre forebyggelse af komplikationer, samtidig med at patienterne oplever størst mulig tilfredshed og kvalitet i deres forløb samt at frembringe resultater, som både løbende men i høj grad efterfølgende kan medvirke til udvikling af sygeplejen i urologisk afdeling.

Med udgangspunkt i ovenstående var det relevant for os at rette fokus på følgende perspektiver i anvendelsen af GKS til urologiske operationspatienter: Spørgsmålet om evidens for effekt; Patientens oplevelse; Sundhedsfaglige observationer i forbindelse med anvendelse af GKS.

Metode og resultater

Litteraturgennemgang

Vi startede undersøgelsen med at foretage en grundig litteraturgennemgang for at få svar på vores spørgsmål, om der foreligger evidens for effekten af GKS til forebyggelse af DVT og lungeemboli hos patienter, der gennemgår urologiske indgreb. Vi foretog litteratursøgningen i PubMed og brugte søgeordene; GCS, GCS and urology, GCS stockings and urology, Compression stockings and urology, Robotkirurgi, Uro-oncology. Vi afgrænsede os til engelsksprogede surgery.

Resultatet af litteraturgennemgangen viste, at mindre end halvdelen af de gennemgåede artikler omhandlede urologiske patienter. Endvidere blev det tydeligt, at der ikke var foretaget randomiserede kontrollerede studier vedr. anvendelse af GKS til urologiske operationspatienter. Et systematisk review anbefaler yderligere undersøgelser af effekten (3). Dog fandt vi, omend i begrænset omfang, at der forelå evidens for effekt af GKS til forebyggelse af DVT og lungeemboli til urologiske patienter, der gennemgår hhv. radikal prostatektomi, nefrektomi og cystektomi (4). Ved øvrige urologiske indgreb var effekten enten ikke undersøgt, eller evidens for effekten slet ikke fundet. I én artikel peges på, at der til patienter, hvor der er tale om kort operationslængde (<30 min.), transuretralt,- eller ved lavrisiko urologisk indgreb, er det tilstrækkeligt med tidlig mobilisering (5). "Aggressiv" mobiliserings regime straks efter indgrebet, omtales i en anden artikel, hvor der også bliver peget på, at kliniske tromboemboliske komplikationer efter TUR P er sjældne. Disse patienter har lav risiko for DVT (3). Ved litteraturgennemgangen undersøgte vi desuden, om der fandtes tydelig evidens dels for anvendelse af korte kontra lange GKS dels oplysninger om opmålingens samt placeringens betydning (6). Desuden ledte vi efter undersøgelser, som angav oplysninger om patienters oplevelse af anvendelse af GKS. Resultat vedrørende disse emner pegede på anvendelse af korte frem for lange strømper. Der sås perspektiver som placering, opmåling, størrelse samt skader i forbindelse med anvendelse af GKS (ibid).

I forhold til opmåling/størrelse fandt vi følgende: Opmærksomhed på anvendelse af korrekt størrelse; Vigtigt at foretages korrekt opmåling; Korte strømper lettere at opmåle

end lange; Opmåling af begge ben nødvendig (forskel på højre og venstre ben).

I forhold til placering: Korte strømper er sikre. Stase fra lang strømpe ved knæet ophører effekten over knæet; Lange strømper giver flere problemer end korte. Lange strømper glider ned og rynker; Det er vigtigt at være meget opmærksomme på, at strømpen sidder korrekt. Til sidst forhold vedrørende skader; Opmærksomheden henledes på decubitus. Behov for hud inspektion; Strømpens tryk er essentiel for effekt. Er de for stramme øges risikoen for DVT; Lange strømper giver flere problemer end korte - de staser. Med hensyn til patienters oplevelse af anvendelse af GKS fandt vi i litteraturen (6, 7, 8, 9), at korte strømper passer bedre en lange. Ligeledes findes korte GKS mere behagelige eller komfortable. Nogle patienter gav udtryk for, at de fandt strømperne ubehagelige. Der var eksempler på, at patienterne selv fjernede strømperne. En undersøgelse viste, at 20 procent af patienterne ikke forstod formålet med anvendelse af strømperne (10). I samme undersøgelse sås, at kompressionsstrømper i 29 procent tilfælde blev brugt ukorrekt og at størrelsen i 26 procent tilfælde var ukorrekt. Øget uddannelse til sygeplejersker og patienter blev anbefalet

På baggrund af den viden vi fik om patienternes oplevelser i de undersøgelser artiklerne byggede på, fandt vi det interessant og relevant, at undersøge patienternes oplevelser i vores egen afdeling.

Patientoplevelse

For at rette fokus på patientens oplevelse i anvendelse af GKS foretog vi i egen urologisk afdeling interview med 30 patienter. Som udgangspunkt ønskede vi svar på: Patienters oplevelse af størrelse og placering, samt Patienters oplevelse af information vedrørende GKS.

Derfor foretog vi interview med en tilfældigt udvalgt gruppe af indlagte patienter. Vi havde udarbejdet en interviewguide.

Vores hensigt var at kende patienternes egne oplevelser ved anvendelse af GKS, så vi valgte at stille direkte, afklarende spørgsmål samt spørgsmål, som var formulerede som åbne spørgsmål med henblik på at få patienternes oplevelse mest muligt frem i svarene (11). Samme spørgsmål blev stillet flere gange og på forskellige måder med henblik på, at give patienterne mulighed for at fastholde eller ændre svar undervejs i interviewet, hvor de opnår større tillid og tryk ved situationen (ibid). Der var afsat god tid til interviewene, så patienterne kunne tænke over deres svar. Alle patienter havde mulighed for at afslå deltagelse i interview, hvilket 3 patienter gjorde. Dette betød, at vi alt inkluderede 30 patienter.

Rent praktisk havde vi i forbindelse med interviews tildelt patienterne et nummer, (dette patientnummer anvendtes igen i observationsundersøgelsen). Alle data blev analyseret med afsæt i en meningskondenserende metodetilgang (11).

I patienternes svar på spørgsmålet om oplevelse af størrel-

se og placering fremkom næsten dobbelt så mange positive som negative udsagn om deres oplevelse med GKS. Dog med det forbehold, at flere patienter modererede og/eller ændrede karakteren af deres udsagn i løbet af interviewet. Et flertal af patienterne (16 patienter) oplevede ikke at have haft grund til at rette på GKS. De patienter, som fortalte, at de rettede på GKS angav som årsag, at GKS gled ned, skar eller strammede.

Vedrørende spørgsmålet om oplevelse af information om GKS svarede 53 procent af patienterne, at de ikke havde modtaget information hverken om formålet med anvendelse af strømpen eller hvor og hvordan, den skulle sidde. Ca. 30 procent af patienterne kendte formålet og svarede, at det var for at forebygge blodpropper. Ca. 13 procent af patienterne havde modtaget information om, hvordan strømpen skulle sidde. Som bifund, fik vi under vores interviews af patienten, oplysninger fra 10 patienter, at det var patienten selv, der havde taget strømpen på (7 tilfælde). Hustru (2 tilfælde) eller medpatient (1 tilfælde) havde hjulpet patienten med at få strømpen på.

Desuden fortalte en patient, at han ved forespørgsel til personalet ikke kunne få besked på, hvorfor strømperne anvendes. En patient fortalte, at han havde korte strømper på "fordi de har ikke nogle, der passer mig".

Sundhedsfaglig observation

I forbindelse med vores interview af patienterne valgte vi samtidig at foretage sundhedsfaglige observationer af patientens anvendelse af GKS. I observationen indgik 29 patienter, da en enkelt ikke ønskede at deltage i denne del af undersøgelsen. Alle observationerne blev suppleret med fotodokumentation. Billedmaterialet havde til formål, at begge forfattere (idet alle interviews blev foretaget af enten den ene eller den anden forfatter) skulle kunne gennemgå observationerne og drøfte dem i fællesskab. Dette

med henblik på at sikre størst mulig validitet i forhold til observationernes udfald.

Desuden foretog vi en sundhedsfaglig vurdering af, hvorvidt GKS havde givet anledning til tryk (12). Ved observationen af GKS' placering, tog vi udgangspunkt i sammenfald og afvigelser fra leverandørens anvisning af korrekt placeret GKS (13). Desuden så vi på risici/skader hos patienterne, samt de perspektiver, som fremkom ifm. litteraturgennemgangen.

I observationen af de 29 patienter så vi fem tilfælde, hvor GKS var placeret korrekt dvs. i henhold til leverandørens vejledning (13). I de øvrige 24 tilfælde observerede vi hofrelange GKS, der ikke var placeret således, at det var muligt at opnå den effekt, som ønskes af den hofrelange udgave. I de øvrige tilfælde observerede vi GKS, der var fejlplaceret. GKS var enten for løse, for stramme, for korte eller for lange. Vi så flere tilfælde, hvor fodstykket var drejet, så hhv. hælen og tåen sad ude på siden af foden. Desuden viste observationsundersøgelsen en stor overvægt af GKS, der ikke var korrekt placeret ift. leverandørens anbefalinger, da størrelsen ikke gjorde dette muligt. Endvidere så vi talrige eksempler på stase, tryk og anden hudpåvirkning. Det vil sige, at flere forhold har betydning for, hvilken sundhedsfaglig effekt GKS har på de respektive patienter i observationen. Vores observationer viser et stort antal patienter, for hvem GKS udgør en risiko for skade på hud og/eller kredsløb. I nogle tilfælde var skaden sket. I få tilfælde så vi patienter, for hvem GKS kunne have den tilsigtede effekt.

Følgende billeder er eksempler fra observationsundersøgelsen:



Foto 1 og 2: GKS er fejlplaceret ved tærne, så der er opstået et tryk mellem 3. og 4. tå



Foto 3, 4 og 5: GKS er for stram og har medført tryk i knæhasen



Foto 6 og 7: GKS er for stor og yder ingen kompression

Undersøgelserne viste flere eksempler på uoverensstemmelser mellem patienternes oplevelse og vores sundhedsfaglige observation: Over halvdelen af patienterne havde en oplevelse af, at GKS var behagelige eller sad som de burde, uden at vores observationer kunne bekræfte dette. I 17 ud af 29 tilfælde (ca. 58 procent) oplevede patienterne, at GKS sad godt/som de skulle, men fotos/observation viste GKS, der enten var gledet ned, gledet rundt, var for stramme eller for store. For eksempel sagde patienten på foto 1 og 2: "De passer godt" og svarede ja til, at GKS sad hensigtsmæssigt. Dvs. patienten stillede ikke spørgsmåls-

tegn ved, at GKS var drejet ved tæerne og forårsagede et tryk imellem 3. og 4. tå. Disse uoverensstemmelser kan forklares med, som det fremgår af interviewundersøgelsen, at mange patienter ikke var blevet informeret om, hvad de kunne forvente eller hvad de skulle være opmærksomme på ifm. GKS.

Anbefalinger

Vores samlede undersøgelse har vist, at GKS forebygger DVT og lungeemboli hos afgrænsede patientgrupper, men helt sikkert udgør andre sundhedsfaglige risici hos en bred gruppe patienter.

Vi har derfor anbefalet vores afdeling dels at drøfte afdelingens fortsatte brug af GKS dels træffe beslutning om, hvorvidt afdelingen fortsat skal anvende GKS som en del af den forebyggende behandling af DVT og lungeemboli.

I vores gennemgang af litteraturen fandt vi beskrivelser, der pegede på, at patienter ikke forstod formålet med anvendelse af GKS, hvilket vi desuden fik bekræftet i vores interview med patienterne. Derfor kan man ikke vurdere alene ved at spørge patienterne, om GKS passer. Man må som sundhedspersonale selv se efter og bringe sin faglighed i spil. Der var steder i litteraturen, som angav, at fokus på uddannelse af sygeplejersker og patienter er vigtigt. I lyset af disse anbefalinger samt resultaterne af vores egen undersøgelse, har vi, hvis afdelingen vælger fortsat at anvende GKS, anbefalet afdelingen at undersøge personalets viden, holdning og adfærd til de sygeplejeopgaver, der er knyttet til anvendelse af GKS. Denne undersøgelse bør danne baggrund for dialog/undervisning til plejepersonalet for at sikre ensartet sygepleje til patienter med GKS.

Desuden er afdelingen anbefalet at rette fokus på information til patienten vedrørende brug af GKS, fordi vores undersøgelse viste, at patienterne mangler information om anvendelse og formål med GKS.

I skrivende stund har afdelingen netop besluttet at redu-

cere kraftigt i brugen af GKS til de urologiske patienter. Der vil fremadrettet blive skelnet mellem, om patienten er i lav- eller høj risikogruppe for at få DVT eller lungeemboli. Desuden er de hoftelange kompressionsstrømper udskiftet med korte.

Der pågår nu et arbejde med at implementere den nye retningslinje samt at sætte fokus på undervisning til plejepersonalet.

Etiske overvejelser

Ud fra regionale forskrifter har patienterne givet skriftlig samtykke til interview og til at fotos må anvendes til projekter, artikler etc. Vi kan koble patienternes data med besvarelser og fotos, hvilket udenforstående ikke kan, da patienterne optræder anonymt. Billederne er i videst muligt omfang taget med respekt for patientens intimitet og blufærdighed. Patienterne kan ikke identificeres på fotos. Fotos er alle godkendt af patienten.

Vi ønsker at sende en stor tak til nedenstående, der har bidraget til projektet:

Patienter, medarbejdere og ledelse på Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital (SUH) for deltagelse, deling af viden og opbakning.

Anni Friis, Bibliotekar Fagbiblioteket (Sjællands Universitetshospital)

Udviklingssygeplejersker urologiske afdelinger i Danmark, for videndeling på tværs af hospitaler.

Thora Grothe Thomsen, Klinisk sygeplejespecialist/lektor (Sjællands Universitetshospital) for sparring og inspiration. Sanne Vangaa Mir i Økonomi og Analyse (Sjællands Universitetshospital) for viden om økonomi.

Tidligere post Doc, Urologisk Afdeling: Annette Møllerup for bistand ved litteratursøgninger.

Ved ønske om yderligere information om metode og litteraturhenvisning kan forfatterne kontaktes.

Litteratur

1. Reza JA, Gögenur I, Rasmussen HMS (2016) Svag evidens for graduerede elastiske kompressionsstrømper ved laparoskopisk sammedagskirurgi, *Ugeskrift for Læger*, 178 (10).
2. Clearinghouse (2014) Klinisk retningslinje for anvendelse af graduerede kompressionsstrømper præ- og peroperativt hos udvalgte voksne patientgrupper, som forebyggelse af postoperativ dyb venetrombose (DVT) i underekstremitet. Hentet fra: http://www.cfkr.dk/media/344314/anvendelse_af_graduerede_kompressionsstr_mper_pr__og_peroperativt_hos_udvalgte_voksne_patientgrupper__som_forebyggelse_af_postoperativ_dyb_venetrombose__dvt__i_underekstremitet..pdf.
3. Donat R, Mancey-Jones B (2002) Incidence of Thromboembolism after Transurethral Resection of the Prostate (TURP) - A Study on TED Stocking Prophylaxis and Literature Review, *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 36:2, 119-123.
4. Hariharan U, Shah SB, (2015). Venous Thromboembolism and Robotic Surgery: Need for Prophylaxis and Review of Literature. *Journal of Hematology & Thrombotic Diseases* 3:227.
5. Rawat A, Huynh TT, Peden EK, Kougias P, Lin PH., (2008) Primary prophylaxis of venous thromboembolism in surgical patients. *Vascular and Endovascular Surgery* 42 (3), 205-16. Doi: 10.11177/1538374408315208.
6. Winslow EH, Brosz DL (2008), Graduated Compression Stockings in Hospitalized Postoperative Patients: Correctness of Usage and Size, *American Journal of Nursing*, 108 (9),40-50.
7. Love C (1999) A focused review of nursing and the effectiveness of preventative measures for deep vein thrombosis, postoperative surgical patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 3, 73-80.
8. Sajid MS, Desai M, Morris RW, Hamilton G (2012) Knee length versus thigh length graduated compression stockings for prevention of deep vein thrombosis in postoperative surgical patients, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16;(5) doi: 10.1002/14651858.CD007162.pub2.
9. Sachdeva A, Dalton M Amaragiri SV, Lees T, 2010. Elastic compression stockings for prevention of deep vein thrombosis *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7;(7):CD001484. doi: 10.1002/14651858.CD001484.pub2.
10. Muñoz-Figueroa GP and Ojo O (2015) Venous thromboembolism: use of graduated compression stockings. *British Journal of Nursing*, 24 (13) 682-5.
11. Kvale S. 2007, Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview, Hans Reitzel.
12. Tværregional retningslinje Tryksår - risikovurdering og sårklassifikation, voksne, Region Hovedstaden/Region Sjælland, 2017. Hentet fra <http://d4.regsj.intern/D4Doc/Book/RSJDdokument.asp?DokID=494724&f-BookID=125868&fDokID=503120> (dato: 14-12-2018).
13. Medidanmark: Link leverandøren www.medit danmark.dk.



KLUMMEN

Af Birgitte Lerbæk. Ph.d.-studerende, RN, Cand. Scient.
San. Klinik Psykiatri Syd, Aalborg Universitetshospital. Klinisk Institut, Aalborg Universitet.
birgitte.lerbaek@rn.dk
På studieophold i Australien

Publish or perish...

Her kommer årets sidste indlæg i Klummen om livet som ph.d.-studerende. Der er nu mindre end et år tilbage af mit ph.d.-forløb. Mere præcist, er der ca. 10 måneder, til jeg skal aflevere afhandlingen, og det kan bestemt godt mærkes. Det er som om, at det nu endegyldigt er slut med at sige, at 'jamen jeg er sådan lidt over halvvejs' (hvilket også har været en sandhed med modifikationer i et stykke tid), fordi nu er jeg faktisk ved at være officielt i slutningen af forløbet. Det betyder, at planlægningen skal strammes op, og de sidste store deadlines skal sættes fast. Det øger presset, og der kommer uden tvivl til at være fart på de næste 10 måneder.

Siden sidste del af *Klumme* er den første artikel blevet accepteret hos et tidsskrift, og det har jeg tænkt mig at dvæle lidt ved i dette afsnit.

'In press'

Selvom jeg har prøvet det før, så var det alligevel noget andet denne gang, at nå dertil, hvor publikationen faktisk er accepteret af et tidsskrift og online som 'In press'. Det var nok noget andet denne gang, fordi artiklen er en del af mit ph.d.-studie, og fordi det for første gang for alvor er mig, der har været på arbejde med hele processen i studiet. Som en del af det at blive klar til at kunne indskrives i ph.d. forløbet, var jeg igennem udgivelsesprocessen et par gange under tæt og kyndig vejledning. Derfor har det også været rigtig

fedt denne gang at kunne mærke, hvor meget jeg egentlig har udviklet mig fagligt og akademisk siden dengang. Jeg tror også, at det var en rigtig stor ting denne gang, fordi mange af mine ph.d.-studerende kollegaer, som er nogen lunde lige så langt som mig i forløbet, for længst har fået udgivet deres første artikler. Det er selvfølgelig noget man skal passe rigtig meget på med at sammenligne, fordi forskellige studier rummer forskellige tilgange og set-up, der også påvirker, hvornår og hvad man publicerer, men alligevel følte det rigtig godt, at der nu (endelig) var en publikation på bordet.

Studiet, som er publiceret, er et af tre delstudier i ph.d.en. Uden at afsløre for meget (fordi jeg vil jo også gerne have jer til at læse den egentlige artikel¹⁾, så er det et studie baseret på tre fokusgrupper, som vi afholdt med sundhedsprofessionelle fra to psykiatriske settings. Analysen af materialet er en diskursanalyse med fokus på, hvordan deltagerne italesætter deres handlinger og ansvar i forhold til at håndtere fysisk helbred blandt mennesker med svære psykiske lidelser.

Som det nok ofte er, var det også i dette tilfælde enormt spændende at få kigget nærmere på datamaterialet. Når man, som her, arbejder overvejende induktivt, dukker der ting op, som man måske ikke havde forventet, og det kan

til tider virke lidt uoverskueligt, indtil man finder vejen. Jeg tror til gengæld også, at alle, der har gennemgået processen af sådan et studie, genkender den lækre følelse, det er at finde formen og dermed at kunne begynde at skrive den 'historie', som resultaterne skal fortælle.

Jeg bør nok lige nævne, at der i selve udgivelsesprocessen naturligt nok har været nogle bump på vejen. Nogen var forventelige og andre var helt og aldeles selvforskyldt. Fra starten havde jeg en drøm om, at studiet kunne publiceres i et tidsskrift med mere social science eller antropologisk fokus end de tidsskrifter, som jeg tidligere har stiftet bekendtskab med. Det kunne jeg godt tænke mig, fordi der til sådanne tidsskrifter ville være et bredere publikum (flere faggrupper og ikke 'kun' mental health nurses). Det blev dog hurtigt klart, at det ikke var realistisk i denne omgang, og vi måtte sadle om. Undervejs i processen derefter var jeg hovedmanden bag en åndsvag tanketorsk-fejl eller to, der gjorde, at artiklen blev sendt ind til et tidsskrift, hvor antallet af tilladte ord i manuskriptet var overskredet med flere banelængder, og at artiklen derfor selvfølgelig blev afvist (eller de henviste pænt til deres retningslinjer). Pinligt!! og tåbeligt!! Jeg tænker, at det er første og sidste gang, at jeg ikke læser tidsskriftets retningslinjer ordentligt igennem, før jeg submitter.

En af grundene til at jeg har valgt at dvæle så meget ved det her i dette afsnit, er, at jeg er blevet meget opmærksom på vigtigheden af at huske at fejre de milepæle, man når undervejs. Det kan godt være, at man har rasende travlt, og at man i det øjeblik, hvor artiklen bliver accepteret er dybt begravet i andre opgaver, og at man er omgivet af meget erfarne forskere, for hvem den her publikation bare er endnu en i bunken af mange andre... men hold nu op! For mig gav det et boost af ny energi lige at stoppe op, lade champagneproppen springe og bare nyde, at nu var dette delstudie faktisk nået endnu mere i mål!

Ja, for det er jo sådan, det er. Der er hele tiden gang i noget nyt, og processen er for længst startet forfra med et nyt studie. Der er flere gange personer, med mere forskningserfaring end mig selv, der har sagt, at det er vigtigt at huske at nyde tiden som ph.d.-studerende, fordi det er nok sidste gang, man får mulighed for at fordybe sig i bare én enkelt ting. Fremadrettet vil en karriere inden for forskning være præget af konstant jonglering af mange, lige vigtige forskellige projekter på forskellige stadier og nok også et evigt fokus på, hvad det næste projekt skal være.

Lige nu prøver jeg at følge rådet om at huske at nyde det – og at fejre de store og små milepæle, som jeg når undervejs. Men det er da ingen hemmelighed – og nok heller ikke nogen overraskelse, at tanker om fremtidens muligheder også begynder at fylde meget - fordi hvad skal der ske efter ph.d.en? Det må blive et fokus i et af de kommende afsnit.

En sidste ting, jeg er nødt til at have med denne gang, er, at jeg i disse dage er ved at afslutte mit udlandsophold og siger farvel til Sydney. Det har været helt ubeskriveligt at være her i 10 måneder. Et fagligt og personligt eventyr kan man vist godt sige, og tiden er bare fløjet afsted. Undervejs har jeg fået etableret nye spændende samarbejdsrelationer, som jeg glæder mig til at bygge videre på fremadrettet. Mange har i forbindelse med mit ophold hernede sagt til mig, at de synes, at Sydney og Australien er utrolig langt væk. Det kan man ikke benægte, og jeg mærker det i den grad på egen krop nu, hvor jeg siger farvel og på gensyn til det liv, som jeg har nået at etablere, mens jeg har været her. De næste par uger forventer jeg vil byde på noget af en omvæltning med hjemrejsen til Danmark og det bratte skifte fra begyndende australsk sommer til full-on dansk vinter (aka mørke, kulde, gråvej, dis og regn). Der er mange dobbeltheder i sådan en afslutning, nok fordi jeg ikke føler, at jeg er færdig med Australien, men på samme tid ser jeg meget frem til gensyn med venner, familie og nye som gamle kolleger i Danmark.

Venlig hilsen
Birgitte Lerbæk
Ph.d. studerende
Center for Psykoseforskning, Klinik Psykiatri Syd, Aalborg
Universitetshospital
Klinisk Institut, Aalborg Universitet

'Klummen' beskriver mit ph.d. forløb fra start til slut. Projektet forløber fra maj 2016 til april 2019. En beskrivelse af projektet kan læses i Klummens første indlæg i Forstyrrelsen, juni 2016. Kommentarer og spørgsmål er velkomne på birgitte.lerbaek@rn.dk.

1) Lerbæk, B et al. (in press) Mental health care professionals' accounts of actions and responsibilities related to managing physical health among people with severe mental illness. In: Archives of Psychiatric Nursing

Af Gitte E. Ingwersen, klinisk udviklingssygeplejerske,
MVO, Kardiologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital

Anja Clay Elvin Jensen, Sygeplejerske, Nøglepersonuddannelse i palliation,
A240 Hjertemedicinsk afd., Vejle Sygehus, Webmaster SIG Palliation

Gitte Ryom Salomonsen, Sygeplejerske, Kardiologi/Palliation Hjertesygdomme,
Sengeafsnit 1. Århus Universitetshospital, Kasserer i SIG-Palliation

Vivi Lindeborg Nielsen, Sygeplejerske, SD, Kardiologisk afdeling, Aalborg Universitets-
hospital, Formand SIG Palliation

Birthe Holmegaard, Sygeplejerske, Can. Cur. Kardiologisk afsnit, Medicinsk afdeling,
Holbæk sygehus, bestyrelsesmedlem SIG Palliation



Faglig artikel

Palliation også i kardiologisk sygepleje – fra ildsjæle til involvering af danske kardiologiske sygeplejersker, der sammen sætter fælles retning for palliation i kardiologien

Resumé

Artiklen baseres på et nationalt udviklingsarbejde. Formålet med undersøgelsen er at afdække problemstillinger i sygeplejen til den palliative hjertepatient. Undersøgelsen udføres af SIG-Palliation – en speciel interessegruppe under Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske sygeplejersker (FS K&T). Inspireret af den innovative metode, praksistjek, afdækkes sygeplejerskernes palliative problemstillinger i plejen og behandling af den kardiologiske patient. Metoden anvendes til at undersøge om SIG-Palliations arbejde og fremtidige indsatser er i sync med praksis. Data indsamles over to dage på FS K&T Landskursus 2017 med i alt 63 respondenter. Data transskriberes og analyseres med deskriptiv induktiv kodning inspireret af Kvale. Resultatet afdækker ni kategorier. De fire kategorier, der er mest fremtrædende er: 1. Identificering af hjertepatienten i den palliative fase, 2. symptomlindring, 3. kommunikation om prognose og lindrende behandling samt 4. tværfagligt samarbejde. Resultatet tyder på, at kardiologiske sygeplejersker har en række fælles faglige udfordringer i det palliative felt. Resultaterne indarbejdes i gruppens kommissorium. På den måde afsættes en fælles national retning, der understøtter den motivation, der synes tilstede i klinisk praksis. Derudover er resultaterne med til at forme SIG-Palliations første temadag.

Keywords:

palliative care, innovative method, cardiology, nursing, cardiac patients

Baggrund

Hr. Jensen er tilknyttet hjertesvigtklinikken. Han er på fornavn med både læger og sygeplejersker og udtrykker stor trykthed ved at være tilknyttet. Han har de seneste uger været indlagt to gange med "vand i lungerne og underben". Efter den sidste indlæggelse er han i kontakt med hjertesvigtklinikken flere gange ugentligt og taler med enten sygeplejersker eller læger. De hjælper til, at han kan få vand væk fra lunger og ben. Ved hans sidste samtale spørger han, om væsken vil forsvinde, således at han får det bedre. Sundhedspersonalet giver indtryk af, at det er det, der vil ske. Med håbet om bedring, sover han ind to døgn efter. Hustru og børn står tilbage, de nåede ikke at dele minderne en sidste gang eller sammen forberede det, der kommer efter eller blot tage den afsked, de ønskede. Heller ikke Hr. Jensens ønske om at afslutte livet på Hospice blev efterlevet.

Hr. Nielsen er hjertesyg og bærer af en ICD-enhed (pacemaker-type, der kan give stød ved hjertestop). Han har en fremskreden kræftsygdom og er nu i den terminale fase. Han har sammen med familien besluttet at slutte sit liv på hospice, men ingen har talt med Hr. Nielsen om muligheden for at få omprogrammeret ICD-enheden og slukket for den del, der kan give stød ved hjertestop.

Det er blot to fortællinger ud af mange, hvor en opmærksomhed på den palliative indsats langt tidligere i forløbet måske kunne have hjulpet til afklaring, støtte og koordinering af patientens ønsker og behov for en mere værdig afslutning på livet. På baggrund af oplevelser og lignende erfaring fra praksis tages initiativ til at etablere SIG (Speciel Interesse Gruppe) - Palliation i januar 2016. Gruppen er placeret under det Faglige Selskab for Kardiovaskulære og

Thoraxkirurgiske Sygeplejersker under DSR.

I 2011 udgives den første anbefaling for den palliative indsats med en målgruppe langt bredere end den hidtil kendte cancer gruppe. Der er fokus på en lang række specialer, der ikke har tradition for systematisk palliativ indsats (1). Målgruppen dækker alle patienter med livstruende sygdom som f.eks. kronisk hjertesvigt. Interessant er det, at forskningen entydigt peger på, at ældre med kronisk hjertesvigt på lige fod med cancerpatienter har brug for en palliativ indsats, og at antallet af fysiske symptomer, graden af eksistentielle problemstillinger og depressioner er direkte sammenlignelig med cancerpatienter (2).

En dansk undersøgelse "Livet med hjertesvigt" fra hjerteforeningen viser, at fire ud af ti patienter med nydiagnosticeret hjertesvigt oplever symptomer, som de ønsker lindring af (3). Den palliative indsats har to niveauer i dag, et basalt og specialiseret niveau (boks 1). Det specialiserede udgår fra områder, der har palliation som hovedopgave, mens det basale foregår i alle andre områder i klinisk praksis. Det basale niveau foregår i den forståelse også i kardiologiske afdelinger.

WHO anskuer palliation som et forløb inddelt i tre faser. Fase 1, den tidlige fase, der kan vare i flere år, fase 2: sen palliative fase, der varer flere måneder og fase 3: den terminale fase, der varer dage til uger.

Boks 1.

Basal og specialiseret palliativ indsats

Basal palliativ indsats foregår i den del af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som hovedopgave og ydes på de fleste sygehusafdelinger, i kommunerne (fx hjemmesygeplejen, hjemmeplejen og på plejecentre) samt i almen praksis og den øvrige praksissektor (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Specialiserede palliativ indsats

Varetages af den del af sundhedsvæsenet, som har palliation som hovedopgave. Det drejer sig eksempelvis om palliative teams, palliative afdelinger på sygehuse og om hospice (1).

Faserne er taget med ind i kardiologien af en arbejdsgruppe af europæiske eksperter allerede i 2009, hvor den tidlige del omfatter behandling af kronisk hjertesygdom og selvmonitorering, næste fase, den understøttende behandling, hvor fokus er optimal symptomkontrol, en holistisk behovsvurdering samt samtaler om prognose og så den 3. fase, som er den terminale fase (4). Sygdomsforløbet for patienten med hjertesygdom er ikke lineært. Det kan veksle mellem perioder med akutforværring til bedring og igen kontrol af symptomerne (5). En ændring i tilstanden kan føre til genindlæggelse, til øget kontakt til hjertesvigt-klinikken eller andre sundhedsprofessionelle. Mange forskellige sundhedsprofessionelle fra forskellige afsnit kan være involveret, og det udfordrer identificering af palliative behov såvel som timing af samtale om prognose og behandlingsniveau. Et mindre forskningsprojekt viser en sammenhæng mellem patienter, der genindlægges og patienter,

der ønsker mere information om deres prognose under indlæggelse (6).

SIG-Palliation

Etablering af SIG-Palliation består af otte ildsjæle rekrutteret fra Jylland og Sjælland. De har det tilfælles, at de er kardiologiske sygeplejersker med mange års erfaring og er drevet af en professionel passion. Gennem fortællinger, aktuelle retningslinjer fra henholdsvis Kardiologisk Afdeling i Vejle (2016) og Kardiologisk Afdeling, Roskilde (2016), Dansk Kardiologisk Selskabs holdningspapir "Palliation ved fremskreden hjertesygdom" formuleres formål for gruppens arbejde (Boks 2). Det er hensigten, at sundhedsprofessionelle, får et fælles udgangspunkt, hvori der anbefales behandling og plejeopgaver for det basale palliative patientforløb for hjertepatienter. Gruppens arbejde vil få fokus på kliniske retningslinjer, at styrke uddannelse og kompetenceudvikling, at højne kvaliteten og systematisere den palliative indsats såvel som at skabe mulighed for samarbejde om forskningsprojekter (7). Der sigtes mod at etablere en praksis, der udspringer fra et nationalt niveau med fælles mål og fælles retningslinjer.

Boks 2.

Formål med SIG-Palliation for kardiologiske sygeplejersker

- At højne kvaliteten af den palliative sygepleje til Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske patienter, således at et højt sygeplejefagligt niveau bibeholdes nationalt.
- At skabe fokus på den palliative sygepleje og indsats til patienter med hjertesygdom samt udvikling af sygeplejen nationalt.
- At tage aktivt del i at udvikle den palliative sygepleje til Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske patienter på landsplan.
- At udvikle, udveksle og søge viden, informationer, erfaringer og ideer nationalt og internationalt, som kan forbedre den palliative sygepleje til Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske patienter.
- At medvirke til medlemmernes fortsatte dygtiggørelse bl.a. ved afholdelse af møder og kurser.
- At skabe interesse/ekspertgrupper inden for palliativ sygepleje til Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske patienter - både i de akutte forløb, men også i de længelevende forløb.
- At samarbejde om kliniske retningslinjer og forskningsprojekter indenfor sygeplejen til kardiologiske, og karkirurgiske og thoraxkirurgiske patienter og klienter.

Hvilke udfordringer har gruppen for at visionen kan lykkes?

Succes kan udfordres af forskellige retningslinjer for henvisning til diverse sektorer, manglende systematiske palliative behovsvurderinger af hjertepatienterne, tydelig information om patientens palliative behov til den palliative tovholder (der i dag er de praktiserende læger) og i lige så høj grad kommunikation om prognose og behandlingsniveau

(8). Spørgsmålet er blot om kardiologiske sygeplejersker i Danmark oplever lignende udfordringer? Det sætter vi os for at undersøge.

Metode

Med metoden praksistjek undersøges, hvilke problemstillinger kardiologiske sygeplejersker har i deres egen praksis. Et praksistjek er en metode, der anvendes indenfor innovation, hvor idéer og arbejde synkroniseres med slutbrugere. Det er med til at sikre ideers relevans til praksis. Selvom metoden blot er et øjebliksbillede, giver det mulighed for at få et indblik i langt flere erfaringer som udfordringer og problemstillinger fra praksis. Metoden er udviklet og beskrevet af innovationsfirmaet "Mindlab" med inspiration fra Banfield et al (9), Bason (10), Kotler (11), Reason et al. (12). I denne kontekst forventes metoden at bidrage med idéer til gruppens fremtidige fokus og indsatser. Resultaterne forventes at bidrage til, at gruppens arbejde bliver både konkret og virkelighedsnært. Ikke mindst kan udækkede vidensbehov om palliation til hjertepatienter afdækkes og give inspiration til planlægning af temadag. Derudover vil gruppen også kunne afdække om gruppens fremtidige arbejde er i sync med de kardiologiske sygeplejerskers oplevede problemstillinger.

Praksistjek udføres på Landskursus for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker, der forløber over to dage i november 2016. Landskurset giver adgang til sygeplejersker fra mange forskellige områder og sektorer med interesse i sygeplejen til hjertepatienten. Herved repræsenteres erfaringer fra alle tre faser i det palliative forløb. I alt deltager ca. 100 sygeplejersker. Undersøgelsen præsenteres på Landskurset. Deltagerne bliver bedt om at svare på spørgsmålet: "Hvad udfordrer dig mest i sygeplejen til den palliative hjertepatient". Alle besvarelser skrives på et grønt paphjerte, der hænges på et træ (se billede 1) og er anonyme. Data indsamles over de to dage landskurset forløber. Alle data transskriberes af samme person fra gruppen. Med deskriptiv induktiv kodning analyserer hele SIG-Palliations gruppen datamaterialet med inspiration fra Kvale (13).



Billede 1: Stand på Landskursus 2016, fra venstre bestyrelsesmedlem Birthe Holmegaard, daværende Formand Vivi Lindeborg Nielsen og daværende kasserer Gitte Ryom

Resultater

I alt indkommer der 63 besvarelser, hvoraf nogle besvarelser indeholder to kategorier eller flere. Gennem analysen udledes ni overordnede kategorier. Kategorierne er: identificering (17), kommunikation (14), tværfagligt samarbejde (13), symptomlindring (12), tværsektorielt samarbejde (8), pårørende (8), tid (7), uddannelse (5) og udvikling (4). Alle besvarelserne integreres i gruppens kommissorium. De kategorier, der er repræsenteret med flest besvarelser, vælges som udgangspunkt for planlægning af temadag 2017 (Tabel 1-3).

De 4 kategorier med flest besvarelser

Nedenfor analyseres og problematiseres de 4 kategorier med flest besvarelser. Dog vil "kommunikation og tværfagligt samarbejde" præsenteres i samme afsnit.

Identificering er en klar udfordring

Identificering af hjertepatienter i den palliative fase udføres af et nærmest fluktuerende forløb med perioder, hvor patienten har kontrol over sygdom til perioder med pludselig akut forværring til i et eller andet omfang igen kontrol over sygdommen. Det udfordrer den rette timing for palliative beslutninger. Udsagn i denne kategori handler om, hvor svært det er at identificere det rette tidspunkt for lindrende behandling.

Tabel 1. Identificering

Tekst fra de grønne hjertes	Hvad tales der om	Kategori
At identificere hvornår vi skal ændre fokus fra behandling til lindring	Timing – om at identificere rette tidspunkt til at skifte fokus fra kurativ behandling og pleje til lindrende behandling og pleje Timing for samtalen om sidste del af livet.	Identificering
At finde det rette tidspunkt tidligere i forløbet, Finde ud af hvornår palliativ sygepleje – ofte meget sent eller slet ikke		
Synes det er svært da alle ptt er forskellige og derfor skal palliation også være forskellig Behandles nogle gange for lang tid		
At finde det rigtige tidspunkt at tage samtalen med pt første gang om fremtid/palliation		

Flere studier har forsøgt at udlede kliniske mål for at identificere den palliative kardiologiske patient. Men der er endnu ikke én model, der præcist har fundet nøglen til dette svar. Det mest sensitive spørgsmål til at identificere patienten er "the surprise question". Det betyder at klinikeren spørger sig selv: "Er patienten her om 1 år? Om nogle måneder? Eller om uger eller dage? ". Selvom det er det mest sensitive spørgsmål, er evidensen for den prædiktive effekt såvel som anbefalingerne for anvendelsen indenfor andre ikke cancersygdomme blot svag til beskeden (14).

Et mindre studie om patienter med hjertesvigt påviser en prædiktiv effektiv (15).

Europæisk Cardiologisk Selskab anbefaler én model for den palliative indsats, som også danske kardiologer referer til (4). Modellen italesætter kurativ behandling og den palliative indsats som parallelle forløb, der foregår fra det diagnostiske tidspunkt. Den palliative indsats har afsæt i det fysiske, psykiske, sociale og/eller eksistentielle behov. Modellen er langt fra implementeret. Konsekvensen af ikke at få identificeret patienten kan af sundhedsprofessionelle tolkes som vedvarende "terapeutisk optimisme" og "prognostisk paralysé". Det kan føre til mangelfuld eller en for sent palliativ indsats til den enkelte hjertepatient og fratage muligheden for at afslutte livet på en værdig måde. Både evidens og udsagnene understreger det rette tidspunkt for identificering af patienten kalder på mere evidens. Så der er ikke et simpelt svar.

Symptomlindring

Symptomlindring italesættes mange gange og i forskellige kontekster. Symptomlindring håndteres meget forskelligt på landsplan, og der er kun få kardiologiske afdelinger i dag, der systematisk anvender symptomscreenings redskaber.

Tabel 2. Symptomlindring

Tekst fra de grønne hjerter	Hvad tales der om	Kategori
<p>Handlingsvejledning til pårørende til patienter, der ønsker at dø hjemme</p> <p>Ordination af tryghedskasse, brug og skal indhold af tryghedskassen til hjertepatienter være anderledes end andre?</p> <p>Afslutning i sygehus regi</p> <p>At have tiden til nærvær og åndelig omsorg til ptt og deres pårørende</p> <p>Angst</p>	<p>Her tales om afslutning i hjemmet og på hospitalet. Her tales om, hvordan symptomer kan lindres, og der er behov for en vejledning. Der opfordres til brug af tryghedskasse, såvel som en kritisk vurdering af indhold, idet den skal anvendes til hjertepatienten.</p>	Symptomlindring

Helt konkret tales i udsagnene om at benytte "tryghedskassen" til hjertepatienter. Tryghedskassen er en samling af forskellige præparater, der kan anvendes i behandling af uafvendeligt døende borgere, som opholder sig i eget hjem de sidste levedøgn (16). De Palliative enheder i regionerne har forskellige holdninger til tryghedskassen, hvorfor tilgængelighed og anvendelse er meget forskellige. I udsagnene efterspørges en vejledning for symptomlindring af patienter, der ønsker at livet skal slutte i eget hjem. Der tales ikke om symptomlindring som mere end blot i den terminale fase. Som tidligere anført anbefales lindring af hjertepatientens lidelse sideløbende med standardbehandling. Det handler både om den farmakologiske behandling og den psykosociale intervention. Udsagnene knytter også an til interventioner relateret til angst.

Tværfagligt samarbejde og kommunikation

De mange udsagn viser, at samtalen med patienter og pårørende kan udfordres i forhold til tidspunkt, indhold og på italesættelsen. Der kan være mange barrierer for at tale om prognose og en værdig afslutning til livet og det kan relateres til mono- som tværfagligt samarbejde. Studier viser, at samtalen om livets sidste fase, ikke blot er én samtale, men en tilbagevendende samtale. At tage stilling til en værdig afslutning af livet, er for de fleste mennesker en proces. Det indebærer tilbagevendende samtaler og beslutninger kan ændre sig over tid. Der er derfor heller ikke blot ét bestemt tidspunkt at drøfte dette på. Der er mange tidspunkter. Det forpligter de sundhedsprofessionelle både mono- som tværfaglige og på tværs af sektorer, at evne at "time" dette og værdigt gendrøfte beslutninger og være medspiller i processen.

Tabel 3. Tværfagligt Samarbejde

Tekst fra de grønne hjerter	Hvad tales der om	Kategori
<p>Afslutning i sygehus regi og slutsamtale. En god kontaktperson</p> <p>Snakken om afslutningen af livet. At italesætte "farlige" emner – hvornår, hvordan, hvem?</p> <p>Kan være svært at erkende at behandlingen skal stoppe. Accept fra kolleger, både læge og spl og at tale tidlig palliation med pt/pårørende</p> <p>Tværfaglighed og Tværfaglig indsats ved konsultation i alle led primær/sekundær sektor</p>	<p>Der tales om nødvendigheden af et samarbejde mellem kollegaer, mono- som tværfaglig både i sekundær og primær sektor. Der nævnes snakken og samtalen og heraf udledes, at der også er et stort behov for værktøj der kan understøtte samtalen om prognose og drøftelsen om en at afslutte livet på en værdig måde.</p>	<p>Kommunikation</p> <p>Tværfagligt samarbejde</p>

Der er forskellige kommunikative modeller og værktøj, der kan understøtte beslutningsprocessen og støtte personalet til at stille spørgsmål til også det, de taler om som "farlige emner". "REMAP" er en model, der understøtter samtalen om overgange og ændret behandlingsmål. Nogle modeller har været testet i kliniske studier. Nogle klinikere kan det, mens andre skal øve sig og har svært ved at lære det. Det tværfaglige samarbejde kan være med- som modspiller for den palliative indsats, som også antydes i udsagnene. Som medspiller forudsætter det en række faktorer som bl.a. fælles engagement, viden, organisering mm. (17). For samtalen skal indeholde et sprog, hvor både standardbehandling, der kan reducere mortalitet og lindring af palliative behov, er tilstede på en og samme tid, og tværfagligt samarbejde er uundværligt. I et så nyt felt som palliation er indenfor kardiologien i Danmark, med så mange ubesvarede spørgsmål, usikkerhed om prognose og med en lav evidens, er det derfor nødvendigt at finde rum til tværfagligt

ge drøftelser for få et fælles sprog for patientens tilstand og ønsker. I udsagnene fremhæves også en tværsektoriel indsats. Uden den kan det risikeres, at patienten og pårørende påføres mere lidelse end den gode værdige behandling, der var tiltænkt i én sektor men ikke kunne efterleves i en anden.

Konklusion og perspektivering

Undersøgelsen giver indtryk af, at respondenterne møder de samme udfordringer som gruppen. Det understreger blot, at der er behov for dygtiggørelse indenfor mange områder. Det kan være første trin mod at udvikle fælles sygeplejefaglige retningslinjer indenfor kardiologi og palliation, at højne kvaliteten samt understøtte et højt sygeplejefagligt niveau til den kardiologiske palliative patient. Praksistjek som metode har hjulpet til at operationalisere gruppens kommissorium og sikre det endnu mere praksisnært. Undersøgelsens resultater har givet indhold til den første landsdækkende temadag d. 14.9 2017 arrangeret af gruppen. Med dette resultat ser SIG- Palliation en stor opgave i at være med til at sætte en kurs, koordinere og skabe engagement på tværs af organisatoriske grænser. Visionen og missionen er, at palliation bliver en naturlig del af hjerterpatientens forløb i fremtiden, som rehabilitering er det i dag – en fremtidig fælles retning.

Litteraturliste

1. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen. København.. Faglig rådgivning. 2017 <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~-/media/79C-B83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx>
2. O'Leary N. m.fl. A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients. *European Journal of Heart Failure*. 2009; 11(4) p. 406-12
3. " Livet med hjertesvigt. Hjertesvigtpatienters behov og oplevelser i behandlings- og efterforløbet", Hjerteforeningen, Rådgivende Sociologier i samarbejde med hjerteforeningen, 2014
4. Jaarsma, T. m.fl. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal. Heart Failure*. 2009;11(5) p. 433-43
5. Murray, S.A. m.fl. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BMJ*. 2002; 325(7370) p. 929
6. Howie-Esquivel J., K. Dracup. Communication with hospitalized heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012;11(2) p.216–222
7. Susanne Aagaard m.fl. Palliation ved fremskreden hjertesygdom – et Holdningspapir dansk Cardiologisk selskab. DCS holdningspapir; 2016: Nr. 5
8. Janssen, Daisy m.fl. Palliative care needs assessment in chronic heart failure. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2018;12; 1 p 25–31
9. Banfield B. et al. *Design Sprint - A Practical Guidebook for Building Great Digital Products*. Canada. O'Reilly Media Inc. 2016
10. Bason C. *Form fremtiden - designledelse som innovativt værktøj*, København, Gyldendal Business. 2016
11. Kotler, Steven: *The Rise of Superman: Decoding the Science of Ultimate Human Performance*. New Harvest. 2014
12. Reason B. et al. *Service Design for Business: A Practical Guide to Optimizing the Customer Experience*. Wiley, 2015
13. Kvale S., Brinkmann S. *Interview. Introduktion til et håndværk*. København, Hans Reizels Forlag, 2009
14. Downar, J. m.fl. The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2017;3.189 p. 484-93
15. Murray S.A., K Boyd. Using the 'surprise question' can identify people with advanced heart failure and COPD who would benefit from a palliative care approach. *Palliative Medicine*.24, 2011
16. Information om tryghedskassen den 27.11.2018 <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/laegemidler/medicinteamet-informerer/tryghedskassen/>
17. Just, E. og H. M. Nordentoft. *Tværfaglig praksis*. København, Hans Reitzel Forlag, 2012



SIG PALLIATION
FS K&T

Boganmeldelser

Af: Amalie Benedicte Nørregaard, cand.scient.soc.

Det sociale ved sundhed

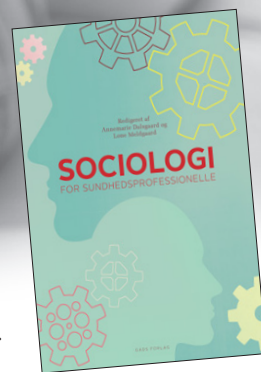
Sociologi for sundhedsprofessionelle, Annemarie Dalsgaard og Lone Meldgaard (red.). Gads Forlag. 2018.

"Sociologi for sundhedsprofessionelle" giver et sociologisk blik på betydningen af sociale relationer og strukturer for arbejdet som sundhedsprofessionel. Bogen er en grundbog i sociologi, der henvender sig til studerende på sundhedsfaglige grunduddannelser såvel som sundhedsprofessionelle på efter- og videreuddannelser. Med bogen giver forfatterne de sundhedsprofessionelle teoretiske redskaber til at forklare og forstå sociale situationer ud fra patienters forskellige positioner. Indledningsvis giver bogen et indblik i sociologiens historie, betydning og vigtigste teoretikere og begreber. Herefter fokuserer bogen på, hvordan sundhed forstås i kontekst af den danske velfærdsstat, og hvordan sundhedssystemet ikke kan gøre sig fri af at være en del af politiske planer i et økonomi- og konkurrenceperspektiv. De indledende kapitler er meget teoritunge, men inddragelsen af mange gode eksempler fra den sundhedsfaglige verden gør formidlingen lettere. De efterfølgende

kapitler sætter fokus på centrale sociologiske begrebsrelevans for sundhedsfaglige bl.a. tillid, relationer og ulighed. En stærk side ved bogen er de gode illustrationer, som hjælper til forståelsen af teoretiske begreber.

Bogen giver plads til et par siders introduktion til de mest centrale sociologiske teoretikere og en beskrivelse af, hvordan deres teorier kan anvendes i relation til sundhed. Dog hænder det et par gange, at begreber anvendes, før de bliver præsenteret, hvilket kan gøre det svært, hvis man ikke på forhånd er bekendt med fx Bourdieus habitusbegreb.

Nogle passager bærer også præg af, at det er kompliceret teori, der er forsøgt forklaret på for få linjer, hvormed pointen bliver beskrevet men ikke forklaret. I andre kapitler er der dog givet plads til lange eksempler, hvilket fungerer godt



Af: Laila Twistmann Bay, ph.d. studerende, Reumatologisk Afdeling C, Odense Universitetshospital

Mænds sundhed og sygdomme

Skrevet af chefpsykolog og mandeforsker Svend Aage Madsen på Samfundslitteratur, 2014

Bogen om Mænds sundhed og sygdomme har efter hånden nogle år på bagen (2014), men det gør den bestemt ikke mindre aktuel. Der er efterhånden mere fokus på, at mænd og kvinder måske har brug for forskellige tilbud i sundhedsvæsenet – og dermed er der også brug for mere viden hos de sundhedsprofessionelle om de eventuelle forskelle. Svend Aage Madsen er en god formidler, og det mærker man også i bogen, hvor sproget flyder let, og hvor opbygningen af kapitler sammen med grafik, giver et godt overblik. Hvert kapitel starter således med nogle statements, der giver overblik over eller fakta om de væsentlige pointer, der behandles i kapitlet. Det gør bogen læsevenlig og overskuelig. Bogen er inddelt i otte kapitler, der hver i sær byder ind med viden på områder, der omhandler demografi, sociale forhold, mental sundhed,

sundhedsadfærd, forskelle på mænd og kvinder, kommunikation med mænd og forslag til fremadrettede tiltag.

Svend Aage Madsen er optaget af den sociale ulighed, der kan opstå på baggrund af køn, og leverer viden, der kan oplyse og informere både lægfolk og professionelle om, hvad der kan være på spil i mødet med mænd i sundhedsvæsenet. Samtidig peger han netop også på den debat, der er nødvendig sundhedspolitisk og i sundhedsvæsenet for at vi kan arbejde mod en større lighed i sundhed.

Bogen er p.t. det nyeste bud på en samlet oversigt og beskrivelse af mænds sundhed og sygdom i en dansk kontekst.



Af: Cecilie Kidmose, Klinisk sygeplejespecialist Afdeling M, Odense Universitetshospital

Akut sygepleje

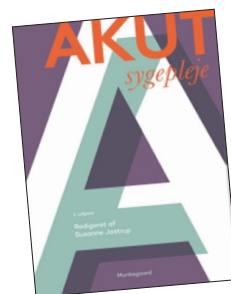
Susanne Jastrup (red.). 2. udgave. Munksgaard, 2016, 264 sider.

Bliv rustet til det akutte – både for nye og erfarne sygeplejersker

Bogen 'Akut sygepleje' kommer bredt og systematisk omkring emnet. De første kapitler er bygget op over ABCDE systematikken. Hver del i ABCDE har sit eget kapitel, hvor emnet systematisk og grundigt gennemgår sygeplejeobservationer og handlinger herfor. Dette er udført på en meget forståelig og grundlæggende måde. Derefter er det væskebehandling og blodtransfusion. Et specifikt kapitel er afsat til det akut syge barn og et andet til akut sygdom hos ældre. Bogen kommer også omkring det akutte præ- og postoperative patientforløb, for til sidst at komme ind på patientsikkerhed og triage. Umiddelbart ville det være mere logisk at triage kapitlet var sat ind efter gennemgang af ABCDE. Man bliver overordnet ledt igennem alle kapitlerne med metatekst og infobokse. Alle kapitler starter med en relevant case, som man løbende

gennem kapitlet kobler teori på – dette fungerer virkelig godt. Teksten understøttes desuden af illustrationer, hvor man i nogle kapitler godt kunne ønske sig nogle flere, især ved beskrivelse af for læseren ukendt udstyr eller procedure. Patient- og pårørendeinddragelse er også i fokus og bogen kommer i flere tilfælde med konkrete forslag til, hvordan man kan skabe ro i en ellers hektisk situation og hvordan man i disse situationer kan inddrage patienterne og de pårørende. Alle kapitler afsluttes med en refleksionsboks, hvor man som læser får mulighed for at genkalde og reflektere over det læste.

Fokus i bogen ligger primært på akutmodtagende afdelinger, men som relativ erfaren sygeplejerske fra et medicinsk sengeafsnit er det stadig yderst relevant læsning. Bogen henvender sig især til sygeplejestuderende, men er efter min mening relevant for alle, der arbejder med indlagte patienter.



Bestyrelsen



Formand

Annesofie Lunde Jensen,
Klinisk sygeplejespecialist, phd
Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA
Aarhus Universitets Hospital
annesjen@rm.dk



Næstformand, webansvarlig

Julie Maria Duval Pedersen,
Udviklingssygeplejerske
Syddjurs Kommune,
Syddjurs Sygeplejeteam
jmdp@syddjurs.dk



Kasserer

Tina Nielsen,
Klinisk Udviklingssygeplejerske
Hæmatologisk Afdeling,
Roskilde Sygehus
tni@regionsjaelland.dk



Ansvarlig for medlemsregistrering, legatansøgere, nyhedsbrev og boganmeldelser

Anni Nørregaard
Udviklingssygeplejerske, Cand. Cur.
Neurokirurgisk Afdeling U,
Odense Universitetshospital
anni.noerregaard@syd.dk



Bestyrelsesmedlem

Birgitte Lerbæk, *RN, Cand. Scient. San*
Ph.d. studerende
Psykiatrien, Region Nordjylland, Klinik Psykiatri Syd
Mail: birgitte.lerbaek.rn.dk



Bestyrelsesmedlem

Jeanette Rasmussen
Udviklingssygeplejerske, cand. cur.
Plejeboliger & Dagcentre
Social & Sundhed, Gentofte Kommune
jera@gentofte.dk



Suppleant

Lotte Evron
Lektor, ph.d.
Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser
Københavns Professionshøjskole
loev@kp.dk

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen på ISSUU.com

