

SIDE 5

Faglig artikel

Social ulighed i hjerte-
rehabilitering forstået
gennem mixed methods
forskning

SIDE 10

Faglig artikel

Palliation i plejeboliger
– et kvalitetsforbedrings-
projekt

SIDE 17

Faglig artikel

Direkte patientfeedback
– unikke muligheder for
indblik og udvikling

SIDE 21

Faglig artikel

Tværfagligt team-
samarbejde
– koordinering er
en udfordring



02

2019

SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

forstyrrelsen forstyrrelsen



Fagligt selskab for
SYGEPLEJERSKER
der arbejder med
UDVIKLING OG FORSKNING



Indholdsfortegnelse

Leder	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen	s. 4
Faglig artikel: Social ulighed i hjerterehabilitering... ..	s. 5
Faglig artikel: Palliation i plejeboliger... ..	s. 10
Stafetten – mød en kollega.....	s. 16
Faglig artikel: Direkte patientfeedback... ..	s. 17
Faglig artikel: Tværfaglige samarbejde... ..	s. 21
Bog anmeldelser	s. 26
Landskonferencen 2019... ..	s. 27

Fagbladet Forstyrrelsen

Redaktionsgruppen



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



Thora Grothe Thomsen, *RN, ph.d.*,
Lektor i klinisk sygepleje,
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

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. februar, 1.maj og 1. oktober

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

Sygeplejerskernes dag

D. 12 maj markerer vi hvert år den betydning og værdi, som sygeplejersker har for samfundet og befolkningens sundhed ved at fejre Florence Nightingales fødselsdag. Hun viste som den første, at *sygeplejerskers* optegnelser og (statistisk) analyse af disse data har betydning for patienters overlevelse. Hun var en knalddygtig praktiker, en benhård leder og organisator, samt en formidabel politiker. En af grundene til hendes store gennemslagskraft kan føres tilbage til to vigtige principper, som hun ikke gik på kompromis med: 1) sygeplejerskeuddannelsen skal være en systematisk skoling med både teori og praktik, 2) sygeplejen skal ledes af sygeplejersker (Dansk Sygeplejeråd 2018).

Flere og flere undersøgelser viser, at sygeplejersker med minimum bachelor uddannelse (indeholdende både teori og praksis) har en afgørende betydning for befolkningens sundhed (Aiken et al 2014). Når der ikke er nok sygeplejersker med akademisk uddannelse, går det ud over patienterne: det bliver sværere at forebygge sygdom, flere får komplikationer og/eller genindlægges og antallet af dødsfald under indlæggelse stiger (Aiken et al 2018). Normeringer er relateret til de politiske rammer, men jeg mener også, at det er relateret til, at vi i dag ikke står fast på Nightingales principper. Når sygeplejerskers arbejde ikke systematisk dokumenteres og evalueres i praksis, er det vanskeligt at undersøge, hvilken betydning og effekt sygeplejen har for plejen, for behandlingen og for patienten. Og når sygeplejersker ikke ledes af sygeplejersker, forsvinder de faglige argumenter for, at det er sygeplejersker, der skal varetage sygeplejerske opgaver let. I dette blad hylder vi Nightingale og sygeplejerskernes dag ved at vise, hvordan sygeplejersker på tværs af sektorgrensene systematisk arbejder med teori og empiri i praksis for at forbedre pleje og behandling af patienter.

I bladet kan du læse om direkte patientfeedback som en metode, der giver sundhedsprofessionelle mulighed for at reflektere over, udvikle og evaluere klinisk praksis ved at lytte til patienterne. Om et forbedringsprojekt af palliative forløb på plejecentre, hvor PDSA-metoden og rammerne af 'System of Profound Knowledge' blev anvendt til at løfte kvaliteten. Om læring fra et mixed methods ph.d.-projekt om social ulighed i hjerterehabilitering, og hvordan mixed methods kan anvendes til at forstå nye i forhold inden for et område, når fremtidens sygeplejefaglige problemstillinger skal besvares.



Og om udarbejdelse og implementering af en strategi for tværfagligt samarbejde på en hospitalsafdeling ud fra feltobservationer og interviews med afsæt i Gittells teori om relationel koordinering.

Til næste år fylder Nightingale 200 år, og det fejres over hele verden på forskellig vis. Vær med til at sætte fokus på sygeplejerskernes år ved at synliggøre resultater af projekter med betydning for patienter, samfundet og faget og ved at afholde og deltage i festlige arrangementer for Nightingale. Inspirer din kreds og din arbejdsplads til at gøre noget særligt det næste år – især d. 12.5.2020 :-). For dette års fejring kan du tjekke #IND2019 (International Nurse Day) på de sociale medier.

God læselyst

Reference:

Aiken, L. H., Cerón, C., Simonetti, M., et al (2018). Hospital nurse staffing and patient outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 322-327.

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824–1830. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Dansk Sygeplejeråd. 2018. Dansk Sygeplejehistorisk Museum. International Sygeplejerskedag og Florence Nightingales fødselsdag. <https://dsr.dk/> (Besøgt 11.5.2019).



Nyt fra bestyrelsen

Helt ærligt!

Lad os blive enige om, at vi skal have stærke videnskabelige og praktiske kompetencer for fortsat at fremhæve og udvikle det, der gør sygepleje til en unik og karakteristisk kunnen. For sygepleje indeholder en bestemt synsvinkel på sundhed og sygdom. Selv om alle elsker sygeplejersker, så skaber besparelser, struktur- og organisationsændringer ift. levering og forvaltning af sundhedstjenester et pres. Det kræver, at vi synliggør vores (de professionelle sygeplejerskers) særlige bidrag, hvilket vi bl.a. andet gør ved hjælp af forskning og udvikling.

Alle sygeplejersker har et behov for klinisk viden og fora, hvor vi diskuterer og undersøger den viden vi har. I klinikken skaber det spørgsmål som "Hvilken støtte og vejledning har personen med nyopdaget diabetes brug for?" "Hvilken effekt har fælles beslutningstagen på patienternes adhærens?" "Hvordan ønsker patienternes sig involveret og hvilke betydning har det for deres behandlingsforløb?" Det er spørgsmål som en sygeplejerske kan svare på. Men det er også spørgsmål, som til stadighed er værd at udforske.

Det er således forskningsspørgsmålet, som tager afsæt i kliniske problemstillinger og som derfor er betydningsfulde for udviklingen af sygepleje. Dette var et af budskaberne, som Professor Sally Thorne gav på dette års landskonferen-

ce og til efterfølgende debatmøde på Aarhus Universitet hospital. Et andet budskab var at udfører vi forskning, baseret på spørgsmål, der udspringer fra klinisk praksis, bringer det den kliniske vinkel ind i den evidens-baserede kontekst. For sygepleje er unik. Men det er ikke opgaverne der definerer vores særpræg, det er værdierne. Opgaverne vil uundgåeligt udvikle sig og ændre sig og selv om vi i stigende grad tilskyndes

til at favne tværfaglig praksis, er det værd at holde fast i værdierne. Skulle jeg fremhæve noget af det der gør sygepleje unikt, er det vores fokus på det individuelle. Som sygeplejersker tager vi altid udgangspunkt i en individualiseret pleje og viser respekt for det unikke menneske og dennes rettigheder, friheder og selvbestemmelse. Det vil sige at integrere individuelle ønsker med ekspertviden. Selv om vi trækker på viden, der hjælper os til at

forstå fælles træk i situationen, er vi samtidig opmærksomme på variationerne. Det spiller en afgørende rolle i udformningen af vores handlinger. Og det tilføjer en særlig stemme til sundhedsdebatten.

Derfor og helt sikkert har verden brug for viden fra et sygeplejefagligt perspektiv.





Faglig artikel

Social ulighed i hjerterehabilitering forstået gennem mixed methods forskning

Abstract

Artiklen bidrager med læring fra et mixed methods ph.d.-projekt gennemført på Nordsjællands hospital 2015-2017. Ph.d.-projektet undersøgte mekanismer bag social ulighed i hjerterehabilitering blandt patienter med akut koronart syndrom. Mixed methods projektet bestod af et kvantitativt prospektivt observationelt projekt og et eksplorativt kvalitativt interviewstudie, der blev 'merged' i en mixed methods analyse bestående af 'joint displays'. Håbet er, at artiklen kan inspirere andre sygeplejeforskere til at anvende mixed methods i forhold til, når de vil besvare fremtidens sygeplejefaglige problemstillinger.

Keywords:

mixed method, social ulighed, hjerterehabilitering.

Social ulighed i deltagelse i hjerterehabilitering

Det er veldokumenteret, at der er social ulighed i hjertekarsygdomme både i forhold til incidens, prævalens og konsekvens, som fx tilbagevenden til arbejdsmarkedet (1). Flere studier peger på den socialt differentierede fordeling af risikofaktorer for hjertekarsygdom som medvirkende årsag (2).

Den socioøkonomiske position (SEP) som bruges til at beskrive den sociale ulighed kan undersøges på mange måder. Der er flere indikatorer, der bruges til at beskrive patienters SEP fx uddannelse, indkomst eller erhverv. Valg af indikator afhænger bl.a. af hvor i patientens livsforløb den sociale ulighed undersøges (3,4). I mit ph.d.-studie brugte jeg uddannelse som indikator for patienternes SEP, da uddannelse er en stabil indikator, der ikke bliver påvirket af patienternes sygdomsforløb (3).

I ph.d.-studiet blev der fokuseret på fase II rehabilitering, som er den del af rehabiliteringen, der ligger umiddelbart efter udskrivelsen og forløber som et ambulans 12 ugers trænings- og undervisningsforløb med konsultationer hos hjertelæge, hjertesyggeplejerske, diætist samt træning ved

fysioterapeut.

Rehabilitering er en vigtig del af patientforløbet for AKS, da det kan reducere patientens risikoprofil, bl.a. ved øget rygestopfrekvens, øget livskvalitet, færre genindlæggelser og lavere mortalitet (5). Selv om hjerterehabilitering er en dokumenteret fordel, er deltagelsesprocenten generelt lav, ofte under 50% (6).

Der er identificeret flere psykosociale-, medicinske- og demografiske prædiktorer for ikke-deltagelse i rehabilitering. Angst, depression og komorbiditet er alle faktorer der hæmmer dagligdagsaktiviteter. Forskningen viser i tråd med dette, at hjertepatienter med angst, depression (7) eller andre komorbiditeter (8) har højere risiko for ikke at deltage i rehabilitering og lavere sandsynlighed for at fuldføre rehabilitering.

Generelt har kvinder lavere sandsynlighed for at deltage i rehabilitering end mænd. Dette skyldes måske, at kvinder diagnosticeres med iskæmisk hjertesygdom 7-10 år senere end mænd (9,10).

Der er vist en association mellem det at bo alene og ikke-deltagelse i rehabilitering (11). Ifølge en metaanalyse har gifte eller samboende patienter 1.5-2 gange højere sandsynlighed for at deltage i hjerterehabilitering end enlige (12). Der er også vist en sammenhæng mellem lang afstand til rehabilitering, lang rejsetid, samt bolig på landet og ikke-deltagelse i rehabilitering (13).

Banduras Social Cognitive Theory viser at oplevet self-efficacy er en afgørende faktor, der har indflydelse på menneskelig adfærd. Self-efficacy defineres som en persons tro på egne evner til at udføre en bestemt handling, håndtere en svær situation eller nå et mål. Således påvirker self-efficacy de mål, man sætter sig, samt de forventninger man har til, om målene er opnåelige. Det tyder endvidere på, at self-efficacy er en prædikator for deltagelse i rehabilitering (14).

Det er efterhånden veldokumenteret, at lav SEP er associeret med ikke-deltagelse i rehabilitering (11,15), men de underliggende mekanismer, der bevirker denne ulighed, er

sparsomt belyst. Forskning viser, at hjertepatienter med lav SEP har flere komorbiditeter (16), højere angst- og depressionsscore (17), og lavere self-efficacy (18). Disse faktorer fremtræder dermed både som prædiktorer for deltagelse i rehabilitering, og er associeret med SEP og kan dermed være potentielle mediatorer (mekanismer) mellem SEP og deltagelse i rehabilitering. De fleste undersøgelser af prædiktorer for deltagelse i rehabilitering bygger på enten kvantitative eller kvalitative data. Der mangler forskning, der i højere grad kombinerer de to typer data, og giver en mere nuanceret forståelse af social ulighed i deltagelse i rehabilitering, da mekanismer bag sundhedsadfærd ofte er komplekse at beskrive.

Formålet med ph.d.-projektet var derfor at opnå en bedre forståelse af mekanismer bag social ulighed i deltagelse i rehabilitering blandt patienter med akut koronart syndrom via et mixed methods forskningsdesign.

Mixed methods forskningsdesign

Mixed methods forskning er velegnet til at undersøge komplekse problematikker og processer inden for sundhed og sygepleje (19). I mixed methods forskning er det afgørende, at kvalitative og kvantitative data integreres, ellers bør betegnelsen mixed methods ikke anvendes. Integration kan finde sted på flere planer, herunder design, metode eller på fortolknings- og rapporteringsniveau. Integration på designniveau sker via tre grundlæggende mixed methods designs: 'exploratory sequential', 'explanatory sequential', eller 'convergent design' samt fire avancerede frameworks: 'multistage', 'intervention', 'case study', eller 'participatory design'. Integration på metodeniveau kan ske via fire overordnede tilgange: Via 'connecting' hvor en database (kvalitativ eller kvantitativ) er linket til en anden gennem sampling. Via 'building' hvor en database (kvalitativ eller kvantitativ) bruges til at informere den anden dataindsamlings tilgang. Via 'merging' hvor kvalitative og kvantitative data integreres i analysefasen eller via 'embedding', hvor integration sker flere steder under dataindsamling eller analyse. Integration på fortolknings- og rapporteringsniveau

kan ske gennem enten 'narrative', 'data transformation', eller 'joint display'. Disse integrationsmetoder er beskrevet mere dybdegående i artiklen af Michael D. Fetters et al (19). Efter integrationen bør mixed methods forskere ligeledes overveje hvorledes der er et 'fit' mellem de kvalitative og kvantitative data. Der er tre mulige 'fit': 'Confirmation' sker, når de kvalitative og kvantitative data bekræfter hinandens resultater. 'Expansion' sker, når kvalitative og kvantitative data divergerer og udvider indsigten i fænomenet, fx ved at belyse forskellige aspekter af et enkelt fænomen. 'Discordance' sker, hvis der er uoverensstemmelse mellem kvalitative og kvantitative resultater, eller de er modsigende og i konflikt med hinanden (19). Når mixed methods bruges som design til at få en dybere og mere nuanceret forståelse af problematikker, er det derfor vigtigt at anvende ovenstående principper for at sikre integration af kvalitative og kvantitative data (19).

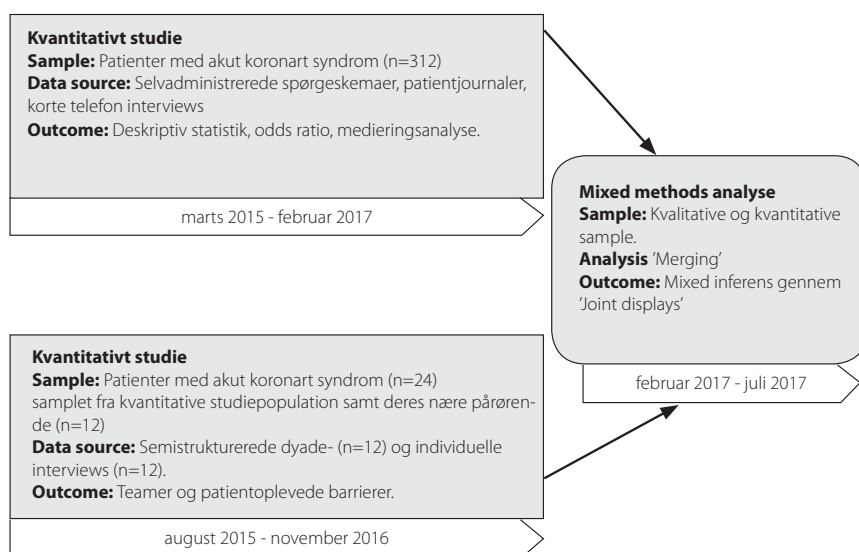
Formål med artiklen

Formålet med artiklen er at bidrage med viden om, hvordan sygeplejeforskere kan anvende mixed methods forskningsdesigns til at besvare sygeplejefaglige problemstillinger. Artiklen bidrager med erfaringer og læring fra et mixed methods ph.d. projekt, der undersøgte social ulighed i deltagelse i hjerterehabilitering.

Materiale og metoder

Ph.d.-studiet blev designet som et convergent mixed methods design (20), hvor kvantitative og kvalitative data indsamles parallelt og konvergerer ('merges') i en fælles analyse (se figur 1). Ph.d.-studiet bestod af tre delstudier.

Delstudie 1: Kvantitativt prospektivt observationelt studie med dataindsamling via selvadministrerede spørgeskemaer, patientjournaler og telefoninterview. 312 patienter med AKS blev fulgt fra indlæggelsen og 5 måneder frem for at se, hvilke patienter der hhv. deltog og ikke deltog i den efterfølgende hjerterehabilitering. For yderligere information omkring materiale og metode se publiceret kvantitativ artikel (21).



Figur 1. Convergent mixed methods design.

Delstudie 2: Kvalitativ dyade-interviewundersøgelse der undersøgte patienters og pårørendes oplevelser af, hvad der påvirker deres beslutning om deltagelse i rehabilitering ved AKS. 24 patienter blev samlet fra den kvantitative studiepopulation ('connecting') til at indgå i uddybende interviews, 12 af patienterne blev interviewet sammen med en nærtstående pårørende. For yderligere information omkring materiale og metode se publiceret kvalitativ artikel (22).

Delstudie 3: Mixed methods analyse, hvor resultaterne fra det prospektive observationelle studie og interviewene analyseres sammen ('merges') og 'fit' mellem kvalitative og kvantitative resultater vurderes. 'Merging' af kvalitative og kvantitative resultater blev muliggjort i designfasen, da der blev indhentet komplementære kvalitative og kvantitative data på samme faktorer fx self-efficacy, angst og depression, se figur 2. Mixed methods resultaterne blev præsenteret via 'joint displays', som er en visuel fremstilling i figurer eller tabeller, der forener kvalitative og kvantitative resul-

tater samt muliggør en samlet mixed methods forståelse (23). For yderligere information omkring materiale og metode se publiceret mixed methods artikel (24).

Resultater

Alle tre delstudier er publicerede og resultaterne kan læses i de originale publiceringer (21,22,24).

Den overordnede konklusion fra studierne var, at de kortuddannede patienter havde lavere sandsynlighed for at gennemføre hele hjerterehabilitering forløbet (21). Dette på trods af, at de kortuddannede havde større behov for deltagelse i de enkelte rehabiliteringselementer som rygestopundervisning samt diætist i kraft af, at de oftere var rygere og spiste usund kost (24). Det viste sig, at patienter, der var rygere eller generelt spiste en usund kost, deltog mindre i rehabilitering (24). De kortuddannede hjertepatienter havde signifikant lavere self-efficacy og signifikant længere rejsetid, hvilket kan være medvirkende faktorer

Kvantitative data indsamlet via spørgeskema og patientjournal:	Kvalitative data indsamlet via interview:
Kvantitative forståelse af komorbiditet målt via Charlson Comorbidity Index (26). Komorbiditet inddelt som ingen komorbiditet, 1 komorbiditet eller ≥ 1 komorbiditet.	Kvalitative forståelse af komorbiditet indhentet ved at spørge: Fejler du andre ting ud over denne hjertesygdom? Hvordan påvirker sygdommen(e) dit liv?
Kvantitative forståelse af angst og depression målt via hospital anxiety and depression scale (HADS) (27) Cut-off score på ≥ 8 , til at definer cases af angst og depression (28). Kombineret angst- og depressionsscore med et cut-off på ≥ 13 (29). Kvantitativ forståelse af pårørende målt via spørgeskema som samlevende eller bor alene samt inddraget pårørende i rehabilitering ja/nej.	Kvalitative forståelse af angst og depression indhentet ved at spørge: Hvordan har du det psykisk? (Energi, tryghed, angst, bekymringer) og hvilken indflydelse har det haft på dit forløb? Kvalitative forståelse af pårørende indhentet ved at spørge: Hvordan blev den pårørende inddraget i forløbet på sygehuset og i rehabiliteringen? Har jeres roller ændret sig efter sygdommen? (ansvar) Hvad var den pårørendes rolle i forhold til rehabiliteringen? Hvordan støtter I hinanden?
Kvantitativ forståelse af self-efficacy målt ved general self-efficacy scale (GSE) (30). Høj grad af self-efficacy defineret ved ≥ 26 self-efficacy point Lav grad af self-efficacy defineret ved < 26 self-efficacy point.	Kvalitativ forståelse af self-efficacy indhentet ved at spørge: Hvad var dine forventninger til forløb af sygdommen? Hvad er dine tanker om fremtiden og sygdommen? Hvordan håndterer du/I sygdommen? Hvordan er dine tidligere erfaringer om at leve med sygdom eller overvinde sygdom?
Kvantitativ forståelse af livsstil målt via spørgeskemaskalaer: Kost målt ved 'Six-item food frequency questionnaire' og 'dietary quality score' (31) Fysisk aktivitet målt ved 'self-reporting instrument for measuring physical activity' (32) Rygning målt ved spørgeskema som ryger, tidligere ryger eller ikke ryger.	Kvalitativ forståelse af livsstil indhentet ved at spørge: Kan du fortælle om din livsstil før og nu? Har du tidligere erfaringer om at ændre livsstil?
Kvantitativ forståelse af rejsetid målt ved at udregne rejsetid fra bopæl til nærmeste rehabiliteringscenter. Ved offentlig transport udregnet via www.rejseplanen.dk , ved bilkørsel udregnet via www.krak.dk . Cut-off på ≥ 30 minutters rejsetid blev brugt som indikator for lang rejsetid, < 30 minutter blev brugt som indikator for kort rejsetid jf. guidelines (33,34).	Kvalitativ forståelse af rejsetid blev indhentet ved at spørge: Hvordan kommer I til rehabilitering? Er det besværligt at deltage?

Figur 2. Komplementære kvalitative og kvantitative data der muliggjorde 'merging'.

ved den lave rehabiliteringsdeltagelse. Studiet viste også, at kortuddannede patienter kunne føle sig ekskluderet fra hjerterehabilitering pga. deres sundhedsforståelse (22).

Mixed methods designet var velegnet til at belyse mekanismer bag social ulighed, da det gav mulighed for en dybere og mere nuanceret forståelse (24). Mixed methods designet muliggjorde ligeså en kritisk diskussion af den kvalitative og kvantitative frembragte viden. Det viste sig at den måde, vi havde indsamlet den kvantitative viden om komorbiditet, ikke var dækkende for de komorbiditeter, som patienterne oplevede som vigtige for deres rehabiliteringsdeltagelse. I det kvantitative studie blev komorbiditet indsamlet via Charlson Comorbidity Index, som oprindeligt er udviklet til at prædikere dødelighed, og derfor kun måler og registrerer komorbiditeter, som øger dødelighed. Det kvalitative studie viste imidlertid, at de komorbiditeter patienterne oplevede som barrierer for rehabiliteringsdeltagelse i høj grad var muskelskelet sygdomme, som ikke blev registreret via Charlson Comorbidity Index, og derfor ikke blev inkluderet i den kvantitative forståelse af komorbiditet som barriere for rehabiliteringsdeltagelse (24). Mixed methods analyserne konkluderede, at der var stor 'discordance' mellem det kvantitative målte angst og depressions niveau og den kvalitative patientoplevede angst og depression. Dette viste sig ved, at angst og depression øgede rehabiliteringsdeltagelse i de kvantitative analyser, men i de kvalitative analyser fremstod angst og depression som barrierer for rehabiliteringsdeltagelse. Der var altså stor diskrepans mellem konklusionerne alt efter om forståelsen af angst og depression som barrierer for rehabiliteringsdeltagelse blev dannet ud fra kvalitative eller kvantitative data.

Diskussion

Ph.d.-studiet gav en forståelse for nogle af de mekanismer, der driver den sociale ulighed i hjerterehabilitering. Det viste sig, at kontekstuelle faktorer som rejsetid havde stor betydning for den lave deltagelse i hjerterehabilitering. Studiet påpegede dog også, at usund livstil som rygning og usund kost var barrierer for at deltage i rehabilitering. Dette kunne synes lidt ironisk, da hjerterehabilitering er et program der netop hjælper patienter med at ændre livsstil og dermed nedsætte deres risiko for ny blodprop i hjertet.

Troværdigheden af mixed methods fund afhænger både af de kvalitative funds troværdighed og de kvantitative funds validitet (25). Imidlertid har mixed methods forskning også egne validitetskriterier (kaldet legitimation) (25). Et af legitimationskriterierne er 'commensurability approximation', dvs. at sikre, at meta-inferences afspejler et kombineret perspektiv af, hvad en erfaren kvantitativ forsker og en erfaren kvalitativ forsker ville se i data. Dette er et vanskeligt kriterium for en enkelt forsker at imødekomme. I ph.d.-studiet blev forskergruppen udvalgt for at sikre både erfarne kvalitative og kvantitative forskere. Forud for ph.d.-studiet havde jeg erhvervet både kvalitative og kvantitative kvalifikationer, og jeg opnåede mixed methods kvalifikationer under ph.d.-studiet ved at deltage i workshops med erfarne mixed methods forskere (Michael D. Fetters og Timothy C. Guetterman), der gav værdifuld feedback på ph.d.-studiet. At bruge et mixed methods design til at besvare forskningsspørgsmålet betragtes som værdifuldt men medfører

også udfordringer, når man søger at indarbejde kvalitative, kvantitative og mixed methods kvalifikationer i én person (mig) og fuldt ud beskrive mixed methods forskningens processen i en enkelt ph.d.-afhandling. Men den synergi, der blev tilføjet til ph.d.-studiet ved hjælp af mixed methods, gjorde det umagen værd. De kvalitative og kvantitative designs viste sig at være nyttige til sikring af 'weakness minimization legitimation' (25), dvs., at svagheden i et studiedesign kan kompenseres af styrken af et andet studiedesign. Designet muliggjorde en dybdegående forståelse af divergerende resultater, f.eks. muliggjorde det en diskussion af, hvordan den kvantitative, forudbestemte og stive definition af komorbiditet ikke kunne indfange de komorbiditeter, som informanterne betragtede som de vigtigste. Den forudbestemte kvantitative komorbiditetsskala kunne kompenseres af den semistrukturerede kvalitative tilgang. Hvis de kvalitative data ikke var blevet 'merged' med de kvantitative data om komorbiditet, ville vi ikke have indset, at det kvantitative studie ikke indfangede en meningsfuld forståelse af komorbiditet.

Den fundne 'discordance' mellem den kvalitative og kvantitative forståelse af angst og depression som barriere for rehabiliteringsdeltagelse blev også kun muliggjort af mixed methods analyserne, hvor de to forståelser blev 'merged' og diskuteret. De kvalitative indsigter opnået gennem interview kunne bruges til at diskutere egnetheden af den kvantitative metode til at måle angst og depression via hospital anxiety and depression scale, som kun blev målt en gang under indlæggelsen. Mixed methods analyserne synliggjorde ulemperne ved kun at måle angst og depression en gang, da de forventelige fluktuationer i angst og depressionsniveau ikke blev indfanget på denne måde. Indsigterne opnået gennem mixed methods analysen kan bruges i fremtidige studier af barrierer for hjerterehabiliterings deltagelse, hvor det kritisk bør overvejes om Charlson Comorbidity Index (26) er den mest optimale måde at måle komorbiditet på, ligesom angst og depression bør måles mere end en gang for at indfange betydningen af de naturlige fluktuationer af angst og depression efter et akut sygdomsforløb. Håbet er, at denne artikel kan inspirere andre sygeplejersker, der forsker til at anvende mixed methods designs til at besvare fremtidens sygeplejefaglige problemstillinger. Da det alt andet lige giver en mere nuanceret og dybdegående viden, end de kvalitative og kvantitative metoder muliggør på egen hånd.

Referencer

- (1) Meland E, Gronhaug S, Oystese K, Mildestvedt T. Examining the Matthew effect on the motivation and ability to stay at work after heart disease. *Scand J Public Health* 2011 Jul;39(5):517-524.
- (2) Jaffiol C, Thomas F, Bean K, Jegou B, Danchin N. Impact of socioeconomic status on diabetes and cardiovascular risk factors: results of a large French survey. *Diabetes Metab* 2013 Feb;39(1):56-62.
- (3) Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006 Jan;60(1):7-12.
- (4) Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey

- Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health* 2006 Feb;60(2):95-101.
- (5) Oldridge N. Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: meta-analysis outcomes revisited. *Future Cardiol* 2012 Sep;8(5):729-751.
 - (6) Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Zwisler AD, Piepoli MF, Benzer W, Schmid JP, et al. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010 Aug;17(4):410-418.
 - (7) Casey E, Hughes JW, Waechter D, Josephson R, Rosneck J. Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation. *J Behav Med* 2008 Oct;31(5):421-431.
 - (8) van Engen-Verheul M, de Vries H, Kemps H, Kraaijenhagen R, de Keizer N, Peek N. Cardiac rehabilitation uptake and its determinants in the Netherlands. *Eur J Prev Cardiol* 2013 Apr;20(2):349-356.
 - (9) Brorholt G, Jacobsen M, Hauge A. En helhjertet indsats. En artikelbaseret klinisk, patientnær og sundhedsøkonomisk kortlægning af hjerte-kar-området. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd 2018.
 - (10) Nielsen FRB. Køn og hjertesygdom. Køn i sygeplejen. 1st ed.: Samfundslitteratur; 2018.
 - (11) Nielsen KM, Faergeman O, Foldspang A, Larsen ML. Cardiac rehabilitation: health characteristics and socio-economic status among those who do not attend. *Eur J Public Health* 2008 Oct;18(5):479-483.
 - (12) Molloy GJ, Hamer M, Randall G, Chida Y. Marital status and cardiac rehabilitation attendance: a meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008 Oct;15(5):557-561.
 - (13) Leung YW, Bruhal J, Macpherson A, Grace SL. Geographic issues in cardiac rehabilitation utilization: a narrative review. *Health Place* 2010 Nov;16(6):1196-1205.
 - (14) Jackson L, Leclerc J, Erskine Y, Linden W. Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart* 2005 Jan;91(1):10-14.
 - (15) Sun EY, Jadotte YT, Halperin W. Disparities in Cardiac Rehabilitation Participation in the United States: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2017 Jan;37(1):2-10.
 - (16) Altenhoener T, Leppin A, Grande G, Romppel M. Social inequality in patients' physical and psychological state and participation in rehabilitation after myocardial infarction in Germany. *Int J Rehabil Res* 2005 Sep;28(3):251-257.
 - (17) Pajak A, Jankowski P, Kotseva K, Heidrich J, de Smedt D, De Bacquer D, et al. Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. *Eur J Prev Cardiol* 2013 Apr;20(2):331-340.
 - (18) Murray TC, Rodgers WM, Fraser SN. Exploring the relationship between socioeconomic status, control beliefs and exercise behavior: a multiple mediator model. *J Behav Med* 2012 Feb;35(1):63-73.
 - (19) Fetterman MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res* 2013 Dec;48(6 Pt 2):2134-2156.
 - (20) Creswell JW, Clark PC. Designing and conducting mixed methods research. 2nd ed. USA: SAGE; 2011.
 - (21) Pedersen M, Egerod I, Overgaard D, Baastrup M, Andersen I. Social inequality in phase II cardiac rehabilitation attendance: The impact of potential mediators. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2018 Apr;17(4):345-355.
 - (22) Pedersen M, Overgaard D, Andersen I, Baastrup M, Egerod I. Experience of exclusion: A framework analysis of socioeconomic factors affecting cardiac rehabilitation participation among patients with acute coronary syndrome. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017 Dec;16(8):715-723.
 - (23) Guetterman TC, Fetterman MD, Creswell JW. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Ann Fam Med* 2015 Nov;13(6):554-561.
 - (24) Pedersen M, Overgaard D, Andersen I, Baastrup M, Egerod I. Mechanisms and drivers of social inequality in phase II cardiac rehabilitation attendance: A Convergent Mixed Methods study. *J Adv Nurs* 2018 May 17.
 - (25) Johnson RB, Christensen L. Validity of research results in quantitative, qualitative and mixed research. In: Johnson RB, Christensen L, editors. Educational Research. Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches. 6th ed. California, United States of America: SAGE; 2017. p. 306-310.
 - (26) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-383.
 - (27) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 Jun;67(6):361-370.
 - (28) Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002 Feb;52(2):69-77.
 - (29) Strik JJ, Honig A, Lousberg R, Denollet J. Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics* 2001 Sep-Oct;42(5):423-428.
 - (30) Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs Windsor, England: NFER-NELSON; 1995. p. 35.
 - (31) Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jorgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *Eur J Clin Nutr* 2007 Feb;61(2):270-278.
 - (32) Aadahl M, Jorgensen T. Validation of a new self-report instrument for measuring physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 2003 Jul;35(7):1196-1202.
 - (33) Bosanac EM, Parkinson RC, Hall DS. Geographic access to hospital care: a 30-minute travel time standard. *Med Care* 1976 Jul;14(7):616-624.
 - (34) Shanmugasagaram S, Oh P, Reid RD, McCumber T, Grace SL. Cardiac rehabilitation barriers by rurality and socioeconomic status: a cross-sectional study. *Int J Equity Health* 2013 Aug 28;12:72-9276-12-72.

**Af: Julie Duval Jensen, MNS., kvalitetskoordinator,
Syddjurs Kommune,**

**Lene Vig Hernandez, B.N., kvalitetsansvarlig sygeplejerske,
Frejasvænge, Syddjurs Kommune**



Faglig artikel

Palliation i plejeboliger – et kvalitetsforbedrings projekt

Resumé

Forbedringer gennemføres bedst i praksis – af praksis. Det er resultatet af et forbedringsprojekt, med fokus på palliative forløb i plejecentre i Syddjurs Kommune. Kvalitetsprojektet baserer sig på rammen fra System of Profound Knowledge, hvor der er stærkt fokus på små-skala forbedringer ved hjælp af PDSA-metoden. Efterfølgende er projektet evalueret ved hjælp af kvantitativ dataindsamling og et semistrukeret interview. Sygeplejersker og dermed sygeplejefaget kan udvikle og forbedre praksis ved hjælp af forbedringsmetoder, der anvendes i praksis af basissygeplejersker.

Nøgleord:

Palliation, kvalitetsforbedring, kvalitetsudvikling, PDSA, faglig udvikling, Plejecenter

Introduktion

Palliation handler om at lindre og forbedre livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art⁽²⁾.

Målgruppen for den palliative indsats er voksne mennesker med livstruende sygdomme, uanset diagnose, og deres pårørende (3 s. 11). Målet med den palliative indsats er at lindre både borgers og pårørendes lidelser, både indenfor det fysiske, psykiske, sociale og åndelige område (3 s.

14). Sundhedsstyrelsen (3 s. 13-17) anbefaler desuden, at den palliative indsats iværksættes tidligt i forløbet og tager udgangspunkt i et helhedsorienteret perspektiv, hvor alle problemområder tages i betragtning hos både den døde og den pårørende. Herudover anbefales det at anvende strukturerede metoder til standardisering af forløbet.

I Syddjurs Kommune arbejdes der i forbindelse med deltagelse i Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen (4) med udviklingsarbejder via en såkaldt laboratoriemodel. Laboratoriemodellen er en ramme om det tværsektorielle samarbejde i Randers klyngen, der består af Regionshospitalet Randers, Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune, Randers Kommune og Syddjurs Kommune. Metoden består af et rammesat udviklingsarbejde, hvor nye løsninger innovativt afprøves og implementeres (5). Denne har medvirket til, at der hos borgere i eget hjem har været iværksat et udviklingsprojekt (6), hvor fokus har været på den palliative indsats hos borgere i eget hjem. I udviklingsprojektet i Randersklyngen var borgere bosat på plejecentre ikke tænkt med som en del af målgruppen. Men det lavede en kvalitetsansvarlig sygeplejerske om på.

Problemstilling

En kvalitetsansvarlig sygeplejerske fra et plejecenter kontaktede i juni 2017 kvalitetskoordinator i Sundhed og Omsorg i Syddjurs Kommune med en idé til et udviklingsprojekt, der skulle løfte kvaliteten af den palliative indsats. Udfordringer var, at der ikke fandtes data for den palliative indsats på plejecentre, og at der ikke blev anvendt en struktureret tilgang til den palliative indsats. Hovedformålet med udviklingsprojektet var derfor tredelt, nemlig at:

1. Indsamle data for den palliative indsats på plejecentre i Syddjurs Kommune til identifikation af forbedringspotentialer.
2. Udvikle en standardiseret arbejdsgang, der kan løfte

kvaliteten af den palliative indsats.

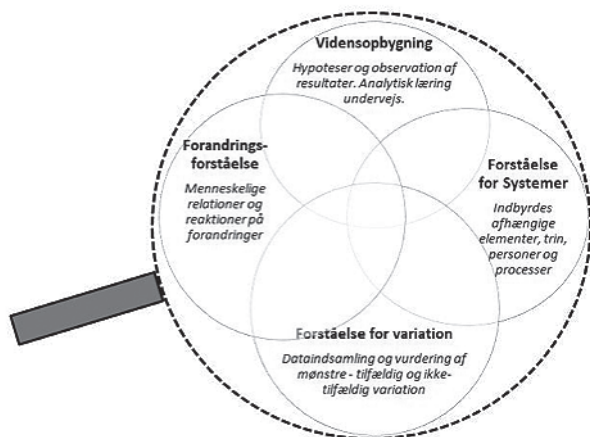
3. Undersøge, hvordan det opleves for medarbejdere, at et kvalitetsudviklingsprojekt opstår og håndteres af medarbejdere med nær tilknytning til praksis.

Metode

Først og fremmest blev projektet udviklet på baggrund af forbedringsmetoden (7) med primær vægt på PDSA-cirklen, som fx er kendt i projekt I Sikre Hænder (8), DDKM (9) og det nationale kvalitetsprogram (10). Da Syddjurs Kommune siden 2014 har arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel og blev akkrediteret i 2016, var det et naturligt valg at anvende PDSA-cirklen som metode til at udvikle kvaliteten af den palliative indsats. I de følgende afsnit beskrives den teoretiske ramme, System of Profound Knowledge, med særligt fokus på forbedringsmodellen samt de metodiske rammer for den efterfølgende evaluering af forbedringsprojektet. Det blev aftalt, at projektet skulle evalueres efter ét år, dels ved hjælp af dataindsamling med fokus på aktiviteter og samarbejdsrelationer i den palliative indsats og dels ved et kvalitativt interview. Forbedringsprojektet blev drevet af 2. forfatter (LVH). Der blev ikke afsat ekstra ressourcer af til mødeafholdelse, undervisning eller materialefremstilling. Alt blev gennemført indenfor eksisterende rammer. Projektet var organiseret omkring de kvalitetsansvarlige sygeplejersker med LVH som tovholder, og der var derfor ikke nedsat styregruppe eller arbejdsgrupper. Dette blev koordineret og planlagt af LVH.

Forbedringsmodellen – System of Profound Knowledge

System of Profound Knowledge (SOPK) (7 s. 75), er den teoretiske ramme, der omgiver forbedringsarbejdet. Det er en ramme, der beskriver de mange indbyrdes forbundne elementer, der påvirker et komplekst system (se Figur 1). Walter E. Demming, der er ophavsmanden til SOPK (7 s. 76), beskriver denne ramme for "Improvement Science" som den fulde og hele viden for forbedringsarbejdet. Kun ved at se på alle indbyrdes forbundne elementer opnås reel kvalitetsforbedring. Der hører mange forskellige metoder og redskaber til hvert element i SOPK, der her gennemgås meget kort:



Figur 1. System of Profound Knowledge.

Forståelse for Systemer

Her er fokus på, at personer, elementer, udstyr og processer er indbyrdes forbundne og påvirker hinanden, når der arbejdes på at opnå et specifikt mål. Her anvendes arbejdsgangsbeskrivelser eller flowcharts for at kunne se hinandens ansvar og opgaver mod det fælles mål. Et enkelt personale, en enkelt afdeling eller en enkelt faggruppe kan altså ikke udelukkende se på egne processer, når det palliative forløb skal forgå fagligt sikkert og effektivt. I forhold til at fastlægge arbejdsgangene indenfor projektets rammer blev dette varetaget af LVH, der sammen med sine kollegaer på andre plejecentre videreudviklede arbejds gange for det palliative forløb. Arbejdsgangsbeskrivelserne dannede dermed grundlag for lokale standardiserede flowcharts for det palliative forløb. Heri er der beskrevet, hvornår personalet kan iværksætte sygeplejefaglige handlinger, baseret på specifik symptomobservation, eller hvornår tværfaglige samarbejdspartnere med fordel kan inddrages. Dermed fungerer den lokale retningslinje som et beslutningsstøtte for den palliative sygepleje.

Vidensopbygning

Forbedringsarbejde baseres ofte på hypoteser og observation af resultater. Her anvendes PDSA-cirklen som metode til at holde fast i den analytiske refleksion. Under forbedringsarbejdet afprøves flere handlinger løbende, mens der sker læring undervejs. Her er tale om små afprøvninger, hvor den ene PDSA-cyklus bygger ovenpå den næste (7 s. 103). Dermed bliver der tale om iterative forbedringer, der giver plads til justeringer af systemet. Under forbedringsprojekter blev hver PDSA-cyklus afprøvet i småskala på 2. forfatters eget plejecenter, inden der skete spredning til andre områder.

Forståelse for variation

Alle processer varierer. Derfor må man indsamle data løbende under forbedringsarbejdet. Data kan understøtte forbedringsarbejdet, når mønstre afslører, om der er tale om tilfældig eller ikke-tilfældig variation. Når data samles løbende, er det muligt at konstatere, om der opnås stabile processer i arbejds gangene i praksis. Ofte anvendes der derfor under forbedringsarbejde seriediagrammer, der kan påvise, om processen ændrer sig i ønsket retning (11). Under dette forbedringsprojekt blev der ikke indsamlet data til løbende anvendelse i seriediagrammer. I stedet blev der indsamlet data, der nu kan vise kvalitetsniveauet i et øjebliksbillede. Dataindsamlingskemaet havde som formål at indsamle både overordnede data om fx beboelsestid på plejecentret, såvel som specifikke data om samarbejde med praktiserende læge, brug af medicin i forløbet samt pårørende inddragelse. Data forventes at kunne anvendes som grundlag for årlig kvalitetsovervågning af den palliative indsats.

Forandringsforståelse

Det er naturligt, at mennesker ønsker at holde fast i det kendte (7 s. 186). Derfor må der under et forbedringsprojekt forventes både begejstring, modløshed eller endda modstand. Her er det væsentligt at huske på, at forandring

ikke kun handler om ændring af systemer. Det handler i høj grad om accept af, at forbedringer tager tid, fordi der også ændres på menneskers holdning og kultur. Overvejelse omkring implementering starter derfor allerede inden projektet sættes i gang og understøttes af en klar strategi, et meningsfuldt formål og medarbejderinddragelse (7 s. 189). Det har været vigtigt hele vejen gennem projektet at fastholde forbindelsen til praksis. Derfor havde 2. forfatter ansvaret for både proces og dataindsamling. Det var udelukkende hendes idé og fortjeneste at projektet blev iværksat, men hun fik støtte af førsteforfatter til fx udarbejdelse af skemaer og retningsgivende dokumenter foruden sparring omkring håndtering af systemer og processer i praksis.

PDSA - afprøvninger

I løbet af forbedringsprojektet blev der afprøvet flere PDSA-cirkler. Dette drejede sig fx om, hvordan 2. forfatter skulle kompetenceudvikle det øvrige personale, hvor man konkret skulle opbevare de lokale retningslinjer eller samarbejds møder med praktiserende læger i kommunen. Da der var tale om afprøvninger, blev retningslinjerne opbevaret i papirform i stedet for den digitale løsning, kommunen anvender til retningslinjer og procedurer. Samtidig med afprøvninger blev der implementeret nyt journalsystem, der udfordrede den digitale dokumentationsform for det palliative forløb. Derfor blev der blandt andet afprøvet at dokumentere på papirskemaer, der så blev opbevaret på borgerens stue.

Fokusgruppeinterview

Da evalueringen af forbedringsprojektet rettede sig mod personalets fortællinger var det relevant at anvende en kvalitativ strategi. Formålet med interviewet var at afdække deltagernes italesættelse af forbedringsprojektet for at undersøge, hvordan det opleves for medarbejdere, at et kvalitetsudviklingsprojekt opstår og håndteres af medarbejdere med nær tilknytning til praksis.

Justesen og Mik-Meyer (12 s. 43-77) beskriver, hvordan et socialkonstruktivistisk perspektiv på en undersøgelse giver mulighed for at justere design og metode under hele undersøgelsen for at øge sensitiviteten for empirien. Der blev derfor udført et fokusgruppeinterview i et konstruktivistisk perspektiv med fokus på at vise kompleksitet, organisatoriske og kulturelle italesættelser. Socialkonstruktivismen betragter ikke virkelighed som et spørgsmål om indsatsens eller aktørernes eksistens i sig selv, men som et spørgsmål om den mening, indsatsen og aktører opnår gennem deres relationer. Det socialkonstruktivistiske perspektiv er altså i denne sammenhæng nyttigt, da undersøgelsesdelen har til formål at afdække den mening, der skabes af de kvalitetsansvarlige sygeplejersker i praksis i hverdagen.

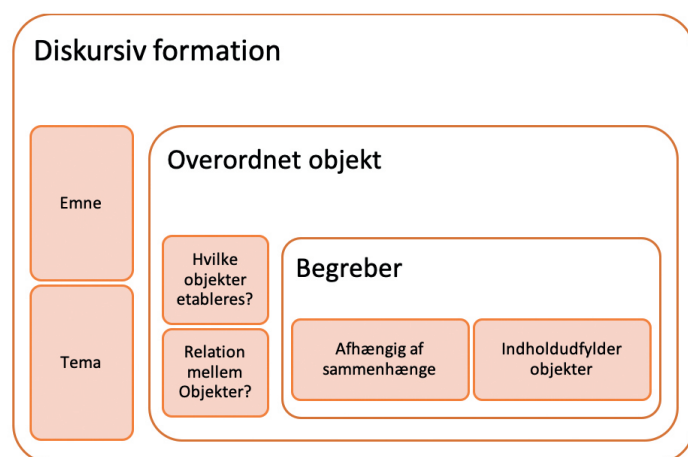
Interview

Vi valgte at gennemføre et fokusgruppeinterview, som blev afholdt af førsteforfatter. Alle kvalitetsansvarlige sygeplejersker blev inviteret, og fem havde mulighed for at deltage. Der blev indhentet skriftligt samtykke til deltagelse i interviewet. Initiativtager til projektet var ikke med til in-

terviewet men medvirkede til at kvalificere interviewguide. Interviewguiden var på baggrund af Kvale og Brinkmann (13 s. 153) opdelt i emner og interviewspørgsmål. Interviewguiden var semistruktureret og gav plads sygeplejerskernes spontane betragtninger om egen praksis og oplevelser. Interviewet blev indledt med en briefing (13 s. 149) med præsentation af situationen og information om formålet for undersøgelsen. Interviewet varede i 1 time og 8 minutter og blev optaget. Førsteforfatter transskriberede efterfølgende interviewet og gennemførte analyse.

Analysestrategi

Der blev valgt en socialkonstruktivistisk tilgang til forståelse af italesættelsen omkring faglige værdier for borgere og pårørende, samarbejde og kvalitetsudvikling. Analysen tog udgangspunkt i en matrix, stærkt inspireret af diskursanalytiske elementer, som beskrevet af Andersen og Nexø (14 s. 137-138). Se matrix i figur 2.



Figur 2. Matrix til analyse

Resultater

Analysen blev gennemført i to dele:

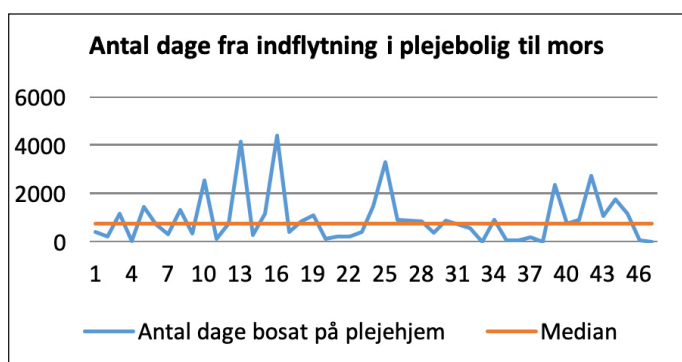
1. Kvantitativt datamateriale er analyseret med fokus på at bestemme forbedringspotentiale på baggrund af PDSA-cirklen.
2. Empiri fra fokusgruppeinterview analyseres med fokus på at bestemme italesættelsen af dels:
 - a. Den faglige vurdering af palliative forløb og det at anvende et standardiseret redskab, med fokus på tværfagligt samarbejde samt værdi for borgere og pårørende.
 - b. Oplevelsen af at et kvalitetsudviklingsprojekt opstår fra "egne rækker" og videreudvikles i et kollegialt felt.

I de følgende afsnit præsenteres fund og resultater. Først præsenteres resultater relateret til analysen af det kvantitative datamateriale, der viser den aktuelle situation for palliative forløb og forbedringspotentiale heraf. Efterfølgende præsenteres de kvalitetsansvarlige sygeplejerskers vurderinger af kvaliteten af de palliative forløb. Dette følges op af de kvalitetsansvarliges sygeplejerskers oplevelse af lokal kvalitetsudvikling.

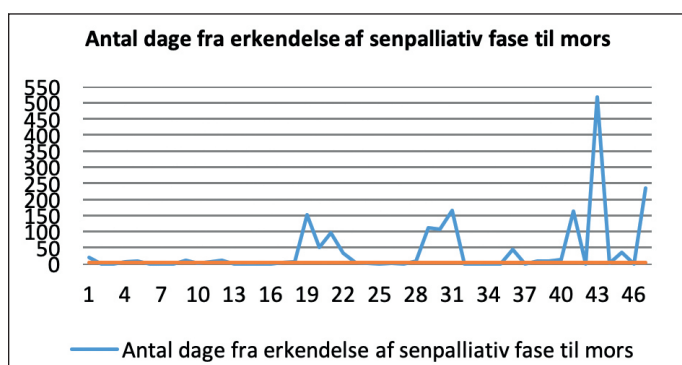
Resultatdel 1:

Den palliative indsats i Syddjurs Kommune

Der blev anvendt et registreringsskema i alle palliative forløb, hvor personalet registrerede aktiviteter, samarbejdsrelationer og datoer. I denne artikel præsenteres et udvalg af de kvantitative data. I Syddjurs Kommune er der seks plejecentre af varierende størrelse. Alle har ansat mindst én kvalitetsansvarlig sygeplejerske, der har som hovedfokus at sikre kvaliteten af sygepleje og omsorg i samarbejde med den lokale ledelse. Der er indsamlet data fra i alt 47 palliative forløb i perioden 1/6-2017 til 1/6-2018, fordelt på fem plejecentre i kommunen. Tendensen er, at beboeren bor på plejecenteret i 763 dage, dog med store udsving; korteste beboelsestid er 50 dage, længste er 4137 dage (se figur 3). Typisk er der fem dage fra erkendelse af senpalliativ fase til mors, men også her ses store udsving. Mange er reelt på 0 dage, mens højdespringeren er 518 dage (se figur 4).



Figur 3. antal dage fra indflytning i plejebolig til mors.



Figur 4. Antal dage fra erkendelse af senpalliativ fase til mors.

En standardiseret arbejdsgang

I den lokale retningslinje, der beskriver palliationsforløbet som en standardiseret arbejdsgang, er der lagt op til, at der udarbejdes en handleplan og gennemføres et antal samtaler. Hos 81 % var dødsfaldet ventet og i 89 % af disse palliative forløb var der udarbejdet en palliativ handleplan som beskrevet i lokal retningslinje. Trods det store antal ventede dødsfald og beskrevne handleplaner, fulgte personalet ikke retningslinjen med en fast samtalestruktur. Kun i 55 % af forløbene er alle eller nogle af samtalerne afholdt efter samtalestrukturen. I 45 % af forløbene er strukturen altså slet ikke gennemført (se figur 5).

Tværfagligt samarbejde

Praktiserende læge er inddraget i de allerfleste forløb, nemlig i 87 %. Under halvdelen af forløbene har andre tværfaglige samarbejdspartnere været involveret, såsom musikerterapeut eller fysioterapeut. (se figur 6). Pårørende var tilstede ved dødsfaldet hos 40 %.

Analysedel 2:

Hvordan opleves lokal kvalitetsforbedring?

I de følgende to afsnit præsenteres fund fra analysen af fokusgruppeinterview. Analysen er, som tidligere beskrevet, udført i en socialkonstruktivistisk referenceramme og har fokus på italesættelsen af værdien af udviklingsprojektet om palliative forløb og kvalitetsudvikling i praksis.

Standardisering vs. borgeren i centrum

Sygeplejerskerne italesætter kvalitetsbegrebet som en nødvendig systematik i form af standardisering, foruden opmærksomhed på borgerens behov for at individuelt forløb. Her ses altså et begreb, der bevæger sig mellem to poler – mellem standardisering og individualisering. Alle sygeplejerskerne fortæller, at de bruger retningslinjerne – der hvor de giver mening. Der er for de fleste en høj grad af individualisering i forløbet, hvor dokumenter blive mere til let beslutningsstøtte, end til handlingsanvisninger, der altid følges. Dette er ud fra en betragtning om, at alle beboere og pårørende ikke oplever at modtage et forløb af bedre kvalitet, bare fordi nogle dokumenter beskriver, hvad man skal og bør. I stedet tilpasses forløbet og dokumenterne til i det enkelte forløb:

”Man kan jo godt opleve, at nogle af elementerne i projektet IKKE er til gavn for den pårørende, eller simpelthen er noget den pårørende ikke hopper på, eller vil være med til. Men man har tilbudt det [...] jeg prøver alligevel, og så er det helt ok at den pårørende siger nej.”

Det er altså i høj grad en forståelse af, at ingen er ens. Og denne forståelse er alle enige om:

”Altså en ting er behandling, og det der med, at vi gør, hvad vi kan, Men der er også det med at give dem den værdige død. Altså et godt palliativt forløb, hvor der er fokus på, hvad er det, de gerne vil. Det afhænger jo af borgeren. Hvad der er den værdige død for dem.”

Når kvalitetsudvikling sker i praksis

Alle forbinder den lokale kvalitetsforbedring, der er udsprunget lokalt som positivt:

”Idet, det udspringer af praksis, er det mange gange nemmere at tage til sig. Fordi det er nogle problematikker, nogle idéer man får hands-on, og det er nogle gange nemmere at få det til at passe ind i virkeligheden, end en ting, der kommer fra nogen, der i princippet ikke altid står i de samme situationer og kan forholde sig til det.”

Derudover italesættes den lokalt drevne kvalitetsudvikling som både tidsbesparende og mere effektivt:

”Det mest nærliggende er vel også, at projekter kommer oppe fra og lander hos lederne, der så skal finde en arbejdsgruppe

i huset eller nogle der skal arbejde med at implementere det eller giv bolden videre til dem. Her er der ligesom sprunget et led over, hvis man kan sige det sådan, og det tror jeg egentlig er meget sundt."

Diskussion og konklusion

Projektet havde flere formål:

1. At indsamle data for den palliative indsats på plejecentre i Syddjurs Kommune til identifikation af forbedringspotentialer.
2. At udvikle en standardiseret tilgang, der kan løfte kvaliteten af den palliative indsats.
3. At undersøge hvordan det opleves for medarbejdere, at et kvalitetsudviklingsprojekt opstår og håndteres af medarbejdere med nær tilknytning til praksis.

I det følgende præsenteres konklusioner på undersøgelsesspørgsmål.

Ad 1: Der er indsamlet data i forhold til flere indikatorer i plejeboligerne i Sundhed og Omsorg i Syddjurs Kommune. Der blev indsamlet data på 47 forløb, og desværre har det ikke været muligt at sammenholde med det totale antal af palliative forløb i plejeboliger. Det er derfor ikke muligt at konkludere på endelige tendenser. Data kan nu danne grundlag for årlige kvalitetsovervågninger, der kan vise lokale behov for kvalitetsforbedring, fx i relation til inddragelse af tværfaglige samarbejdspartnere. Derudover var dataregistrering med til at skabe øget opmærksomhed på egen praksis for personalet.

Ad 2: Flere sygeplejersker løfter problemstillingen med, at det er nødvendigt med en digital understøttelse af det palliative forløb, hvis en ny tilgang skal implementeres. Standardisering af forløb opfattes generelt som positive, og sygeplejerskerne mener, at borgere og pårørende ad denne vej modtager et forløb af en højere kvalitet – men at dette ikke er muligt i det lange løb uden digital understøttelse i omsorgsjournalen. Dette er i tråd med Mainz (15) definition af kvalitet som flerdimensionel: Sundhedsfaglig, interpersonel og organisatorisk kvalitet. Det som sygeplejerskerne mangler, kan forklares indenfor aspekter af den organisatoriske kvalitet; at den digitale omsorgsjournal, der anvendes som planlægnings- og koordinationsredskab, afspejler de krav, der stilles til den sundhedsfaglige kvalitet.

Ad 3: I løbet af afprøvningsperioden er det blevet tydeligt, at her har været tale om, at forbedringen har drevet forandringen i praksis – og ikke omvendt! Og det er væsentligt at fastholde, at der ER forskel på forandringer og forbedringer (7). Sygeplejerskerne italesætter forbedringerne som positive forandringer, der er fagligt meningsfulde. Alle sygeplejersker nævner i interviewet, at det i høj grad understøtter forandringerne i praksis, at det er en sygeplejerske, der har drevet processen, og som har forståelse for praksisfeltet. Redskaber og palliationsforløb har været fagligt meningsfyldte, hvilket i praksis har medført, at idéerne har været "nemmere at tage til sig". Implementering og spredning er i perioden forgået helt uden ledelsesmæssig indblanding eller understøttelse. Der er naturligvis anvendt ressourcer i

perioden, men dette har været sygeplejerskernes egne ressourcer og møder, som er tilpasset ind i den vanlige praksis. Forbedringsprojektet viser alt i alt, at det er meningsfuldt for medarbejderne, når forbedringer drives af fagfolk fra egne rækker. Hertil kan siges, at det kan gennemføres næsten omkostningsfrit men til stor gavn for borgere og pårørende. Dette taler ind i en institutionel forståelse (16), hvor det kræver meget viden om en faggruppes kultur, normer og værdier, hvis forbedringsidéer og dermed forandringer skal accepteres i praksis. Den der driver forbedringer skal kunne tale sproget og kende arbejdsgangene, hvis et lignende projekt skal kunne gennemføres. Dette falder i tråd med SOPK, der også beskriver nødvendigheden af indgående kendskab til området, når forandringer skal implementeres (7 s. 189-190).

Derudover er det også væsentligt at diskutere, at selvom disse forbedringer i det palliative forløb for borgere på plejecentre er evidensbaseret (3) og drevet af sundhedsfaglige personer med et godt greb om mellem menneskelige relationer, så kan gode intentioner i sidste ende stoppes af organisationen, hvis arbejdsgangene ikke understøttes digitalt. Omsorgssystemer er for kommunerne meget mere end blot et journalredskab (17). Her planlægges, koordineres og kommunikeres mellem personalet på alle tidspunkter af døgnet. Derfor er den digitale understøttelse vital, hvis forbedringen skal fastholdes på lang sigt.

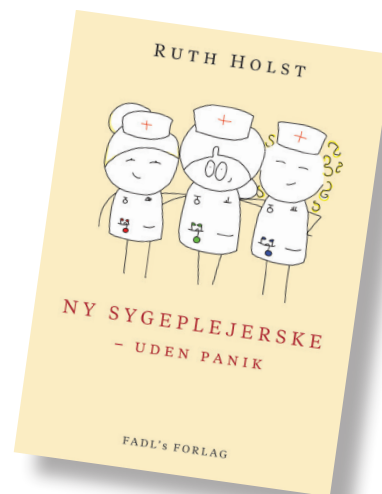
Den endelige konklusion på forbedringsprojektet må blive, at hvis en organisation giver plads til at arbejde med et projekt, der er opstået af egne idéer og i egne rækker, viser det sig både kvalitetsforbedrende for borgeren, omkostningseffektivt i et organisationsperspektiv og fagligt motiverende for den enkelte sygeplejerske.

Litteraturliste

1. Gyldendahl. Gyldendahl. [Online] 2018. ordbogen.dk.
2. World Health Organization (WHO). who.int. [Online] [Besøgt d. 8. Oktober 2018]. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for den palliative indsats*. København: Sundhedsstyrelsen, 2017.
4. Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen. sundhedsledere.dk. [Online] 2018. [Besøgt d. 8. oktober 2018]. <http://www.sundhedsledere.dk/>.
5. Sundhedsledere.dk. *Strategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen*. [Online] 1. Januar 2015. [Besøgt d. 8. Februar 2018.] <http://sundhedsledere.dk/laboratorier/filer/laboratoriemodellen>.
6. Sundhedsstrategisk ledelse - laboratorie 9. *Når hjemmet er ønsket om det sidste levested*. Randers: Sundhedsledere, 2016.
7. Langley, Gerald D., et al. *The Improvement Guide - A approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
8. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. *I Sikre Hænder. isikrehænder*. [Online] Dansk Selskab for Patientsikkerhed. [Besøgt d. 28. April 2019]. <https://www.isikrehænder.dk/>.
9. IKAS. *Ikas*. [Online] Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. [Besøgt d. 28. April 2019]. <https://>

www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/.

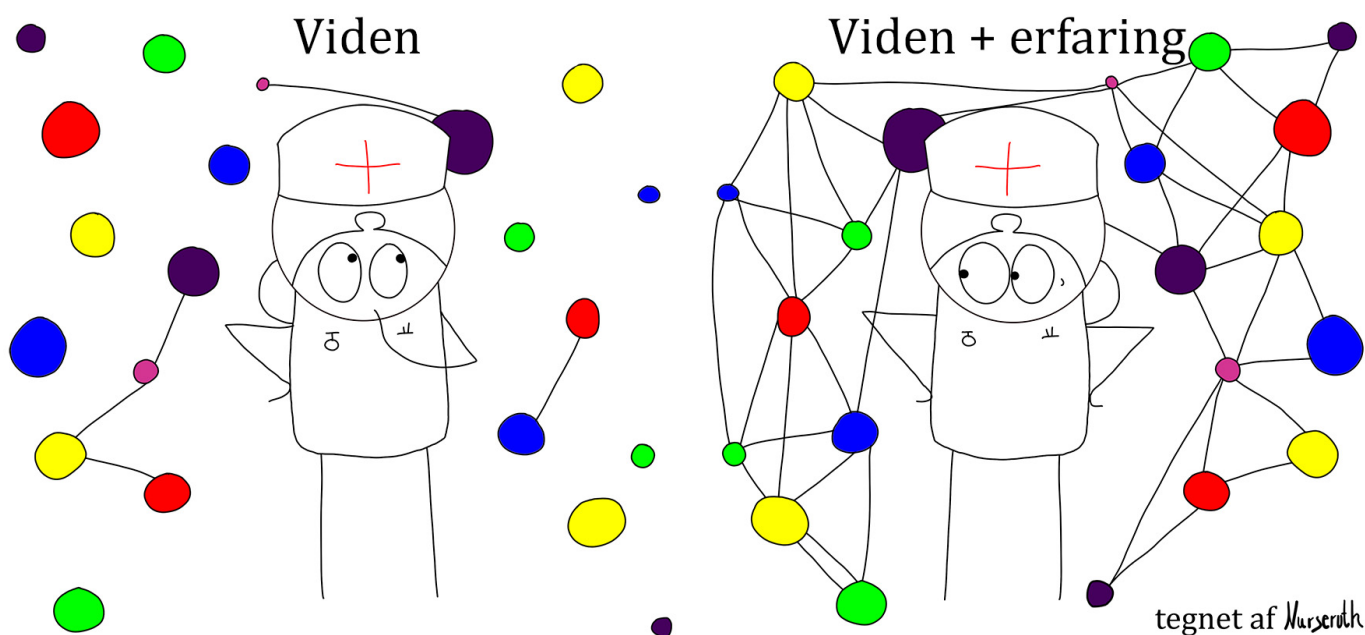
10. Danske Regioner. Regioner.dk. *Danske regioner - det nationale kvalitetsprogram*. [Online] [Besøgt d. 28. April 2019.] <https://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/det-nationale-kvalitetsprogram>.
11. Anhøj, Jakob. *Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber*. København: Munksgaard, 2015.
12. Justesen, Lise og Mik-Meyer, Nanna. *Kvalitative metoder i organisations og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzel Forlag, 2010.
13. Kvale, Steinar og Brinkmann, Sven. *Interview - introduktion til et håndværk*. 2. udg. København: Hans Reitzel Forlag, 2009.
14. Andersen Nexø, Sniff og Koch, Lene. Diskursanalyse. [red.] Signild Vallgård og Lene Koch. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 4. udg.. København: Munksgaard Danmark, 2011, s. 119-140.
15. Mainz, Jan. *Basal Kvalitetsudvikling*. København: Munksgaard, 2017.
16. Scott, Richard W. *Institutions and organizations - Ideas, Interest and Identities*. 4. edi. Los Angeles: SAGE Publications Inc., 2014.
17. Vinge, Sidsel. *Kompleksitet i den kommunale sygepleje*. København: Vive, 2018.
18. Venborg, Annegrethe. S- tilgang i palliation: *Hvad? Hvorfor? Hvordan?* København: Books on Demand GmbH, 2016.



Nurseruth

Som noget nyt har vi fået Nurseruth til at tegne sygepleje i Forstyrrelsen. Du kan læse mere om Nurseruth på nurseruth.dk, følge hende på Facebook, samt møde hende i bogen 'Ny sygeplejerske - uden panik' fra FADL's forlag.

Nurseruth



Stafetten

–mød en kollega



Hanne Mainz
Klinisk sygeplejespecialist,
Cand.scient. san. Ph.d.
Afdeling for Ortopædkirurgi,
Aarhus Universitetshospital

Hvad er din jobtitel og hvad består dit job af?

Min jobtitel er klinisk sygeplejespecialist, og min funktion er at understøtte den kliniske praksis i forhold til forskning og udvikling. Jeg lægger vægt på, at min forskning er meget praksisnær og tager afsæt i oplevede kliniske behov og problemstillinger.

Hvordan arbejder du med udvikling eller forskning i sygeplejen?

Da min forskning udpringer fra behov i klinikken, har jeg fokus på flere forskellige udviklings- og forskningsområder. Et af mine projekter handler om involvering af pårørende. Vore nye enestuer giver forbedrede muligheder for at involvere pårørende, og aktuelt undersøger vi personalets holdninger og udfordringer til pårørendeinvolvering. Derudover har vi længe arbejdet med patientinvolvering, og vi er nu ved at opgøre, hvad det betyder for kvaliteten af patientforløbet, når patienten systematisk inddrages i valg af behandling og pleje. En af "mine andre kasketter" er, at jeg er centerleder i Nationalt Videnscenter for Ortopædkirurgisk Sygepleje (se www.VIDOKS), som har til formål at udbrede ny viden om ortopædkirurgisk sygepleje fra nationale og internationale projekter samtidig med, at vi også selv genererer ny viden. Aktuelt analyserer vi data indsamlet på alle landets ortopædkirurgiske afdelinger om ortopædkirurgiske patienternes søvnkvalitet.

Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?

Af forskningsmetoder har jeg størst kompetence indenfor det kvantitative område. Jeg nyder at sidde med et datasæt, lave statistiske analyser og beskrive resultater. Derudover har jeg haft stor glæde af min kreativitet, iverigdom, og min evne til at engagere og dedikere mig til spændende områder, hvor jeg oplever, at jeg kan gøre en forskel for patienten og for sygeplejen.

Hvordan har din karrierevej bragt dig til dig nuværende job?

Jeg har 15 års erfaring som klinisk sygeplejerske. Herefter har jeg taget en sundhedsfaglig kandidatuddannelse og en ph.d.-grad.

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

Den sygeplejeforskning, som antageligvis vil gavne flest patienter, er forskning i betydningen af sygeplejerskers arbejdsvilkår ift. gode patientresultater. International forskning på området viser overbevisende, at bedre sygeplejenormering, bedre arbejdsmiljø og flere kompetencer giver bedre outcome for patienterne. I mit ph.d.-projekt kunne jeg påvise en sammenhæng mellem lav sundhedsfaglig kvalitet og utilstrækkelig sygeplejenormering, men der er brug for meget mere forskning på området i Danmark. Der er behov for viden til at støtte beslutningstagerne, så vi sikrer, at nye strategier ikke får utilsigtede negative konsekvenser for patienterne, for det sundhedsfaglige personale og for de økonomiske omkostninger.

Hvem giver du Stafetten videre til?

Jeg giver stafetten videre til Connie Bertelsen i Region Sjælland, som er i gang at undersøge, hvad der definerer hospitalsafdelinger med høj rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker. En vigtig viden for sygeplejersker, ledere og andre beslutningstagere.



Af: Marianne Nybro Grum, klinisk sygeplejespecialist, cand.cur., Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, Rigshospitalet. Marianne.nybro.grum@regionh.dk

Anne Langvad, klinisk sygeplejespecialist, MKS, Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, Rigshospitalet.



Faglig artikel

Direkte patientfeedback – unikke muligheder for indblik og udvikling

Abstrakt

Direkte patientfeedback er en metode, som giver sundhedsprofessionelle mulighed for at reflektere over, udvikle og evaluere klinisk praksis ved at lytte til patienterne. Udvalgte patienter og/eller pårørende inviteres til at give deres feedback. Derved giver metoden indsigt i patienternes perspektiver. Flere patienter udtrykker, at det er en måde at blive lyttet til som et menneske og ikke et nummer i rækken. Metoden har blandt andet været benyttet i forbindelse med patientinddragelse, udvikling af patientforløb, værdibaseret sundhed, kompetenceudvikling og læring i klagesager. Direkte patientfeedback har givet anledning til refleksion over egen tilgang og handlinger, men også til re-design af patientforløb.

Nøglebegreber: Direkte patientfeedback, patientinddragelse, patientperspektiv, udvikling af klinisk praksis

Baggrund

Denne artikel sætter fokus på direkte patientfeedback som en metode til at udvikle og evaluere praksis. Der vil blive præsenteret flere eksempler på, hvor i praksis det har haft en stor betydning.

Der har gennem de sidste 20 år været stadig stigende fokus på patientinddragelse i klinisk praksis, men også at flere forskningsrapporter og publikationer kortlægger et forbedringspotentiale i relation til dette (1, 2, 3). Direkte patientfeedback er en enestående måde for klinikere at få indblik i patienternes perspektiver på i forhold til pleje, behandling, patientforløb og samarbejde i klinisk praksis. Et indblik, der giver mulighed for udvikling af praksis.

Beskrivelse af metoden

Direkte patientfeedback er en metode, hvor sundhedspro-

fessionelle får mulighed for at reflektere over, udvikle og evaluere klinisk praksis ved at lytte til patienterne (4). Metoden er udviklet i samarbejde med Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA – tidligere Enhed for Brugerundersøgelser) (4), der senere har udarbejdet en konkret guide for feedbackmøder (5). Som baggrund for metoden er vi inspireret af litteratur om kvalitative interviews i en kombination med facilitering af møder (6, 7).

Udvalgte patienter og/eller pårørende inviteres til et møde for at give deres feedback. Det kan enten være os som sundhedsprofessionelle, der ønsker patienternes perspektiver på et givent emne/område, eller det kan være patienter og/eller pårørende, der tager kontakt med et ønske om at give os feedback. Mødet ledes af en facilitator, der styrer mødet således, at der ikke er direkte dialog og øjenkontakt mellem de sundhedsprofessionelle og de indbudte patienter/pårørende. Facilitator leder interviewet ud fra en semistruktureret guide med det for øje at have en stor åbenhed for patienternes oplevelser og erfaringer. De sundhedsprofessionelles opgave er at lytte uden at skulle forklare eller forsvare sig men udelukkende reflektere over patienternes udsagn. Undervejs i interviewet får de sundhedsprofessionelle mulighed for at stille uddybende nysgerrige spørgsmål via facilitatoren. Efterfølgende er der en faglig opsamling uden patienterne, og den videre arbejdsproces sættes i gang.

Metodeovervejelser kan ses i Boks 1 på næste side.

- Formål med feedback
- Rammer (tid, sted, bordopsætning)
- Udvælgelse af deltagere (antal, patienter og/eller pårørende – sundhedsprofessionelle mono- eller tværfagligt)
- Etik
- Interviewguide ud fra formål
- Praktisk: Invitation, forplejning, kørsels-godtgørelse, erkendtlighed
- Optagelse af interview, samtykkeerklæring
- Opfølgning hvordan?
- Tilbage melding til patienterne?

Boks 1: Metodeovervejelser

Vi anvender direkte patientfeedback på forskellig måde afhængig af formål for det enkelte møde. Det kan være et stort tværfagligt møde med flere patienter på samme tid og en stor gruppe sundhedsprofessionelle, eller det kan være 20 minutter med én patient og få sundhedsprofessionelle. Oftest er det tidligere indlagte patienter, men det kan også være indlagte patienter og/eller deres pårørende.

Resultater

I dette afsnit vil der blive vist flere forskellige eksempler på, hvorledes direkte patientfeedback som metode har bidraget til udvikling. Disse eksempler er udvalgt ud fra ønsket om at belyse metodens anvendelighed, når vi som sundhedsprofessionelle har brug for patienternes perspektiver på et givent emne/område, eller når patienter og/eller pårørende selv tager kontakt med et ønske om at give os feedback.

Facilitatoren, som arrangerer feedbacken, er, inden den direkte patientfeedback går i gang, ansvarlig for, at der følges op, og herunder hvordan tilbagemelding til patienten og deltagerne skal foregå. Der kan være forskellige måder dette gøres på alt efter formålet med feedbacken, dog altid med det formål at udvikle klinisk praksis.

Patientinddragelse

Direkte patient feedback har ført til konkret udvikling og evaluering af pleje og behandling samt ændring i tilgang og aftaler vedr. samarbejde med både patienter og pårørende. Patienterne pointerer, at det har stor betydning, at der gives tid til at lytte, og at de sundhedsprofessionelle ser mennesket i patienten – og ikke bare som "et nummer i køen". Helt konkret fremhæves det, at de sundhedsprofessionelle signalerer ro i krop og tilgang, og at "bare 3-5 minutters nærværende samtale" gør en stor forskel. Endvidere "det er de små ting, at folk er opmærksomme på én, smiler til én, har øjenkontakt, er nærværende – det virker ligesom medicin. Man bliver helt helbredt af den omsorg". Small talk er godt, dels for at skabe en tillidsfuld relation til hinanden, dels som pause fra sygdommen. Flere udtrykker, at man som patient er sårbar og hjælpeløs og har brug for omsorg. Rent praktisk opfordrer flere patienter de sundhedsprofessionelle til at spørge åbent "Nu er du her, hvad tænker du om det?". Og også en opfordring til at undgå "dørhåndtags spørgsmål", det vil sige, om patienten har noget at spør-

ge om, når sygeplejerske eller læge er på vej ud ad døren. Patienterne henleder opmærksomheden på, at samtaler med læge og sygeplejerske ikke bør foregå i et offentligt rum men med respekt for privathed. Flere ønsker at være med til selv at lægge planer for dagen ved f.eks. at anvende patienttavlen på sengestuen. Dette kan give overblik over dagens program samt understøtte autonomi og kontrol ved selv at skrive udvalgte ting på tavlen. Andre patienter derimod beder de sundhedsprofessionelle om at styre forløb og beslutninger ud fra fagligheden og har brug for at overlade dette til andre. Det er derfor altid vigtigt individuelt at forventningsafstemme med alle patienter. Endvidere at de sundhedsprofessionelle skal være opmærksomme på ikke at presse patienterne til mere, end de formår. Hvis patienterne selv ønsker det, da inddrage de pårørende som en ressource, og en imødekommende omgangstone får de pårørende til at føle sig inddraget og trygge. Flere patienter har ønsket billeder eller film som understøttelse for både patient og pårørende i forbindelse med operationen og efterfølgende ophold på intensiv afdeling. Det har givet anledning til udarbejdelse af tre nye film, som kan tilgås på Rigshospitalets hjemmeside (8).

Udvikling af patientforløb

Direkte patientfeedback har været anvendt som metode til udvikling og evaluering af en fokuseret indsats af træning under indlæggelse. Det drejede sig om patienter, der er indlagt til indsættelse af ny hjerteklap gennem lysken (TAVI - Transcatheter Aortic Valve Implantation). En sygeplejerske har gennemført centrets 1-årige trænings- og uddannelsesforløb (9). Her gennemgik hun den nyeste forskningslitteratur og fandt, at det ikke blot var sikkert at træne men også nødvendigt allerede under indlæggelse for at få det optimale ud af behandlingen. Ud fra den nye viden blev der kreeret og aktiveret forskellige muligheder for træning i afdelingen. Der blev bl.a. optegnet en gangbane på gulvet med meterangivelse, og brug af senge- og konditions-cykel, stående og liggende øvelser fra fjernsynsprogram samt holdtræning med fysioterapeut blev en del af mulighederne. For at motivere og fastholde patienternes resultater blev der udviklet en træningsdagbog, og visuelle plancher med betydningen af at træne blev udarbejdet. Ved mange små feedbackmøder i afdelingen bad vi om patienternes tilbagemelding på de forskellige tiltag. Vi anvendte deres feedback til konkret justering og fik indsigt i betydningen af at individualisere tilbud om aktiviteter f.eks. enkeltvis eller holdtræning. Træningsdagbogen var tænkt som et understøttende tiltag men viste sig ikke at fange målgruppen. Endvidere fik vi stor indsigt i, hvordan vi kommunikerer med patienterne om træning, deres forskellige oplevelser af det kommunikerede og betydningen for patienterne.

Værdibaseret sundhed

Metoden direkte patient feedback er også anvendt i forbindelse med værdibaseret sundhed, som centret er udvalgt til i en projektperiode på 3 år (10). Værdibaseret sundhed har som overordnet formål at bidrage til øget faglig kvalitet med udgangspunkt i patientnære kvalitetsmål, forbedret sammenhæng i patientforløbet, øget patienttilfredshed, styrket patientinddragelse og effektiv ressourceudnyt-

telse. I centret ønsker vi, at patienternes forløb og behov i højere grad er styrende for den måde, vi tilrettelægger pleje og behandling på. Direkte patientfeedback har været anvendt i to pilotprojekter med deltagelse af læger og sygeplejersker fra de relevante klinikker. Fokus har været på patientforløb/overgange og ændringer i forhold til dette. Patienternes perspektiver og konkrete oplevelser har været anvendt som input i faciliterede workshops vedrørende re-design af patientforløb.

Kompetenceudviklingsforløb

Ligeledes indgår patientfeedback i forskellige kompetenceudviklingsforløb og i forskellige læringsfora som eksempelvis sygeplejefaglig refleksion og i afdelingens uddannelsesprogrammer (9). I to forskellige 3-dages kompetenceudviklingsforløb for sygeplejersker (Mini uddannelses- og træningsforløb samt Varetagelse af et klinisk ansvarsområde) har en patient været inviteret til at give feedback som afsæt til refleksion og videre arbejdsprocesser. På Mini uddannelses- og træningsforløbet deltog sygeplejersker fra hjertemedicinsk og hjertekirurgisk regi, og omdrejningspunktet var patienter med hjerteklapsygdomme. Formålet med kompetenceudviklingsforløbet var at opnå fælles faglig retning, sammenhæng, synergi og fællesskabsfølelse på tværs af centret. Endvidere at styrke sygeplejerskernes analytiske kompetencer og kompetencer til refleksion og dermed evnen til at indgå som kompetente medspillere i faglige og organisatoriske forandringsprocesser. Inden patientfeedbacken udarbejdede deltagerne nysgerrige spørgsmål til den inviterede patient, og efter feedbacken blev patientens input tematiseret. I tematiseringen blev det tydeligt, hvor meget sygeplejegruppen har til fælles om patienterne uanset medicinsk eller kirurgisk diagnose og forskellige behandlingstilbud. Ud over udvikling af faglige kompetencer blev der etableret et netværk på tværs af afsnit, som har befordret etableringen af den nye Enhed for Hjerteklapsygdomme, som er en organisationsændring i forbindelse med værdibaseret sundhed.

Læring i klagesager

Direkte patientfeedback har endvidere ført til læring i forbindelse med klager, hvor patienterne har taget kontakt til os. Det har f.eks. været oplevelse af stærke smerter, der ikke blev lindret i forbindelse med en operation, en oplevelse af en forfærdelig nat på intensiv afdeling og et samarbejde, der gik skævt. Efter de tværfaglige feedbackmøder, som har givet sundhedsprofessionelle læring på en helt ny måde, har ledelsen fulgt op og sammen med personalet planlagt forskellige opfølgende tiltag med udgangspunkt i patienternes fortællinger.

Endelig udforsker vi, hvordan direkte patientfeedback kan indgå i forskningsartikler, hvor der er krav om beskrivelse af patientinddragelse.

Patienternes tilbagemelding på deltagelse

For hvert feedbackmøde følger facilitator op på de patienter, der har deltaget. Tilbagemeldingerne er, at patienterne føler sig set, hørt og respekteret. Patienterne oplever, at de reelt bidrager med værdifuld viden. Flere patienter har gi-

vet udtryk for, at det har virket helbredende at fortælle sin historie og at blive lyttet til som et menneske og ikke som et nummer i rækken. Mange patienter føler sig taknemmelige og vil gerne give noget tilbage til sundhedsvæsenet, og flere udtrykker, at de skylder os det. Dette giver anledning til en etisk opmærksomhed på at få givet en grundig information om, hvad de siger ja til, og at de altid har mulighed for betænkningstid inden deltagelse. Vedrørende selve metoden så har flere givet udtryk for, at de umiddelbart synes, at det var mærkeligt at sidde med ryggen til de sundhedsprofessionelle. Efter mødet var deres oplevelse, at det skærmede dem, så et tillidsfuldt rum blev bygget op, hvor synspunkter frit kunne komme frem.

De sundhedsprofessionelles oplevelse

Fra forskellige rapporter og forskningsartikler ved vi en masse om patientinddragelse, men det har en anden virkning, når vi hører det fra patienterne selv med deres stemme, betoning og betydning for dem. Det er de patienter, vi selv har haft, og vi får evalueret den ydede pleje og behandling - hvad virkede godt, og hvad skal der være en anden opmærksomhed på fremad rettet. Patientfeedbacken åbner konkret for at tage fat i og få drøftet forudsætninger for realisering af patientinddragelse. Det åbner for en opmærksomhed på de sundhedsprofessionelles værdier (menneskesyn mm), viden og selvindsigt, refleksionskompetencer (refleksion over samarbejde og egen attitude), kommunikationskompetencer og støtte til patientinddragelse (11). Endvidere på patientens ret til at til- eller fravælge patientinddragelse og muligheden for at få indflydelse og et delt ansvar, at viden udveksles, deles og tilpasses samt respekt for det individuelle og at forstå og kende patienten som menneske og ikke kun som krop (11). Konsekvenserne af patientinddragelse er opnåelse af kontrol over egen sygdom og kontakten til sundhedssystemet, forvaltning og håndtering af egen situation og symptomer, øgede patientkompetencer og uafhængighed (11).

I starten havde flere sundhedsprofessionelle en vis modstand mod metoden for afvikling af patientfeedbacken. Nogle gav udtryk for "så sidder vi der som en kødrand", "hvad er det vi byder patienterne", og ville patienterne overhovedet være kritiske. Det ville de som nævnt tidligere, og i de 10 år vi har brugt metoden, er der ingen patienter, der har tilkendegivet, at de fortrød deres medvirken. Nogle har deltaget flere gange, og andre har sagt, at vi meget gerne må kontakte dem igen. De data/den information, vi får fra feedbacken, opleves som nærværende og meningsfuld for de sundhedsprofessionelle f.eks. i forbindelse med det strukturerede læringsforum "Sygeplejefaglig refleksion". I de faglige drøftelser fremmes proaktiv refleksion ved at inddrage patienternes oplevelser og perspektiver og ved at stille spørgsmål i relation til dette (12). Proaktiv refleksion kan medvirke til, at der stilles spørgsmålstejn ved grundlaget for handlingerne eller forståelsen af de forskellige situationer. Endvidere er der flere sundhedsprofessionelle, der anvender den nye indsigt hos andre patienter. Det kan f.eks. være ved at spørge "vi ved andre har haft/tænkt sådan. Hvordan er det i forhold til dig?" og lader dette være udgangspunktet for en dialog.

Ledelsesansvar

Der er et stort ledelsesansvar forbundet med at anvende direkte patientfeedback. Dels er der et krav om at bruge det, patienterne fortæller, så vi ikke spilder deres tid. Dels er der varetagelse af processerne for de sundhedsprofessionelle på ansvarlig vis, når fagligheden kritiseres. Det er et ledelsesansvar at følge op og sætte faciliterede arbejdsprocesser i gang som opfølgning på feedbacken. Ofte vil det have stor betydning, at deltagerne i feedbacken kommer fra flere forskellige fagprofessioner, idet patienter ikke kender til eller skelner mellem, hvem der har hvilke funktioner blandt de sundhedsprofessionelle. Dette vil også kunne styrke en fælles udvikling og evaluering i det tværprofessionelle samarbejde.

Konklusion og perspektivering

Der er en oprigtig vilje til at ville patientinddragelse. Vi tror, vi tager udgangspunkt i patienternes behov og ønsker, og gør det bedste, men hver gang vi har afviklet patientfeedback, har vi fået nye nuancer og en øjenåbner for, hvad patientinddragelse kan være for de forskellige patienter. Metoden giver indsigt i patienternes perspektiver, og hvad der betyder noget for dem. Med afsæt i denne viden og kombineret med vores professionelle faglighed, giver det mulighed for at ændre og udvikle pleje og behandling. Vi får også bekræftet det, der virker godt og giver kvalitet og værdi for patienterne.

Samlet set har vi et stort fagligt udbytte af direkte patientfeedback i relation til:

- Patientinddragelse – indsigt i patienternes perspektiver, behov og ønsker
- Udvikling og forbedringer af indsatser/patientforløb
- Evaluering af aktiviteter
- Værdibaseret sundhed
- Læring i forbindelse med klagesager
- Struktureret kompetenceudvikling
- Mulige bidrag til forskningsartikler

Direkte patientfeedback har givet anledning til refleksion over egen tilgang og handlinger, men også til at organisere os anderledes. Vi har gode erfaringer med metoden og fortsætter med direkte patientfeedback som en fast aktivitet i organisationen. Ønsket er, at vi tydeligere får beskrevet, hvornår og hvorfor metoden skal anvendes. Endvidere bør vi tydeliggøre, hvilke forudsætninger der skal til for at kunne være facilitator til direkte patientfeedback, og hvordan kompetencerne udvikles og vedligeholdes. I lyset af dette er der behov for, at vi uddanner flere i metoden.

Referencer

1. Grum, MN. Sygeplejerske-patient-samarbejde – en litteraturbaseret oversigt. *Klinisk Sygepleje* 2008; nr. 3. 22. årgang: 14-25.
2. Holm-Petersen, C & Navne, L. Hvad er ledelse af brugerinddragelse? En gennemgang af mål og tre individuelle brugerinddragelsesmodeller. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund* 2015; nr. 22:103-133.
3. Videnscenter for brugerinddragelse. Manifest for

brugerinddragelse – Baggrundsnotat. https://dan-skepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/F_T%C3%A6nketank/manifest_baggrundsnotat.pdf Hentet 9. april 2019

4. Grum MN, Hansen KS, Fuglsang M et al. Direkte patientfeedback som metode. *Sygeplejersken* 2009; 21: 54-59.
5. Kompetencecenter for Patientoplevelser. Patientinddragelsesguiden - din guide til organisatorisk brugerinddragelse. Hentet 9. april 2019.
6. Kvale S & Brinkmann S. Interview: Introduktion til et håndværk. København, Hans Reitzels Forlag; 2009.
7. Ravn I. Facilitering – ledelse af møder der skaber værdi og mening. Hans Reitzels Forlag; 2011.
8. Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, Rigshospitalet. Forberedelse til Hjerteroperation <https://www.rigshospitalet.dk/hjerteroperation> Hentet 9. april 2019.
9. Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, Rigshospitalet. Kompetenceudvikling for sygeplejersker. Hentet 9. april 2019.
10. Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, Rigshospitalet. Værdibaseret sundhed. <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/hjerter/om-centret/Sider/Vaerdibaseret-sundhed-i-centret.aspx> Hentet 9. april 2019.
11. Færch J. Patientdeltagelse i sygeplejefaglig kontekst. Kandidatspeciale, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet; 2008.
12. Pedersen K. Den organiserede refleksion. I: Jensen CN, (ed.). *Voksnes læringsrum*. Kap. 9. Billesø & Baltzer; 2005.

Af: Bodil Sestoft, Klinisk sygeplejespecialist & uddannelsesansvarlig, MHH, Bedøvelse & Operation, Aarhus Universitetshospital, bodisest@rm.dk

Berit Pedersen Haa, Udviklingsansvarlig sygeplejerske, Cand. pæd.soc., Afdeling for Ortopædkirurgi, Aarhus Universitetshospital, berithaa@rm.dk



Faglig artikel

Tværfagligt teamsamarbejde – koordinering er en udfordring

Abstract

To operationsafdelinger og en anæstesiaafdeling på Aarhus Universitetshospital har udarbejdet en strategi for tværfagligt samarbejde. Feltobservationer og interviews samt Gittells teori dannede baggrund for strategien. Tværfagligt samarbejde forudsætter, at teamet har fælles viden, fælles mål og gensidig respekt samt at kommunikationen er hyppig, rettidig, præcis og problemløsende. Dette udfordres af, at teamsammensætningen skifter, og at læger og serviceassistenter forventes at varetage flere opgaver på samme tid. Implementering af strategien har haft stor ledelsesmæssig opbakning men været udfordret af organisatoriske ændringer samt flytning til nye lokaliteter. Der er fortsat meget at arbejde videre med, inden strategien er helt integreret i praksis.

Nøgleord:

Relationel koordinering, operationsafdeling, implementering

Introduktion

En af visionerne på Aarhus Universitetshospital (AUH) er: "Den største viden – den bedste behandling", hvor den bedste behandling udføres med respekt for den enkelte patient, og resultater opnås gennem samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer (1). Et velfungerende tværfagligt teamsamarbejde er essentielt, når man vil sikre det gode patientforløb. Men et er vision, noget andet er klinisk praksis.

I 2014 blev tre sygeplejersker med specialfunktion (SF) kontaktet af klinikerne fra operations- og anæstesiafsnit, da et finansieret fællesprojekt på disse afsnit blev udbudt. Klinikerne havde et ønske om, at det tværfaglige teamsam-

arbejde skulle styrkes. De oplevede at samarbejdet kunne optimeres. Klinikerne manglede konkrete redskaber til, hvordan teamsamarbejdet kunne optimeres, fx: "I forhold til organisering vil der være noget, der skal ændres for at alle kan mødes og planlægge dagen sammen. Der er ting i vejen for, at det lige kan lade sig gøre fx mødetider og konferencer" (2). Med udgangspunkt i henvendelsen fra klinikerne blev projektet, *En strategi for tværfagligt samarbejde på en operationsgang*, iværksat.

Konteksten for udvikling af strategien var tre døgnåbne operationsafsnit. Der blev fokuseret på de aktiviteter, der foregår omkring patienten - fra han kommer ind på operationsafsnittet, til han igen forlader det (2). Udvikling af strategien var også relevant i forhold til organisatoriske ændringer i 2015, hvor operationssygeplejerskerne og anæstesipersonalet blev organiseret under den samme ledelse. Formålet var således at udvikle og implementere en strategi for tværfagligt samarbejde, som ville kunne bidrage til et struktureret og optimeret samarbejde mellem operations- og anæstesipersonalet omkring det enkelte patientforløb. I artiklen beskrives udvikling og implementering af strategien samt forslag til handlinger, der forhåbentlig kan inspirere andre.

Metode

Det videnskabsteoretiske afsæt for udarbejdelse af strategien var en fænomenologisk hermeneutisk forståelsesramme (3), hvor der blev foretaget feltobservationer og fokusgruppeinterviews.

Feltobservationer

For at observere samarbejdet blev der udført feltobservationer på tre operationsafsnit: Ortopæd- abdominal- og

neurokirurgi. Der blev foretaget 11 feltobservationer af fire timers varighed. SF foretog feltobservationerne. Observatørerne bevægede sig i feltet: Operationsstuer. De observerede det der skete, hørte det der blev sagt og stillede spørgsmål (4).

Fokusgruppeinterviews

Der blev afholdt to fokusgruppeinterview. Fokusgruppeinterview blev valgt, da data generes ved at inddrage og anvende samspillet i en gruppe omkring fænomenet: Teamsamarbejde. Informanterne blev valgt strategisk i forhold til teamsamarbejdet på et operationsafsnit og således, at de forskellige fagområder og afdelinger blev repræsenteret (5): Kirurger, anæstesiologer, operations- og anæstesisygeplejersker samt serviceassistenter. I fokusgrupperne deltog henholdsvis ni og fire erfarne informanter af begge køn.

Den ene SF forestod interviewene, mens de to øvrige deltog som observatører. Interviewene begyndte med spørgsmålet: *Sæt ord på, hvad der for jer kendetegner det gode samarbejde.* På baggrund af svarene blev der stillet yderligere spørgsmål (6, 7).

Datamateriale

Under feltobservationerne blev der skrevet feltnoter, og fokusgruppeinterviewene blev optaget og efterfølgende transskriberet. Dette materiale var udgangspunktet for den videre analyse og udvikling af strategien.

Analysemetode

Den kvalitative analysemetode blev anvendt i analysen, og Gittells teori om relationel koordinering (8) blev anvendt som teoretisk ramme. Den kvalitative analysemetode er velegnet, når formålet er at beskrive variationer og identificere kategorier og temaer under hensyntagen til den kontekst, som materialet indgår i. De enkelte udsagn vurderes og fortolkes ud fra konteksten (9, 10).

Kerneopgaven og relationel koordinering har været centrale begreber i processen. Skal et team fungere, er det en forudsætning, at de enkelte faggrupper og personer er enige om, hvad kerneopgaven er (11). Og relationel koordinering er fundamentet for, at samarbejdet kan fungere optimalt omkring den enkelte patient (8). Gittell forsker i relationel koordinering og beskriver grundbestanddelene i dette begreb som værende *relationer og kommunikation*. Relationer og kommunikation er nærmere beskrevet i syv dimensioner: Fælles mål, fælles viden, gensidig respekt, hyppig, rettidig og præcis kommunikation samt problemløsning. Ifølge Gittell er det gennem kommunikationen, at koordinering foregår. Fælles mål hjælper den enkelte med at afstemme de handlinger, der iværksættes af resten af gruppen. Delt viden giver deltagerne mulighed for at forstå, hvordan deres opgaver passer sammen. Gensidig respekt opfordrer deltagerne til at værdsætte andres bidrag, til at overveje de konsekvenser deres handlinger kan få for andre og til at høre, hvad andre siger. Og ved at stå sammen vil gruppen styrke hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation (8).

Analysen i dette projekt bestod af kodning, kategorisering og kondensering af fokusgruppedata (6). Ved kodning og kategorisering af data nåede vi frem til empirigenerende kategorier som fx det at være generalist versus specialist. I den videre kondensering blev det tydeligt, at der kunne systematiseres i forhold til de tre grundlæggende dimensioner: Fælles viden, fælles mål og gensidig respekt. De tre dimensioner er centrale, såfremt ønsket er effektivitet, fleksibilitet og kvalitet i sundhedsvæsenet. Relationel koordinering er styring af indbyrdes afhængigheder mellem mennesker, der udfører opgaver (8).



Figur 1.
Fra seks empirigenerende kategorier til tre kondenserende kategorier (grundlæggende dimensioner)

Resultater

I det følgende vises eksempler på, hvad informanterne talte om i forhold til de grundlæggende dimensioner i relationel koordinering (2). Informanterne skelnede ikke mellem fælles mål og fælles viden, hvorfor disse to dimensioner er slået sammen.

Fælles mål og fælles viden

Informanterne talte om det fælles mål som det at få patienten godt igennem operationsafsnittet. *"Ja, for vi er en gruppe derinde, som har det samme mål, og den ene kan ikke lave noget uden den anden er der, vi kan stå med alle vores instrumenter, hvis anæstesen ikke kan bedøve patienten eller serviceassistenten ikke kan hente patienten" ... "de gange hvor vi alle sammen ved, hvad vi skal, der bliver det ikke så stresset på stuen, og tonen bliver helt anderledes, og så glider det, og så har man mere overskud til at hjælpe hinanden"*. I interviewene og feltobservationerne blev det endvidere udtrykt, at teamet oftest fungerer, når der er akutte operationer. Dette kan skyldes, at der er én, der tager styringen og får koordineret opgaverne således, at alle ved, hvad de skal, hvorfor og hvornår. *"Vi står også i akutte situationer, der kender man jo ikke altid folk, men der kan man alligevel have godt samarbejde, selvom man ikke kender hinanden, men alle kender deres plads, og alle taler sammen, der er mere vægt på kommunikation og det at kende sin plads eller opgaven"*. Måden, hvorpå opgaverne er organiseret og kommunikeret ud i temaet, er således betydningsfuld i forhold til at teamet oplever, at de har fælles mål og fælles viden.

Informanterne talte også om betydningen af kommunikation: *"Hvis man melder det ud fra morgenstunden, at serviceassistenterne de bare har travlt, så får man den der*

gensidige forståelse, så kan man måske godt få det til at køre alligevel, fordi man har forståelsen for, at man gør ting sammen, selvom det måske ikke lige er ens arbejdsområde". Men det, at få kommunikeret, hvordan dagens opgaver kan udføres bedst muligt, sker sjældent. "Jeg synes meget, meget sjældent man mødes ved en stue og taler om, hvordan vi gør det smartest i dag. Det er måske mere det, vi godt kunne tænke os".

Gensidig respekt

Informanterne gav udtryk for, at de prøver at styrke samarbejdet ved at arbejde i teams. *"Og fællesskab det kommer af, at der er en gensidig respekt for hinandens kunnen ... Man anerkender det, de andre laver, som værende guld værd inde på stuen, for så får man den der følelse af, at jeg egentlig er dygtig til det, jeg laver, og så gør man det bare endnu bedre..."* I et velfungerende team fungerer tingene - alle ved, hvad hinanden laver. *"Det gør meget, og det glider meget lettere, og det er silent knowledge, man arbejder bare uden at skulle sætte ord på, hvad det er man gør, og hvorfor gør man det her og nu - det kører bare for alle kender egne og hinandens opgave".* Informanterne udtrykte således, at forståelse for hinandens opgaver, oplevelsen af fællesskab, anerkendelse, gensidig respekt og det at have udført opgaverne, er vigtige elementer i et team.

Koordineringen af opgaverne på en hensigtsmæssig måde kræver, at der er ét fælles mål, altså at der er enighed om kerneopgaven, og at de rette personer er på rette sted på rette tidspunkt. *"Hvis der er én af de personer (det kræver syv at køre en operationsstue), der ikke er der, så kan man jo ikke, så går det i stå, så står der seks mand og venter på den sidste..."* Når de relevante personer ikke er til stede, kan operationen ikke gå i gang, hvilket har betydning for produktiviteten, effektiviteten, kvaliteten, arbejdsmiljøet og stemningen på operationsstuen. At stemningen på operationsstuen er positiv har også betydning for patienterne. En patient udtalte under feltobservationerne: *"At sygeplejerskerne var nærværende betød, at jeg ikke følte mig alene i sådan et koldt rum."*

Diskussion

Det fælles mål - at få patienten godt igennem operationsafsnittet - kræver specifik viden hos de enkelte fagpersoner, som er afhængige af hinandens bidrag for, at opgaverne kan udføres og patienten inddrages. Det er ikke tydeligt, hvad der præcist menes med at få patienten godt igennem operationsafsnittet og heller ikke, hvad kerneopgaven er. Spørgsmålet er derfor om de forskellige sundhedsprofessionelle, der er involveret i patienten, er enige om, hvad kerneopgaven er? Ifølge Christensen og Seneca (11) er kerneopgaven ofte udtalt og individuel, hvorfor det indforståede bliver det uforståede. Informanterne oplevede, at når alle ved, hvad de selv og hinanden skal, fungerer tingene bedre. Og det giver mere overskud.

Informanterne talte om at fælles viden og fælles mål samt at løse opgaverne omkring den enkelte patient i et tværfagligt teamsamarbejde, hvor der er gensidig respekt for hinanden, har stor betydning. Dette udfordres dog af organiseringen og koordineringen, kommunikationen samt de ressourcer og rammer, der er til stede. Når der fx ikke er enighed om, hvad kerneopgaven er, er der en reel risiko for

at de faggrupper, der skal samarbejde omkring patienten og opgaveløsningen, arbejder i forskellige retninger og har forskellig viden, som ikke deles med de øvrige partnere i teamet.

Fælles viden samt organiseringen og koordineringen er således helt afgørende for, at der er flow i opgaveløsningen. Teamsammensætningen ændres gennem dagen i forhold til operationerne, hvorfor teamet skal "etableres" for hver patient. Dette udfordres af, at der i organisationen er en forventning til særligt læger og serviceassistenter om, at de skal varetage flere opgaver på samme tid. Det betyder, at disse ikke altid har mulighed for at indgå i teamet på samme vilkår som operations- og anæsthesisygeplejerskerne, som typisk vil være på operationsstuen. Det forventes fx at kirurgerne har ambulatoriefunktion og stuegang samtidig med, at de skal operere. Og der skal være en hensigtsmæssig koordinering mellem de enkelte operationsstuer således, at serviceassistenten fx ikke skal hente flere patienter på samme tid.

Gensidig respekt i koordinering af den daglige drift er også meget centralt. Koordinatoren skal i samarbejde med ledelsen og de forskellige specialelæger sikre, at de forskellige planlagte og akutte operationer udføres. Og at det er de rette kompetencer, der er til stede i de forskellige teams for at sikre en høj grad af kvalitet og effektivitet.

Som det fremgår af ovenstående, er koordinering på et operationsafsnit ikke udelukkende en teknisk proces. Det er også en relationel proces. Hvor koordinering kan defineres som styring af indbyrdes afhængigheder mellem opgaver, er relationel koordinering styring af indbyrdes afhængigheder mellem mennesker, der udfører opgaverne (8). Der skal således både være fokus på afhængighederne mellem de fagprofessionelle, der skal samarbejde omkring og med patienten samt de opgaver, de skal udføre. Skal teamene fungere optimalt, indbyrdes og med koordinatoren, er præcis, hyppig, rettidig og problemløsende kommunikation centralt. Men kommunikation kan være en udfordring. Informationer, der bliver videregivet rettidigt og præcist, bliver måske ikke hørt, eller der bliver ikke reageret på den, hvis modtageren ikke respekterer afsenderen. Det samme gør sig gældende, hvis modtageren ikke deler viden eller mål med afsenderen og derfor misforstår eller ikke er motiveret til at reagere på informationen. Endvidere kan relationerne mellem de funktioner, de fagprofessionelle har i teamet, være yderst fragmenterede. Den specialiserede viden, som de forskellige fagprofessionelle har, adskiller dem og kan blive en hindring for kommunikationen. Derfor er det yderst vigtigt at have en fælles viden, hvor den enkelte professionelle bidrager ind i teamsamarbejdet med netop den viden vedkommende har, at teamet er enige om målet og om hvem, der gør hvad. Når kommunikation og samarbejdet fungerer optimalt, bidrager det fx til øget kvalitet og produktivitet, øget patientinvolvering samt øget medarbejdertilfredshed (8).

Implementering

På baggrund af analysen blev Strategi for tværfagligt samarbejde i *Operation og Intensiv* udarbejdet i lommeformat.



Figur 2. Strategi for tværfagligt samarbejde i Operation og Intensiv Nord, AUH

Implementering af strategien blev indledt i forbindelse med organisationsændringen i 2015.

Afdelingsledelsen præsenterede strategien for de forskellige personalegrupper, der har deres virke i operationsafsnitene. Strategien blev således bekendt for alle i afdelingen, og der var fokus på at anvende i den i forhold til kommunikationen og samarbejdet. Samarbejdsgrundlaget er beskrevet i forhold til: "Fælles mål, fælles viden og gensidig respekt" og anvendes som en ramme for og forventninger til funktionsledere, teams og medarbejderes samarbejde (1, 2). Informanterne har haft en vigtig rolle i forbindelse med implementering, da de både bidrog til udarbejdelse af strategien og drøftede, hvordan den kunne implementeres i praksis.

Et er at have en strategi for, hvordan man ledelsesmæssigt forventer at personalet samarbejder. Noget andet er, hvordan man implementerer det i klinikken (14). Det viste sig at have stor betydning for optimering af samarbejdet faggrupperne imellem, at afdelingslederne præciserede: "Det vi ser og hører, det gør vi noget ved". Altså tydelighed i forhold til hvad afdelingsledelsen forventer af personalet.

At implementere en strategi kræver langt mere end en rapport. Det er en langvarig proces. At optimere det tværfaglige samarbejde kræver som nævnt ledelsesmæssig bevågenhed. Hvis forståelse af hinanden er målet, som er en forudsætning for anvendelse af læreprocesser og dialog om, hvordan opgaver skal løses i det kliniske kollektiv (12), er det nødvendigt at sikre respekterende ledelse. Anerkendelse er en forudsætning for at kunne tilegne sig indsigt. Og indsigt er en forudsætning for at kunne drøfte. Medarbejdere kan ikke tænkes som tilfredse og kan derfor ikke tænkes at have vilje til at lade sig udfordre, hvis de ikke opfattes som nogen, der har særlige roller. Den situation er formentlig kun til stede, hvis medarbejderen føler sig anerkendt som særegent individ og ikke kun som repræsentant for en given profession. Dette harmonerer med, hvordan

man taler om de fagprofessionelle som selvbevidste og ansvarlige individer, altså individualisering. Anerkendelse kan muligvis være en måde individualisere på, således at medarbejderne oplever medindflydelse (13).

Som en del af implementeringsprocessen har forfatterne også præsenteret strategien på personalemøder i de forskellige operationsafsnit for derefter at have fokus på fælles drøftelser af samarbejde og arbejdsgange. Rammen for drøftelserne på personalemøderne var en anerkendende procesøvelse "Bør og Gør" inspireret af Bjerring & Lindén (15).

Hvordan får vi et operationsteam til at fungere som en helhed?

Hvad bidrager til det tværfaglige samarbejde?

Hvad er det vi gør i dag, som vi skal blive ved med at gøre?

Hvad gør vi i dag, som vi egentlig ikke bør gøre?

Hvad er det vi bør gøre, men som vi faktisk ikke gør?

Figur 3. Procesøvelse Bør og gør.

Drøftelserne på personalemøderne, hvor procesøvelserne "Bør og Gør" var rammen, bidrog til, at deltagerne fik mulighed for at tale om, hvad der gør det muligt at fungere som et team. Det blev tydeligt for personalet, hvad de skulle fortsætte med at gøre. Og hvad kan de med fordel kunne ændre.

Konklusion

På baggrund af resultaterne kan det konkluderes at fælles viden, fælles mål og gensidig respekt samt hyppig, rettidig, præcis problemløsende kommunikation er essentielt, når der skal samarbejdes. Endvidere er en fælles oplevelse af, hvad kerneopgaven er samt relationel koordinering fundamentet for, at samarbejdet kan fungere i et team.

Implementeringsprocessen startede i 2015. Der har i forbindelse med flytningen til AUH været betydelige organisatoriske ændringer. Flytning af afdelingen til nye fysiske rammer har betydet store udfordringer fx i forhold til nye samarbejdsrelationer og nye arbejdsgange.

Der pågår således fortsat et arbejde med at få strategien til at blive fuldt integreret i praksis.

Vi håber, at artiklen kan være til inspiration i lignende samarbejdsrelationer.

Rapporten og lommekortet kan rekvireres ved henvendelse til forfatterne.

Referencer

1. Virksomhedsgrundlag Aarhus Universitetshospital 2018. (Besøgt 9.5.2019).
2. En strategi for tværfagligt samarbejde på en operationsgang. Aarhus Universitetshospital 2015. (Besøgt 9.5.2019).
3. Martinsen, B., Norlyk, A. Tre kvantitative forskningstilgange. Sygeplejersken 2011; nr. 12: 64-68.
4. Spradley, J. P. Participant observation. Cengage Learning Inc; 1980.
5. Brinkmann, S & Tanggaard, L. Kvalitativ metode. En grundbog. København: Hans Reitzels Forlag; 2010.
6. Halkier, B. Fokusgruppeinterview. Forlaget Samfundslitteratur. 2. Udgave. 2008.
7. Maunsbach, Lunde. Udvalgelse i kvalitativ forskning. Lunde, I. M. og Ramhøj, P. I: Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Akademisk Forlag; 2003.
8. Gittell, J.H. Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. Munksgaard; 2012.
9. Downe-Wamboldt, B. Content analysis: Method, applications and issues. Health Care Women International. 1992; nr 3. 13.årgang: 13–21.
10. Sandelowski, M. Focus on research methods. Whatever happened to qualitative description? Research in Nursing & Health. 2000; nr. 4. 23. årgang: 334–340.
11. Christensen, M & Seneca, A. Kend din kerneopgave. Innovation til hverdag. Gyldendal Public; 2012.
12. Højrup, T. Velfærdsstatens krise og den demokratiske læreproces. I: Jensen U.J, Qvesel J, Andersen P.F: Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning. Philosophia; 1996
13. Biesta, GJJ. Den smukke risiko - i uddannelse og pædagogik. Klim; 2014
14. Dreyer P & Sestoft B. Projektarbejde i sundhedsvæsenet fra idé til implementering. Munksgaard; 2016.
15. Bjerring P.H. & Lindén A. Anerkendende procesøvelser: Veje til engagement og forandring. Dansk Psykologisk Forlag; 2008.

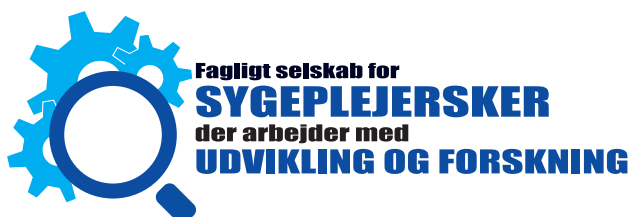
Call til temanummer om etik i FORSTYRRELSEN

Forstyrrelsen ønsker at sætte fokus på etik, og udgiver derfor et temanummer om etik i sygeplejerskepraksis til efteråret.

Vi ønsker at vise, hvordan sygeplejersker arbejder med etiske problemstillinger og/eller etisk argumentation i praksis samt i forsknings- og udviklingsprojekter.

Deadline: 1.10.2019

Artiklen sendes til: Thora Thomsen
thst@regionsjaelland.dk
eller Laila Bay laila.t.bay@rsyd.dk



Boganmeldelser

Anmeldt af: **Johan Knarreborg Andersen, sygeplejerske, specialuddannet i kræftsygepleje, Plastik- og Brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital.**

Den gode patientsamtale

Jette Ammentorp, Bente Bassett, Juliane Dinesen og Marianne Lau. 1. udgave, 1. oplag.

Munksgaard, København 2016. 220 sider

“Den gode patientsamtale” er en praktisk lærebog, der giver et bud på, hvordan sundhedsprofessionelle kan planlægge og udføre forskellige typer af patientsamtaler i dagligdagen samtidig med, at de kan forbedre kommunikationen med patienter og pårørende. Bogen er forskningsbaseret og Calgary-Cambridge-Guiden, som er en generisk model for den patientcentrerede samtale, udgør referencerammen. Den består af 12 kapitler, hvor det første kapitel præsenterer referencerammen. Herefter følger kapitler om forskellige typer af patientsamtaler som f.eks. samtaler med flere samtalepartnere, samtaler med alvorlig besked og eksistentielle emner, samtaler med den angst eller vrede patient og samtaler med patienter med anden etnisk baggrund end dansk samt samtaler med børn. Bogen afsluttes med gode råd til, hvordan man kan styrke sine samtalefærdigheder samt en sammenfatning af den vigtigste forskning som bogen bygger på.

Som sygeplejerske har jeg hver dag samtaler med mange forskellige patienter i forskellige situationer. Denne bog har givet mig større viden om kommunikation og samtalefærdigheder og det er ikke sidste gang, at jeg har læst den.

Teorien i alle kapitler understøttes af praktiske samtalebeskrivelser, så læseren kan visualisere, hvordan teorien i det pågældende kapitel kan bruges i praksis, hvilket gør den meget praksisnær.

Selvom bogen er forskningsbaseret er den ikke tung teoretisk og dermed letlæselig og det er en fordel, da den så kan bruges som et opslagsværk i en travl hverdag.

I hverdagen kan man som sundhedsprofessionel have mange telefonkonsultationer. Bogen kommer dette i møde med et fremragende afsnit om afholdelse af telefonsamtaler, hvor man præsenteres for de centrale elementer, man bør overveje inden en telefonkonsultation. Brugen af telemedicin, især videosamtaler, er ved at være en del af hverdagen mange steder. I et kapitel nævnes det også kort, at telemedicin anvendes og afprøves flere steder. Det havde været ønskeligt med et særskilt kapitel om dette emne.

Træning af grundlæggende kommunikative færdigheder er en af de afgørende forudsætninger for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Derfor er det meget relevant med et kapitel om, hvordan man kan forbedre sine samtalefærdigheder, som er med til at afslutte bogen. En stor styrke er, at forfatterne er fra forskellige faggrupper. Det gør denne bog særdeles relevant på tværs af alle specialer og henvender sig til alle faggrupper.



Vil du anmelde en bog?

Opfordring!



Måske er sommeren den oplagt tid til at læse og anmelde en bog.

Se på vores Facebookside hvilke bøger du kan anmelde.

Du skal blot kontakte redaktør Anni Nørregaard (Anni.norre-gaard@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: Lotte Evron, lektor og ph.d., Professionshøjskolen København og bestyrelsesmedlem
i Fagligt Selskab for Sygeplejersker der Arbejder med Udvikling og Forskning.

Fra forskning og udvikling til formidling

Landskonferencen 2019

Professor Sally Thorne med slide:
Because the World Needs More
Nursing.



Deltagerne er ved at finde en plads til konferencen



Nogle af de heldige vindere af de flotte boggaver.



Den nye bestyrelse.

På vegne af bestyrelsen vil jeg gerne sige tusind tak til arbejdsgruppen for en fantastisk landskonference: Kreativ Kommunikation på Helnan Marselis i Århus d. 1.-2. april 2019. Samt en stor tak til de ca. 150 deltagere for aktiv medvirken, uden jer – ingen konference! Der var en rigtig god stemning og en fælles ivrighed for at drøfte faglig udvikling og forskning. Det giver energi og motivation, som alle forhåbentlig tager med tilbage i det daglige arbejde med udvikling og forskning. Efter sidste års succes med danske og udenlandske oplæg samt blanding af formidlingsform bestod konferencen af: udvalgte keynotes til start og slut, seks forskellige workshops med pallelle sessioner, ph.d.-oplæg og 14 posters, hvor seks blev udvalgt til korte mundtlige præsentationer i plenum samt præmie til de bedste.

Der var oplæg om kommunikation i mødet med patienter og pårørende, brug af sociale medier i forskning, meta-analyser og meta-synteser, brug af forskning i klinisk beslutningstagen og konkrete værktøjer til at skrive levende og professionelle tekster. Professor Sally Thorne præciserede bl.a. nødvendigheden af at overveje, hvilken form for evidens hun mener, vi skal arbejde videre med i sygeplejen. Professor Hilary Bakker præsenterede på en kreativ måde, hvordan vi som mennesker træffer beslutninger. Cand. Mag. Christina Pontoppidan gav os tre greb til at få liv i vores tekster: 1) personer (lad stoffet få et ansigt på), 2) udvikling (tænk i handling, vis forvandling), 3) fragmenter (hav sans for de dele, som sige det hele). Som noget nyt var der oprettet et hashtag #fs32landskonference til deling af oplevelser på de sociale medier. Er du nysgerrig så tjek, hvad deltagerne delte på LinkedIn, Twitter, Facebook og Instagram ved at følge hashtagget.

Efter konferencen valgte 51 personer at evaluere den, og vi fik som sagt en meget positiv tilbagemelding. Mange syntes, at det var et scoop, vi havde fået to hotte professorer til Danmark, men pointerede samtidig at evnen til at formidle er vigtig, og at vi ikke må glemme, at vi også har dygtige professorer i Danmark. I følge evalueringen var Christina Pontoppidans workshop: 'Giv teksten Liv' og Sally Thornes afsluttende keynote: 'Using Interpretive Description to Build on Nursing's Ways of Knowing' klart højdespringerne. Thorne's afsluttende oplæg havde fokus på sygeplejens effekt på sundhed i et globalt perspektiv og hendes ord fik salen til at gløde af stolthed.

Du kan læse om oplægsholderne og deres præsentationer i programmet på hjemmesiden. Forlaget Samfundslitteratur havde doneret flotte boggaver, som der blev trukket lod om blandt indleverede navnetags fra deltagerne sidst på konferencen.

På generalforsamlingen var flere medlemmer på valg, Birgitte Lerbæks periode udløb og genopstillede ikke. Laila Twitstmann Bay blev valgt ind. Se billede for den nye bestyrelse.

Da den store nordiske konference i sygeplejeforskning: Nordic Conference in Nursing Research i 2020 ligger i København, har vi valgt at afkorte landskonferencen til én dag til næste år. Håbet er, at flere derved får mulighed for at deltage begge steder. Emnet for den nordiske konference er: Methods and Network for the future og de åbner op for abstracts til juni. Næste års FS32 landskonference bliver afholdt til foråret og vi melder emne og dato på selskabets hjemmeside og i FS32-gruppe på de sociale medier inden længe.

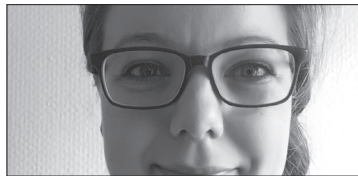
Vi glæder os til at se jer i 2020!

Bestyrelsen



Formand

Annesofie Lunde Jensen, *RN, ph.d*
Klinisk sygeplejespecialist
Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA
Aarhus Universitets Hospital
annesjen@rm.dk



Næstformand, webansvarlig

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



Kasserer

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



Ansvarlig for medlemsregistrering, legatansøgere, nyhedsbrev og boganmeldelser

Anni Nørregaard *RN, cand. Cur.*
Udviklingssygeplejerske
Neurokirurgisk Afdeling U,
Odense Universitetshospital
anni.noerregaard@rsyd.dk



Bestyrelsesmedlem

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



Bestyrelsesmedlem

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



Bestyrelsesmedlem

Laila Twistmann Bay, *RN, cand. scient. san*
Ph.d. studerende
Reumatologisk afdeling
Odense Universitetshospital
laila.t.bay@rsyd.dk