

SIDE 5

FAGLIG
ARTIKEL

Mod!Kræft – et personcentreret tiltag og netværk for og med unge med kræft

SIDE 9

FAGLIG
ARTIKEL

Udvikling af personcentrerede praksiskulturer på et universitets-hospital: Muligheder og udfordringer

SIDE 16

FAGLIG
ARTIKEL

Personcentreret praksis udvikling og forskning - fra koncept til virkelighed

SIDE 23

FAGLIG
ARTIKEL

Det betydningsfulde i gamle patienters indlæggelsesforløb



02
2021

SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

forstyrrelsen



VI BYGGER BRO MELLEML PRAKSIS, UDVIKLING OG FORSKNING



Fagligt selskab for
SYGEPLEJERSKER
der arbejder med
UDVIKLING OG FORSKNING



Indholdsfortegnelse

Leder	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen	s. 4
Faglig artikel: Mod!Kræft – et personcentreret tiltag og netværk for og med unge med kræft	s. 5
Faglig artikel: Udvikling af personcentrerede praksiskulturer på et universitetshospital: Muligheder og udfordringer	s. 9
Stafetten	s. 15
Faglig artikel: Personcentreret praksis udvikling og forskning - fra koncept til virkelighed	s. 16
Faglig artikel: Det betydningsfulde i gamle patienters indlæggelsesforløb	s. 23
Bog anmeldelse	s. 28

Fagbladet Forstyrrelsen

Redaktionsgruppen



Lotte Evron,
Lektor ved Institut for Sygeplejerske-
og Ernæringsuddannelser,
Københavns Professionshøjskole
og ekstern lektor, Sektion for Syge-
pleje, Aarhus Universitet,
loev@kp.dk



Gitte Bunkenborg,
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU,
Institut for Regional Sundhedsforskning og
Anæstesiologisk afdeling, Holbæk Sygehus,
samt Forskningsleder for MVU området,
Holbæk Sygehus,
gibu@regionsjaelland.dk



Thora Grothe Thomsen,
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU, Insti-
tut for Regional Sundhedsforskning og
forskningsleder ved Øre-, Næse-, Hals-
og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands
Universitetshospital,
thst@regionsjaelland.dk



Birgitte Lerbæk,
Postdoc i klinisk sygepleje ved Klinik
Medicin og Akut, Aalborg Universitets-
hospital og Forskningsenheden for
Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitets-
hospital,
birgitte.lerbak@rn.dk

forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

Fagbladet Forstyrrelsen udgives af overstående redaktørgruppe på vegne af Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning. Bladet udkommer tre gange årligt - marts, juni og november. Artikler modtages løbende til mail: thst@regionsjaelland.dk

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 annoncer, hvorfor der kontinuerligt er behov for medlemmer byder ind med forslag til annoncører. Grafisk produktion: Kosmos Grafisk ApS · Oplag: 380 stk.

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com





LEDER

Solidaritet og forskning og udvikling i personcentreret praksis

Velkommen tilbage efter sommerferien hvor I forhåbentlig har lavet noget, I kan lide og fået en masse ny energi. For mange sygeplejersker har de sidste måneder været præget af fokus på den forældede Tjenestemandreform og konflikten om sygeplejerskers løn og arbejdsvilkår. Selv om det ikke er medlemmer af vores faglige selskab, som udtages til strejke, så handler konflikten også om vores fremtid som sygeplejersker. Derfor håber jeg, at mange bakker op og møder frem til demonstrationerne landet over.

Sundhedsøkonomer anser sygeplejersker som ryggraden i sundhedsvæsenet (1), og forskning har gennem de sidste årtier igen og igen peget på, at sygeplejersker med akademisk grad og antallet af dem har betydning for patienters overlevelse og kvaliteten af plejen (2). Ifølge International Council of Nurses er sygeplejersker en af de professioner, der skaber mest sundhed for befolkninger verden over (3). Det betyder, at sygeplejerskers arbejde ikke kun har stor betydning for det menneske, som møder sygeplejersker og er i kontakt med sygeplejen, men også har stor betydning for samfundet og befolkningens sundhed og livskvalitet. Udvikling og forsknings-sygeplejersker har en essentiel rolle. Vores stemme er ikke bare vigtig; den er helt nødvendig for udvikling af sygeplejefaget og for synliggørelse af sygeplejerskers rolle i samfundet. Derfor er det en glæde at kunne fortælle, at der har været stor interesse for dette temanummer om personcentreret praksis. Vi har vi fået dobbelt så mange gode artikler ind om emnet, som vi har plads til her. Tak til alle jer, der skriver. Bliv ved med det, så vi kan dele viden, lære af hinanden og synliggøre den forskel sygeplejersker gør i sundhedsvæsenet!

Vi har fire faglige artikler og seks boganmeldelser i dette nummer. De tre første artikler er skrevet af oplægsholdere på landskonferencen om personcentreret praksis. *Mette Buur Bergman* og *Mette Kjerholt* skriver om processen og effekterne af et personcentreret udviklingsprojekt kaldet "Mod!Kræft" for unge med kræft. Projektet startede i 2017 på Hæmatologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital med 30 forskellige aktiviteter af organisatorisk, sundhedsprofessionel og personlig

karakter ud fra de unges ønsker og behov. De positive resultater af projektet har bevirket, at der i dag er fastansat en ungekoordinator og at flere af indsatsområderne er implementeret som en integreret del af praksis. *Thora Grothe Thomsen* og kollegaer viser, hvordan Sjællands Universitetshospital arbejder med personcentreret praksis ud fra en teoretisk ramme inspireret af to britiske professorer, Brendan McCormack og Tanja McCance. Artiklen sætter fokus på flere af de gennemprøvede metoder og redskaber, som hospitalet anvender og beskriver konkrete muligheder og udfordringer, som har vist sig i implementeringsarbejdet. *Nausheen Christoffersen* gennemgår resultater fra et kandidatprojekt, der var en del et større forskningsprojekt, der skal understøtte patienters beslutningstagning og dermed fremme vilkårene for personcentreret praksis. Artiklen formidler viden om personcentreret praksis og arbejdet med shared decision making metoden.

Lisbeth Aaskov Falch skriver om betydningen af sygehusvæsenets indretning for gamle patienters indlæggelsesforløb. Artiklen er baseret på fund fra hendes ph.d.-projekt, hvor hun har fulgt patienter og personale gennem patienternes indlæggelsesforløb. Analysen viser, at sygeplejersker og patienter ofte har forskellige opfattelser af, hvad der er betydningsfuldt i patienternes indlæggelsesforløb. Ærindet er at 'forstyrre' sygeplejerskers 'selvfølgelige' opfattelse af, hvad der er betydningsfuldt i patienternes forløb og diskutere betydningen af fundene for udviklingen af sygeplejepsis. God læslyst.

Referencer

1. Damgaard D (2021, 4. august). Sygeplejerskernes strejke stikker dybere end lønkrav. Hentet fra <https://ugeskriftet.dk>
2. Aiken L (2021). Nurses hold the key to providing safer, more effective care—and achieving better outcomes for patients. Hentet fra <https://www.nursing.upenn.edu/details/profiles.php?id=93>
3. International Council of Nurses. Hentet fra <https://www.icn.ch/>

Af: Annesofie Lunde Jensen,

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



Nyt fra bestyrelsen

En virtuel personcentreret praksis

Den 16.3.21 blev det endelig tid til afholdes af landskonferencen, som pga. Corona var blevet udskudt to gange. Konferencen var blevet til en virtuel konference, hvilket ikke havde reduceret deltagerantallet, som var på ca. 125 deltagere. Det var skønt at se så mange kendte såvel som nye ansigter fra hele landet. Selv sad jeg med tre kollegaer fra min egen afdeling, Gitte fra bestyrelsen og en kollega fra en anden afdeling. Vi var klar både til at lytte, diskutere og lære, men også til at nyde indholdet i den tilsendte konference pakke. På trods af udskydelserne have vi ikke ændret i programmet. Jeg vil tro, at "Personcentreret Praksis" altid vil være aktuelt om end det igennem tiderne kan have forskellige navne og indholdet måske også ændre sig. Konferencen startede med et oplæg fra norske Tone Elin Mekki, som talte om, hvad der karakteriserer personcentret praksis og hvordan man kan udvikle en kultur mod personcentret praksis. Tone tog udgangspunkt i McCormack og McCance forståelse af person centret praksis. Oplægget skabte en ramme, som vi kunne bringe med videre særligt til de to workshops efter frokosten. Her havde professor Bibi Hølge-Hazelton og lektor Thora Grothe Thomsen, hver deres workshop. Det handlede henholdsvis om, hvordan man udfører organisatorisk praksisudvikling i et personcentreret perspektiv og hvordan man etablerer en personcentreret praksisudviklingskultur.

Ind i mellem disse oplæg havde vi inviteret fire ildsjæle; Mette Buur, Nausheen Christoffersen, Karina Schjødt og Rikke Gregersen. De fortalte om, hvordan de havde arbejdet med at udvikle praksis i retning af både personcentrering og øget brugerinvolvering. Det var fire meget forskellige projekter. Det tænker jeg viser, at arbejdet med en personcentret praksis er relevant for alle de borgere vi møder i sundhedsvæsenet. Det være sig mennesker med demente, unge i et kræftforløb, kvinder med brystkræft eller ældre der er indlagt med en medicinsk sygdom. Når jeg hører oplæg omhandlende gruppe af mennesker jeg ikke møder i min hverdag som sygeplejerske, så bliver jeg altid overrasket over, hvor mange fælles træk i deres behov for sygepleje, der alligevel er. Dette på trods af forskelle i de problemstillinger de kommer med. Det fortæller mig, at vi kan trække på hinandens viden på tværs af specialer og andre kategorier meget mere end vi gør.

Konferencen bød også på posterpræsentationer. I alt 9 for-

skellige projekter blev præsenteret. Vi afsluttede præsentationerne med at stemme om bedste præsentation. Rune Melballe Bonde løb med 1. plads med posteren 'Interviewundersøgelse om forældres oplevelse af at være medindlagt med deres barn på børnepsykiatrisk døgnafsnit'. I skrivende stund er vi gået i gang med planlægningen af landskonferencen i 2022. Planlægningsgruppen har holdt møde en gang, hvor vi fastsatte temaet "Sygepleje og Teknologi" Næste år bliver det en to-dags konference den 23. og 24. marts i Aalborg. Jeg ser frem til to dag, hvor vi får mulighed for at tale om sygepleje, omsorg, relationer, tillid og medmenneskelighed for, hvad sker der, når man kaster det ind i et teknologisk perspektiv.





Mette Buur Bergman, ungekoordinator, Hæmatologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital. Mail: mberg@regionsjaelland.dk

Mette Kjerholt, forskningsleder, klinisk sygeplejespecialist, Ph.d. Hæmatologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital. Mail: metkj@regionsjaelland.dk

Faglig artikel

Mod!Kræft – et personcentreret tiltag og netværk for og med unge med kræft

Abstrakt

I 2017 blev der på Hæmatologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, igangsat et personcentreret projekt/udviklingstiltag for unge med kræft, kaldet "Mod!Kræft". Tiltaget har haft enorm positiv betydning for de unges oplevelse og håndtering af deres forløb og er nu et integreret tiltag og tilbud til unge kræftpatienter, ikke kun i Hæmatologisk afdeling, men for alle unge kræftpatienter i Region Sjælland. Denne artikel er skrevet på baggrund af et indlæg, første forfatteren samt en ung kræftpatient havde på det faglige selskabs landskonference i marts 2021. Artiklen beskriver, hvorfor og hvordan Hæmatologisk afdeling etablerede et netværk for unge patienter med kræft, samt impact og outcome af netværket.

Nøglebegreber: personcentreret tilgang, unge kræftpatienter, sundhedsprofessionelle

Introduktion

Artiklen beskriver hvorfor og hvordan Hæmatologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital etablerede et ungetiltag/netværk for unge patienter med kræft. Derefter beskrives væsentlige resultater af tiltaget set fra et personcentreret perspektiv. Vi har valgt at lægge hovedvægten på de unges oplevelser, men også inddrage de sundhedsprofessionelles oplevelser. Baggrund

I Danmark får ca. 41.000 mennesker hvert år konstateret kræft, og heraf er ca. 550 unge i alderen 15-29 år (1). De unge er særligt sårbare, netop fordi de er unge og i gang

med at opbygge deres fremtid og skabe deres identitet. I 2015 udførte Kræftens Bekæmpelse en barometerundersøgelse (2), hvor 822 unge i alderen 15-29 år med kræft deltog. Formålet med undersøgelsen var at afdække unge kræftpatienters oplevelser og behov i deres forløb, fra udredning til behandling og i efterforløbet. Undersøgelsen viste blandt andet følgende:

- 35% af de unge havde inden for den sidste uge følt sig ensomme
- 82 % havde oplevet at være bange for at dø af deres kræftsygdom
- 80% havde haft behov for at tale med nogen om deres bekymring – 25% af disse havde ikke talt med nogen om dette
- 75% havde behov for hjælp til at håndtere angst, tristhed og bekymringer under deres behandling – 72% af disse oplevede, at de ikke fik denne hjælp
- 37% oplevede, at deres kræftsygdom havde en negativ påvirkning af deres syn på fremtiden

Ligeledes blev der på Hæmatologisk afdeling på Rigshospitalet i 2015 etableret et netværk og fristed for kræftpatienter, kaldet "Kræftværket" (3). Kræftværket blev etableret for at imødekomme unge kræftpatienters behov for sociale aktiviteter og et ungdomsliv på trods af deres kræftsygdom. Kræftværket blev drevet af en sygeplejerske, som varetog rollen som ungekoordinator og tovholder (3).

På baggrund af blandt andet Barometerundersøgelsen samt et møde mellem Kræftværkets unge brugere, ungekoordinatoren og daværende sundhedsminister (So-

phie Løhde), blev der i 2016 politisk både sat fagligt fokus på samt afsat midler i Kræftplan 4, også kaldt "Patienternes Kræftplan" (4). Målet var, ud fra de unges behov for initiativer og aktiviteter, at udvikle kvaliteten i deres forløb. Regeringen afsatte i alt 25 mio. kr. fra 2017-2020 til nationalt at styrke og initiere målrettede tilbud på hospitaler i alle regioner til unge med kræft (5). Personalet på Hæmatologisk afdeling på Syddansk Universitets Hospital (SUH) oplevede i deres kliniske praksis – helt i tråd med resultaterne fra Barometerundersøgelsen, at de unge i afdelingen havde nogle behov og ønsker, som ikke blev indfriet. Personalet ønskede derfor på forskellige områder at udvikle kvaliteten i unge kræftpatienters behandlings-/plejeforløb. På den baggrund søgte – og fik – afdelingsledelsen penge fra sats-puljemidlerne fra Kræftplan 4, der var målrettet kvalitetsudvikling af unge kræftpatienters forløb.

Præsentation af Hæmatologisk afdeling, samt personcentreret praksis.

Hæmatologisk afdeling på SUH blev etableret i 2011, og ved etableringen ønskede den ledende oversygeplejerske samt sygeplejeforskeren på afdelingen (artiklens anden forfatter), at man i afdelingens sygeplejegruppe skulle opbygge en personcentreret, aktørinvolverende og innovativ lærings-, udviklings-, forsknings- og praksiskultur (6, 7). Denne kultur skulle være et modsvar til en hospitalspraksis, hvor behandling og pleje fortrinsvis byggede på et naturvidenskabeligt og biomedicinsk grundlag, og hvor styringsmekanismerne var præget af en New Public Management tilgang (8). De ønskede at igangsætte initiativer, der kunne bidrage til udvikling af en humanistisk funderet praksiskultur, hvor det enkelte menneskes (personale og patienter) egne holdninger, værdier, ønsker og behov blev anerkendt og inddraget i beslutninger vedrørende pleje og behandling. En sådan kultur kunne også virke befordrende på medarbejderne, som dermed kunne opleve, at de havde indflydelse på deres arbejdsmæssige rammer og vilkår, og som ville tage medansvar for at udvikle deres egen praksis. Endvidere skulle en sådan praksiskultur sikre, at det var aktuelle problemstillinger i den daglige kliniske praksis, der dannede baggrund for igangsættelse af forsknings-/udviklingsprojekter.

Fra både international og national sundhedspolitisk side er der udtrykt behov for en personcentreret og innovativ praksis, samt behov for at sundhedsforskning skal være til gavn for borgere og patienter, både ved at tage udgangspunkt i praksis og kunne omsættes i klinisk praksis (4, 9, 10). I afdelingen forstås personcentreret praksis (PCP) ud fra sygeplejerske, professor Brendan McCormacks forståelse, som angiver, at PCP er en tilgang til praksis, som er kendetegnet ved, at kommunikationen og samarbejdet mellem sundhedspersonale, patienter og pårørende hviler på humanistiske værdier som: respekt for andre personer, disse personers individuelle rettigheder til selvbestemmelse, gensidig respekt og forståelse for hinanden (11). Vores logo for plejepersonalet og for Enhed for sygeplejeforskning & udvikling illustrerer vores personcentrerede og partecipatoriske tilgang til praksis og udvikling af denne:



Figur 1: "Sammen finder og går vi vejen"

Beskrivelse af projektet/udviklingstiltaget "Mod!Kræft"

Puljemidlerne, afdelingen havde fået, blev i første omgang brugt til at ansætte en ungekoordinator. En ungekoordinator er en sygeplejerske med erfaring indenfor unge med kræft, hvis overordnede opgave er at udvikle kvaliteten i unges patientforløb. I dette projekt var ungekoordinatoren tovholder og overordnet ansvarlig for tiltaget. Hendes store erfaring indenfor unge med kræft var blandt andet opbygget gennem hendes ansættelse som sygeplejerske på Hæmatologisk afdeling og som ungeambassadør i Kræftværket på Rigshospitalet.

Udviklingstiltaget skulle gennemføres som et lokalt tværfagligt aktionsforskningsprojekt (7, 12), hvor de unge havde en afgørende og aktiv rolle i både afdækning af deres ønsker og behov, samt i planlægningen og gennemførelsen af de ønskede ændringer/tiltag. Projektet skulle gennemføres fra oktober 2017 – januar 2019, og efter projektets afslutning skulle en evaluering - fra både sundhedspersonalet samt de unge patienter - afdække, om projektet og tiltaget havde haft den ønskede betydning/impact. Specifikt skulle evalueringen afdække de unges oplevelser af at blive medinddraget i alle beslutningsprocesser vedrørende dem og Mod!Kræft samt sundhedspersonalets oplevelser af at arbejde ud fra den personcentrerede og aktørinvolverende tilgang.

Deltagere

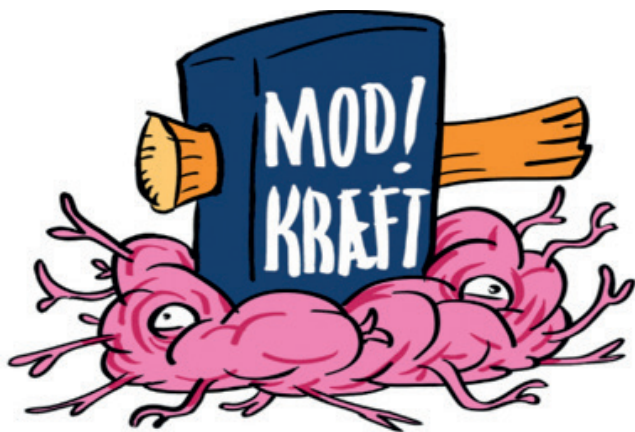
Udgangspunktet for tiltaget var et tilbud om forskellige netværk til de unge patienter i afdelingen mellem 18-39 år. På daværende tidspunkt indgik 32 patienter i projektet. De unge var fordelt jævnt på begge køn. Deres diagnose var kræft i blodet og/eller lymfesystemet. De var både indlagt på sengeafdelingen, men kom også i ambulatoriet og havde ofte langvarige behandlingsforløb. De unges situationer og forløb var ofte meget intensive og præget af store omvæltninger, kaos og angst qua det forhold, at de netop var unge.

På et af de indledende møder mellem de sundhedsprofessionelle (ledende sygeplejersker, kliniske sygeplejespecialister samt den sygeplejefaglige forsker) blev det bl.a. beslut-

tet at kalde udviklingstiltaget Mod!Kræft. Navnet indikerer, at man både har modet til at kunne håndtere et kræftforløb samt at man er oppe (i)mod den sygdom man er ramt af. De unge blev præsenteret for navnet på det første unge-panel møde, samt baggrunden for dette, og der var stor enighed fra gruppen om, at navnet var godt og dækkende.

I tråd med både den personcentrerede og aktørinvolverende tilgang blev der fra projektets start etableret et unge-panel med det formål at sikre, at de unges egne erfaringer og ønsker fik stemme og dermed kunne danne baggrund for konkrete aktioner i praksis. Ungepanelet bestod af unge fra afdelingen, som ønskede/magtede at deltage i formelle ungepanelmøder hver tredje måned sammen med ungekoordinatoren og afdelingens sygeplejeforsker. De øvrige paneldeltagere (både de unge patienter og sundhedsprofessionelle, der var tilknyttet projektet/tiltaget) deltog ad hoc.

Der blev tillige etableret et sundhedsfagligt ungeteam, bestående af en læge og tre sygeplejersker, som skulle samarbejde tæt sammen med ungekoordinatoren og deltage i de forskellige aktiviteter, de unge ønskede, der skulle iværksættes.



Figur 2: "Mod!Kræft"

På et af de første ungepanelmøder gav de unge udtryk for, at de ønskede et logo for Mod!kræft. Vi kontaktede Anders Morgenthaler, og han ville gerne hjælpe os. Logoet symboliserer en kræftcelle/kræftsygdommen, som bliver holdt nede af en hammer. Hammeren symboliserer det fællesskab, den støtte og venskaber, man har i Mod!Kræft.

Siden Mod!Kræft blev etableret, er der igangsat over 30 forskellige aktiviteter ud fra de unges egne udtalte ønsker og behov. Aktiviteterne er både af organisatorisk, sundhedsprofessionel og personlig karakter – bl.a.:

- Oprettelse af et organisatorisk "unge-spor", så de unge kommer til behandling i ambulatoriet samme dag som andre unge, så de kan sidde sammen og få behandling. Samtidig ser de (så vidt muligt) samme læge og sygeplejerske, hver gang de får behandling.
- Indretning af et ungerum/fristed, som de unge selv har indrettet efter eget ønske
- Tema-/dialogmøder med besøg af sundhedspersonale

(f.eks. læge, sygeplejerske, psykolog, præst) med temaer, de unge selv finder relevant. Møderne er både for de unge og/eller deres familie, afhængig af hvad temaet er.

- Fælles frokoster, hyggeaftener med film, spil og mad, udendørsaktiviteter, hyggeture, wellnessarrangementer, mindfulness

Resultater: Impact og outcome af Mod!Kræft-tiltaget

"Der er noget specielt over at være samlet en gruppe unge kræftpatienter. Der er et fælles ståsted, en følelse af umiddelbar forståelse, ingen forudindtagethed, ingen overbærende og alt for mange "det er godt nok synd for dig" blikke, og en øjeblikkelig åbenhed, som jeg ikke tror findes mange andre steder" (citater af unge kræftpatienter)

Dette citat er et udtryk for, at de unge føler, de får meget ud af at være sammen med andre unge, som er "i samme båd" som dem selv. Som en anden ung udtrykte det:

"Når jeg kommer til behandling i ambulatoriet, er der mange søde bedsteforældre – men jeg har brug for at tale med nogle på min egen alder".

Efter 15 måneder blev projektet og ungetiltaget evalueret af de unge patienter og de sundhedsprofessionelle aktører. Evalueringen viste, at både tiltaget og den personcentrerede tilgang var en positiv oplevelse for alle aktører. På spørgsmålet til de unge om deres oplevelser af den personcentrerede og aktørinvolverende tilgang angav de, at det havde været godt, interessant og meningsfuldt at samarbejde på denne måde. De havde oplevet, at de var blevet hørt og taget alvorligt og dermed var ligeværdige samarbejdspartnere i tiltaget. De unge lagde vægt på, at det havde været deres udfordringer, ønsker og behov, der havde været i centrum for de beslutninger og handlinger, der blev taget. En af de unge siger således:

"I Mod!Kræft er der altid plads og forståelse for, hvad vi hver især har været igennem eller går igennem - der er rummelighed og plads til alle (...). I (det sundhedsfaglige team) har skabt et forum, hvor alle kan komme, og hvor man mærker, at I er der, fordi I vil os det bedste."

En anden siger:

"Når jeg kommer i Mod!Kræft, har jeg oplevelsen af ikke at være alene i den situation, jeg er i. Her kan jeg sige, hvad jeg tænker, uden at de andre løber væk. De ved lige nøjagtigt, hvordan jeg har det."

En af de unge kræftpatienter, der var tilknyttet afdelingen både før og efter, Mod!Kræft blev etableret, skrev følgende i sin evaluering af tiltaget:

"Da jeg var 18 år gammel, fik jeg lymfekræft. Livet blev vendt på hovedet, og frygten for at dø fulgte med sygdommen. Jeg følte mig helt alene og lukkede mig inde. Det var svært at forholde sig til, at jeg nu var syg. Det var svært for min familie at tale med mig om sygdommen, og jeg følte mig meget ensom. Da jeg blev en del

af Mod!Kræft, blev jeg også en del af et fællesskab og venskab med andre unge, der som mig havde oplevet, eller var i gang med, et behandlingsforløb. Det at møde andre unge mennesker hjalp mig meget til at bearbejde og forstå det, jeg havde været igennem”.

Efter projektets afslutning og på baggrund af evalueringen fik Mod!Kræft en varig bevilling fra Region Sjælland i form af lønkroner til en fast ansættelse af en unge-koordinator. Mod!Kræft er således nu en integreret del af Hæmatologisk afdeling, og tillige udbygget til at være et varigt tilbud til alle unge med kræft i Region Sjælland. Aktuelt er der omkring 90 unge tilknyttet Mod!Kræft.

Foruden den åbenlyse impact af Mod!Kræft samt de forskellige tiltag kan det også nævnes, at siden Mod!Kræft blev etableret og frem til nu, har unge fra Region Sjælland ca. 500 gange deltaget i diverse aktiviteter i Mod!Kræft. Nogle unge har deltaget en enkelt gang, og andre unge har været her mange gange. Derudover har ungekoordinatoren ca. 600 gange været opsøgende og talt med unge i enten sengeafsnit, ambulatorium på tværs af afdelinger og specialer på SUH.

Implikationer for praksis

Som andre undersøgelser også peger i retning af, så har politiske tiltag, ledelse på flere niveauer samt lokalt forankrede rammebetingelser stor betydning for at skabe de betingelser, der skal til for at gøre noget aktivt og meningsfuldt sammen (13). Dette har også været gældende for, at Mod!Kræft kunne blive en realitet og vokse sig større og større.

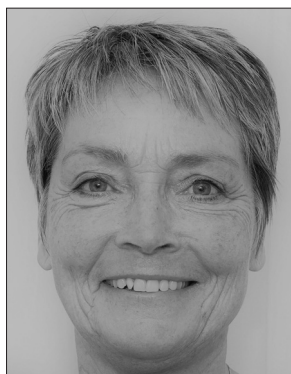
Vi har i mange forskellige sammenhænge skrevet om Mod!Kræft – både selve projektet og tiltaget, og hvis nogle er interesserede i at læse mere om Mod!Kræft, kan de henvende sig til ungekoordinatoren: mberg@regionsjaelland.dk

Tak

Vi vil gerne takke alle de unge, der trods deres udfordringer på mange forskellige områder alligevel velvilligt og trofast har stillet op og støttet op omkring både Mod!Kræft og hinanden både kollektivt og individuelt.

Referenceliste

1. Danckert B, Ferlay J, Engholm G, et al. (2019) NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries. Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. Tilgængelig på: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp>.
2. Kræftens Bekæmpelse. (2015). Barometerundersøgelse om unge kræftramte. Kræftens Bekæmpelse
3. Elsbernd A, Boisen KA, Hjerding M, et al (2019). Developing age-appropriate supportive facilities, resources, and activities for adolescents and young adults (AYAs) with cancer across departments and diagnoses: a single center experience. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology* (8) 1. Tilgængelig på: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jayao.2018.0077>
4. Sundheds- og Ældreministeriet. Patienternes Kræftplan - Kræftplan 4 (2016). Sundheds- og Ældreministeriet. Tilgængelig på: <https://sum.dk>
5. Finansministeriet. Finanslov for finansåret (2017). Finansministeriet. Tilgængelig på: <https://fm.dk>
6. McCormack B, van Dulmen S, Eide H, et al. (2017). Person-Centeredness in Healthcare Policy, Practice and Research. I: McCormack B, van Dulmen S, Eide H, et al (eds). *Person-Centred Healthcare Research*. Wiley-Blackwell
7. Kjerholt M (2020). Opbygning af en personcentreret udviklingskultur i en lokal hospitalskontekst – aktionsforskning med en small-scale tilgang. I: Winther S, Høgsgaard D (eds). *Aktionsforskning i sundhedsvæsenet*. Aalborg Universitetsforlag
8. Dalsgaard IM, Jørgensen H. (2015). New Public Management og sygeplejersker – plager og potentialer. I: Glerup J (ed). *Bladet fra munden- mod og vilje til et godt arbejdsliv*. Dansk Sygeplejeråd
9. WHO. Health (2020): The European policy for health and wellbeing. Tilgængelig på: <https://euro.who.int>.
10. Sundhedsministeriet. Nationale mål for sundhedsvæsenet (2019). Tilgængelig på: <https://sum.dk>.
11. McCormack B, Manley K, Titchen A. (2013). *Practice Development in Nursing and Healthcare*. West Sussex, Wiley-Blackwell
12. Kjerholt M. (2016). Aktionsforskning – en øjenåbner i forhold til udvikling i og af klinisk praksis. *Forstyrrelsen* nr.1 s. 14-15
13. Petersen MC, Rosted E, Kjerholt M, et al. (2021). Krisesituationer udfordrer sundhedsprofessionelles mentale sundhed – og hvad kan vi gøre ved det? *Forstyrrelsen* nr. 1 s. 5-9



Af: Thora Grothe Thomsen, forskningsleder, lektor, Ph.d., Øre-, Næse-, Hals-, og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. Adresse: Lykkebækvej 1, 4600 Køge: Mail: thst@regionsjaelland.dk

Mette Kjerholt, forskningsleder, klinisk sygeplejespecialist, Ph.d., Hæmatologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Mail: metkj@regionsjaelland.dk

Pia Scheuer, uddannelsesansvarlig sygeplejerske, MVO, Kirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Mail: pias@regionsjaelland.dk

Elizabeth Rosted, klinisk sygeplejespecialist, lektor, Ph.d., Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder, Sjællands Universitetshospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, Mail: eros@regionsjaelland.dk

Faglig artikel

Udvikling af personcentrerede praksiskulturer på et universitetshospital: Muligheder og udfordringer

Abstrakt

Både nationalt og internationalt er udvikling af personcentrerede praksiskulturer et stadigt større fokusområde. Det gælder også på Sjællands Universitetshospital, hvor vi har valgt at arbejde med personcentreret praksis ud fra en teoretisk ramme, der bl.a. er udviklet af to britiske professorer, Brendan McCormack og Tanja McCance. I artiklen præsenteres kerneelementerne i den teoretiske ramme. Endvidere sættes fokus på flere af de gennemprøvede metoder og redskaber, som knytter sig til den valgte tilgang. Afslutningsvis beskrives konkrete muligheder og udfordringer, som har vist sig i implementeringsarbejdet.

Nøglebegreber: Personcentreret praksis, kultur, evidensbaseret praksis, valideret model, facilitering, implementering

Indledning

Sygeplejersker med forskellige funktioner på Sjællands Universitetshospital (SUH) og andre sundhedsprofessionelle med en mellemlang videregående uddannelse (MVU) er i fuld gang med at implementere hospitalets overordnede uddannelses-, udviklings-, og forskningsvision "Sjællands Universitetshospital i top – vision, mål og strategier for MVU-området frem mod 2025" (Sjællands Universitetshospital, 2020). Det særlige ved visionen er, at den anbefaler "en personcentreret tilgang til pleje og behandling samt udvikling af evidensbaserede praksiskulturer" på hospitalets afdelinger og afsnit (ibid. s. 2). Med denne artikel ud-

folder vi den valgte tilgang og indkredser, hvad der især kendetegner tilgangen - herunder hvilke muligheder og udfordringer, vi har erfaret kan være forbundet med implementeringsarbejdet.

Udvikling af den overordnede vision på SUH

Visionen "Sjællands Universitetshospital i Top – Vision, mål og strategier for MVU-området frem mod 2025" er skabt gennem et tæt samarbejde i forskellige SUH-fora, som består af ledere på flere niveauer, forskere og kliniske specialister indenfor MVU-området. Udgangspunktet var, at MVU-kulturen på SUH skulle være konstruktiv, kreativ, inklusiv og synlig på alle niveauer på hospitalet. Udviklingen af vision, mål og strategier blev initieret af hospitalets sygeplejefaglige forskningsleder og professor, som allerede forud for sin ansættelse i 2010 havde stor erfaring med bl.a. aktionsforskning og professionsudvikling og derfor helt fra starten lagde vægt på samskabende processer (Hølge-Hazelton et al., 2021). Tilbage i 2010-11 blev der ansat yderligere to forskeruddannede sygeplejersker, som ligeledes havde erfaring med såvel individuelle som organisatoriske udviklings- og læringsprocesser samt bl.a. aktionsforskning. Deres primære opgave blev at understøtte og realisere vision, mål og strategier på afdelings- og afsnitsniveau (Hølge-Hazelton et al., 2015). Begge forskere indgår som forfattere på artiklen. Derudover har alle forfatterne det tilfælles, at de i sommeren 2019 deltog i en uges international Summerschool i England, hvor temaet var at afprøve facilitering af workshops, som styrker udvikling af personcentrerede praksiskulturer (se link: <https://www.fons.org/programmes/schools>).

Den valgte tilgang til udvikling af personcentrerede praksiskulturer

Da visions- og strategiarbejdet på SUH startede, blev der primært taget afsæt i en patient-centreret tilgang til at etablere evidensbaserede praksiskulturer (Hølge-Hazelton et al., 2021). I takt med det stadigt større internationale (McCormack et al., 2015), nationale og regionale blik for at ændre perspektiv i retning mod en personcentreret tilgang til pleje og behandling, ændrede den fælles opmærksomhed på SUH sig i retning af personcentreret praksis (PCP), som den kommer til udtryk hos McCormack og McCance (McCormack et al., 2010; McCormack & McCance, 2017). Forfatterne havde tidligere i forskellige sammenhænge stiftet bekendtskab med grundprincipperne i PCP og var begejstrede for den nuancerede, samskabende og kreative tilgang til udvikling af evidensbaserede og personcentrerede praksiskulturer, som PCP baserer sig på (McCormack et al., 2021). Fordi det blev tydeligt, at tilgangen på mange punkter er sammenfaldende med SUHs ønske om at styrke udviklingen af den personcentrede og evidensbaserede pleje og behandling på et nyt universitetshospital, blev det nærliggende at vælge PCP som hospitalets overordnede tilgang til praksisudvikling. Samtidig blev det fra centralt hold gjort klart, at de enkelte afdelinger og afsnit på SUH selvfølgelig kan supplere det igangværende udviklings- og implementeringsarbejde med brug af andre personcentrerede tilgange f.eks. Fundamentals of Care (FoC) (Damsgaard et al., 2021). Når denne tilgang i særlig grad fremhæves, er det fordi de to tilgange på flere punkter kan sidestilles, men samtidig adskiller sig, idet FoC primært har fokus på udvikling af personcentreret pleje og behandling, mens PCP især fokuserer på udvikling af personcentrerede praksiskulturer (se næste afsnit).

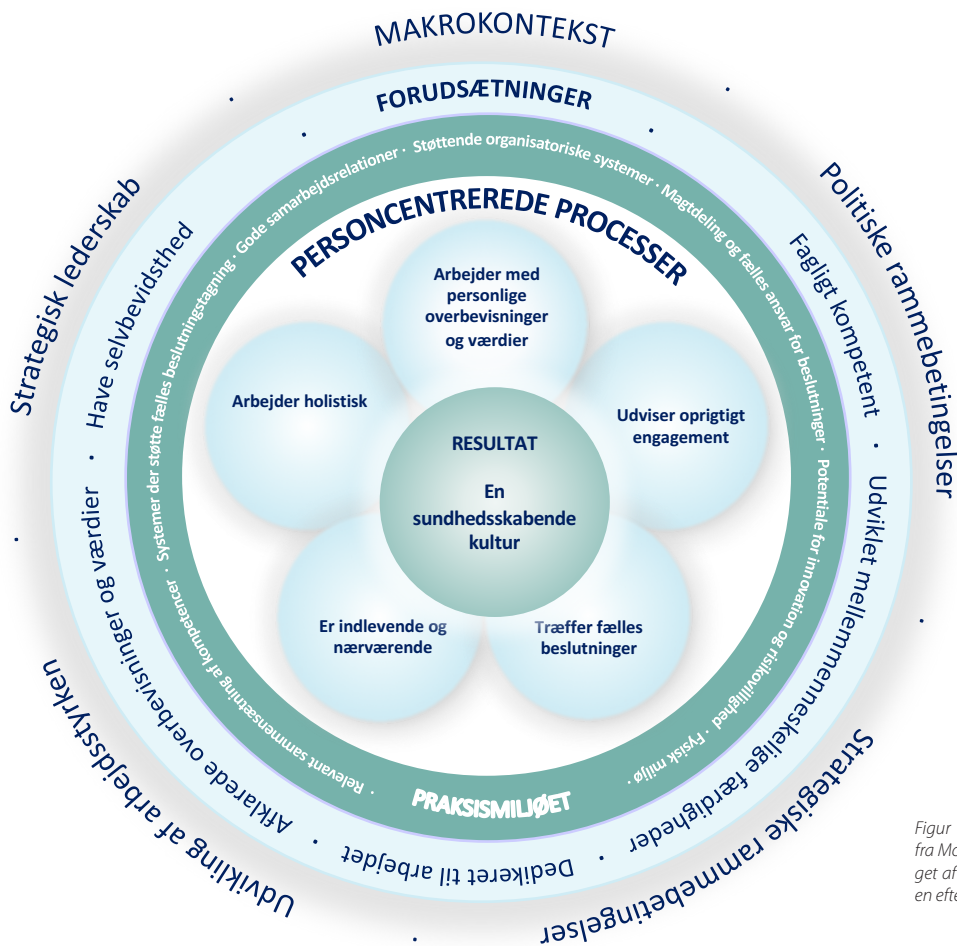
Kerneelementer i den valgte PCP-tilgang

Forskning peger i retning af, at selvom langt de fleste sundhedsprofessionelle yder det bedste de kan, så er det langt fra alle dele af sundhedsvæsenet, som formår at indfri de politiske, faglige og brugerorienterede forventninger om et både effektivt, meningsfuldt og personcentreret sundhedsvæsen. Dermed opstår en række dilemmaer, som kan gøre det vanskeligt at være patient/borger/pårørende eller sundhedsprofessionel (McCormack et al., 2015). Samtidig viser både nationale og internationale rapporter og studier, hvordan selv små forbedringer og ændringer ofte kræver komplekse og omfattende organisatoriske indsatser (se f.eks. Kirk & Nilsen, 2016). På den baggrund argumenterer McCormack et al. (2015) for, at der nødvendigvis må ske et diskursskifte væk fra primært at fokusere på *personcentreret pleje og behandling* (på engelsk *Person-Centred Care*) og henimod at skabe en ny fælles diskurs med fokus på personcentrerede praksiskulturer. Et af argumenterne er, at personcentreret pleje og behandling kun kan finde sted, hvis der skabes en lokalt forankret personcentreret praksiskultur, som gør det muligt for sundhedsprofessionelle at finde frem til personcentrerede måder at arbejde på (McCormack et al., 2015). Ud fra samme argumentation har vi på SUH valgt at benytte følgende definition på, hvad det vil sige at arbejde personcentreret:

.....en tilgang til praksis, der etableres gennem pleje- og behandlingsmæssige relationer mellem sundhedsprofessionelle, patienter/borgere og deres pårørende. Tilgangen understøttes af værdier som: Gensidig respekt og forståelse, respekt for det enkelte individ og rettigheden til selvbestemmelse. Tilgangen bliver mulig, når der er en kultur til stede, som understøtter kontinuerlig udvikling af praksis (oversat fra McCormack et al. 2013, s. 193).

Som definitionen peger i retning af, er etablering af personcentrerede praksiskulturer på den ene side betinget af en række grundlæggende værdier som bl.a. respekt for det enkelte individ – det gælder både i relation til samarbejdet mellem brugere og sundhedsprofessionelle, og i sundhedsprofessionelt samarbejde. På den anden side er etableringen betinget af et vedvarende engagement i udvikling af en personcentreret praksiskultur på alle niveauer i organisationen (McCormack et al., 2021). For at bevare overblikket over de elementer og processer, som har vist sig at konstituere en kontinuerlig og vedvarende udvikling af personcentrerede praksiskulturer, har et netværk af internationale professorer og andre interesserede – og med professor Brendan McCormack som en af frontfigurerne – gennem en årrække udviklet en teoretisk ramme bestående af fem kerneelementer. De fem kerneelementer er hver for sig – men især tilsammen – nødvendige for at sikre en kontinuerlig praksisudvikling. Elementerne er indgående beskrevet i adskillige sammenhænge (se f.eks. McCormack et al., 2015; McCormack & McCance, 2017) og gengives derfor i en kort version, som den er fremstillet i McCormack et al. (2021). Sammenhængen mellem de fem kerneelementer kan ses figur 1:

- **Makrokontekst** refererer bl.a. til de overordnede politiske og strategiske rammebetingelser, der indgår i konteksten, og som derfor får betydning for, hvordan det er muligt at udvikle praksis henimod en sundhedsskabende kultur.
- **Forudsætninger** har fokus på sygeplejerskers (og andre sundhedsprofessionelles) egenskaber i forhold til at udvikle en lokalt forankret personcentreret praksiskultur. Forudsætningerne inkluderer bl.a. at være fagligt kompetent; besidde udviklede mellem menneskelige færdigheder samt arbejde ud fra afklarede overbevisninger og værdier.
- **Praksismiljøet** fokuserer på den lokalt forankrede kontekst, hvor pleje og behandling udøves, og inkluderer bl.a.: Fysisk miljø; potentiale for innovation og risikovillighed; magtdeling og fælles ansvar for beslutninger; gode samarbejdsrelationer samt relevant sammensætning af kompetencer.
- **Personcentrerede processer** har fokus på, at pleje og behandling ydes gennem en række forskellige aktiviteter, som hver for sig styrker en personcentreret praksiskultur bl.a. ved at: Arbejde med personlige overbevisninger og værdier; arbejde holistisk; træffe fælles beslutninger samt være indlevende og nærværende.



Figur 1: Første danske validerede oversættelse af model hentet fra McCormack et al. 2021. Validering af oversættelse er foretaget af Rosted E., Kjerholt M. og Thomsen T. og dokumenteres i en efterfølgende videnskabelig artikel.

■ udgør den centrale del af den teoretiske ramme og viser, hvordan en sundhedsskabende kultur er det, der frem for alt arbejdes henimod. En sådan kultur kan bl.a. vise sig ved tilfredshed med pleje og behandling; involvering i pleje og behandling samt følelsen af velbefindende både set fra et patient- og et professionelt perspektiv.

En væsentlig pointe i arbejdet med udvikling af personcentrerede praksiskulturer er en erkendelse af, at for at nå frem til resultatet (*en sundhedsskabende kultur*), så er det nødvendigt i første omgang at overveje, hvorvidt makrokonteksten samt forudsætningerne for at udvikle en sundhedsskabende kultur er til stede i den lokale kontekst. Dernæst er det nødvendigt at overveje, hvorvidt praksismiljøet inkluderer de organisatoriske og fysiske muligheder, som gør det muligt at udvikle personcentrerede processer. Først herefter giver det for alvor mening af tale om udvikling af en sundhedsskabende kultur som har betydning for både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Det er dog afgørende at holde fast i, at selv små forandringer indenfor hvert kerneelement også har værdi og derfor løbende skal fejres (McCormack et al., 2013b, 2015).

Nøglekomponenter – et hensigtsmæssigt udgangspunkt

Med henblik på at skabe liv i den teoretiske ramme har netværket bag rammen gennem flere årtier lagt stor energi

i at præcisere rammen - senest i bogen *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice* (2021). Endvidere er der gennem årene bl.a. udviklet en programteori (Cardiff et al., 2020), en række grundprincipper (Manley, 2017), nøglekomponenter (se længere fremme i teksten) samt flere konkrete metoder og redskaber (Dewing et al., 2015), som på forskellig vis kan være med til at operationalisere udviklingen af personcentrerede praksiskulturer (se endvidere link: https://www.youtube.com/watch?v=cZyN_UZ-vYnQ&feature=youtu.be). Dermed fremstår tilgangen på den ene side yderst velbeskrevet. På den anden side kan det forekomme noget uoverskueligt at få et samlet overblik over, hvordan man i en hurtig, effektiv og kompleks sundhedsfaglig hverdag kommer i gang med at etablere personcentrerede og sundhedsskabende praksiskulturer.

Ifølge Manley et al. (2013) er et værdifuldt udgangspunkt for en lokalforankret forandringsproces seks nøglekomponenter:

- at arbejde personcentreret
- at ændre sammenhænge og kulturer
- at skabe fælles værdier og holdninger
- at lære i og fra praksis
- at anvende systematiske tilgange til ændringer
- at afdække og udvikle faciliterings-kompetencer.

De seks nøglekomponenter giver ifølge Manley bl.a. mulighed for tidligt i processen at skabe et fælles afsæt og forståelse for, hvad målet med forandringen er, samt hvem der

Nøglekomponenter	Eksempler på spørgsmål
Nøglekomponenter at arbejde personcentreret	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hvad betyder personcentreret pleje og behandling for dig? ■ Hvordan udvikler I en delt vision om personcentreret pleje og behandling på tværs af dit team og involverede interessenter?
at ændre sammenhænge og kulturer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hvordan er den nuværende kultur på din arbejdsplads? ■ Hvad anser du og dit team for at være en sundhedsskabende kultur?
at skabe fælles overbevisninger og værdier	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hvordan vil du, dit team og de involverede interessenter udvikle fælles overbevisninger og værdier? ■ Hvordan ved I, om det er de samme overbevisninger og værdier, som implementeres gennem den planlagte forandringsproces?
at lære i og fra praksis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hvordan kan du i den konkrete sammenhæng hjælpe andre til at tænke og arbejde kreativt og innovativt? ■ Hvordan kan du bruge refleksion i din praksis og sammen med andre for at støtte fælles læringsprocesser?
at anvende systematiske tilgange til ændringer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hvad vil det sige at arbejde systematisk? ■ Hvilken evidens kan du benytte som baseline for forandring?
at afdække og udvikle faciliterings-kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hvilke kompetencer er nødvendige for at facilitere læring, udvikling og forandring på din arbejdsplads? ■ Hvordan faciliterer du løbende udvikling og forandring?

Tabel 1: Eksempler på spørgsmål, som kan være med til at styrke lokalt forankrede, personcentrerede forandringsprocesser. Spørgsmålene er inspireret af Manley et al. 2013, s. 48-49.

gør hvad igennem hele processen (Manley 2017). Som en hjælp til at komme i gang introduceres en række spørgsmål, der på forskellig vis giver anledning til refleksion og planlægning af det videre forløb. Flere af de foreslåede spørgsmål er gengivet i tabel 1. Ideen med spørgsmålene er en opfordring til at samles i relevante lokale fora (projektgrupper, personalemøder, lederteams på tværs af afsnit/afdelinger, samarbejdsudvalg m.v.) og drøfte et eller flere spørgsmål alt efter, hvad der giver mening i sammenhængen (McCormack et al., 2013a).

Interessant analyse og facilitering – konkrete redskaber, der gør en forskel.

Udover at anvende spørgsmål, som undersøger de seks nøglekomponenter i en lokal kontekst, opfordrer Manley (2017) også til at anvende forskellige konkrete metoder og redskaber, som gennem mange afprøvninger og forskning har vist sig at understøtte en lokalt forankret personcentreret praksisudvikling. Det gælder bl.a. løbende refleksiv læring og forskellige tilgange til involverende processer. I denne sammenhæng vælger vi især at fremhæve *interessentanalyse og facilitering*, som også fremhæves af Manley (2017), og samtidig i vores mangeårige praksis på SUH har vist sig at være helt centrale i forbindelse med at planlægge og gennemføre både små og store lokalt forankrede, personcentrerede praksisudviklingsprojekter. Interessentanalysen, fordi redskabet giver anledning til at udvikle en fælles vision, hvilket gør det langt nemmere at navigere gennem projektprocessen trods en yderst kompleks hverdag (Manley, 2017). Facilitering, fordi tilgangen bl.a. gør det muligt at hjælpe andre med at forandre deres nuværende

situation og samtidig kan føre til fælles refleksion, hvilket bl.a. øger muligheden for inddragelse i forandringsprocesser samt at gennemføre vedvarende organisatoriske ændringer (Hardiman & Dewing, 2019; Harvey & Kitson, 2015). Dog fordrer det ifølge van Lieshout (2017), at faciliterings-tilgangen – hvad enten den udføres på mikro, meso eller makroniveau – sker ud fra personcentrerede faciliteringsprincipper – herunder:

- at være åben overfor den eksisterende kultur ikke mindst de spændinger og dynamikker, der konstituerer den bærende kultur
- at være i stand til at balancere mellem hvad den enkelte person gør, og hvilke overbevisninger der arbejdes ud fra
- at være i stand til at skabe et reflekterende rum, hvor det er muligt at være åben om, hvad konkrete ændringsprocesser betyder både for den organisatoriske sammenhæng og for den enkelte person

Muligheder og udfordringer

På SUH har arbejdet med at implementere PCP taget fart gennem de sidste ca. 10 år. En afdeling lagde ud med at arbejde med forskellige former for evidensbaseret viden (Thomsen, 2014); en anden afdeling startede med at arbejde med involverende processer (Kjerholt, 2020). Flere afdelinger er kommet til og arbejder bl.a. med at implementere personcentreret pleje. Derudover er en af frontfigurerne bag PCP- teorirammen, professor Brendan McCormack, ansat som gæsteprofessor på to af hospitalets afdelinger. Der er gennemført adskillige ledersupervisionsgrupper på forskellige organisatoriske niveauer, og fra centralt hold er der

taget initiativ til en mellemlideruddannelse, som har fokus på at styrke udvikling af lokalt forankrede, personcentrerede praksiskulturer. Ydermere er der etableret et nordisk forskernetværk, og SUH er blevet en del af den internationale organisation PcP-ICOP (Person-Centred Practice: International Community of Practice). Vi er på vej, og det bliver vi med at være.

Samtidig må vi erkende, at selvom intentionerne er på plads, og redskaberne er både identificerede og taget i brug, så er det en både langsomt og yderst kompleks proces at ændre lokalt forankrede praksiskulturer. Det vil tage et stykke tid og kræve mange ressourcer (både tid, økonomi og kompetencer), før vi kan tale om en gennemgribende personcentreret og sundhedsskabende praksiskultur på SUH. Vi ved heldigvis, at årsagerne til det omfattende arbejde er mange, og at arbejdet bl.a. griber ind i mere overordnede paradigmediskussioner, som bl.a. bevæger sig mellem patient flow og evidensbaseret praksis (Kirk & Nilsen, 2016). Vi ved også, at forskellige professionsforståelser spiller ind og har betydning for, hvordan vi samarbejder både tværprofessionelt men også med patienter og pårørende (Kjerholt, 2011). Derudover ved vi, at der i en stor organisation som SUH er mange indlejrede magtstrukturer og ledelsestilgange, som har betydning for, hvordan forandrings- og implementeringsarbejdet udvikler sig (Kjerholt, 2011; McCormack et al., 2021).

Vores viden om muligheder og udfordringer har gjort os opmærksomme på, hvor vigtigt det er at arbejde med ledelsestilgangen (Cardiff et al., 2018), men også hvor vigtigt det er, at facilitatorer arbejder i teams på tværs af funktioner og organisatoriske niveauer. En sådan organisering gør det muligt at gribe de små og de store åbninger for forandringer, som løbende dukker op i lokalt forankrede projekter og handle hurtigt (Harvey & Kitson, 2015). Samtidig har vi lært, hvor vigtigt det er, at ansvarlige facilitatorer sidder med i sammenhænge, hvor de får reel indflydelse eller kontrol i forhold til at træffe beslutninger omkring forandringer (se f.eks. link: <https://www.thecareerpsychologist.com/resource/the-covey-circles-of-influence/>). Rigtig mange facilitatorer ansat i kliniske afsnit – herunder en stor gruppe af de kliniske sygeplejespecialister – indgår i funktioner, hvor de gøres ansvarlige for implementering og forandring i kliniske sammenhænge. Derved får de samme facilitatorer også ofte ansvaret for at overvinde de mange benspænd, som uvilkårligt opstår undervejs i enhver udviklings- og implementeringsproces, men hvordan er det muligt, hvis de samme facilitatorer ikke har direkte adgang til de organisatoriske niveauer og organer, som sidder med beslutningsmyndigheden? Resultatet er, at alt for mange gode, ressourcekrævende og nødvendige forandrings- og udviklingsprojekter aldrig for alvor kommer til at gøre en forskel. For at undgå sådanne enorme ressourcospild – både i forhold til tid, økonomi og faglig indsats – synes det absolut nødvendigt at genoverveje, hvordan afsnitsansatte facilitatorer sammen med ledere på flere niveauer (som også kan betragtes som en form for facilitatorer) indgår i velfungerende og smidige faciliteringsteams, hvor deltagerne støtter hinanden, når de møder uventede re-

lationelle og organisatoriske benspænd og modstand. En mulighed kan være, at sådanne faciliteringsteams i konkrete situationer punkterer de hierarkiske strukturer, som ofte betragtes som en grundstruktur i sundhedssystemet, men måske ligger en væsentlig nyskabelse gemt netop her? En anden udviklingsmulighed indenfor PCP i Danmark er etablering af en personcentreret facilitatoruddannelse. Vi er flere på SUH, som gerne tager initiativet. Hvis andre har lyst til at være med, så kontakt os meget gerne. Et afgørende element i udvikling af personcentrerede og sundhedsskabende praksiskulturer er imidlertid at gribe og fejre de lokalt forankrede "moments of practice development", som heldigvis løbende dukker op, hvis vi har øje for det.

Referencer:

Cardiff, S., McCormack, B., & McCance, T. (2018). Person-centred leadership: A relational approach to leadership derived through action research. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15–16), s. 3056–3069. <https://doi.org/10.1111/jocn.14492>

Cardiff, S., Sanders, K., Webster, J., & Manley, K. (2020). Guiding lights for effective workplace cultures that are also good places to work. *International Practice Development Journal*, 10(2), s. 1–20. <https://doi.org/10.19043/ipdj.102.002v2>

Damsgaard, T. L., Grønkjær, M., & Poulsen, I. (Red.). (2021). *Fundamentals of Care. Klinik, ledelse, uddannelse og forskning*. Munksgaard.

Dewing, J., McCormack, B., & Titchen, A. (2015). *Practice Development Workbook for Nursing, Health and Social Care Teams*. Wiley-Blackwell.

Harvey, G., & Kitson, A. (2015). *Implementing Evidence-based practice in Healthcare. A Facilitation Guide*. Routledge. Hølge-Hazelton, B., Kjerholt, M., Berthelsen, C. B., & Thomsen, T. G. (2015). Integrating nurse researchers in clinical practice—A challenging, but necessary task for nurse leaders. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.12345>

Hølge-Hazelton, B., Thomsen, T. G., Kjerholt, M., & Rosted, E. (2021). Implementing a vision of person-centredness across a new university hospital in Denmark. *International Practice Development Journal*, 11(1), s.1–3. <https://doi.org/10.19043/ipdj.111.013>

Kirk, J. W., & Nilsen, P. (2016). Implementing evidence-based practices in an emergency department: Contradictions exposed when prioritising a flow culture. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3–4), s. 555–565. <https://doi.org/10.1111/jocn.13092>

Kjerholt, M. (2011). *Sammenhæng i ældre kronisk syges patientforløb – idealer og realiteter. Et aktionsforskningsprojekt*. Ph.d.-afhandling. Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

Kjerholt, M. (2020). *Opbygning af en personcentreret udviklingskultur i en lokal hospitalskontekst – aktionsforskning med en small-scale tilgang*. I S. Winther & D. Høgs-gaard (Red.), *Aktionsforskning i sundhedsvæsenet. Idéer til kommunikative og innovative forandringer i en sundheds-*

faglig praksis (s. 174–197). Alborg Universitets Forlag.

Manley, K. (2017). An overview of practice development. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *Person-Centred practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice* (s. 133–149). Wiley Blackwell.

Manley, K., Titchen, A., & McCormack, B. (2013). What is Practice Development and What are the Starting Points? I *Practice Development in Nursing and Healthcare*. Wiley-Blackwell.

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T. E., Porock, D., van Lieshout, F., & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5(Suppl), s. 1–15. <https://doi.org/10.19043/ipdj.5SP.003>

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Peelo-Kilroe, L., Tobin, C., & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: Nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people: Person-centred practice: nursing outcomes. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), s. 93–107. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x>

McCormack, B., Manley, K., & Titchen, A. (2013a). Introduction. I *Practice Development in Nursing and Healthcare* (s. 1–17). Wiley Blackwell.

McCormack, B., Manley, K., & Titchen, A. (Red.). (2013b). *Practice Development in Nursing and Healthcare*. John Wiley & Sons.

McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (Red.). (2021). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. Wiley Blackwell.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice*. Wiley Blackwell.

Sjællands Universitetshospital (2020). Vision, mål og strategier for MVU-området, frem mod 2025. Sjællands Universitetshospital. Kan hentes fra: <https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/suh/Om/Forskning/Forskningsstoetteenheden/PublishingImages/Vision%20for%20sygeplejen%20-%20SUH%20-%202017-2020.pdf>

Thomsen, T. G. (2014). Evidens i klinisk praksis er multifacetteret. I *Forsknings-og udviklingskultur i klinisk praksis*. Region Sjælland.

Stafetten

–mød en kollega



Af: Mai Nanna Schønau, Ph.d. studerende Rigshospitalet, Hjertecentret, Lungekirurgisk afdeling og Roskilde Universitet, Institut for Mennesker og Teknologi.

Hvad er din jobtitel, og hvad består dit job af?

Jeg er ansat som ph.d. studerende og mit job består i at gennemføre mit forskningsprojekt som undersøger narrativer om operabel lungekræft. Ud over at drive mit eget ph.d. projekt så vejleder og underviser jeg på bachelor- og kandidatniveau.

Hvordan arbejder du med udvikling eller forskning i sygeplejen?

Jeg er optaget af fortællinger om sygdom og behandling i mødet mellem patient og sundhedsprofessionel, herunder hvilken muligheder og begrænsninger der er for inddragelse af patientens perspektiv. Narrativ teori beskriver hvordan fortællinger skaber mening, identitet og sammenhæng, når mennesker rammes af alvorlig sygdom. Forskning har dertil vist, at patienter ønsker støtte til sætte ord på deres liv med sygdom og behandling, men at de desværre ikke oplever at det sker. Jeg undersøger hvorfor dette ikke sker, samt hvilke dominerende narrativer om operabel lungekræft som patienterne inviteres ind i.

Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?

Jeg arbejder primært med brug af kvalitative metoder. I mit ph.d. projekt har jeg lavet etnografisk feltarbejde for første gang, hvilket jeg har fundet stor værdi i. At lave deltagende observation af eksempelvis samspillet mellem patient og sygeplejerske har givet mange nye og spændende indsigter i sygeplejepsaksis.

Hvordan har din karrierevej bragt dig til dit nuværende job?

Jeg har, siden jeg blev sygeplejerske i 2008, været tilknyttet Lungekirurgisk afdeling, Hjertecentret på Rigshospitalet. Først som sygeplejerske og efter tilegnet kandidat i sygeplejevidenskab (cand.cur.) i 2011, som klinisk sygeplejespecialist. Jeg finder stor værdi i at være i klinikken og

tage udgangspunkt i de udfordringer og problemstillinger som udspringer herfra i udviklings- og forskningsprojekter. Idéen til mit ph.d. projekt udspringer ligeledes af klinikken. Desuden har jeg været tilknyttet et sted hvor ledelsen prioriterer forskning og udvikling indenfor sygepleje, hvilket også har præget min karrierevej og gjort mit job som ph.d. studerende muligt.

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

Jeg så gerne at sygeplejeforskningen blev mere eksplicit i brugen af teori og inddrog dette mere i forskningen. Både i forhold til at lave teoretisk informerede empiriske projekter, men også nogle gange tog det store perspektiv på i forhold til eksempelvis at undersøge og forstå hvorfor patientens perspektiv er så vanskeligt at få inddraget i pleje- og behandlingsforløb. Jeg er selv optaget af at lave forskning som kombinerer sundhedsvidenskab med samfunds- og humanvidenskab og mener at det giver nye perspektiver på de betingelser der er for at yde sygepleje i dag. Og dermed også en bedre forståelse for hvad der skal til for at ændre det til det bedre.

Jeg giver stafetten videre til:

Kirstine Aakerlund Rosendal





Af: Nausheen Christoffersen, Fungerende TR og Adjunkt, Cand.cur., Center for Sygepleje, Professionshøjskolen Absalon i Slagelse, Sygeplejerskeuddannelsen, mail: nach@pha.dk

Faglig artikel

Personcentreret praksis udvikling og forskning - fra koncept til virkelighed

Abstrakt

Personcentreret praksis er blevet et ideal i forhold til at opnå bedre behandlingsforløb. Men for både arbejdsgivere og ansatte i en organisation som det danske sundhedsvæsen, der er i konstant udvikling, og med fokus på drift, kan det være en udfordring at prioritere og implementere personcentreret praksis, udvikling og forskning. Denne artikel gennemgår hovedpointerne fra et oplæg fremlagt ved landskonferencen for Det Faglige Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med Udvikling og Forskning 2021. Oplægget fokuserede på et delprojekt til et større forskningsprojekt om udvikling af et værktøj, der skal understøtte patienters beslutningstagning og dermed fremme vilkårene for personcentreret praksis. Formålet med denne artikel er at formidle viden om personcentreret praksis, udvikling og forskning og derved inspirere sundhedsprofessionelle til at engagere sig i dette fremadrettet.

Nøglebegreber: Personcentreret praksis, Shared Decision Making (SDM), fællesbeslutningstagning, udvikling og forskning og patientinvolvering.

Beskrivelse af kontekst

Oplægget på landskonferencen udsprang af mit kandidatspeciale, som havde titlen: "Oplevelser af involvering i beslutningstagning hos patienter med brystkræft". Specialet blev udarbejdet ved Århus universitet med Regner Birkelund som hovedvejleder. Det blev bl.a. undersøgt, hvorvidt det var klart for patienterne, at de havde et valg i form af til-eller fravalg af efterbehandling efter operation for tidlig brystkræft (1). I den forbindelse var det interessant at høre, hvad delta-

gerne ved landskonferencen tænkte om dette forhold, før de egentlig kendte til resultatet af dette projekt. Der blev udarbejdet et POLL med spørgsmålet: "Skal patienterne være klar over, at de har et valg?" med JA/NEJ som svarmulighed. Afstemningen viste et svar på 100 % JA. Det var ret interessant, og alligevel forventeligt, idet man jo skulle tro, det var en selvfølge.

Specialet var samtidig en del af et større forskningsprojekt: "Din behandling - En fælles beslutning", ved Center for Fælles Beslutningstagning på Patienternes Kræftsygehus ved Vejle Sygehus. Forskningsprojektet omhandlede fælles beslutningstagning om efterbehandling efter operation for tidlig brystkræft. Formålet med projektet var at udvikle et beslutningsværktøj, der kan være med til at støtte kvinder efter operation for tidlig brystkræft, når de skal træffe beslutninger om efterbehandling (ud fra personlige værdier og præferencer). Karina Dahl Steffensen, som er Professor og overlæge og Karina Olling, som er sygeplejerske, var begge ansvarlige for den kvantitative del af projektet. Mit kandidatspeciale udgjorde den kvalitative del af dette projekt.

Begrebet Shared Decision Making (SDM)

Shared Decision Making (SDM) eller fælles beslutningstagning på dansk, er en metode til patientinvolvering. Metoden fremhæves i stigende grad indenfor sundhedsvæsenet, som den foretrukne model til at involvere patienter i beslutningsprocessen vedrørende behandling og opfølgning, når der er mere end én behandlingsmulighed (2,3). Der findes i dag flere forskellige definitioner af begrebet, men udtrykket "deling af beslutningstagning" eller "sharing of decision making" på engelsk, blev første gang anvendt i 1972 af Veatch, i artiklen: "Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age: What physician-patient roles foster the

most ethical relationship?" (4). Begrebet blev defineret på følgende måde:

"In the contractual model, then, there is a real sharing of decision-making in a way that there is realistic assurance that both patient and physician will retain their moral integrity. In this contractual context patient control of decision-making in the individual level is assured without the necessity of insisting that the patient participate in every trivial decision. On the social level community control of health care is made possible in the same way. The lay community is given and should be given the status of contractor. The locus of decision-making is thus in the lay community, but the day-to-day medical decisions can, with trust and confidence, rest with the medical community. If trust and confidence are broken the contract is broken (4)."

Begrebet SDM debuterede først i forskningslitteraturen i 1997 med en artikel af Charles et al.: *"Shared Decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or: it takes at least two to tango)"* (5). I artiklen vurderes begrebet SDM, som meget løst defineret og ret dårligt implementeret i praksis, og artiklen forsøger derfor at give en større klarhed omkring begrebet, ved at identificere nogle nøgleegenskaber ved modellen. Ud fra denne vurdering foreslår forskerne centrale karakteristika, der skal være tilstede ved SDM: 1) At der er mindst to deltagere - læge og patient er involveret, 2) At parterne udveksler oplysninger, 3) At parterne tager initiativ til at skabe enighed om den foretrukne behandlingsmulighed og 4) Der opnås enighed om behandlingen (5).

Klinisk accept af dette koncept er af væsentlig nyere dato. I dag drøftes SDM både internationalt og nationalt som ideal for beslutningstagningsprocesser (3,6-9). På trods heraf ses SDM kun anvendt i begrænset omfang i daglig praksis. Der mangler stadig strategier og værktøjer til implementering af SDM i praksis. Der synes også at være modstridende synspunkter omkring, hvordan sådanne værktøjer skal udvikles, samt hvad disse skal indeholde. Der er dog globalt set bred enighed blandt patientforeninger, politikere, sygehuse, og sundhedsprofessionelle om, at SDM må være et ideal for beslutningstagning (2,3,6). Viden og bevidsthed blandt sundhedsprofessionelle og patienter om værktøjer samt kommunikationsstrategier til implementering af SDM er nødvendig for at virkeliggøre en bred implementering af SDM i praksis. Så sent som i 2015, altså 40 år efter den første omtale af begrebet SDM og over 15 år efter Charles' publikationer, er SDM endeligt blevet mål for uddannelsesprogrammer i mange lande rundt om i verden og har opnået en implementeringsdagsorden. Alligevel mangler der viden om, i hvilket omfang SDM anvendes i praksis. Der er derfor en løbende debat om, hvordan man gennem uddannelse og udvikling af værktøjer for både sundhedsprofessionelle og patienter kan forbedre implementeringen af SDM. Der er således blevet foretaget en række initiativer til sådan implementering (2).

Flere hospitaler i udlandet har f.eks. implementeret "Stil 3 spørgsmål", som et led i udbredelsen af SDM. Initiativet opfordrer specielt patienter, der følges ambulant, til at tænke over og stille nogle spørgsmål til de sundhedsprofessionel-

le, som de er tilknyttet. Baggrunden herfor er, at der er evidens for, at patienterne tit er tilbageholdende med at stille spørgsmål for ikke at blive stemplet som "den vanskelige patient", men også fordi patienterne tit ikke er opmærksomme på den rolle, de kan have i en beslutningsproces, især ved præferencefølsomme beslutninger (2). I sådanne tilfælde kan den rigtige behandling ikke afgøres med faglig viden alene og kan være forskellig fra patient til patient, afhængig af patientens præferencer og livssituation mv. Der offentliggøres herudover patient-beslutnings-værktøjer, der er med til at støtte den enkelte patient til SDM og som dermed er et led i at sikre en patientinddragelse. Dog udgør disse værktøjer kun et supplement til SDM i praksis, idet de ikke kan erstatte samtalen i de kliniske møder (2).

Ydermere har forskning vedrørende SDM hidtil hovedsageligt været målrettet læger, men der ses en stigende tendens til at andet sundhedspersonale, som f.eks. sygeplejersker bliver involveret i beslutningstagning og tildeles en støttende rolle til at hjælpe patienter med at opnå præferencer og være mere bevidste omkring fordele og ulemper ved en behandling. I Holland kan patienter f.eks. tilbydes en aftale med en brystkræftsygeplejerske efter deres første besøg hos lægen, men vel at bemærke inden beslutningen om en eventuel operation er taget. Ved sådanne konsultationer er der bedre tid til udveksling af information samt eventuelle spørgsmål i forbindelse med behandlingen. Patienterne opnår derved i højere grad kompetencerne til at indgå i SDM efterfølgende med deres kirurg, samtidig med at det kan reducere en del af tidspresset ved mødet med kirurgerne (2).

Herudover er man begyndt at indarbejde SDM i programmer for kommunikationsfærdigheder og sørger i denne forbindelse for at optimere og sikre kvalifikationer for både specialister og patienter. Dette ses hovedsageligt i lande som bl.a. Canada, USA og Australien (2). Der er således ikke tvivl om, at SDM er en foretrukken model til patientinvolvering, særligt hvad angår præferencefølsomme beslutninger. Dette med henblik på at hjælpe med at viderebringe information om risiko for tilbagefald af sygdommen samt eventuelle mulige bivirkning af efterbehandlingen, på en forståelig måde. Herved opnås en højere grad af patient- og personaletilfredshed samt lavere risiko for overbehandling.

Overordnet metodetilgang

Der er i specialet anvendt et kvalitativt semistruktureret interview (10,11) af 7 kvindelige patienter i alderen 45-69 år, alle diagnosticeret med brystkræft.

Designet er fænomenologisk hermeneutisk med inspiration af den franske filosof Ricoeur's (1913-2005) tænkning (12,13). Ricoeur hører til en af det 20. århundredes væsentligste filosoffer. Hans tænkning omhandler evnen til at gå i dialog med mange forskellige discipliner om deres filosofiske og videnskabsteoretiske grundlag. Alle Ricoeurs tekster rummer derfor hans sans for at sammentrække forskellige teorier og begreber i filosofisk tænkning (12). Det centrale grundlag for Ricoeurs filosofiske arbejde var den fænomenologiske metode, som efterhånden skulle forbinde fænomenologi med hermeneutik og sprogfilosofi (12,14). Han er således bedst kendt for sit forsøg på at kombine-

Deltager	Alder	Civilstand	Dato for diagnosticering samt operation	Andet behandling
#1	46 år	Gift	Diagnosticeret 23.8.2016 Lumpektomi 5.9.2016	Kemoterapi Stråling
#2	60 år	Gift	Diagnosticeret 11.1.2017 Lumpektomi 17.1.17	Letrozol Zoledronsyre Stråling
#3	56 år	Gift	Diagnosticeret 22.12.2016 Lumpektomi 3.1.17 Reopereret 18.1.17	Stråling
#4	45 år	Gift	Diagnosticeret 7.12.2016 Lumpektomi 21.12.16 Reopereret 2.1.17	Stråling
#5	68 år	Gift	Diagnosticeret 20.1.2017 Lumpektomi 30.1.17	Stråling
#6	48 år	Ugift	Diagnosticeret 6.7.2016 Axilrømning 19.1.17	Kemoterapi Zoledronsyre Stråling
#7	69 år	Enke	Diagnosticeret 20.12.2016 Lumpektomi 28.12.16	Zoledronsyre Stråling

re fænomenologisk beskrivelse med den hermeneutiske fortolkning, hvorfor han også kaldes "en hermeneutisk brobygger" (12,14). Hans ideer har altid været udviklet i sammenhæng med en læsning af hele den europæiske filosofihistorie fra Sokrates til i dag. Herudover er hans tænkning også blevet betegnet som kritisk hermeneutik eller kritisk refleksionsfilosofi (12,14).

Ricoeur går således videre end Edmund Husserls' (1859-1938) deskriptive fænomenologi, der søger at gå "til sagen selv" og er en filosofi hvor det er livsverdenen, der er det fundamentale i den menneskelige virkelighed, og det er i denne livsverden vi gør vores erfaringer. Det er netop disse levede erfaringer, der er udgangspunktet for den fænomenologiske forskning (12,15). Hensigten er altså at gå "åbent" til værks, for herefter at kunne beskrive denne erfaring af et fænomen, som det præsenterer sig for bevidstheden. En betingelse for at kunne gøre dette, er at man forsøger at sætte parentes om sin forforståelse, hvilket Husserl kalder reduktion (12,15). På denne måde opnås en fordomsfri beskrivelse af fænomenet, hvor man ser bort fra tidligere erfaringer samt teorier der måtte have en relation til fænomenet. Man studerer således den rene bevidsthed, som Husserl kalder for epoche (12). Dette er Ricoeur dog uenig i, da han mener at den fænomenologiske beskrivelse af et fænomen er bestemt af forforståelsen, som er afhængig af menneskets eksistentielle situation og at en essensbeskrivelse af objekter derfor er umulig. På denne måde videreudvikler Ricoeur altså Husserls' fænomenologi, ved at argumentere for, at denne bør suppleres med hermeneutik. Man prøver altså at beskrive et fænomen, som det erfares af deltagerne, men prøver samtidig også at forstå hvad fænomenet betyder for deltagerens livsverden for derved at få en ny forståelse af fænomenet ved hjælp af en fortolkningsproces. I denne fænomenologiske hermeneutik er der således behov for både beskrivelse og fortolkning. Fortolkningen og forforståelsen bliver således forhold, som man som kvalitativ forsker må forholde sig til ikke som enten-eller, men som både-og. Ricoeur forener på denne måde fænomenologien med hermeneutikken og kalder

hermeneutikken for en version af fænomenologien eller en forlængelse af denne (12,14). Den fænomenologiske hermeneutiske tradition og forskning inspireret af Ricoeur tager således udgangspunkt i både beskrivelsen, som den udtrykkes og ses men også meningen og dermed betydningen i den levede erfaring.

Denne tilgang vurderes relevant og velegnet, idet det søges at udforske hvordan patienterne oplevede beslutningsprocessen under deres behandlingsforløb. Det var i denne sammenhæng væsentligt at få indblik i detaljerede beskrivelser af deres oplevelser, for at opnå mangfoldige og varierende beskrivelser, som kunne muliggøre en beskrivelse af fænomenets kompleksitet. Interviewene kan således siges at være fænomenologiske beskrivelser af patienternes oplevelser af beslutningsprocessen. På den baggrund blev patienternes fortællinger fortolket ved hjælp af en hermeneutisk fortolkningsmetode med inspiration fra Ricoeurs narrative teori, hvor det centrale er hans teori om den trefoldige mimesis (14).

Ricoeur argumenterer for at der til forståelse af menneskets eksistens skal anvendes en tidsramme, og at den bedste til det er fortællingsmodellen, som han er blevet inspireret af Aristoteles karakterisering af fortællingen, som en efterligning af menneskets handlingsliv. Den trefoldige mimesis er således et redskab, der kan bruges til at begribe den handlingsvirkelighed som mennesket er en del af. Ricoeur opdeler den trefoldige mimesis i 3 faser: Mimesis I (præfiguration), II (konfiguration) og III (re-figuration) (14).

Mimesis I, er tekstens præfiguration, dvs. tekstens ureflekteret forforståelse og en gengivelse af handlingen. I relation til specialet er det patienternes ufortalte fortælling om deres livsverden, den før-tekstuelle virkelighed (14).

Mimesis II, er tekstens konfiguration, som betyder at teksten altså fortællingen komponeres og etableres en orden med en begyndelse, en midte og en afslutning. Og udgør det formidlende led mellem Mimesis I og III. I relation til specialet er mimesis II selve interviewet med patienterne, hvor de fortæller om deres oplevelser og på den måde konfigurerer deres historie som en fortælling, om netop

Uddrag fra den strukturelle analyse

Meningsenheder Hvad siges der	Betydningsenheder Hvad tales der om	Tema og undertemaer
<p>"Det har nok været det med strålebehandlingen ja det har jeg ... der sad jeg hos lægen og sagde ah men er det ikke for meget og det lyder voldsomt og så sagde han at ALLE der får bryst bevarende får stråler og så sagde jeg ok, men der var lidt diskussioner frem og tilbage og så da han sagde alle gør det så turde jeg ikke lade være så må jeg hellere gøre det." (D-II)</p> <p>"Efter de 14 dage sagde jeg at jeg håber du har noget godt at fortælle mig og så sagde hun jeg har både og så sagde hun der er både noget godt og noget træls du har ikke brystkræft og den dårlige nyhed er at du har ikke frie rande så du skal opereres igen det var sådan det foregik." (D-V)</p> <p>"Når du er færdig med operation så skal du have stråler så er du inde i det her pakkeforløb ... det er det samme pakke i følger ... vi gør som vi plejer." (D-I)</p> <p>"Jeg har slet ikke overvejet og vælge noget fra ... jamen det er nok sådan skruet sammen at det der overhovedet kan gøres for at få det her væk det der overhovedet kan gøres for at forebygge at det ikke kommer igen ... det skal bare gøres." (D-III)</p> <p>"Jamen jeg var helt klar da jeg fik at vide vi havde en samtale hvor jeg fik at vide at jeg skulle opereres og efterfølgende skulle have tabletter i 5 år og så have strålebehandling skulle foregå her og det havde jeg det helt ok med." (D-IV)</p>	<p>Patienterne ved, at den information de får, er fra eksperter på området og stoler derfor på, at det de anbefaler må være det bedste for dem.</p> <p>Patienterne tænker ikke at det er en beslutning de selv kan tage. De føler ikke det er deres kompetenceområde og stoler derfor på lægerne</p>	<p>Reel valgmulighed eller et forløb fastlagt af de sundhedsprofessionelle</p> <p>Ingen dialog</p> <p>Fastlagt forløb</p> <p>Intet reel valg</p>

det, som har gjort indtryk på patienterne og som herefter vha. transskribering bliver omsat til tekst (14).

Mimesis III, er et udtryk for en re-figuration eller fortolkning af teksten, og man bevæger sig dermed fra konfiguration til re-figuration. Denne fase betragtes som en fuldendelse af mimesis processen, som afsluttes med at tekstens og læserens verden mødes og hvor der sker der en horisont sammensmeltning mellem teksten og fortolkeren (14). I specialet svarer dette til fortolkningsprocessen, bestående af de 3 niveauer: den naive forståelse, den strukturerede analyse og endeligt den kritiske fortolkning samt diskussion.

Resultater

Gennem analyse og fortolkning af data er der identificeret to temaer: 1) Reel valgmulighed eller et forløb fastlagt af de sundhedsprofessionelle og 2) Effektivitet på bekostning af tid til eftertænkning. Det første tema adresserer patienternes syn på deres beslutningstagningssituationer vedrørende deres behandlingsforløb. De fleste af patienterne oplevede, at sundhedspersonalet præsenterede dem for et specifikt behandlingsforløb, som de derefter straks måtte acceptere ved at give deres samtykke. Mange af patienterne gav også udtryk for, at de var uvidende om at have

adgang eller mulighed for andre tilbud eller alternativer til behandlingsforløbet end det, de blev tilbudt. De var alle af den opfattelse, at den behandling, de blev tilbudt, var den eneste mulige. Derfor havde de ikke spekuleret på, om der var andre muligheder eller stillet spørgsmålstegn ved den behandling, de accepterede. På samme tid følte nogle af patienterne ikke, at det overhovedet var en beslutningssituation, de var i, men mere et standardforløb og et allerede organiseret forløb, som de blev præsenteret for af lægen, og som de efterfølgende forventedes at skulle følge. Patienterne forsøgte derfor at følge det organiserede behandlingsforløb. Patienterne oplevede ikke at have en dialog med lægen. I stedet blev de specifikt informeret om, hvilke undersøgelser og behandlinger de skulle igennem i løbet af deres behandlingsforløb i forhold til deres sygdom. Der var ikke nogen, der spurgte patienterne, hvad de foretrak, eller hvad de mente om forløbet osv. Derfor opfattede mange af patienterne ikke noget af det samlede behandlingsforløb som et tilbud eller valg. Derudover overvejede de ikke at afvise nogle dele af behandlingsforløbet, da dette ikke syntes at være en mulighed for at blive rask. Patienterne betragtede ikke behandlingsforløbet som en situation, hvor de skulle træffe mange beslutninger eller syntes, at det var vanskeligt at tage disse beslutninger. En-

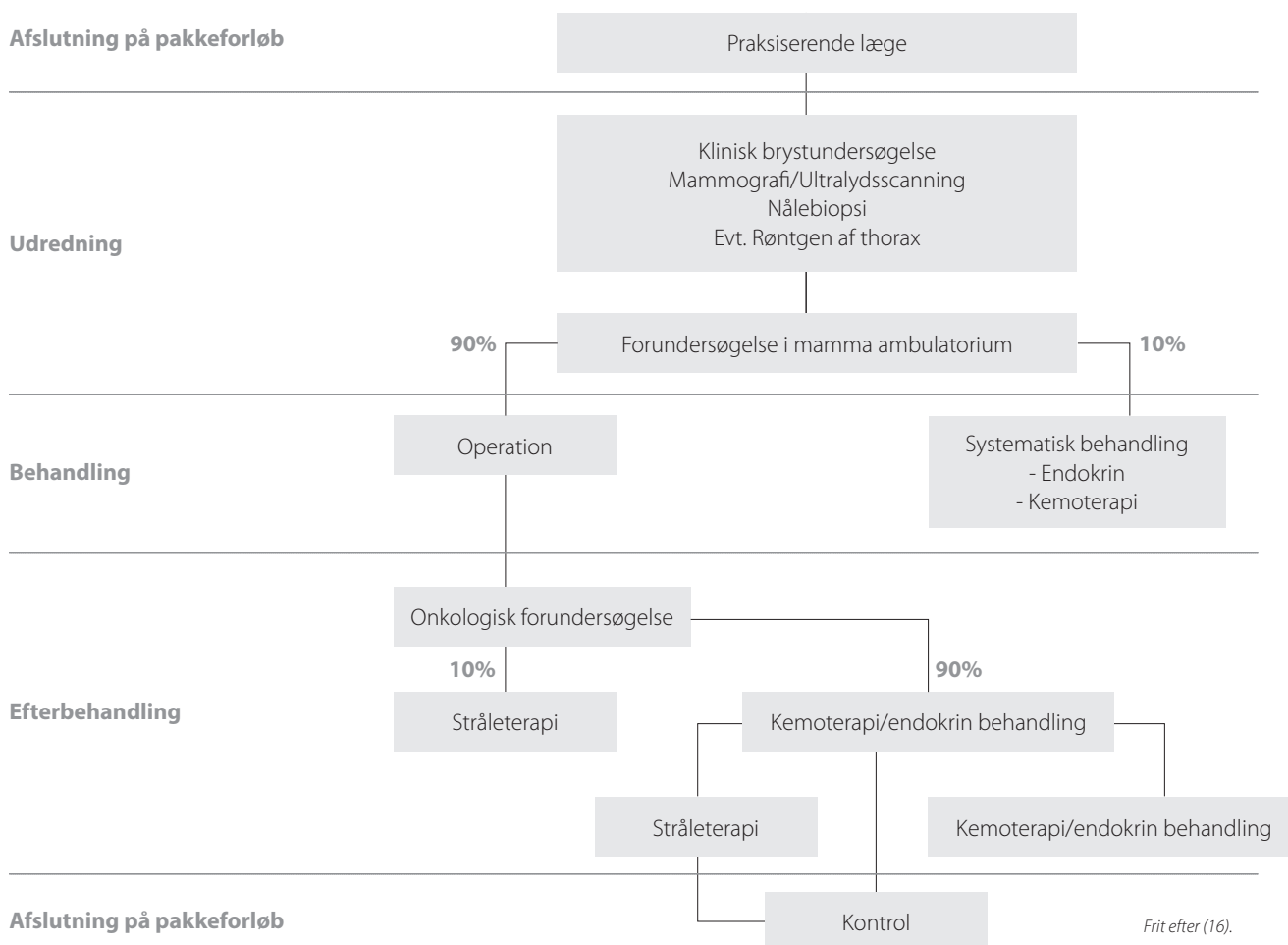
kelte foretrak endda ikke at træffe disse beslutninger, men lod eksperterne håndtere det for dem, da de følte, at de manglede færdighederne for at gøre det. Det var således ikke mange af patienterne satte spørgsmålstejn ved lægens beslutningsproces for deres behandlingsforløb i forhold til deres sygdom, og de få, der gjorde det, blev overbevist af lægen om ikke at gøre det. Mens andre patienter mente, at behandlingsforløbet var en nødvendighed og den eneste måde at blive rask på.

Ifølge det andet tema opfattede alle patienterne, at tidsperspektivet for deres behandling foregik meget hurtigt, og at tingene næsten var gået for hurtigt i forhold til deres forventninger og muligheder for deltagelse samt i forhold til at være i stand til at imødekomme deres behandlingsproces mentalt. Patienterne udtrykte forbavselse over forløbets hastighed, hvilket indikerer, at patienterne ikke følte, at de havde tid til at indse eller erkende, at de havde fået en kræftdiagnose. Derudover, udtrykte patienterne ved et tilbageblik på forløbet, et ønske om mere tid til at tænke sig om og reflektere i forhold til både diagnosen, den behandling, de havde været igennem, og ikke mindst i forhold til efterbehandlingen. Patienterne udtrykte, at de modtog oplysningerne af lægen og blot skulle give deres samtykke umiddelbart efter, til den behandling, de fik præsenteret af lægen. De følte ikke, at de havde mulighed for nogen betænkningstid eller til at gå hjem og tale om behandlingstilbuddet med nogen eller tid til at overveje, om

det overhovedet var noget, de ønskede. Derudover betød den accelererede organisering af forløbet, at patienterne havde svært ved at se, om der var andre muligheder, før de allerede var i gang med den tilbudte behandling.

Det er endvidere sandsynligt, at mange af patienterne stadig befandt sig i en tilstand, hvor de havde svært ved at tro på, at de overhovedet var syge, især fordi diagnosen var blevet stillet så pludseligt. Mange af patienterne oplevede faktisk ikke sig selv som værende syge, ikke engang efter at have fået fortalt om deres diagnose og sygdomsforløb af en læge. Nogle af patienterne sagde endda, at de havde svært ved at mærke deres tumorer, selv efter at de havde fået diagnosen og fået vist nøjagtigt, hvor tumoren var placeret. Patienterne var således åbenlyst i en fase, hvor de stadig var i chok og derfor stadig havde svært ved at erkende, at de var syge. Desuden beskrev patienterne, at det var vanskeligt for dem at modtage information og koncentrere sig om samtalen med lægen. De følte, at de var fysisk til stede, men mentalt var et andet sted og følgelig ikke følelsesmæssigt klar til at modtage information. Patienterne erklærede også, at der ikke var noget galt med de oplysninger, de modtog, men at manglen på forståelse i stedet skyldtes den tilstand, de selv befandt sig i på daværende tidspunkt. Flere af patienterne påtog sig automatisk ansvaret for ikke at høre ordentligt efter eller forstå alt samt for ikke at have modtaget tilstrækkelig information. Ingen af patienterne beskyldte sundhedspersonalet for manglende information

Flowchart over pakkeforløb for brystkræft



eller kommunikation i form af en dialog. Patienterne som deltog oplevede altså ikke, at der var tid til hverken at overveje behandlingen eller til at reflektere over deres situation. De følte at de blot gav deres samtykke til et allerede tilrettelagt forløb. De mente ikke at de havde et reelt valg.

Beslutningsværktøjet

I fællesskab med Center for Fælles Beslutningstagning og Designskolen Kolding har man på baggrund af projektet udviklet et beslutningsværktøj, der kan være medvirkende til at støtte kvinder efter operation for tidlig brystkræft, når de skal træffe beslutningen om efterbehandling. Beslutningsværktøjet skal klæde kvinderne på til valget om efterbehandling, som kan være svært at forstå. For på den ene side er patienterne raske efter operationen, hvilket vil sige, at kræftknuden og lymfeknuderne i armhulen er fjernet, men på den anden side er der stadig en risiko for, at der er restsygdom, som man endnu ikke kan opspore med scanninger eller blodprøver, hvorfor man anbefaler disse kvinder efterbehandling. Det er en overskuelig måde at oplyse disse patienter om hvad behandlingen går ud på, og hvad der er af fordele og ulemper. Dette skal således føre til, at patienterne til sidst når frem til et valg – eller erkendelse af, at de har brug for mere tid før de træffer en beslutning. Det beslutningsstøtteværktøj, som der er blevet udviklet, består af nogle papirark i A5-størrelse med forskellige figurer, der fortæller om de enkelte behandlingsforløb. Det sikres herved, at den professionelle kommer igennem den nødvendige information, der skal indgå i samtalen samt at patienten får mulighed for at spørge ind til eventuelle uklarheder undervejs i samtalen, men også samtidig får noget med hjem, som gør, at informationen huskes bedre. En fordel ved dette er, at patienterne selv er med til at træffe beslutningerne og også i højere grad følger behandlingen. Beslutningsværktøjet om behandling efter operation for tidlig brystkræft, er ved at blive testet på Onkologisk Afdeling i Vejle. Et fund i denne forbindelse var, at de fleste patienter gerne ville have en papirversion af værktøjet frem for en elektronisk.

Refleksion/diskussion

Kvinder med ny-diagnosticeret brystkræft kommer i løbet deres behandlingsforløb udfør en række beslutningssituationer. Eksempelvis efter operation, hvor patienten henvises til onkologisk afdeling mhp. eventuel efterbehandling med kemoterapi, antihormonbehandling og/eller biologisk behandling. Nogle patienter behandles kun med én af ovenstående behandlingsmuligheder mens andre patienter tilbydes behandling med alle tre behandlingsmuligheder – dette afhængig af deres personlige risikoprofil. Denne efterbehandling tilbydes for at nedsætte risikoen for at patienten får tilbagefald af brystkræft. Nogle patienter har en meget lav risiko for at kræften kommer tilbage og behøver således ikke efterbehandling. Beslutningssituationerne for disse patienter er forholdsvis kompleks, idet det er den enkelte kvindes risikoprofil i form af alder, kræfttype, størrelsen på kræftknuden, og hormonreceptor status, som har betydning for, hvor meget eller hvor lidt en eventuel efterbehandling nedsætter risikoen for sygdomstilbagefald. Patienterne har endvidere ofte svært ved at forstå, at der er tale om en forebyggende efterbehandling og misfor-

står derfor behandlingssigtet. På trods af efterbehandling kan patienterne alligevel få et tilbagefald (manglende effekt), mens andre aldrig ville have fået et tilbagefald selv uden efterbehandling (overbehandling). Mange patienter tør dog ikke sige nej til efterbehandling af frygt for tilbagefald. Få patienter kender den reelle risiko for tilbagefald med eller uden efterbehandling. Herudover har kemoterapi, antihormon- og biologisk behandling en lang række forskellige potentielle bivirkninger, som er vigtige at tage med i overvejelserne i beslutningen om, man ønsker efterbehandling eller ej. Ovenstående beslutningssituation om "ja tak eller nej tak" til medicinsk efterbehandling er således dybt afhængig af den enkelte patients holdning til risici og personlige præferencer. Det fordrer endvidere at sundhedspersonalet på en enkelt måde kan kommunikere både behandlingssigte samt risikokommunikation til patienten i et forståeligt sprog.

Implikationer for praksis

Det anslås, at der i nutidens samfund er to modstridende tendenser, der vil udvikle sig i fremtiden. På den ene side bliver verden mere kompleks i form af et informationsamfund, som også gælder for sundhedsvæsenet. Dette gør det vanskeligt for patienterne at holde oversigt og forstå baggrunden for de professionelle motiver. Sundhedspersonalet er derfor de eneste eksperter på området, og som har et overblik over konsekvenserne af de enkelte beslutninger. Patienter skal derfor stole på, hvad personalet fortæller og anbefaler. På den anden side bliver befolkningen og dermed patienterne i stigende grad anti-autoritær og individualistiske. Udfordringen er således at håndtere skismaet med at tage ansvar for deres eget liv og helbred i et komplekst og uigennemsigtigt samfund.

Fremtidige patienter vil således afvige fra fortiden, da nogle vil stille flere krav og opføre sig som brugere og endda have ressourcerne til at fravælge offentlig behandling. Omvendt vil andre have vanskeligheder med at leve op til rollen som den aktive patient. Det er derfor vigtigt, at sundhedspersonale er rede til at møde fremtidige patienter i al deres kompleksitet og mangfoldighed. En måde at gøre dette på er ved gensidig forsoning af forventningerne mellem patienter og sundhedspersonale. Da samfundet er blevet mindre autoritært i det sidste årti, kan patienter ikke forventes at samarbejde, medmindre de forstår og accepterer tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet. Behandlingsprocessen og information om denne skal således ændre karakter og styres forskelligt, så den motiverer og muliggør patientens beslutningstagning, kun på denne måde ville man kunne implementere og muliggøre personcenteret praksis.

Denne viden kan bidrage til at udvikle og styrke implementering af personcenteret praksis udvikling. Eksempelvis vha. udvikling af beslutningsværktøjer, der gør at patienterne føler sig klædt på til at deltage i deres behandlingsforløb, især da det gælder præferencefølsomme beslutninger, hvor faglig viden ikke er tilstrækkelig for at vælge behandlingsformen. Idet indgrebet kan have indvirkning på kvinders psykosociale forhold såsom f.eks. deres seksualitet og kropsofattelse.

Under alle omstændigheder hersker der ikke tvivl om at patienterne skal vide hvad de går ind til. Viden om behandling vil også kunne forebygge ulighed i sundhedsvæsenet.

Og man vil opnå større patient- samt personaletilfredshed. Følgende link er til den artikel, der blev udarbejdet på baggrund af undersøgelsen: <http://www.ejpch.org/ejpch/article/view/1441/0>

Referencer

1. Christoffersen N, Olling K, Steffensen KD, Birkelund R. Experiences of involvement in decision-making for patients with breast cancer. A phenomenological-hermeneutical study. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 1. juni 2018;6(2):237–47.
2. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JCJM. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns*. oktober 2015;98(10):1172–9.
3. Fælles beslutningstagen - en metode til patientinvolvering | Sygeplejersken, DSR [Internet]. DSR. 2015 [henvist 14. juli 2021]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2015-12/faelles-beslutningstagen-en-metode-til-patientinvolvering>
4. Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship? *Hastings Cent Rep*. juni 1972;2(3):5–7.
5. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. marts 1997;44(5):681–92.
6. Patientens perspektiv har været en øjenåbner | Sygeplejersken, DSR [Internet]. DSR. 2016 [henvist 14. juli 2021]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2016-14/patientens-perspektiv-har-vaeret-en-oejenaabner>
7. Chwning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. januar 2012;86(1):9–18.
8. Joosten E a. G, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CPF, de Jong C a. J. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219–26.
9. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns*. marts 2014;94(3):291–309.
10. Kvale S, Brinkmann S. Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. 440 sider.
11. Brinkmann S. Det kvalitative interview. 1. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2014. 224 sider.
12. Ricoeur P. Fortolkningsteori. Kbh.: Vinten; 1979. 222 sider. (Stjernebøgernes kulturbibliotek).
13. Ricoeur P. *Filosofiens kilder*. 1969.
14. Ricoeur P. *En hermeneutisk brobygger*. 1. udgave. Århus: Klim; 2002. 199 sider.
15. Martinsen B, Norlyk A. Tre kvalitative forskningstilgange. *Sygeplejersken*. 2011;111(12):64–8.
16. Pakkeforløb for brystkræft for fagfolk. Sundhedsstyrelsen; 2018.



Lisbeth Aaskov Falch, Lektor, Ph.d., Professionshøjskolen Absalon, mail: lifa@pha.dk

Faglig artikel

Det betydningsfulde i gamle patienters indlæggelsesforløb

Abstrakt

I denne artikel søger jeg at vise, at der i sygeplejerskers måde at inddrage patient og pårørende er indlejret en bestemt opfattelse af, hvad der er betydningsfuldt i patienternes indlæggelsesforløb, som ikke nødvendigvis harmonerer med patienternes egen opfattelse. Artiklen er baseret på fund i mit ph.d.-projekt, hvor jeg undersøgte betydningen af sygehusvæsenets indretning for gamle patienters indlæggelsesforløb. Artiklens ærinde er at "forstyrre" sygeplejerskers "selvfølgelige" opfattelse af, hvad der er betydningsfuldt i patienternes forløb. I artiklen præsenteres kort ph.d.-projektet, som baggrund for at udfolde fund. Afslutningsvis diskuteres betydningen af disse fund for udviklingen af sygeplejepsaksis.

Nøglebegreber: patient- og pårørendeinddragelse, sygeplejepsaksis, livsformer.

Introduktion

En talemåde hedder "kært barn har mange navne", hvilket ligeså synes at være tilfældet med "patientinddragelse" i sundhedsvæsenet. Her anvendes i flæng patient-, borger- eller bruger- foran ord som inddragelse, involvering og centrering. Ligesom der anvendes slogans som "borgeren i centrum" (1) og "patienten som partner" (2). En entydig definition af patientinddragelse findes ikke, men Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) definerer den individuelle patientinddragelse som "patientens og de pårørendes inddragelse i eget forløb. Det er videndeling mel-

lem brugeren og den sundhedsprofessionelle, så brugernes præferencer, behov og kendskab til egen situation bliver af-dækket. Individuel inddragelse dækker også over brugerens mulighed for planlægning af og beslutninger om eget forløb samt mulighed for at kunne handle aktivt i forhold til behandling og håndtering af egen eller den pårørendes sygdom" (3). ViBIS uddyber ikke præferencer, men det gør Sundhedsstyrelsen i en rapport om patientinddragelse. Præferencer kan forstås som "de ønsker, patienten måtte have ud fra det liv han lever eller ønsker at kunne leve. Patientpræferencer henviser således både til et ønske, og til en hensyntagen til patientens levede liv og vilkår" (4). Patientinddragelse kan således også forstås at handle om, hvad der er betydningsfuldt og ønskværdigt for patienten. Spørgsmålet er imidlertid, om det som sygeplejersker forstår som væsentligt i den sammenhæng, er det samme, som det patienterne forstår? I ViBIS' definition lægges desuden vægt på pårørendeinddragelse. Spørgsmålet er også her, hvorvidt sygeplejersker og patienter har samme opfattelse af, hvordan og hvorvidt de pårørende skal inddrages?

I et feltarbejde (5) af gamle patienters indlæggelsesforløb, som del af mit ph.d.-projekt, eksisterer der forskel mellem, hvad sygeplejerskerne og de gamle ser som betydningsfuldt i forbindelse med indlæggelsesforløbet. Sygeplejerskernes opfattelse blev tydelig i deres måde af inddrage de gamle og deres pårørende, mens jeg, baseret på et livsformsperspektiv af de gamle patienters forskellige fremtræden og navigation, opnåede en forståelse af, hvad der synes værdifuldt for hver enkelt af dem. I denne artikel præsenterer jeg kort mit ph.d.-projekts forskningsdesign,

1) Med indretning refereres til de praksisser i sygehusvæsenet, som træder frem i de gamle patienters indlæggelsesforløb. Det drejer sig her om bestemte praksisser for henholdsvis specialisering, styring og gamle medicinske patienter.

2) Begrebet gamle er anvendt i stedet for ældre som er en relativ betegnelse. Dette for at afgrænse gruppen fra resten af befolkningen og for at præcisere, at gamle mennesker besidder særlige kendetegn og vilkår ved sygdom og indlæggelse (6).

som baggrund for at udfolde fund om forskelle i sygeplejersker og gamle patienters opfattelser af det betydningsfulde i indlæggelsesforløbet. Afslutningsvis diskuterer jeg betydningen af denne forskel, og hvordan den viden kan bidrage til udviklingen af sygeplejepsiksis.

Metode

I mit ph.d.-projekt "*Det er ikke vores patient*" (5) udforskede jeg betydningen af sygehusvæsenets indretning for gamle medicinske patienters indlæggelsesforløb. Baggrunden for projektet var mine oplevelser af (som koordinerende sygeplejerske), at de gamle patienter ofte var uønskede på de medicinske specialafsnit. Deres komplekse og rodede sygdomsbilleder betød, at de ikke passede ind i et specifikt speciale. Jeg blev ofte mødt med italesættelser som "det er ikke vores patient!" i flytningen af de gamle til et specialafsnit. Formålet med projektet har været at frembringe ny viden om betydningen af sygehusvæsenets indretning for gamle patienters indlæggelsesforløb set fra statens, de sundhedsprofessionelles og de gamles perspektiv. Derudover var formålet at frembringe ny viden om, hvordan det historisk er blevet til, at sygehusvæsenets "selvfølgelige" indretning i dag er en udfordring for gamles indlæggelsesforløb. Sådant viden kan bidrage med perspektiver i praksisudviklingen af indretningen, så den i højere grad tilgodeser og understøtter gamle menneskers vilkår, udfordringer og behov ved sygdom og indlæggelse.

For at afdække forskningsspørgsmålet arbejdede jeg dialektisk med teori og empiri, der kontinuerligt berigede, udfordrede og udviklede hinanden gensidigt. Teorien var en sammentænkning af etnolog Thomas Højrup's Stats- og livsformsteori (7-9) og begreberne hentet hos filosofen Michel Foucault (10-12). Empirien bestod i et historisk og et nutidigt feltarbejde på Holbæk Sygehus, der kan ses som eksemplarisk for sygehusudviklingen i Danmark. I det nutidige feltarbejde fulgte jeg 13 gamle patienter, i alderen 78-99 år, under deres indlæggelsesforløb, og forsøgte at skabe og sammenholde empirien via feltobservationer, dokumenter, fx sygeplejedokumentationen, samt interview med seks af de gamle patienter, 14 sygeplejersker og seks læger. Det historiske feltarbejde bestod af et forskningslitteraturstudium omhandlende den generelle historiske sygehusudvikling nationalt og internationalt. Samt af opslagsværker og alle former for overleveringer vedrørende sygehuset.

Efterfølgende foretog jeg, med afsæt i den teoretiske "*Højrup-Foucault-ramme*", form-, proces- og diskursanalyser af det empiriske materiale. Blandt andet udførte jeg en praksis- og diskursanalyse af sygehusvæsenets indretning og de sundhedsprofessionelles handlen fx patient- og pårørendeinddragelse. Med diskurser forstås (med afsæt i Foucaults udlægning) de "selvfølgelige" måder at opfatte, tale og handle på, som er indlejret i sygehusvæsenets indretning, praksis og de sundhedsprofessionelles handlen. Samtidig, foretog jeg en livsformsanalyse af de gamle patienters levede liv samt deres fremtræden og navigation under og efter indlæggelsen. Begrebet navigation er et gammelt skibsudtryk og refererer til at navigere et skib

gennem farefuldt hav, så det ikke går på grund, og hvor der sommetider er tale om liv eller død. Når jeg anvender navigation-metaforen om de gamle patienters håndtering af indlæggelsen, er det fordi det tilsvarende kan ses som en navigation gennem "*et farvand*" af ændrede vilkår for at opretholde værdier forbundet med det (for dem) gode liv, hvilket for nogle af dem handler om liv eller død. Livsformer forstås inden for Stats- og livsformsteorien som særlige måder, som mennesker indretter deres hverdagsliv på med forskellige mål, midler, værdisæt og opfattelser af det gode liv (13,14). Samfundets produktionsmåder skaber eksistensberettigelse for forskellige livsformer, der sammen med produktionsmåder indgår som del af den danske stats indre indretning på en måde, så staten altid udadtil matcher andre stater på områder som fx. økonomi, institutioner og værdier (13-16). De nuværende produktionsmåder skaber eksistensgrundlag for: den selvstændige livsform, lønarbejderlivsformen, karrierelivsformen, husmoderlivsformen og baglandslivsformen.

Fund

Ph.d.-projektets overordnede fund er, at betragtet ud fra udviklingen af sygehusvæsenets indretning siden 1990'erne, så er gamle medicinske patienter i tiltagende grad blevet gjort specialeløse, interesseløse og historieløse. De gamle patienter bliver specialeløse på grund af deres rodede og multifacetterede sygdomsbillede. De er interesseløse for sygeplejerskerne på sygehuset, fordi den politiske agenda går i retning af, at denne gruppe burde behandles i primærsektoren. De bliver historieløse, når sygehusvæsenet styres ud fra flow og målbare objektive data. Dykker vi ned i fundene i ph.d.-projektet, så eksisterer der forskel mellem hvad sygeplejerskerne og de gamle patienter vægter i de gamles indlæggelsesforløb.

"Det betydningsfulde" set fra et sygeplejefagligt perspektiv

Indretningen af sygehusvæsenet skaber en "*selvfølgelig*" måde for sygeplejerskerne at inddrage de gamle patienter og deres pårørende, hvori er indlejret en bestemt opfattelse af, hvad der er betydningsfuldt for patienterne.

PATIENTINDDRAGELSE

Sygehusvæsenets indretning er præget af en prioritering af den specialiserede sygdomsbehandling, som i nogen tilfælde er på bekostning af plejen. Det betyder, at sygeplejerskerne inddrager de gamle patienter ved at indhente viden hos dem, som har betydning for behandlingen. Fx forsøger sygeplejerskerne gentagne gange at indhente den 89-årige Gudruns svar på, hvorfor hun havde befundet sig ude den november nat, hvor hun efterfølgende bliver fundet forfrossen på naboens trappesten og bragt ind på sygehuset. For den tidligere forstadsfrue Gudrun, som intet erindrer, er det langt vigtigere at få rensat sine jordfyldte negle og forrevne hænder efter nattens strabadser. Sygeplejerskerne afviser dette med den begrundelse, at det har de ikke tid til. En forklaring på Gudruns natlige tur kunne måske findes i, at hun indtil sine 85 år har løbet maraton,

3) For nærmere beskrivelse af livsformerne se fx min ph.d.-afhandling (5)

muliggjort af hendes baglandskvindelivsform. Ægtemandens indtjening har betydet, at hun ikke behøvede at arbejde og kunne dyrke sin passion. Gudrun er iført løbetøj og -sko, da hun bringes ind på sygehuset.

Indretningen er desuden kendetegnet ved en vægtning af målinger, screeninger og scoringer, som gør, at sygeplejerskerne bruger tid på at inddrage og informere de gamle patienter om netop målinger, scoringer og screeninger. Den 80-årige, tidligere sygeplejerske, Dagmar siger om dette "Det er næsten mest værdier, de gik efter, ikke personen".

Endvidere er indretning præget af en optagethed af, at de gamle hurtigst muligt skal udskrives igen til primær sektor. En sygeplejerske siger:

"Mange af dem kommer som en nødløsning på sygehuset, men det burde de egentlig ikke komme. Man burde kunne klare det på en eller anden måde i deres egne omgivelser med en eller anden, hvad skal man sige øget fokus på behandling i eget hjem eller sundhedscenter eller aflastningspladser i kommunen".

Det betyder også, at sygeplejerskerne medinddrager de gamle patienter i rent praktisk at få planlagt udskrivelsen, så de hurtigst muligt returnerer til deres vante omgivelser. Der bliver derimod ikke indhentet viden om de gamles hverdagsliv. En sygeplejerske fortæller fx, at hun bevidst ikke spørger ind til de gamles hverdagsliv, som kan føre til en afdækning af, at de har andre behandlingskrævende problematikker, som i yderste konsekvens kan føre til længere indlæggelser. Implicit heri kan ligge, at det vil betyde en påvirkning af den gennemsnitlige indlæggelsestid, som *kontinuerligt bliver monitoreret på alle de medicinske afsnit.*

PÅRØRENDEINDDRAGELSE

Med vægtningerne i sygehusvæsenets indretning lægges desuden op til en bestemt form for inddragelse af de pårørende. Under indlæggelsen handler det om pårørendeinddragelse i opgaver af pleje- og omsorgsmæssig karakter, som sygeplejerskerne almindeligvis har taget sig af. I den 84-årige Børges tilfælde hjælper datteren ham med maden og på toilettet, mens det i Gudruns tilfælde ender med at blive svigerdatteren, der renser hendes negle og hænder. Det handler desuden om involvering af de pårørende i de gamles udskrivelser. Flere af de voksne børn deltager således i udskrivnings- og lægesamtaler. Ligesom flere af børnene står for de fremadrettede praktiske foranstaltninger i forbindelse med udskrivelsen. I 86-årige Knuds tilfælde indkøber sønnen og svigerdatteren medicindoseringsæsker, ligesom de henter ham på sygehuset, mens den 84-årige Viggas barnebarn afhenter hjælpemidler på hjælpemiddelcentralen. De pårørendes inddragelse kan ses som et forsøg på at få de gamles udskrivelser til at foregå hurtigt og smidigt. De pårørende bliver heller ikke spurgt ind til deres viden om de gamles levede liv før indlæggelsen. Den 87-årige Jens' hustru Bente insisterer således i forbindelse med Jens' udskrivelse på at videregive sin viden omkring Jens' hjemmesituation. Til Bentes store frustration har ingen indtil da ville lytte på hende, selvom hun til dagligt holder styr på Jens' diabetesbehandling. Bente fortæller "Jeg kunne jo ikke komme derud, så jeg ringede hver dag, men det gik ind ad det ene øre og ud ad det andet, forstod jeg, så om onsdagen så kom min dreng så, og så sagde han, nu kører

vi ud til far". Bentes "nye" oplysninger fører til en forlængelse af Jens' indlæggelse.

OPSUMMERING

For sygeplejerskerne handler patientinddragelse om at få de gamle patienter til at videndele oplysninger af relevans for behandlingen, at medinddrage dem i målinger og at medinddrage dem og deres pårørende i forhold til den praktiske arrangering af udskrivelsen. I sygeplejerskernes "selvfølgelige" måde at inddrage de gamle og deres pårørende på synes at være indlejret en opfattelse af, at det som er betydningsfuldt for de gamle, er modtagelse af en specialiseret sygdomsbehandling, kvalitetssikret via diverse målinger, scoringer og screeninger, og som fører til, at de gamle udskrives hurtigst muligt igen. Hverken de gamle eller deres pårørende spørges ind til de gamles levede liv før indlæggelsen, som kan føre til en forlænget indlæggelsestid.

"Det betydningsfulde" set fra de gamle patienters perspektiv

For de gamle patienter er det betydningsfuldt i deres indlæggelsesforløb at fastholde de værdier, som for dem har været centrale i deres levede liv. De gamle synes at leve liv med træk af forskellige livsformer og dermed forskellige opfattelser af, hvad der er betydningsfuldt og ønskværdigt, også i indlæggelsesforløbet. Det kommer til udtryk i deres fremtræden og navigation, som jeg vil give nogle eksempler på.

For den 82-årige Anton, som hele sit liv har drevet et husmandssted, er det vigtigt under indlæggelsen at fastholde den vante selvstændighed og selvbestemmelse i tråd med hans selvstændige livsformsførelse. Han bliver derfor udfordret, da han ved indlæggelsen bliver placeret i en hospitalsseng og får udleveret en urinkolbe, så han selv kan forrette sin nødtørft. Antons manglende håndtering af kolben fører, til hans store fortrydelse, til flere uheld i sengen. Til sygeplejerskernes forundring går han fra at være smilende og snaksalig til at fremtræde opgivende og ked af det. Antons humør vender tilbage på femte dagen, da han genvinder sin selvstændighed med udleveringen af en gangrollator, hvorefter han smilende går frem og tilbage på gangen.

Den tidligere vejmand Jens er mere optaget af under indlæggelsen at modtage de serviceydelser, som han ser sig berettiget til. Jens har, set ud fra et lønarbejderlivsformsperspektiv, via sin skatteindbetaling sparet op til at få den nødvendige hjælp, såfremt det bliver aktuelt. Jens reagerer derfor på sygeplejerskens afvisning af at bringe ham et glas vand ved at ringe uafbrudt på sengeklokken, indtil han får vandet. Han kommenterer også, da han en morgen bliver forbigået ved vejning af patienterne. Han fortæller "Når de ikke interesserer sig for, hvad man vejer, så kan de ikke nemt interessere sig for, hvad man fejler". For Jens bliver sygeplejerskernes optagethed af målinger sideløst med interessen for patienten.

Den 78-årige Agnes insisterer under hele indlæggelsen trods kronisk lufthunger på dagligt selv at gå ud og klare den personlige hygiejne på toilettet. Omdrejningspunktet i Agnes' liv har været familiens ve og vel, og hun forsøger med næb og kløer at fastholde sin vante selvstændighed, som har kendetegnet hendes husmoderlivsformspraksis. Hun afviser også tilbuddet om modtagelse af hjemmepleje efter udskrivelsen. Hun fast-

holder denne beslutning, da jeg taler med hende nogle uger efter udskrivelse, på trods af at hun samtidig tilkendegiver, at hjemmesituationen er tilspidset og uholdbar for hende og ægte-temanden.

Den 84-årige Carls vante kontrol og styring, som tidligere salgschef og dermed træk af en karrierelivsformspraksis, bliver udfordret med den akutte indlæggelse. Her oplever han styring- og kontroltab, som forstærkes, da jeg kontakter ham med henblik på inklusion i ph.d.-projektet. Carl udtrykker således utilfredshed med tidspunktet for inklusionen, som gør, at jeg ændrer inklusionspraksis. Carls bruger desuden sin vante myndighed og styring til selv at tage affære, da hans nattesøvn forstyrres af en urolig medpatient. Carl konsulterer prompte plejepersonalet og beder om udlevering af ørepropper.

Den allerede omtalte forstadsfrue, Gudruns, forsøg på ved indlæggelsen at fremstå som præsentabel, beslutsom og myndig baglandskvinde, bliver af sygeplejerskerne, der ikke kender hendes livshistorie, tolket jf. notat i sygeplejedokumentationen som "kæk" og "egenrådig" adfærd. Bedre bliver det ikke, da Gudrun nægtes at få rensed negle og hænder og desuden placeres på en sengestue ved siden af en usoigneret, højtråbende herre. Det bliver for meget for Gudrun, som forlanger øjeblikkelig udskrivelse, hvorfor hun udskrives dagen efter indlæggelsen uden være færdigbehandlet samt til en uholdbar hjemmesituation.

ET SPØRGSMÅL OM LIV OG DØD

De gamle patienter går langt for at fastholde deres levede liv og de værdier, som er knyttet til deres respektive livsformer. Fx foretrækker Gudrun udskrivelse uden at være færdigbehandlet til en uholdbar hjemmesituation fremfor at forblive indlagt på sygehuset, hvor hun oplever sin stræben efter værdighed, myndighed og beslutsomhed underkendt. Den gamle husmor Agnes afstår ligeledes fra hjælp både under og efter indlæggelsen for at kunne fastholde sin vante selvstændighed. Busrejseselskabsejer, Knud forsøger i tråd med sin selvstændige livsformspraksis at fastholde selvstændighed ved at fortsætte med at køre bus efter indlæggelsen, på trods af at lægerne har frataget ham kørekortet qua hans dysregulerede diabetes. For flere af de gamle synes deres navigation således mest af alt at tage sig ud som et spørgsmål mellem liv og død med eget eller andres (busrejssegæster) liv som indsats.

PÅRØRENDEINDDRAGELSE

De gamle patienter har også forskellige opfattelser af, hvorvidt og hvordan de pårørende bør inddrages. For de gamle med træk af den selvstændige livsform, så foretrækker de primært at inddrage deres børn og netværk i forbindelse med indlæggelsen, ligesom de tidligere har gjort det ved andre udfordringer i forbindelse med driften af deres respektive virksomheder. De har desuden altid sat en ære i ikke at modtage hjælp fra det offentlige, hvorfor de ligeledes ønsker mindst mulig modtagelse af hjælp fra hjemmeplejen efter endt indlæggelse. I Antons tilfælde gør hans mangel på familie og netværk, til hans store frustration, en tilknytning til hjemmeplejen uundgåelig. For de gamle med træk af lønarbejderlivsformen, så ønsker de modsat ikke at ulejlige deres børn. Som Jens' hustru Bente siger om deres sønner "De har jo deres arbejde at passe. Vi kan ikke hænge på dem. Det kan vi altså ikke". Jens og Bente ser det som naturligt at trække på hjælp fra hjemmeplejen. For

de gamle med træk af husmoderlivsformen, så ønsker de hverken at inddrage deres børn eller hjemmeplejen efter endt udskrivelse. De foretrækker at forblive i deres vante rolle som ydende, hvilket gør dem ekstra sårbare ved behov for hjælp. Fx ser Dagmar ingen grund til at advisere døtrene om hendes akutte indlæggelse. Som hun siger "de bor jo i København og er fuldtidsbeskæftigede og har børn og hvad kan de, og der var jo ikke noget, jeg var jo i gode hænder". Agnes afviser inddragelse af hjemmeplejen eller pårørende efter indlæggelsen, på trods af hendes oplevelse af, at hendes og ægteemandens hjemmesituation er uholdbar. For de gamle med træk af baglandslivs- og karrierelivsformen så inddrager de primært deres børn efter endt udskrivelse. De tager også imod hjælp fra hjemmeplejen. Hjælpen skal dog ske i respekt for deres selvbestemmelse, myndighed og styring. Den 84-årige baglandskvinde Vigga bliver mødt med respekt af hjemmeplejen og udtrykker tilfredshed med hjælpen. Anderledes er det for Gudrun, som oplever, at hjemmeplejens personale vader ind både bogstaveligt og i overført betydning, Hun ser derfor ud til at have opgivet og resigneret ved fx at opholde sig det meste af tiden i sin seng.

Opsummering

For de gamle patienter er det mere end en specialiseret sygdomsbehandling og hurtig udskrivelse, som er betydningsfuld i deres indlæggelsesforløb. For dem er det afgørende at fastholde velkendte værdier i tråd med deres levede liv med træk af forskellige livsformer. De er villige til at gå langt for at fastholde værdier, også selvom det kan have store omkostninger. For dem ville patientinddragelsen således i langt højere grad handle om, at sygeplejerskerne forstår og tager afsæt i deres værdier, vilkår og ønsker for inddragelse af deres pårørende. Det fordrer dog, at sygeplejerskerne får indsigt i de gamles levede liv.

Diskussion

Hvordan kan disse fund bidrage til udviklingen af sygeplejerspraksis? Forskellen mellem sygeplejerskerne og de gamle patienters forståelse af, hvad der er betydningsfuldt i de gamles indlæggelsesforløb, kan føre til, at de går fejl af hinanden i forhold til fx patientinddragelse. De gamle synes således at have behov for noget mere, end det som sygeplejerskerne vægter. Samtidig kan sygeplejerskerne med deres manglende viden om de gamles levede liv komme til at misforstå de gamles fremtræden som fx i Gudruns tilfælde. Ligesom de gamles navigation set fra et sygeplejefagligt perspektiv kan synes både uforståelig, farefuld og uansvarlig. Fx Agnes' afvisning af hjemmepleje eller Knuds fortsatte buskørsel. Set fra de gamles perspektiv forsøger de omvendt at navigere ud fra egen livsformspraksis og med vante værdier som pejlemærker. Såfremt sygeplejerskerne ikke forstår de gamle, kan det være svært for dem at understøtte de gamles navigation på en måde, så de gamles forskellige styrker fx selvstændighed og selvbestemmelse forbliver styrker i indlæggelsesforløbet. Jf. Vi-BIS er del af patientinddragelsen netop også "planlægning af og beslutninger om eget forløb samt mulighed for at kunne handle aktivt i forhold til behandling og håndtering af egen eller den pårørendes sygdom" (3). Manglende forståelse for de gamles navigation kan føre til, som i flere af de gamles

tilfælde, at de bliver udskrevet til uholdbare hjemmesituationer, som meget nemt kan ende i genindlæggelser. Det synes således ikke underligt, at sundhedsvæsenet i disse år kæmper med genindlæggelser af netop gamle medicinske patienter (17).

Der er derfor potentiale for udviklingen af sygeplejepraksis eller rettere den indretning af sygehusvæsenet, om skaber mulighedsbetingelserne for sygeplejepraksis og den "selvfølgelige" patient- og pårørendeinddragelse. Indretningen bør retænkes, såfremt slogans som "borgeren i centrum" og "patienten som partner" ikke blot skal tage sig ud som, med filosof Steen Wachterhausens betegnelse, "retorisk glasur" (18, p. 29-30). Viden om de gamles levede liv kunne fx indgå på lige fod med målinger, screeninger og scoringer, som synes at være omdrejningspunktet i relationen og i dokumentationssystemer. Det kunne være genetablering af "friktekst" om patienterne i dokumentationssystemer, hvor det typisk ikke længere er muligt at skrive mere individuelt om patienterne. Det kunne også være en prioritering af fora, hvor patienternes situation bliver set i et helhedsperspektiv. Livsformsperspektivet kunne i den sammenhæng være et bud på en måde at forstå de gamle patienters navigation. Efter ph.d.-projektet har jeg anvendt livsformsperspektivet ved deltagelse i forskellige kommunale projekter om fx ensomhed hos gamle. Livsformsperspektivet har vakt genklang blandt sygeplejerskerne og vist sig brugbart som teoretiske redskab til at forstå gamles "uforståelige" adfærd set fra et sygeplejefagligt perspektiv. De pårørende kunne desuden indtænkes som sparringspartnere og eksisterende slogans kunne suppleres med "pårørende som partner". Det betyder ikke, at der skal udvikles en ny standardiseret pårørendeinddragelse, men snarere en inddragelse tilpasset den enkelte patients behov og ønsker.

Afslutningsvis vil jeg blot pointere, at artiklen ikke er et forsøg på at devaluere den specialiserede behandling eller målinger, screeninger og scoringer. Min pointe er måske snarere, at behandling og diverse målinger ikke kan stå alene. Netop derfor er artiklens ærinde at forstyrre sygeplejerskers "selvfølgelige" opfattelse af, hvad der er betydningsfuldt for patienterne. En forstyrrelse som måske kan få sygeplejersker til at kigge ind i egen praksis og derigennem være med til udvikle sygehusvæsenets indretning, så den i langt højere grad er i tråd med gamle patienters vilkår, udfordringer og behov ved sygdom og indlæggelse.

Referencer

1. KKR Sjælland & Region Sjælland, Fælles om bedre sundhed - sundhedsaftaler i Region Sjælland 2015-18.
2. Region Sjælland, Driftsaftale 2013 – Holbæk Sygehus, 2013.
3. ViBIS, Definition af brugerinddragelse, 2021. Hentet 30.05.2021: <https://danskepatienter.dk/vibis/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse>
4. Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut, Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed - en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler, 2008.
5. Falch, L. A., Det er ikke vores patient - en kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af betydningen af sygehusvæsenets indretning for gamle medicinske patienters indlæggelsesforløb med Holbæk Sygehus som eksempel". Ph.d.-afhandling. Aarhus Universitet, 2018.
6. Schroll, M., Geriatri II - Når Gamle Bliver Syge – Olympiadesyndromet. I: A. Viidik (Red.), Aldringens mange facetter. Aarhus: Dansk Gerontologisk Selskab, 1983.
7. Højrup, T., Dannelsens Dialektik. Etnologiske udfordringer til det glemte folk. Stats- og livsformer 4. København: Museum Tusulanums Forlag, 2002.
8. Buus, H., Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelses: en kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk. København: Museum Tusulanums Forlag, 2001.
9. Ramhøj, P., Livsform og alderdom – hvordan ældre mestrer et midlertidigt sygdomsforløb. Odense: Akademisk Forlag, 1991.
10. Foucault, M., Technologies of the Self. I: L. H. Martin, H. Gutman, P. H. Hutton (Eds.), Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault. London: Tavistock Publications, 1988.
11. Foucault, M., The Subject and Power. I: J. D. Faubion (Ed.), Power. The Essential Works of Foucault 1954-1984. Volume 3. New York: The New Press, 2000.
12. Foucault, M., Talens forfatning. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.
13. Højrup, T., Omkring livsformsanalysens udvikling. København: Museum Tusulanums Forlag, 1995.
14. Juul Jensen, U. & Højrup, T., Den suveræne stats krav til borgerne – og borgernes krav til staten. I: T. Højrup, Dannelsens Dialektik. Etnologiske udfordringer til det glemte folk. Stats- og livsformer 4. København: Museum Tusulanums Forlag, 2002.
15. Carlberg, N. & Christensen, S. M. (2006): "Our way!" I: A. Jespersen, M. R. Melchior & M. Sandberg (Red.), Verden over: en introduktion til stats- og livsformsteorien og dens aktuelle anvendelse i etnologien. København: Museum Tusulanums Forlag.
16. Højrup, T., Livsformer og velfærdsstat ved en korsvej?: Introduktion til et kulturteoretisk og kulturhistorisk bidrag. Aarhus: Museum Tusulanums Forlag, 2003.
17. Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse, Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. København: Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.
18. Wackerhausen, S., Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet. København: Hans Reitzels Forlag, 2004.

Boganmeldelser

Videnskabsteori: En grundbog

Af: Jacob Birkler. 2. udgave, 1. oplag. Munksgaard, København 2021. 180 sider.



Siden sygeplejestudiet, hvor jeg blev præsenteret for bogen Forskningsmetode i praksis: Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik af Jens Thisted, har jeg altid brugt den under mine studier og tiden efter. Jeg har nu fået øjnene op for en ny videnskabsteoretisk bog, netop denne grundbog skrevet af Jacob Birkler. Bogen skal have stor ros, da Jacob Birkler formår at beskrive de grundlæggende videnskabsteoretiske begreber og hovedretninger på en præcis og forståelig måde. Bogen giver læseren det overblik og den indsigt, som er nødvendig i det videnskabelige arbejde, når man skal begrunde egne valg af fremgangsmåder og belyse de ideer, der ligger bag. Det er væsentligt at fremhæve bogens logiske opbygning samt tilgangen til præsentationen af videnskabsteori. Bogen indledes med et forklarende afsnit om hvad er videnskabsteori. Dernæst behandles fagområdets nøgleord som argumentation, viden, objektivitet og subjektivitet, begrundelse, forklaring, forståelse og afslutningsvis videnskab og etik. Desuden gennemgås de forskellige teorier som positivisme, hermeneutik, fænomenologi og kritisk teori. De enkelte kapitler vil kunne læses uafhængigt af hinanden.

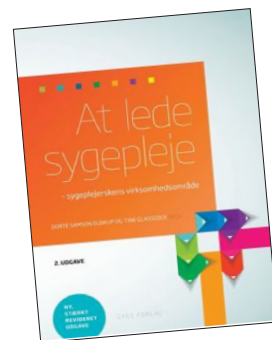
Denne grundbog kan anbefales fordi den med sit enkle og forklarende sprogbrug kan anvendes bredt i undervisningssammenhænge og af

interesserede læsere. Bogen kan anbefales for studerende på de mellem-lange sundhedsuddannelser, som stifter bekendtskab med videnskabsteori for første gang – altså en bog som giver den studerende en god indføring i videnskabsteori. Som Birkler nævner i bogens forord har han gennem mange års undervisning erfaret, at studerende oplever faget videnskabsteori som kedeligt. Han formår på fineste vis at skrive om videnskabsteori i et letlæseligt sprog og med referencer direkte til de sundhedsprofessionelles hverdag. Netop dette gør at indholdet opleves som tæt på klinisk praksis. De studerende får således overført videnskabsteoriens betydning direkte til den sundhedsfaglige praksis. Jeg kan anbefale denne bog til primær eller supplerende litteratur til faget videnskabsteori på landets professionsuddannelser. Selvom bogen er opdateret savner jeg nyere referencer flere steder og velvidende, at enkelte referencer ikke kan opdateres, da disse refererer til originale værker.

Anmeldt af: Tina Thorborg, sygeplejerske, forskningsassistent og cand. cur., Nyresygdomme og Nyremedicinsk Forskning ved Aarhus Universitetshospital

At lede sygepleje – sygeplejens virksomhedsområde

Af Dorte Samson Eldrup og Tine Glasscock 2. udg. GADS forlag 2019



Findes der mon emne om at lede sygepleje som denne bog ikke forholder sig til. Ja det gør der, men man må sige, at med denne bog er man godt dækket det ind. På trods af, at bog kun er på 360 sider, er der 15 forskellige perspektiver på at lede sygepleje. Det være sig bl.a. klinisk lederskab, organisation af sygepleje, forløbsbeskrivelser, patientsikker og sidst implementering.

Selvom bogens målgruppe primært er sygeplejestuderende, tænker jeg, at mange kapitler kan bruges af uddannede sygeplejersker. Hvordan man udfører ledelse er væsentligt at blive ved med at forholde sig til, dette ændre sig også i takt med tiden. Her kunne forfatterne overveje om kapitel 6. 'Organisering af sygepleje' er tidssvarende. Kapitlet kunne vinde ved at sætte større fokus på sygeplejerskens rolle i teamarbejdet og de multidisciplinære teams. Endvidere er det interessant, at man ikke forholder sig til organiseringen i klinikkerne eller ambulatorierne og i

andre afsnit med korttidskontakter. Mon de beskrevne plejeformer også er relevante og anvendes her?

Det gennemgående i bogen er at fokus primært er sygeplejerskens ledelsen og mindre på den sygeplejefaglige leder, selv om kap. 6 tager udgangspunkt i afdelingens perspektiv. Men det kliniske lederskab er yderst relevant og med til at styrke sygeplejerskerne position som mon-ofagligt fag i sundhedsvæsenet. Det gør at mange af kapitlerne kunne danne baggrund for diskussioner bl.a. med fokus på selvledelse som da også berøres kort i kapitlet om klinisk lederskab.

Anmeldt af Annesofie L. Jensen, klinisk sygeplejespecialist post-doc, Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital

Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi

Af Johanne Lind Rasmussen og Maria Kjølner Pedersen (red.) 2. udgave.
Gads Forlag, 2020. 302 sider.

Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi er en letlæselig bog som giver viden til den studerende ved sundhedsrelaterede uddannelser. Bogen er også relevant for sundhedsprofessionelle i klinisk praksis, der enten arbejder med studerende eller ønsker kendskab til evidensbaseret praksis og hertil at læse og kritisk analysere videnskabelige artikler. Forfatterne formår at introducere læseren til folkesundhedsarbejdet på meget fin vis og til epidemiologiske forskningsdesign og – analyser på en overskuelig måde. Denne bog kan være den rette begyndelse, da den samler mange relevante punkter – alt samlet i én bog.

Bogen er inddelt i 3 dele og består i alt af 13 kapitler:

Del 1: Folkesundhedsvidenskab.

Herunder 5 kapitler som introducerer læseren for sundhed og folkesundhed og hertil tidens førende sundhedsbegreber. Derudover til folkesundhedsarbejde i et historisk perspektiv, sundhedsfremme og forebyggelse, den demografiske udvikling og dens betydning for folkesundheden og afslutningsvist et kapitel om social ulighed i folkesundhed.

Del 2: Epidemiologi.

Bestående af 3 kapitler som berører epidemiologiske analyser, epidemiologiske designs og kausalitet og fejlkilder i epidemiologisk forskning.

Del 3: Søgning og kritisk læsning af epidemiologiske forskningsartikler.

5 kapitler som giver læseren mulighed for at gå systematisk til værks med kapitlerne litteratursøgning, opbygning og læsning af forskningsartikler, kritisk artikellæsning, analyse og kritisk artikellæsning af en tværsnitsundersøgelse samt analyse og kritisk artikellæsning af randomiseret kontrolleret undersøgelse.

Hvert kapitel slutter af med refleksions-spørgsmål som jeg synes er en rigtig god måde, at øge forståelsen af det læste. I øvrigt afsluttes hvert kapitel med forslag til supplerende læsning.

Jeg ville ønske, at jeg havde haft kendskab til bogen på sygeplejestudiet, da bogen er en god indføring på området. Bogen kan med fordel bruges som opslagsværk, men jeg vil klart anbefale at man læser hele bogen, hvilket forfatterne også selv anbefaler. Bogens del 3 skal have ros, da denne del giver en god forståelse til søgning og kritisk læsning af epidemiologiske forskningsartikler. Jeg synes dog, at hvis man er ny til at læse og forstå videnskabelige epidemiologiske forskningsartikler, at man bør søge yderligere litteratur og hertil alliere sig med en kyndig person, som har forstand på at læse og forstå videnskabelige epidemiologiske forskningsartikler. Det er vigtigt at have for øje, at bogen blot er en indføring til folkesundhedsvidenskab og epidemiologi – herunder at søge, læse samt kritisk analysere videnskabelig viden publiceret i videnskabelige epidemiologiske forskningsartikler.

Anmeldt af: Tina Thorborg, sygeplejerske, forskningsassistent og cand.cur., Nyresygdomme og Nyremedicinsk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.



Atlas over professionelle samtaler

Af: Klaus Bakdal & Frederik Fredslund-Andersen.
Dansk Psykologisk Forlag A/S. 1. udgave, 2020, 207 sider.

Samtale fremfor monolog. En vejviser i at være nysgerrig og åben i samtalen med patient, pårørende eller medarbejder. Bogens første tre kapitler går i dybden med, hvad begrebet samtale er og hvad der kræves det af dig, som samtaleansvarlig. Der gennemgås hvilke tanker, der ligger bag selve bogen, herunder en god indføring i opbygningen af samt hvordan de forskellige samtalekort kan anvendes og i hvilken sammenhæng. Bogen ligger vægt på at beskrive din rolle som ansvarlig for samtalen samt hvordan du skal sikre dig, at samtalen inddrager den anden, så du ikke "bare" leverer en besked, men ret faktisk har en samtale – fremfor en monolog. Denne gennemgang er præget af metaforer, som omformuleres og dermed gentages. Dette kan være trættende, dog mener jeg, at deres grundtanke om at være nysgerrig og inddragende er vigtig og meget interessant.

Med de enkelte kort lykkedes det at synliggøre de muligheder og former, der er i en samtale for læseren. Dette gør bogen meget brugervenlig, selv for sygeplejersker, som er uøvede i at anvende tilgangen og metoden i praksis. Kortene indleder med en figur, som visualiserer det skrevne, herefter kommer et afsnit om begreberne og tilslut anvendelse. Nogle kort er med konkrete eksempler på spørgsmål, der kan stilles for at åbne samtalen op eller dreje den i den ønskede retning. Dette gør kortene lette at gå til, samt vurdere til hvilke samtaler, de enkelte kort kan være anvendelige. Jeg kunne godt have ønsket mig, at de var kommet med flere eksempler.

Figureerne vil med god effekt kunne inddrages direkte i samtalen, ved

at tegne dem og udfylde dem sammen. Dette forudsætter dog, at du som samtaleansvarlig forklarer, at denne samtale vil foregå på andre præmisser og med nogle andre metoder, end patienten eller den pårørende nødvendigvis er bekendt med samt at den anden part i samtalen er indstillet på dette. Men det vil derimod kunne bidrage til, at det bliver en reel samtale i stedet for en monolog og dermed være mere effektiv og meningsskabende for begge parter. Bogen kan læses fra enden til anden eller den kan anvendes som opslagsbog. Dette kræver dog, at du overordnet sætter dig ind i, hvad de forskellige kort kan anvendes til, så du ved hvilke, der ville være anvendelige i lige netop den samtale du skal have.

Der er i alt 30 kort og i en samtale kan du sagtens anvende flere kort. Forfatterne lægger vægt på, at kortene er dynamiske og at du dermed kan tilpasse dem til lige netop din samtale. De sidste kapitler beskriver, hvordan du selv kan lave dine egne kort samt abduktiv praksisteori som omhandler de forskellige positioner i en samtale. Jeg finder bogen nem at gå til og anvendelig i praksis, hvis man ønsker at få en dybere forståelse for sin samtalepartner.

Anmeldt af: Tanja Østergaard Irlind, sygeplejerske med særligt ansvar for udvikling, Respirationscenter Øst, Rigshospitalet.



KORT & GODT OM: Paradokser i ledelse

Af: Lotte S. Lüscher. Dansk Psykologisk Forlag. 1. udgave, 1. oplag, 2020.

Rundt om ledelse i hverdagen. Der er et velkendt fænomen, at der er paradokser i ledelse. Ikke nok med, at man som leder skal sørge for at medarbejderne trives, så skal der også skabes resultater og gerne for færre midler. Som medarbejder kan behovet for ledelse også pege i flere retninger - der skal helst være en klar og tydelig ledelse i arbejdet. Men lederen må heller ikke tale for meget - eller om for meget, for så risikerer man, at de siger noget, som man ikke finder vedkommende. Så mødet med lederen kan også være paradoksalt. Ligeledes kan der indenfor "paradokser i ledelse" ikke løses paradokser, men der skal navigeres i dem. At gøre sit arbejde bedst og billigst, vil løbende kræve overvejelser i den kontekst man befinder sig i, og være et organisatorisk vilkår.

Forfatteren til bogen definerer paradoks-begrebet som to logikker. Således at når to logikker gensidigt udelukker hinanden, og samtidigt viser sig at være indbyrdes forbundne. Herved opleves en spændingstilstand. Dertil tilbyder paradokser ikke løsninger, men alternativer indenfor paradokset vægtes, med det formål at kunne handle derefter. Handlekraft gør at paradokset ikke får lov at paralyseres, men skaber retning i uvisheden og dertil en følelse af enkelthed og entydighed. Forfatteren pointerer hvorfor det er vigtigt at man som leder får udforsket væsentlighederne i hver af de logikker der er til stede i, men med afstandtagen til at fare til hurtige konklusioner. Vælg en vej hvor man får vigtige ele-

menter med, og hvis der hældes til den ene logik her og nu, så find ud af hvordan elementer fra den modsatte pol af paradokset integreres videre hen.

En ting der springer i øjnene på læseren, er den ydmyghed der skal være til stede, idet tvivlen skal komme én til gode. Det er nødvendigt at droppe den lineære tænkning, der ofte beskrives i ledelsesteorier, og også at opgive at finde frem til en entydigt rigtig løsning. De matcher alligevel ikke en ukontrollerbar og foranderlig fremtid. Paradokserne skal accepteres, for de vil hele tiden opstå. Dette gør dem til en del af de løbende ledelsesmæssige refleksioner. Bogen skal læses, fordi indholdet kan gøres praksisnært og forståeligt, på trods af, at den ikke er skrevet ud fra en kontekst der henvender sig til én type ledelse, men tager fat i ledelse til og omkring alle personaler. Forfatteren formår også at gøre ledelse personorienteret uden at glemme de mange lag der findes i ledelse.

Af: Karen Frydenrejn Funderskov, Forskningssygeplejerske, Cand. cur. Odontologisk Videncenter OVIC, - Afdeling for Kæbekirurgi, HovedOrtoCentret. Rigshospitalet.



Sygepleje og Akutte tilstande

Af Steen Hundborg. FADL's Forlag. 1. udgave, 1. oplag 2021.

Når borgere bliver akut syge eller kommer alvorligt til skade og har brug for akut hjælp, er det vigtigt, at sundhedspersonalet har faste rammer og instrukser at rette sig efter, da det fungerer som et sikkerhedsnet i den sundhedsfaglige visitation, som understøtter patientsikkerheden. Den akutte situation kræver således, ud over kompetencer inden for klinisk vurdering, også omsorg og kan derfor til tider være kompleks at imødekomme, da den akutte indsats skal være hurtig og effektiv. En sygeplejerske skal selvstændigt og inden for kort tid kunne danne sig et overblik og planlægge plejen i den mest hensigtsmæssige rækkefølge og gerne i samarbejde med patient, pårørende og tværprofessionelle samarbejdspartnere. Sygeplejersken må herudover altid være forberedt på, at der kan ske akutte forandringer hos en tilsyneladende stabil patient.

Klinisk lederskab i akutte situationer udgør en hjørnesten i sygeplejen. Sygeplejersken kan gennem klinisk lederskab sikre kvaliteten, patientsikkerheden og effekten af de iværksatte interventioner. Klinisk lederskab er en måde at udføre kliniske beslutningsprocesser på; fx vha. POMI-modellen (kapitel 3), som er en dynamisk model til patientinddragelse i praksis med fokus på faglig viden, forskningsviden samt professionel erfaring.

Bogen rummer vigtig viden om, hvordan sygeplejersker skal agere i akutte situationer, der kan være meget krævende og skræmmende og

presse selv den bedste sygeplejerske. Lærebogen kan være med til at sikre et markant løft i kompetenceniveauet hos sundhedsprofessionelle, idet den er stærkt funderet i den nyeste evidensbaserede viden og samtidig rummer eksempler på de mest almindeligt forekommende akutte tilstande, som sygeplejersker kan møde både i den primære- og sekundære sektor. Endvidere er den pædagogisk opbygget med mange illustrationer, faktabokse, cases og refleksionsspørgsmål. Ud over at være rettet mod sygeplejestuderende, der kan bruge bogen igennem hele uddannelsen, kan den ligeledes være relevant for kliniske vejledere, afdelings- sygeplejersker og andre med interesse inden for det sygeplejefaglige felt.

Anmeldt af: Nausheen Christoffersen, Adjunkt, Cand.cur., Professionshøjskolen Absalon, Sygeplejerskeuddannelsen, Slagelse.



Forskning, der har betydning for sygepleje og sygeplejefagets udvikling i DK

- Deltag i virtuelle seminarer med professorer

I 2021 sætter Fagligt selskab for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning fokus på forskning, der har eller kan have betydning for klinisk sygepleje og sygeplejefagets udvikling.

Du har muligheden for at deltage i virtuelle seminarer med professorer hvis forskning har betydning for klinisk sygepleje og sygeplejefagets udvikling i Danmark. Fokus for indholdet i de enkelte professorer oplæg fremgår af nedenstående program.

HVOR OG HVORDAN

Seminarerne bliver afholdt fra kl. 15.15-16.45. Seminariet bliver afholdt som online seminar.

PROGRAM OG DATO FOR EFTERÅRET 2021

Dato	Navn	Emne
Uge 33, 18.8.21	Pia Dreyer , Professor i sygepleje ved Institut for Folkesundhed, sygepleje, Aarhus Universitet og Intensiv afdeling, Aarhus Universitetshospital samt professor II ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitet i Bergen	<i>"Humanising ICU" – mod et nyt paradigme. Hvorfor er kognitiv rehabilitering et vigtigt fokus?</i>
Uge 35, 2.09.21	Hanne Konradsen , Professor Herlev og Gentofte Hospital og Københavns Universitet, Associate Professor Karolinska Institutet Stockholm	<i>Forskning og innovation med udgangspunkt i klinisk praksis</i>
Uge 37, 14.9.21	Lene Seibæk, Seniorforsker, professor, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital/ Aarhus Universitet & Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Grønlands Universitet	<i>'Patient og familie som forskningsfelt'</i>
Uge 39, 29.9.21	Dorthe Nielsen, Professor of Vulnerability, Migrant Health Clinic, Odense University Hospital, Department of Geriatric Medicine, Odense University Hospital, University of Southern Denmark	<i>"Sårbarhed, kultur og alder - er der behov for en særlig sygepleje?"</i>
Uge 41 12.10.21.	Jette Primdahl , Professor i reumatologisk rehabilitering, Ph.d., MHH, sygeplejerske Dansk Gigthospital, Syddansk Universitetshospital, Sønderborg, Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, Odense og Sygehus Sønderjylland, Syddansk Universitetshospital, Aabenraa	<i>"Fra sygeplejekonsultationer til rehabilitering – forskning og udvikling af klinisk praksis"</i>
Uge 45, 8.11.21	Jette Ammentorp, Center for Forskning i Patientkommunikation (CFPK), OUH Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus / Klinisk Institut, Syddansk Universitet	<i>'Helbredende patientkommunikation – ikke kun en vision'</i>
Uge 47, 23.11.21	Vibeke Zoffmann , Professor of Translational Empowerment. Den Tværfaglige Forskningsenhed for Kvinders, Børns og Familiers Sundhed, JMC, Rigshospitalet, Sundhedstjenesteforskning, Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.	<i>Er person-specifik evidens en nødvendighed i evidensbaseret praksis og i skabelsen af et sammenhængende sundhedsvæsen?</i>
Uge 49, 9.12.21	Merete Bjerrum , Professor, MA, PhD, The Centre of Clinical Guidelines – Danish National Clearing House, Department of Clinical Medicine, Aalborg University. Director of The Danish Centre of Systematic Reviews - A JBI Centre of Excellence - The University of Adelaide, Adelaide, South Australia, Australia. Lektor, Research Unit of Nursing and Healthcare, Institute of Public Health, Health, Aarhus University	<i>Kvalitativ evidens i kliniske retningslinjer – hvorfor og hvordan</i>

PRIS OG TILMELDING

For medlemmerne af det faglige selskab er seminarerne gratis

For ikke medlemmer:

- Pris: 50 for ét oplæg eller 300 kr. for alle oplæg i efteråret.
- Pris for en gruppe på max 10 personer: 100 kr. for et oplæg eller 600 kr. for alle oplæg i efteråret

Link til tilmelding [her](#) eller via det faglige selskabs' [hjemmeside](#)

Link til seminariet sendes ud kl. 12 dagen inden et seminar.

Bestyrelsen



Formand

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



Næstformand

Carrinna Aviaja Hansen, *Klinisk sygeplejespecialist,*
sygeplejefaglig forskningsleder i Ortopædkirurgisk
afdeling Sjællands Universitetshospital, Køge



Kasserer

Tina Nielsen
Afdelingsleder
Gildhøjhemmet, afdeling D
Brøndby Kommune
tn@jakolex.dk



Bestyrelsesmedlem

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



Bestyrelsesmedlem

Gitte Susanne Rasmussen, *Klinisk Specialist, Cand. Cur.,*
ph.d. i sundhedsvidenskab på hudafdelingen,
Aarhus Universitetshospital



Bestyrelsesmedlem

Tina Riekehr Bjerre, *klinisk*
udviklingssygeplejerske og uddannelsesansvarlig,
Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitets Hospital i Roskilde

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com

