



FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR

FRA PROJEKT TIL PUBLIKATION

FORORD af Lotte Rienecker

Redigeret af
Bibi Hølge-Hazelton &
Thora Grothe Thomsen

REGION
SJÆLLAND 
- vi er til for dig

**Forsknings- og udviklingskultur
– fra projekt til publikation**

Bibi Hølge-Hazelton & Thora Grothe Thomsen (red.)
Forsknings- og udviklingskultur – fra projekt til publikation

1. udgave 2015

Region Sjælland
Forskningsenheden
Ny Østergade 12, ^{2.sal.}
4000 Roskilde
www.regionsjaelland.dk/forskning

ISBN: 978-87-92026-75-0

Copyright: Forfatterne

Forside: Kunstværk tilhører Køge Sygehus. Kunstner ukendt

Grafisk produktion:
WERKs Grafiske HUS a|s,
Bjødstrupvej 2-4
8270 Højbjerg
Telefon 8627 5499

Alle rettigheder forbeholdes.

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på de institutioner, der har indgået aftale med COPY-Dan, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer.

Undtaget herfra er korte uddrag til anmeldelser.

Forsknings- og udviklingskultur – fra projekt til publikation

*Bibi Hølge-Hazelton &
Thora Grothe Thomsen (red.)*

Region Sjælland

INDHOLD

	Forfatterliste	7
	Forord	11
	<i>Lotte Rienicker</i>	
	Introduktion	13
	<i>Bibi Hølge-Hazelton & Thora Grothe Thomsen</i>	
1.	Developing evidence-based practice: Documenting a tailored writing course for healthcare practitioners	18
	<i>Thora Grothe Thomsen & Bibi Hølge-Hazelton</i>	
2.	Stomiskole giver nyt liv	34
	<i>Anne Grete Olsen</i>	
3.	Gruppeforløb gavner patienter med Alzheimer	41
	<i>Karen Christiansen</i>	
4.	Selvvalgt forebyggelse giver mere mening	48
	<i>Birgitte Mortensen</i>	
5.	Dokumentation kan udvikle praksis	56
	<i>Jeanette Borchersen</i>	

6.	Kompetencekort viser vej i praksis	72
	<i>Heidi Lemb</i>	
7.	The presence of resuscitation equipment and influencing factors at General Practitioners' offices in Denmark: a cross-sectional study	77
	<i>Mark L. Niegsch</i>	
8.	Den pædagogiske mixerpult	82
	<i>Helle Lund</i>	
9.	Fra holdning til evidens. Sygepleje til den smerte- og kvalmeramte patient	88
	<i>Hedvig Møller Larsen</i>	
10.	Patientinddragelse af psykotisk patient, som tvangsmedicineres under indlæggelse	97
	<i>Tine Würtz</i>	
11.	Den usynlige projektsygeplejerske	115
	<i>Susanne Kristiansen</i>	

Forfatterliste

Bibi Hølge-Hazelton:

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d. Forskningslektor på Roskilde-Køge Sygehuse og Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet. Forsker i patient- og professionsperspektiver samt forskningsledelse.

Thora Grothe Thomsen:

Sygeplejerske, cand. mag. i pædagogik og retorik, ph.d. Ansat som klinisk sygeplejespecialist, postdoc på Roskilde og Køge Sygehuse samt som postdoc på Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. Har forsket i rehabilitering og palliation med særlig interesse for patientinddragelse, kvalitative metoder, aktionsforskning og sammenhænge mellem klinisk udvikling og forskning.

Anne Grete Olsen:

Sygeplejerske, SD. Ansat som stomisygeplejerske i kirurgisk afdeling, Køge Sygehus. Arbejder med særlig interesse for rehabilitering af stomi opererede patienter og har etableret en ambulans stomiskole.

Karen Christiansen:

Specialistsygeplejerske i Regionalt Videnscenter for Demens, Neurologisk afd. Roskilde Sygehus. Tidligere ansat som Demenskoordinator i Lejre Kommune. Har gennemført demenskoordinatoruddannelsen på Diplomniveau fra den tidligere Forvaltningshøjskolen.

Birgitte Mortensen:

Sygeplejerske, MVO. Ansat som ledende oversygeplejerske ved Neurologisk Afdeling, Roskilde og Køge Sygehuse. Tidligere uddannelsesansvarlig og klinisk udviklingssygeplejerske. Har i den forbindelse været tovholder på implementeringen af trombolyssefunktionen og etablering af et af landets trombolyssecentre i Neurologisk Afdeling i 2008.

Jeannette Boholt Borchersen:

Sygeplejerske, cand.cur., SD i ledelse og studeret pædagogik på Roskilde Universitetscenter. Har klinisk erfaring fra kardiologisk og medicinsk område samt mangeårig undervisningserfaring fra grund- og videreuddannelse med særlige interesse for den grundlæggende sygepleje, dokumentation, kommunikation, pædagogik og ledelse. Har desuden erfaringer som afdelingssygeplejerske. Ansat som klinisk udviklingsygeplejerske på Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus.

Heidi Lemb:

Sygeplejerske, MVO og godkendt sundhedsfaglig supervisor. Ansat som uddannelseskonsulent på Holbæk Sygehus. Har arbejdet meget med vejledning, læring og refleksion.

Mark L. Niegsch:

Læge, Hoveduddannelse i Anæstesiologi på Juliane Marie Centret, Rigshospitalet. Har lavet studier i observation af kritisk syge patienter på hospital samt hjertestopberedskab blandt almen praktiserende læger.

Helle Lund:

Cand.psych., autoriseret og specialist i psykoterapi. Terapeutisk efteruddannelse i narrativ tilgang. Fagjournaliststuderende på Danmarks Medie og Journalisthøjskole. Ansat som udviklingskonsulent på Himmelev - et behandlingstilbud til børn og unge. Arbejder med metodeudvikling, undervisning og supervision.

Hedvig Møller Larsen:

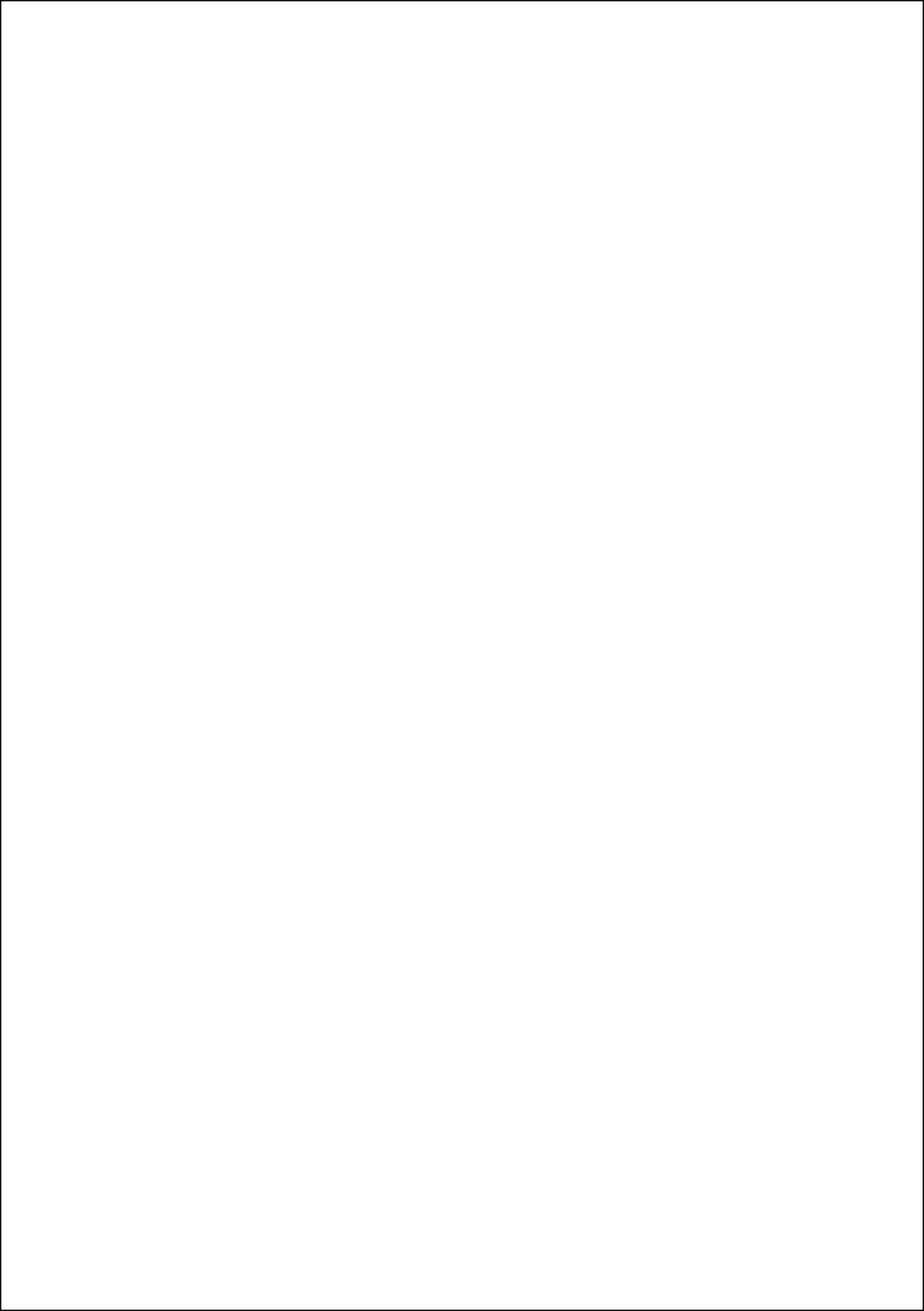
Sygeplejerske. Ansat som klinisk udviklingsygeplejerske ved Gynækologisk/Obstetrisk afdeling, Roskilde Sygehus. Siden 2008 haft fokus på udviklingsprojekter inden for de gynækologiske cancerforløb, og har der igennem indgået i nationale arbejdsgrupper. Indgår fra april 2015 i projektet "Forebyggelse og tidlig behandling af kræftrelateret lymfødem, herunder udvikling af national retningslinjer". Projektet er finansieret af Kræftens Bekæmpelse.

Tine Würtz:

Ledende oversygeplejerske i Psykiatrisk vistationsklinik, Region Sjælland, specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje og master i kvalitet og ledelse i social- og sundhedssketoen.

Susanne Kristiansen:

Sygeplejerske, merkonom i ledelse og samarbejde, Diplomuddannet fra Danmarks Forvaltnings Højskole og Lif. Ansat som projekt- og specialistsygeplejerske i Regionalt Videnscenter for Demens, Neurologisk afdeling, Roskilde Sygehus. Arbejder som studiekoordinator på mange af RVD's forskningsprojekter.



Forord

Lotte Rienecker, konsulent, medforfatter til bl.a. Skriv en artikel - om videnskabelige, faglige og formidlende artikler (2008)

Sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, jordemødre, læger) har samlet deres artikler til e-publikationen **FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR I KLINISK PRAKSIS – FRA PROJEKT TIL PUBLIKATION**, 2015. Alle artiklerne er publiceret i forskellige tidsskrifter som enten videnskabelige artikler i videnskabelige journals eller som faglige artikler i fagtidsskrifter. Alle repræsenterer de et projekt med at systematisere og evidensbasere, og endelig at vidensdele erfaringer fra forfatternes arbejde, med det formål ikke bare at opsamle, men løbende at udvikle og forbedre praksisser i sygepleje og sundhedsvæsen. Denne samling repræsenterer og demonstrerer to bevægelser, som vokser stærkt blandt professionsuddannede i Danmark:

Den ene er bevægelsen i retning af en undersøgende, metodisk, praksis- og professionsforskende kultur og selvforståelse blandt professionelle som ikke, eller ikke endnu! har en ph.d.-uddannelse. Forskning i egen praksis og dens empiri, metoder, dokumentationer og resultater er ved at blive et led i professionernes arbejde. Måske endnu ikke for alle professionelle, men for mange foregangskvinder og -mænd. Forskning og metodisk undersøgelse er ikke længere forbeholdt de, der har en formel forskeruddannelse. Som tovholdere og garanter for videnskabelighed, metode og skrive- og offentliggørelsesforløb trækkes der på lokale forskningsledere og professionelle med en forskeruddannelse bag sig.

Den anden er bevægelse er, at professionsudøverne og -underviserne i stærkt stigende grad skriver og publicerer om deres projekter. Aldrig har så mange skrevet så meget fagligt og professionsrettet. Skrivegrupper og workshops, skrivekurser, kollega-feedback og writers' retreats breder sig som vigtige aktiviteter, som fremmer produktionen og fællesskabet om rent faktisk at få undersøgt, skrevet og publiceret, at få skabt rum og tid (altid en udfordring!) og kompetencer til artikelskrivning. Typisk er skrivning af artikler ikke i nogens kalender, det er noget man gør mellem alt det andet. Den første artikel i denne publikation (Thora Grothe Thomsen og Bibi Hølge Hazelton, 2014): "Developing evidence-based practice: documenting a tailored writing course for healthcare practitioners", viser

hvordan skriverne af **FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR I KLINISK PRAKSIS – FRA PROJEKT TIL PUBLIKATION** har arbejdet med evidensbasering og undersøgelses- og dokumentationsarbejde, skrivning og struktureret feedback på udkast undervejs. I denne artikel er der mange konkrete, gode aktiviteter og feedbackformater at hente til inspiration til kommende skriveforløb for professionelle. At så mange har publiceret efter disse 3 gruppeforløb, viser hvor nyttigt det er at investere i aktiviteter, der sætter skrivning i kalenderen, og gør den enkeltes videnskabelige og professionelle artikelskrivning til et fælles udviklingsarbejde på en arbejdsplads.

De to bevægelser, forskning og evidensbaserings af egne professionelle praksisser, og vidensdeling, skriftliggørelse og publicering, udgør tilsammen en opløftende kvalificering af professionernes arbejde. Det vil komme både praksis, undervisning og vejledning af studerende, såvel som professionernes brugere til gode. Må det blive til mange flere gode artikler og gode aktiviteter med målrettet skrivearbejde.

Introduktion til bogen

Forskningslektor Bibi Hølge-Hazelton & Postdoc Thora Grothe Thomsen

Det syder og bobler med store og små projekter i sundhedsvæsnet i Region Sjælland. Der forskes og udvikles i stort og småt og meget formidles på konferencer, møder, i diverse tidsskrifter og bøger (se fx: [http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/strategiogorganisation/Documents/Årsrapport%202013%20Forskning%20i%20Region%20Sjælland_\(tbs\)_WEB.pdf](http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/strategiogorganisation/Documents/Årsrapport%202013%20Forskning%20i%20Region%20Sjælland_(tbs)_WEB.pdf), eller: <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/Documents/Bibis%20E-bog%20i%20pdf.pdf>).

Det er dog ikke alle projekter, opgaver og studier, der deles eller implementeres trods deres potentielle væsentlige bidrag til udvikling af klinisk praksis. Da vi begyndte at arbejde i Region Sjælland, gik det op for os, at mange spændende projekter og tiltag, særligt inden for sygeplejen, var ringe beskrevet og somme tider ikke eksisterende. Når vi spurgte ind til, hvad den manglende dokumentation skyldtes, var svaret ofte, at det at skrive en artikel er en stor mundfuld, som der enten ikke var afsat tid til i projektplanlægningen, eller som var påbegyndt men ikke afsluttet.

Derfor gik vi i gang med at få “projekterne op af skuffen” og udviklede et skrivekursus målrettet deltagere, der havde gennemført et udviklings- (eller forsknings-) projekt, men ikke publiceret det. Det konkrete mål med kurset var at støtte deltagerne til at få skrevet og publiceret faglige eller videnskabelige artikler, afhængigt af projektets karakter. En forudsætning for at deltage var, at man ikke havde adgang til relevant vejledning, og man ikke havde nogle medskribenter i baggrunden, der ville blande sig i den endelige udformning af artiklerne.

Vi ønskede herudover at gøre vores indsats med kurserne til genstand for forskning. Derfor sørgede vi for løbende at beskrive og kritisk analysere forløbene. Det er der kommet en videnskabelig artikel, en række foredrag og en hel henvendelser ud af.

Vores intention med denne bog er at samle en række af de publikationer, der er skrevet som led i deltagelse i skrivekurserne fra 2011-2015. Dels for at vise dem samlet, og dels for at vise hvad der kan komme ud af at prioritere grundig doku-

mentation. Ud over de konkrete artikler har vi oplevet og hørt om faglig stolthed og glæde ikke kun hos skribenterne, men også blandt deres kollegaer og ledere. Det betyder noget væsentligt at se sit navn og sin arbejdsplads omtalt i et fagtidsskrift, der kommer rundt i hele landet og for nogles vedkommende hele verdenen.

Ud over vores egen artikel om kurset, indgår der ti artikler i denne bog, otte af forfatterne er sygeplejersker, en er læge og en psykolog. Hovedparten af artiklerne er meget praksisnære med fokus på brugere, patienter og professionelles erfaringer og læring, men der er også artikler, som har fokus på mere specialiserede sider af det kliniske arbejde.

I artiklen *Stomiskole giver nyt liv* af Anne Grete Olsen beskriver forfatteren, hvordan et udviklingsprojekt førte til oprettelsen af en stomiskole, som nu er et fast rehabiliteringstilbud til udvalgte ambulante patienter opereret i afdelingen. Artiklen redegør for baggrunden for stomiskolen samt opbygning af forløbet, der i alt udgør 16 timer fordelt over syv uger. Et særligt tiltag har været anvendelsen af refleksionsark, som giver deltagerne mulighed for at bearbejde egne aktuelle hverdagsproblemer. Systematisk evaluering viser, hvordan deltagerne oplever, at stomiskolen giver dem øget livskvalitet.

Artiklen *Gruppeforløb gavner patienter med Alzheimer* af Karen Christiansen giver indblik i, hvordan to specialistsygeplejersker etablerede et gruppeforløb for patienter. Artiklen viser bl.a., hvordan gruppeforløbet blev justeret undervejs, at yngre mennesker med en kronisk Alzheimer sygdom har glæde af at mødes med ligestillede, samt at gruppeforløbet kan gøre det nemmere for patienterne at sige ja til andre tilbud fra primærsektoren. Endvidere giver artiklen en række konkrete anbefalinger til etablering af lignende gruppeforløb for yngre patienter med Alzheimer sygdommen.

Artiklen *Selvvalgt forebyggelse giver mere mening* af Birgitte Mortensen beskriver et projekt, hvor sygeplejersker i et trombolyse-ambulatorium gennemfører selvstændige tre måneders kontroller efter hospitalsindlæggelse. Et særligt indsatsområde har været, at patienten under vejledning fra sygeplejersken har valgt egne indsatsområder for livsstilsændringer, som kan forebygge nye blodpropper. Til formålet blev udviklet en interviewguide, som kan være med til at hjælpe patienterne med at prioritere hvilke eller hvilket forebyggelsestiltag, der vil give mening for patienterne at fokusere på fremadrettet.

I artiklen *Dokumentation kan udvikle praksis* af Jeannette Borchersen gøres rede for en undersøgelse af dokumentationspraksis på flere sygehuse i Region Sjælland. Undersøgelsen bygger på en journalaudit og 3 fokusgruppeinterviews. Resultaterne peger på store forskelle både i kvaliteten af dokumentationen og på holdningen til at dokumentere. En af konklusionerne på undersøgelsen er, at sygepleje i dag er så specialiseret, at det forekommer meningsfyldt at arbejde med flere forskellige dokumentationsredskaber. På den baggrund giver forfatteren en række anbefalinger for fremtidig dokumentationspraksis.

Artiklen *Kompetencekort viser vej i praksis* af Heidi Lemb (med flere) beskriver baggrunden for at anvende kompetencekort som et læringsredskab i klinisk praksis. I artiklen præsenteres de foreløbige resultaterne fra implementering af kompetencekort på somatiske kliniske uddannelsessteder i Region Sjælland. Resultaterne viser, hvordan mange studerende oplever kompetencekortene som et godt redskab til at skabe overblik over den kliniske uddannelse. Endvidere angiver kompetencekortene en tydelig ansvars- og rollefordeling mellem den studerende, den kliniske vejleder og sygeplejersken. Endelig skaber kompetencekortene mulighed for at dokumentere ressourceforbrug og ressourcebehov i uddannelsen af de studerende. Dermed er skabt afsæt for at arbejde videre med udvikling og implementering af kompetencekortene i klinikken.

Mark L. Niegsch (med flere) skriver i artiklen *The presence of resuscitation equipment and influencing factors at General Practitioners' offices in Denmark: a cross-sectional study* om brugen af hjertestartere (defibrillatorer) hos praktiserende læger i Danmark. I artiklen beskrives, hvordan der til trods for henstillinger fra European Resuscitation Council ikke findes egentlig krav om opstilling af hjertestatersudstyr hos praktiserende læger. En opgørelse viser, at ud af de 70 % af praktiserende læger i Danmark, som har besvaret spørgeskema, har kun 31 % investeret i en hjertestarter. Artiklen peger på en række grunde til at hjertestartere ofte mangler i almen praksis, og det diskuteres hvilke indsatser der med fordel kan sættes i værk.

Artiklen *Den pædagogiske mixerpult* af Helle Lund præsenterer den "pædagogiske mixerpult", som er et pædagogisk redskab udviklet på baggrund af et forsknings- og udviklingsprojekt. Den pædagogiske mixerpult gør det muligt at skabe overblik over de faktorer i miljøet, som kan forenkle det pædagogiske miljø omkring barnet og den unge og dermed gøre situationen nemmere at håndtere. Grundideen er, at hvis der skrues op for udfordringer et sted, skal der samtidig skrues ned for andre udfordringer og op for støtte til barnet. Artiklen kommer med konkrete

te eksempler på forskellige sammenhænge, hvor redskabet foreløbigt er anvendt og viser samtidig, hvordan redskabet synes anvendelig i mange andre sammenhænge.

Hedvig Møller Larsen beskriver i artiklen *Fra holdning til evidens. Sygepleje til den smerte- og kvalmeramte patient* et udviklingsprojekt, som har fokus på optimering af smerte- og kvalmebehandling efter benigne gynækologiske operationsforløb. I projektet blev både udviklet en tværfaglig standard for kvalme- og smertebehandling, dokumentationsmateriale samt informationsmateriale. Resultater viser, at der efter implementering af den udarbejdede standard er sket en reduktion af såvel kvalmeforekomst som behovet for postoperativ smertelindring. Artiklen peger endvidere på en række temaer, som projektgruppen vurderer som væsentlige at arbejde videre med.

Tine Würtz beskriver i artiklen *Patientinddragelse af psykotisk patient, som tvangsmedicineres under indlæggelse* et projekt, hvor formålet er at undersøge, hvordan patienter, der bliver tvangsmedicineret, oplever at blive involveret under indlæggelsen. Undersøgelsen er kvalitativ og bygger på patientinterviews. Resultaterne viser, at der tilsyneladende er en diskrepans mellem lovgivning og patienternes oplevelse af inddragelse. Derfor er der brug for at udvikle tiltag, så patienterne fremover i højere grad oplever at blive informeret og inddraget i behandlingsovervejelser, samt at personalet forsøger at opnå samtykke trods psykose.

Artiklen *Den usynlige projektsygeplejerske* af Susanne Kristiansen har fokus på projektsygeplejersken som en vigtig - men desværre ofte usynlig - aktør i det kliniske forskningsforsøg. Baggrunden for artiklen er, at opgaverne for projektsygeplejersken ofte beskrives yderst sparsomt i projektprotokollen. Sådan er virkeligheden imidlertid ikke, og med afsæt i et konkret forskningsprojekt tydeliggør forfatteren de mangeartede og komplekse opgaver, som et klinisk forskningsforsøg kan kræve af projektsygeplejersken. Samtidig argumenteres for vigtigheden af, at der arbejdes målrettet med projektsygeplejerskens stillingsprofil, samt at der i langt højere grad, end det er tilfældet i dag, stilles klare krav til nødvendige kompetencer.

Tanken bag skrivekurserne var, som beskrevet, at få "projekterne op af skuffen" og ud i verden i forskellige formater. Det er lykkedes for mange, men ikke for alle, og den tilbagemelding vi får fra de kursister, der ikke har fået deres artikler gjort helt færdige er, at de ikke længere arbejder med projektet, at de ikke har haft overskud,

eller projektet ikke længere er aktuelt. Kun få angiver, at det er review-processen, der har forhindret publikation. Det får os til at fremhæve betydningen af samspillet mellem kursister og deres ledere, herunder forventninger og støtte til dokumentation af praksisprojekter, også efter projektafslutninger. For hvordan kan et gennemført projekt ikke være aktuelt at beskrive længere? Hvis det faktisk er tilfældet, er der noget der tyder på, at sådanne projekter fra start af måske ikke havde tilstrækkelig aktualitet eller metodisk tyngde til at blive betegnet som et egentlig udviklingsprojekt- eller forskningsprojekt.

Det ER svært at finde tid, overskud og motivation i en travl hverdag, hvor nye opgaver og projekter konstant trænger sig på, til at insistere på at beskrive forsknings- og udviklingsprojekter. Det er lykkedes for forfatterne til artiklerne, der præsenteres i denne bog. Det er vores håb, at artiklerne vil fungere som inspiration for mange andre, der har lyst til at gennemføre og beskrive udvikling- og forskningsprojekter i klinisk praksis.

Developing evidence-based practice: Documenting a tailored writing course for healthcare practitioners

*Klinisk sygeplejespecialist, Postdoc Thora Grothe Thomsen og
Forskningslektor Bibi Hølge-Hazelton*

Artiklen er publiceret i Vård i Norden, 2014 2(34): 33-37 og er peer-reviewbedømt.

English abstract:

Thomsen, T.G. and Hoelge- Hazelton B. Developing evidence-based practice: Documenting a tailored writing course for healthcare practitioners. *Vård i Norden*, 2014; 2(34):33-37

Background: With the ambition of strengthening interdisciplinary and nursing research culture and research infrastructure at a regional hospital in Denmark, several initiatives were taken, one of which was a tailor-made writing course.

Methods: The course was developed and implemented using an action research-inspired approach.

Aims: The course had two aims. The first was to motivate practitioners to write articles about completed developmental or research projects, the second was to establish an environment where it would be possible for the healthcare practitioners to debate issues of evidence-based practice.

Findings and conclusions: This article describes the development and implementation processes of three course processes and discusses how the use of a tailored writing course can contribute to the goal of strengthening the documentation of evidence-based practice in a regional hospital.

Keywords: Writing for publication – continuing professional development – research culture

Introduction

There has been a significant increase in focus on evidence-based practice in nursing during recent decades (1). In Denmark this development has been led by large university hospitals in the major cities. Hospitals in suburban and less populated regions do not seem to have established a solid nursing research culture and postgraduate research education to the same extent as the university hospitals, perhaps owing to the lack of dedicated academic positions and few close connections to academic environments. A combination of growing attention, a demand for nursing research and the predicted shortage of well-educated nurses and other non-medical healthcare practitioners has placed evidence-based practice on the agenda in these regions, leading to a focus on initiating care-oriented research as well as on establishing research infrastructure and culture (2, 3)

Aiming to strengthen interdisciplinary and nursing research and development infrastructure and culture, one of the authors held meetings with the head nurses and clinical nursing specialists on all the wards at a regional hospital in Denmark. From these meetings it became clear that there was a lack of formal documentation of the developmental and research projects already conducted in clinical practice. Hence the knowledge of the projects did not extend beyond a local context and consequently did not contribute to the development of evidence-based practice. It also came to our attention that there was a tendency for non-academic nurses, who were not educated in research, to resist writing articles, even though it would have been justified by their project process and results. Many of them were daunted by this demanding and time-consuming activity, and their superiors did not seem to have the tools or the arguments to support or demand publication.

From this background arose the idea of creating a course with two aims: to write research articles and professional articles for publication, and to establish an environment where it would be possible for nurses and other non-medical healthcare professionals to discuss and enhance their abilities in documenting evidence-based practice. Medical doctors were not initially included, as it was assumed that the tradition of publication was part of their academic carrier.

The main reason for including research articles as well as professional articles on the same course was to increase the participants' reflectivity of the diversity of knowledge in evidence-based practice stemming from different sources – e.g. from research knowledge and knowledge from clinical experience (4, 5). Another

er reason was to enhance the understanding of the importance of documenting both clinical development and clinical research, because robust and professionally strong clinical development projects may lead to substantial clinical research and vice versa (29).

Documenting evidence-based practice

The understanding of evidence-based practice used in this article regards the knowledge that creates the evidence base in practice as coming from four different sources, which have been subjected to testing and found to be credible. The first source is knowledge from research evidence; the second is knowledge from clinical experience; the third is knowledge from patients, clients and caregivers (4,5) and the fourth is knowledge coming from the local context (4). This understanding of evidence-based practice differs from a more traditional approach, because it emphasises that knowledge coming not only from research, but also from the other sources, has to be systematised and documented (5). Thus, research and development can be communicated beyond a local context, for instance through writing *research articles* – i.e. articles characterised by contributing new knowledge to a research field and subject to peer review, or *professional articles* – i.e. articles characterised by providing knowledge, perspective and understanding on the basis of the knowledge produced within a professional area (6, 7). In both types of publication the main intention is to establish a convincing argument (6, 7). In many research articles the convincing element is a sharing of the systematic and reflective process for the development of knowledge, implying ambitions of validity and transferability beyond the study setting (8). This has been called the meta-discourse of the argument (7). In professional articles the convincing element is a sharing of the systematic and reflective process for the development of professional points of view. This has been called the subject-discourse of the argument (Ibid).

Trends in publication research

Initiating the development of the course, we conducted a literature search in order to investigate whether similar ambitions of course development had been described. Searches were conducted on the databases Pubmed, Psycinfo and CINAHL, focusing on the period between 2000 and June 2010. The following search criteria were used: writing, publication, nursing, facilitating, course. The search revealed that, in nursing, the number of articles focusing on writing for publication has been growing in recent years. Common to them all is the push for recognition and the desire to demonstrate professional practice.

The responses to the challenge of supporting a nursing writing culture in most articles can generally be described as falling into two main categories. The first and dominant category is primarily characterised by models and guidelines (for example 9,10). Here, guides are offered in order to support clinical nurses in the academic publication process, often including topics following structures such as IMRAD, which is a requirement of many academic journals (11). One example is a series of six small articles in the British Journal of Nursing. In the articles the author leads the reader through many of the processes which need to be considered – from finding motivation to writing the abstract (10).

The second category is primarily characterised by roles and relationships in mentoring the writer (for example 12, 13, 14). Here mentoring is described as creating “a mutual relationship between the new writers and their mentors that could last a lifetime, a legacy they can pass on to the next generation of nurses” (12:2) or “nurturing others in the mentoring relationship may assist the professional through a midlife crisis, through intangible benefits of the mentee-mentor relationship” (14:27).

However, we did not find any articles documenting the development of a writing course based on aims similar to ours, and consequently we decided to develop our own course frame. The courses were offered through a regional-based Education Department which addresses all hospitals in the region. This made it possible to recruit participants from different departments throughout the region. Between 2010 and 2013 three writing courses have been held, each spread across a five-month period.

Aims of the article

1. To describe the development and implementation of an action research-inspired, tailor-made writing course for nurses and other clinical staff at a regional hospital, where the existing documentation culture was minimal.
2. To discuss how the use of a tailor-made writing course can contribute to the ambition of strengthening the research and developing research culture in a regional hospital, by documentation of evidence-based practice

Theoretical inspiration

The development of the course was inspired by an action research approach, in which the main focus was to produce practical knowledge that is useful to people in their everyday lives (15). An important assumption in action research is

that changes and the implementation of new interventions are best anchored in the clinical field by involving those directly affected by the implementation process (16). Action research thus assumes a cyclical nature based on actions, evaluations, analysis and reflections. Furthermore, dialogue and participation are essential (17, 18).

With these considerations we informed the participants prior to the courses that we the course was to be treated as a continuing developmental process. To do that, and in order to establish pragmatic validity – i.e. validity that involves testing knowledge produced in action (21) – we needed the participants to provide us with constant feedback and to accept that changes might occur during the course. Furthermore, the recurring facilitator made comprehensive field notes (19) and written reflections before and after each session (20). Additionally, the entire process, including feedback, reflections and field notes, was regularly discussed by the two co-authors of the article and in the planning group; the latter consisted of the two co-authors and a representative of the regional-based Education Department, who observed the teaching sessions. The discussions made it possible to establish communicative validity, i.e. validity which, according to Kvale (21), may be achieved in different ways. For example, in this study communicative validity was achieved by discussing the findings with other researchers and professionals associated with the practice being investigated (21). The participants were also informed that the development of the course would be subject to research and that the outcomes of this research would be published in articles.

In the following we will demonstrate how the three courses developed from autumn 2010 to spring 2013. The description of each course is organized in the following three sections:

- The course structure,
- The implementation process, and
- Lessons learned from the course leading to a new structure.

The central themes that came from the participants' ongoing evaluations and the reflective field notes of the facilitator will be explained. The complete developmental process is presented in figure 1, where cycles 1, 2 and 3 represent each course.

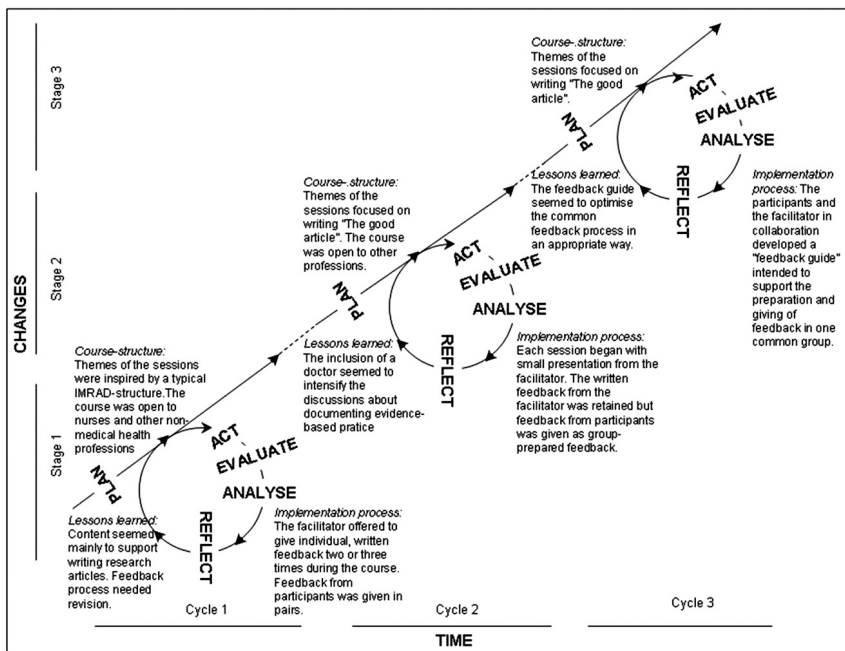


Figure 1: The complete developmental process inspired by an action research-approach. The cycles 1, 2 and 3 represent each of the three courses

Course 1

The course structure: To achieve the twofold aim of the writing course we decided that a main admission criterion should be a completed clinical development or research project, which had not previously been published; based on the completed project the participants had to choose whether to write a research article or a professional article (6). Furthermore, not only should the participants have the opportunity to obtain knowledge about article writing and receive regular feedback from an experienced facilitator, but they should also be able to practice giving and receiving ongoing feedback in the writing process (22, 23). This would enable them to support the ongoing establishment of research and development infrastructure and culture within the organization in their future work.

Initially there were six sessions of three hours each, with approximately three weeks in between. The themes for the sessions on the first course were inspired by a typical IMRAD structure – i.e. Introduction, Methods, Results And Discussion (11), which we, at that time, considered as a possibility to enhance the partic-

ipants' abilities in documenting evidence-based knowledge. Each subject would be introduced by a short presentation from the facilitator.

As a starting point the intention was only to accept nurses and other non-medical staff with or without a supplementary academic degree. In order to maintain the overview of all the writing processes, while at the same time conducting a financially viable course, the planning group chose to include five to six article drafts on one course. Thus, in the first course eight nurses were included, representing six article-writing processes, as two groups of two writers were present. Two of the nurses had an academic degree and they both chose to write research articles. The other participants chose to write professional articles and publish in non-referee-rated journals.

The implementation process: One of the authors actively contributed to the facilitator role. This role primarily consisted of being responsible for the six course sessions; facilitate the writing processes of the participants by giving individual feedback; support the feedback and reflection between the participants and maintain an overview of the ongoing development of the writing course (12). During the first course it became clear that coping with this diversity necessitated regular meetings between the co-authors in order to discuss and analyse the observations and reflections made by the facilitator during the course session.

Because of the twofold aim of the course we made use of a differentiated approach to the feedback process. Regarding the aim of writing for publication, the facilitator offered to give individual written feedback two or three times during the course. The feedback was mailed to the author and if necessary discussed after the following course session. Regarding the aim of developing a local documentation culture the participants on the first course session were divided into pairs in order to give each other oral feedback on their developing manuscripts. The facilitator "visited" each pair to support the mutual feedback process, should it be deemed necessary by the participants.

Lessons learned from the course: The ongoing evaluations from participants and the field notes made by the facilitator made it clear that the initial content structure inspired by a traditional IMRAD article structure was more suited to writing research articles than professional articles. This became particularly clear in the oral feedback sessions, where the participants repeatedly expressed doubts about how to structure professional articles (6).

Not surprisingly, participatory evaluations and reflections made it clear that most participants lacked time for writing (22). As a response the facilitator and the participants developed a scheme which clarified the individual goals of the writing process from session to session (Table 1).

Name	Have you achieved the goals you set in the previous session?	How did this session inspire your further work?	What will you prioritize to work with until the next session?	Would you like to get feedback at your article in the next session?
------	--	---	---	---

Table 1:
Scheme to clarify the individual goals of the writing process from session to session

The goals for the individual writing process were defined in plenum and written down in the scheme by the facilitator. In the subsequent course session each participant was asked, in plenum, if the goals were fulfilled. Based on the evaluations from the participants, this element was maintained in later courses. Furthermore, the planning group adjusted the time frames for the next course.

From the ongoing evaluations it also became clear that the pair-wise feedback process did not function optimally, mainly because of the high vulnerability of an absent “partner”, or because the partners, contrary to expectations, did not “fit” together. Discussions with the participants inspired the development of a new feedback construction, which took advantage of the social dynamics in groups to a greater extent (23).

Course 2

The course structure: Based on knowledge gained from the first course and inspired by Rienecker et al. (6), the content of the second course was changed from primarily focusing on a writing process that follows a traditional IMRAD-structured article to focusing on writing “the good article”. The specific argumentation in the articles thus became a main issue in the individual writing processes (6,7), rather than a specific structure of the articles. The change of content structure is shown in figure 2.

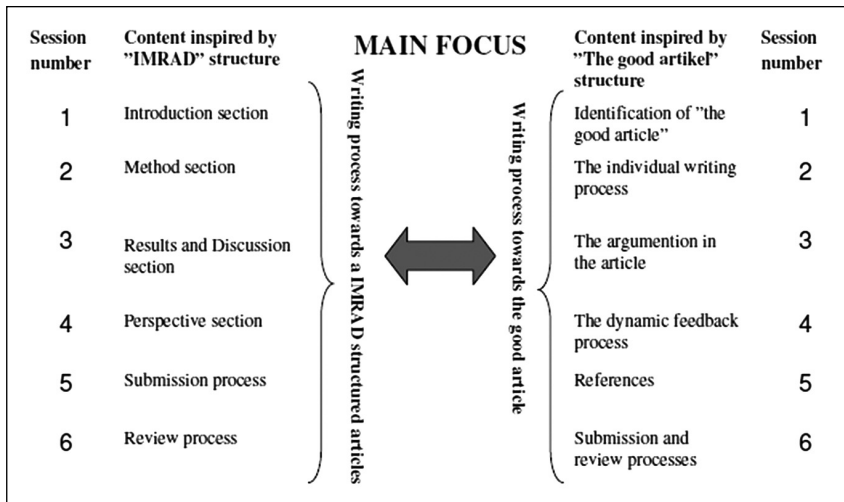


Figure 2: *The two different content-approaches used in Course 1 and Course 2*

Another change from the first course was made in order to give the participants more room for individual writing by expanding from six sessions of three hours each on the first course, to six full-day sessions supplemented by two more writing days placed according to the participants' own wishes. This helped the participants legitimize time spent away from their daily work and to spend this time on writing.

The announcement of the second course was incorrectly made, such that the course was also open to other professions. Consequently, a doctor who planned to write one or two scientific articles was accepted onto the course. In addition, six nurses were included, two of whom had an academic degree. Initially, one nurse planned to write a research article. The rest chose to write professional articles.

The implementation process: As in the first course the facilitator introduced each content subject with a small presentation (Figure 2, left column). For subject one "identification of the good article", the participants were asked to bring an article which they assessed to be the kind they aimed to write. Based on the basic project the relevance of the article was discussed in plenum, which led to the identification of characteristics of good articles related to the individual writing processes. The evaluations from the participants showed great satisfaction with the process, as well as the subsequent discussion of different documentation approaches.

Based on experiences from the first course and inspired by Sanderson et al. (23) the feedback process was changed. Thus, the written feedback from the facilitator on the manuscripts was retained, but the subsequent discussion between the author and the facilitator became included in the course sessions and effectuated by a separate half-hour meeting held in another room. In the meantime, the rest of the participants discussed the manuscript. After returning to the room the author received the group-prepared feedback. The response from the participants indicated that the overall feedback process supported the individual writing process and at the same time gave room for more principal discussions about evidence-based practice.

Lessons learned from the course: The evaluations and the field notes highlighted that the inclusion of a doctor did not lead to any difficulties relating to the dual aim of the course. On the contrary, the representation of a profession other than non-medical healthcare professionals seemed to intensify the discussions about documentation approaches and the necessity of developing evidence-based practice using a variety of sources of knowledge.

Furthermore, it became obvious that there was an inappropriate division between writing processes for professional and research articles in this course. Of the planned two to three research articles only one proved to be workable, since there were methodological weaknesses in the others; the others were changed to be structured as professional articles. This meant, however, that the author of the research article was alone with the specific challenges connected to writing this type of article and sometimes felt unnecessarily dependent on feedback from the facilitator to maintain motivation for continuing the writing process.

Course 3

The course structure: As a result of lessons learned from the second writing course the planning group decided to maintain the same content structure as used and evaluated by the participants and facilitator in the previous course (Figure 2), including the revised time frame.

However, the initial plan of only accepting nurses and other non-medical staff on the course was changed in favour of also including doctors, in order to create an even more dynamic and divergent writing environment, which in an appropriate way might support the dual aim of the course. We therefore included four nurses, one midwife and two doctors on the third course. Only one person

did not have an academic degree. Three participants intended to write a scientific article.

The implementation process: As a starting point the feedback process was based on lessons learned from the second course. However, during the course it became obvious to both the participants and the facilitator that there might be some pitfalls embedded in the feedback approach that was used. For instance, the half-hour meeting between the author and the facilitator held in a separate room might result in a failure to hear important reflections from the co-participants concerning the current writing process. Furthermore, it became clear that giving feedback related to a type of article different from that written by the participant, which additionally might represent a very different type of documentation from the one traditionally used in the specific profession, could be extremely difficult and therefore might need support from the facilitator. Based on these important observations and reflections, the participants and the facilitator decided, in collaboration, to change the feedback process. As a starting point a “feedback guide” was developed (Table 2), which was intended to support the preparation and giving of feedback, as well as feed-forward (24, 25, 26), in a common “reflection-group” (23).

Lessons learned from the course: A preliminary evaluation of and reflection on the developed feedback guide and common reflection-group showed how the changes seemed to make the participants more capable of handling personal reactions to critical responses (23). Furthermore, it became apparent that establishing a common reflection-group, in which all participants had the opportunity to provide well documented feedback, as well as feed-forward, seemed to intensify the interdisciplinary discussions about evidence-based practice. It also seemed to enhance the awareness of using several sources of knowledge in creating development and research infrastructure and culture in the organisation (4, 5).

Discussions and conclusion

After having described the development and implementation of an action research-inspired, tailor-made writing course for nurses and other clinical staff at a regional hospital, where there was a limited documentation culture, the intention of the following is to discuss whether and how the use of a tailor-made writing course can contribute to the ambition of strengthening the research and developing research culture in a regional hospital, by documentation of evidence-based practice.

Feedback guide

A. Feedback:

Guide to the close-reading of the text (not all questions are relevant to all texts):

Is it clear from the text....

- Why the theme is interesting?
- What research/projects are previously made in this area?
- What the purpose of the study/project is?
- What the purpose of the article is?
- How the study/project is conducted?
- What methods were used
- Which findings have emerged through the study/project?
- How findings or changes are related to the findings or changes made from previous studies/projects?
- Which strengths, weaknesses or challenges have been associated with the implementation of the study/project?
- What the relevance of the findings is to clinical practice?
- Whether the written language used in the text is appropriate in the context?

Guide to get an overview of the text:

- What is the main-message of the text?
- Do you find cohesion in the text (e.g. systematics, argumentation, main headings, figures, tables and references)?
- Could the structure of the text usefully be amended? How and why?
- What do you think is the most important part to strengthen in the article at this time in the writing process?

B. Feed-forward:

Guide to help author continue the writing process:

- What do you consider to be the main-message in your article ?
- Where do you see a need to strengthen your article?
- What will you prioritize to work with immediately and why?
- Which sections in your article would you particularly like to have feedback at, from your co-participants?
- Are you interested in further comments from your co-participants?

Table 2: *Feedback guide developed in collaboration between the facilitator and the participants.*

On the basis of the twofold aim of the writing course, it seems to be fruitful to include the writing of different types of articles on the same course. This is partly because it gives an opportunity to supply the individual writer with the necessary arguments for choosing his or her article format in relation to the completed clinical project, and then to write for publication. Thus, of the 18 individual writing processes involved on the courses described, two thirds have now been published or are in the process of being so. Some of these articles were originally expected, by the course participants, to become research articles, but were better suited to the professional article format, because the method used was not valid and consequently could not produce the necessary meta-discourse for such an article (7). This change in the participants' writing processes led to important reflections and discussions about the nature of evidence-based practice (4,5). It also led to discussions regarding the necessity of documenting robust and professionally strong clinical development projects, as well as clinical research studies (29). In this respect the course structure seems to support the development of a general documentation culture. However, it is still a challenge to get recognition for knowledge and experience coming from developmental projects and professional articles, because different and more powerful hierarchical understandings of evidence tend to dominate (4, 27).

The first course consisted of six sessions of three hours each, with approximately three weeks in between. The themes of the sessions for the first course were inspired by a typical IMRAD structure (10). However, having learned from the participants' continuous feedback and the facilitators' experiences documented in the field notes, the themes for the sessions in the subsequent courses changed content and became more in concordance with what Rienecker et al. (6) and Jensen (7) highlight, namely that the appropriate argumentation and awareness of the written article as a single argument is the main issue in all articles. This approach to the individual writing process seemed to support the individual writing process, no matter whether the participant wrote a professional or a scientific article.

In order to create a constructive dynamic among the participants, it proved to be important to select the group of participants, which is in accordance with existing literature (22). Apparently, it was not so important which professions were present, but rather it appeared from the evaluations and field notes that professional discussions regarding evidence-based practice were intensified when a multidisciplinary group was represented. However, what seemed to be important was an

appropriate balance between research and professional articles, preferably half of each.

Another challenge was creating a space for writing and reflection that could strengthen non-academic nurses in gaining the courage and confidence to accept feedback from participants with more experience and education. This observation may be explained by a study conducted by Heinrich et al. (28), which describes how nurses often confuse their lack of scholarly skills with a lack of ability, and how this may lead to the “scholar-imposter syndrome” or feelings of intellectual fraudulence. Thus, feelings of inadequacy are not uncommon among nurses transitioning into new roles, when they assume additional or new responsibilities. According to Heinrich et al. (28), a supportive faculty environment recognizes and values the diverse backgrounds and experiences of nurse educators while providing mentoring and learning opportunities to strengthen the “weakest link” of role development (29, 23). Heinrich et al. elaborate on these findings by showing how sessions for educational content, small-group sessions for facilitating peer-reviewed feedback, and individual consultations for specific feedback seem important in supporting the behaviour changes needed for writing for publication (Ibid). Related to our case, the findings emphasize how creating a space for writing and reflecting, which supports the development of a local documentation culture, is a complex and time-consuming process and requires a dedicated effort from both the facilitator and the participants.

In conclusion, creating action research-inspired writing courses can support the development of a research and developmental culture among healthcare professionals. Reflecting on what evidence-based practice is, and how it can be supported and recognized as something more than, and equally valuable to, traditional research projects, seems an important step. However, it is time consuming and demanding for participants as well as for facilitators, and the dominating discourse and call for unidirectional guidelines does not support this kind of thorough participatory approach. Hence the argumentation for, and documentation of, the necessity and impact of such a process to decision makers remains more important than ever.

Acknowledgement

We wish to thank consultant Janne Askholm from the Regional Educational Unit, at Region Zealand, Denmark for constructive feedback based on her observations during the course sessions.

References

1. Willmann, A., Stoltz, P. and Bathsevani, C. Evidensbaseret sygepleje – en bro mellem forskning og den kliniske virksomhed [Evidence-based nursing - a bridge between research and clinical activities] Copenhagen: Gads Forlag; 2007.
2. Research Strategy of Hospital North, Region Zealand, 2008 (unpubl.)
3. Dansk Sygeplejeråd, Viden udvikler sygeplejen til gavn for patienter, borgere, profession, samfund, Dansk Sygeplejeråds Forskningsudspil 2011 [Knowledge develops nursing for the benefit of patients, citizens, profession, society, Danish Nursing Council research-proposal 2011], Copenhagen: Dansk Sygeplejeråd; 2011
4. Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. and McCormack, B.: What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 47: 81-90
5. Eriksson, B. and Hummelvoll, J.K. (2012) Relevans og evidens. Praksisnær og brukerrett kunnskapsdannelse innen psykisk helsearbeid [Relevance and evidence. Practice-oriented and user-oriented knowledge generation in mental caretaking] *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*; 9 (1):33-43
6. Rienecker, L., Stray, P. and Gandil, M. Skriv en artikel: Om videnskabelige, faglige og formidlende tekster. [Write an article: about scientific, professional and intermediate texts]. Copenhagen: Forlaget Samfundslitteratur; 2009
7. Jensen, L.B. Fra logos til patos – videnskabsretorik for begyndere [From logos to pathos - science rhetoric for beginners] Roskilde: Roskilde Universitets Forlag; 2007
8. Malterud, K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 2001: 358:483-486
9. Carlson, D.S., Masters, C. and Pfadt, E. Guiding the Clinical Nurse Through Research Publication Development. *Journal for Nurses in Staff Development*, 2008; 24 (5): 222-225
10. Fowler, J. Writing for professional publication. Part 1: Motivation. *British Journal of Nursing*, 2010;19 (16): 1062
11. Wu, J. Improving the writing of research papers: IMRAD and beyond. *Landscape Ecology*, 2011: 26:1345-1349
12. Tariman, J.D. Mentoring in Publication: A Lifelong Legacy. *Oncology Nursing Society Connect*, 2009; 24(1): 8-12
13. Baldwin, C. and Chandler, G.E. Improving Faculty Publication Output: The Role of a Writing Coach. *Journal of Professional Nursing*, 2002; 18 (1): 8-15
14. Davidhizar, R. and Cosgray, R. Mentoring state hospital nurses to write. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1997; 4:125-129
15. Reason, P. and Bradbury, H. *Handbook of Action Research: Participative Inquiry & Practice*. London: SAGE Publications; 2001
16. McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. and Seers, K. Getting evidence into practice: the meaning of 'context', *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 38: 94-104

17. McNiff, J. and Whitehead, J. *Action Research: Principles and Practice*. London: Routledge/Falmer; 2002
18. Hummelvoll, J.K. (2006) *Handlingsorienteret forskningssamarbeid - teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner* [Action-oriented research - theoretical justifications and practical implications] *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2006: 8: 17-30
19. Hammersley, M. and Atkinson, P. *Ethnography: Principles in Practice*, London: Routledge; 2007
20. Wadel, C. *Feltarbeid i egen kultur . En innføring i kvalitativt orienteret samfunnsforskning* [Field work in their own culture. An introduction to qualitative oriented social research] Flekkefjord: SEEK; 1991
21. Kvale, S. *An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Thousand Oaks: Sage Publication; 1996
22. Salas-Lopez D, Deitrick L., Mahady, M.A., Moser K., Gertner E.J, Sabino J.N. Getting Published in a Academic-Community Hospital: The Success of Writing Groups, *Journal of General Internal Medicine*, 2011; 27 (1): 113-116
23. Sanderson, B.K., Carter, M. and Scheussler, J.B. Writing for Publication: Faculty Development Initiative Using Social Learning Theory, *Nurse Educator*, 2012: 37 (5): 206-210
24. Hattie, J and Timperley H. (2007) The Power of Feedback, *Review and Educational Research*, 2007: 1: 81- 112
25. Hounsell, D., McCune, V., Hounsell J. and Litjens, J. The quality of guidance and feedback to students, *Higher Education Research and Development*, 2008: 27 (1): 55-67.
26. Dysthe, O. 'What is the Purpose of Feedback when Revision is not Expected?' A Case Study of Feedback Quality and Study Design in a First Year Master's Programme, *Journal of Academic Writing*, 2011: 1: 135-142
27. Merlin, T., Weston, A. and Tooher, R. Extending an evidence hierarchy to include topics other than treatment: revising the Australian 'levels of evidence', *BMC Medical Research Methodology*, 2009: 9. Available at <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/9/34>
28. Heinrich, K.T, Hurst, H., Leigh, G., Oberleitner, M.G. and Poirrier, G.P. The teacher-scholar project: how to help faculty groups develop scholarly skills. *Nursing Educating Perspectives*, 2009: 3 (30): 181-186
29. McCormack, B., Manley, K., Titchen, A. *Practice Development in Nursing and Healthcare – second edition*, Oxford: Wiley-Blackwell, 2013

Stomiskole giver nyt liv

Sygeplejerske Anne Grete Olsen

Artiklen er publiceret i Sygeplejersken 2011; (21): 78-81 og er fagredaktørbedømt.

English abstract:

Olsen AG. Stoma School gives new hope. Sygeplejersken 2011;(21):78-81.

A pilot project at the Department of surgery provides stoma surgery patients with a new form of rehabilitation, called a Stoma School.

Interdisciplinary instructors have instructed recovered and discharged patients in modules; and a follow-up group training based on Guided Self-Determination methods has been tested. The group training utilises written reflection sheets and conversation. Fellowship with peer patients helps support the individual to tackle the daily problems of living with a stoma. The Stoma School is open to ambulatory patients within a year of stoma surgery.

Results from a quality of life survey, Stoma-QoL, have shown significant improvements for the participants and provided the instructors with more experience and knowledge about these patients' problems and informational needs.

Keywords: Interdisciplinary group-based patient instruction, Stoma School, Guided Self-Determination, rehabilitation.

Stomiskolen startede i 2009 som et udviklingsprojekt og er siden gennemført tre gange om året. Stomiskolen tilbyder rehabilitering af ambulante patienter opereret i kirurgisk afdeling på Køge og Roskilde Sygehuse. En deltager fortæller, at det er svært at vågne op efter operationen med en stomi og have tanker som "det går aldrig godt" og "hvordan klarer jeg dette?" Og han fortsætter:

”Efter flere måneder med angst for at komme ud i samfundet meldte jeg mig til Stomiskolen, og det var lige dét, der fik mig videre. Et fantastisk godt forløb, hvor vi stomister stille og roligt drøftede de mange ting igennem, som hver deltager gik og tumlede med og troede, man var alene om. Så formålet med skolen har fået os ud af tankekaosset og ind på sporet igen – hvor herligt! Jeg håber, at dette tiltag vil og må blive et tilvalg for fremtidige stomipatienter, som helt givet vil komme til at tumle med de samme tanker og problemer om livet med en pose.”

Behov for hjælp til at leve med en stomi

I Danmark er der ca. 11.000 mennesker med stomi, heraf ca. 7.000 med kolostomi, ca. 2.500 med ileostomi, og ca. 500 har urostomi (1). Stomier kan være anlagt som en midlertidig eller en permanent løsning på baggrund af en benign eller malign sygdom. Erfaringer fra Fagligt Selskab for sygeplejersker i stomiplejen fortæller os, at der kun ganske få steder i Danmark udbydes stomiskoler.

Nyre kvalitative studier af stomipatienters livskvalitet, kropsofattelse, seksualitet samt psykosociale og praktiske tilpasninger fastslår, at konsekvenserne efter kirurgisk anlæggelse af en stomi kan være omfattende for den enkelte og for dennes nærmeste (2). En dansk tværsnitsundersøgelse viser, at knap halvdelen af de stomiopererede lever med hudproblemer, og at en stor del af patienterne ikke erkender disse og derfor ikke søger sundhedsprofessionel hjælp (3). Disse resultater samt erfaring fra kirurgisk afdeling er baggrunden for, at vi tilbyder rehabilitering i form af en stomiskole. Vores erfaringer er, at det er svært at få hverdagslivet til at fungere med stomi, at patienten ofte udtrykker ensomhedsfølelse, og at patienten kan have mange praktiske problemer med at takle stomitilværelsen.

I vores kirurgiske afdeling opereres ca. 250 patienter pr. år; hvor nogle får en stomi i kortere eller længere tid, og andre får stomi som en permanent løsning. I dag får patienterne kontrol i et stomiambulatorium efter udskrivelsen, og Stomiskolen er ikke ment som en erstatning for dette individuelle tilbud. Stomiskolen består af et kursusforløb på 16 timers undervisning over syv uger. Hvert kursusforløb indeholder seks moduler, hvor de første fem moduler er med undervisning to gange om ugen, og derefter er der tre ugers pause før det sjette modul. Stomiskolen er inspireret af Kræftskolen Danmark (4), som anbefaler, at patientundervisning indeholder en kombination af tildeling af viden og rådgivning fra tværfaglige professionelle, af handling og af støtte samt af samvær med ligestillede. Stomiskolens undervisere er stomisygeplejersker, kirurg, diætist, fysioterapeut, psykolog, socialrådgiver samt patientrådgivere fra COPA og Colitis-Crohn Foreningen.

Hvert af de seks moduler består af en undervisningslektion, herefter en kaffe-pause, der har en social funktion, og derefter et gruppearbejde. I hvert forløb kan seks til syv patienter deltage. Undervisningsemnerne er sammensat i et tværfagligt samarbejde og fokuserer på emner som hudpleje, kost, fysisk aktivitet samt psykosociale udfordringer i hverdagslivet med en stomi. Stomiskolens indhold er løbende evalueret og tilpasset deltagernes behov. Stomiskolens gruppearbejde, som tager afsæt i metoden guidet egenbeslutning (GEB), er en metode, der faciliterer meningsfuld og effektiv problemløsning mellem patient og professionel. Gennem et randomiseret kontrolleret studie har GEB vist sig effektiv i gruppeintervention til patienter med type 1-diabetes (5). Metoden er nu omsat til stomiopererede patienter via et samarbejde med sygeplejeforsker Vibeke Zoffmann, som har udarbejdet guidet egenbeslutning i sin ph.d.-afhandling (6).

Kriterier for deltagelse

Stomiskolens deltagere er udvalgt efter flere kriterier. Det er voksne restituerede, selvhjulpne patienter, som er opereret inden for et år, der skal have stomi i en længere periode eller som en varig funktion. Patienterne skal tale og forstå dansk og hverken være i onkologisk kemokur eller være fysisk svækkede eller med mental sygdom. Det vil sige, det har været patienter, der har klaret sig selv og været på vej ud i hverdagslivet igen, nu med en stomi.

Tabel 1. Baggrundsplysninger om patienterne

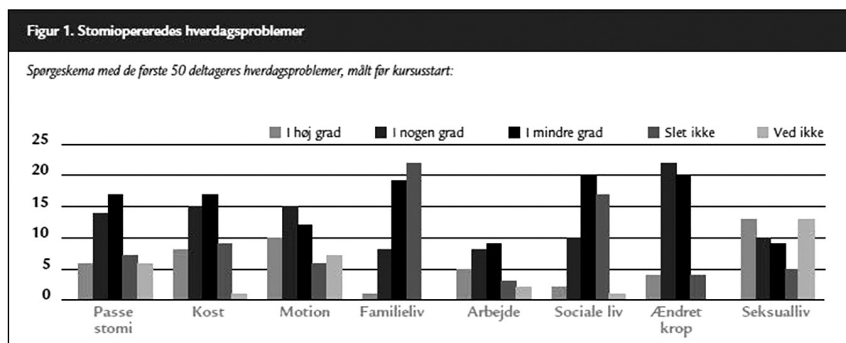
Spørgeskema med patientens baggrundsplysninger målt for kursusstart:

Antal – 50	Gennemsnit	Spændvidde	Pct.
Mænd/kvinder			48/52
Alder (år)	59,3	26-79	
Måneder siden stomioperation	5,5	2-12	
Stomitype: Kolostomi/ileostomi			52/48
Stomi: Permanent/midlertidig/ikke besluttet			52/20/28
Diagnose: Kræft/inflammatorisk tarmsygdом/ikke kræft			28/38/34

Ved tilmeldingen blev et spørgeskema udleveret, hvor patienterne angiver deres problemer i forhold til hverdagslivet med stomi, og giver den enkelte mulighed for at udtrykke ønsker til undervisningen i Stomiskolen. Vi har her valgt at vise resultaterne fra de første 50 deltagere i Stomiskolen. I spørgeskemaet er baggrundsplysninger målt, som viser en ligelig fordeling af mænd og kvinder med gen-

nemsnitsalder på 59,3 år og aldersspredning fra 26-79 år. De fleste af dem, der har valgt undervisningstilbuddet, er opereret med benign baggrund, se tabel 1. De oplevede problemområder er målt i forhold til at passe stomi, kost, motion, at vende tilbage til familieliv, det sociale liv, arbejdslivet, at leve med en ændret krop og at genetablere seksuallivet.

Spørgeskemaet viser, at deltagerne har mange forskellige problemer i hverdagslivet med stomi, færrest i forhold til familielivet og det sociale liv, se figur 1. Målingerne af patientproblemer samstemmer med international forskning, som beskriver flere forskellige problemområder i hverdagslivet efter en stomioperation (2). Vi er også via spørgeskemaet blevet opmærksomme på, at patienter efter stomioperationen har behov for vejledning i forhold til at få gang i motion samt træning af mavemusklér.



Stomiskolens gruppearbejde

Vi har valgt at inkludere gruppearbejde efter GEB-metoden i Stomiskolen, som sigter mod at øge livsdygtighed, ved at guide patienten til systematisk at udforske egne personlige vanskeligheder med sygdommen. Til gruppearbejdet anvendes refleksionsark til at udtrykke patientens vanskeligheder eller ønsker, og disse guider både patienten og underviseren, idet forskellige opfattelser anses for at kunne medvirke til forandring. Patienten guides til egen problemløsning ved at beslutte sine mål og handlinger samt at evaluere disse efter afprøvning.

Patienterne forbereder sig hjemme via udvalgte refleksionsark, og vi drøfter disse i grupper på tre til fire deltagere samt en stomisygeplejerske. Herved får deltagerne mulighed for at udveksle erfaringer og lære af hinandens løsninger, og delta-

gerne inddrager input fra den tværfaglige undervisning. Vi har arbejdet både med grupper med samme og med grupper af blandet køn. Sammensætningen er især foregået ud fra deltagerens alder eller ud fra stomitypen, som har været kolostomi og ileostomi, men andre modeller er også afprøvet. Det lille antal i gruppen har haft afgørende betydning for gruppearbejdets effektivitet og deltagerens åbenhed. Vores erfaringer er, at GEB-metoden fordrer en god kommunikation, hvor stomisygeplejersken anvender aktiv lytning og guider patienten til nye løsninger af egne aktuelle problemvalg eller ønsker om at forbedre et område i hverdagslivet. Refleksionsarkene er tilrettet efter stomiopereres behov samt efter, at kursusforløbet kun omfatter syv ugers undervisning.

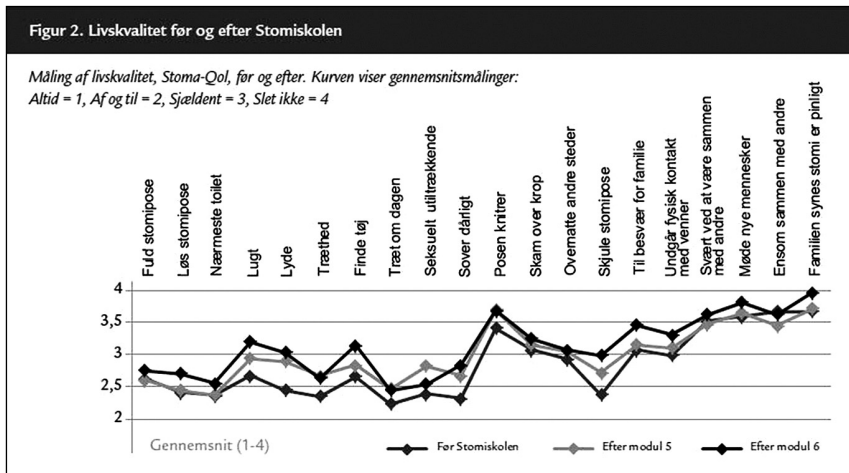
Guidet egenbeslutning hjælper deltagerne

Refleksionsarkene har givet deltagerne mulighed for at bearbejde egne aktuelle hverdagsproblemer eller ønsker efter deres stomioperation. I pausen mellem det femte og sjette modul har deltagerne afprøvet egne løsningsforslag, som de herefter har evalueret i det sidste modul. De emner, deltagerne har valgt, har været problemer med at passe stomien i forhold til at få færre lækager, at forebygge hudproblemer og at få større mod i dagligdagen med stomien. Sidstnævnte kunne være at skulle skifte stomibandagen uden for hjemmet, at overvinde sig selv til at overnatte hos familie og at rejse på ferie. Andre har valgt at arbejde med at få en bedre tarmregulering ved hjælp af kosten, få igangsat fysisk træning samt at få et bedre fysisk velbefindende. Nogle har valgt at arbejde med egen acc ept af stomien, af kroppens ændring og at arbejde for at få igangsat sit vanlige samliv.

Via skriftlige og mundtlige evalueringer har deltagerne udtrykt, at der var et godt samarbejde i grupperne, og at det har betydning at høre om, hvordan andre takler deres problemer. De har oplevet ærlighed og åbenhed i gruppen og oplevet, at de ikke var alene om problemerne. Refleksionsarkene har givet nye tanker om problemerne; nogle udtrykker, at de er blevet mere positive ved at få vendt deres tanker, og at de nu tænker mere over tingene. Deltagerne har kunnet tage nye beslutninger til at løse egne hverdagsproblemer, og de har haft gavn af at lytte til andres løsninger. Kun få deltagere, under 5 pct., har ikke fået udbytte af at arbejde med refleksionsarkene, men har derimod haft udbytte af samtalerne i gruppen. Nogle af deltagerne har dannet netværk efter Stomiskolen. Deltagere, der har haft stomi i næsten et år, har også haft udbytte af Stomiskolen og har kunnet bidrage med egne erfaringer til nyopererede. Ganske få er udeblevet fra moduler og da ofte pga. sygdom.

Øget livskvalitet

Deltagerne har evalueret Stomiskolen skriftligt og mundtligt. Deltagernes livskvalitet er målt før, under og efter Stomiskolen ved hjælp af Stoma-QoL (7), som er et internationalt valideret måleredskab inddelt i 20 spørgsmål, der måler psykosociale områder i forhold til at leve med en stomi på en skala fra "altid et problem" til "ikke et problem". Stoma-QoL-resultaterne er vist som gennemsnit, og resultaterne stiger fra før Stomiskolen til efter modul 5 og modul 6 op imod at være et "ikke problem". De første af de 20 spørgsmål er de mest almindelige problemområder og har også de største gennemsnitlige stigninger, se figur 2.



De første af de 20 spørgsmål er de mest almindelige problemområder og har også de største gennemsnitlige stigninger, se tabel 2.

Tabel 2. Oplevelse af livskvalitet

Stoma-QoL målt som final score, hvor 100 viser størst livskvalitet:

	Median	Spændvidde	Gennemsnit
Før Stomiskole	57,18	33,58-74,58	56,66
Efter modul 5	59,62	48,78-72,89	59,29
Efter modul 6	61,03	47,28-100	62,01

Final score stiger således signifikant gennem målingerne ($p < 0,0001$, Friedman Test).

Stoma-QoL er også vist ved resultaterne af final score. Disse fremkommer ved at addere de forskellige spørgsmåls pointmålinger, som omsættes i en skala fra 0-100

point, hvor 100 måler den største livskvalitet. Statistisk stiger final score signifikant gennem målingerne, $p < 0,0001$ vist i tabel 2 side 80 ved Friedman Test, som er en beregning af sandsynlighed i SPSS-datasystem. Gennemsnit af final score stiger fra 56,66 før undervisningen til 62,01 efter Stomiskolen.

Måske stomiskole i kommunalt regi

Stomiskolens evalueringer har været vejledende i forhold til udviklingen af undervisningen. Deltagerne har opnået ny viden via den tværfaglige modulundervisning, og de har haft mulighed for at drøfte forskellige emner med ligestillede. Et kritikpunkt kan dog være, at det ikke har været muligt at tilbyde Stomiskolen til alle stomioperede inden for inklusionskriterierne. De hurtige patientforløb og specialiserede hospitalsafdelinger centraliseret på få behandlingssteder i Danmark vil sikkert fordre, at patientundervisning udbygges. En overvejelse kunne være, om Stomiskolen i fremtiden skal tilbydes i kommunalt regi i sundhedscentre for at kunne gives som en del af et mere ensartet tilbud. En patientundervisning som denne vil passe sammen med det generelle ønske om at udbygge rehabilitering af den kroniske patient, som i dette tilfælde er den stomioperede.

Tak til Augustinus Fonden og Tryg Fonden, som har støttet Stomiskolen.

Litteratur

1. Netdoktor.dk: <http://www.netdoktor.dk/stomi/operationsform.htm> (05.11.11).
2. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nursing* 2005;14:74-81.
3. Herlufsen P et al. OstomySkinStudy: a study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal and Nursing* 2006;15:854-62.
4. Mose A. Patientundervisning. En handleplan 5 faser og 9 gode råd. *Kræftens Bekæmpelse* 2001. Danmark
5. Zoffmann V, Lauritzen T. Guidet egen-beslutning øger livsdygtighed med type 1 diabetes og A1C i randomiseret, kontrolleret undersøgelse. *Klinisk sygepleje* 2009;23(4):34-46.
6. Zoffmann V. Guided Self-Determination. A life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes. PhD thesis. Aarhus: Department of Nursing Science, University of Aarhus; 2004.
7. Prieto L, Thorsen H, Juul K. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005;3:62.

Gruppeforløb gavner patienter med Alzheimer

Specialistsygeplejerske Karen Christiansen

Artiklen er publiceret i Sygeplejersken 2014 ; (4) : 67-70 og er fagfællebedømt.

English abstract:

Christiansen K. Group Work Benefits Patients with Alzheimer's Disease. Sygeplejersken 2014;(4):67-70.

The Regional Danish Dementia Research Centre at Roskilde Hospital has developed a short patient group programme in the aim of creating positive experiences for patients through meetings with others like them and thus inspiring them to accept similar offers in the future. The meetings in the patient group programme were overseen by an observer, who then evaluated and reflected on the meeting together with the meeting coordinator and adjusted plans for future meetings accordingly. The participants clearly expressed their satisfaction with the exchange of thoughts and experiences with others like them on topics of importance to them. The planning of the group sessions was inspired by Region Zealand's health education degree programme (1), and the group work described here served as inspiration in the development of Region Zealand's "Life with Dementia – A Course of Study".

Keywords: Dementia, group work, pedagogy

Alzheimers sygdom er en konstant fremadskridende kronisk sygdom, der påvirker de kognitive evner, og man ved, at personer med en kronisk sygdom kan have glæde af at mødes med ligestillede (3).

Derfor anbefaler det nationale DAISY-projekt at knytte kontakter til ligestillede samt til relevante støttetilbud allerede tidligt i sygdomsforløbet, hvor man endnu kun er let kognitivt påvirket (4).

DAISY-projektet viste, at et støtteprogram med rådgivning bl.a. gennem patientgrupper havde positiv effekt på depressive symptomer og livskvalitet i op til et år efter interventionen.

Klassiske støttetilbud fra kommuner og patientforeninger retter sig overvejende mod den store gruppe af ældre personer med demenssygdomme bredt og mod pårørende til personer med demenssygdomme.

Yngre personer (<65 år) med Alzheimers sygdom er antalsmæssigt forholdsvis få, og de står derfor mere alene med deres sygdom (5). Samtidig er det vores erfaring fra demensudredningsklinikken, at yngre personer med en nydiagnosticeret Alzheimers sygdom er tøvende, når vi informerer om kommunale tilbud, f.eks. om at mødes med ligestillede. Samme erfaring hører vi fra kommunernes demenskoordinatorer.

Vi er to specialistsygeplejersker på Regionalt Videnscenter for Demens ved Neurologisk afdeling på Roskilde Sygehus. Vores tanke var at udvikle et patientgruppeforløb, hvor vi byggede på den fortrolighed og tillid, som vi gennem udredningsforløbet havde opbygget sammen med patienten. Hvis deltagelse i vores patientgruppe blev opfattet positivt, ville der være skabt grobund for, at patienterne efterfølgende ville tage imod lignende eller andre tilbud fra kommune eller Alzheimerforening.

Disse tanker samt meget stor inspiration fra Region Sjællands sundhedspædagogiske uddannelse om afholdelse af gruppebaserede patientuddannelser (1) var baggrunden for det videre arbejde med vores patientgruppeforløb.

Formål og planlægning

To gruppesamtaleforløb blev planlagt med følgende formål: At deltagerne får en positiv erfaring med at tale om og lytte til ligestillede tanker om hverdagen med Alzheimers sygdom.

- At deltagerne får mulighed for netværksdannelse med ligestillede
- At deltagerne kan blive inspireret til fremover at gøre brug af tilbud om støtte fra kommunens demenskoordinator og Alzheimerforeningen.

Deltagere

Vi planlagde en gruppestørrelse på 6-8 personer, alle yngre under 65 år med en nydiagnosticeret Alzheimer. Vi overvejede kriterier som krav til sprogfunktion og vurderet evne til at deltage i gruppesammenhæng, men dette blev ikke aktuelt.

I alt inviterede vi 17 personer til de to patientgrupper, og 15 ville gerne deltage. Antallet af inviterede svarede til samtlige nydiagnosticerede yngre patienter med Alzheimers sygdom i vores klinik i den periode.

Til det sidste møde var hver deltagers nærmeste pårørende inviteret med. For at motivere potentielle deltagere bedst muligt, blev patienten inviteret af den sygeplejerske, der havde været patientens kontaktperson i udredningsforløbet.

Patienten blev ringet op og informeret om tilbuddet, og hvis personen ønskede det, sendte vi en skriftlig invitation.

Rammerne for møderne

Gruppen skulle mødes to timer hver uge – tre møder i alt. Møderne skulle foregå over et kaffebord med bordkort, så det var tydeligt, at hver enkelt deltager var ventet.

Vi afsatte god tid før og efter mødet til at byde hver enkelt deltager velkommen og til at sige individuelt farvel. Vi havde planlagt, at hver deltager fik en mappe, som kunne fyldes undervejs med relevante ark relateret til de emner, der ville komme op under mødet.

Vi havde indlagt god tid til en pause midt i mødet, så der var mulighed for mere fri snak deltagerne imellem.

Mødernes indhold

Tanken var, at samtaleemnerne skulle vælges ud fra, hvad deltagerne fandt relevant og interessant i situationen. For at hjælpe denne proces i gang, ville vi gøre brug af "Ønskekort – redskab til dialog" fra Sundhedsstyrelsen (6).

Kortene er fotografier af konkrete ting eller aktiviteter, som er velkendte fra hverdagen. Hver deltager skulle vælge 1-2 kort og fortælle om tanker bag valget. Mødeleder skrev alle valgte temaer op på en flipover og gjorde så mange af temaerne til samtaleemner, som mødet tidsmæssigt kunne rumme.

For at kunne supplere relevant med faglige input, skulle mødeleder altså have forberedt sig på en bred vifte af mulige temaer. Denne mødelederrolle beskrives i "I balance med kronisk sygdom" af Gitte Engelund (7), som "den sundhedspædagogiske jonglør".

Her er den fornemste kompetence at kunne være deltagerorienteret og støttende i forhold til samtalen og dynamikken i gruppen, samtidig med at mødelederen skal være fagligt kompetent.

Mødernes fremadrettede funktion

Til det sidste møde med deltagelse af pårørende valgte vi på forhånd to positivt fremadrettede temaer: "Nævn en udfordring i hverdagen og fortæl, hvordan I tackler den" og "Hvad giver jer glæde i hverdagen?"

Deltagerne skulle deles i grupper på 2-3 par og udveksle tanker og erfaringer. Hver gruppe skulle skrive stikord på farvede kort til ophængning på væggen som basis for den videre snak, som med støtte af mødeleder blev bredt ud blandt samtlige deltagere.

Ved dette sidste møde med pårørende deltog en kommunal demenskoordinator, som havde et indlæg om sin funktion og om klassiske kommunale tilbud, og vi fremlagde materiale fra Alzheimerforeningen.

Evaluering af gruppemøderne

Det var vigtigt at få deltagerne tilbagemelding på selve møderne, inden de gik hjem, senere ville de måske ikke kunne huske nok om møderne til at kunne give en tilbagemelding.

Udover deltagerne direkte tilbagemelding ville vi også evaluere ud fra deres engagement i og udtalelser på mødet. Derfor valgte vi, at en af planlæggerne deltog som observatør og skrev mødeforløbet og alle udtalelser ned.

Ligeledes nedskrev observatør mødelederens afvikling af mødet. Mødeleder og observatør evaluerede og reflekterede efter hvert møde, og hver mødeevaluering gav anledning til justering af mødeafviklingen.

Anbefalinger til gruppeforløb for yngre med Alzheimers sygdom

- Invitér en veldefineret målgruppe
- Invitér den enkelte personligt
- Inkludér højst seks-syv deltagere
- Sørg for, at mødets rammer er genkendelige og venlige
- Lad deltagerne vælge emner til drøftelse
- Gør afviklingen af mødet enkel og konkret

Vær to medarbejdere om at afvikle mødet.

Første møderække

Deltagere

I første møderække deltog syv personer, fem mænd og to kvinder. Allerede fra første møde opstod en meget fortrolig og tryk atmosfære. Deltagerne udtrykte glæde og tryghed ved at være med, og en deltager sagde: "Godt, at det er stille og roligt." En enkelt deltager kunne ikke komme til første møde og kom ikke med i fællesskabet på samme måde som de øvrige. Vi besluttede derfor, at deltagerne i fremtidige møderækker skulle kunne deltage i alle tre møder.

Sidste møde i møderækken, hvor hver deltager havde en nær pårørende med, startede med en præsentationsrunde. Uforvarende kom mødeleder til blot at bede nærmeste person starte med at præsentere sig, og dette var tilfældigvis en pårørende. Efterfølgende kom personerne med Alzheimer præsentationsmæssigt til at virke som påhæng til deres pårørende.

Vores målsætning med møderne var at styrke personen med Alzheimers sygdom, derfor vil vi fremover styre præsentationen bedre, så personerne med Alzheimers sygdom skal have ordet først og herefter fortælle, hvem de har med.

Rammerne

Vi erfarede, at der meget let opstod usikkerhed i gruppen, hvis strukturen blev for uklar for deltagerne. Dette skete ved introduktionen af fotokortene, ved fordelingen af deltagerne i summegrupper samt udleveringen af mapper.

Disse aktiviteter måtte vi gøre mere enkle, tydelige og konkrete ved de følgende møder, og mapperne valgte vi helt at udelade.

Indhold

Selve brugen af kortene som inspiration til samtaleemner fungerede rigtig godt, og emnerne var bl.a.: samvær med børnebørn, at fortælle andre om sygdommen, at røre sig, kørekort, arvelighed, madlavning.

Alle var aktivt med i samtalerne, og en deltager udtalte: "Vi har lyttet godt til hinanden". Til vores særlige glæde oplevede vi, at en deltager, som ved konsultationerne i klinikken havde vanskeligt ved at udtrykke sig sprogligt, under møderne talte frit og relevant med gode input til gruppen. Denne deltager sagde: "Jeg har været rigtig glad – den måde vi har siddet og snakket, det har været bedre end noget andet, jeg har været med til." Det lærte os at være forsigtige med at dømme nogen ude på forhånd.

Et afsæt for netværksdannelse

Netværksdannelsen foregik næsten helt af sig selv. Inden vi havde set os om, havde flere deltagere udvekslet mobilnumre, og der blev udfyldt en fælles telefonliste. Der blev lyttet interesseret og stillet spørgsmål til den kommunale demenskoordinator, som deltog i det tredje og sidste møde.

Anden møderække

Ændringerne viste sig at være velfungerende i anden møderække. Til gengæld oplevede vi i anden møderække, at gruppestørrelsen havde nået sit maksimum med otte personer, fem kvinder og tre mænd.

Det krævede en intensiv indsats af mødeleder at sikre opbakning og anerkendelse til hver enkelt, så vi besluttede, at gruppestørrelsen fremover skulle være på seks-syv deltagere.

I anden møderække faldt netværksdannelsen ikke lige så let. Alle skrev sig dog på en fælles telefonliste. Deltagerne i anden møderække kom fra meget store afstande, og flere deltagere udtrykte, at de derfor mente, det ville være vanskeligt at opretholde en forbindelse.

Diskussion og konklusion

Ud fra de positive tilkendegivelser fra deltagerne og vores egne observationer mener vi, at det er et relevant tilbud, vi har udviklet. Vi udviklede konceptet løbende og kom frem til de anbefalinger, som fremgår af boksen.

Vi vil fastholde målgruppen af yngre, nydiagnosticerede Alzheimerpatienter, idet dette var meningsfuldt for deltagerne, hvor en sagde: "Det er vigtigt, at det er på nogenlunde samme tidlige stadie, vi er. Det er trist, når der er mange, der er dårligere end en selv."

Vi vil også fastholde det forholdsvis korte gruppeforløb, idet vores tilbud i sekundær sektor skal ses som en inspiration til at tage imod fremtidige tilbud fra primær sektor eller frivillige organisationer.

Patientgruppeforløbet gav inspiration til nedsættelse af en tværfaglig og tværsektoriel regional arbejdsgruppe, som udarbejdede "Livet med demens – et kursusforløb" (2).

Der blev afsat projektmidler til afprøvning af kursusforløbet i kommunerne, og flere kommuner i Region Sjælland afviklede i efteråret 2013 sådanne kursusforløb.

Litteratur

1. Lokaliseret 3/12 2013 på www.regionsjaelland.dk > Sundhed > Kronikerportal > Kronikerprojekter > Patientuddannelse i region Sjælland - høj kvalitet på rette tid og sted > Model for patientuddannelse
2. Lokaliseret 3/12 2013 på www.regionsjaelland.dk > Sundhed > Kronikerportal > Kronikerprojekter > Patientuddannelse i region sjælland - høj kvalitet på rette tid og sted > Patientuddannelse for borgere med demens
3. Bache M, Østerberg B. At være i verden med kronisk sygdom. København: Dansk psykologisk Forlag; 2005.
4. Lokaliseret 3/12 2013 på <http://www.videnscenterfordemens.dk/DAISY>
5. Lokaliseret 3/12 2013 på www.videnscenterfordemens.dk > Viden om demens > Demenssygdomme > Forekomst og fordeling af demens
6. Kortene kan bestilles gennem Sundhedsstyrelsens Publikationer Rosendahls sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk
7. Englund G. I balance med kronisk sygdom. Sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse. Gentofte: Steno Center for Sundhedsfremme; 2011.

Selvvalgt forebyggelse giver mere mening

Ledende oversygeplejerske Birgitte Mortensen

Artiklen er publiceret i *Sygeplejersken* 2011; (19): 55-58 og er fagredaktørbedømt.

English abstract:

Mortensen B. How we work with prevention. *Sygeplejersken* 2011;(19):55-8.

The article describes a project where nurses are responsible for preventative and health promotive aspects of outpatient controls for stroke patients in thrombolysis therapy. The project has shown that most patients in thrombolysis therapy at the Department of Neurology, Roskilde Hospital, who receive information during admission, know about preventative dietary, alcohol and exercise advice. Following acute admission, it is meaningful for the patient to be able to choose the areas on which to concentrate. The project shows that staff could be better at providing written information concerning prevention while the patient is admitted. Nurses working with thrombolysis therapy are planning a new study to address a need for increased preventative efforts concerning hypertension.

Keywords: Prevention, prophylaxis , stroke, lifestyle changes, nursing

Døren til stuen går op, en bære med en ældre herre bliver kørt ind af en portør. På stuen står en bioanalytiker, en læge og en sygeplejerske klar til øjeblikkeligt at begynde hver deres gøremål, for at patienten om muligt i løbet af ca. 35 minutter kan påbegynde behandling med trombolysemedicin. Denne artikel beskriver, hvordan vi i Roskilde arbejder med forebyggelse af ny apopleksi.

Vi er en gruppe af sygeplejersker, inklusive den kliniske udviklingssygeplejerske, der har speciel interesse for patienter, som indlægges til trombolysbehandling, og i særdeleshed for, hvordan en ny apopleksi hos patienten kan forebygges.

Forebyggelse og sundhedsfremme

I 2008 nedsatte regeringen Forebyggelseskommissionen, der skulle komme med forslag til en styrket indsats på forebyggelsesområdet og dermed en reduktion af omkostningerne ved livsstilssygdomme. Hvad man i forvejen vidste, var, at 40 pct. af alle sygdomme og tidlige dødsfald skyldes forkert kost, rygning, alkohol og for lidt motion. Målet var derfor at øge danskernes middellevetid med tre år (1). I Den Danske Kvalitetsmodels standarder, der blev overdraget til sygehusene i august 2009, er der standarder omhandlende forebyggelse og sundhedsfremme (2). I standard 2.16.1 fremgår det, at der skal forefindes politikker for forebyggelse og sundhedsfremme, og i 2.16.2, at den sundhedsmæssige risiko skal identificeres med netop det formål at iværksætte relevante aktiviteter sammen med patienten, som kan medvirke til at fremme patientens sundhedstilstand. I lægejournalen er det en selvfølge at dokumentere, om patienten er ryger og har et alkoholforbrug, og nu er det blevet en standard for god kvalitet i sundhedsvæsenet, at den sundhedsfaglige person forholder sig til disse oplysninger, og derfor noget, den enkelte afdeling i et samarbejde med patienten er nødt til at fokusere på.

Trombolysebehandling i Danmark

Til trods for at rigtig mange danskere kender til forkert livsstils indflydelse på hjerte- og karsygdomme, så rammer apopleksi ca. 13.000 danskere om året, hvoraf omkring 750 bor i Region Sjælland. Førstegangsindlæggelser forbruger 200.000 sengedage om året på sygehusene (3).

Risikoen for en blodprop, når man har fået en advarsel i form af en forbigående forstyrrelse af blodtilførslen til hjernen, et transient ischaemic attack (TIA), er 10-12 pct. årligt (4). Siden 2004 har det i Danmark været muligt at give trombolysebehandling, der medvirker til reducere af patientens symptomer og er den første egentlige behandling rettet direkte mod blodproppen. Trombolysebehandlingen bygger på resultaterne af randomiserede kliniske studier (5,6,7).

Denne behandling blev indført som en fast procedure pr. 1. september 2008 i Roskilde. I begyndelsen skulle behandlingen iværksættes senest tre timer efter symptomdebut, men siden 1. januar 2010 er behandlingvinduet øget til fire og en halv time.

Sygeplejeledet ambulat behandling

Når den ældre herre på båren har fået sin trombolysebehandling og forhåbentlig i løbet af få dage kan udskrives uden nævneværdige symptomer, har han under

indlæggelse fået udleveret en folder med skriftlig information om livsstilsændring og forebyggelse.

Ved udskrivelsen får han desuden en tid til at komme i trombolyseambulatoriet tre måneder senere, hvor han vil møde en sygeplejerske. Når patienten kommer til kontrol i ambulatoriet, fylder den akutte oplevelse stadig en del, og han er meget motiveret for at deltage i planlægningen af egne indsatsområder for at undgå genindlæggelse. Som en del af ambulatoriebesøget registrerer sygeplejersken data til den internationale database Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke (SITS) om, hvordan patientens funktionsniveau er (figur 1).

Formålet med registreringerne er at belyse, om der i Danmark opnås samme sikre behandlingsresultat og bivirkningsforekomst som dem, der er opnået i hidtidige undersøgelser.

Figur 1. Nedenstående funktionsbeskrivelse registreres ved tremånederskontrollen af patienten i trombolysebehandling

Score	Beskrivelse	Sæt kryds
0	No symptoms at all	
1	No significant disabling symptoms	
2	Slight disability	
3	Moderate disability	
4	Moderate severe disability	
5	Severe disability	
6	Dead	
7	Alive, Ranking unknown	
8	Unavailable	

I Roskilde har det vist sig at være hensigtsmæssigt, at det er en sygeplejerske, der ser patienten til tremånederskontrollen, så der bliver mulighed for at vejlede om forebyggelse og sundhedsfremme. Seks trombolysesygeplejersker er oplært til at varetage opgaven.

De er alle oplært af den samme sygeplejerske for at sikre så stor overensstemmelse som muligt i den mundtlige information og vejledning, patienterne får.

Systematisk litteratursøgning

Samtidig med at trombolysesygeplejerskerne begyndte at få ansvar for patienter i ambulatoriet, undersøgte den kliniske udviklingsygeplejerske ved en systematisk litteratursøgning, om apopleksipatienter andre steder bliver informeret om sekundær forebyggelse, og om de er i stand til at efterleve anbefalingerne efter udskrivelsen.

Det meste af den fundne litteratur handlede om risikofaktorer og medicinsk forebyggelse. Det var meget sparsomt med litteratur, der handlede om information til

patienten under indlæggelsen samt vurdering af effekten af den givne information. I en engelsk undersøgelse havde man udarbejdet en forebyggelsesplan, som bl.a. sigtede mod at give patienten viden om forebyggelse, så han blev i stand til selv at tage kvalificerede beslutninger (8).

En dansk undersøgelse af godt 300 københavnere fra 2004 til 2008 viste, at patienter med få symptomer efter en apopleksi er i stand til med vejledning fra en sygeplejerske at ændre livsstil (9).

Interviewguide skal forebygge og prioritere

På baggrund af litteratursøgningen samt interviews med de første 45 patienter i perioden december 2008 til september 2009 udarbejdede vi en egentlig interviewguide til hjælp for sygeplejerskerne, der varetager tremånederskontrollen. Guiden har til formål at målrette spørgsmålene til patienterne, så deres viden om forebyggelse af apopleksi og motivation for livsstilsændringer afdækkes.

Den første del af spørgsmålene belyser, om patienten har modtaget afdelingens skriftlige information om forebyggelse, samt om patienten kender forebyggelsesrådene om bl.a. kost, rygning, alkohol og motion (figur 2). Kontrollen omhandler bl.a. blodtryk, vægt, livvidde, rygning og alkohol- og motionsvaner.

Figur 2. Udpluk fra interviewguide om forebyggelse.
Gennemgang af forebyggelsesrådene:

11. Er du klar over, at rygestop nedsætter risikoen for en apopleksi?

Ja Nej

*FAKTA til sygeplejersken:
Risikoen for en apopleksi er for rygere 2-4 gange højere end for ikke-rygere.*

12. Kender du sundhedsstyrelsens anbefalinger med hensyn til indtagelse af alkohol?

Ja Nej

*FAKTA til sygeplejersken:
Ikke over 14 genstande om ugen som mand og ikke over 7 genstande om ugen som kvinde. Et højt alkoholindtag giver en øget risiko for en ny apopleksi.*

13. Er du klar over, at fysisk aktivitet nedsætter risikoen for en apopleksi?

Ja Nej

*FAKTA til sygeplejersken:
Fysisk aktivitet, der øger din hvilepuls til det dobbelte et par gange om dagen, nedsætter risiko for blodproppesygdom og reducerer blodtryk og kolesterol.*

Figur 3. Udpluk fra interviewguide om forebyggelse.
Mål for ændring af livsstil:

2. Blodtryk (Mål f.eks. at arbejde mod et blodtryk på maks. 140/90, gå til kontrol hos egen læge)

Relevant at arbejde med

Ikke relevant at arbejde med

Status:

Patienten motiveret for ændringer

Patienten ikke motiveret for ændringer nu

Mål:

Hvordan opnås målet?:

3. Rygning (Mål f.eks. at nedsætte forbruget til maks. 5 cigaretter dagligt eller stoppe helt)

Relevant at arbejde med

Ikke relevant at arbejde med

Status:

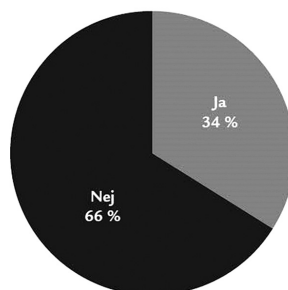
Patienten motiveret for ændringer

Patienten ikke motiveret for ændringer nu

Mål:

Hvordan opnås målet?:

Figur 4. Svar på spørgsmålet: Fik du udleveret en folder om forebyggelse ved udskrivelsen/overflytningen?



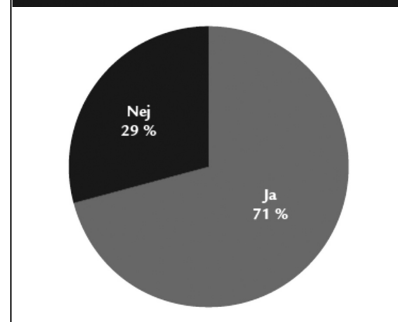
Den sidste del af spørgsmålene hjælper patienten med at prioritere, hvilke eller hvilket forebyggelsestiltag der vil give mening for patienten at fokusere fremadrettet på (figur 3).

Der kan godt være flere områder, hvor patienten ifølge retningslinjerne har behov for livsstilsændringer, men det pointeres af trombolysesygeplejerskerne, at det er vigtigt at være realistisk mht. udvælgelsen, af antallet af ændringsområder, så patienten har kræfter til det og kan holde motivationen oppe til at arbejde med de prioriterede områder.

Personalet kan blive bedre til at informere

Vi har interviewet 191 patienter mellem december 2008 og 1. september 2011, der har været til kontrol i ambulatoriet og er blevet vejledt af sygeplejerskerne vha. interviewguiden. Af dem kan 66 pct. af de adspurgte patienter ikke huske, at de under indlæggelsen har modtaget folderen om forebyggelse (figur 4).

Figur 5. Svar på spørgsmålet: Har du læst udskrivelsesfolderen om forebyggelse?



Af de patienter, der angav at havde modtaget den skriftlige information, havde 71 pct. læst informationen (figur 5). På baggrund af disse to observationer kan vi konkludere, at personalet kan blive bedre til at informere om og udlevere den skriftlige patientinformation om livsstilsændringer under indlæggelsen.

Det er ligeledes relevant at gentage informationen om forebyggelsesrådene ved tremånederskontrollen i ambulatoriet, da patienten på det tidspunkt er ude af den akutte fase og derfor må formodes bedre at kunne modtage informationen. Interviewguiden ved tremånederskontrollen bruges fortsat til at sikre, at sygeplejersken kommer igennem forebyggelsesrådene, og patienten får målrettet sin egen indsats.

Opfølgende telefonopkald

Sygeplejerskens subjektive indtryk er, at det giver mening for patienten under vejledning fra sygeplejersken at vælge egne indsatsområder for livsstilsændringer. Det er baseret på, at mange af patienterne ved fremmødet i ambulatoriet udtrykker lettelse over at være kommet igennem sygdomsforløbet, samt at de gerne sammen med sygeplejersken vil være med til at vælge egne indsatsområder for livsstilsændringer.

Sygeplejersken guider patienten til kun at vælge det, der virker overskueligt for patienten i den nuværende livssituation og ud fra patientens ressourcer.

Mange af patienterne vælger uden videre medicinændring som et indsatsområde for forhøjet blodtryk, hvorimod en ændring af taljemål ikke altid er det først valgte indsatsområde. Det kunne godt indikere, at nogle ændringer er nemmere at tackle end andre, da ikke alle ændringer kræver den samme personlige indsats.

Fra september 2009 til juni 2010 blev 50 patienter, der allerede havde været til tremånederskontrol i trombolyseambulatoriet, også ringet op efter seks måneder. Hensigten var at undersøge, om patienterne stadig fokuserede på livsstilsændringer efter seks måneder.

Patienten blev af sygeplejerskerne stillet spørgsmål efter det samme spørgeskema som ved tremånederskontrollen om bl.a. blodtryk, vægt, livvidde, rygning og alkohol- og motionsvaner. Da patienterne sad parate ved telefonen og havde alle data vedrørende livsstilsændringer eller manglende ændringer klar, var det sygeplejerskens opfattelse, at en stor del af disse patienter var glade for at blive ringet op, og at det var med til at fastholde fokus på livsstilsændringer. Patienterne brugte den telefoniske kontakt til at stille sygeplejersken spørgsmål om, hvordan de kunne arbejde videre med ændringerne eller komme i gang med nye.

Nyt projekt om blodtryksbehandling

I den danske undersøgelse (9) fremgår det, at en nedsættelse af blodtrykket kunne reducere antallet af indlæggelser på baggrund af apopleksi med 40 pct. Imidlertid skete der ingen reduktion i blodtrykket, hovedsagelig fordi patienten skulle have blodtrykket reguleret hos egen læge, og det krævede, at patienten tog kontakt til lægen.

Godt 50 pct. af de patienter, der indtil nu er set i trombolyseambulatoriet, har forhøjet blodtryk ved besøget, hvilket vil sige, at blodtrykket er over 140/90. I et fremtidigt projekt vil vi gøre det muligt for sygeplejersken i ambulatoriet at kombinere information om forebyggelse af apopleksi og livsstilsændringer med at sætte patienten i sufficient blodtryksregulerende behandling. På den måde håber vi på længere sigt at kunne mindske andelen af trombolyserede patienter med forhøjet blodtryk.

Litteratur

1. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats, Vi kan leve længere og sundere, april 2009, Sekretariatet for forebyggelse, Slotsholmsgade 10-12, 1216 København K.
2. DDKM, akkrediteringsstandarder for Sygehuse, Version 1, august 2009, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, s. 175-181.
3. Evaluering af apopleksibehandling i Danmark 1990-2000. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2002. (www.cemtv.dk/publikationer/docs/apopleksi/apopleksi.pdf)

4. Boysen G, Nyboe J, Appleyard M et al. Stroke incidence and risk factors for stroke in Copenhagen, Denmark. *Stroke* 1988;19:1345-53.
5. The National Institute of Neurological Disorders and stroke, rt-PA stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995;333:1581.
6. Hacke W, Kaste M, Fieschi C. Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke. The European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS), *JAMA* 1995;274:1047-25.
7. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, et al. Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASS II) *Lancet* 1998;352:1245-51.
8. Redfern J, Rudd A, Wolfe C et al. Stop Stroke: Development of an innovative intervention to improve risk factor management after stroke. *Patient education and counselling* 72, 2008.201-9.
9. Hornes N. Risk factors after stroke how to improve secondary prevention, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, 2010;1-64.

Dokumentation kan udvikle praksis

Klinisk udviklingssygeplejerske Jeannette Boholt Borchersen

Artiklen er publiceret i Sygeplejersken 2014; (4): 73-82 og er fagfællebedømt.

English abstract:

Borchersen J. Documentation Can Develop Practice.
Sygeplejersken 2014; (4): 73-82.

Nurses believe that professional nursing documentation should be used to develop nursing in one's own department more than it has in the past. Such is the conclusion drawn from a series of focus group interviews with 19 nurses. The nurses talked about a lack of clarity regarding requirements and expectations of documentation practice, and they called for documentation to be used to discuss nursing content requirements in their own departments. The article describes the study and presents and discusses the results in terms of three topics drawn from analyses: Nurses' perception of documentation, training in documentation and the profession's core areas in cross-pressure between operational, time and quality requirements. The article argues that we view documentation more and more as a tool for developing clinical practice, and, finally, it proposes recommendations for rethinking documentation practice.

Keywords: Documentation, reflection, clinical practice

Mål med artiklen

- At præsentere en undersøgelse af dokumentationspraksis, redegøre for resultaterne og diskutere disse
- At anbefale en fremtidig dokumentationspraksis, der tager højde for patientens perspektiv og sygeplejens kerneopgaver
- At beskrive, hvordan dokumentation kan anvendes som et udviklingsredskab i sygeplejen

LÆSERTEST (Svar sidst i artiklen)

1. Hvad betyder ordet dokumentation?
2. Hvad er lovgrundlaget for dokumentation i sygeplejen?
3. Hvorfor er det vigtigt at dokumentere sygeplejen?
Nævn mindst tre svar.
4. Er det et krav, at journalen skal indeholde evaluering af udført sygepleje?
5. Er der krav om, at patientens oplevelser og reaktioner bliver dokumenteret?
6. Hvor meget tid tror du, sygeplejersken i 2012 gennemsnitlig anvendte på dokumentationsopgaver pr. vagt?
 - a. 68 minutter
 - b. 99 minutter
 - c. 125 minutter
7. I klagesager har dokumentation af sygeplejen stor betydning, men kan man som sygeplejerske blive kritiseret af Patientombuddet for ikke at have udvist den omhu og samvittighedsfuldhed, der kræves i Autorisationsloven?

Baggrund og formål for undersøgelsen

I 2011 igangsatte fire udviklingssygeplejersker en undersøgelse om sygeplejefaglig dokumentationspraksis på Sygehus Nord, se boks 1.

Boks 1

Deltagere i dokumentationsprojekt i Sygehus Nord, der i 2012 omfattede Roskilde, Holbæk og Køge Sygehuse:

- Jeannette Borchersen, klinisk udviklingssygeplejerske, Medicinsk afdeling, Roskilde Sygehus
- Gitte Ingwersen, klinisk udviklingssygeplejerske, Kardiologisk afdeling, Roskilde Sygehus
- Åse Mikkelsen, kvalitets- og udviklingssygeplejerske, Anæstesiologisk afdeling, Holbæk Sygehus
- Mariane Bove-Christensen, klinisk udviklingssygeplejerske, Pædiatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus.

Baggrunden var, at interne audit på sygehusområdet i Danmark viser, at der generelt er kvalitetsproblemer i den sygeplejefaglige dokumentation (1,2).

Der er bl.a. en meget lille grad af systematik i forhold til sygeplejedokumentationen, således at det opleves svært at genfinde data og skaffe sig et overblik over det enkelte patientforløb. Desuden arbejdes der med mange forskellige sygeplejepapirer i forskellige formater.

Endelig indeholder dokumentationen ofte en gentagelse af lægejournalen og er generelt bagudrettet frem for fremadrettet. Dette til trods for, at der gennem de senere år er udarbejdet retningslinjer for sygeplejefaglig dokumentation såvel lokalt som nationalt (3-7).

Formålet med undersøgelsen var derfor at undersøge

- hvordan og i hvilken grad der dokumenteres i overensstemmelse med retningslinjer for regional og national sygeplejefaglig journalføring, herunder hvordan systematik, kontinuitet, fælles fagsprog og patientperspektivet kommer til udtryk
- hvilke motiverende faktorer og barrierer sygeplejersker oplever i forhold til at anvende såvel regionale retningslinjer som overordnede bekendtgørelser om fagspecifik dokumentation i patientjournalen.

I denne undersøgelse forstås dokumentation i sygeplejen som sygeplejerskers skriftlige eller elektroniske optegnelser over patientens tilstand samt den planlagte og udførte sygepleje (6).

Såvel i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) (7) som i Sundhedsstyrelsens vejledning stilles en række krav til indholdet af patientjournalen, og også i forhold til det interprofessionelle samarbejde omkring kvalitet og patientsikkerhed er det væsentligt at dokumentere sygeplejefagets selvstændige bidrag.

Design og metode

Undersøgelsen bestod af en journalaudit og et fokusgruppeinterview inden for den forstående forskningstype. Denne type gør overvejende brug af den kvalitative metode, og formålet er at forstå de forhold, der har mening og betydning for de aktører, der er involveret i de sammenhænge, som undersøgelsen fokuserer på (8).

Journalaudit

Journalauditten var en retrospektiv kortlægning af det dokumenterede kliniske arbejde. Kortlægningen omfattede dels en undersøgelse af, hvordan og i hvilken grad der blev dokumenteret i overensstemmelse med retningslinjer for regional og national sygeplejefaglig journalføring, dels en undersøgelse af systematik, kontinuitet, fælles fagsprog, samt hvordan og i hvilken grad patientperspektivet kom til udtryk. Kortlægningen blev på baggrund af en guide med eksplicite kriterier foretaget ved en audit, der omfattede 30 randomiserede patientjournaler. De eksplicite kriterier udgjorde

- retningslinje for sygeplejefaglig journalføring på Sygehus Nord
- sygeplejeprocessen (problem/behov, mål, handling, evaluering)
- patientens perspektiv.

Sygeplejefaglige journaler samt de lægefaglige journaloptagelser blev gennemlæst, vurderet og registreret fra seneste indlæggelsesdato og tre dage frem ud fra følgende centrale spørgsmål:

- Indeholder plejeplanen problem, mål, handling og evaluering?
- Hvilke sygeplejefaglige problemområder er dokumenteret?
- Hvordan følges der op på problemstillinger/områder, der fremgår af den indledende sygeplejeudredning?
- Hvordan kom patientens perspektiv til udtryk, og hvilke problemområder omhandlede det?

Idet vurderingen i nogen grad kunne bero på et fagligt skøn, blev der auditeret parvis. På denne måde ønskede man at imødegå en grad af tilfældighed i vurderingen samt en begrænsning i metodens troværdighed.

Fokus i audit var altså at vurdere disse områder, og hvorvidt dokumentationen var fremstillet systematisk, præget af sammenhæng og kontinuitet, samt om sygeplejeprocessen var synlig. Selvom det var en kvalitativ audit, blev nogle af data kvantificeret, f.eks. blev det undersøgt, hvor ofte sygeplejeprocessens fire hovedområder, problem, mål, handling og evaluering var anvendt i dokumentationen.

Fokusgruppeinterview

Efterfølgende blev der gennemført tre fokusgruppeinterview med i alt 19 informanter. Informanterne blev udvalgt og kontaktede i samarbejde med oversygeplejersker og kliniske udviklingssygeplejersker. Den overordnede strategi var at udvælge så forskelligt som muligt, f.eks. i forhold til anciennitet og speciale. Der var

udvalgt i alt 22 informanter, men der kom tre afbud og desværre så sent, at det ikke var muligt at invitere nye deltagere.

I relation til planlægning og gennemførelse af fokusgruppeinterview valgte gruppen at følge anbefalingerne om fokusgrupper af professor Bente Halkier (9).

Fokusgruppemetoden er velegnet til at undersøge mønstre i en praksis i form af bagvedliggende forståelser, normer og kultur – her sygeplejerskers dokumentationspraksis i Sygehus Nord.

En styrke ved fokusgrupper er, at den sociale interaktion kan skabe flere og mere komplekse data gennem sammenligninger af erfaringer og forståelser. Desuden er der en potentiel mulighed for, at deltagerne i interaktion med hinanden også udtrykker viden, som ellers er indlejret som tavs viden.

En svaghed ved fokusgrupper er gruppeeffekten, hvor deltagerne kan blive farvet af hinandens udtalelser, forståelser og erfaringer. Ligeledes kan gruppens sociale kontrol forhindre, at forskelle i erfaringer og perspektiv kommer frem (9).

I Halkiers forståelse af fokusgruppe tales der ikke om interviewerens og de interviewede, men om, at moderator faciliterer en drøftelse mellem deltagerne. Moderator bryder ikke umiddelbart ind, hvis der er pause eller ophold i samtalen, for ofte vil én af deltagerne tage tråden op og fortsætte diskussionen i den retning, der giver mest mening for denne deltager.

Indledningsvist, når deltagerne har præsenteret sig, introduceres til fokusgruppemetoden, og det pointeres, at der ikke er rigtige eller forkerte svar, men at der inviteres til en åben drøftelse om holdninger, erfaringer og oplevelser (9).

Interviewguide

Der blev udarbejdet en interviewguide med baggrund i de fremanalyserede temaer i journalauditten. Interviewguiden omhandlede følgende temaer:

- egne oplevelser af aktuelle dokumentationsproblematikker i det sygeplejefaglige område
- oplæring i dokumentation
- dokumentation af patientperspektivet
- dokumentationskultur
- sygeplejerskens selvstændige og delegerede område

- kendskab til og anvendelse af retningslinje om “fagspecifik dokumentation i patientjournalen” (Retningslinje Sygehus Nord ID nr: 239498).

Patientcase

Derudover blev informanterne præsenteret for en patientcase, der skulle diskuteres med henblik på at prioritere, hvilke sygeplejefaglige data der kunne indgå i dokumentationen. Deltagerne skulle forestille sig, at de hver især havde varetaget sygeplejen hos denne patient.

Det var altså dem, der f.eks. havde modtaget rapport fra nattevagten om patientens rygmerter, havde observeret rødt udslæt på patientens underben og hørt patienten klage over manglende søvn på grund af en urolig, dement medpatient. Casen var konstrueret således, at der kunne fremanalyseres flere forskellige sygeplejefaglige problemstillinger. Derudover var der oplysninger om medicinordination, blodprøvesvar og røntgenbeskrivelse af en lungeundersøgelse.

Tekstfortolkning

Interviewet blev transskriberet, og teksten blev herefter analyseret og fortolket på tre niveauer efter en metode inspireret af den franske professor og filosof Paul Ricoeurs fortolkningsteori (10). Tolkningen af teksten foregår gennem tre stadier: naiv læsning, strukturanalyse og kritisk fortolkning.

Gennem den naive læsning sker en begyndende helhedsforståelse af, hvad teksten handler om. Det sker gennem refleksioner over beskrivelser, der berører læseren, samtidig med at man som læser åbner sig overfor de spørgsmål, der rejser sig i teksten, og hvis svar måske kan medvirke til at afklare undersøgelsesspørgsmålene.

I strukturanalysen sker der en bevægelse fra, hvad der direkte siges, og til en første fortolkning af, hvad der tales om. På den baggrund udledes der temaer, som fortolkes og diskuteres i relation til teori og andre undersøgelser. Beskrivelser, der havde karakter af metaforer, symboler og mønstre, blev registreret og systematiseret (11).

Resultat af journalaudit

Resultatet viste en diskrepans mellem overordnede retningslinjer og klinisk praksis. F.eks. blev der kun i mindre omfang beskrevet sygeplejefaglige problemområder som respiration, ernæring, hud og slimhinder. Ligesom ved interne audit på

sygehusområdet i Danmark var der forskellige kvalitetsproblemer i den sygeplejefaglige dokumentation; der var en meget lille grad af systematik, så det var svært at genfinde data og skaffe sig overblik over det enkelte patientforløb. Desuden blev der arbejdet med mange forskellige sygeplejepapirer i forskellige formater.

Det dominerende dokumentationssprog var præget af informativt hverdagsprog og indeholdt ofte en gentagelse af lægejournalen, dvs. at indholdet generelt var bagudrettet frem for fremadrettet. Endelig var patientperspektivet helt eller delvis fraværende.

Stop op og tænk

- Hvordan vurderer I kvaliteten af dokumentation på jeres arbejdsplads? (i top, god, dårlig)
- Hvilke metoder benytter I, når I vurderer kvaliteten?
- Hvad er god dokumentation for jer?
- Hvordan vil I beskrive jeres dokumentationspraksis? Er den ensartet eller meget forskellig fra sygeplejerske til sygeplejerske?
- Hvis dokumentationen er forskellig, hvordan vil I så beskrive forskellene fra sygeplejerske til sygeplejerske
- Hvor tydeligt er patientens perspektiv i jeres dokumentation? (i top, godt, meget lidt tydeligt).
- Hvordan bliver nyansatte sygeplejersker introduceret til dokumentationspraksis på jeres afdeling?
- Vurderer I introduktionen til at være tilfredsstillende? Hvordan kunne den eventuelt blive anderledes/bedre?

Resultat af fokusgruppe

Interviewteksten blev læst flere gange som forberedelse til strukturanalysen. Genlæsningen tydeliggjorde, at der ikke er nogen klar konsensus i forhold til, hvorfor og hvordan sygeplejefaglige data skal dokumenteres. Sygeplejerskerne talte om at anvende dokumentationsredskaber, som de ikke har ejerskab af, samt hvilken betydning det kan få, når den enkelte selv vurderer, hvad det er meningsfuldt at dokumentere.

De udtrykte manglende ejerskab til redskaberne, fordi de kommer udefra, der er for mange, og fordi de ændres hele tiden. Tidsfaktoren nævnes flere gange, fordi den manglende tid medvirker til, at sygeplejerskerne ofte står i et dilemma, der handler om på den ene side at være en god kollega og blive hurtigt færdig og på den anden side at leve op til ansvaret om at dokumentere relevante data.

Oplæring i eller introduktion til afsnittets dokumentationspraksis er generelt præget af tilfældigheder. Sygeplejerskerne synes sjældent at gøre brug af den teoretiske undervisning på sygeplejerskeuddannelsen, men afkoder kollegaers dokumentationspraksis. De efterlyser diskussion af dokumentation af sygeplejen på et konkret niveau, f.eks. i forhold til en særlig patientkategori eller et særligt patientforløb.

Dokumentationens indhold præges af tidspres, ad hoc-opgaver samt udefrakommende krav i forhold til patientsikkerhed og DDKM (7). Dokumentationspraksis udtrykker ofte den enkeltes vurdering af nødvendig dokumentation med risiko for fragmenterede plejeforløb samt manglende inddragelse af patientperspektivet.

Gennem strukturanalysen blev fremanalysert tre temaer, som uddybes i de følgende tre afsnit:

1. Sygeplejerskernes opfattelse af dokumentationspraksis
2. Oplæring i dokumentation
3. Fagets kerneområder i krydspres mellem drifts, tids- og kvalitetskrav.

Ad. 1. Opfattelse af dokumentationspraksis

Interviewene viser, at sygeplejerskerne er usikre på, hvad der egentlig forventes af dem, og hvilke krav der er til dem i forhold til, hvilke data der skal dokumenteres. Skemaerne og standardiseringen er en nødvendighed og til dels en hjælp, men det konstante behov for ændringer og nye tiltag betyder, at de samme data skal dokumenteres flere steder.

”Og så spørger man os, hvad der interesserer os. Det ved jeg snart ikke, fordi det er noget med, så bliver der vedtaget noget, at nu skal vi bruge det skema, og nu skal vi for øvrigt bruge det skema.”

De oplever det som både tidsrøvende, rodet og usystematisk og forklarer det med, at arbejdsrutiner ikke ændres i takt med nye tiltag. “Folk prøver at overleve i alle de her skemaer, og de prøver at få bare noget af det til at hænge sammen.”

Der drøftes forskellige dokumentationsredskaber, som én eller flere af dem har et vist brugerkendskab til. Nogle af redskaberne omtales blot for de andre sygeplejersker uden yderligere debat. For andre dokumentationsredskabers vedkommende finder deltagerne fælles fodslag om nogle negative eller positive sider ved det pågældende dokumentationsredskab.

Der er på ingen måde konsensus om, at et bestemt dokumentationsredskab er bedre end et andet, men de fortæller hver især, hvad der virker og ikke virker i forhold til brugervenlighed og mulighed for at skabe kontinuitet i et patientforløb, f.eks. i samarbejde med hjemmeplejen, hvor det gælder om at skabe et overblik i et ofte kompliceret patientforløb. Til gengæld er de meget enige om, at der er for meget "dobbeltbogføring" og "budskaber, der forsvinder".

En sygeplejerske udtrykker det således: "... skemahelvede, det er, når der er fire steder, hvor der skrives om, at vi har givet magnyl."

Selv om der dobbeltbogsføres, eller måske netop derfor, er der også enighed om, at "mange ting glipper".

Såvel på det individuelle som på afdelings- og sygehusniveau gøres der forsøg på at skabe overblik og forsimpning. Alligevel ser det ud til, det bliver den enkeltes selvforståelse, egenlogik eller viden, der bliver styrende for indholdet af dokumentation. En sygeplejerske siger: "Jeg tror, når man skriver i kardex, det er sådan noget, der er stykket sammen af alt muligt, ikk'. Det er meget sådan, det er blandede bolsjer, vil jeg kalde det."

Samtidig har sygeplejersker forskellige motiver til at dokumentere, f.eks.:

- data vil hjælpe kollegaerne i næste vagt
- stuegangslæge vil efterspørge data i morgen
- man kan se, at jeg har været i vagt
- af hensyn til kontinuitet og akkreditering.

Det kan se ud, som om arbejdsvilkår eller kulturen i arbejdsfællesskabet indirekte kan presse, føre eller lede sygeplejersken til at dokumentere på en usystematisk måde og efter eget kodeks. Netop kapløbet med tiden i en travl sygehusafdeling har vist sig at være et vilkår, der påvirker dokumentationen uhensigtsmæssigt, så sygeplejedata indsamles og dokumenteres i tilfældig orden samt tilfældigt i forhold til sygeplejens kerneområder og formelle krav til dokumentation (4, 12, 13, 14).

I dag synes tiden at være et vigtigt styringsredskab i sundhedsvæsenet, og tiden strukturerer derfor også den enkelte sygeplejerskes arbejde.

En sygeplejerske siger: "Vi bruger vores tid på at lukke nogle huller eller holde nettet under nogle ting, som egentlig er nogle andres områder."

Det ser ud til, at sygeplejerskerne oplever og også må acceptere at påtage sig andre faggruppers opgaver, hvilket betyder, at der bliver mindre tid til grundlæggende sygepleje og den nære omsorg. Tiden er imod sygeplejerskerne, dels fordi der er mange faste, tilbagevendende opgaver, der skal løses indenfor en bestemt tidsramme, dels fordi et vekslende antal uforudsigelige opgaver kræver deres tilstedeværelse her og nu (15).

Det er, som om sygeplejerskerne oplever, at dokumentationsredskaberne er væsentligere end den grundlæggende sygepleje og den nære omsorg, og derfor accepterer de måske ofte, at det forekommer tilfældigt, hvor meget klokketid der er til de forskellige opgaver.

Samtidig er det overvejende instrumentelle data, der efterspørges af lægefaglige kollegaer, og sygeplejerskerne kan derfor få den opfattelse, at dataindsamling og handlinger inden for det naturvidenskabelige område har forrang, skal have mere klokketid og er mere betydningsfulde end grundlæggende sygepleje og omsorg.

Ad. 2. Oplæring i dokumentation

Interviewene viser, at oplæringen er præget af tilfældigheder. Sygeplejersker gør sjældent brug af undervisningen på grunduddannelsen, men afkoder kollegaers dokumentationspraksis.

En sygeplejerske siger: "Dokumentation læres ved at se, hvordan de andre gør ... det er learning by doing," og en anden udtrykker sig således: "Jeg gør bare det jeg synes er bedst, selvom det ikke passer til papirerne. Selvlært. Lurer på, hvad kollegaerne dokumenterer."

Sygeplejerskerne fortæller, at der i dag kun er få steder, hvor der er formaliseret oplæring i forbindelse med ansættelse på en afdeling. At dokumentere forklares som en viden eller kundskab, nogle har erhvervet sig under uddannelse, mens andre forklarer, at de aldrig har arbejdet med dette.

Når sygeplejen drøftes, foregår det ofte på et overordnet niveau, og på den måde bliver den konkrete sygepleje til patienterne sjældent italesat eller diskuteret: "Det er meget selvlært, hvad man har med fra sin grunduddannelse, hvad man selv lægger vægt på."

Mange giver også udtryk for, at det er svært at vide, hvad der er det rigtige at skrive, hvilket i særlig grad gælder som nyuddannet eller nyansat.

Spørgsmålet er, om mangel på oplæring i dokumentationspraksis er fraværende, fordi der savnes fælles terminologi samt fælles viden og bevidsthed om et styrende udgangspunkt, herunder en sygeplejefaglig referenceramme?

Der kan naturligt nok også være en forventning om, at sygeplejersker mestrer denne opgave og har både viden og erfaringer fra uddannelse og tidligere ansættelser? Udtalelserne fra sygeplejerskerne vidner om tilfældig introduktion og læring i et sådant omfang, at formaliseret oplæring i dokumentationspraksis må kalde på større opmærksomhed, når nyansatte sygeplejersker introduceres, uanset deres anciennitet i faget.

Det bør ligeledes drøftes, hvem der sætter standarden for dokumentation på en afdeling. Er der særlige ansvarlige nøglepersoner udpeget af ledelsen, og har disse sygeplejersker i samarbejde med ledelsen handlekraft i forhold til at bære en kvalificeret dokumentationskultur frem?

Ad. 3. Kerneområder i krydspres

Interviewene viser, at sygeplejersker oplever, at den høje detaljeringsgrad i dokumentationspraksis har konsekvenser for udførelsen af fagets kerneopgaver. Den tætte patientkontakt, den nære omsorg samt grundlæggende sygepleje er noget af det nemmeste at nedprioritere, da det generelt ikke prioriteres som det vigtigste at nå i afdelingernes daglige praksis (16).

I en hverdag med opgaver præget af handletvang og mange modsatrettede krav fra samarbejdspartnere, patienter og pårørende, giver det mening for sygeplejerskerne konstant at vurdere, hvilke opgaver og behov der kan udskydes. Således kan de f.eks. føle sig pressede til at skulle vurdere, om personlig hygiejne skal nedprioriteres i forhold til at bruge tiden på at orientere sig i nye retningslinjer om isolationsregimer.

På den måde handler det hele tiden om prioritering, idet man som sygeplejerske ofte ikke kan nå at udføre alle opgaverne på den måde, som man egentlig ønsker og er skolet til. Der er således flere årsager til, at “fokus forsvinder fra det væsentlige” (her fortolket som sygepleje- og patientperspektivet). En sygeplejerske siger, at hun “græmmes nogle gange og bliver rigtig ked af det.”

Den konkrete sygepleje sættes sjældent direkte på dagsordenen, og en sygeplejerske spørger: “Hvorfor diskuterer vi egentlig ikke sygepleje i hverdagen?”

Måske handler den manglende drøftelse af sygepleje om, at fokus i højere grad er rettet mod vurdering og beslutning frem for nye perspektiveringer og reflektioner over sammenhænge. Denne spørgeskultur afspejles også i patient-sygeplejerske-samspillet, idet sygeplejerskerne giver udtryk for at glemme at spørge ind til patientens oplevelser og overvejelser i relation til pleje og behandling.

De såkaldt bløde data er svære “at få ned på papiret, og så har vi 15 minutters overarbejde, fordi vi sidder og giver rapport om noget, der ikke står der, men min kollega skal lige vide ...”

Udsagnet viser, at sygeplejerskerne medtænker patientperspektivet, men nedtoner eller helt undlader at dokumentere disse data. Som tidligere beskrevet er tiden imod sygeplejerskerne, og de har svært ved at give patienten den tid, de egentlig vurderer, der er behov for. Det er måske også derfor, de giver udtryk for en vis ambivalens i forhold til fyldestgørende rapporter. De siger, at det er “et irritationsmoment at læse lange rapporter,” og “hvad er det, der gør, at vi ikke tænker: yes, det er Anne, der har været på arbejde, hvor er det dog fyldestgørende.”

Sygeplejerskerne giver udtryk for at opleve et dilemma med hensyn til loyalitet og ansvar i forhold til den høje detaljeringsgrad i dokumentationspraksis. Årsagen kan være, at de på den ene side ønsker at være loyale og ansvarsfulde i forhold til patient og pårørende, og på den anden side ønsker at imødekomme gældende dokumentationskrav fra samarbejdspartnere og det system, de selv er en del af.

Systemet er produktorienteret, hvilket betyder, at der er mange korte og komplekse indlæggelsesforløb med et pres på at få så mange patienter igennem systemet så hurtigt og sikkert som muligt. Hensynet til behandlingsgaranti kommer derfor før hensynet til pleje. Hverdagen er præget af afbrydelser og mange usammenhængende koordinationsopgaver, som fremmer en hverdag, hvor sygeplejersker vænner sig til at reagere frem for at planlægge og organisere.

Konklusion og relevans for klinisk praksis

Sygeplejen er i dag så specialiseret, at det er meningsfuldt at have forskellige dokumentationsredskaber. Den overordnede ramme for såvel den papirbaserede som den elektroniske sygeplejefjournal er bred og er nødt til at være det, men det kræver, at afdelings- og udviklingssygeplejersken sammen med plejepersonalet reflekterer over, hvordan rammen kan forstås og give mening for den specifikke patientkategori samt den enkelte sygeplejerske.

Rammen for dokumentation kan ikke stå alene, men bør anvendes med en rygsæk af fælles terminologi, viden og værdier. Hvis ikke, vil der være risiko for, at data og dokumentationspraksis reduceres til at være et udtryk for den enkeltes forståelse, viden og vurdering af, hvilke data det er nødvendigt at dokumentere, se boks 2 og 3.

Boks 2.

Undersøgelsens resultater

Undersøgelsen viser:

- at refleksion over sygeplejen, på baggrund af sygeplejedokumentation, sjældent forekommer
- at introduktion og oplæring er præget af tilfældigheder. Der gøres sjældent brug af undervisningen i grunduddannelsen, i stedet afkodes kollegaers dokumentationspraksis
- at det ofte er den enkelte sygeplejerskes selvforståelse og viden, der bliver styrende for indholdet af dokumentationen
- at sygeplejersker efterspørger konsensus for udførelsen af hverdagens dokumentationspraksis, der er præget af tidspres og ad hoc-opgaver samt udefrakommende krav i forhold til patientsikkerhed og DDKM
- at en stor del af sygeplejerskernes tid benyttes til at udveksle data og informationer vedrørende pleje- og behandlingsbeslutninger om afdelingens patienter, men sygeplejerskerne ønsker også mulighed for at reflektere over og perspektivere de enkelte plejeforløb
- at sygeplejersker medtænker patientperspektivet i klinisk sygepleje, men at dette generelt er helt eller delvist fraværende i dokumentationen.

Boks 3.

Anbefalinger for praksis

På baggrund af de samlede resultater kan det anbefales, at afdelings- og udviklingssygeplejersken med baggrund i afsnittes dokumentationspraksis og sammen med plejepersonalet igangsætter refleksion og eventuelt efterfølgende udarbejder handlingsplaner ud fra følgende spørgsmål:

- i hvilken grad og på hvilke områder afspejles kvaliteten i den sygepleje, vi udfører, herunder kvaliteten i patient-sygeplejerske-samspillet, i dokumentationen?
- hvordan kan den overordnede dokumentationsramme give mening i vores afsnit?
- hvilket vidensgrundlag og hvilke værdier ønsker vi skal være styrende for vores dokumentation?
- hvordan får fagets kerneopgaver og patientperspektivet en central plads i dokumentationen?

Derudover kan det anbefales

- at udpege nøglepersoner, som med særlig interesse for dokumentation og vejledning i samarbejde med ledelsen kan bære en kvalificeret dokumentationskultur frem
- at udarbejde et introduktions- og oplæringsprogram, der skal anvendes ved nyansættelser af sygeplejersker, uanset deres anciennitet i faget
- at afdelingens sygeplejersker medvirker i systematiske audit, hvor formålet er at undersøge egen dokumentationspraksis i forhold til dokumentation af fagets kerneområder og patientperspektiv

Litteratur

1. Leth D, Bjørnshave B, Skånning E et al. Amtslig audit af sygeplejejournaler. Sygehusene i Århus Amt. Lyngby. Projektprotokol 2006. Pdf fil fremfindes ved at Google "Amtslig audit af sygeplejejournaler (besøgt 15. feb 2014).
2. Adamsen T, Tewes M. Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. *Scand J Caring Sci* 2000;14 (2):120-9.
3. Grundlag og metode for måling, dokumentation og forbedring af sygeplejefaglig kvalitet. Sygeplejefaglig klaringsrapport. Dansk Sygeplejeråd 2002.
4. Retningslinjer for føring og opbevaring af sygeplejejournaler. Dansk Sygeplejeråd 2004.
5. Strategi- og handleplan for dokumentation af sygeplejen på Århus Universitetshospital Skejby 2009 – 2011. Udarbejdet af Dokumentationsrådet, maj 2009. www.Kliniskeretningslinjer.dk
6. Dokumentation af sygeplejen – en statusrapport. DSR Konferenceudgave 2012.
7. DDKM. 2. version. Standard 1.3.2. Patientjournalen.
8. Thisted J. Forskningsmetode i praksis. København: Munksgaard; 2010.
9. Halkier B. Fokusgrupper. København: Forlaget Samfundslitteratur; 2008.
10. Ricoeur P. Fra text til handling. En Antologi Om Hermeneutik. Lund/Stockholm: Symposion Bokforlag; 1988.
11. Pedersen BD. Sygeplejepraksis, Sprog og erkendelse; Det sundhedsvidenskabelige Fakultet Aarhus Universitet. Danmarks Sygeplejehøjskole ved Aarhus Universitet, 1999.
12. Lyngby C, Sørensen RT. Bedre dokumentation på medicinsk afdeling. *Sygeplejersken* 2010;(4).
13. Laitinen H. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal clinical Nursing* 2010;19:489-97.
14. Dansk Sygeplejeråd. Analyse: Dokumentationsarbejde blandt sygeplejersker på sygehusene. København: DSR 2011.
15. Dalgaard, KM, Delmar C. Tidens betydning i en professionel omsorgspraksis for uhelbredeligt syge. I: *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2009;1:3-8.
16. Sygeplejerskens fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger. DSI Institut for Sundhedsvæsen. DSI Rapport 2006.
17. Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. VEJ nr. 9019 af 15/01/2013. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsstyrelsen.
18. www.patientombuddet.dk Statistiske oplysninger om patientklager 2012.

SVAR PÅ TEST

1. Dokumentation betyder bevisførelse. Dokumentation af sygepleje defineres som enhver håndskrevet eller elektronisk information om sygepleje (4).
2. Bestemmelserne om sygeplejerskers journalføring er fastlagt i
 - Autorisationsloven §17 om omhu og samvittighedsfuldhed
 - Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), der pålægger autoriserede sundhedspersoner at føre journal. BEK nr. 3 af 02/01/2013 Gældende (Journalføringsbekendtgørelsen).
 - Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser 2013, der specificerer, hvad der skal dokumenteres. Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013.
3.
 - a. for at sikre patienten et sikkert og sammenhængende patientforløb med udgangspunkt i den enkelte patients behov
 - b. for at dokumentere, hvilken sygeplejefaglig information der er givet til patienten, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet i relation til sygepleje og behandling.
 - c. for at dokumentere ændringer i sygeplejen og i patientens tilstand.
 - d. dokumentation af sygepleje sikrer gennemsigtighed i de trufne beslutninger og redegør for de kliniske beslutninger og handlinger
 - e. dokumentation af sygepleje er en forudsætning for kvalitetssikring af sygeplejen og skaber et fremadrettet grundlag for kvalitetsudvikling og data til forskning. Derfor skal dokumentationen være entydig, systematisk og forståelig, så kvaliteten kan måles (6).
4. Ja, ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, punkt 6.2.1, om konkrete patientkontakter skal følgende dokumenteres (17):
 - a. Udført pleje og behandling, herunder opgaver udført på delegation, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering, observation m.v., herunder observation af virkning og evt. bivirkning af given behandling mhp. tilbagemelding til ordinerende læge.
 - b. Beskrivelse og vurdering af resultatet.
5. Ja. Sygeplejersker skal tidligt i forløbet identificere og dokumentere patientperspektivet. Patientperspektivet komplementerer sygeplejerskens faglige viden og anvendelsen af kliniske retningslinjer. Det stiller i den enkelte situation krav til sygeplejersken om i samarbejde med patienten eller dennes pårørende at vurdere, hvad den enkelte har brug for, og hvad det betyder for ham (6).
6. B: 99 minutter (14).
7. Ja. Patientombuddets patientklagesystem kræver, at sygeplejersker er omhyggelige med at synliggøre og redegøre for sygeplejefaglige beslutninger, således at de i tilfælde af en patientklage kan stå til ansvar for egne handlinger i patientforløbet (6). I 2012 var 264 sygeplejersker involveret i klagesager (18).

Kompetencekort viser vej i praksis

Uddannelseskonsulent Heidi Lemb

(medforfattere: Gundula Bergstrøm, Lisbeth Trebbien og Inge Hansen)

Artiklen er publiceret i Sygeplejersken 2014; (6): 58-61 og er fagredaktørbedømt.

English abstract:

Lemb, H; Bergstrøm, G; Trebbien, L; Hansen, I. Skills Card Leads the Way in Practice. Sygeplejersken 2014(6):58-61.

The skills card is a learning and evaluation tool that has proven to promote systematic learning in the clinical modules of nursing education. It clearly indicates the distribution of roles and responsibilities in the cooperation between the student, the clinical supervisor and the nurse and produces awareness about the need for resources in this part of the study programme.

Keywords: Skills card, learning, supervision, nursing student

Studerende, vejledning og nøje udvalgte patientforløb er en del af hverdagen i enhver afdeling og et vilkår i ethvert plejefællesskab. På lige fod med pleje og behandling kræver uddannelsesforpligtelsen sin ret og sine ressourcer. For nogle sygeplejersker en passion, for andre en frustration.

Ofte deltager sygeplejersker uden formelt vejlederansvar i den daglige vejledning af de studerende. Tit til stor glæde og inspiration for den studerende, men lige så tit med en uro og bekymring hos sygeplejersken med tanker om "Gør jeg det nu godt nok? Var det det, den studerende skulle arbejde med? Jeg ved ikke, hvad den studerende kan og er i gang med ... " Denne bekymring kan kompetencekortene afhjælpe.

Boks 1. Kompetencekortene fordelt på modulerne 4, 11 og 12

Modul 4 Grundlæggende sygepleje	Modul 11 Kompleks sygepleje	Modul 12 Selvstændig professionsudøvelse
Dokumentation	Dokumentation	Lede sygepleje
Ernæring og væske	Ernæring og væske	Udvikle sygepleje
Hygiejne	Hygiejne	
Kliniske observationer	Kliniske observationer	
Kommunikation og samarbejde	Kommunikation og samarbejde	
Medicinadministration	Medicinadministration	
Mobilisering	Mobilisering	
Studieaktivitet	Studieaktivitet	
Udskillelse	Udskillelse	

Kompetencekort er et læringsredskab

Kompetencekort er et fælles lærings- og evalueringsredskab til brug i den kliniske undervisning for sygeplejestuderende på modul 4, 11 og 12. Kompetencekortene anvendes på alle somatiske sygehuse i Region Sjælland og omsætter de sygeplejestuderendes læringsmål for klinikperioderne til konkrete læringsaktiviteter i og omkring plejen til patienten på afdelingen, se boks 1 herover. Kompetencekortene synliggør, hvilke færdigheder, hvilken viden og hvilke kompetencer de studerende skal erhverve med udgangspunkt i konkrete patientforløb.

Anvendelse af kompetencekort

Læringsredskab

Opbygningen af kompetencekortene giver sygeplejersken og den studerende mulighed for at forholde sig til udvalgte fokusområder og læringsaktiviteter og med udgangspunkt i dem udvælge relevante patientforløb. De enkelte kort giver overblik over, hvad den studerende allerede har lært, og hvad den studerende fremadrettet skal lære inden for det enkelte modul. Det betyder kontinuitet, når man varetager vejledning med jævne mellemrum, afbrudt af vagter og fridage.

Kompetencekortene giver en fælles referenceramme for vejledningen, som et landkort hvor allerede udforskede områder er beskrevet og dokumenteret, og de ukendte områder står synlige tilbage for både vejleder og studerende.

Evalueringsredskab

På kompetencekortene skal man dokumentere den studerendes viden, færdigheder og kompetencer, hvilket er med til at understøtte progressionen i den studerendes læreproces (1). Til hvert modul er udarbejdet en formativ evalueringsmodel med farvekoder, som skal hjælpe vejleder og studerende til at blive konkrete på, hvilke læringsaktiviteter der på den baggrund skal arbejdes mere eller mindre med.

Formativ evaluering er en procesorienteret, fremadrettet evaluering, der fokuserer på, hvordan den studerende kan arbejde videre (2). Ansvar for det samlede uddannelsesforløb, den røde tråd samt de ugentlige samtaler er placeret hos den ansvarlige vejleder, mens sygeplejersken skal forholde sig til den studerendes viden, færdigheder og kompetencer indenfor de områder, der er arbejdet med.

Den studerendes ansvar består i selv på de enkelte kompetencekort at beskrive, hvordan hun vil arbejde videre for at opnå større viden, flere og mere selvstændige færdigheder samt en højere grad af kompetence. Denne del skal dokumenteres på kompetencekortenes proceslinjer, se boks 2.

Boks 2. Kompetencekort

Læringsudbytte operationaliseret til: Studerende kan vurderes på hhv.:

Læringsaktiviteter	Viden			Færdigheder		
	Rød	Gul	Grøn	Rød	Gul	Grøn
BOS/ABCDE-princippet						
Respiration						
Iltsaturation - farver						
Blodtryk						
Puls						
Bevidsthedsniveau						
Observation af kroppen						
Kropstemperatur						
Diurese						
Blodsukker						
Hud						
Fænomener						
Smerter						
Angst						
Allergi						
Retningslinjer i afsnittet fra D4:						
-						
-						
Specifikt for afsnittet:						
-						
-						
-						

Vejleder udfylder den formative evaluering

Mulighed for tilføjelser

Studerende skriver her

Læreproces:
 Hvordan arbejdede du med ovenstående læringsaktiviteter?
 Hvad skal du vide og/eller gøre for at opnå kompetencer?

De studerende er positive

Implementeringen af kompetencekortene er i gang på alle somatiske kliniske uddannelsessteder i Region Sjælland. Foreløbige evalueringer viser, at mange studerende oplever kompetencekortene som et godt redskab til at skabe overblik over den kliniske undervisning. En studerende på modul 4 udtaler: “Jeg synes, at kompetencekortene har været med til at gøre det tydeligt og mere konkret, hvad målene for modulet er, og det har derfor været mere overskueligt at se, hvilke opgaver jeg manglede.”

Ligeledes giver det rigtig god mening for mange studerende at blive evalueret på viden og færdigheder. Det beskriver en anden studerende på modul 4: “Det er en god ting at vurdere sine færdigheder ift. sin viden, da man godt kan have nogle færdigheder, man måske ikke helt kan begrunde godt nok teoretisk.” Se boks 3

Boks 3. Formativ evalueringsmodel af kliniske kompetencer på modul 4

VIDEN	FÆRDIGHEDER
<p>Omfatter både viden og forståelse om et emne, dvs. om man kan sætte den i sammenhæng og forklare den for andre. Viden kan være både teoretisk og praktisk inden for et fag.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrunder de grundlæggende opgaver til den konkrete patient. • Identificerer sygeplejebehov og fænomener. • Reflekterer over teorier, metoder og praksis. 	<p>Er det, man kan gøre eller udføre sammen med patienten. Færdighederne kan både være praktiske, kreative og kommunikative færdigheder.</p> <p>Udfører den grundlæggende sygepleje selvstændigt i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indhold og rækkefølge • Nøjagtighed • Lethed • Integration • Omsorgsfuld væremåde
<ul style="list-style-type: none"> • Begrunder at begrunde de grundlæggende opgaver til den konkrete patient. • Identificerer nogle sygeplejebehov og fænomener. • Begrunder at kunne reflektere over teorier, metoder og praksis. 	<p>Udfører den grundlæggende sygepleje med en vis sikkerhed i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indhold og rækkefølge • Nøjagtighed • Lethed • Integration • Omsorgsfuld væremåde
<ul style="list-style-type: none"> • Har mange udfordringer med at begrunde de grundlæggende opgaver til den konkrete patient. • Har mange udfordringer med at identificere sygeplejebehov og fænomener. • Har mange udfordringer med at reflektere over teorier, metoder og praksis. 	<p>Udfører den grundlæggende sygepleje med en vis sikkerhed i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indhold og rækkefølge • Nøjagtighed • Lethed • Integration • Omsorgsfuld væremåde

Kompetencevurderingen er udarbejdet ud fra (3,4,5).

En stor del af de studerende er således positive omkring kompetencekortene. I den sammenhæng påpeger nogle studerende dog også vigtigheden af, at både vejledere og sygeplejersker bakker op og hjælper de studerende med at få kompetencekortene integreret i den daglige vejledning på afdelingen.

Psykatri og primær sektor interesserede

Arbejdet med kompetencekortene er blevet til på baggrund af et toårigt projekt finansieret af trepartsmidler fra 2011-2013 i et samarbejde mellem Region Sjælland og UC Sjælland. Kompetencekortene er blevet tilpasset løbende med udgangspunkt i evalueringer fra vejledere og studerende i hele regionen.

Et vigtigt resultat af disse evalueringer er, at kompetencekortene giver mulighed for at dokumentere både planlagte og afholdte studiesamtaler, hvilket betyder, at kompetencekortene også kan være med til at dokumentere ressourceforbrug og -behov i uddannelsen af de studerende.

Interessen for kompetencekortene er stor både i psykiatrien og i den primære sektor, ikke mindst fordi kortene giver overblik og struktur for læring i en travl hverdag. Arbejdet vil derfor fremadrettet være orienteret mod mulighederne for at udvikle kompetencekort, der kan understøtte de studerendes kliniske undervisning i den del af uddannelsen i Region Sjælland.

Projektrapporten "Kompetencekort til sygeplejestuderende" (2012) kan rekvireres ved henvendelse til forfatterne

Litteratur

1. Illeris K. *Kompetence. Hvad – Hvorfor – Hvordan?* Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2011.
2. Nielsen D. *Evaluering i klinisk undervisning I: Brøbecher, H & Mulbjerg U. (red). Klinisk Vejledning og pædagogisk kompetence. København: Munksgaard. 2010;179-202.*
3. Bjørk IT. *Hands-on nursing: New graduates practical skill development in clinical setting. Doctoral thesis, Institute of Nursing Science University of Oslo, Norway. 1999.*
4. Bjørk IT. *Model for Praktisk Færdighedsudøvelse, Institut for Sygeplejevitsenskab, Universitetet i Oslo, Norge. 1999.*
5. Bjørk IT. *Research in Nursing Skills. Lokaliseret d.14-11 2013 på www.rins.dk*

The presence of resuscitation equipment and influencing factors at General Practitioners' offices in Denmark: A cross-sectional study

Læge Mark L. Niegisch

Artiklen er peer-reviewbedømt.

ARTICLE INFO

Article history:

Received 6 July 2013
Received in revised form 3 September 2013
Accepted 7 September 2013

Keywords:

Resuscitation equipment
General practitioners
Automated external defibrillators
AED
Introducing new equipment or knowledge
Cardiac arrest

ABSTRACT

Background: Automated external defibrillators (AEDs) have proven effective when used by GPs. Despite this and the latest guidelines from the European Resuscitation Council, there are no recommendations for Danish GPs regarding proper equipment to treat cardiac arrest. Currently, there are no published data on the distribution of AEDs among GPs in Denmark.

Aim: To assess the prevalence of resuscitation equipment and educated staff among Danish GPs and the parameters influencing the absence of AEDs at GP offices.

Methods: A cross-sectional questionnaire-based survey among the 2030 GPs registered in Denmark. Questions concerned demographics, occurrence of resuscitation equipment and attitude towards acquisition of an AED.

Results: With a response rate >70%, we found that the prevalence of AEDs in GP offices is low (31.7%). Limited financial possibilities and relevant treatment by ambulance personnel were stated as the primary causes for not having an AED. In general, Danish primary care physicians believe that AEDs should be governmentally sponsored. Positive influential factors on the acquisition of an AED were education, number of physicians in the GP office and previous experience of cardiac arrest.

Conclusions: Danish primary care physicians are generally not equipped with AEDs despite the proven effect of AEDs in GP offices. The main reasons for not acquiring an AED are financial considerations and believing that response time by ambulance services and nearby health facilities are the optimal treatment. We recommend better education and information in order to facilitate future acquisition of AEDs among GPs.

© 2013 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

With a population of 5,561,000 (www.dst.dk), Denmark has a yearly reported incidence of 3500 out-of-hospital cardiac arrests (OHCA).¹ Approximately 75% of all OHCA occur at home while the remaining 25% occur in public spaces – including general practitioners' (GP) offices.¹ In other countries, a significant number of OHCA occur in a GP office.^{2,3} In Denmark GP offices are driven as independent companies including one or more physicians, but remuneration is held by the public health care system. Unlike many other countries where GPs handle critically ill patients on house calls, ambulance service handles most critically ill patients including OHCA. Therefore, house calls to these patients are rarely made by GPs.

Resuscitation by GPs equipped with defibrillators has proven effective²⁻⁵ with a success ratio above 70% when VF/VT complicated acute myocardial infarction (AMI) was treated within 1 min of onset in a GP office.³

Despite the latest guidelines from the European Resuscitation Council,^{1,6-8} the Danish National Board of Health (DNBH) and the Danish College of General Practitioners do not have recommendations regarding equipment to treat cardiac arrest in GP offices. Manual defibrillators are expensive and therefore rarely found at Danish GP offices.

Currently, there are no published data on the distribution of AEDs among GPs in Denmark. According to a scientific report by the DNBH on AEDs outside of hospital, 15,000 AEDs are estimated to be operational in the Danish public sphere.^{7,9} It is unknown how many of these are located at GP offices. Non-mandatory registration of AEDs in Denmark is available, yet interestingly, among the approximately 6000 registered AEDs, only 6.8% are registered at a physician, dentist or GP office. According to a report from the Danish Cardiac Arrest Register, GPs account for only a small unspecified fraction of the 6.8%.^{9,10} DNBH dictates no

* A Spanish translated version of the summary of this article appears as Appendix in the final online version at <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.09.008>.

* Corresponding author.

E-mail address: mark@niegisch.dk (M.L. Niegisch).

Table 1
Summarized content of the questionnaire.

Which region is your clinic located in?
How many GP's are employed in your clinic?
For each GP, what are the (1) age, (2) gender, (3) time since specialist status and (4) time since last resuscitation course?
Have you ever had a cardiac arrest in your clinic? If yes: How many?
Are there an AED present in your clinic?
Do you have equipment for bag-mask ventilation?
Do you have epinephrine in doses of 1 mg/ml?
If you do not have an AED, what is the reason therefore?
Do you believe that AED's should be provided by the Danish health department?

requirements for epinephrine, ventilation or AED equipment in GP offices for CPR and defibrillation, but they identify GP offices as a high risk area and recommend further investigation of the potential for AEDs.⁹ We conducted a survey to assess the prevalence of resuscitation equipment and educated staff among Danish GPs and the parameters influencing the absence of AEDs at GP offices.

2. Materials and methods

2.1. Study design

A cross-sectional questionnaire-based survey was conducted among all ($n=2030$) GPs registered in Denmark. The survey was conducted in the period between November 1, 2011 and January 10, 2012 and sent by mail. Questionnaires were self-reported and consisted of a total of 13 questions concerning treatment in GP offices and did not include house calls. All returned questionnaires were manually entered into a Microsoft Excel 2011 spread sheet. Questionnaires not returned timely upon date of data analysis and questionnaires with no answers at all were excluded. Two researchers assessed questionnaires whenever ambiguous answers occurred. If consensus could not be reached, the answer was omitted from data. The content of the questionnaires are summarized in Table 1. The questionnaire was tested among colleagues at the Department of Anesthesia, Slagelse Hospital, Region of Zealand, Denmark.

The study was a non-intervention study, and there was no need for approval from Danish Ethics Committee or the Danish Data Protection Agency. There was no patient or case-specific data handled during the process.

Table 2
Distribution of resuscitation equipment among GP's.

Distribution of resuscitation equipment					
	Number	Presence of			
		AED	BVM	Epinephrine 1 mg/ml	Cardiac arrest
Overall	$n=1425$	452/1425 (32%)	1285/1425 (90%)	1391/1425 (98%)	425/1425 (30%)
<i>Number of physicians in GP office</i>					
1 physician	$n=673$	159/673 (24%)	589/673 (88%)	660/673 (98%)	155/673 (23%)
2 physicians	$n=349$	104/349 (30%)	322/349 (92%)	339/349 (97%)	93/349 (27%)
>3 physicians	$n=403$	189/403 (47%)	374/403 (93%)	392/403 (97%)	177/403 (44%)
<i>Education</i>					
1 year	$n=378$	166/378 (45%)	345/378 (91%)	370/378 (99%)	126/378 (33%)
2–5 years	$n=595$	185/595 (31%)	543/595 (91%)	589/595 (99%)	189/595 (32%)
6–10 years	$n=132$	30/132 (23%)	119/132 (90%)	128/132 (97%)	34/132 (26%)
>10 years	$n=119$	18/119 (16%)	104/119 (96%)	114/119 (96%)	21/119 (18%)
<i>Previous cardiac arrest</i>					
Non	$n=1008$	261/1008 (26%)	891/1008 (88%)	981/1008 (97%)	14/1008 (1%)
1 cardiac arrest	$n=274$	112/274 (41%)	259/274 (95%)	270/274 (99%)	271/274 (99%)
≥2 cardiac arrest	$n=143$	79/143 (55%)	135/143 (94%)	140/143 (98%)	140/143 (98%)

Results presented as over all and sub-grouped into factors influencing the presence of AED's. All numbers are reported as crude numbers and percentages.

2.2. Data collection and management

Primary outcome of the study were to estimate:

1. The proportion of all GP offices equipped with an AED.

Secondary outcomes were to estimate:

2. The proportion of all GP offices equipped with a bag valve mask (BVM)
3. The proportion of all GP offices equipped with epinephrine 1 mg/ml.
4. The average time in years since last completion of an advanced/basic life support (ALS/BLS) course among the physicians in each GP office.
5. The proportion of all GP offices, which have experienced cardiac arrest in the office.
6. The proportion of GP offices equipped with an AED, epinephrine 1 mg/ml or a BVM, stratified by either (1) number of physicians in GP offices, (2) time since last ALS/BLS course, or (3) previous experience of cardiac arrest in GP offices.
7. GPs' attitude towards the need for an acquisition of AEDs.

3. Results

With a response rate of 70.2% (1425) GPs, the overall results showed that 452 (31.7%) GPs were equipped with an AED, 1391 (97.6%) had epinephrine 1 mg/ml and 1285 (90.2%) had a BVM (Table 2).

Among employed physicians in GP offices, the average timespan since last attended ALS/BLS course was 4.1 years (95%CI: 3.8–4.4). Fig. 1 illustrates distribution of pooled groups with different timespan since last ALS/BLS course in GP offices.

Cardiac arrest had been experienced by 417 (29%) of GPs in their offices. A total of 655 cardiac arrests in GP offices were reported. The number of cardiac arrest reported in each GP office ranged from 0 to 10 (Table 2).

3.1. Number of physicians in GP offices

With increasing number of physicians, we found a significant increase in the presence of AEDs, one vs. two physicians ($p=0.04$) and two vs. three physicians ($p<0.01$), respectively. The presence of BVMs also increased significantly between offices with one and two physicians ($p=0.04$).

Distribution between solo and share practices in relation to time since the last ALS/BLS course

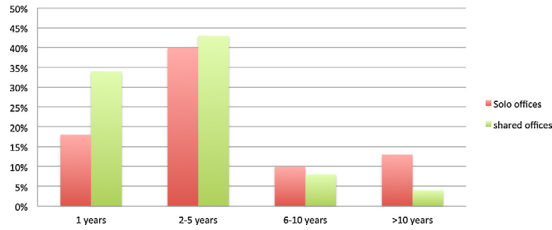


Fig. 1. The figure shows GP's reasons for not having an AED. There were 4 standard answers with the opportunity for more elaboration which is shown in "Other", and divided into further subgroups. All numbers are in percentages.

Reasons for not buying an AED

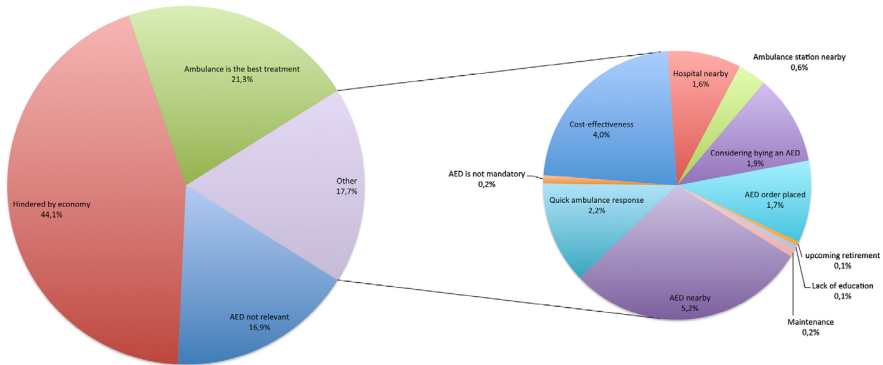


Fig. 2. The correlation between solo and share practices having an AED and time since they have been attending an ALS/BLS course. Shown as overall percentages, including non-responders.

A significant increase in the number of cardiac arrests witnessed in the GP offices was seen when comparing offices with one physician to offices with three or more physicians ($p < 0.01$).

3.2. Education

Among GP offices with physicians having completed an ALS/BLS course within the same year up to data collection, we observed a prevalence of AEDs of 45%. A linear regression analysis showed a negative correlation between AEDs and time since last course (OR: 0.61). Prevalence of AEDs were significantly higher in GP offices that had completed an ALS/BLS course within one year, compared to 2–5 years ($p < 0.01$), 6–10 years ($p < 0.01$) and >10 years ($p < 0.01$).

3.3. Previous cardiac arrest

The prevalence of AEDs increased with increasing number of experienced cardiac arrests; 0 vs. 1 ($p < 0.01$) and 1 vs. >1 ($p < 0.01$).

3.4. Attitude

Among the 953 (67%) of GP offices which replied that they did not have an AED, 188 (20%) stated that they did not find it relevant, 500 (52%) were financially prevented from purchasing and 240 (25%) found that awaiting an ambulance was the best treatment of a cardiac arrest. 213 (22%) GP offices stated their own reason (Fig. 2).

Fig. 3 shows responses regarding GP's attitude towards the necessity of a governmentally sponsored AED in GP offices.

4. Discussion

The large sample size and response rate makes this study representative of the conditions among Danish primary physicians. Despite the demonstrated effect of AEDs in GP offices,^{2–5} AEDs are only present in less than a third of responding GP offices, which corresponds to the prevalence found among GPs in the UK.¹¹ Limited financial possibilities as well as handling treatment by ambulance

Should AED's be governmentally sponsored?

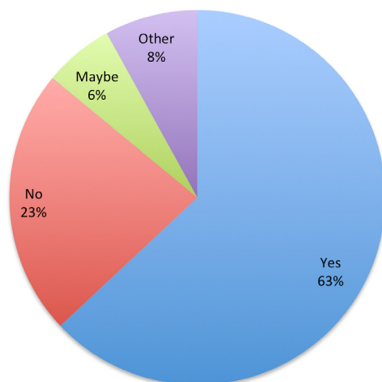


Fig. 3. General practitioners' answer to whether AED's should be sponsored by the government. Numbers are in percentages.

service are the primary causes for not having an AED. In general, primary physicians believe that AEDs should be governmentally sponsored. Factors that had a positive influence on the acquisition of an AED were education, three or more physicians in GP offices and previous experiencing of cardiac arrest.

Discussions concerning the cost-effectiveness of external defibrillators in GP offices have been on-going for more than two decades.¹² Within the last decade, AEDs have become more abundant, easier to use and prices have been reduced, which only makes it more relevant to assess the current conditions in GP offices.

4.1. Adoption of AEDs

Parameters that seem to have an impact on the prevalence of AEDs in GP offices are discussed in accordance with strategies for introduction of new equipment.^{13–15}

4.2. Education

The higher prevalence of AEDs among GPs with recent completion of an ALS/BLS course is contrasting earlier studies which have found no effect of a teach-the-teacher training course.⁶ However, there is evidence of an easier assimilation of new technology if it is supplied as an augmented product, e.g. the training in the correct use of the product.^{1,16} Since our study was designed to identify associations between different parameters and the proportion of offices with resuscitation equipment, we can only speculate on the reasons for the associations found. We assume that the clinical vigilance of acutely ill patients and awareness of whether resuscitation equipment is present will be partly compromised if an ALS/BLS course has not been completed for many years. One explanation could also be the lack of introduction to the AEDs, which previously was not a part of the BLS course. Furthermore, and in the same context, those who attend ALS/BLS courses are more willing to adopt or have already adopted the technology of the AED.

4.3. Number of physicians in GP offices

The increase in prevalence of AEDs with increasing number of physicians in GP offices corresponds to earlier description of a network of influential discussions among primary care physicians.^{1,17} This could contribute to the higher prevalence found in our study. If one physician accepts the need for an AED it would be a topic for discussion in GP offices resulting in a dissemination of innovation.^{1,6,17} Especially if key individuals are supporting the adoption of AED, it has been found to increase the overall adoption rate.^{7,18}

Also, it could be contributed to the financial benefits of sharing equipment as costs reductions which have an impact on the adoption process.^{10,19} This is supported by the fact that 41% of solo GPs answer that economy is the main problem compared to 30% of physicians with shared offices.

4.4. Previous cardiac arrest

The increased prevalence of AEDs in GP offices where there has been a witnessed cardiac arrest could be a result of previous experience contributing to the antecedents of the physicians in GP offices. Also, it is likely to improve readiness and thereby optimizing the conditions for the adoption of innovation.^{13–15} Encountering a cardiac arrest may intensify the benefits visible for the physician and thereby increase willingness to adopt the technology.^{20–31}

4.5. Attitude

The main reason for not acquiring an AED was economy, which corresponds with the fact that 62% of GPs believe that AEDs should be governmentally sponsored.

The cost-effectiveness of AEDs must be seen from two sides. For each GP there are fixed costs regarding acquisition and maintenance of an AED. For every time the AED is used, expenses for service and maintenance including replacement of batteries and pads are required. The DNB recommends several types of AEDs and the cheapest models can be leased with a service plan including replacement of battery and pads after use. A price example of this is a start-up payment of approximately 100 Euro followed by a monthly fee of approximately 55 Euro.^{20,32,33} These are the fixed expenses paid by the GP. At a socioeconomic level, it has been shown that treatment with an on-site AED reduces overall costs during hospitalization for surviving patients, compared to patients treated with an dispatched AED or no AED (this included patients treated with a manual defibrillator by ambulance personnel).^{1,34,35} The remaining answers mostly stated that awaiting ambulance service is the best treatment and that it is not relevant with an AED in office. This shows that GPs are not aware of the proven effect of an AED used by primary care physicians.³ Routine courses in BLS including AED usage could, along with information campaigns about the costs of having and using an AED, facilitate future acquisition of AEDs.

4.6. Limitations and strengths

The large sample size, the high response rate and the fact that this is a cross-sectional study for an entire country, makes this a representative study for the conditions in Denmark. The prevalence of AEDs we found could be a little lower than the actual prevalence since we did use the entire number of GP offices as denominator. However, it is reasonable to believe that among the 30% of the non-responders, a lower representation of AEDs might be present, since people tend to be more likely to answer if they can provide a positive answer. We intended to conduct the study as an online questionnaire, which would make it easier to follow up on non-responders, thereby assuring a high response rate. However,

because of administrative limitations we were not allowed to contact GPs via email. In order to avoid a low response rate as a result of a long and complex questionnaire, ^{1,7,8,36} we chose to settle for only two qualitative topics. Further qualitative topics would probably aid in the identification of factors that could contribute in future attempts of introducing new equipment to primary care physicians.

5. Conclusion

Danish primary care physicians are generally not equipped with AEDs despite the proven effect of AEDs in GP offices. Our results indicate that the main reasons for not acquiring an AED are financial considerations and a wrongful belief in that response time by ambulance services and nearby health facilities are the best treatment. We suggest recommendations from both the DNBH and the Danish College of General Practitioners as well as better education and information of GPs in order to facilitate future acquisition of AEDs.

Conflict of interest

All authors declare that there are no financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence their work.

Sources of funding

Expenses to office articles, in the form of paper, envelopes and stamps were funded by the TRYG foundation. The TRYG foundation had no influence on study design, data collection, analysis and interpretation or the writing process of the article and decision to submit it for publication. All authors undertook the study in their own spare time.

Acknowledgments

We would like to thank the Department of Anaesthesiology at Slagelse Hospital for the support with facilities and guidance in the process of protocol drafting and data collection. We are grateful to Nanna Bjørn Volqvartz for proofreading as well as Rasmus Lund Hansen, Preadaporn Musikasinthu and Lisa Sköldin for gathering data.

References

- Torp-Pedersen C, Wissenberg M, Lippert F, Martinussen G. *Fakta om tal fra Dansk Hjertestopregister*. Copenhagen; n.d.
- Bury G, Heaton M, Dixon M, Egan M. Cardiac arrest in Irish general practice: an observational study from 426 general practices. *Resuscitation* 2009;80:1244–7.
- Colquhoun M. Resuscitation by primary care doctors. *Resuscitation* 2006;70:229–37.
- Bury G, Heaton M, Egan M, Dowling J. Cardiac arrest management in general practice in Ireland: a 5-year cross-sectional study. *BMJ Open* 2013;3.
- Hanley K, Dowling J, Bury G, Murphy A. The role of automated external defibrillators in rural general practice. *Br J Gen Pract* 1999;49:297–8.
- Jippes E, Achterkamp MC, Brand PJP, Kieviet DJ, Pols J, van Engelen JML. Disseminating educational innovations in health care practice: training versus social networks. *Soc Sci Med* 2010;70:1509–17.
- Koster RW, Baubin MA, Bossaert LL, Caballero A, Cassan P, Castrén M, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation* 2010;81:1277–92.
- Deakin CD, Nolan JP, Soar J, Sunde K, Koster RW, Smith GB, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advanced life support. *Resuscitation* 2010;81:1305–52.
- Sundhedsstyrelsen. Hjertestartere (AED) placeret uden for sygehus. 1st ed Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Barent D, Bossaert LL, Deakin C, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 2010;81:1219–76.
- West RJ, Penfold N. A questionnaire survey of resuscitation equipment carried by general practitioners and their initial management of ventricular fibrillation. *Br J Gen Pract* 1997;47:37–40.
- Rawles J. Cost effectiveness of cardiac defibrillation by general practitioners. *BMJ* 1991;302:1606.
- Valenzuela TD, Roe DJ, Cretin S, Spaite DW, Larsen MP. Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. *Circulation* 1997;96:3308–13.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82:581–629.
- Waalwijk RA, de Vos R, Tijssen JG, Koster RW. Survival models for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation from the perspective of the bystander, the first responder, and the paramedic. *Resuscitation* 2001;51:113–22.
- Auber BA, Hamel C. Adoption of smart cards in the medical sector: the Canadian experience. *Soc Sci Med* 2001;53:879–94.
- Keating NL, Ayanian JZ, Cleary PD, Marsden PV. Factors affecting influential discussions among physicians: a social network analysis of a primary care practice. *J Gen Intern Med* 2007;22:794–8.
- Backer TE, Rogers EM. Diffusion of innovations theory and work-site AIDS programs. *J Health Commun* 1998;3:17–28.
- Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. 4th ed New York: The Free Press; 1995.
- Weaver WD, Hill D, Fahrenbruch CE, Copass MK, Martin JS, Cobb LA, et al. Use of the automatic external defibrillator in the management of out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 1988;319:661–6.
- Denis JL, Hébert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier L-H. Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev* 2002;27:60–73.
- Auble TE, Menegazzi JJ, Paris PM. Effect of out-of-hospital defibrillation by basic life support providers on cardiac arrest mortality: a metaanalysis. *Ann Emerg Med* 1995;25:642–8.
- Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Med Care* 1994;32:202–13.
- Stiell IG. Improved out-of-hospital cardiac arrest survival through the inexpensive optimization of an existing defibrillation program: OPALS Study Phase II. *JAMA* 1999;281:1175–81.
- Meyer AD, Goes JB. Organizational assimilation of innovations: a multilevel contextual analysis. *Acad Manage J* 1988.
- Stiell IG, Wells GA, DeMaio VJ, Spaite DW, Field BJ, Munkley DP, et al. Modifiable factors associated with improved cardiac arrest survival in a multicenter basic life support/defibrillation system: OPALS Study Phase 1 results. *Ontario Prehospital Advanced Life Support*. *Ann Emerg Med* 1999;33:44–50.
- Øvretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, et al. Quality collaboratives: lessons from research. *Qual Saf Health Care* 2002;11:345–51.
- Caffrey S. Feasibility of public access to defibrillation. *Curr Opin Crit Care* 2002;8:195–8.
- O'Rourke MF, Donaldson E, Geddes JS. An airline cardiac arrest program. *Circulation* 1997;96:2849–53.
- Page RL, Hamdan MH, McKenas DK. Defibrillation aboard a commercial aircraft. *Circulation* 1998;97:1429–30.
- Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RG. Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *N Engl J Med* 2000;343:1206–9.
- Eisenberg MS, Copass MK, Hallstrom AP, Blake B, Bergner L, Short FA, et al. Treatment of out-of-hospital cardiac arrests with rapid defibrillation by emergency medical technicians. *N Engl J Med* 1980;302:1379–83.
- Stuitt KR, Brown DD, Schug VL, Bean JA. Prehospital defibrillation performed by emergency medical technicians in rural communities. *N Engl J Med* 1984;310:219–23.
- Berdowski J, Kuiper MJ, Dijkgraaf MGW, Tijssen JGP, Koster RW. Survival and health care costs until hospital discharge of patients treated with onsite, dispatched or without automated external defibrillator. *Resuscitation* 2010;81:962–7.
- Herlitz J, Bahj J, Fischer M, Kuisma M, Lexow K, Thorgeirsson G. Resuscitation in Europe: a tale of five European regions. *Resuscitation* 1998;41:121–31.
- Hanbury A, Farley K, Thompson C, Wilson P, Chambers D. Challenges in identifying barriers to adoption in a theory-based implementation study: lessons for future implementation studies. *BMC Health Serv Res* 2012;12:422.

Den pædagogiske mixerpult

Cand.psych. Helle Lund

Artiklen er publiceret i tidsskriftet *Social Udvikling*; 2014 (6): 4-10

English abstract

Stokholm, H.LW.: The pedagogical mixing console. *Social Udvikling*, 2014 (6): 4-10

The article describes the pedagogical reflection tool "the pedagogical mixing console". The model is developed on the background of a research and development project aimed at children and youth. In the article the model is described first, followed by a case describing the use of the model in practice. The article concludes with perspectives of further use of the model.

Vi retter på omgivelserne – ikke på barnet

Oplever man en situation som uoverskuelig, får man sværere ved at håndtere den. Det gælder for alle mennesker, men i særlig grad for mennesker med autisme. Derfor stræber vi på *Himmelev- et behandlingstilbud til børn og unge* hele tiden efter at tilpasse det pædagogiske miljø omkring barnet, så det har den rette forenklingsgrad. Vi kalder det, at "vi retter på omgivelserne – ikke på barnet".

At skabe tilpas forenkling er imidlertid pædagogisk komplekst. Det kræver overblik over de vigtigste faktorer i miljøet som f.eks. den fysiske indretning, kommunikationsform og relationen mellem barn og voksen og relationen børnene imellem. Overblikket kan hjælpes på vej af den pædagogiske mixerpult, hvor faktorerne i miljøet stilles op og afstemmes i forhold til hinanden. Modellen anskueliggør samtidig, at afstemningen er en dynamisk proces, hvor faktorerens relative indflydelse hele tiden kan skifte.

En traditionel mixerpult er som bekendt et styringsredskab, hvor målet: at skabe en bestemt lyd, deles op i enkeltelementer som f.eks. bas, vibration, volumen,

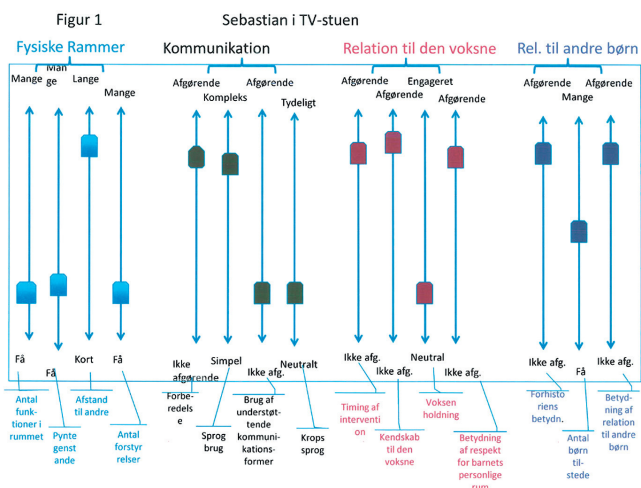
ekko m.m. Hver knap på mixerpulten kan skubbes op og ned for henholdsvis at øge eller mindske den enkelte faktors indflydelse på helheden.

Tankegangen i modellen er, at hvis der skrues op for udfordringer ét sted, skal der samtidig skrues ned for andre udfordringer og op for opbakning og støtte til barnet. Hvor der skal skrues op og ned, kan en udfyldning af modellen hjælpe til at give et konkret svar på (Novland et al 2010).

Teoretisk trækker finindstillingstankegangen på især Vygotskij udviklingspsykologiske begreb om barnets nærmeste udviklingszone (Vygotskij i Lindberg (red.)2004). Ifølge Vygotskij lærer barnet nye færdigheder, når rammen omkring det bliver tilpasset, så opgaven bliver lige akkurat overkommelig. I sådanne situationer vil barnet have mulighed for at træne og tilegne sig nye færdigheder, som det efterhånden kan praktisere med gradvist mindre støtte. Det gælder derfor om for de voksne omkring barnet at ramme det rette niveau af udfordring og støtte, så barnet kan tage et udviklingsmæssigt nyt skridt. Det er her den pædagogiske mixerpult kommer ind som et støttende refleksionsværktøj.

Hvordan kan vi bakke Sebastian op i at kunne se TV sammen med de andre børn?

Nedenfor findes et konkret eksempel på indstillingen af en pædagogisk mixerpult. Det udviklingsmæssige skridt, Sebastian står overfor, er at kunne opholde sig i længere tid i fællesrum sammen med andre børn. Se figur 1



Modellen viser, hvor mange forskellige faktorer, det er vigtigt at have blik for, når vi skal bakke Sebastian op i sit mål om at kunne se TV sammen med de andre børn i Himmelevs TV-stue:

Miljøet omkring Sebastian skal indrettes således, at rummet, der bliver set TV i, kun bruges til denne ene aktivitet. Rummet skal være indrettet med få pyntegenstande. Det skal være muligt at undgå forstyrrelser udefra, og det har stor betydning, at Sebastian kan sidde langt væk fra de andre børn, der også ser TV.

Når Sebastian skal introduceres til TV-kikningen, er det vigtigt at forberede ham. Det er meningsfuldt at bruge et forholdsvist komplekst sprogbrug, og Sebastian har ikke brug for eksempelvis pictogrammer til støtte for aktiviteten. Den voksnes verbale kommunikation til Sebastian skal naturligvis være understøttet af den voksnes kropssprog, men kun i en neutral form.

Til gengæld er det afgørende, at Sebastian kender den voksne, der skal ledsage ham til TV-kikningen. Den voksnes holdning skal være neutral og ikke for forhoppet på hans vegne. Det er vigtigt, at den voksne timer sin intervention (f.eks. at give en besked) i forhold til, hvornår Sebastian er parat til at modtage den. Samtidig skal der være stor opmærksomhed på at respektere Sebastians "personlige rum" – ikke at komme for tæt på hverken fysisk, verbalt eller følelsesmæssigt. Den voksne må ikke være påtrængende og må ikke selv introducere noget uvedkommende. Relationen til de andre børn i TV-stuen har også betydning for, om det lykkes Sebastian at se TV med de andre. Her er det mindre vigtigt hvor mange børn, der deltager i aktiviteten. Det vigtigste er, om Sebastian har generelle positive erfaringer med samvær med netop disse børn, men også konkret hvordan dagen frem til TV-kikningen er spændt af sammen med de andre tilstedeværende.

Struktureret refleksionsværktøj

Med den pædagogiske mixerpult har vi udviklet en refleksionsmodel, der både indfanger den kompleksitet, som findes i en pædagogisk udviklingsopgave, men som samtidig er så enkel, at den kan bruges i en tidspresset hverdag og dermed blive et fælles pædagogisk refleksionsværktøj.

Med modellen inspireres man til at kortlægge miljøet omkring barnet og tænke over, hvordan de forskellige parametre mest optimalt indstilles. Arbejdsteamet omkring et barn får med den pædagogiske mixerpult fælles referenceramme til drøftelse af, hvilket pædagogisk miljø man bestræber sig på at skabe for barnet. I

dette eksempel har teamet fået et redskab til at strukturere deres faglige drøftelser om Sebastian og TV-kikningen og kan herefter beslutte sig for konkrete interventioner.

Et sådant strukturerende redskab til pædagogiske drøftelser kan være særligt nyttigt i døgninstitutionssammenhænge, hvor medarbejderne sjældent er sammen om den konkrete udførelse af arbejdsopgaverne, men alligevel skal finde fælles tilgange til arbejdet.

Planlægning og konflikthåndtering med den pædagogiske mixerpult

Vi har foreløbig anvendt modellen i tre forskellige sammenhænge:

I forbindelse med den **langsigtede planlægning** af et udviklingsfremmende miljø omkring et barn kan modellen bruges til at kortlægge de vigtigste faktorer og deres indvirkning på barnet. Formålet med en sådan planlægning er at tilrettelægge omgivelserne, så barnet så meget af tiden som muligt kan befinde sig i sin nærmeste udviklingszone.

Når barnet skal tage **konkrete nye udviklingsmæssige skridt** som f.eks. at gå i skole, at blive klippet, at komme til tandlæge eller at rydde op efter sig selv, kan modellen tages frem, og de væsentligste faktorer indflydelse i den konkrete udfordring for barnet kortlægges. Herudfra kan det besluttes, hvad der skal skrues op og ned for i arbejdet med at gøre det muligt for barnet at tage dette skridt.

I tilfælde, hvor barnet i perioder bliver en del af flere **konflikter**, end det er hensigtsmæssigt, eller på anden vis giver udtryk for ikke at trives optimalt, kan modellen også tages i brug. På samme måde som når barnet skal tage nye skridt, kortlægges de vigtigste miljømæssige faktorer omkring barnet, og det besluttes, hvor der skal justeres for igen at få barnet på den mest optimale udviklingsmæssige kurs.

Fortrykte kategorier

Arbejdet med den pædagogiske mixerpult har indtil for nyligt primært foregået i forskningsprojektgruppen på *Himmelev*. Vores erfaringer indtil nu er, at modellen opleves umiddelbart meningsfuld og som et bidrag til de faglige refleksioner.

Når vi arbejder med modellen, tager vi udgangspunkt i en skabelon hvor mixerpulten er udfyldt med de nævnte **fortrykte kategorier: fysiske rammer, kom-**

munikation, relation til voksne, relation til andre børn. Teoretisk og erfaringsmæssigt er det inden for disse fire områder, vi finder de væsentligste påvirkende faktorer i miljøet (Kaufmanas et al 2014).

Indenfor hver kategori udfyldes for det enkelte barn de væsentligste parametre, og hvad der findes i hver ende af akserne. Herefter skal de "pædagogiske knapper" finindstilles i forhold til hinanden. Ud fra denne finindstilling kan pædagogerne i hverdagen tilpasse rammerne omkring barnet, så de bliver tilpas udfordrende for netop dette barn i netop denne situation.

Inddragelse af forældre og børn

Næste skridt i udbredelsen af den pædagogiske mixerpult er at inddrage forældre og børn i kortlægningen af indflydelsesrige parametre i forhold til barnets trivsel og udvikling. Sådanne samtaler kan udgøre et meningsfuldt indhold på møder med forældre til børn i behandlings- og andre pædagogiske kontekster.

Vi har store forventninger til udfyldelse af den pædagogiske mixerpult sammen med børn og forældre, fordi metoden er konkret og visuelt baseret, hvilket er gavnlige kommunikationsveje for mennesker med autisme (Kaufmanas et al 2014).

Når der konkretiseres og skrives på eksempelvis tavle, foregår der samtidig en eksternaliserende proces (White 2008), hvor problemer ses som noget, der optræder i en kontekst og ikke som noget iboende personen. En sådan tilgang giver mulighed for en mere kreativ og fællesskabende problemløsning.

Modellen som opfyldelse af dokumentationskrav

Pædagogiske institutioner bliver mødt med øgede krav om dokumentation (jf. eksempelvis Region Sjællands kvalitetsmodel). Vi vil gerne lave innovative løsninger på de nye krav, som det efterlyses bl.a. af direktør for kommuner og regioners analyse og forskning Jan Rose Skaksen, så dokumentationskrav ikke fører til mindre tid sammen med børnene (Skaksen 2014). I det lys overvejer vi, om udfyldningen af den pædagogiske mixerpult kan gøres til en del af vores dokumentationspraksis og referatskrivning fra møder og forældresamtaler. Intentionen med dette er at gøre dokumentation til en meningsfuld og produktiv proces i sig selv.

Tilpas forenkling som dynamisk miljøterapi

Med modellen indfanges noget af det centrale i *Himmelevs* behandlingstilgang: på baggrund af tillidsfulde relationer mellem børn og voksne, er vi optaget af at

tilpasse miljøet omkring barnet, så barnet kan tage relevante udviklingsmæssige skridt. På den måde gør barnet sig konkrete erfaringer med opgaver, der lykkes, og vi bakker op om, at barnet selv får mulighed for at fortælle eller få fortalt foretrukne historier om disse skridt (White 2008).

Her trækkes tråde helt tilbage til Himmelevs oprettelse med Sofie Madsens interesse for det enkelte barns særkende og for at indrette et sted, hvor disse særkender blev mødt (Bitsch-Larsen 1997). Men også tråde frem til i dag, hvor modellen kan udgøre noget af Himmelevs bud på en dynamisk miljøterapi, hvor man hele tiden arbejder på at inddrage de væsentligste miljømæssige faktorer i indretningen af et tilpas forenklet og dermed udviklingsstøttende miljø.

Himmelev – et behandlingstilbud til børn og unge

Himmelev – et behandlingstilbud til børn og unge er en døgn- og dagbehandlingsinstitution for børn og unge med autismspektrumforstyrrelser. Institutionen har driftsoverenskomst med Region Sjælland.

Himmelev Behandlingstilbud består af en boafdeling med plads til 20 børn og unge, en skoledel med 22 elever og en fritidsdel til 6 elever. Derudover findes aflastning for børn i skoletilbuddet og enkelte særforanstaltninger. (Se mere på www.himmelevbehandlingstilbud.dk)

Litteratur

1. Bitsch-Larsen, Stine (1997): Sofie Madsen - en pioner i de anderledes børns verden, København, Dansk psykologisk Forlag
2. Novland, Margit, Larsen, Bente Marie, Lund, Helle, Ramussen, Jacob Folke: Pædagogik i et narrativt perspektiv
3. Holmgren, Anette (2010): Fra terapi til pædagogik, København, Hans Reitzel
4. Kuafmanas, Charlotte Holmer, Beyer, Jannik, Jørgensen, Marie Herholdt, Kaas, Marie: Mennesker med autisme, Socialstyrelsen 2014
5. Lindqvist, Gunilla (red. 2004): Vygotskij - om læring som udviklingsvilkår, Klim, Århus
6. White, Michael (2008): Kort over narrative landskaber, København, Hans Reitzel
7. Jan Rose Skaksen www.denoffentlige.dk/fire-veje-til-mindre-detailstyring-og-mere-innovation
8. Region Sjællands kvalitetsmodel på det sociale område www.regionsjaelland.dk/Social/Tilsyn/Kvalitet/Sider/DDKM.aspx

Fra holdning til evidens. Sygepleje til den smerte- og kvalmeramte patient

Klinisk udviklingssygeplejerske Hedvig Møller Larsen

Artiklen er publiceret i Sygeplejersken 2011; (9): 52-55 og er fagredaktørbedømt.

English abstract:

Møller Larsen H. From position to evidence – caring for the pain-ridden and nausea-plagued patient. Sygeplejersken 2011;(9);52-55.

The project was carried out at Roskilde Hospital, Department of Gynaecology, where many patients had problems with postoperative nausea and pain management. These presented the patient with considerable difficulties and were obstacles for speedy recovery. The following problems were revealed via a detailed review of hospital and anaesthesia records emphasising pain and nausea documentation, as well as observation of daily actions:

A lack of common objectives among the various categories of care providers by both profession and clinic.

A lack of evaluation of the measures taken to alleviate pain and nausea.

Poorly arranged documentation concerning pain assessment and treatment

Lack of patient involvement.

As a result of working with these four problem areas, treatment of pain and nausea has been improved. Documentation and information provided to the patient has become more systematic thanks to a decision about shared professional points of departure. This decision presupposes:

A dialogue with the patient concerning subjective experience of pain and nausea. Agreement among nursing professionals concerning documentation and actions taken.

The implementation of a medicinal standard.

Key words: Surgical nursing, quality development, evidence.

I Gynækologisk Afdeling, Roskilde Sygehus, oplevede vi, at mange af patienterne havde megen kvalme og var svære at smertedække postoperativt til stor gene for patienterne og en hindring for korte indlæggelsesforløb og hurtig rehabilitering. Derfor nedsatte vi en tværfaglig smertegruppe til optimering af patientforløbene.

Vi gennemgik sygeplejefjournaler og anæsthesiskemaer med fokus på smerte- og kvalmedokumentation og observerede de daglige handlinger og fandt nedenstående problemstillinger:

- Manglende fælles målsætning i personalegrupperne såvel tværfagligt som tværklinisk, (gynækologisk og anæstesiaafdelingen), vedr. præ- og postoperativ smerte- og kvalmebehandling manglende evaluering eller scoring af smertebehandlingen i gynækologisk afdeling uoverskuelig dokumentation af smertevurdering og behandling manglende medinddragelse af patienterne. Vi besluttede at arbejde videre med alle fire problemstillinger i smertegruppen. Peroperativt var der nogle patienter, som fik et forebyggende kvalmepreparat. Postoperativt var der i opvågningen standard for, hvilke præparater der skulle anvendes, men den enkelte fagpersons scoring afgjorde, hvilken smerte- og kvalmebehandling der blev givet.
- I sengeafdelingen var det også personbestemt, hvilke præparater der blev anvendt og hvornår. Smertescore og kvalmscoren var ofte ikke styrende for behandlingen i sengeafdelingen. Det samme var gældende for patientinvolveringen.

Vi havde ikke en fælles målsætning i de to afsnit, og vi besluttede, at der skulle udarbejdes en standard for både den præ- og den postoperative behandling af smerte og kvalme. Vi blev også enige om, at et fælles udgangspunkt for smertevurdering samt smertedokumentation er en forudsætning for vurdering af resultatet af en kommende præ- og postoperativ smerteindsats. En beslutning for en vellykket smerteindsats må forudsætte en høj grad af patientinvolvering, for smerteoplevelse er og bliver en subjektiv oplevelse.

Litteratursøgning

Vi søgte videnskabeligt belæg for at forebygge og eller minimere smerte- og kvalmeoplevelsen hos de benigne gynækologiske operationsforløb. Efter litteratursøgningen om forebyggende smertebehandling konkluderede vi følgende: Der er ikke videnskabeligt belæg for, at forebyggende smertebehandlinger er mere effektive end behandling påbegyndt efter operationen. Men vi valgte at tage afsæt i

denne hypotese: "Ved at have fokus på forebyggende smertebehandling, hvor hypotesen er, at smertebehandlingen påbegyndes før operationen, kan man beskytte smertesystemet og dermed reducere intensitet og varighed af den kliniske smerte bedre, end hvis smertebehandlingen først påbegyndes postoperativt, hvor overfølsomheden allerede er etableret" (1).

Ud over en målrettet smertebehandling forudsættes en valideret smertevurdering, hvilket er velbeskrevet i forskellige artikler og rapporter (2,3,4). Redskabet skal være velegnet til at måle patientens egen opfattelse af smerterne. Målingerne skal være valide og kunne bruges i den interne kommunikation med patienten, i plejegruppen, i lægegruppen og på tværs af afsnittene.

Det var her oplagt, at redskabet primært bygger på Visual Analogue Scale (VAS), men med forståelse for, at nogle af patienterne havde lettere ved at vurdere smerten ud fra skalaen Verbal Rating Scale (VRS).

Selv om der er usikkerhed om at kunne forebygge postoperative smerter, er der dokumentation for, at postoperativ kvalme kan forebygges (5,6). Jo mere udsat patienten er for at få kvalme i et operationsforløb, jo vigtigere er en målrettet indsats, og netop visse gynækologiske operationsforløb udsætter patienten for kvalme. Det anbefales i litteraturen (4), at patienterne præoperativt risikovurderes for Post Operativ Nausea and Vomiting (PONV) (se boks 1).

Boks 1. Apfels risikoscore

Faktorer:

1. Kvindekøn
2. Transportsyge eller tidligere PONV
3. Ikkerygere
4. Opioider postoperativt

Antal faktorer	PONV-incidens (%)
0	10
1.....	21
2.....	39
3.....	61
4.....	79

PONV = postoperativ kvalme og opkastning.

Det anbefales, at patienter med moderat risiko for PONV bør have profylakse af mindst ét stof, og patienter med høj risiko for PONV bør have profylakse med mindst to stoffer. En undersøgelse foretaget af sygeplejersker på Skejby (5) via en retrospektiv gennemgang af 69 journaler viste, "at en tredjedel af alle patienter får PONV, og blandt højrisikopatienter får 89 pct. PONV. Patienter screenet i højrisiko har otte gange større risiko for PONV end patienter, der ikke er screenet i højrisiko. Kvinder har over dobbelt så stor risiko som mænd" (5).

Ifølge Rud, Jakobsen og Kehlet (4) er vurderingen, at gynækologiske operationsforløb er i højrisikogruppen for PONV, og den faglige indsats bør afspejle denne vurdering, både den behandlende indsats og den vurderende sammen med patienten.

Udvikling af standard for behandling

Med baggrund i den gennemførte dokumentanalyse og observationsstudier af praksishandlinger og tidligere dokumenteret viden udarbejdede vi en fælles målsætning, såvel tværfagligt som tværklinisk:

- at udarbejde materiale til fælles standard for kvalme- og smertebehandling
- at udarbejde dokumentationsmateriale om kvalme- og smerteindsats
- at sikre information og undervisning af personalet
- at udarbejde et patientinformationsmateriale vedr. smertevurdering og involvering.

I projektet valgte vi som smertebehandling at anvende de i litteraturen anbefalede kombinationspræparater NSAID og Paracetamol til at forebygge og minimere forbruget af opioider postoperativt (1). Til at forebygge kvalme valgte vi to præparater ud fra anbefalingerne, og fordi de gynækologiske operationspatienter har mindst to risikofaktorer for PONV (6) (se tabel 1).

Tabel 1. Medicinpakken til elektive benigne gynækologiske operationer			
Præmedicin	Peroperativt	Opvågningen	Sengeafdelingen
Smerteforebyggende	Smerteforebyggende	Smertebehandling	Smertebehandling
Tbl. Burana (NSAID) Tbl. Paracetamol		Opioider ud f. VAS	Tbl. Burana (NSAID) Tbl. Paracetamol Fast 6 timer efter præmed. indtag Opioider ud f. VAS indtil 6 timer efter præmed. er givet.
Kvalmeforebyggende	Kvalmeforebyggende	Kvalmebehandling	Kvalmebehandling
Tbl. Dexamethason (glykokortikoid)	Ondancetron	Ondancetron efter behov	Ondancetron efter behov Primperan

Dokumentations- og vurderingsskema

Vi udarbejdede et dokumentations- og vurderingsskema, der gav mulighed for at dokumentere og vurdere data i det præ- og postoperative forløb, herunder:

- tidspunkt for indtag af præmedicinen
- behov for opioider p.n. i sengeafsnit
- behov for kvalmestillende i sengeafsnit
- liggetid i sengeafsnit efter overflytning.

De perioperative data på operationsafsnittet og de postoperative data på opvågningsafsnittet blev som tidligere dokumenteret på anæsthesiskemaet, hvor vi kan se:

- kvalmeforebyggende peroperativt
- behov for opioider p.n. i opvågningsafsnit
- behov for kvalmestillende i opvågningsafsnit
- liggetid i opvågningsafsnit.

Undervisning og information

For at sikre en ændret adfærd blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter blev der afviklet undervisning. Det var og er en stor udfordring at ændre en handlingsadfærd. Nogle sygeplejersker oplevede det som en begrænsning af deres selvbestemmelse, indtil de fik mere viden og reflekterede sammen med patienten. I hele implementeringsprocessen havde vi daglig fokus på supervision, sparring og i at holde fast i det besluttede. Det var ensbetydende med, at alle i afdelingen var involveret i det, der skulle implementeres.

Opgavens omfang for udviklingssygeplejersken og sengeafdelingens sygeplejerske i smertegruppen var stor, for det var vigtigt, at alle medarbejdere fik ny viden og bidrog til den ændrede praksis. Men de faglige og pædagogiske kompetencer var til stede og havde ikke mindst den tværfaglige ledelses opbakning.

Vi havde ikke en fælles målsætning i de to afsnit, og vi besluttede, at der skulle udarbejdes en standard for både den præ- og den postoperative behandling af smerte og kvalme.

Implementeringen forudsatte en ændret personaleadfærd i forhold til patientinddragelsen. Der blev udarbejdet skriftlig vejledning til patienterne, der fokuserede på patientens involvering i smertevurderingen, fordi smerteopfattelsen altid er subjektiv. Informationen blev udleveret ved indlæggelsen og gennemgået af patientens kontaktperson. For nogle af patienterne var det et velvalgt tidspunkt, for

andre var det bedre, efter at patienten var kommet tilbage til afdelingen fra opvågningen.

Resultater

I januar og februar 2010 blev alle elektive benigne gynækologiske patientforløb inkluderet i projektet. Der indgik i alt 106 patienter. Vi var opmærksomme på, at der var tale om forskellige indgreb, men ville gerne vurdere indgrebene samlet. Data fra projektperioden blev sammenlignet med tilsvarende operationsforløb fra samme periode i 2009. Forskellen på de to forløbsperioder er, at i 2009 fik ingen af patienterne præmedicin, nogle af patienterne fik peroperativt kvalmeforebyggende ud fra den enkelte anæsthesisygeplejerskes vurdering, ikke ud fra en formaliseret standard.

Kvalmeforebyggende indsats

Alle 106 patienter i 2010 fik præmedicin, se tabel 2. Præmedicinen blev givet så tæt på operationstidspunktet som muligt, dog med overholdelse af fastereglene.

Tabel 2. Kvalmebehandling i 2009 og 2010		
Kvalmebehandling	2009 97 patienter	2010 106 patienter
Præmedicin	0 pct.	100 pct.
Peroperativt	78 pct.	65 pct.
Opvågningen	18 pct.	12 pct.
Sengeafdelingen	29 pct.	24 pct.

I 2010 fik 65 pct. af de 106 patienter peroperativt kvalmeforebyggende. Det er ensbetydende med, at den besluttede standard jf. tabel 2 ikke er blevet fulgt hos 35 pct. af patienterne.

Dette skal sammenlignes med 2009, hvor 78 pct. af patienterne fik kvalmeforebyggende peroperativt ud fra en anæsthesisygeplejefaglig individuel vurdering.

I 2010 havde kun 12 pct. behov for kvalmebehandling i opvågningsafsnittet mod 18 pct. i 2009, dvs. at 94 patienter (88 pct.) havde ikke behov for kvalmebehandling i 2010. I det efterfølgende forløb i sengeafsnittet havde 68 patienter (64 pct.) ikke behov for kvalmelindring mod 65 patienter (71 pct.) i 2009.

Såvel i opvågningen som i sengeafdelingen er kvalmeforekomsten hos patienterne reduceret efter indførelsen af den forebyggende kvalmebehandling jf. tabel 2. At den forebyggende peroperative kvalmestandard ikke er fulgt 100 pct., er uacceptabelt. Smertegruppen forventer at se en yderligere reduktion af kvalmeforekomsten ved efterlevelse af den vedtagne standard. Der er ikke i data en forklaring på, hvorfor godt halvdelen af patienterne (68) ikke har kvalme, hverken i opvågningen eller i sengeafdelingen. 30 af patienterne havde ikke fået opioider, hverken i opvågningen eller i afdelingen postoperativt. Anæsthesiformen i perioden er uændret, hvilket viser, at der er store individuelle forskelle på patienternes behov.

Smertebehandling

Alle 106 patienter i 2010 havde fået både præmedicin og efter seks timer smertebehandling efter den vedtagne standard. Der er sket en reduktion i patienternes behov for opioid, både i opvågningsafsnittet og i sengeafsnittet i forhold til 2009 (se tabel 3).

Tabellen viser, at forebyggende smertebehandling via standarder (tabel 1) i hele forløbet har minimeret behovet for p.n.-smertebehandling. Dermed ikke sagt at der ikke kan være et yderligere fokus på området. Jf. litteraturen (1) at en forebyggende indsats forventes at mindske den samlede smerteoplevelse hos patienten, kunne vi forsigtigt, med vores resultat, understøtte forfatternes vurdering.

Tabel 3. Smertebehandling i 2009 og 2010

Smertebehandling	2009 97 patienter	2010 106 patienter
Præmedicin	0 pct.	100 pct.
Opvågningen	87 pct.	69,7 pct.
Sengeafdelingen	46 pct.	42 pct.

Temaer, vi arbejder videre med

Efter projektets afslutning vurderer vi, at der er flere områder, der skal arbejdes videre med:

1. Vurderingen af patienters risiko for kvalme før operationsforløbet er ikke optimal i dag. Ved den gynækologiske forundersøgelse er der ikke en formaliseret dataindsamling vedr. f.eks. migræne og køresyge. Det er nu blevet iværksat,

sammenholdt med den øvrige risikovurdering for kvalme. I sengeafdelingen skal vurdering og dokumentation af kvalme integreres i smertescoreskemaet for at øge fokus og dermed optimere behandlingen og den forebyggende indsats.

2. Kroniske smertepatienter:

Ved analyse af tre af forløbene viste det sig at dreje sig om kroniske smertepatienter, hvor der i den præoperative vurdering ikke var taget højde for det. Det kan ske allerede ved forundersøgelsen, hvor den gynækologiske læge og sygeplejerske ser patientens medicinoversigt. Som minimum skal dialogen med patienten om smertebehandlingen starte her og tilrettelægges efterfølgende sammen med anæstesiologen ved prævurderingen.

3. Præparatvalg:

Det bør drøftes i smertegruppen, om smertebehandlingen kan gøres yderligere effektiv, eller om det primært handler om, at vi yderligere kan optimere inden for de gældende standarder. Smertegruppen kunne involvere apotekets smerteudvalg i det arbejde.

4. Patientens vurdering:

At den skriftlige patientvejledning løbende evalueres. At der bliver foretaget en patienttilfredshedsundersøgelse af smerte- og kvalmeforløbet.

Styrker i projektet

Etableringen af den tværfaglige smertegruppe har været afgørende i hele udviklings- og implementeringsprocessen. Det har skabt en fælles forståelse for hindrens opgaver i operationsforløbet. Den tværfaglige arbejdsgruppe vil bestå ud fra et fagligt ønske om at udvikle og sikre kvaliteten inden for smerte og kvalmeområdet fremover. Vi blev også opmærksomme på, hvor vigtigt det var, at alle sygeplejersker i opvågnings- og sengeafsnittet var involveret i implementeringen. Dette var i starten en stor udfordring, da alle skulle informeres og suppleres.

Det skabte hurtigt en oplevelse for de projektansvarlige af engagement og en høj grad af medansvar hos den enkelte medarbejder. Fælles involvering har skabt en platform for smerte- og kvalmевurdering og -behandling, så afdelingerne i dag arbejder på et højt fagligt niveau.

Gennem dokumentationsredskabet er der skabt en tværklinisk og tværfaglig forståelse for vurdering og anvendelse af kliniske data. Der reflekteres i højere grad

over dokumenteret vurdering, så det er blevet både overskueligt og synligt og ikke mindst patientinvolverende.

Det omtalte dokumentations- og vurderingsskema kan rekvireres hos forfatteren.

Den tværfaglige smertegruppe på Gynækologisk/Obstetrisk afdeling på Roskilde Sygehus bestod af Anne Weibye, sygeplejerske, opvågningen, Linda Seitzberg, sygeplejerske gynækologisk afsnit, Susan Førster, anæstesisygeplejerske, Søren Walter-Larsen, anæstesioverlæge, Mads Nielsen-Breining, afdelingslæge, og Hedvig M. Larsen, udviklingsygeplejerske.

Litteratur

1. Dahl JB, Kehlet H. Behandling af postoperative smerter – en status. Ugeskrift for Læger 2006;168/20:1986-1988.
2. Garn-Larsen L, Werner M. Smertebehandling med klar målsætning. Sygeplejersken nr. 07/2003.
3. Maribi T. Vurdering af Visuel Analog Skala (VAS) (Visual Analogue Scale) til vurdering af smerteintensitet. Danske Fysioterapeuter 10. november 2005. www.fys.dk
4. Rud K, Jakobsen DH, Kehlet H. Sygepleje i forbindelse med perioperativ smertebehandling. Enhed for Perioperativ Sygepleje 1. januar 2009. www.perioperativsygepleje.dk
5. Brahe L. Forebyggelse af postoperativ kvalme og opkastning. Sygeplejersken nr. 4/2007.
6. Ahlburg P, Nielsen JOD. Forebyggelse af postoperativ kvalme og opkastning. Ugeskrift for Læger 2007;169(33):2659.

Patientinddragelse af psykotisk patient, som tvangsmedicineres under indlæggelse

Ledende oversygeplejerske Tine Würtz

Atiklen er publiceret i Klinisk Sygepleje 2015; (1): 56-69 og er fagfællebedømt.

English abstract:

Würtz T. Coercive measures and involvement of hospitalized psychotic patient. Klinisk Sygepleje 2015; 1: 56-69

Abstract

Background: When patients are psychotic and use of forced medication is necessary, the autonomy of the patients is disregarded, but they still have the rights to be informed and involved in the treatment.

Purpose: To investigate how the patients are involved during hospitalization, when mandatorily medication is necessary to improve patients experienced quality of treatment.

Method: It is a qualitative study with a phenomenological and hermeneutic frame of understanding. Patient interviews are used as data collection.

Results: Patients want to be in an alliance with the contact person and they want to be integrated in the settings on the ward. They need support from a human-being who knows and respect them.

Conclusion: There is a discrepancy between legislative demand for treatment and the patients experience of involvement. It's essential to inform and involve patients in considerations concerning their treatment and try to get their consent for treatment despite psychosis.

Keywords: Mandatorily medication, patientcentered care, patients-experienced quality, psychiatry, psychosis.

Baggrund

Øget patientinddragelse kan være en af de veje, som vil kunne føre til mindre anvendelse af tvang i psykiatrien ifølge rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" oktober 2013. Af rapporten fremgår det, at tvangsanvendelse igennem flere år har været i fokus, men at den fortsat er lige udbredt i Danmark. Der er behov for en målrettet indsats for at nedbringe anvendelse af tvang i psykiatrien. Derfor er det væsentligt at komme nærmere, hvordan en øget patientinddragelse kan foregå (1). Artiklen her beskriver et masterprojekt (2012), hvor patienter, som havde været indlagt med psykose og tvangsmedicineret, blev interviewet om deres oplevelser af at blive inddraget i behandlingen (2).

Når en psykotisk patient udsættes for tvangsbehandling mister patienten sin selvbestemmelsesret. Personalet er forpligtiget til at sikre patientens integritet, herunder at sikre hensynet til patientens værdier og holdninger også når der anvendes tvang. Et væsentligt dilemma er, at patienten på den ene side har ret til inddragelse og på den anden side har mistet sin ret til selvbestemmelse. I sundhedsloven, hvor hensigten er at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse, er det et krav, at patienten giver informeret samtykke før en behandling iværksættes (3). Når en patient er psykotisk og ikke kan give informeret samtykke til behandling, som vurderes nødvendig, for at patienten ikke skader sig selv eller andre, træder tvangsforanstaltninger i kraft efter bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (4).

Så snart en tvangsforanstaltning er besluttet, skal der beskikkes en udefrakommende patientrådgiver, som skal varetage patientens interesser og samtidig være garant for patientens retssikkerhed (4). Ud over patientrådgiveren har også pårørende og kontaktpersonen særlige opgaver i form af at hjælpe patienten med at varetage selvbestemmelsesretten. Pårørendes rolle er meget individuel og det er altid patienten, som afgør i hvilken grad, de pårørende skal inddrages. De pårørende kan bidrage både med viden om, hvad der kan stresser patienten og hvad der kan være en støtte (5). Kontaktpersonens rolle er professionel, og når patienten ikke er i stand til at udtrykke sine ønsker og behov, må kontaktpersonen træde ind og varetage denne opgave. Det kræver, at der etableres et tillidsforhold og at der er åbenhed om, at kontaktpersonen har opgaven. Det kræver empati, situationsfornemmelse og etisk indsigt, så patientens integritet varetages bedst muligt (6).

Ifølge Den Danske Kvalitetsmodel version 2 skal patient og pårørende inddrages som partnere. Patient og behandler skal indgå i et partnerskab, hvor begge parter bidrager med viden og hvor patienten er aktiv i sin behandling (7). Det kræver en aktiv patient, men i lige så høj grad kræver det, at behandlere aldrig må fortolke det sådan, at patienten skal bære ansvaret for sin sygdomsproblematik alene. Det er behandlerens ansvar at lære patienten at kende og at vurdere patientens individuelle forudsætninger for at kunne forstå information og evne til at opretholde sin sundhedstilstand (8).

I rapporten Brugernes sundhedsvæsen bliver der refereret til en undersøgelse om inddragelse af marginaliserede grupper, blandt andet psykisk syge (9). Undersøgelsen påpeger, at det er væsentligt, at den psykisk syge føler sig velkommen og forstået. Den personlige kommunikation og tilliden til personalet er bærende og mere vigtig end tillid til behandlingen (9). Hvordan brugerinddragelse foregår i praksis har der kun været sporadiske tiltag med henblik på at vurdere, og der er ikke entydig evidens for effekten (10).

Patienter som har været indlagt i en psykotisk fase og evt. udsat for en tvangsforanstaltning, kan trods psykosen ofte erindre, hvordan de blev mødt og talt til, mens de var psykotiske (11). De er ofte ekskluderet af brugerundersøgelser under indlæggelsen på grund af akut psykose, og de udgør en så lille del af den samlede patientgruppe, at deres særlige vilkår oftest ikke vil vise sig i kvantitative undersøgelser, f.eks. i de landsdækkende tilfredshedsundersøgelser i psykiatrien (12). Projektet tager derfor afsæt i interview af patienter, for at høre deres erindringer efter udskrivelsen om indlæggelsen, hvor de har oplevet at få tilsidesat selvbestemmelseretten. Formålet er at undersøge patienternes oplevelser og aspekter af inddragelse under indlæggelse og tvangsbehandling for at kunne forbedre den patient-oplevede kvalitet

Metode

Som formålet indikerer, er det patienternes oplevelser og aspekter, som er projektets fokus, hvorfor der er valgt en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang med kvalitative interviews som dataindsamling (13). Projektets teoretiske ramme om patientcentreret praksis beskrives sidst i metodeafsnittet.

Informanter

I projektet blev fire patienter interviewet efter udskrivelsen, hvor de var ude af den psykotiske fase, om deres erindringer fra indlæggelsen.

Patienterne blev udvalgt ud fra, at de skulle have været indlagt i en specifik psykiatrisk afdeling i 2011-2012 og tvangsmedicineret. Det havde 17 patienter og 11 af disse havde fortsat kontakt med psykiatrien og var tilknyttet en primærbehandler. To patienter var indlagt igen, to patienter vurderede primærbehandleren ikke var i stand til at blive interviewet, en patient blev psykosenær, ved forespørgslen, en patient var lige startet uddannelse og to patienter frabad sig kontakt. En primærbehandler henviste til en patient, som havde været indlagt for flere år siden, og som i dag forholder sig kritisk til det oplevede og som gerne ville deltage. Det betød, at der kunne aftales interview med fire informanter. Ideelt set skal der interviewes så mange informanter, at der ikke længere fremkommer nye oplysninger om emnet, men pga. projektets omfang og ressourcer, var det ikke muligt at interviewe flere end de fire. De fire informanter var meget forskellige, hvorved det gav mulighed for, at de kunne fremkomme med mangartede oplysninger om emnet (13).

Informanter:	Beskrivelse:
Informant 1	
Mand, ca. 40 år, Diagnose: Skizofreni Indlagt få gange	Informant 1 kunne ikke acceptere psykiatriens måde at varetage psykisk sygdom. Han havde ikke nogen forventninger til personalet, da han ikke anerkendte deres tilgang. Han var meget klar over, at han ikke havde følt sig respekteret under sin indlæggelse.
Informant 2	
Kvinde, ca. 55 år Diagnose: Bipolar affektiv lidelse Indlagt flere gange for mere end 10 år siden	Informant 2 havde nogle meget traumatiske oplevelser fra sine indlæggelser. Hun havde sidenhen i distriktspsykiatrien oplevet, hvordan en god alliance kunne fungere og hun havde opnået stor indsigt i sin egen sygdom og forløb og agerede, som en aktiv patient. Hun var meget bevidst om sine forventninger til personalet i psykiatrien og om at blive inddraget og respekteret som det menneske, hun var, hvorfor hun blev inkluderet i projektet. Nogle af de traumatiske oplevelser var fra procedurer, som ikke længere anvendes i psykiatrien, hvorfor de ikke blev inddraget i projektet.

Informant 3	
Mand, ca. 30 år Diagnose: Skizofreni En indlæggelse	Informant 3 var indlagt for første gang og var ikke rigtig inkluderet i fællesskabet. Han betragtede personalet og reflekterede over det, han så. Han havde meget få forventninger til at blive inddraget. Han havde nogle "huller" i sin erindring fra indlæggelsen, men mest i forhold til tid. Han huskede kontakten med plejepersonale og lægen.
Informant 4	
Mand, ca. 45 år Diagnose: Skizofreni Mange indlæggelser igennem tiden. Dom til behandling	Informant 4 var meget integreret i psykiatrien, han kendte personalet og de ham. Han anvendte ind imellem sproget fra psykiatrien og accepterede de regler, der var sat op i sengeafsnittet. Han følte sig hjemme i afsnittet, når han var indlagt.
Det gælder for alle fire informanter, at de havde et begrænset socialt netværk og ingen af dem var tilknyttet arbejdsmarkedet. Ca. alder er nævnt, for at sikre anonymitet.	

Tabel 1. Informanter i projektet

Etik

Det var en meget sårbar og marginaliseret gruppe patienter, som blev interviewet om en periode i deres liv, hvor de havde været maksimalt kriseramte og psykisk belastede. Der var derfor en særlig etisk forpligtigelse til at tage hensyn til at sikre anonymitet og fortrolighed igennem hele processen (14). Alle informanter blev kontaktet via deres primærbehandler i psykiatrien, med et brev indeholdende formål og betingelser for deltagelse i projektet, så der blev indhentet mundtligt informeret samtykke. Fremgangsmåden blev valgt, så primærbehandleren kunne afvise forespørgslen, hvis patienten var ude af stand til at kunne deltage. Primærbehandler deltog også under interviewet, for at sikre, at patienten ikke blev retraumatiseret, og så patienten kunne drøfte interviewet efterfølgende med vedkommende.

Dataindsamling

Det semistrukturerede kvalitative interview har til formål at indhente beskrivelser fra informantens livsverden med henblik på at kunne fortolke betydningen af dis-

se (15). Det er en velegnet metode, da det er patientens oplevelse af patientinddragelse som er projektets fokus. Der blev udarbejdet en semistruktureret interviewguide ud fra et fokusgruppeinterview med seks patienter tilknyttet psykiatrien, for at opnå, at temaerne i interviewguiden om patientinddragelse havde et patientperspektiv (16). Data blev transskriberet og godkendt af de fire informanter.

Forskningsspørgsmål

Projektet bygger på fem forskningsspørgsmål som blev stillet ud fra projektets formål.

Forskningsspørgsmål:	
Beskrivende	Hvilke områder nævner informanterne, at patientinddragelse kan foregå på under indlæggelse? Hvordan oplevede informanterne, som har været tvangsmedicineret, at de blev inddraget i behandlingen og plejen?
Analyserende	Hvordan oplevede informanterne, at personalet inddrog dem på de områder, hvor informanterne ønskede det? Hvordan passer informanternes ønsker om inddragelse og personalets inddragelse overens med teori om patientcentreret praksis?
Perspektiverende	Hvordan kan resultaterne af projektet anvendes til at forbedre kvaliteten af behandlingen, så psykotiske patienter, som bliver tvangsmedicineret, kan opleve deres integritet respekteret under indlæggelse?

Tabel 2. Forskningsspørgsmål.

Analyse

Analysen bygger på en hermeneutisk meningsfortolkning ud fra Kvale og Brinkmanns fortolkningskontekster (15). Fortolkningen er foregået i tre faser, hvor der i første fase selvforståelse, skabes overblik over informanternes egne opfattelser af deres oplevelser. Anden fase, kritisk commonsense-forståelse, omfatter en bredere

forståelsesramme end informanternes selvforståelse. Her blev data sammenholdt med interviewguiden, forskningsspørgsmålene, samt egen psykiatrisk viden og erfaring. I denne fase blev data opdelt i temaer som viste sig under fortolkningen. For at sikre kommunikativ validitet deltog en antropolog i processen med at fortolke og diskutere gyldigheden af data i en del af anden fase (15). I tredje fase, teoretisk forståelse, blev data fortolket indenfor en teoretisk ramme om patientcentreret praksis og om psykiatrisk sygepleje og samarbejde med patienter, som oplever psykose.

Teori

I analysen blev der anvendt teori om patientcentreret praksis ud fra Mead & Bowers og Hummelvolls sygeplejemodel, suppleret med artikler.

Patientcentreret praksis er ikke et psykiatrispecifikt – og heller ikke et entydigt begreb. Mead & Bower gennemførte i 2000 et review af engelsksproget empirisk litteratur fra en 30-årig periode (1969-1998). De identificerede fem temaer: Et biopsykosocialt perspektiv, den individuelle patient som person, ligeværdig deling af kompetence og ansvar, den terapeutiske alliance og den individuelle behandler som person (17).

I patientcentreret praksis er relationen af største betydning. Den er ikke alene vigtig for at opnå adherence, men relationen har i sig selv en værdi, som en terapeutisk alliance. Behandleren skal besidde en positiv tilgang til patienten præget af empati, omsorg og sensitivitet. Alliancen inkluderer, 1) at patientens opfattelse af relevans og virkning af den tilbudte behandling er inddraget, 2) at der er enighed om mål for behandlingen, og 3) at relationen opleves ægte med følelsesmæssige bånd mellem parterne. De to parter besidder hver deres ekspertviden. Behandleren besidder sundhedsfaglig ekspertviden og patienten er ekspert i sin egen oplevelse af sygdom. Behandler og patient skal kunne dele informationer og komme til enighed gennem forhandling, så behandlingen bygger på både høj faglighed og på patientens behov og ønsker. Patienten opfattes som en aktiv partner, som kan tage ansvar og som derfor bliver informeret fuldt ud, og inddraget i beslutningsprocessen angående behandling (17).

I psykiatrien er den terapeutiske alliance en grundsten i al psykoterapi i følge Jørgensen, Kjølbye & Møhl. De henviser til, at der er en positiv sammenhæng mellem den terapeutiske relation og den terapeutiske effekt, uanset hvilken specifik terapeutisk tilgang der anvendes. De pointerer, at behandleren ud over at være

grundlæggende nysgerrig og undersøgende overfor patientens subjektive oplevelser også skal udvise en ubetinget accept af patienten som menneske og validere patientens subjektive oplevelser med en anerkendende tilgang. Det er ikke kun relevant i psykoterapi, men vigtig for alle med kontakt til mennesker med psykiske lidelser (18).

Teorien om patientcentreret praksis er defineret som en "en til en" kontakt. Informanterne efterlyste også at være en del af fællesskabet under indlæggelse både med medpatienter og personale. Der var behov for at se på, hvordan dagliglivet former sig under indlæggelse og på hvordan oplevelsen af at være fremmedgjort, kan minimeres. Til dette blev Hummelvoll's teori om psykiatrisk sygepleje anvendt. Hummelvoll påpeger, at når man samarbejder med et psykotisk menneske, er det vigtigt at forsøge at forstå den pågældendes virkelighedsopfattelse ved at prøve at forstå, hvordan patienten sanser, tænker, og vurderer sig selv, sin situation, andre mennesker og omgivelserne. Symptomerne på psykose vil genere patienten i varierende grad. Når det hverdagsagtige, det man plejer at tage for givet bryder sammen, kan det være angstfremkaldende og det kan medføre, at patienten føler sig fremmedgjort (5).

Resultater

Der tegnede sig fire temaer i analysen:

1. Manglende integration i sengeafsnittet
2. Menneskelighed
3. Behandlingsalliance og samarbejde
4. Personalets anvendelse af autoritet.

Overordnet skal nævnes, at informanterne havde forskellige forventninger og erfaringer med indlæggelse, tvangsbehandling og inddragelse, hvilket afspejlede deres udsagn. Fælles for dem var dog, at de gerne ville samarbejde med kontaktpersonen, og at de gerne ville være en del af fællesskabet i afsnittet. De ville gerne ses, som de mennesker de er, med individuelle behov og ønsker. De ville også gerne kunne opleve personalet som mennesker og lære dem at kende, men ikke altid i privat forstand. De ønskede, at få information på en respektfuld måde, selvom de ikke havde selvbestemmelse og måske heller ikke anerkendte behandlingen.

Resultaterne er opgjort indenfor de fire temaer og informantudsagn er tilføjet som eksempler.

Manglende integration i sengeafsnittet

Informanterne udtrykte behov for indlæggelse ved psykose og behov for, at der blev draget omsorg for dem i den periode, hvor de ikke selv magtede det. Informant 1-2-3 oplevede, at de skulle tilpasse sig systemet, hvilket var svært pga. psykoselidelsen og fordi de følte sig fremmedgjorte overfor sig selv. De oplevede, at de fysiske rammer i sengeafsnittet var opdelt i områder for patienter og for personale, og at der var en skelnen mellem "dem og os".

"Ellers var det meget sådan personalet der og patienterne der. Det er ikke lige præcis, fordi de ligefrem sidder i bås, men der er en lighed over det". (Informant 3)

De ønskede, at personalet ville tilbringe mere tid sammen med dem og at personalet ville hjælpe patienterne med at være sammen. To af informanterne havde oplevet at være bange for medpatienter. De manglede information og begrundelser for, hvorfor regler var, som de var. Informant 3 fornemmede i stedet, hvordan man skulle opføre sig. Informant 4 kendte personalet og til det at være indlagt. Han følte sig tryk ved både medpatienter og personale og han accepterede regler og husorden. Det var let at få besøg af pårørende. Informant 4 havde en fast aftale med sin mor som kom hver anden dag.

Alle informanter havde behov for beskæftigelse. Det kunne både aflede og samle tankerne i en periode med krise og kognitivt kaos. De havde meget forskellige ønsker lige fra de mere hobbybetonede til computerspil, gåture og til det mere dagligdags sociale liv. Informant 3 opfordrede til, at patienterne kunne få tilbudt aktiviteter, så tidligt i forløbet som muligt, når de var klar til det.

Menneskelighed

Informant 1-2-3 efterlyste at blive mødt, som det menneske de var med egne værdier, holdninger og ressourcer. Informant 4 oplevede at blive mødt, som den han var og han kendte personalerne med navn. De andre oplevede at blive mødt som en diagnose. Informant 1 oplevede, at diagnosen isolerede ham og han ønskede at få andet end en pose piller og økonomiske midler, som alene ikke kunne hjælpe ham.

"Jeg føler et eller andet sted ikke, at jeg er et værre menneske, men der er ingen tvivl om at man tilsigter at sætte mig i bås, hvor jeg kan få lov at sejle min egen sø". (Informant 1)

De ville gerne mødes af personale, der viste, hvem de selv var som mennesker og som ville dele ud af deres erfaringer. Informant 3 fremhævede en kontaktperson, som skilte sig ud ved at være sig selv og deltage på lige fod med patienterne i det sociale miljø. Informant 4 fortalte, at det var sjovt at høre personalerne fortælle historier fra deres egne liv. Informant 3 pointerede, at personalet skulle være opmærksom på både deres eget og patientens kropssprog, så patientens grænser blev respekteret. Han havde oplevet at en kontaktperson ikke respekterede grænsen og talte og talte, selvom han havde behov for ro og hvile.

Alliance og samarbejde

Der var et stort ønske om mere og bedre formidlet information, som skulle gives på en værdig og respektfuld måde. Informant 3 fremhævede, at informationen skulle gives på en individuel måde, tilpasset patientens ressourcer, på det tidspunkt den blev givet. Han erindrede, at lægen forsøgte at tale med ham for at få et samarbejde i gang.

”Jeg havde det svært, ja så det var en rigtig svær kamp. Hun (lægen) prøvede flere ting. Når nu jeg tænker tilbage, så prøvede hun jo virkelig at tale til mig ik, at tale med mine mere fornuftige sider, men altså det”.
(Informant 3)

Informant 2 ville helst have informationen af en, som kendte hende godt, som hun kunne have tillid til, og som hun kunne se i øjnene.

Informant 1-2-4 ønskede anerkendelse af, at deres erfaringer havde værdi og at de blev anvendt. De havde erfaringer fra tidligere psykoser og indlæggelser og vidste, hvad der kunne afhjælpe uro og paranoide tanker.

”For jeg har indsigt på min egen psykiatri. Jeg er læge i min egen sygdom”.
(Informant 4)

Informant 3 ønskede, at kontaktpersonen talte med patienten, så kontaktpersonen dermed kunne komme til at lære patienten godt at kende. På den måde kunne kontaktpersonen, i takt med, at patienten fik det bedre mærke, hvad patienten magtede, og kunne dermed give ansvar og beslutningskompetence tilbage til patienten.

Ingen af informanterne kunne forholde sig til ordet behandlingsplan. De kunne ikke mindes, at de havde haft en behandlingsplan og de havde heller ikke nogen forventning til, hvad den skulle bruges til. Der var ikke nogle klare aftaler om indlæggelsestid eller om overflytning. Dette gjaldt også for informant 4, som var godt integreret i sengeafsnittet. Informant 3 havde en fornemmelse af hvad der skulle ske.

”Sådan henad den første måned fik jeg det bedre og så kunne jeg godt mærke, at jeg nok ville blive udskrevet til den åbne afdeling... der var ikke rigtig nogen, der fortalte mig det”. (informant 3)

Personalets anvendelse af autoritet

Informant 1-2-3 oplevede, at der blev talt ned til dem, og at personalet var bedrevidende. De ønskede at blive lyttet til og blive taget alvorligt. Informant 4 oplevede et godt samarbejde med personalet, og følte sig respekteret og ligeværdig. Alle informanter oplevede, at personalet nogle gange gemte sig bag en autoritær adfærd.

”De kan godt lide at tale ned til folk og herse med folk, og de føler sig på en eller anden måde – jeg ved ikke om man kan kalde dem bedrestillede – de føler sig nok tiltrækkeliggjort”. (Informant 1)

Informant 3 mente, at det var nødvendigt med regler, når mange mennesker er samlet, men det var vigtigt, at de kunne forklares ud fra individuelle hensyn og behov, og ikke fremstod som nogen fængselslignende generelle regler.

Angående tvangsmedicinering, så mente informant 2-3-4 at den var nødvendig i deres tilfælde, og de havde ikke forslag til, hvordan det ellers skulle have været foregået. Da de blev indlagt i en psykose og ikke kunne tage stilling til behandling, var det i orden, at andre tog over med tvang. Det skulle dog være på en værdig og respektfuld måde. Informant 1 mente, at tvang og medicin skaber afmagt og ønskede i stedet dialog, psykologisk indsigt og accept af at være den man er.

Informant 2-3-4 som havde oplevet tvangstilbageholdelse og tvangsfiksering, mente, at disse indgreb var langt mere indgribende og umyndiggørende end tvangsmedicinering. De ønskede, at personalet ville gå langt inden de ville blive anvendt og at de i stedet forsøgte andre tiltag som medicinering og ro på stuen.

”De kunne have taget mig med ind i et stille lokale med en blomst på bordet og en kop kaffe. Ligesom få mig til at falde ned – det var ligesom de gjorde mig fuldstændig desperat”. (Informant 2)

Diskussion

I resultaterne viser det sig, at informanterne oplevede sig fremmedgjorte i forhold til at være indlagt og modtage behandling. Sproget har en betydning for oplevelsen af at være fremmedgjort. F.eks. følte informant 1 sig stemplet i forhold til ordet sygdom. Han oplevede, at han havde problemer og svære livsvilkår ikke at han var syg. Ifølge Hummelvoll kan personalet anvende patientens og alliancens sprog i stedet for fagsprog, hvor der tages afsæt i patientens ressourcer og sprog, så der kan arbejdes med det, som patienten oplever som problemer (5). I projektet var det informant 4, som havde taget psykiatriens fagsprog til sig, som var mest intereret, og som følte sig mindst fremmedgjort.

Projektet viser, at alle informanterne gerne ville i dialog og indgå i en alliance med personalet, men de ønskede at gøre det forskelligt. F.eks. ville informant 2 gerne bruge sin kontaktperson, som talerør for sine behandlingsønsker og informant 4 ville gerne lære personalet at kende på det mere personlige plan. Informanterne havde forskellige ønsker i forhold til behandling ud fra deres værdier og holdninger. I psykiatrien er der tradition for og stor viden om, at en terapeutisk alliance er fundamentet for en god behandling og kontaktpersonen må oprigtigt have et ønske om at lytte til patienten, respektere og anerkende patienten (18). Alligevel oplevede informanterne på nær informant 4 at være talt ned til og ikke lyttet til.

Patienter i psykotisk fase kan have meget svært ved at indgå i en alliance. Hummelvoll pointerer, at personalet må forsøge at forstå, hvordan det er at være i patientens sted. Patienten kan have svært ved selv hverdagsagtige ting, både på grund af psykose og på grund af indlæggelse i fremmede omgivelser (5). Selvom det hele måske er kaos for patienten i starten, så kan den psykotiske patient huske, hvordan han blev taget imod. Kontaktpersonen må ikke tage dagliglivet i afsnittet for givet, men må informere nye patienter om husregler og rettigheder, så de kan agere uden at være usikre på det.

Når der er behov for antipsykotisk medicin, som patienten ikke ønsker at tage og bliver tvangsmedicineret er det yderligt mere vanskeligt at opnå tillid. Det er afgørende, at kontaktpersonen lytter til patientens behov og ønsker, at kontaktpersonen giver information om behandlingen og at kontaktpersonen forsøger at

samarbejde og viser interesse for patienten (17). Projektet viser, at informanterne husker, hvordan de blev mødt og selvom de blev tvangsbehandlet har selve tilgangen til dem betydning efter indlæggelsen i deres erindring om indlæggelsen og deres accept af det skete.

Informant 1 ønskede ikke at blive behandlet med medicin, da han ikke troede på, at han kunne blive et helt og sundt menneske af det. Han ønskede, at psykologi og reduktion af ensomhed kunne være den måde, han skulle behandles på. De tre andre informanter accepterede tvangsmedicineringen bagefter, og havde ikke alternative løsninger. Projektet peger på, at det er vigtigt, at patienterne ikke kommer til at føle, at de fralægger sig ansvar, men at de muligvis i stedet har andre ønsker og prioriteringer. I et studie var det kun 40 % af patienterne, som ønskede at blive inddraget i beslutninger om medicinsk behandling. Studiet viste også, at det er meget svært at inddrage patienten i tvangsmedicinering, men det er vigtigt at involvere patienten lige efter den akutte fase (19). Mead & Bower er også inde på, at jo tidligere i forløbet kontaktpersonen kender til patientens ønsker og behov, jo bedre kan personalet, i takt med at patienten får det bedre, erfare, hvad patienten magter og evner, og personalet kan dermed give ansvar og beslutningskompetence tilbage til patienten, hvor patientens erfaringer med både medicin og psykose inddrages (17).

Informanterne huskede det personale, som ville være sammen med dem og som ville give noget af sig selv, f.eks. ved at deltage i aktiviteter. Ifølge Mead & Bower har behandlerens egenskaber stor betydning for mødet og behandleren skal turde være subjektiv og samtidig være opmærksomt på, hvordan det påvirker patienten (17). De personlige egenskaber vil have indflydelse på, hvorledes mødet med patienten foregår. Uddannelse og erfaring har også en betydning for, hvor meget personalet involverer sig. Undersøgelser viser, at yngre og mindre erfarne behandlere kan tøve med at anvende principperne fra patientcentreret praksis (20).

Informanterne ønskede, at personalet tilbragte mere tid sammen med patienterne, og at de ikke var opdelt i "båse". Informant 4 fortalte, at han vaskede tøj sammen med kontaktpersonen, og at de havde det godt sammen. Informant 3 oplevede at være isoleret og udenfor fællesskabet. Ifølge Hummelvoll er fælles aktiviteter, som opleves meningsfulde for patienterne med til at mindske desorientering og styrke individualisering. Ved at kontaktperson og patient udfører aktiviteten sammen opstår et fællesskab, som er med til at patienten føler sig inkluderet (5). Kontaktpersonen skal være opmærksom på, at det kan være de små gøremål i

hverdagen, som har betydning for patienten, og at det kun er ved at være sammen med patienten og tale med patienten, at det bliver klart, hvornår og hvilke aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte patient.

De pårørende havde gode muligheder for at komme på besøg i sengeafsnitene og informanterne nævnte, at de var glade for besøgene. De pårørende kan være bindeleddet til patientens hverdagsliv hjemme og de kan bibringe vigtig viden om, hvad der stresser patienten og hvordan de kan støtte patienten. De kan ligeledes være med til at sikre en bedre tilbagevenden igen efter udskrivelse (5). De pårørende er med til at vise kontaktpersonen flere sider af patienten, så kontaktpersonen kan få et bedre helhedsbillede af patienten (17). Der er således gode udviklingsmuligheder i at udbygge samarbejdet med de pårørende.

Vendsborg, Nordentoft & Lindhardt har i en oversigtsartikel dokumenteret at stigmatisering er et udbredt og hyppigt fænomen inden for psykiatrien (21). Det kan være tabubelagt at være indlagt og også være svært at komme tilbage til samfundet igen. I projektet ses selvstigmatisering, hvor informanterne givetvis accepterede fordømmen om ikke at blive lyttet til. De kunne blive handlingslammede og føle sig fremmedgjorte og være tilbageholdende med at forvente at blive inddraget i behandlingen. Projektet viste også, at f.eks. informant 1 ikke accepteret fordømmen og blev vred over ikke at blive lyttet til.

Stigmatisering blandt personale i psykiatrien er ligeledes udbredt, og det har stor betydning for, hvordan patienterne mødes og tales til. Personalet kan både være med til at forstærke stigmatiseringen ved at være pessimistisk i forhold til patientens udsigter til behandling og bedring eller modvirke stigmatiseringen ved at formidle realistiske fremtidsudsigter og indgyde patienterne håb. Det er vigtigt at behandlerne erkender deres egen betydning, for at kunne ændre praksis hen imod at modvirke stigmatisering (21).

Ingen af informanterne kendte til deres behandlingsplan eller til formodet varighed af deres indlæggelse. Det kan være, at personalet havde udarbejdet behandlingsplan, men informanterne havde ikke erindringer om det. I den psykotiske fase, kunne patienten måske ikke forholde sig til en sådan. Informanterne havde dog heller ikke nogen erindring om, at de senere i forløbet blev inddraget i planlægning af deres indlæggelse. Det er i Psykiatriloven kap. 2 indskærpede informationskrav om generel information og vejledning til patienter indlagt på psykiatrisk afsnit for at mindske anvendelsen af tvang mest muligt. Heriblandt er det et

krav, at alle patienter skal informeres om formålet med indlæggelsen, behandlingen og udsigterne for bedring, og at alle patienter skal have en behandlingsplan udleveret skriftligt. De skal være vejledt om indholdet, og der skal til stadighed søges at opnå informeret samtykke, hvis patienten ikke samtykker (4). Informanterne havde ingen forventning om at blive inddraget i planen for indlæggelsen. Der er således behov for, at personalet kender til lovgivningens krav og handler efter hensigten, så patienterne oplever at blive informeret og inddraget. Disse patienter er en udsat gruppe som måske, trods lovgivning, ikke får lige behandling.

Alle fire informanter havde oplevet, at personalet nogle gange gemte sig bag en autoritær adfærd. Det er ikke altid muligt at lytte sig ind til en patients betydning af en adfærd. På et lukket afsnit, kan der opstå farlige situationer med patienter, som har det psykisk meget dårligt, som også kan være stofpåvirkede, hvilket vanskeliggør dialog. Da er der brug for øjeblikkelig handling med autoritet, så sikkerheden opretholdes. Det er dog ikke sikkert, at den autoritære adfærd, altid er nødvendig. Den kan også skyldes personalets manglende faglighed og sikkerhed (20).

Det stilles store krav til personalet om, at de både skal varetage opgaven med at udøve tvang med en paternalistisk tilgang og samtidig opbygge et kendskab til den enkelte patient, hvor patientens personlige ønsker og behov bliver synlige og de skal vise sig som mennesker med en patientcentreret tilgang. Det kræver en hårfin balance. Artiklen *The bulldozer and the balletdancer* tager netop det tema op og beskriver to forskellige tilgange til psykiatrisk sygepleje. En tilgang, bulldozeren, anvendes til at sikre sikkerhed i afsnittet og en anden tilgang, balletdanseren, anvendes til at opnå alliance med patienten. Det kræver, at personalet til stadighed reflekterer over hvordan de to tilgange integreres (22).

Resultaterne i projektet viser aspekter af patienters oplevelser af inddragelse i behandlingen og dagliglivet under indlæggelse. Projektet er lokalt og der er ikke udført interviews nok til at sikre, at resultaterne er fyldestgørende. Det vil kræve en større undersøgelse. Det viste sig at være vanskeligt at opnå kontakt til og få accept til interviews, hvorfor andre metoder kan overvejes, f.eks deltagerobservation i sengeafsnit. Dog giver den metode ikke patientperspektivet på inddragelse, men i stedet data om patienters- og personales adfærd og interaktion. At få patientperspektivet var væsentligt for projektets formål, hvorfor projektet blev gennemført.

Som kvalitetsudviklingsmetode kan Gennembrudsmetoden være en egnet metode til at udvikle måder at inddrage psykotiske patienter i behandlingen. Det er en

praksisnær udviklingsmetode, hvor personale og patienter udvikler i småskala-test, og hvor der er fokus på den enkelte patients behov inden der implementeres tiltag. Metoden giver ligeledes personalet mulighed for at reflektere over deres tilgang til patienterne, og til deres faglighed (23).

Konklusion

Patienterne har erindringsbilleder fra tvangssituationer og dagliglivet i afsnittet efter udskrivelsen. Hvordan de har oplevet sig mødt, får betydning for, hvordan de efterfølgende acceptere den tvang de har været udsat for. Der er diskrepans mellem lovgivningen og patienternes oplevelse af inddragelse. Der er behov for at udvikle tiltag, så patienterne oplever at blive informeret og inddraget i behandlingsovervejelser, og at personalet forsøger at opnå samtykke trods psykose. Det kan være vanskeligt lige i den allermest akutte fase, men i takt med bedring må patienten inddrages i overensstemmelse med lovgivningen.

Patienterne vil gerne samarbejde med deres kontaktperson. Det kan være krævende for kontaktpersonen at indgå i en sådan alliance i den akutte fase. Der vil oftest være behov for en paternalistisk tilgang til patienten, hvis tvangsmedicinering er nødvendig. Samtidigt må kontaktpersonen have en patientcentreret tilgang og vise noget af sig selv, for at kunne opnå åbenhed, så patienten kan få mulighed for at give udtryk for egne behov og ønsker. Det kræver faglige og menneskelige kompetencer af kontaktpersonen.

Patienterne ønsker, at personalet deltager i aktiviteter sammen med dem, da de meget af tiden føler sig opdelt i en patientgruppe og en personalegruppe. Når aktiviteter opleves meningsfulde, er det med til, at patienterne føler sig inkluderet i fællesskabet. Indretningen af sengeafsnittene har også betydning for, hvordan patienterne oplever skellet mellem patienter og personale. Indretningen skal både skabe sikkerhed for personale og patienter og give plads til pårørende, fælles aktiviteter og træningsmuligheder.

Sprogbrug kan også være med til at danne skel mellem patienter og personale og kan virke stigmatiserende. Patienterne havde oplevet at blive talt ned til og ignoreret af personale. Personalet kan være mere opmærksomt på, hvornår stigmatisering viser sig, både om patienten stigmatiserer sig selv og om personalet stigmatisere patienterne.

Et led i at kunne forebygge tvang i psykiatrien er at fremme patientinddragelse af psykotiske patienter. For at det kan lykkes vil engagement og involvering på personaleniveau være vigtig. Ligeledes vil det være vigtigt, at ledelsen bakker op og anerkender personalets tiltag.

Litteratur

1. Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri, En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelse; 2013. Lokaliseret 23.10.2013 på: http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2013/Oktober/~~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Rapport-psykiatriudvalg-okt-2013/En%20moderne%20%C3%A5ben%20og%20inkluderende%20indsats_hovedrapport.ashx
2. Karlsen PD, Würtz T. Patientinddragelse af psykotisk patient under indlæggelse. Masterprojekt i kvalitet og ledelse i social- og sundhedssektoren Syddansk Universitet; 2012.
3. Bekendtgørelse af sundhedsloven 2010, LBK 913 §§ 2, 15. Lokaliseret 23.10.2013 på: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>
4. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien 2010, LBK 1729 § 1.stk.2, § 10 § 12. Lokaliseret 23.10.2013 på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=134497>
5. Hummelvoll JK. Psykiatrisk sygepleje. I: Simonsen E Møhl B. Grundbog i Psykiatri. København: Hans Reitzels forlag; 2010: 667-686
6. Hummelvoll JK. Helt ikke stykkevis og delt. København: Hans Reitzels forlag 3 udgave; 2006: 50-51.
7. IKAS. Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse, 2. version, 2. udgave, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, Århus; 2013: 98-99.
8. Riiskjær E, Mainz J, Rhode P. Brugerinvolvering. I: Mainz J et.al. Kvalitetsudvikling i praksis, København, Munksgaard Danmark; 2011:142.
9. Brugernes Sundhedsvæsen, Huset Mandag Morgen; 2007: 29 og 58. Lokaliseret 26.02.2014 på: <https://www.mm.dk/brugernes-sundhedsv%C3%A6sen-opl%C3%A6g-til-en-patient-reform>
10. Freil M, Knudsen JL. Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger; 2009, 171/20: 1663-1666.
11. Roepstorff S, Valter L. Kontaktperson – At arbejde med og for mennesker med sindslidelser. København: Hans Reitzels forlag; 2012: 99.
12. Landsdækkende tilfredshedsundersøgelser i Psykiatrien. Lokaliseret 26.03.2014 på: <https://www.sundhed.dk/borger/valg-af-laege-og-sygehus/kvalitet-i-behandlingen/patientoplevelser-i-psykiatri-sygehuse/patienters-oplevelser-i-psykiatrien/psyk-sengeafsnit-tilfred/landsrap-til-freds-psyk-sengeafsnit/>
13. Tanggaard L, Brinkmann S. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann S, Tanggaard L (red.). Kvalitative metoder. København: Hans Reitzels forlag; 2010:29-53.

14. Brinkmann S. Etik i en kvalitativ verden. I: Brinkmann S, Tanggaard L (red.). Kvalitative metoder. København: Hans Reitzels forlag; 2010: 429.
15. Kvale S, Brinkmann S. Interview – Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels forlag 2. udgave; 2009:218
16. Thisted J. Forskningsmetode i praksis. København: Munksgaard Danmark; 2010: 62.
17. Mead N, Bower P. Patient-centredness: aconceptual framework and review of the empirical literature, *Social Science and Medicine*; 2000, vol. 51:1087-1110.
18. Jørgensen RJ, Kjølbye M, Møhl B. Psykoterapi. I: Simonsen E Møhl B. Grundbog i Psykiatri. København: Hans Reitzels forlag; 2010:599-600.
19. Hamann et al. Patient participation in antipsychotic drug choice decisions, *Psychiatry Research*; 2010, 178: 63-67
20. Seale C et.al. Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: Aqualitative study of psychiatrists experiences, *Social Science & Medicine*; 2006, 62: 2861-2873.
21. Vendsborg P, Nordentoft M & Lindhardt A. Stigmatisering af mennesker med psykisk lidelse, *Ugeskrift for Læger*; 2011, 173/16-17: 1194-1198.
22. Björkdahl A, Palmstierna T & Hansebo G. The bulldozer and balletdancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 2010, 17: 510-518.
23. Ravn B, Rhode P & Bek T. Implementering, spredning og fastholdelse – en introduktion til gennembrudsmetoden. I: Mainz J et.al. Kvalitetsudvikling i praksis, København, Munksgaard Danmark; 2011:333

Den usynlige projektsygeplejerske

Projekt- og specialistsygeplejerske Susanne Kristiansen

Artiklen er publiceret i Sygeplejersken 2014; (13): 81-85 og er fagredaktørbedømt.

English abstract:

Kristiansen S. The Invisible Project Nurse. Sygeplejersken 2014;(13):81-5.

Many clinical research projects are planned to include a project nurse. The project nurse is an important player in the clinical research trial. The work of the project nurse is often described in a single sentence: He or she is to be involved in the direct patient contact and to coordinate and be responsible for the daily work. Such a work description, however, seems both inadequate and lacking nuance and fails to cover the many different and complex tasks that a clinical research trial requires of the project nurse.

The aim of this article is to shed light on the project nurse's expertise, tasks and significance to a clinical research trial. The specific basis for the article is a research project that focuses on individuals with dementia. The article will furthermore argue the importance of working purposefully with the project nurse's job profile and making the requirements of the necessary knowhow clearer than they are today.

Keywords: Project nurse, clinical research, job profile, dementia

Projektsygeplejersken bliver i forbindelse med et klinisk forsøg patientens og den pårørendes kontaktperson. Hun bliver et fast holdepunkt og er kontinuerligt gennem hele projektet opmærksom på, at patienten og dennes pårørende trives og føler tillid og tryghed ved den fortsatte deltagelse i forsøget. Med andre ord bliver projektsygeplejersken limen, der gør, at projekterne fortsat hænger sammen, dels i forhold til patienten og dennes pårørende, dels i forhold til projektets øvrige samarbejdspartnere (1).

Patienter med en demenssygdom er en skrøbelig og sårbar målgruppe i et videnskabeligt, lægefagligt, klinisk forsøg.

Kommunikationsprocessen er præget af, at den demente både kan have svært ved at opfatte og forstå og svært ved at udtrykke sig (2). Patienten har behov for tryk-
hed, anerkendelse, forudsigelighed og genkendelighed (2,3,4,5). Patientens nær-
meste pårørende er oftest belastede af patientens sygdom, fordi mange opgaver,
der tidligere har ligget hos patienten, nu må varetages af de nære pårørende, og
fordi sygdommen psykisk påvirker de nære pårørende (4,6).

Denne artikel beskriver og diskuterer projektsygeplejerskens opgaver og betyd-
ning for det kliniske forsøg. Det er eksemplificeret ud fra projektsygeplejerskens
erfaringer med Fru Hansens deltagelse i projektet "Opretholdelse af livskvalitet,
fysisk helbred og funktionsniveau ved Alzheimers sygdom – effekt af fysisk træ-
ning" (forkortet "ADEX") (7).

Regionalt Videnscenter for Demens var en del af dette projekt i perioden 2011-
2014, se boks 1.

Projektsygeplejerskens arbejdsliv

Fru Hansen lider af Alzheimers sygdom. Projektsygeplejersken kontakter hende
og hendes ægtefælle efter aftale med den forskningsansvarlige læge med henblik
på deltagelse i det nye motionsstudie. Informationsmateriale, samtykkeerklæring-
er samt indkaldelse til screeningsbesøg sendes til ægteparret. Ved screeningsbe-
søget findes Fru Hansen egnet til deltagelse i projektet. Sammen med Fru Hansen,
hendes ægtefælle og søn lægger projektsygeplejersken en plan for Fru Hansens
deltagelse i projektet.

Fru Hansen klager meget tidligt i forløbet over, at hun skal vente længe på taxaen
om morgenen, og at hun altid bliver sat på bagsædet i bilen ved kørslen. Fru Han-
sen er utilfreds og overvejer sin fortsatte deltagelse i studiet. Projektsygeplejersken
taler med kørselskontoret og får arrangeret en speciel ordning til Fru Hansen.
Den ændrede kørsel gør Fru Hansens deltagelse i træningen ukompliceret og til
en god oplevelse.

PET-scanningerne foregår på Rigshospitalets PET-scannerafsnit. Fru Hansen
ringer tirsdag morgen til projektsygeplejersken. Hun var blevet sendt hjem fra
PET-scanningen på Rigshospitalet dagen før, fordi undersøgelsen blev aflyst, da

Boks 1.

Kort om ADEX-projektet

Formål

Projektets formål var at udvikle et fysisk træningsprogram, som kan anvendes til personer med let til moderat Alzheimers sygdom (AS), med henblik på at forbedre deres fysiske helbred, funktionsniveau og livskvalitet.

Projektet ville desuden undersøge den kliniske effekt og de sundhedsøkonomiske konsekvenser af fysisk træning samt afklare mulige biologiske mekanismer bag effekten af fysisk træning.

Metode

Forsøget var et nationalt multicenter-randomiseret og placebokontrolleret klinisk studie, hvor alle forsøgspersoner gennemgik et fysisk træningsprogram med testning før, under og efter træning.

Rekruttering af forsøgspersonerne foregik via otte deltagende demensklivninger i Danmark.

Patienten blev spurgt om deltagelse i supplerende undersøgelser, som bestod i, at patienterne i såvel interventionsgruppen som kontrolgruppen umiddelbart inden – og umiddelbart efter – træningsindsatsen i interventionsgruppen skulle have foretaget MR-scanning, PET-scanning samt lumbalpunktur.

Træningsprogram

Interventionsgruppen skulle træne 60 minutter tre gange ugentligt. De første fire uger var tilvænningstræning (fokus på muskelstyrke og udholdenhed), derefter skulle der trænes 12 uger med fokus på konditionstræning (cykel, cross trainer og løbebånd).

Efter interventionsgruppens fire måneders træning fik kontrolgruppen fire ugers træning som plaster på såret for at være randomiseret til kontrolgruppen.

Al træning foregik i hold på 3-4 forsøgspersoner under supervision af fysioterapeut.

hun kom derind. Hun havde i alt siddet i 4-5 timer på hospitalet, inden hun blev kørt hjem igen. Fru Hansen er meget ked af det og er nu i tvivl om, hvorvidt hun kan klare en ny tur derind? Hvis hun ikke kan det, er resultatet, at Fru Hansen må udgå af projektet.

Projektsygeplejersken taler med Fru Hansen, og Fru Hansen slutter med at sige, at hun nok mener, at hun kan klare en tur igen. Projektsygeplejersken sørger herefter for, at Fru Hansen får en ny tid, og mailer til Fru Hansens mand og orienterer ham om den nye tid samt kørselstiderne, så han kan hjælpe Fru Hansen med at huske aftalen. På dagen, hvor Fru Hansen igen skal af sted til samme undersøgelse, ringes Fru Hansen op om morgenen. Fru Hansen huskes på at tage lidt læsestof med, så tiden ikke vil komme til at føles for lang. Fru Hansen er ved godt mod. Turen til hospitalet går fint, og undersøgelsen lykkes.

Fru Hansen skal ledsages af sin søn, da ægtefællen ikke har mulighed for at deltage den pågældende dag. Sønnen vil støde til på sygehuset, så Fru Hansen skal hentes og bringes hjem af kørslen. Sønnen mailer til projektsygeplejersken samme morgen, at han har et møde, der ikke kan udsættes. Han beder om at få flyttet Fru Hansens tid. Hjemmepleje og kørsel kontaktes, og Fru Hansens afhentningstid flyttes, så hjemmeplejen kommer senere og sikrer, at hun er klar, når kørslen kommer. Sønnen når sit møde, samtidig med at hans mor kommer med kørslen tre timer senere samme dag.

Projektsygeplejersken er den eneste, der kontinuerligt er til stede gennem hele Fru Hansens forløb. At sønnen kan henvende sig til projektsygeplejersken og få ændret aftalen samme dag, gør, at hospitalssystemet og adgangen til dialog opleves fleksibel og ukompliceret.

I et klinisk forskningsforsøg har projektsygeplejersken mange forskellige opgaver. Der ligger et stort arbejde, før patienten møder første dag i forskningsprojektet. Undervejs er der mange direkte, patientrelaterede opgaver. Endelig er der mange andre ikke-patientrelaterede opgaver både før, under og efter selve forskningsfor- søgets kliniske afvikling.

Inden opstart

Projektsygeplejersken gennemgår sammen med den lægeligt ansvarlige (investigator) den aktuelle protokol. Her fordeles opgaverne, og projektsygeplejersken har mange af de praktiske opgaver, der skal varetages, inden første patient kan screenes ind i projektet.

Ved rekruttering til et nyt forsøg initierer projektsygeplejersken en gennemgang af klinikkens patientunderlag med inklusionskriterierne for forsøget in mente. Kontaktpersonfunktionen overgår til projektsygeplejersken ved inklusion af patienten til forskningsprojektet.

Information af samarbejdspartnere

Inden ADEX-projektets opstart havde projektsygeplejersken indkaldt ambulatoriets medarbejdere til orientering om projektet.

Ved alle kliniske forsøg er det vigtigt at informere om det igangværende projekt til nærmeste kolleger, som ikke umiddelbart deltager i projektet, men som har kontaktflade til projektet og dets deltagere. Når projektdeltagere, der har en demenssygdom, kommer ind ad døren til ambulatoriet, er det af afgørende betydning, at de bliver mødt med et smil og en anerkendende tilgang, hvad enten det er sekretæren, en sygeplejerske eller læge, der tager imod patienten. Patienten med en demenssygdom kan ofte være usikker, tøvende og nervøs og have brug for at blive taget i hånden og få at vide, at man gerne vil hjælpe vedkommende (3).

Projektsygeplejersken har en vigtig rolle som formidler mellem forskergruppen, projektledelsen og det kliniske felt, så patient og pårørende i sidste ende føler sig godt modtaget af alle.

Netværk og samarbejde

Projektsygeplejerskens netværk og kendskab til primær sektor er et væsentligt parameter, når der skal rekrutteres samarbejdspartnere til et projekt. Derudover er evnen til at samarbejde på tværs og med mange faggrupper af afgørende betydning.

I ADEX-projektet skulle der rekrutteres ratere, dvs. fagpersoner, der tester patienten til de kognitive tests. Rater måtte ikke have kendskab til, hvilken gruppe patienten blev randomiseret til. Det skulle således være ratere, som ikke havde deres faste gang i klinikken. Regionalt Videnscenter for Demens har et tæt og godt samarbejde med Region Sjællands kommunale demenskoordinatorer. Projektsygeplejersken fik etableret et samarbejde med tre kommunale demenskoordinatorer samt en ergoterapeut fra Geriatrik afdeling fra Roskilde Sygehus, der blev tilknyttet som ratere.

Afvikling af et klinisk forsøg

Kort fortalt er projektsygeplejerskens formelle opgaver i forbindelse med et klinisk forsøg konstant at have opmærksomhed på sin kontaktpersonfunktion i forhold til patienten og dennes pårørende samt løbende planlægning og koordinering af alle aftaler i forbindelse med patientens deltagelse i forsøget. For patient og pårørende betyder det oplevelsen af kontinuitet, at blive taget hånd om og at føle tryghed ved, at projektsygeplejersken hele tiden har overblik over og ansvar for patientens samlede forløb.

Projektsygeplejersken skal have sat sig grundigt ind i protokollen for det kliniske forsøg og have et klart overblik over opgaverne. Hun booker og indkalder patienterne til alle projektbesøg. Patientjournal, projektmappe, laboratoriekits samt diverse informationsmateriale til patienten skal samles inden patientens fremmøde, hvilket også er projektsygeplejerskens opgave. Alle fremmøder til MR- og PET-scanninger for patienterne aftales mellem projektsygeplejerske og scannerafsnittene. For patienten og dennes pårørende giver det oplevelsen af, at der er tjek på det, når alle administrative ting er ordnet, inden patienten kommer til et projektbesøg.

Krav til projektsygeplejerskens kompetencer

Som ovenstående viser, har projektsygeplejersken den absolut hyppigste kontakt til patient og pårørende og skal have stor indsigt i, præcis hvor patienten er i sin sygdom. Det kræver specialistviden inden for fagområdet. Demens er en fremadskridende sygdom (3,4,5,9), der har mange faser. Det er vigtigt, at projektsygeplejersken mestrer kommunikation, så den er målrettet netop det kognitive funktionsniveau, som patienten er i. Men det kræver i høj grad også andre faglige og personlige kvalifikationer hos projektsygeplejersken, se boks 2.

Projektsygeplejersken skal mestre overblik og evnen til at planlægge og koordinere. Uddannelse som projektleder bør være et krav til projektsygeplejersken, da et klinisk forskningsforsøg et langt stykke hen ad vejen afvikles på lige fod med andre projekter. Kendetegn for et projekt er, at det er en tidsafgrænset, tværfaglig engangs- og udviklingsopgave. Skabelonen for et projekts planlægning og afvikling med alle dets faser, aktører, interessenter m.m. er således et vigtigt arbejdsredskab at have med sig.

Projektsygeplejersken skal have gode samarbejdsevner. Hun skal være anerkennende, engageret, have humor, være positiv og ikke mindst motiverende. Hun skal

Krav til projektsygeplejerskens kompetencer:

- Specialistviden inden for specialeområdet
- Ekspertviden på det aktuelle projekt
- Uddannet projektleder
- Stort logistisk overblik
- Evne til at planlægge
- Kreativ
- Specialistviden indenfor GCP
- Engageret (ildsjæl)
- Har humor
- Har høj etisk bevidsthed
- God til at kommunikere
- Evner at samarbejde på tværs

se udfordringerne frem for problemerne, og hun skal være bevidst om, at kommunikation er hendes vigtigste arbejdsredskab.

Også i samarbejdet med alle de øvrige samarbejdspartnere i et klinisk forsøg er ovenstående kvalifikationer vigtige. I alle kontakter og fremmøder fra et projekts samarbejdspartnere skal projektsygeplejersken være opmærksom på at anerkende indsatsen herfra.

Hvis ikke projektsygeplejersken er en ildsjæl og brænder for sagen, vil engagementet blandt samarbejdspartnerne over tid dale, hvilket i yderste konsekvens vil kunne afbryde et projekt før tid pga. aflysninger og manglende prioritering af opgaverne.

Projektsygeplejersken i fremtidens forskning

Projektsygeplejersken er en vigtig person i afviklingen af et videnskabeligt projekt. Hendes kvalifikationer og konstante opmærksomhed på patienten og dennes pårørende sikrer den fortsatte deltagelse i et forsøg. Hun er således til gavn for patienterne, det videnskabelige felt og er med til at styrke den evidensbaserede praksis (1).

Det er vigtigt at stille specifikke krav til projektsygeplejerskens kvalifikationer, så man sikrer, at hun har både specialistviden inden for demensområdet, specialistviden inden for Good Clinical Praxis (GCP)(8), at hun er en god logistiker og projektleder, og at hun desuden har personlige kvalifikationer i form af gode samarbejds- og kommunikationsevner. En egentlig uddannelse som projektsygeplejerske findes endnu ikke.

Under den sociale diplomuddannelse udbydes i dag tre specialmoduler på Professionshøjskolen Metropol inden for "Ældre og demente". Et fremtidigt fjerde modul kunne med fordel være "Projektsygeplejersken i den kliniske forskning". Ud over specialistviden på demensområdet, GCP-undervisning, logistik, projektledelse, kommunikation og samarbejde kunne et sådant modul også have fokus på skriftlig formidling/artikelskrivning, så sygeplejersker bliver bedre til at markere sig og formidle sygeplejen i de videnskabelige, kliniske forskningsprojekter.

De allerfleste forskningsprotokoller på demensområdet er lægefagligt funderet, og alle publikationer er efterfølgende skrevet af og til læger. Ofte er projekterne derfor udelukkende baseret på kvantitative data. Det betyder, at problemstillinger med ikkelægefagligt fokus nedtones, hvilket kan give et unuanceret billede, hvor de mere bløde værdier mistes.

I flere af de forskningsforsøg, som Regionalt Videnscenter for Demens har deltaget i, kunne en kvalitativ del have været en spændende og relevant del af projektet. Det er klart, at det ikke er alle projekter, hvor det er relevant med kvalitative data. Men i projekter, hvor der f.eks. sættes fokus ikke alene på patienternes fysiske eller kognitive funktionsniveau, men også på det psykiske velbefindende og patient og pårørendes oplevelse af livskvalitet, kunne det være relevant at tænke i en kvalitativ dataindsamling.

Det efterlader overvejelser, der peger i retning af, at projektsygeplejersken med fordel kunne tænkes ind allerede i skriveprocessen, når en protokol bliver til. Projektsygeplejersken kunne således blive en mere aktiv medspiller i forhold til udvikling af kommende kliniske forskningsprotokoller. Hvis projektsygeplejersken får del i protokolskrivningen, vil fokus på de sygeplejefaglige aspekter kunne bidrage til en bredere vinklet forskning.

For at projektsygeplejersken skal kunne bidrage i protokolskrivningen, må en overvejelse være, om projektsygeplejersken skal skoles hen imod en mere akade-

misk tankegang. Mestring af de forskellige metodevalg i forskningen er vigtig, og det er relevant at overveje, om projektsygeplejersken skal have en ph.d.- eller kandidatuddannelse i sygepleje (cand.cur.).

Litteratur

1. Rislund S. Projektsygeplejersken sikrer sammenhængen. Sygeplejersken 2006;(6).
2. <http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/kommunikation> – hentet d. 1.7.2014.
3. Kallehauge JG m.fl. Rehabilitering ved demenssygdom, København: Forlaget Munksgaard; 2012.
4. Hasselbalch S m.fl. Forstå demens, Lindhardt og Ringhof Forlag A/S og Alzheimerforeningen, 2004.
5. Kitwood T. En revurdering af demens – personen kommer i første række. København: Munksgaard Danmark; 1999.
6. <http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/indsats-for-paaroerende> – hentet d. 1.7.2014.
7. <http://www.videnscenterfordemens.dk/adex> – hentet d. 1.7.2014.
8. ICH Harmonised Tripartite Guideline for GCP – Declaration of Helsinki EC Directive 2001/20/EC.
9. <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/til-patienter-og-paaroerende/faktaark-kort-information-om-demens/demenssygdomme/faktaark-alzheimers-sygdom> – hentet d. 1.7.14.

I FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR

– FRA PROJEKT TIL PUBLIKATION

præsenteres 11 artikler, der er blevet skrevet som resultat af forfatternes deltagelse i et artikelskrivningskursus i Region Sjælland. Kurset er målrettet klinikere, der har gennemført et udviklingsprojekt eller et forskningsprojekt, men ikke har fået publiceret en faglig eller videnskabelig artikel endnu.

At skrive, og få publiceret, en artikel om et gennemført projekt, i en travl hverdag, kan være vanskeligt. Har man ikke erfaring, eller mangler man vejledning og sparring i processen, kan det være fristende at lade være. Artikelskrivningskurset blev udviklet på denne baggrund. Det var ganske enkelt for mange gode projekter, der ikke blev formidlet.

I bogen samles en række artikler, der alle er publiceret i forskellige faglige tidsskrifter. Bidragsyderne er overvejende sygeplejersker, men også andre faggrupper er med. Fælles for artiklerne er, at de beskriver problematikker, der er dybt forankret i klinisk praksis.

Bogen indledes med et forord af Lotte Rienecker, medforfatter til bogen *Skriv en artikel – om videnskabelige, faglige og formidlende artikler*, der har været obligatorisk læsning for artikelskrivningskursets deltagere.

FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR

– FRA PROJEKT TIL PUBLIKATION er den anden bog i en serie om arbejdet med forsknings- og udviklingskultur i Region Sjælland.

ISBN: 978-87-92026-75-0