

BRUGERSTYRET BEHANDLING

- EN PROFESSIONS- OG LÆRINGSMÆSSIG UDFORDRING

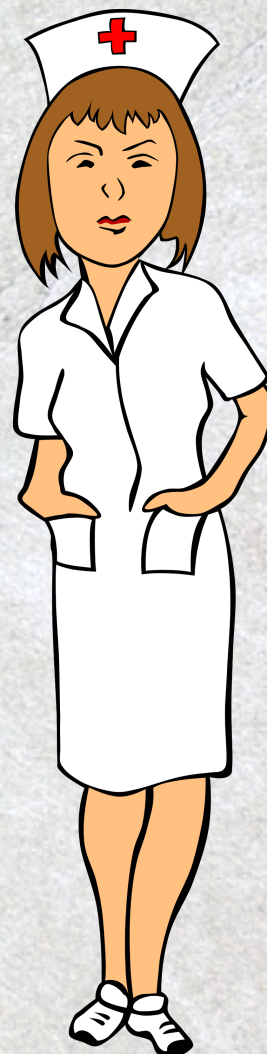
Speciale, 2017

Masteruddannelsen i Læreprocesser

Specialisering i Didaktik og Professionsudvikling



AALBORG UNIVERSITET



Masterspeciale

Specialets titel: Brugerstyret behandling
- en professions- og læringsmæssig udfordring

Uddannelse: **Master i Læreprocesser, Aalborg Universitet**

Semester: **4. semester**

Studerende: **Lise Christensen**



Studienummer: **20160196**

Vejleder: **Birthe Lund**

Antal anslag: **72.341**

Antal totalsider: **30,14**

Afleveret: **21. december 2017**



ABSTRACT

This master thesis is written as final at the Master in Learning Processes Specializing in Didactics and Professionalisation at Aalborg University. The motivation for writing the thesis is my daily work as nurse with a clinical function, where my area of responsibility is education, teaching and development.

The master thesis is based on the dialysis ward, where patients suffering from kidney failure and relating complications receive dialysis treatment. At the moment a project based on user involvement is taking place in the ward. The main goal of the project is to involve patients in their own treatment and hopefully make them more self-sufficient. This project is the inspiration for this thesis. However the focus in the thesis is regarding the nurses' perspective on user involvement.

The thesis is examining this following problem definition:

Which factors is affecting and influencing the implementation of user involvement, and which challenges does it imply to the line of work and the learning processes, that you consider the patient in a new perspective?

In the thesis I take a hermeneutical position founded in the philosophic hermeneutic. This position allows me to include my own prior understandings of the field into my examinations. To clarify the study, I have conducted sound observation of a future workshop involving 9 nurses. The purpose of the future workshop has been to examine the nurses' thoughts and understandings of user involvement. The statements from the future workshop are examined through theoretical standings based on perspectives of learning, relations and communication.

Through the analysis I have seen three main themes that affect the implementation of user involvement. As a starting point the nurses are relating to the patients through an I-You-Distanced Dominans, which can make it difficult to change and develop the relation between patient and nurse, by which implementation of user involvement becomes challenging. Next I have concluded that several of the nurses express a lack of competency, and therefore they are challenged in the relation to the patient. The nurses do not feel equipped to guide the patients on their way to user involvement and own decision-making. One of the main reasons is the

fact that the nurses do not have the necessary time to learn which tools to use in the relation to the patient. Furthermore there is an expressed wish to learn how to communicate and interact with patients for the purpose of helping them to become more involved in their own treatment. Last I can conclude that some of the nurses lack to see the purpose of user-centered treatment, because they think they are already involving the patients. In relation to my results I take a critical standing towards this thought, because several parts of my analysis show that patient involvement is not part of the general practice of the ward.

At the end of the thesis I conclude that the nurses need a fellow goal in order to implement user-centered treatment in the future.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Kapitel 1: Introduktion til specialet	3
Indledning	4
Problemformulering	6
Begrebsafklaringer	7
Brugerstyret behandling.....	7
Sygeplejefprofessionen	8
Patientkultur gennem historien	10
Hermeneutisk ståsted	12
Kapitel 2: Metode og tilgang.....	14
Fremtidsværksted.....	15
Forberedelsesfasen	16
Kritikfasen	17
Fantasifasen.....	18
Virkeliggørelsesfasen.....	19
Refleksioner over fremtidsværkstedet	19
Kapitel 3: Teori	21
Illeris' læringsforståelse.....	22
Kirkevold og Zoffmanns tre relationstyper og personcentrerede kommunikations- og refleksionsmodel	28
Jeg-du distanceret professionel dominans.....	28
Jeg-du sløret sympati.....	29
Jeg-du-sorteret gensidighed.....	29
Udfordringer i de tre relationstyper.....	29
Relationsmodellen og brugerstyret behandling	30
Kapitel 4: Analyse	33
Fremtrædende temaer fra fremtidsværkstedet.....	34
Patient-sygeplejerske-relationen og patientsyn.....	34
Sygeplejerskernes kompetencer – eller mangel på samme?	36
Holdninger til brugerstyret behandling.....	38

Kapitel 5: Konklusion	41
Litteraturliste	44
Bilagsoversigt	46

KAPITEL 1:

INTRODUKTION TIL SPECIALET

I specialets første kapitel indledes med en introduktion til specialets emne og problemfelt, der leder videre til problemformuleringen. Herefter følger en afklaring af begreberne brugerstyret behandling og sygeplejefprofessionen samt en kort redegørelse for patientkulturen op gennem historien. Til sidst i kapitlet afklares specialets videnskabsteoretiske ståsted, den filosofiske hermeneutik.

INDLEDNING

Begreber, der i større og større grad vinder indpas i det danske sundhedsvæsen, er patientinddragelse og brugerstyret behandling. I Region Nordjylland har man på Aalborg Universitetshospital og de øvrige hospitaler gennem de senere år arbejdet på at skabe et mere patientorienteret og sammenhængende sundhedsvæsen. En af indsatserne i forhold til dette er "Patientens Team", der i implementeringen har tre hovedformål:

- ∞ Koordinering af det enkelte behandlings- og patientforløb.
- ∞ Involvering af patient og pårørende som partnere.
- ∞ Kontinuitet i de centrale fagpersoner, som patienten møder.

Et af de bærende elementer omkring Patientens Team er patient- og pårørendeinvolvering, der sammen med tværfaglighed, teamsamarbejde og patientansvarlig læge og koordinering af forløb afspejles i visionen for Aalborg Universitetshospital. Der arbejdes flere steder på universitetshospitalet ud fra tankegangen om "Patienten i centrum", og på sigt er visionen, at blandt andet Patientens Team bliver en naturlig og systematisk form at organisere patientforløb på indenfor Aalborg Universitetshospital (Bilag 4).

Disse tiltag medvirkede til, at man i oktober 2016 igangsatte et projekt omkring brugerstyret behandling i relation til patienter med kronisk nyresvigt og deres indtag af fosfatbindere indenfor det nyremedicinske speciale på Aalborg Universitetshospital. Formålet med projektet er, at patienterne inddrages i beslutningen om at overgå til brugerstyret behandling i forbindelse med indtaget af fosfatbindere og derved i højere grad end tidligere træffer valg, der tilgodeser den enkelte patients præferencer, behov og ressourcer (Bilag 6).

Når man bliver kronisk nyresyg medfører dette store ændringer i hverdagen. I processen med at lære at håndtere og mestre sygdommen, står patienterne overfor mange udfordringer, der påvirker dem både fysisk, psykisk og socialt. Den nye hverdag med sygdommen og dialyse kan ofte indebære en oplevelse af magtesløshed og mangel på kontrol (Pagels, 2005; Kristensen, 2010).

Internationale undersøgelser viser, at patienter, der inddrages i eget forløb oplever øget livskvalitet, samt øger behandlingskvaliteten og patientsikkerheden. En af disse undersøgelser blev foretaget af Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (VIBIS) i 2014 og be-

skriver læger og sygeplejerskers opfattelse af brugerinddragelse. De henholdsvis 2000 læger og 2000 sygeplejersker oplever en række barrierer, der vanskeliggør patientinddragelse (Freil et al, 2014). Disse barrierer knytter sig til både patienten og til de rammer og vilkår, der er for inddragelse. Tid, ressourcer, fysiske rammer og viden i forhold til metoder er nogle af de faktorer, der bliver peget på i undersøgelsen.

MIN INDGANG TIL EMNET BRUGERSTYRET BEHANDLING

Jeg er ansat i et dialyseafsnit på Aalborg Universitetshospital som sygeplejerske med særlig klinisk funktion indenfor uddannelse, undervisning og udvikling. En del af mit arbejde består i at kompetenceudvikle sygeplejerskerne i afsnittet og formidle og implementere forsknings- og evidensbaseret sygepleje (Bilag 7). Som en del af min funktion holder jeg mig opdateret på aktuelle undersøgelser indenfor mine ansvarsområder, hvor patientinddragelse er et af de aktuelle emner. Mange af disse undersøgelser har fokus på betydningen af patientinddragelse og brugerstyring for patienten. Dette har gjort mig interesseret i at undersøge, hvilken betydning patientinddragelse og brugerstyret behandling kan have for sygeplejerskerne og deres profession.

I forhold til fosfatprojektet er min rolle, i samarbejde med de involverede sygeplejersker, den afsnitsledende sygeplejerske og post.doc i sygepleje på Aalborg Universitetshospital at tilrettelægge et implementeringsforløb for brugerstyret behandling, således at brugen af redskaberne fra fosfatprojektet og den brugerstyrede behandling bliver en del af afdelingens kultur (Bilag 6). På nuværende tidspunkt har 15 patienter været igennem vejledningsprocessen i projektet, og der er igangsat vejledningsprocesser i flere afsnit indenfor det nyremedicinske speciale.

Der skal i slutningen af januar 2018 i samarbejde med VIBIS afholdes en temadag om brugerstyret behandling for de ansatte i nyremedicinsk speciale. I mit afsnit er implementeringsprocessen allerede igangsat. Her har vi blandt andet på et personalemøde diskuteret begrebet brugerstyret behandling med baggrund i VIBIS' definition og artiklen "Patienterne bliver deres egne behandlere" (Kjeldsen, 2016) fra fagbladet Sygeplejersken. Artiklen sætter fokus på den kulturændring brugerstyret behandling kan igangsætte samt de barrierer, der kan være for implementeringsarbejdet (Kjeldsen, 2016).

Med udgangspunkt i vores igangværende arbejde med brugerstyret behandling og min egen funktion på afsnittet er jeg blevet interesseret i at undersøge hvilke faktorer, der påvirker implementeringen af den brugerstyrede behandling. Samtidig vil jeg gerne undersøge, hvilke professions- og læringsmæssige udfordringer den brugerstyrede behandling indebærer. Dette leder til de følgende spørgsmål, der er formuleret i specialets problemformulering.

PROBLEMFOMULERING

Hvilke faktorer påvirker og influerer på implementering af brugerstyret behandling, og hvilke professions- og læringsmæssige udfordringer indebærer et nyt perspektiv på patienten for sygeplejersken?

For at opnå bredere forståelse for emnerne i problemformuleringen vil jeg i det følgende afklare en række væsentlige begreber.

BEGREBSAFKLARINGER

I de følgende afsnit vil jeg afklare begreberne brugerstyret behandling og sygeplejefprofessionen samt give en kort indføring i patientkulturen op gennem historien.

BRUGERSTYRET BEHANDLING

Der er mange definitioner på begrebet brugerstyring, og man hører både ordet brugerstyring og brugerinddragelse brugt mange steder. VIBIS har i fosfatprojektet været inddraget som sparringspartner og vejleder, og fremadrettet er de med i forhold til afholdelse af en stor temadag for personalet, der bliver en del af implementeringsprocessen.

Ud fra VIBIS' definition sigter brugerstyret behandling mod at give patienten større indflydelse på tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet, hvilket blandt andet kan foregå ved, at sygeplejersken afdækker og inddrager patientens viden, præferencer og behov, så disse får konkret betydning for tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet (Danske patienter ¶ Brugerstyret behandling). Tilbuddene indenfor brugerinddragelse sigter mod at give patienten større indflydelse på tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet. Brugerstyret behandling er som et af tilbuddene en form for individuel brugerinddragelse, hvor patient og eventuelt pårørende inddrages i et individuelt behandlingsforløb. På den måde sikrer man, at forløbet passer bedst muligt til patientens liv. Da tilbuddet er individuelt, kan patienten vælge det til eller fra (Danske patienter ¶ Brugerstyret behandling).

Der tales om tre typer brugerstyret behandling:

- ∞ Brugerudført behandling: Patienten oplæres til selv at udføre større eller mindre dele af sin behandling.
- ∞ Brugerinitieret kontakt: Patienten overvåger egne symptomer og har mulighed for at kontakte sundhedsvæsenet efter behov.
- ∞ Brugerstyret planlægning: Patienten har mulighed for at planlægge og tilrettelægge, hvornår undersøgelser eller kontroller skal finde sted.

I forbindelse med fosfatprojektet er der tale om den type af brugerstyret behandling, som benævnes brugerudført behandling (Danske patienter ¶ Brugerstyret behandling).

Som beskrevet i introduktionen er der de senere år kommet mere og mere fokus på patientinddragelse i sundhedsvæsenet. En undersøgelse foretaget af VIBIS i 2014 beskriver læger og sygeplejerskers opfattelse af brugerinddragelse. De henholdsvis 2000 læger og 2000 sygeplejersker oplever en række barrierer, der vanskeliggør patientinddragelse. Disse barrierer knytter sig til både patienten og til de rammer og vilkår, der er for inddragelse. Tid, ressourcer, fysiske rammer og viden i forhold til metoder er nogle af de faktorer, der bliver peget på i undersøgelsen.

SYGEPLEJEPROFESSIONEN

Molander og Terum (2008) beskriver *profession* som værende et flertydigt begreb. I ordet ligger der en forventning om professionalitet, idet begrebet henviser til kundskab og færdigheder i forhold til det felt, professionen opererer indenfor (s. 16-17).

Begrebet profession har to sider – en organisatorisk og en performativ. At være professionel fordrer, at man behersker en opgave på en god og rigtig måde, hvilket afspejler, at man er dygtig eller erfaren indenfor et område. I professionsopfattelsen kaldes dette det performative aspekt (Molander & Terum, 2008, s. 18) For at kunne varetage opgaverne indenfor professionen må disse imidlertid organiseres. Indenfor den organisatoriske side beskrives professionen som værende en faggruppe, der har kontrol over sine arbejdsopgaver i såvel en intern som en ekstern forstand. En af disse former for kontrol beskriver Molander og Terum (2008) som værende *monopol* (s. 18). Monopol defineres som værende en ordning, hvor en profession reserverer bestemte arbejdsopgaver til personer med en bestemt uddannelse. I det organisatoriske aspekt på professioner er der også et element af autonomi, idet professionen til en vis grad selv kontrollerer udførelsen af sine arbejdsopgaver. Disse to former for kontrol udgør tilsammen et krav om kompetence. Kompetencen er noget professionen gør politisk krav på, hvilket f.eks. afspejles i *Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker* (Retsinformation, 1990 ¶ Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker).

Sygeplejersker har eksisteret gennem århundreder. De har været kendt som landsygeplejersker, Røde Kors søstre, diakonisser, stuekoner, vågekoner, nonner og nogle som kloge koner. Sidstnævnte kan endda have været betegnet som hekse og være endt på bålet. Sygeplejersker er nogen, vi alle har mødt eller vil komme til at møde gennem livet. De er der, når livet be-

gynder, når livet bringer sygdom og ulykke med sig, og når livet ender (Dansk sygeplejeråd ¶ Sygeplejerskeuddannelsen frem til 1933).

Tilbage i midten af 1800-tallet bar sygeplejen præg af et meget kristent livssyn, hvilket blandt andet afspejlede sig i Florence Nightingale-løftet. Løftet blev skrevet af en amerikansk sygeplejerske i 1893 og indebar, at man overfor Gud bekendtgjorde, at man ville udøve sygepleje i renhed og hjælpe lægen i sit arbejde. Sygeplejerskeløftet understregede det kaldsmæssige i sygeplejergerningen og tjente i den internationale sygeplejerskeverden som det første sygeplejeetiske kodeks. Det kom derfor til at fungere som det formelle grundlag for de etiske værdier og idealer i sygeplejen. Et vendepunkt kom i 1933 da titlen som sygeplejerske blev statsautoriseret. Indtil da havde det været muligt for alle at kalde sig sygeplejersker og praktisere sygepleje. I sammenhæng med autorisationen blev sygeplejeuddannelsen fastlagt til 3 år (Dansk sygeplejeråd ¶ Sygeplejerskeuddannelsen frem til 1933). Arbejdet som sygeplejerske gik nu fra at være et kald til at blive et erhverv. I 1956 blev *Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker* vedtaget og med den blev et nyt sygeplejeløfte indført. Man gik væk fra tanken om, at sygeplejen var et kald. Løftet udtrykte nu sygeplejerskens pligt over for samfund og medmennesker til forskel fra Florence Nightingale-løftet, der understregede pligten over for Gud (Dansk sygeplejeråd ¶ Sygeplejerskeuddannelsen frem til 1933).

I sygeplejen er man i dag gået helt væk fra at afgive sygeplejeløftet. Sygeplejens dannelsesidealer og værdigrundlag, som bl.a. kan findes i de Sygeplejeetiske Retningslinjer (Dansk Sygeplejeråd ¶ De sygeplejeetiske retningslinjer), er med til at vejlede i forhold til etiske dilemmaer og problemstillinger relateret til professionen som sygeplejerske. Sygeplejerskeuddannelsen blev i 2001 ændret til at være en professionsbachelor, og dermed fik sygeplejersker en akademisk grad af bachelorer (Lydiksen, 2017, s. 14). Hvor vidt dette har medvirket til, at sygeplejen fjerner sig fra praksis og bliver for teoretisk er fortsat en igangværende diskussion.

I takt med, at samfundet udvikler sig omformes og tilpasses professionerne. De er komplekse, men også dynamiske, idet de former sig efter de krav omverdenen stiller til dem. Da sygeplejerskeuddannelsen i 2001 blev ændret til professionsuddannelse blev der tilført meget mere teori til uddannelsen, og en af udfordringerne har været at kombinere teori og praksis. I 2014 igangsatte Uddannelses- og Forskningsministeriet en udvikling af i alt ni sundhedsfaglige professionsuddannelser, hvoraf sygeplejerskeuddannelsen var en af dem. Formålet med den-

ne udvikling var, at uddannelsernes indhold og opbygning skulle matche de behov, arbejdsmarkedet stiller til de nyuddannede. Demografisk udvikling, sygdomsmønstre, flere ældre, flere borgere med kroniske sygdomme, social ulighed i sundhed og ikke mindst borgernes forventninger er nogle af de udfordringer de nyuddannede skal matche (Lydixsen, 2017, s. 13-17). Det danske sundhedsvæsen er konstant under stor forandring, og det stiller krav til de ansatte i forhold til samarbejde både mellem sundhedsprofessionelle og med patienterne, der som en del af forandringen bliver mere videbegærlige og stiller forventninger til involvering, samtidig med at deres sygdomssammenhænge og sundhedsudfordringer bliver mere komplekse (Lydixsen, 2017, s. 13).

I et historisk perspektiv kan man sige, at sygeplejerskens rolle har skiftet fra en hjælperfunktion til lægen til mere og mere at rette fokus mod patienten og være mere orienteret i den retning (Riiskjær, 2014, s. 143).

Flere og flere faggrupper efterspørger anerkendelse af deres arbejde og en professionsbetegnelse, der kan give dem denne anerkendelse. I tildelingen af betegnelser og autorisationer sker der opgaveglidninger, der gør, at andre faggrupper kan varetage arbejdsopgaver, der før tilhørte sygeplejerskerne. Dette fordrer, at man indenfor hver sin profession bliver meget skarpe på, hvad det er, der definerer ens egen profession.

PATIENTKULTUR GENNEM HISTORIEN

Sideløbende med udviklingen af en sygeplejekultur op gennem tiden, udviklede også de mennesker, der skulle modtage sygeplejerskernes omsorg sig. Tilbage i 1800-tallet var hver mand sin egen ekspert, når det gjaldt sygdom og helbredelse deraf. Der var meget få, der praktiserede som læger, så folk prøvede sig selv frem. Dem, der fik lægehjælp, var dem, der var i stand til at betale for det.

Sidst i 1800-tallet kom der et gennembrud, hvor lægernes autoritet brød igennem. Som en del af en meget hård hjælpekultur ændredes opfattelsen af patienten sig dog fra at være et menneske, der var sygt, til en syg krop. Ud fra patientfortællinger fra tiden fremgår det dog, at patienterne var fyldt med dyb respekt, taknemlighed og ærbødighed overfor lægestaben. Patienten var autoritetstro, var sin diagnose og accepterede dette. Denne patientrolle toppede i 1950'erne, hvor sundhedsvæsenet bar præg af et magtforhold, hvor lægen var i toppen. Læge-

staben understregede deres magtposition ved at anvende latin og fremmedord, der var uforståeligt for patienterne. Information omkring sygdom og behandling af den var dog ikke noget, man brugte tid på. I stedet søgte patienterne svar og lindring i det religiøse. Patienterne blev betragtet som interessante, når de havde en hidtil ukendt sygdom eller lidelse.

Omkring 1970 skete der en ændring i patientopfattelsen i form af livstilssygdomme. Nu pegede de diagnosticerede sygdomme tilbage på patienten selv og dennes livsførelse. Samtidig var der i samfundet økonomisk tilbagegang, der krævede, at man effektiviserede og optimerede sundhedsvæsenet. Dette medførte en ændring i hjælpe-kulturen, der krævede et nyt patient-syn, hvis patienten skulle kunne yde egenomsorg. Der skete derfor en bevægelse fra at se patienten som en interessant sygdom eller en syg krop til at se personen og det hele menneske – en holistisk tilgang til patienten. 70'erne bar præg af et sundhedsvæsen, hvor hierarkiet var under opløsning. Begreber som medmenneskelighed og kommunikation figurerede som nøgleord i plejen, og patientinddragelse var et begreb, der blev diskuteret. Diskussionen gik meget på, om patienten skulle have kendskab til sin diagnose og prognose. Mange af lægerne mente, at det ville kunne få negativ effekt på sygdomsforløbet, så patientens indflydelse forblev minimal. Behandlingen forblev lægens ansvar alene.

Den 1. juli 1998 blev det gennem Lov om patienters retstilling vedtaget, at "ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke.". Denne lov blev ophævet 1. juli 2007, men afsnittet om informeret samtykke fremgår af Sundhedslovens afsnit III, hvor følgende står beskrevet om informeret samtykke, "Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side" (Retsinformation, 2016 ¶ Bekendtgørelse af sundhedsloven).

Gennem historien har sygeplejerske-patientforholdet haft en paternalistisk karakter, hvor sygeplejersken var den aktive, vidende og bestemmende, mens patienten trådte ind i en rolle som den lydige, tillidsfulde og passive. Dette har nu ændret sig til et forhold baseret på ligestilling og dialog, hvor patienten selv medvirker sammen med sygeplejersken om at træffe beslutninger (Riiskjær, 2014, s. 121).

Denne viden om brugerstyret behandling, professionsbegrebet og patientkulturen vil blive bragt i spil som en del af analysen i kapitel 4. I det følgende optræder en afklaring af mit hermeneutiske ståsted.

HERMENEUTISK STÅSTED

Jeg vælger at anvende hermeneutikken som forståelsesramme ud fra Eline Thornquist (2003) og Henriette Højbergs (2004) bearbejdning af Hans Georg Gadammers filosofiske hermeneutik. Hermeneutikken giver mulighed for at inddrage mine egne forståelser, fordomme og tolkninger og inddrage disse aktivt i undersøgelserne, som vil føre til besvarelse af problemformuleringen.

Mennesker er ifølge hermeneutikken en del af en kontekst bestående af traditionerne og historien, vi lever i. Disse ligger til grund for vores forståelse og fortolkning og danner tilsammen vores forståeshorisont. Betingelser og begrænsninger for forståelsen udgøres af fortolkerens eller forskerens forforståelse, perspektiver og tiden, denne lever i. I kraft af vores væren i verden er vi mennesker blevet påvirket af vores omgivelser og har dannet fordomme som udtryk for vores forforståelse. Disse fordomme er nødvendige for at opnå forståelse under forudsætning af, at de sættes i spil med andres fordomme, og de er altid til stede (Thornquist, 2003; Højberg, 2004). Når fordommene sættes i spil med andres, kan der opnås en såkaldt horisontsammensmeltning, hvor begge parters forståeshorisonter smelter sammen til én fælles forståelse (Thornquist, 2003). Når man anvender den hermeneutiske tilgang, forstår man mennesket som en del af en kontekst. Man befinder sig indenfor en hermeneutisk cirkel, hvor delene forstås ud fra helheden og helheden ud fra delene (Thornquist, 2003; Højberg, 2004). Højberg (2004) forklarer det således:

”Den hermeneutiske cirkel betegner den vekselvirkning, der foregår mellem del og helhed. Delene kan kun forstås, hvis helheden inddrages, og omvendt kan helheden kun forstås i kraft af delene. Det er således sammenhængen mellem delene og helheden, der er meningsskabende; det er relationen mellem de enkelte dele og helheden, der muliggør, at vi kan forstå og fortolke.”

(s. 312)

I dette speciale sker vekselvirkningen mellem del og helhed ved at analysere dele af empirien gennem teoretiske optikker for at opnå større forståelse for helheden samt for de enkelte dele. Ud fra det hermeneutiske ståsted foregår den vekslende bevægelse mellem mig som fortolkeren og genstanden for undersøgelsen, der i dette tilfælde er sygeplejerskerne i afsnittet (jf. Højberg, 2004, s. 320). Her agerer jeg fortolker i besiddelse af forforståelser og fordomme, der

indgår i fortolkningsprocessen. I kraft af min egen ansættelse i afsnittet har jeg en forståelsesramme i forhold til brugerstyret behandling, der danner min forståelseshorisont (Højberg, 2004, s. 322). Denne vil jeg gennem min bearbejdelse af problemformuleringen sætte i spil med de forståelser, empirien afdækker samt teoriernes optik, hvormed jeg sigter mod at opnå øget forståelse.

Hvordan mit hermeneutiske ståsted kommer til udtryk, vil løbende blive uddybet i specialets analyse i kapitel 4.

KAPITEL 2:

METODE OG TILGANG

I kapitel 2 præsenteres fremtidsværkstedet, der er rammen for specialets empiriindsamling. Her præsenteres metoden samt mine løbende overvejelser omkring udførelsen.

FREMTIDSVÆRKSTED

De følgende afsnit beskriver fremtidsværkstedet samt hvordan jeg vælger at udføre et fremtidsværksted med sygeplejerskerne i mit eget afsnit. Der er ansat i alt 18 sygeplejersker i afsnittet. Deraf er der en afsnitsledende sygeplejerske, en koordinerende sygeplejerske og jeg selv, som er sygeplejerske med særlig klinisk funktion indenfor uddannelse, undervisning og udvikling.

Udførelsen af fremtidsværkstedet bygger på Robert Jungk og Norbert R. Müllerts model som beskrevet i "*Håndbog i fremtidsværksteder*" (1989). Arbejdet med fremtidsværkstedet er inddelt i fem faser: *forberedelsesfasen*, *kritikfasen*, *fantasifasen*, *virkeliggørelsesfasen* og *opfølgingsfasen*. De følgende afsnit beskriver fremtidsværkstedets faser, samt hvordan jeg planlagde og udførte det.

I fremtidsværkstedet arbejdes der med fremtiden i overført forstand, hvor målet er at give sygeplejerskerne lov til at udforske begrebet brugerstyret behandling i forhold til den praksis de allerede indgår i. Der afholdes to fremtidsværksteder med enslydende tema, hvor det første blev afholdt d. 28. november kl. 14-16, hvorefter det andet afholdes i slutningen af januar 2018. På det afholdte værksted deltog 9 ud af 18 sygeplejersker, hvor de resterende 9 deltager i januar. Formålet med fremtidsværkstederne er at inddrage sygeplejerskerne i planlægningen af implementeringsprocessen af brugerstyret behandling i afsnittet. Den enkelte sygeplejerske i afsnittet får gennem værkstedet mulighed for at tale med om målene for implementeringen af brugerstyret behandling (jf. Jungk og Müllert, 1989, s. 15). I en travl hverdag i et sundhedsvæsen, der bærer præg af systemer og procedurer bestemt ovenfra, kan deltagerne i fremtidsværkstedet få lov til at være medbestemmende og medudviklende, hvilket ifølge Jungk og Müllert (1989) kan medføre en oplevelse af et fællesskab (s. 17).

Arbejdet med fremtidsværkstedet er inddelt i fem faser: *forberedelsesfasen*, *kritikfasen*, *fantasifasen*, *virkeliggørelsesfasen* og *opfølgingsfasen*. En del af værkstedet er at forene tre elementer: 1) Kritik af de nuværende forhold, 2) Utopier, der er ønskebilleder for fremtiden og 3) Ideer til virkeliggørelse, der tager form som konkrete handlingsforslag (Nielsen og Nielsen, 2010, s. 108). Disse elementer gennemgås i de tre værkstedsfaser: Kritik-, fantasi- og virkeliggørelsesfasen.

De følgende afsnit beskriver fremtidsværkstedets faser samt mine løbende refleksioner omkring processen.

FORBEREDELSESFASEN

Forberedelsesfasen bestod i at få planlagt, hvor og hvornår workshoppen skulle foregå. Her blev fremtidsværkstedet annonceret i form af opslag i afdelingen og på et personalemøde (jf. Jungk og Müllert, 1989, s. 56).

Ifølge Jungk og Müllert (1989) er det vigtigt, at rammerne er indbydende og rolige (s. 56). Jeg valgte derfor at afholde den i et stort mødelokale afsides fra selve afsnittet og de forstyrrelser, der kunne være i form af blandt andet telefoner og udefrakommende. Da mødelokalet samtidig var større end de forhold, der er tilgængelige på afsnittet, muliggjorde dette også, at de deltagende sygeplejersker kunne sidde i samme lokale, når de længere fremme i forløbet skulle arbejde i grupper, og derved havde jeg lettere ved at bevæge mig rundt mellem grupperne. Samtidig gav det mulighed for, at grupperne kunne sidde langt nok væk fra hinanden til at kunne fordybe sig i samtale i de forskellige faser. Jungk og Müllert (1989) anbefaler, at der ikke deltager flere end 15-25 personer, da det giver de enkelte mulighed for at formulere og udfolde sig åbent (s. 56). Jeg havde i alt 9 sygeplejersker til at deltage på min workshop, og netop hensynet til den enkeltes muligheder for at udtrykke sig åbent og frit var i fokus i planlægningen. I januar 2018 gennemføres der som nævnt endnu en workshop med samme tema, hvor de resterende 9 sygeplejersker i afsnittet deltager, og dermed vil der ikke være gengangere blandt deltagerne i de to workshops. Der var ikke nogen decideret udvælgelse og påvirkning af sammensætning af deltagergruppen, da det var arbejdsplanen, der afgjorde, hvem der havde mulighed for at deltage. Dog blev hver enkelt af de sygeplejersker, der skulle deltage, spurgt, om de var interesserede i at deltage, da deltagelsen forudsatte, at de var villige til at forlænge deres arbejdsdag med en time. Alle de adspurgte sygeplejersker indvilligede i at deltage.

Min rolle i workshoppen var som mødeleder, der introducerede deltagerne for temaet og faserne. Jungk og Müllert (1989) lægger vægt på optakten til værkstedet for at afspænde eventuelle stemninger og lære hinanden at kende, hvilket kan opnås gennem klargøring af rummet (s. 57). På grund af tidsperspektivet og det faktum, at sygeplejerskerne allerede kendte hinanden som kollegaer, valgte jeg at klargøre rummet. Dog havde jeg sørget for kaffe, the og boller

til at løsne op for stemningen og forsøge at skabe en afspændt atmosfære (jf. Jungk og Müllert, 1989, s. 57).

Som introduktion til fremtidsværkstedet valgte jeg at udarbejde en PowerPoint-præsentation (bilag), hvor ud fra jeg introducerede temaet for workshoppen og formålet med at afholde den samt fremtidsværkstedet og dets faser (jf. Jungk og Müllert, 1989, s. 58). I den forbindelse blev deltagerne informeret om, at de var deltagere i den første af to workshops med samme indhold, samt at de kollegaer, der ikke var tilstede skulle deltage på den næste workshop i januar 2018. Efter introduktionen blev deltagerne inddelt i tre tremandsgrupper og fik udleveret Post-it-blokke og skriveredskaber til at nedfælde deres ytringer i de tre værkstedsfaser.

Jungk og Müllert (1989) beskriver den ideale værkstedstid som værende tre dage (s. 60), men af hensyn til tidsfaktoren og arbejdstidstilrettelæggelsen i afdelingen, var dette ikke en mulighed. Fremtidsværkstedet blev derfor planlagt som et eftermiddagsmøde på to timer.

I det følgende beskrives fremgangsmåden i de tre værkstedsfaser, mens ytringer herfra vil optræde i analysen i kapitel 3, hvor de bearbejdes i teoretisk perspektiv.

KRITIKFASEN

I kritikfasen skal deltagerne fremlægge deres kritiske indvendinger mod det valgte tema, som i dette tilfælde er brugerstyret behandling. Her er der mulighed for at ytre klager, bekymringer og vrede, mens der samtidig lyttes til de andre deltageres ytringer (Jungk og Müllert, 1989, s. 65).

Jeg indledte kritikfasen med kort at præsentere, hvad denne fase indebar. Deltagerne blev instrueret i at være kritiske og komme med kritiske indvendinger, klager og bekymringer i relation til temaet brugerstyret behandling. I henhold til spillereglerne fik deltagerne besked på, at det ikke var tilladt at afbryde hinanden, at diskutere kritikpunkterne, samt at hver enkelt deltager skulle fatte sig i korthed.

Indledningsvis fik grupperne til opgave at udpege én, der skulle notere kritikpunkterne ned på Post-its – ét kritikpunkt per Post-it (se Bilag 3).

Undervejs i processen gik jeg rundt mellem grupperne og observerede og lyttede til deres samtaler. Ved behov blandt andet i kritikfasen kom jeg med opmuntrende og vejledende kommentarer, f.eks. at de skulle holde fokus på at være kritiske og ikke komme med løsningsforslag.

Efter 15 minutters arbejde med kritikfasen registrerede jeg, at der opstod stilhed. Efter en hurtig rundspørgen gav alle tre grupper udtryk for ikke at kunne finde frem til flere kritikpunkter. De fik derfor til opgave at udvælge to kritikpunkter, de ville arbejde videre med i fantasifasen.

FANTASIFASEN

I fantasifasen er formålet at få forhåbninger til at træde frem. Fantasien og kreativiteten skal have frit løb, mens man samtidig overvejer, hvordan man kan forandre det, man har kritiseret (Jungk & Müllert, 1989, s. 77). Her skal deltagerne formulere deres ønsker og se bort fra, at det kan fremstå skørt eller umuligt. Derfor er det i denne fase vigtigt, at deltagerne udviser en åben og fleksibel adfærd og ser bort fra vaner og indarbejdede tænkemåder. Formålet med fasen er at opfinde ønskeverdener med udgangspunkt i spontane indfald (Jungk & Müllert, 1989, s. 77).

Som indgang til fantasifasen valgte jeg at illustrere med PowerPoints, at virkeligheden nu blev sat på pause. Deltagerne fik at vide, at de nu skulle komme med forslag til, hvordan de to udvalgte kritikpunkter fra kritikfasen ved hjælp af fri fantasi kunne vendes til noget positivt. Der var ingen begrænsninger, alt kunne lade sig gøre. De skulle ikke lade sig begrænse i deres forslag og holde for øje, at kritikfasen var overstået, og virkeligheden sat på pause.

Også i denne fase skulle grupperne notere hver enkelt forslag ned på Post-its.

Som i kritikfasen bevægede jeg mig rundt i lokalet og lyttede til gruppernes samtaler. Et par gange valgte jeg at bryde ind for at gøre opmærksom på, at de nu var i fantasifasen, da jeg registrerede, at samtalen tog karakter af kritik, og der blev stillet tvivlsspørgsmål til, om fantasien kunne lade sig gøre.

I denne fase oplevede jeg, at grupperne tog opgaven meget kreativt til sig, og stemningen i lokalet blev mere løssluppen og munter.

Efter 30 minutters fantasifase stoppede jeg gruppernes snak og illustrerede med PowerPoint, at der igen blev trykket på play, og vi var tilbage i virkeligheden.

VIRKELIGGØRELSESFASEN

I den sidste fase er kritikken tilladt igen, da idéerne nu skal konfronteres med virkeligheden, og her konfronteres deltagerne med kløften mellem de, de gerne vil, og de virkelige betingelser (Jungk & Müllert, 1989, s. 87-88).

I virkeliggørelsesfasen fik grupperne til opgave at forene kritikpunkterne med deres utopier fra fantasifasen og sammenfatte dem til mulige løsningsforslag. I fasen kom deltagerne ikke frem til konkrete løsninger, da der ikke var tid til det, men det endte ud i en række tiltag.

Afslutningsvis blev hver enkelt gruppes arbejde fremlagt kort i plenum, så det dannede grundlag for en opsamling og en snak om holdningerne til brugerstyret behandling ud fra det, hver enkelt gruppe havde arbejdet med. Jeg indsamlede gruppernes Post-its og informerede dem om, at de ville blive gemt og inddraget i planlægningen af en temadag omkring brugerstyret behandling i starten af 2018.

Jeg spurgte til sidst ind til deltageres oplevelse af at arbejde med et tema på denne måde. Deltagerne kom med mange positive tilkendegivelser, da de syntes, det havde været forfribende at få lov til både at være kritiske, men også at få lov til at lege med fantasien. De gav udtryk for, at arbejdet i grupperne havde sat mange tanker i gang. Mange gav samtidig udtryk for, at de så frem til det videre arbejde og temadagen.

REFLEKSIONER OVER FREMTIDSVÆRKSTEDET

Den afsnitsledende sygeplejerske deltog i workshoppen på lige fod med de andre deltagere. Jeg fornemmede ikke, at de menige sygeplejersker var hæmmede af hendes deltagelse. Tværtimod fornemmede jeg, at hendes deltagelse bidrog til at tale om de forskellige emner på flere niveauer. Jeg oplevede, at snakken i grupperne gik ubesværet og let, og der var generelt en god stemning i lokalet.

Jeg valgte, da jeg samtidig med at være mødeleder ikke var i stand til at tage noter undervejs, at optage hele workshoppen på video. Kameraet blev placeret i et hjørne af lokalet for at forsøge at fange alle tre gruppers samtaler. Efterfølgende lyttede jeg lydfilen fra videoen igennem

og tog noter og noterede vigtige citater ned. Videoen og lydfilen er vedlagt som bilag på usb-stik.

Efterfølgende må jeg indrømme, at det ikke var den optimale metode at optage på. Det var meget svært at lytte lyden igennem, da samtalerne kørte ind over hinanden.

KAPITEL 3:

TEORI

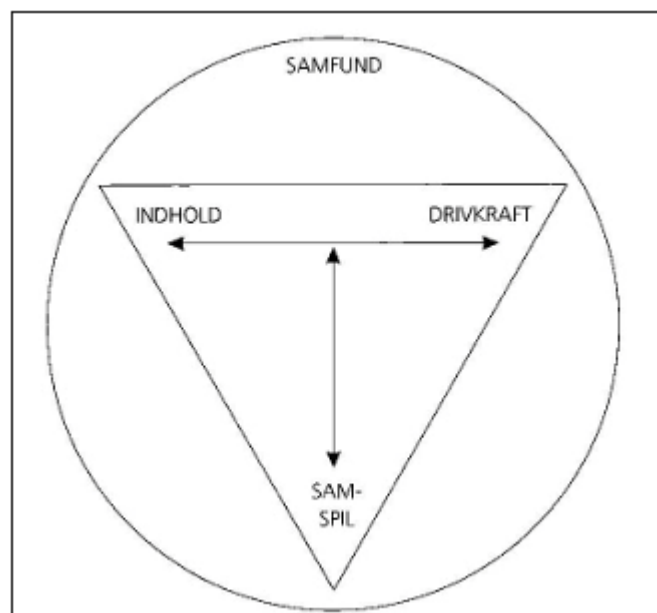
I kapitel 3 redegøres der for de teoretiske perspektiver, der skal bidrage til en besvarelse af problemformuleringen. Her tages der udgangspunkt i Knud Illeris' læringsforståelse, der sættes i relation til andre læringsteoretikere og samspillet med specialets fremtidsværksted. Herefter præsenteres Marit Kirkevold og Vibeke Zoffmans tre relationstyper.

KNUD ILLERIS' LÆRINGSFORSTÅELSE

Jeg vil i det følgende afsnit redegøre for Knud Illeris' brede læringsforståelse med udgangspunkt i hans beskrivelse af læringens tre dimensioner i læringstrekanten og læringsforståelsens hovedområder. Jeg vælger at anvende Illeris' tilgang til læring, idet hans brede forståelse gør tilgangen meget anvendelig i anskuelser af læringens mange facetter.

LÆRINGENS TRE DIMENSIONER

Hvis læring skal finde sted, er det ifølge Illeris (2015) nødvendigt, at de tre dimensioner, *indhold*, *drivkraft* og *samspil* er tilstede, hvilket er illustreret i Illeris' model nedenfor (s. 44). Illeris' tese er, at *"al læring involverer disse tre dimensioner, og at alle tre dimensioner altid må tages i betragtning, hvis en forståelse eller analyse af en læringssituation skal være fyldestgørende"* (Illeris, 2015, s. 44).



Figur 1: Læringens tre dimensioner (Illeris, 2015, s.45)

INDHOLDSDIMENSIONEN

Indholdsdimensionen udgøres af det, der skal læres, og det er igennem denne dimension, at den lærendes viden, kunnen og forståelse udvikles. I denne dimension tilstræbes det at skabe

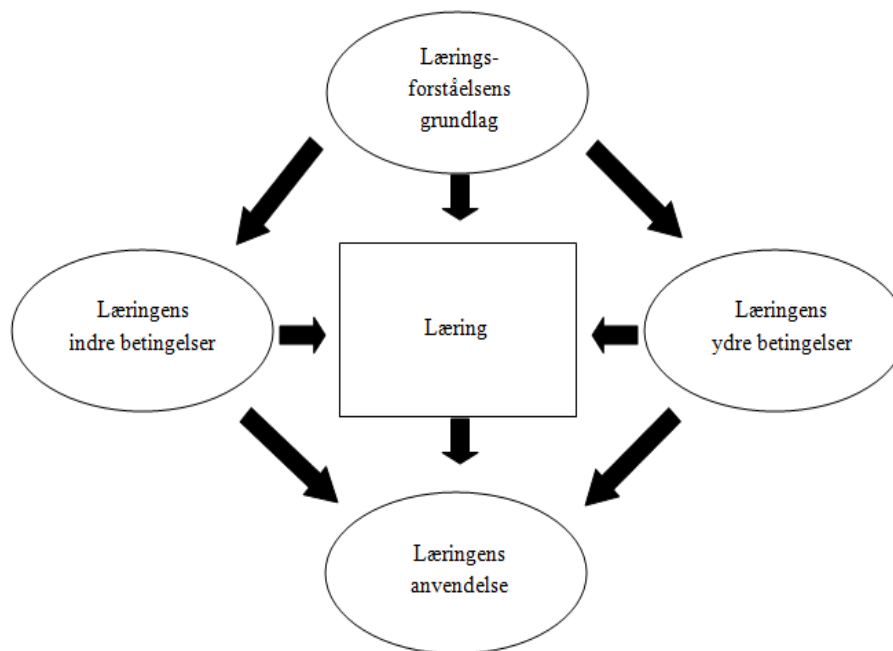
mening, så der opnås en sammenhængende forståelse af de forhold, man som menneske indgår i (Illeris, 2015, s. 47; Illeris, 2012, s. 22).

DRIVKRAFTDIMENSIONEN

Når man skal tilegne sig læring, er drivkraften nødvendig, idet den udgør vilje, følelser og motivation. Drivkraften kan være båret af en irritation over noget, der ikke fungerer eller en nysgerrighed overfor noget nyt (Illeris, 2015, s. 47). Som et centralt element i drivkraftdimensionen fremhæver Illeris den lærendes interesser og forudsætninger, og det faktum, at det, der skal læres, er afstemt i forhold til disse, så man som underviser opnår den læring, der er tilsigtet (Illeris, 2015, s. 118).

SAMSPILSDIMENSIONEN

Den tredje dimension er båret af samarbejde, handling og kommunikation og udgør samspillet i læringstrekanten. Denne dimension er med til at udvikle den lærendes socialitet, idet den fordrer, at man engagerer sig i forskellige former for socialt samspil, der dog gør sig gældende på flere niveauer. Det nære og sociale niveau, der kan udgøres af en arbejdsgruppe, og det overordnede niveau på et samfundsmæssigt og globalt plan, der sætter præmisserne for samspillet (Illeris, 2015, s. 48). Illeris (2015) definerer læring som *"enhver proces, der hos levende organismer fører til en varig kapacitetsændring, og som ikke kun skyldes glemsel, biologisk modning eller aldring"* (s. 20). Denne læringsforståelse er forankret i en tanke om, at læring er noget, der ikke kun drejer sig om selve læreprocessen, men i høj grad også om de forhold læringen er betinget og påvirket af, og selv påvirker. Enhver form for læring finder sted under biologiske, samfundsmæssige og psykologiske forhold (Illeris, 2012, s. 20), og er illustreret som øverste del af den følgende model (Figur 2), der også illustrerer læringens ydre og indre betingelser samt anvendelsen af læringen. Jeg vil i det følgende afsnit uddybe disse elementer.



Figur 2: Læringsforståelsens hovedområder (Illeris, 2012, s. 18)

LÆRINGENS INDRE OG YDRE BETINGELSER

Læringens indre betingelser hænger ifølge Illeris sammen med en lang række forhold, der er indlejret i individet, og de forudsætninger individet har for at opnå læring (Illeris, 2012, s. 26). En af disse forudsætninger er knyttet sammen med alder, og Illeris beskriver, at man gennem livet har forskellige forudsætninger for at lære, alt efter hvor man er i livet. I barndommen er læring karakteriseret ved tilliden til de voksne, der regulerer læringsmulighederne, samtidig med at den er ucensureret i form af tilegnelse af eksempelvis det sprog og den kultur, man er omgivet af (Illeris, 2012, s. 29). Overgangen fra barndom til ungdom medfører, at man gradvist forsøger at overtage styringen af sin egen læring, hvilket foregår ved bevidste valg og fravalg. Gennem de utallige valg, i form af eksempelvis uddannelse, erhverv, partner, livsstil og interesser, sker der en personlig identitetsudvikling (Illeris, 2012, s. 29), og nogle sygeplejestuderende kan dermed antages at være i denne fase. Denne udvikling af identitet i ungdomsfasen underbygger Illeris med psykoanalytikeren Erik H. Eriksons teori om identitetsbegrebet, hvor livet ses som en sammensætning af i alt otte faser med hver deres indlejrede krise, der skal løses for at overgå til den næste fase. Den femte fase udgøres af ungdommen, hvor krisen, der skal løses, centrerer omkring netop identitetsudvikling, der kan ende i enten identitetsdannel-

se eller identitetsforvirring (Illeris, 2015, s. 162-163). Udviklingen i læringsorienteringen gennem de forskellige livsaldre bærer præg af, at den lærende bliver mere selvstyret og selektiv omkring det, der skal læres og der ses en stigende ansvarlighed i forhold til hvad man vil og ikke vil lære (Illeris, 2015, s. 246).

Ifølge Illeris er voksne individer udstyret med en fast og stabil identitet, der typisk er forankret i uddannelse og erhverv, familierelationer og hos nogle i politiske eller religiøse overbevisninger. Identiteten udvikles gennem en årrække, og sideløbende med identitetsdannelsen sker der en udvikling af et identitetsforsvar, der består af psykiske barrierer, der træder i kraft, hvis den etablerede identitet trues (Illeris, 2015, s. 189). Lærings- og uddannelsessituationer, hvor den tilsigtede læring afhænger af en omstilling, omskoling eller personlig udvikling, kan aktivere disse barrierer og identitetsforsvaret, der af Illeris (2015) karakteriseres som værende *"den mest almene, dybtgående og i mange tilfælde også den stærkeste forsvarsmekanisme imod en læring, der som regel er tilsigtet af andre, men ikke eller kun delvis accepteret af den pågældende selv"* (s. 189-190).

MODSTAND MOD LÆRING – KOBLING TIL FREMTIDSVÆRKSTEDET

I forlængelse af ovenstående forklarer Illeris, at al læring fordrer psykisk energi, som enten hentes i trangen til livsudfoldelse eller i trangen til modstand. Energien kan dog også hentes i en kombination af begge (Illeris, 2015, s. 197), hvilket jeg mener kan sidestilles med de to faser *fantasi* og *kritik*, som indgår som en del af fremtidsværkstedet. I fantasifasen handler det netop om at udfolde sine ønsker og lade kreativiteten få frit løb, mens kritikfasen skaber rum for kritiske ytringer og bekymringer. I et læringsperspektiv er der stort potentiale i modstand, hvor det gælder om at anerkende modstanden, sætte den på spil og udfordre den i en fælles praksis. Illeris nævner uddannelsesinstitutioner som en arena, der kan give mulighed for at udfolde og bearbejde modstand konstruktivt og fremadrettet, hvilket skaber grundlag for et stort læringspotentiale (Illeris, 2015, s. 198). Denne arena kan i min optik sidestilles med det rum, der skabes i fremtidsværkstedets kritikfase samt i overgangen til fantasi- og virkeliggørelsesfasen. Jeg ser hermed en klar berettigelse for valget af fremtidsværkstedet som metode, idet dens læringspotentiale underbygges af Illeris' forståelse af modstandspotentiale.

ARBEJDSLIVET SOM LÆRINGSRUM

I forhold til arbejdslivet som læringsrum peger Illeris på nogle væsentlige problematikker. En af dem er, at man på en arbejdsplads vil prioritere de nødvendige arbejdsopgaver frem for læringsorienterede tiltag, mens en anden kan handle om, at de igangsatte læringstiltag kan virke forstyrrende for de opgaver, arbejdspladsen har som formål (Illeris, 2015, s. 260). Dette kan netop være en udfordring i varetagelse af funktionen som sygeplejerske med særlig klinisk funktion indenfor uddannelse, undervisning og udvikling, når jeg skal igangsætte udviklings- og læringsprocesser i afsnittet. Personalet i afsnittet efterspørger kompetenceudvikling, men organisatoriske krav om effektivitet og produktivitet vanskeliggør prioriteringen af læringstiltag i forhold til forbedringer indenfor patientplejen.

Illeris påpeger, at læring også foregår i de situationer, hvor fordrejninger og begrænsninger påvirker læringsresultatet. Eksempelvis i situationer, hvor det, der skal læres bliver uoverkommeligt eller virker truende på det, man i forvejen ved (Illeris, 2015, s. 20). I sådanne situationer kan det, der skal læres fordre en ændring i den lærendes identitet, hvilket i relation til sygeplejerskerne eksempelvis kan ses i måden, man agerer på i relationen til patienterne. Illeris læner sig op af Jack Mezirow, der taler om begrebet *transformativ læring*. Mezirow definerer transformativ læring på følgende måde:

Transformativ læring refererer til den proces, hvor vi transformerer de referencerammer, vi tager for givet (vores meningsperspektiver, forståelsesvaner, tankeformer), for at gøre dem mere omfattende, indsigtfulde, åbne, respekterende og følelsesmæssigt fleksible, så de kan generere overbevisninger og meninger, der vil vise sig at være mere sande eller berettigede i forhold til at vejlede handlinger (Illeris, 2015, s. 68).

Illeris når ud fra Mezirows definition frem til, at transformativ læring sker, når læringen fordrer, at den lærendes identitet gennemgår ændringer (Illeris, 2015, s. 69). Den transformativ læring er en meget krævende og belastende proces, og opstår i situationer, hvor transformeringen af referencerammerne i individet er den eneste udvej, der anses som værende bæredygtig. Læringen kan finde sted som et pludseligt gennembrud, men oftest som en længerevarende proces, hvor sociale relationer har en væsentlig rolle (Illeris, 2015, s. 69).

Når man som underviser skal planlægge læringstiltag, peger Illeris på, at man skal interessere sig for, hvilke former for forsvar mod læring, der kan opstå overfor det emne, der undervises i. Især i forhold til undervisning af voksne, vil der i større eller mindre grad være en hverdagsbevidsthed, der gør, at deltagernes forforståelse opleves som overskredet og derfor aktiveres et halvautomatiseret forsvar mod læring. I situationer, hvor deltagelsen er mere eller mindre påtvunget, eksempelvis i en implementeringsproces, hvor alle ansatte skal deltage, vil det typisk indebære en aktivering af hverdagsbevidsthedens forsvar mod nye forståelser. Indebærer de præsenterede læringstiltag krav om transformative processer og indgriben i kendte og anvendte hverdagsrutiner, kan dette medføre modstand på trods af individets bevidsthed om, at omstillingerne er nødvendige (Illeris, 2015, s. 279).

MARIT KIRKEVOLD OG VIBEKE ZOFFMANNS TRE RELATIONSTYPER OG PERSONCENTREREDE KOMMUNIKATIONS- OG REFLEKSIONSMODEL

I relation til de professionsmæssige udfordringer som et ændret patientsyn medfører i forbindelse med implementering af brugerstyret behandling, vælger jeg at inddrage Vibeke Zoffmann og Marit Kirkevolds relationstyper og personcentrerede kommunikations- og refleksionsmodel, der begge beskæftiger sig med fælles beslutningstagen og inddragelse af patienten i egen pleje og behandling, hvorfor jeg vurderer dem som værende relevant for mit problemfelt.

Sygeplejeteoretikerne Kirkevold og Zoffmann har med baggrund i undersøgelser af relations forandringspotentiale i forhold til kroniske diabetespatienter identificeret de tre relationstyper, Jeg-Du-Distanceret Professionel Dominans, Jeg-Du-Sløret Sympati og Jeg-Du-Sorteret Gensidighed. Jeg finder deres fund og teori relevant, da de beskæftiger sig med en patientgruppe, der ligger meget tæt op af den patientgruppe, vi i det daglige beskæftiger os med i et dialyseafsnit, men også inddragelse af patienten, hvilket er meget relevant i forhold til den implementeringsproces, vi i mit afsnit står overfor. Kirkevold og Zoffmann lægger i relationsmodellen vægt på, at man som sygeplejerske bevarer sin professionelle tilgang til patienten i relationen, men at man gennem de forskellige tilgange, modellen beskriver, udnytter det forandringspotentiale, der er tilstede (Kirkevold & Zoffmann, 2009a, s. 57-58).

JEG-DU DISTANCERET PROFESSIONEL DOMINANS

Alt afhængig af, hvilken relation man som sygeplejerske har til patienten, indtager man forskellige roller. I relationen med den Jeg-Du-Distancerede Professionelle Dominans tager man, som den professionelle, styring over situationen og forventes alene at undersøge og finde løsninger på problemerne, mens forventningerne til patienten er, at de forslag og løsninger, den professionelle kommer med, følges (Kirkevold & Zoffmann, 2009a, s. 58). Dette medfører, ifølge Kirkevold og Zoffmann, at den viden, man opnår gennem relationen, er begrænset til de områder, den professionelle finder vigtige, og patientens reaktioner og følelser, i forhold til sygdommen og sin situation, bliver ikke kendte, men fremsættes som uverificerede hypoteser fremsat af sygeplejersken (Kirkevold & Zoffmann, 2009a, s. 58). Når man som sygeplejerske befinder sig i den Jeg-Du-Distancerede Professionelle Dominans, drager Kirkevold og Zoffmann den konklusion, at man risikerer at gå glip af forandringspotentialet på grund af afstand

mellem parterne. Opdager man derimod patientens vanskelige følelser og bliver opmærksom på sin egen og patientens forskellige opfattelser af situationen, vil der ifølge Zoffmann og Kirkevold (2009a) ske et skifte fra Jeg-Du-Distanceret Professionel Dominans til Jeg-Du-Sløret Sympati (s. 59).

JEG-DU SLØRET SYMPATI

Jeg-Du Sløret Sympati etableres ifølge Zoffmann og Kirkevold spontant, når sygeplejersken bliver opmærksom på vanskelige følelser og forskellige opfattelser af situationen i forhold til patienten. Disse forskellige opfattelser og vanskelige følelser skaber en spænding, der for sygeplejersken kan være svær at håndtere, og i denne relationstype vil sygeplejersken, måske i et forsøg på at få spændingen til at aftage, drage sammenligninger mellem sit eget liv og patientens. Resultatet heraf kan desværre blive, at patientens oplevelse af problemer og egen situation ikke bliver imødekommet, men negligeres. Ved at drage disse sammenligninger til egne erfaringer involverer sygeplejersken sig følelsesmæssigt i relation til patienten, hvilket minimerer spændingen i situationen, og mindsker forandringspotentialen i relationen (Kirkevold & Zoffmann, 2009a, s. 62).

JEG-DU-SORTERET GENSIDIGHED

Den tredje og sidste relationstype, Zoffmann og Kirkevold observerede i deres undersøgelse, var Jeg-Du-Sorteret Gensidighed. Til forskel fra de to øvrige relationstyper, udnyttes forandringspotentialen i denne relationstype ved, at sygeplejersken reagerer på patientens reaktioner og følelser i forhold til sin situation, fremfor at negligere eller relatere til dem. De vanskelige følelser og forskellige opfattelser mellem sygeplejersken og patienten bliver i stedet anvendt konstruktivt som et middel til at udvikle viden. Herudover benyttes de som et redskab til at træffe beslutninger og løse problemer i forhold til patientens sygdomssituation (Kirkevold & Zoffmann, 2009a, s. 64-65).

UDFORDRINGER I DE TRE RELATIONSTYPER

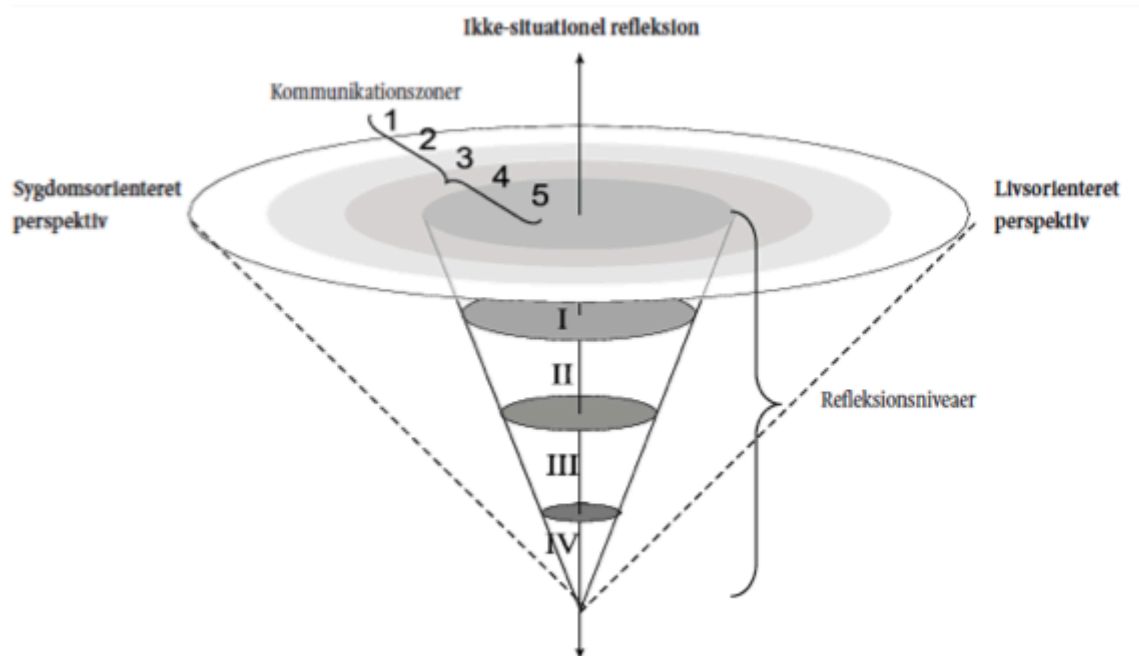
I praksis oplevede Kirkevold og Zoffmann skift mellem de tre relationstyper som følge af sygeplejerskernes reaktioner på de spændinger, der opstod mellem dem og patienterne. Især skiftet mellem Jeg-Du Distanceret Professionel Dominans og Jeg-Du Sløret Sympati viste sig at være mislykket i deres forsøg på at være problemløsende. Derimod var Jeg-Du Sorteret Gen-

sidighed adgangsgivende til forandringspotentialet gennem efterforskning af vanskelige følelser og forskellige opfattelser af patientens situation (Kirkevold & Zoffmann, 2009a, s. 65). I en patient-sygeplejerskerelation ligger der altid en etisk fordring, idet sygeplejersken med sin professionelle merviden besidder en magt, som det fordres, at hun anvender til patientens fordel. Med dette følger der et ansvar i relationen til patienten (Kirkevold & Zoffmann, 2009a, s. 67).

I deres undersøgelse finder Zoffmann og Kirkevold tydelige forskelle mellem de professionelle og patienternes målsætninger, evalueringer og strategier **Der blev angivet en ugyldig kilde.** I undersøgelsen træder det i nogle af observationerne frem, at patienterne prioriterer deres eget liv som overordnet sygdommen, og sygeplejersken betragter sygdommen som overordnet den enkeltes liv. Dette medfører en disharmoni mellem en ensartet sygdomsbaseret indsats, og patientens særegne behov for at få forbedret sin egen livsdygtighed. Dermed forringes muligheden for at blive mere styrende i egen behandling, hvilket implementeringen af brugerstyret behandling skulle medføre. Kirkevold og Zoffmann peger i deres konklusion på Jeg-Du-Sorteret Gensidighed som den relation, der medfører det største forandringspotentialt hos patienten, der skal inddrages i egen pleje og behandling, men understreger samtidig, at alle tre relationstyper vekslende vil være tilstede (Kirkevold & Zoffmann, 2009a, s. 68).

RELATIONSMODELLEN OG BRUGERSTYRET BEHANDLING

I relation til brugerstyret behandling er begrebet fælles beslutningstagen et meget vigtigt element og en del af den brugerinddragende tilgang til patienten (Jacobsen et.al., 2008). I forlængelse af deres undersøgelse og udvikling af deres teori omkring det relationelle forandringspotentialt, har Zoffmann og Kirkevold udviklet en personcentreret kommunikations- og relationsmodel. Modellen skal ses som et redskab til at skabe den personspecifikke viden, der er nødvendig for at kunne udnytte forandringspotentialt i relationen og styrke og patientens evne til at problemløse i vanskelige situationer relateret til patientens sygdom (Kirkevold & Zoffmann, 2009b, s. 41-45).



Figur 3: Personcentreret kommunikations- og refleksionsmodel (Kirkevold & Zoffmann, 2009b, s. 54)

Den lodrette linje i modellen danner grænsen mellem den sygdomsorienterede og den livsorienterede dimension, mens den vandrette linje viser bevægelsen fra generel refleksion til den dybere situationelle refleksion. På begge linjer bevæger sygeplejersken sig indenfor forskellige zoner og niveauer af henholdsvis refleksion og kommunikation (Kirkevold & Zoffmann, 2009b, s. 53). Alt efter hvor man som sygeplejerske indplacerer sig i relationen til patienten, vil det være afgørende for, om man får adgang til den personspecifikke viden, der kan hjælpe sygeplejersken til at tilpasse sin støtte til den enkelte patients behov. Kommunikationens zoner indordner sig i følgende fem zoner:

- 1) Diffuse emner uden relevans for patienten eller dennes sygdom
- 2) Almene helbredsrelaterede emner
- 3) Emner af generel betydning for patientgruppen
- 4) Ikke-vanskelige emner relateret til patienten
- 5) Emner der aktuelt er vanskelige for patienten tilgås med fokuseret kommunikation

Refleksionsniveauerne inddeles i niveauerne I-IV, og bevæger sig fra mangel på inddragelse af patienten i refleksionen i I og II, til fælles refleksion mellem patient og sygeplejerske i niveau III og patientens selvstændige refleksion suppleret med motivation fra sygeplejersken i niveau I. I de første to niveauer forbliver refleksionerne over de personspecifikke vanskeligheder hos

patienten antagelser, da patienten ikke inddrages til at verificere dem, men kun bidrager med information. I overgangen til niveau III og IV inddrages patienten, og der skabes personspecifik viden. Gennem sygeplejerskens modspil og motivation, i niveau IV, opnår patienten selvstændig handlekompetence og forandringspotentialer, der kan udnyttes og hjælpe til med at løse de problemer og vanskeligheder, patienten har med sin sygdom (Kirkevold & Zoffmann, 2009b, s. 54-56).

Ifølge Kirkevold og Zoffmann illustrerer deres personcentrerede kommunikations- og refleksionsmodel, hvordan sygeplejersker og patienter gennem fælles situationel refleksion kan skabe forbindelse mellem den evidensbaserede praksis og den patientcentrerede praksis og skabe personspecifik evidens, der danner grundlag for fælles beslutningstagen og dermed patientinddragelse (Kirkevold & Zoffmann, 2009b, s. 57).

Jeg har nu fremstillet de teoretiske perspektiver på læring, der skal sættes i spil overfor empirien for dermed at kunne besvare specialets problemformulering. I det følgende kapitel optræder specialets analyse.

KAPITEL 4:

ANALYSE

I fjerde kapitel analyserer jeg, hvordan ytringer på fremtidsværkstedet kan forstås i en teoretisk optik relateret til problemformuleringen. Analysen er opdelt efter tre temaer, der præsenteres løbende i kapitlet.

FREMTRÆDENDE TEMAER FRA FREMTIDSVÆRKSTEDET

I gennemgangen af min empiri er der tydelige temaer, der træder frem. Jeg har valgt at arbejde med de tre følgende temaer, da disse fremstår relevante for problemformuleringen: *patient-sygeplejerske-relation og patientsyn, sygeplejerskernes kompetencer - eller mangel på samme? og holdninger til brugerstyret behandling*. Jeg vil i de følgende afsnit bearbejde disse temaer ved at inddrage og sætte dem i relation til de belyste teorier fremsat i specialets teori-afsnit.

Et tema, der gennem hele mit empiriske materiale er meget fremtrædende, består af *samarbejde med og forventninger til lægerne i afsnittet*. Da dette tema ikke belyses af dette speciales problemformulering, vil dette tema ikke blive bearbejdet i den følgende analyse.

PATIENT-SYGEPLEJERSKE-RELATIONEN OG PATIENTSYN

Det første tema, som bearbejdes i analysen er som sagt patient-sygeplejerske-relationen og patientsyn. Under opsamlingen i fremtidsværkstedet blev der sagt følgende: *"Men vi påvirker dem jo alligevel altid. Vi vil jo altid hver især påvirke dem til at træffe det valg, som vi gerne vil have, de træffer"* (Bilag 1 01.27.43). Dette udsagn relaterede sig til drøftelse af sygeplejerskens rolle, når hun skal klæde patienten på til at træffe valg relateret til sin behandling. Jeg ser en sammenhæng mellem denne udtalelse og Zoffmann og Kirkevolds teori omkring relationstyper. Relationstypen Jeg-Du Distanceret Dominans er karakteriseret ved, at sygeplejersken ikke ser patienten, men udelukkende træffer beslutninger ud fra sin egen faglige viden og kun anser patienten som et objekt, der skal passe ind i en forudbestemt kontekst. Jeg tolker, at sygeplejersken ved brug af ordene *"det valg, som vi gerne vil have, de træffer"* kan ses som værende dominerende, da hun udtaler, at hun altid vil påvirke patienternes valg i en retning, som hun bestemmer. Risikoen ved denne relation kan i relation til brugerstyret behandling være, at der gennem relationen til patienten ikke udvikles et forandringspotentiale, der gør patienten i stand til selv at træffe valg. Sygeplejersken forventer, at patienten følger de forslag, hun kommer med, men som reaktion på sygeplejerskens ignorering af patientens holdning og ønsker, kan patienten ende med at modsætte sig forslaget. Denne problematik fremgår ligeledes af empirien, hvor en anden sygeplejerske udtaler, *"Hvordan tackler man patienter, der ikke vil deres eget bedste"* (Bilag 1 00.15.05). Dette udsagn kom frem under kritikfasen i fremtidsværkstedet under en samtale omkring patienternes evne til at forstå konsekvenserne af de valg, de træffer. Igen kan der her drages klare paralleller til relationstypen Jeg-Du Distanceret

Dominans, hvor dette kan være et eksempel på, at sygeplejersken har en hypotese om, at det hun har rådet patienten til, er det bedste for vedkommende. I dette tilfælde besidder sygeplejersken en indgående viden omkring de sundhedsfaglige og helbredsmæssige konsekvenser, der kan ramme patienten i kraft af det valg, vedkommende træffer. I samtalen tales der konkret om en patients ønske om at nedsætte varigheden af sin dialysebehandling. Her kan det diskuteres om sygeplejersken har blik for hele patientens situation og ikke blot den del, der vedrører dialysebehandlingen. Når man handler ud fra den brugerstyrende tilgang til patienten, er patienten aktivt medstyrende og medbestemmende i de beslutninger, der træffes i relation til behandlingen. Patientens aktive rolle i relationen ville i Zoffmann og Kirkevolds optik falde ind under relationsformen Jeg-Du Sorteret Gensidighed, hvor sygeplejersken giver patienten mulighed for eksempelvis at udtrykke svære følelser og holdninger relateret til det at bruge meget tid på sin dialysebehandling, samtidig med at sygeplejersken kan give udtryk for sin faglige vurdering. Et konkret eksempel kan være patienten, der omtales, som ønsker at reducere sin dialysebehandling fra tre gange ugentligt til to gange ugentligt. Her kan patientens ønske bunde i at ville nedsætte dialysebehandlingens tidsmæssige indgriben i hverdagen. Handler sygeplejersken ud fra Jeg-Du Sorteret Gensidighed skal hun for at få adgang til det forandringspotentiale, som uenighed i relationen rummer, give udtryk for sin mening og holdning til patientens ønske. Dette kan eksempelvis ske ved at informere patienten om de helbredsmæssige konsekvenser, det kan medføre at nedsætte behandlingstiden. Et yderligere udsagn lyder:

”Så kan man igen sige, har de noget valg? Et eller andet sted, hvis nu de er i stand til selv at gøre det. Har de egentlig reelt noget valg? Fordi det skal vi jo også tage stilling til, inden vi spørger dem. Har de noget valg? – eller tvinger vi dem faktisk til at gøre noget? ”Du skal sætte den her maskine op!” (Bilag 01.27.25)

Dette udsagn handler om, hvorvidt patienten har et valg omkring opsætning af egen dialysemaskine. Anskues dette udsagn fra Kirkevold og Zoffmanns personcentrerede kommunikations- og refleksionsmodel og de tre relationstyper, ligger der et vigtigt element i sætningen ”Fordi det skal vi jo også tage stilling til, inden vi spørger dem”. Her lægges der i samtalen op til, at man som sygeplejerske skal tage stilling til hvilken holdning, man har til patientinddragelse. Vælger sygeplejersken at spørge, om patienten er interesseret i at sætte dialysemaskinen op,

lægges der op til, at patienten har et valg. Her åbner sygeplejersken op for, at der kan skabes en dialog og eventuelt en meningsudveksling omkring patientens beslutning. Alt efter svarets karakter vil det være afgørende for, hvilken relation man vil opnå, samt om man gennem relationen ved hjælp af kommunikation og refleksion vil kunne udnytte relationens forandringspotentiale til at inddrage patienten. Ud fra Kirkevold og Zoffmanns teori er det muligt at opnå forandringspotentiale på trods af, at man er uenig i patientens valg, hvis man giver plads til patientens holdninger og følelser i forhold til opsætning af maskinen. I uenigheden mellem parterne findes forandringspotentialet, og i kommunikationen og refleksionen med patienten, kan det være, at man i fællesskab finder frem til andre former for inddragelse, eventuelt i form af små skridt i retning af opsætning af maskinen. I relation til implementering af brugerstyret behandling i afsnittet ville dette spørgsmål efter min vurdering være meget relevant at stille, da det patientinddragende aspekt i form af fælles eller selvstændig refleksion og udnyttelse af forandringspotentialet i relationen til patienten begge er faktorer, der ifølge Kirkevold og Zoffmann skal være til stede, når man ønsker at arbejde brugerinddragende med patienterne.

SYGEPLEJERSKERNES KOMPETENCER – ELLER MANGEL PÅ SAMME?

Sygeplejerskens kompetencer var en faktor, der i grupperne blev talt meget om i forhold til brugerstyret behandling. Under kritikfasen i fremtidsværkstedet kom følgende udtalelse frem i én af de tre arbejdsgrupper:

”Kan vi klæde patienterne godt nok på... altså vi har taget en uddannelse? Skal vi ved lige at informere kort her om.. er det okay, at så ud fra det, vi kort fortæller? Er det nok til at træffe beslutning om egen behandling?” (Bilag 1 00.09.05)

Denne udtalelse kan i min optik være et udtryk for, at sygeplejerskerne er i tvivl om, hvorvidt den information, de kan give patienterne, er fyldestgørende nok i forhold til, at patienten skal klædes på til selv at træffe valg om egen behandling. I henhold til Molander og Terums teori omkring professioner, er en profession defineret ved en professionalitet, der fordrer, at ens beherskelse af en opgave afspejler, at man er dygtig eller erfaren. I denne situation stiller sygeplejersken spørgsmålstejn ved, om vi er i stand til at klæde patienten godt nok på, hvilket jeg ser som et tegn på, at hun ikke føler, at hun har viden nok til at informere patienten om de valg, der er mulighed for at træffe. Samtidig anvender hun to gange ordet ”kort” – ”*Skal vi lige*

ved at informere kort herom." og ".så ud fra det, vi kort fortæller", hvilket kan være en holdning til, at informationen foregår over kort tid, hvilket kan gøre det svært at informere patienten fyldestgørende omkring det valg, der skal træffes, og som blandt andet foreskrives i Sundhedslovens afsnit 3 om informeret samtykke.

I mange af de udtalelser, der kommer frem under fremtidsværkstedets faser, udtrykker sygeplejerskerne, at de mangler kompetencer, der kan hjælpe dem, når de skal vejlede patienterne omkring brugerstyret behandling. Blandt andet siger én af sygeplejerskerne:

"Og så skal vi selvfølgelig også have noget mere undervisning i.. Hvis vi skal snakke med patienterne. Vi snakkede jo undervisning af os egentlig, sådan at vi var klædt på til at spørge ind til patienten [...] At vi ligesom forstår på en ordentlig måde, at tale med dem om, hvad har det egentlig af konsekvenser på sigt. Har jeg noget at have det i?" (Bilag 00.48.14).

En anden sygeplejerske ytrer lignende holdning til kompetenceudvikling:

"Men vi snakker også om det der med at blive rustet sådan rent.. Altså undervisning i noget kommunikation i forhold til at lade patienten tage det her ansvar. At de ligesom danner sine egne svar, kan man sige. Ud fra det vi ligesom har fortalt dem om" (Bilag 1 00.49.30)

I begge udtalelser kan der drages paralleller til Kirkevold og Zoffmanns personcentrerede kommunikations- og refleksionsmodel. Ud fra deres tilgang til kommunikation i relationen, skal sygeplejersken fokusere sin kommunikation på emner, der er vanskelige for patienten. Hermed kan sygeplejersken hjælpe patienten til at tage ansvar og selvstændigt træffe beslutninger i relation til egen behandling. Dog fremgår det af begge udtalelser, at sygeplejerskerne efterspørger kompetencer, der ruster dem til gennem kommunikationen, at "lade patienten tage det her ansvar" og danne sine egne valg. Sygeplejerskerne efterspørger redskaber til, at de "ligesom forstår på en ordentlig måde at tale med dem om, hvad har det egentlig af konsekvenser på sigt".

HOLDNINGER TIL BRUGERSTYRET BEHANDLING

En af de udtalelser, der kan kategoriseres under emnet, holdninger til brugerstyret behandling, er følgende:

Jamen, det er jo ikke brugerstyring for enhver pris, sådan tænker jeg da ikke. Jeg synes da, vi gør det rigtig meget. Jeg synes ikke, at.. Hvad er det, vi skal gøre anderledes? Jeg synes da allerede, vi gør en masse brugerstyring oppe ved os. (Bilag 1 01.24.47)

Her stiller en sygeplejerske spørgsmålstejn ved nødvendigheden af yderligere fokus på brugerstyret behandling, da hun allerede mener, at "vi gør en masse brugerstyring". Sammenholdt med de analyserede udtalelser, der beskriver patientrelationerne i afsnittet kan der dog stilles spørgsmålstejn ved, om dette er tilfældet, da Jeg-Du Professionel Dominans-relationen er den fremtrædende i flere eksempler. Samtidig har denne sygeplejerske svært ved at se behovet for brugerstyret behandling, da hun siger, "hvad er det, vi skal gøre anderledes?". Hermed mangler hun et formål med implementeringen, som ud fra Illeris' optik skal være drivkraften, der i treenighed med indhold og samspil skal indgå i en læringsproces, for at læringen opnås. Denne udtalelse suppleres af en anden sygeplejerske, der udtaler:

"Drivkraften kunne jo selvfølgelig være, at man kommer på kurser, og nu har vi den her dag i dag – det synes jeg er rigtig spændende. Altså det er jo også en drivkraft, fagligheden også, men jeg synes også, man mangler en drivkraft. [...] Hvem forventer noget af mig? Hvad er vores mål her? Jeg har mine mål i mit hoved, nogle har nogle andre. Der er ikke noget fælles, "Vi vil det her alle sammen" – dét giver jo kraft til en afdeling. Det, synes jeg, mangler lidt" (Bilag 1 01.17.27).

Denne sygeplejerske siger direkte, at hun mangler drivkraft og stiller spørgsmålstejn ved målet, da hun siger, "Hvad er vores mål her?". Her tolker jeg, at målet skal være drivkraften bag denne sygeplejerskes læreproces, hvorfor det er nødvendigt, at afsnittet definerer et mål med brugerstyret behandling. I forlængelse heraf italesætter hun, at der i sygeplejegruppen ikke er enighed om, hvad målet er. Dette afspejles i ordene, "Jeg har mine mål i mit hoved, nogle har nogle andre.", og hun efterspørger samtidig et fællesskab omkring målet, da hun udtrykker, "dét giver jo kraft til en afdeling".

En udtalelse, der ligeledes understreger vigtigheden af et fælles mål, lyder som følgende:

”På et tidspunkt er der jo noget, vi som plejepersonale, skal blive enige om, altså vi skal jo vide, hvad det er for nogle mål, vi vil arbejde med, før end vi kan give dem videre til de andre” (Bilag 1 01.14.21).

Her tales der om nødvendigheden af enighed blandt sygeplejerskerne omkring brugerstyret behandling og fastsættelse af mål, der fremadrettet skal arbejdes med. Da udtalelsen omtaler denne målsætning som noget, der skal foregå ”på et tidspunkt”, udleder jeg, at målet ikke er fastsat på nuværende tidspunkt. Sygeplejersken mener dog, at der skal defineres et mål, da hun udtaler, at det er noget, man ”skal blive enige om”.

Et andet aspekt, der relaterer sig til definition af mål, drivkraft og relation til patienten, siger *”Drivkraften den kører både på personalet og på patienten. Altså vi skal alle sammen være enige om, at vi vil det her, når vi snakker brugerinddragelse”* (Bilag 1 01.12.42). Her fremhæves patienten som en del af den drivkraft, der skal til for at enighed og mål om brugerinddragelse kan opnås. Samtidig viser sygeplejersken her en indsigt i, at det er nødvendigt med inddragelse af patienten, da hun siger, ”vi skal alle sammen være enige om, at vi vil det her”.

Under den fælles opsamling sidst i fremtidsværkstedet blev der talt om netop implementeringen af brugerstyret behandling, og en af sygeplejerskerne udtalte, *”Jeg tror, det er virkelig vigtigt, at finde ud af, at man ikke sætter overliggeren for højt”* (Bilag 1 01.19.41).

Anskuer man implementeringen af brugerstyret behandling ud fra en læringsmæssig tilgang, kan der ud fra Illeris’ læringsteori opstå modstand, hvis den tilsigtede læring indebærer for store krav og udfordringer. Den brugerinddragende tilgang til patienten kan for nogle sygeplejersker betragtes som en indgriben i den forståelses- og referenceramme, man gennem mange år har oparbejdet relationer til patienten på, og professionsdannelsen gennem uddannelse kan være forskellig fra sygeplejerske til sygeplejerske alt efter, hvornår i historien, man er uddannet. Illeris læner sig i sin læringsteori op af Jack Mezirows teori om transformativ læring, hvor læringen fordrer, at den lærendes identitet og de referencerammer, der handles ud fra må gennemgå ændringer, hvis læringen skal opnås. Den transformative læring er en krævende og belastende proces, hvilket kan være en del af forklaringen på, at sygeplejerskerne reagerer med modstand, hvis transformationen sker på én gang. Sættes ”overliggeren for

højt" antager jeg, at transformationen kan virke uoverskuelig, hvorfor overgangen til brugerstyret behandling ideelt set bør være en implementeringsproces opdelt i mindre dele. Hermed vil det måske være muligt at imødekomme en del af sygeplejerskernes modstand.

KAPITEL 5:

KONKLUSION

I specialets sidste kapitel optræder konklusionen, der er den endelige besvarelse af problemformuleringen.

Jeg vil i dette afsluttende kapitel sammenfatte min teoretiske bearbejdelse af de tre empiriske temaer fra fremtidsværkstedet. Gennem arbejdet med problemformuleringen har jeg ønsket at undersøge, hvilke faktorer, der kan påvirke og influere på en implementeringsproces i et afsnit, der står overfor at skulle opfylde krav om brugerstyring og patientinddragelse. Samtidig har jeg haft fokus på at undersøge, hvordan det nye patientsyn udfordrer sygeplejerskernes profession og deres læring. Min problemformulering lyder som følger:

Hvilke faktorer påvirker og influerer på implementering af brugerstyret behandling, og hvilke professions- og læringsmæssige udfordringer indebærer et nyt perspektiv på patienten?

Det empiriske materiale fra fremtidsværkstedet kunne inddeles i tre overordnede temaer bestående af *patient-sygeplejerske-relation og patientsyn, sygeplejerskernes kompetencer - eller mangel på samme?* og *holdninger til brugerstyret behandling.*

Under analysen af temaet *patient-sygeplejerske-relation og patientsyn* kunne jeg konkludere, at sygeplejerskerne i afsnittet overvejende relaterer sig til patienten ud fra relationstypen Jeg-Du Distanceret Dominans. Denne tilgang til patienten kan medføre, at der ikke opstår et forandringspotentialer i relationen mellem denne og sygeplejersken, hvormed inddragelse af patienten ikke opnås. Dette vurderer jeg som værende en afgørende faktor, der udfordrer implementeringen af brugerstyret behandling i afsnittet.

I temaet *sygeplejerskernes kompetencer – eller mangel på samme?* konkluderes det, at sygeplejerskerne i afsnittet vurderer, at de ikke er kompetente nok til at vejlede patienterne omkring de valg brugerstyret behandling indebærer. Dette gør det vanskeligt for sygeplejersken at leve op til den professionalitet i form af dygtighed og viden, patienterne stiller krav om. Det kan derfor konkluderes, at sygeplejerskerne oplever et behov for kompetenceudvikling, hvis de skal kunne opfylde de forventninger, den nye patienttilgang i afsnittet foreskriver.

Jeg konkluderer, at de deltagende sygeplejersker ikke mener, at de ved nok om brugerstyret behandling til at kunne vejlede patienterne. De efterspørger specifikt kompetenceudvikling i form af kommunikationsværktøjer, der bidrager til bedre indblik i patienternes behov for viden. Samtidig konkluderer jeg, at sygeplejerskerne oplever mangel på tid, der gør det svært at leve op til de lovmæssige krav om information i forbindelse med beslutningstagen.

Ud fra analysen af det tredje tema *holdninger til brugerstyret behandling*, konkluderer jeg, at nogle sygeplejersker i afsnittet har vanskeligt ved at se behovet for implementering af brugerstyret behandling, da de allerede mener, at det praktiseres i afsnittet. Sammenholder jeg dette med de analyserede udtalelser fra empirien, der beskriver patientrelationerne i afsnittet, stiller jeg mig dog kritisk overfor denne holdning, da jeg ud fra en række af analytiske resultater kan konkludere, at dette ikke er den generelle praksis. Den overvejende tendens, der træder frem gennem den analytiske bearbejdelse ud fra Kirkevold og Zoffmanns relationsteori viser, at sygeplejerskerne ofte indtager en dominerende rolle, der ikke harmonerer med den brugerstyrende tilgang til patienterne.

I henhold til udfordringer relateret til sygeplejerskernes læring kan jeg konkludere, at drivkraften til at indgå i en læreproces omkring brugerstyret behandling mangler i form af et fælles mål. I relation til dette giver flere sygeplejersker udtryk for vigtigheden af at opnå enighed blandt både sygeplejersker og patienter om, hvad målet med brugerstyret behandling er. Afslutningsvis konkluderer jeg, at implementeringen af brugerstyret behandling kræver en læn- gerevarende proces og ikke bare kan implementeres fra den ene dag til den anden.

LITTERATURLISTE

Danske patienter. (u.å.) *Brugerstyret behandling*. Lokaliseret d. 20/12-17 på:

<https://danskepatienter.dk/vibis/metoder-til-inddragelse/brugerstyret-behandling>

Dansk Sygeplejeråd (u.å.). *Sygeplejerskeuddannelsen frem til 1933*. Lokaliseret d. 20/12-17 på

<https://dsr.dk/dshm/sygeplejens-historie/sygeplejens-historie-i-danmark/sygeplejerskeuddannelsen-frem-til-1933>

Dansk Sygeplejeråd (2014, 20. maj). *De Sygeplejeetiske Retningslinjer*. Lokaliseret d. 19/12-17 på:

https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske_retningslinjer_2014.pdf

Freil, M., Wandel, A., Pedersen, L., Jönsson, A. B. R. & Nyborg, M. (2014). *Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse. En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler*. København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (VIBIS).

Højberg, H. (2004). Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne. I: L. Fuglsang, & P. B. Olsen, *Videnskabsteori på tværs af fagkulturer og paradigmer i samfundsvidenskaberne* (s. 309-347). Roskilde Universitetsforlag.

Illeris, K. (2015). *Læring* (3. udg.). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Illeris, K. (2012). Læringsteoriens elementer – hvordan hænger det hele sammen? I: Illeris, K. (red.) *49 tekster om læring* (s. 17-38). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Jacobsen, C.B., Pedersen, V.H. & Albeck, K. (2008). *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler*. København: Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut.

Jungk, R. & Müllert, N.R. (1989). *Håndbog i fremtidsværksteder*. København K: Politisk Revy.

Kjeldsen, S. B. (2016). Patienterne bliver deres egne behandlere. *Sygeplejersken*. 14, s. 20-25.

Kristensen, V.I. (2010). *Mellemkrop og teknologi – en kvalitativ metasyntese omhandlende kroniske patienters oplevelser ved at være afhængig af dialysebehandling*. Aarhus: Afdeling for Sygeplejevicenskab. Aarhus Universitet. Kandidatspeciale.

- Lassen, T. (2013). Patientkultur i historisk perspektiv. I: Graubæk, A. *Patientologi* (s. 231-247). (2. udg.). København K: Gads Forlag.
- Lydixen, A. (2017). Sygepleje som profession. I: Hjortsø, M. & Malling, C. (red.) *Sygeplejebogen 1. Profession og patient*. (5. udg.). København K: Gads Forlag.
- Molander, A. & Terum, L.I. (2008). Professionsstudier – en introduksjon. I: Molander, A. & Terum, L. I. (red.). *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nielsen, B.S. & Nielsen, K.A. (2010). Aktionsforskning. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.). *Kvalitative metoder. En grundbog* (s. 97-120). København K: Hans Reitzels Forlag.
- Pagels, A. (2005). Egenvård – kapacitet i vardagen vid kronisk sjukdom. *Vård i Norden*, 3.
- Retsinformation.dk (1990, 23. november). *Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker (Sygeplejerskeloven)*. Lokaliseret d. 19/12-17 på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=46867>
- Retsinformation.dk (2016, 24. September). *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Lokaliseret d. 19/12-17 på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932>
- Riiskjær, I. (2014). Patienten som partner. I: Danbjørg, D. B. & Tvistholm, N. (red.). *Patient. Grundbog i Sygepleje* (s. 121-148). København: Munksgaard.
- Thornquist, E. (2003). Vitenskabsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagboksforlaget.
- Zoffmann, V. & Kirkevold, M. (2009a). Relationer og deres forandringspotentiale udviklet i vanskelig diabetesomsorg. *Klinisk sygepleje* 23(2), s. 54-70.
- Zoffmann, V. & Kirkevold, M. (2009b). En personcentreret kommunikations- og refleksionsmodel. Fælles beslutningstagen i plejen af patienter med kroniske sygdomme. *Klinisk sygepleje* 23(3), s. 41-60.

BILAGSOVERSIGT

Bilag 1: Lydfil fra Fremtidsværksted.

Bilag 2: Præsentation fra Fremtidsværksted.

Bilag 3: Billeder fra Fremtidsværksted.

Bilag 4: Handleplan 2017, Aalborg Universitetshospital.

Bilag 5: Strategi 2018. Region Nordjylland.

Bilag 6: Projektprotokol fra Fosfatprojekt.

Bilag 7: Funktionsbeskrivelse: Sygeplejerske med særlig klinisk funktion indenfor uddannelse, undervisning og udvikling.