

Excellent pleje, behandling og omsorg: personcentrering, omtanke og personorientering

Excellent nursing, treatment and care: Person-centredness, care and person-orientation

► In Denmark, patient-centred care and treatment is an independent goal and an expression of high quality in healthcare practices. Core principles such as equal partnership, joint decision-making, and a holistic effort are an expression of the fact that person-centred treatment is being delivered. Patient-centredness was initiated by the World Health Organization in 1977, and since 1997 person-centredness has increasingly been used to promote the humanistic approach. The idea of providing person-centred care originates from client-related psychotherapy and person-centred counselling. At Lillebælt Hospital, excellence in nursing, treatment and care is a special focus area for managers and employees to prevent the suffering that can arise in people who feel treated as an object, lack specific knowledge, or do not understand a given rationale or guidance. This article presents a theoretical practice model for an equal partnership and a person-oriented collaboration between professional and patient.

Keywords

excellent nursing, professional management, person-centredness, practice model, conscience

Lisbeth Uhrenfeldt og Birgit Rasmussen

Lisbeth Uhrenfeldt
professor, Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, Odense
lisbeth.uhrenfeldt@rsyd.dk

Birgit Rasmussen
ph.d., postdoc, Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, Odense
birgit.rasmussen3@rsyd.dk

En omsorgsmodel til videre udvikling af excellent sygepleje

På Sygehus Lillebælt er visionen at udføre den excellente pleje, behandling og omsorg, så det mærkes af de patienter, der møder

sygehusvæsnets medarbejdere. I den sygeplejefaglige referenceramme er kernebegreberne nærvær, etik og faglighed. I sammenhæng med tillid, opbygning af relationer samt personcentrering præsenteres rammen som grundlaget for patientens velvære (1). Alle

medarbejdere ved, hvad det betyder, og lederne samarbejder med medarbejderne herom på alle niveauer (2).

Samtidig befinder vi os i et skandinavisk foregangsland, hvor borgernes værdighed ofte diskuteres ift. den offentligt finansierede hjælp og behandling, de kan modtage, og hvor digitaliseringen i stigende grad præger det rum, hvori samtaler om sundhed, helbred, behandling og pleje foregår (3). Det stiller krav til den kompetenceudvikling, som lederne må forudse, at de selv og medarbejderne skal have fremover (4), med fokus på, hvordan tilbuddet til patienterne kan opleves som excellent. Denne artikels formål er at bidrage med elementer til en kompetenceudvikling, hvor personcentreret og -orienteret omsorg er tydelig og har sammenhæng med fagpersonens omtanke.

At være offentligt ansat og dygtig til sit arbejde

Hvad skal der til, for at tingene lykkes i dit fag? Det var et af spørgsmålene, der blev stillet til medarbejdere fra mange af amtets afdelinger, der var samlet på årskursus i sundhedsfremme (1994–1997) i det daværende Ringkøbing Amt. Spørgsmålet blev stillet af to danske forskere i deres empiriske undersøgelse. Analysen blev publiceret i bogen ”Sundhedsfremme i teori- og praksis” i 2000 (5). Teksten er stadig inspirerende i dag, 23 år efter. Dens omdrejningspunkt er at forstå den kontekstuelle betydning i mødet mellem en dansk offentligt ansat og de personer, de møder og danner en relation til på fx gymnasier, i tekniske afdelinger på hospitaler

m.m. Møderne handler om at levere og modtage en kort- eller længere varende specialistydelse, men møderne handler samtidig om, at specialisten ser modtageren som et menneske, der har behov for specialistens særlige viden i sin hverdag. Forudsætningen er, at der skabes tillid, og relationsdannelsen fremhæves i bogen som en væsentlig del af den professionelle arbejde. To begreber præsenteres: *menneskearbejde* og *ekspertarbejde*.

Menneskearbejde er at skabe midlertidige fællesskaber, hvor der stilles store krav til fagpersonens situationsfornemmelse og dømmekraft. Der fremhæves indsatser som: at tage initiativ, stille spørgsmål, centrere dialogen om personen i fokus, formidle, spejle, være katalysator, ”time” og almengøre. Snæver faglig viden gør det ikke alene her. Den rette viden på det rette tidspunkt og formidlet på den rette måde er udfordringen, for at mødet er vellykket for begge parter. I bogen fremhæves det som en særlig pointe, at der på tværs af en række uddannelser og jobfunktioner skal ”gøres menneskearbejde før ekspertarbejde” (5:26). Alligevel har modellen placeret ekspertarbejdet først, formentlig fordi det er grundlaget for fagpersonens virksomhed og ansættelse. Menneskearbejde ses som en forudsætning for at kunne udføre ekspertarbejde, hvor der tages udgangspunkt i modtagerens identitet og ønske om at få svar på spørgsmål om handlingsmuligheder og egen værdi.

Menneskearbejdet består i at gøre viden om egen situation efterspurgt, at spørge til, hvilken viden der mangles, hvad den enkelte ønsker eller magter at gøre, hvilken mening

personen har om emnet, der drøftes, og hvilke følelser dette emne rejser. Ekspertarbejdet handler om at kommunikere sagkundskabens viden, anbefalinger, og hvad eksperterne finder acceptabelt at gøre. Samtidig baseres arbejdet på teoretisk viden i kombination med personlig dømmekraft. Erfaring med at kombinere dette læres i en relevant praksis. Med Aristoteles som forståelsesmæssig baggrund og med fremhævnin g af begrebet fronesis (se BOX 1) skriver Jensen og Johnsen, at der i såvel menneske- som ekspertarbejdet skal foretages ”kvalificerede skøn i de givne situationer, hvor relevante ting inddrages og afvejes mod hinanden” (5:54).

Mens det i menneskearbejdet handler om at være klog i sin henvendelse, handler ekspertarbejdet om at kommunikere klart. Til sammen indeholder de to former for viden samtidig færdigheder, holdninger og følelser, og der praktiseres gennem at være en ”ekspert i øjenhøjde” (5:129). Det indebærer, at ekspertens svar skal møde et spørgsmål. Hvis ikke spørgsmålet er opstået endnu, vil svaret muligvis ikke lagre sig som viden. Hvis ikke svaret er efterspurgt, er der risiko for, at den ny viden bliver ligegyldig. Så det handler om at få spørgsmålet frem, så svaret er nyttigt og interessant for den, der har brug for svaret og den ny viden.

Den dygtige selvledende sygeplejerskes omtanke

I en undersøgelse fra 2007 blev den dygtige sygeplejerskes selvledelse og handlekraft beskrevet og diskuteret som en bevidst balancegang mellem at være i to positioner: som ekspert og som medmenneske (7). I 2011 blev en tredje position skrevet ind: *den professionelle omtanke*, hvor den dygtige professionelle lytter til sin samvittighed og giver tid til de spontane tanker og undren, der opstår og erkendes (8). Uden omtanken er der risiko for, at anbefalinger alene synes meningsfulde og vigtige for den fagprofessionelle, og en autoritær paternalistisk tilgang kan blive resultatet. Patienten eller den pårørende gives måske ikke tid til at overveje sammenhænge, så ekspertens anbefalinger kan bidrage til at ændre deres sundhedsopfattelse. Der er brug for at give mulighed for, at patientens egen viden og holdninger bringes i spil. Fagpersonerne kan have en tendens til at anvende ord og begreber hentet fra deres egen sundhedsfaglige begrebsverden, som modtageren kan have svært ved at forstå i relation til deres hverdag. Ved at efterspørge modtagerens viden, holdninger eller følelser kan fagpersonen bedre forstå, hvad de har brug for. Flere både danske og internationale sygeplejeteoretikere beskriver, hvordan den

Box 1 Det filosofiske begreb fronesis

Hos Aristoteles er betydningen som oftest indskrænket til ”praktisk fornuft”, dvs. fornuftens indsigt i, hvad der bør gøres i en given situation. Er en konkretisering og virkeliggørelse af det gode og rigtige, der kun læres gennem erfaring (6).

fagprofessionelles handlekraft, når den bærer præg af tænkning og refleksion, repræsenterer både menneskearbejde og ekspertarbejde (8, f.eks. s. 92–93).

I et nyere studie er den teoretiske baggrund for at praktisere menneskearbejde præsenteret. Menneskearbejde nyformuleres i en sundhedsvidenskabelig kontekst til *personorienteret omsorg* (9). Udgangspunktet for personorienteret omsorg er den ontologiske forpligtelse, der ligger i at være offentligt ansat og dermed forpligtet til at leve op til værdier om den lige ret til samme kvalitet og omfang af pleje, behandling og omsorg i befolkningen. Udgangspunktet er desuden værdier som tillid, åben tale, håb, respekt, næstekærlighed, velgørenhed og medfølelse. Grundlaget for at opbygge et kortere eller længere fællesskab og samarbejde er en forståelse af, at mødet med et andet menneske, her patient og måske pårørende, handler om at ville hinanden det godt, at være imødekommende.

Sproget har en central rolle i mødet. Dialogen har et indbygget relationelt forhold, hvor to parter ønsker at lære af hinanden. Via forståelsen af, hvordan øget velvære kan opbygges gennem den enes ekspertise og den andens erfaring med at være sig selv, kan et fælles mål dannes og formuleres. Hvis den fagprofessionelle derimod ikke er i stand til selvstændigt at bruge sin egen situationelle dømmekraft, men foretrækker udelukkende at holde sig til kliniske retningslinjer og regler, er der risiko for, at patienten oplever at blive behandlet som et objekt i en række og uden indflydelse på egen behandling og pleje. Derved bliver både fagperson og patient

berøvet mulighed for i fællesskab at nå sit fulde potentiale (9).

Hvad betyder personcentreret i en dansk velfærdskontekst?

Personcentreret pleje er et nyere internationalt fagligt begreb med synonymer, der bygger på en række fortolkninger af individuel omsorg (f.eks. 8,10) og senest gennem indkredsning af det, der beskrives som *fundamental care* (11,12).

Patientcentrering og personcentrering er begreber, der anvendes internationalt. Patient centrering blev initieret af World Health Organisation i 1977, og siden 1997 har personcentreret oftere været anvendt for at fremme den humanistiske tilgang (13). Populært sagt kan forskellen siges at være, at patientcentrering fokuserer på et funktionelt liv, mens fokus i personcentrering er det meningsfulde liv.

I Danmark er personcentret pleje og behandling et selvstændigt mål og et udtryk for høj kvalitet i en sundhedsfaglig praksis. Kerneprincipper som et ligeværdigt partnerskab, fælles beslutningstagen og en helhedsorienteret indsats er her grundlaget og et udtryk for, at der leveres en personcentreret behandling. Der henvises til otte internationalt accepterede principper, der omfatter afklaring af patienters ønsker og behov: koordination af behandlingsforløb; information formidlet på forstående måde; sikring af fysisk komfort; psykisk støtte; involvering af pårørende; kontinuitet og sammenhæng samt nem adgang.

Personcentrering, syntese af internationale perspektiver

Ideen om at yde personcentreret pleje og omsorg blev præsenteret af Kitwood. Inspirationen kom fra Martha Rogers' sygeplejeteori om klientrelateret psykoterapi og personcentreret rådgivning og blev dernæst overført til omsorg for mennesker med demens (Kitwood gengivet i (12)). Grundlaget for Rogers' teori var, at rådgivning, pleje, behandling og omsorg bygger på viden, handling og holdning (14), se tabel 1.

I en nylig oversigtsartikel har Grover sammen med en international forskergruppe syntetiseret den nyeste evidens om patient- og personcentreret pleje (PCC) med uddybning af de definitioner, der anvendes, og de centrale elementer heri. Deres undersøgelse bygger på en struktureret søgning med inklusion af ti systematiske reviews. De beskriver ti unikke elementer, som i forskelligt antal indgår i definitionerne:

- 1) Hensynet til personens individualitet: deres værdier, behov og holdninger
- 2) Involvering i egen situation (empowerment)
- 3) Pleje- og omsorgsudøversens erfaringer, kompetence og uddannelse

Tabel 1. Rogers' sygeplejeteori om klientrelateret psykoterapi og personcentreret rådgivning.

Viden	Handling	Holdning
Psykoterapi	Omsorg for mennesker med demens	Personcentreret rådgivning

- 4) Respektfulde handlinger
- 5) Empati
- 6) Implementering gennem træning af teknikker til at ændre handlemønstre, herunder undervisning, opstilling af fælles mål og handleplan
- 7) Fælles beslutningstagning på forskellige niveauer fra almindelig samtale frem til aktuelle planer
- 8) Biopsykosocial pleje, behandling og omsorg, hvor diagnosticering sker sammen med personen, det handler om, og ikke som en isoleret faglig proces
- 9) Interaktiv kommunikation (dialog) mellem involverede personer
- 10) Synliggørelse af system niveau eller de valgte arbejdsganges betydning for pleje, behandling og omsorg (15).

Patientens følelser eller eksistentielle udfordringer som noget, der vises eller opleves, fremgår ikke i nogen af de ti definitioner på PCC. Det gør derimod individualitet, involvering, respekt, empati og biopsykosocial pleje. Den personcentrerede fagperson har her som mål først at give sin patient tydelige og klare svar med baggrund i sagkundskab, det vil sige faglig specialistviden. For det andet, at de tilbudte handlinger udføres med udgangspunkt i faglige instrukser og evidensbaserede retningslinjer. For det tredje, at fagpersonens holdning til arbejdet afspejler de visioner, mål og anbefalinger, der både lokalt og centralt er forenelige med en specialist praksis inden for eget felt. Og endelig, at der aktivt vises interesse i, hvordan personen, der lige nu er patient,

føler det på baggrund af de tilbud eller den behandling, der tilbydes. Er der tilfredshed, eller er der ved utilfredshed baggrund for at oplyse om de klageadgange, der findes i det danske sundhedsvæsen?

Personcentrerede digitale fremskridt

Det danske sundhedsvæsen er internationalt i front, når det gælder fremskridt inden for digital telesundhed (3). Det personlige møde mellem patient og behandler eller plejer er under transformation. Denne transformation er så hastig, at både patienter og deres pårørende kan opleve, at deres værdighed er under pres. Det viser et nyere norsk interviewstudie blandt 13 norske velfungerende hjemmeboende ældre personer (75+ år), der regelmæssigt mødes på "Pensionistuniversitetet". Denne gruppe har i deres ca. 10 år lange fravær fra arbejdsmarkedet ikke fulgt med i den seneste digitale udvikling. De oplever, at sundhedsvæsnets tilbud om nye digitale systemer giver dem en ny oplevelse af afhængighed og samtidig hjælpeløshed. De oplever et pres, hvor de er afhængige af at søge hjælp hos yngre familiemedlemmer for at forstå den digitale verden. De oplever at være utrygge ved, om brugen er sikker, og om fortrolige oplysninger fra deres privatliv bliver udleveret uden deres tilsagn. Samtidig er der risiko for, at for stor digital kontakt med sundhedsvæsnets kan afskaffe det fysiske nærvær og den gode menneskelige dialog med de fagprofessionelle. De mærker, at nogle digitale hjælpemidler på en måde kunne være en hjælp, men når de ikke kan overskue brugen, hvad mister de så derved,

det giver usikkerhed (16). Den nye digitale mulighed udfordrer mødet mellem eksperthen og den, der har brug for hjælp og omsorg. Udfordringen består i at beskrive, hvordan en værdig digital kontakt etableres, anvendes og udvikles, f.eks. den digitale konsultation via telefon, pc eller iPad.

Hvad betyder det at orientere sig imod den person, der nu er patient?

Personorientering (POC) er en særlig skandinavisk udgave af PCC. Den evidensbaserede viden, der understøtter det personcentrede fokus, er nu i baggrunden, og individet er i forgrunden. Den mellemmenneskelige relation mellem en person og den fagprofessionelle er udgangspunktet. Den viden, der præsenteres af fagpersonen, bygger på evidens, hvor den findes. Der er dog fagområder inden for menneskelivet, der ikke egner sig til videnskabelig bearbejdning, men som er mere alment, erfaringsbaseret eller måske selvindlysende. De områder omtales her som "det evidente" (17).

Den personorienterede pleje, behandling og omsorg udbygges fra Rogers' fokus på viden, handling og holdning til – med baggrund i Jensen og Johnsens (5) danske studie om offentlige medarbejdere – at omfatte menneskearbejdets område med følelser. Vi ved allerede nu, at hvis der tilbydes viden, som ikke er efterspurgt på nuværende tidspunkt, gør det ikke indtryk, for det er endnu ikke meningsfuldt. For at række ud til en fagperson efter viden og omsorg må personen

dog mærke en form for ligeværdig relation, der måske inkluderer deres pårørende (18, kap 2). Den personorienterede fagperson søger at gøre dialogen efterspurgt hos den person, der lige nu er samtalepartner som patient eller pårørende. En dialog, hvor den konkrete viden først fremlægges på efterspørgsel af personen, der tales med. Når begge parter er åbne for dialog og ved, hvilke spørgsmål der er aktuelle, må den fagprofessionelle vurdere dybden af sin egen viden og egne pædagogiske færdigheder, om det er den rette viden, der deles på dette tidspunkt. Udgangspunktet for disse overvejelser kan

være, at fagpersonen stiller spørgsmål for at afklare, hvilken viden den anden person mangler (se tabel 2).

Den fagprofessionelle har en stor viden, som kan risikere at vælte en person, hvis den aktuelle viden endnu ikke opleves som manglende. Uden mulighed for at tale om/overveje den betydning, en foreslået handling har i relation til personens erfaringer i eget og måske andres liv, kan de enkelte handlinger virke ligegyldige for personen/modtageren. Opgaven er at få frem, hvad personen synes, der skal gøres, og hvad den samme person magter at gøre (se tabel 3). Det er vigtigt at

Tabel 2. Faglig position, mål og overvejelser om deling af viden.

Sundhedsfaglig	Mål	Viden
<i>Patient-centreret</i> <i>Person-centreret</i>	Give tydelige og klare svar	Sagkundskabens viden baseret på evidens Sagkundskabens viden baseret på evidens og det evidente
<i>Professionel omtanke</i>	Samvittighed, undren og erkendelser i mødet med den enkelte person	Hvilken viden besidder jeg? Hvordan kan jeg bedst videregive den nu? Er der dele af min viden, der kan skade?
<i>Person-orienteret</i>	Gøre dialogen efterspurgt	Hvilken viden mangler du?

Tabel 3. Hvad er anbefalingen, og hvad magter personen?

Sundhedsfaglig	Mål	Handling
<i>Patient-centreret</i> <i>Person-centreret</i>	Give tydelige og klare svar	Sagkundskaben anbefaler at gøre. Instrukser og retningslinjer Kontekstuelle anbefalinger
<i>Professionel omtanke</i>	Samvittighed, undren og erkendelser i mødet med den enkelte person	Hvilken erkendelses- proces er det muligt at indlede? Hvad er min rolle heri?
<i>Person-orienteret</i>	Gøre dialogen efterspurgt	Hvad synes du/I, der bør gøres? Hvad magter du/I at gøre?

undersøge, hvad personen skal have støtte til at ændre.

Samtalen kan følges op med åbent at spørge: Hvad mener du selv? På den måde kan personen kan mærke, at fagpersonen har brug for at høre dennes holdning til planer, behandling osv. (se tabel 4).

Ved at vise, at der er tid til at lytte, tilbydes en forståelse af patientens opfattelse af og udfordringer i egen situation. Et eksempel fra praksis er en syg person, der er indlagt afkræftet på et hospital med smerter, og som helst vil blive i sin seng, for det er en kamp at komme ud af den. Den fagperson, der står ved siden af patientens seng, lægger som indgang til dialogen vægt på, at det er vigtigt at komme op af sengen for at undgå at miste muskelstyrke/for mange kræfter. Patienten ønsker stadig at blive liggende. Den næste fagperson, der taler med samme person, spørger som det første, hvordan han har det, og ønsker dernæst at høre, hvordan han plejer at tilbringe sin dag derhjemme. Da dialogen nu retter sig imod, hvorfor det kan være vigtigt at komme ud af sengen, er han

lydhør. Set i lyset af hvad han gerne vil kunne, når han kommer hjem fra hospitalet, giver det mening at udholde smerter for at komme ud af sengen.

Når fagpersonen spørger, hvad patienten føler, er hensigten at få indblik i følelser, der opstår undervejs i samtalen og samtidig i forhold til personens selvopfattelse at undersøge, om personen kan mærke sig selv, da samtalen er til for at understøtte netop denne persons velvære og værdighed (se tabel 5).

3.1 Samvittighed: omtanke og eftertanke

Samvittigheden i forhold til eget ansvar og arbejdsopgaver er en udfordring for medarbejdere og ledere, og spørgsmål hertil dukker ikke altid op undervejs i løbet af en arbejdsdag. Spørgsmål kan dukke op helt spontant som en eftertanke på vej hjem fra arbejde eller midt i tøjvask eller havearbejde efter arbejdstid. Det kan være bekymrende tanker rettet mod, om dialogen med en bestemt person har været tilstrækkelig åben, om personen er blevet ladet i stikken uden at få muligheder for at stille spørgsmål og forstå

Tabel 4. Hvad er begrundelsen, og er der dialog herom?

Sundhedsfaglig	Mål	Holdning
<i>Patient-centreret</i>	Give tydelige og klare svar	Sagkundskaben anbefaler som godt og rigtigt.
<i>Person-centreret</i>		Visioner, mål og anbefalinger Kontekstuelle anbefalinger
<i>Professionel omtanke</i>	Samvittighed, undren og erkendelser i mødet med den enkelte person	Hvordan kan vi være i dialog? Hvordan handler jeg rigtigt i denne situation?
<i>Person-orienteret</i>	Gøre dialogen efterspurgt	Hvad mener du/I?

Tabel 5. Hvilke følelser opstår der i samarbejdet?

Sundhedsfaglig	Mål	Følelser
<i>Patient-centreret</i> <i>Person-centreret</i>	Give tydelige og klare svar	Sagkundskaben accepterer at vække følelser Der spørges til tilfredshed Der er klage- muligheder
<i>Professionel omtanke</i>	Samvittighed, undren og erkendelser i mødet med den enkelte person	Hvordan handler jeg, så du føler min omsorg, i denne situation?
<i>Person-orienteret</i>	Gøre dialogen efterspurgt	Hvad føler du/I? Føler du/I dig/jer værdsat? Hvem er du/I?

de anbefalinger, der blev givet; eller uden at de følelser, der opstod, blev tydeligt accepteret. På det tidspunkt er det svært at ændre noget, og tankerne kan være en byrde. Hvis den type eftertanke ofte dukker op i fritiden, kan arbejdet blive belastende og medføre sygdom og stress på en måde, det kan være svært at handle tilfredsstillende på. For nogen kan løsningen være at skifte job, mens det for andre kan være en løsning at lægge bekymringen frem til diskussion for kolleger og/eller ledere.

Ved at være åben for og træne den professionelle omtanke bliver medarbejderens rolle i den enkelte situation mere tydelig for dem selv. Dermed kan de på forhånd træde ind i en konkret pleje- og omsorgssituation velforberejdede, kompetente og til rådighed for fælles beslutningstagning med den person, der har brug for støtte i forhold til sit helbred og velvære.

Samtidig er der mulighed for at overveje, hvordan den asymmetriske magt i relationen

til patienten kan forvaltes med samvittighed og omhu. Ved at interessere sig for personens dagligdag og lytte til personens udfordringer, bekymringer og ønsker i den forbindelse er det lettere at navigere i komplekse situationer, hvor der kan opstå konflikt mellem magt og personens bedste interesse.

Ifølge den tyske filosof Hans-Georg Gadamer indebærer forståelse af en anden person en grundlæggende omtanke for at lade den andens perspektiv komme til orde (7). Det kræver en form for ydmyghed og en villighed til at lade egen faglige viden og forståelse af situationen træde i baggrunden med et oprigtigt ønske om at få sin forståelse udfordret og revideret. En dybere og mere nuanceret forståelse af, hvordan den anden person oplever sin situation, gør det lettere at forstå aktuelle udfordringer og problemstillinger. Med ønsket om at bidrage til, at modtageren får en ny forståelse af sin situation, og hvad der er brug for at gøre eller evt. ændre, er det nødvendigt at være åben over for, at begge

parter bidrager til at skabe en mere nuanceret forståelse af situationen. Det kræver, at fagpersonen har en nysgerrig tilgang til dialogen. Med brug af spørgsmål og refleksion får den anden person mulighed for at udforske sin egen forståelse, og samtidig kan interessen i den andens udfordringer bidrage til at skabe tryk og åbenhed i samarbejdet. Ved at gøre sig umage for at gøre det, den anden siger, forståeligt for sig selv, kan det blive tydeligt, om, og hvor, der er en mulig kløft mellem det, den professionelle siger, og hvordan det opfattes.

Dilemma: den tavse eller uengagerede patient

Den personorienterede medarbejder kan komme i det dilemma, at personen foran dem ikke efterspørger ny viden eller ikke kan bringes til at efterspørge den. Da kan situationen være, at den viden, der gives forud for en

behandling, ikke får den ønskede betydning (se BOX 2 for eksempel).

Kommende forskningsprojekter kunne undersøge, hvornår det er passende at give information til forskellige patientgrupper (alder, køn, diagnose), så vi kan blive klogere på dilemmaet om, hvornår den uengagerede person er klar til en samtale. Lederen kan gennem den personorienterede handlemodel (tabel 5–6) bruge medarbejdersamtalen til at diskutere, hvad der optager medarbejderen i forhold til den professionelle omtanke, samt om samvittigheden udfordres i det daglige arbejde. Flere dygtige medarbejdere angiver udfordringer i forhold til dårlig samvittighed som årsag til, at de forlader deres job og måske ligefrem faget. Hvis belastningerne bliver for store, og der ikke er en konstruktiv dialog med lederen, der fører til nye muligheder, risikerer lederen sygdomsmeldinger og værre endnu opsigelser fra værdifulde medarbejdere (7).

Box 2 Eksempel på ekspertviden, der ikke efterspørges

Hjerteoperation

Via e-Boks fremsendes skriftligt materiale sammen med indkaldelsen til en hjerteoperation, *Ældre mandlig patient*: Materialet åbnes og printes, den del, der handler om forberedelse til operationsdagen, læses, resten lægges væk, da han ikke ønsker at gøre sig unødige bekymringer.

Sygeplejersken forventer ved indlæggelsen at møde en velforberedt patient, der ved, hvordan de første dage efter operationen vil forløbe, kender til den postoperative træthed, der især er omtalt, og hvornår og hvordan udskrivelsen forventes at forløbe.

Ældre mandlig patient: Indlægges med store bekymringer over alle de uafklarede spørgsmål, han selv går og tumler med, inspireret af løsevne dele af den informationsskrivelse, han fik tilsendt, men kun læste sporadisk.

Støtte til pårørende i det personorienterede møde

At være en omsorgsfuld pårørende beskrives i en artikel om kræftpatienters brug af en åben telefonrådgivning (19). Hospitalet tilbyder telefonrådgivning til patienter, der har en "åben indlæggelse" (personen er ikke udskrevet, men opholder sig periodisk i hjemmet). I den periode er det den pårørende, der er den nærmeste omsorgsperson og i nogle situationer den, der har opgaven med at være patientens talerør. Den pårørende kan være i tvivl om, hvordan ordineret medicin skal forvaltes, om dosissen er korrekt, om den skal ændres, eller hvad der skal ske, såfremt patienten ikke er i stand til at indtage den. Når en pårørende evt. med patienten på medhør gennem telefonopkald til hospitalet efterspørger dialog, kan den fagprofessionelle i samtalen starte med at afklare: Hvilken viden mangler du/I? (se tabel 6). Fælles for den, der ringer op, og den, der besvarer opkaldet, er en afklaring af: Hvad synes du, der bør gøres?

Et eksempel fra artiklen er en pårørende, der ringer til hospitalets akutlinje på kræftafdelingen for at sikre sig, at der ikke er givet en fejlordination. En læge havde dagen før givet en ny specifik ordination, og den pårørende har behov for at kontrollere oplysningen gennem akuttelefonen. En ny læge besvarer

opkaldet. Svaret blev, at der ikke kunne findes et notat herom i journalen. Det fik den pårørende til efter samtalen at overveje, om de fagprofessionelle antog, at hun huskede forkert eller løj. Derved blev opringningen en ekstra belastning for den pårørende. Men ved at kontrollere en mundtlig ordination havde den pårørende faktisk handlet meget ansvarligt. Derimod handlede de fagprofessionelle ikke personorienteret i telefonsamtalen. De imødegik ikke den følelse, den pårørende oplevede gennem telefonsamtalen. De brugte ikke muligheden for at aflaste den pårørendes tvivl om korrektheden af den givne ordination ved at give et bud på, hvorfor ordinationen ikke var i journalen denne gang, og hvordan dette kunne ske. De åbnede sig ikke for den pårørendes fortælling, så den pårørende kunne føle sig værdsat gennem sin omsorgsfulde opringning. I stedet var de med til at påføre den pårørende en skyldfølelse (19).

Hvilke krav stiller en personcentreret strategi til lederen?

Fagpersonen, der er mellemleder, kan med en personcentreret strategi efterspørge og skabe rammer for anvendelse af og/eller udvikling af personalets evidens, så det videnbaserede

Tabel 6. Personorienteret mål, viden, handling, holdning og følelser.

<i>Person-orienteret</i>	Gøre dialogen efterspurgt	Hvilken viden mangler du?	Hvad synes du/I, der bør gøres? Hvad magter du/I at gøre?	Hvad mener du/I?	Hvad føler du/I? Føler du /I jer værdsat? Hvem er du/I?
---------------------------------	---------------------------	---------------------------	--	------------------	---

grundlag for pleje, behandling og omsorg øges, se tabel 7.

Dog kan ikke al omsorg findes begrundet med videnskabelig evidens. Anbefalinger rettet mod at finde nye vaner og måder at leve livet på sammen med ligestillede kan i stedet bygge på en erfaring af, hvad der viser evidente resultater.

Mellemlederen har en central opgave i forhold til at rekruttere og fastholde medarbejdere via kompetenceudvikling

og medarbejdersamtaler. Det er et stort tab, når kompetente medarbejdere forlader deres job, uden at lederen kender årsagen. Medarbejdersamtalens fokus kan ændres, så denne afslutning forebygges. Samtalen kan følge centrale punkter, som er formuleret af institutionens HR-afdeling. Som en tilføjelse kan mellemlederen vælge at lade samtalen omhandle dele af de personorienterede områder i tabel 8; f.eks. spørge, hvordan medarbejderen håndterer de situationer,

Tabel 7. Patient- og personcentreret mål, viden, handling, holdning og følelser.

Sundhedsfaglig	Mål	Viden	Handling	Holdning	Følelser
Patient-centreret	Give tydelige og klare svar	Sagkundskabens viden baseret på evidens	Sagkundskaben anbefaler at gøre.	Sagkundskaben anbefaler som godt og rigtigt.	Sagkundskaben accepterer at vække følelser
Person-centreret		Sagkundskabens viden baseret på evidens og det evidente	Instrukser og retningslinjer Kontekstuelle anbefalinger	Visioner, mål og anbefalinger Kontekstuelle anbefalinger	Der spørges til tilfredshed Der er klage-muligheder

Tabel 8. Holdninger og følelser, der kan optræde undervejs ved personcentreret og personorienteret arbejde og ved eftertanke.

Holdning	Følelser
Sagkundskaben anbefaler som godt og rigtigt. Visioner, mål og anbefalinger Kontekstuelle anbefalinger	Sagkundskaben accepterer at vække følelser Der spørges til tilfredshed Der er klage- muligheder
Hvordan kan vi være i dialog? Hvordan handler jeg rigtigt i denne situation?	Hvordan handler jeg, så du føler min omsorg i denne situation?
Hvad mener du/I?	Hvad føler du/I? Føler du/I dig/er værdsat? Hvem er du/I?

hvor faglige anbefalinger vækker følelser. Hvordan medarbejdere håndterer afvejningen af, om der er handlet rigtigt og godt i bestemte situationer, evt. nye situationer, hvor medarbejderen endnu ikke har nogen særlig erfaring; eller hvor der skulle handles under tidspres.

Samtalen om samvittigheden

Den professionelle omtanke som dialogerne i en medarbejdersamtale kan opleves meget bred, svær at sætte en ramme om eller for tidskrævende i en travl hverdag. Denne oplevelse kan foregribes ved, at mellemlederen beder medarbejderen forberede sig på en case, hvor tvivlen opstod med fokus på spørgsmål som: *Hvordan handler jeg rigtigt i denne situation? Hvordan handler jeg, så du mærker min omsorg i denne situation?*

Ved at holde samtalen i det konkrete har leder og medarbejder et fælles anliggende, der giver mulighed for udvikling. Der kan

søges ny viden herom og inddrages erfaringer (se BOX 3).

Vi ved, at nogle patienter og pårørende kan fortælle om situationer, hvor der ikke er handlet rigtigt, hvor de både har savnet at mærke de fagprofessionelle (19,20,21) og ledelsens nærvær (22). Der findes andre eksempler på pårørende, der efterspørger, at de fagprofessionelle handler anderledes og udviser en omsorgsfuld tilstedeværelse ved at inddrage de pårørende i forberedelsen af udskrivelsen af en plejekrævende partner (23).

Afslutning

En personcentret og personorienteret omsorgsmodel, der sammenholder den evidensbaserede viden og den evidente erfaring med den enkelte fagpersons undren, erkendelse og samvittighed som beskrevet i tabel 8, kan måske guide ledere og medarbejdere

Box 3 En kvinde indlagt med hoftebrud

En kvinde indlagt med hoftebrud fortalte i et interview, hvordan personalet kun havde blik for hoftebruddet og de tilhørende standardiserede krav om mobilisering. Kvinden havde ved indlæggelsen fortalt om, hvad hun kaldte en læderet nerve ned i benet, men hun oplevede, at de ikke var interesserede i *"andet end det, de selv laver"*. Da hun gik på toilettet med rollator, faldt hun, fordi benet svigtede. Ved en undersøgelse blev det afkræftet, at hun havde bækkenbrud, hvilket var en lettelse. Og så blev der ikke talt mere om det. Dernæst følte hun sig presset til at gå længere, end hun ønskede. På turen blev hun utilpas, fandt en stol at hvile på og gik så tilbage for at hvile i sengen. Det blev af personalet opfattet, som om kvinden var doven, hvilket blev noteret i udskrivespapirerne til rehabiliteringsopholdet. Havde personalet interesseret sig for kvindens historie og hendes baggrund, ville de have fået en anden forståelse. Kvinden fortalte: *"Jeg er ikke doven, men jeg er nødt til at gøre det, som er bedst for mig selv"*. Hun havde kendte smerter i ryggen, som hun vanligt kunne håndtere ved at tage hvil i sengen.

hen imod at indestå for en excellent pleje, behandling og omsorg.

Excellent pleje, behandling og omsorg kan forebygge den lidelse, der kan opstå hos personer, der føler sig behandlet som et objekt, som mangler en specifik viden, eller som ikke forstår en given begrundelse eller vejledning. Der findes lidelse, som optræder, når et menneske f.eks. føler sig fanget i et net af uforståelige sammenhænge, ikke kan få øje på håb eller se muligheder for sin egen fremtid og

betydning (17,24). Nogle mennesker med den samme sygdom, samme alder og livsbetingelser, der rammes af den samme sygdom, kan få helt forskellige resultater med baggrund i deres modstandskraft. Den sårbarhed, ethvert menneske har i sig, er med til at afgøre den prognose. Ved at inddrage menneskelige dialoger i kombination med sagkundskab og omtanke kan der åbnes for en rummelighed, der forebygger lidelse og giver plads til sårbare mennesker; og det er vel ret excellent.

Tablet 9. Samlet præsentation af mål, viden, handle, holdnings- og følelsesgrundlag for patient-/personcentreret pleje og personorienteret pleje, der omfatter omtanke.

Sundheds-faglig	Mål	Viden	Handling	Holdning	Følelser
<i>Patient-centreret</i>	Give tydelige og klare svar	Sagkundskabens viden baseres på evidens	Sagkundskaben anbefaler at gøre	Sagkundskaben anbefaler som godt og rigtigt	Sagkundskaben accepterer at vække følelser
<i>Person-centreret</i>		Sagkundskabens viden baseres på evidens og det evidente	Instrukser og retningslinjer Kontekstuelle anbefalinger	Visioner, og anbefalinger Kontekstuelle anbefalinger	Der spørges til tilfredshed Der er klage-muligheder
<i>Professionel omtanke</i>	Samvittighed, undren og erkendelser i mødet med den enkelte person	Hvilken viden besidder jeg? Hvordan kan jeg bedst videregive den nu? Er der dele af min viden, der kan skade?	Hvilken erkendelses-proces er det muligt at indlede? Hvad er min rolle heri?	Hvordan kan vi være i dialog? Hvordan handler jeg rigtigt i denne situation?	Hvordan handler jeg, så du føler min omsorg i denne situation?
<i>Person-orienteret</i>	Gøre dialogen efterspurgt	Hvilken viden mangler du?	Hvad synes du/I, der bør gøres? Hvad magter du/I at gøre?	Hvad mener du/I?	Hvad føler du/I? Føler du/I dig/ jer værdsat? Hvem er du/I?

Referencer

1. Referenceramme for sygeplejen på Sygehus Lillebælt. 2021. (Visited 08-08-23) Sygeplejefaglig Referenceramme 2021.pdf (rsyd.dk)
2. Sommer C. Her er omsorgen sat i system. *Sygeplejersken* 2023;5:24–26.
3. Raja M, Kymre IG, Galvin KT & Uhrenfeldt L. National digital strategies and innovative eHealth policies concerning older adults' dignity: a document analysis in three Scandinavian countries. *BMC Health Serv Res* 2023;23:848. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09867-w>
4. Uhrenfeldt L, Ulsøe M-L, Pedersen PU & Ammentorp J. Competency development: an intervention for clinical leaders. *Nordic Nursing Research* 2016;6(3):261–277.
5. Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. 2. udgave. Aarhus; Philosophia: 2003.
6. Johansen KF. Fronesis. (Visited 08-08-23) fronesis | lex.dk – Den Store Danske
7. Uhrenfeldt L. Leadership, job satisfaction and clinical wisdom: A hermeneutic study of charge and clinical nurses' experiences. Dissertation. Aarhus; Faculty of Health Sciences, University of Aarhus:2007.
8. Uhrenfeldt L. Selvledelse baseret på praktisk viden, udviklings- og forskningsarbejde. I: Uhrenfeldt L. og Sørensen EE. Sundhedsfaglig ledelse. København; Gads Forlag:2011:88–109
9. Uhrenfeldt L, Sørensen EE, Bahnson IB & Pedersen PU. The centrality of the nurse-patient relationship: a Scandinavian perspective. *J Clin Nurs* 2018; <https://doi.org/10.1111/jocn.14381>.
10. Edwardson D, Fetherstonhaugh D & Nay R. Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family member and aged care staff. *J Clin Nurs* 2010;19 (17–19):2611–2618.
11. Feo R. et al. Towards a standardized definition for fundamental care: A modified Delphi study. *J Clin Nurs* 2018;27(11–12):2285–2299.
12. Tieu et al. The trouble with personhood and person-centred care. *Nurs Philos* 2021; e12381 <https://doi.org/10.1111/nup.12381>
13. Eklund JH et al. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Edu Couns* 2019;102(1):3–11.
14. Tomey AM & Alligood, MR. Sygeplejeteoretikere. Bidrag og betydning for moderne sygepleje. København; Munksgaard Danmark: 2011.
15. Grover, S. et al. 2022 Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Edu Couns* 2022;105 (2022):1679–1688.
16. Raja M, Uhrenfeldt L, Galvin KT & Kymre IG. Older adults' sense of dignity in digitally led healthcare. *Nurs Ethics* 2022; 9(6):1518–1529.

17. Galvin K & Todres L. *Caring and well-being-A lifeworld approach*. London; Routledge:2013.
18. McCormack B. & McCance T. *Person-centred practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice*. 2nd ed. Oxford; Wiley Blackwell:2017.
19. Pedersen B, Uhrenfeldt L, Jacobsen HR & Jørgensen L. The role of responsibility oncological emergency telephone calls. *Nurs Ethics* 2019; 26(7-8):1-14.
20. Uhrenfeldt L & Høybye MT. Care interaction adding challenges to old patients' well-being during surgical hospital treatment. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 2015;10: 28830 – <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28830>
21. Madsen R, Birkelund R & Uhrenfeldt L. Patients experience major changes in life and significant others struggle with caregiving during the course of incurable cancer: a systematic review and meta-synthesis. *Eur J of Patient-centred Care*. 2018;6(1):88-107.
22. Hartviksen TA, Aspfors J & Uhrenfeldt L. Dignity at stake – Relatives' experiences of influencing dignified care in nursing homes. *BMC Health Serv Res* 2023;23:194. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09175-3>
23. Uhrenfeldt L, Fegran L, Aagaard H, Hall EOC & Ludvigsen M.S. Significant others' experience of hospitalized spouses or parents' transfer to home: a systematic review and meta-synthesis. *ZEFQ, Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2018;139:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.11.006>
24. Rasmussen B, Nielsen CV & Uhrenfeldt L. Being active after hip fracture; older people's lived experiences of facilitators and barriers. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2018;13(1): 1554024.