



PROJEKT RAPPORT

Metoder til at fremme relationelle kompetencer
hos personale, der arbejder med kræftpatienter

RELATIONELLE KOMPETENCER



Relationelle kompetencer

- Metoder til at fremme relationelle kompetencer hos personale, der arbejder med kræftpatienter

*Projekt støttet af Kræftens Bekæmpelses program:
"Dialog og kommunikation - Mødet med kræftpatienten"*

Relationelle kompetencer

- Metoder til at fremme relationelle kompetencer hos personale der arbejder med kræftpatienter

Resumé

Resultater fra undersøgelsen 'Kræftpatientens verden' i 2006 viste, at mange patienter havde et ønske om i højere grad at blive set som individer, få deres ønsker og holdninger taget alvorligt og få en bedre psykisk støtte.

Disse ønsker er i dette projekt blevet samlet i begrebet 'Relationelle kompetencer', og med afsæt i dette har vi undersøgt, udviklet og afprøvet forskellige metoder til at styrke sund-

hedspersonalets relationelle kompetencer til gavn for patienterne.

Projektet består af fem selvstændige projekter, som har det til fælles, at de tager udgangspunkt i at forsøge at forbedre de sundhedsprofessionelles relationelle kompetencer. Således at kræftpatienter i højere grad kan opleve:

- At blive set som individer
- At deres ønsker og holdninger tages alvorligt
- At de får en bedre psykisk støtte .

Delprojekterne i projektet "Relationelle kompetencer"

1. *Træning af personale i formidling af en diagnose, primært til kræftpatienter med hjernetumorer.* Forankret i Krisepsykologisk Enhed og Neurokirurgisk klinik, Rigshospitalet
2. *Supervision af yngre læger, der arbejder med kræftpatienter i intensiv behandling.* Forankret i Finsencentret, Rigshospitalet
3. *Supervision af erfarne gynækologer med henblik på at styrke de relationelle kompetencer* Forankret i Gynækologisk Klinik, Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning og kommunikationsrådgiveren i Juliane Marie Centret, Rigshospitalet
4. *Supervision af personale i arbejdet med eksistentielle/religiøse spørgsmål hos forældre til kræft-*

syge børn. Forankret i Børnekræftområdet i Pædiatrisk klinik og Den kirkelige funktion, Rigshospitalet

5. *Undervisningsprogram for personale i arbejdet med mandlige kræftpatienter.* Forankret i Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning og Urologisk Klinik, Rigshospitalet

Projekterne har arbejdet tæt sammen, og ud fra de forskellige indfaldsvinkler er projektet resulteret i fem afprøvede og evaluerede værktøjer til brug for undervisning og supervision på alle kræftafdelinger i landet og i forhold til andre patientgrupper også. De fem 'manualer' fremlægges sidst i rapporten.

Projektrapport **Relationelle kompetencer - Metoder til at fremme af relationelle kompetencer i personalets arbejde med kræftpatienter**

Svend Aage Madsen (red.)
Linda Svenstrup Munk (red.)
Anders Korsgaard Christensen
Christian Busch
Irene Christiansen
Hanne Ryborg Dreier
Majbritt Normann Nielsen
Louise Berg Puggaard

© Forfatterne
maj 2011
Udgivet af Rigshospitalet med støtte fra Kræftens Bekæmpelse
ISBN: 978-87-91945-06-9
Design:
Martin Scheuer/Ad-man.dk

Kan rekvireres hos:
Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning
Afs. 9512, Blegdamsvej 9,
2100 København Ø
E-mail: svaam@rh.dk
Tlf.: 35453686

Indhold:

1. Formål med projektet
2. Deltagere
3. Baggrund – relationelle kompetencer, kommunikation og mentalisering
4. Gennemførelsen af projektet
5. Rapporter fra de 5 delprojekter
6. De fælles resultater
7. Anbefalinger og perspektivering

APPENDIKS 1:

Kursusmanual: Overbringelse af den alvorlige diagnose, "breaking bad news".
Af Anders Korsgaard Christensen & Irene Christiansen

APPENDIKS 2:

Manual for 'Drop-in gruppesupervision' af yngre læger på en hospitalsafdeling.
Af Hanne Ryborg Dreier

APPENDIKS 3:

Manual for systemisk-narrativ inspireret supervision af læger og sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter.
Af Marianne Kruse

APPENDIKS 4:

Manual for supervision af personale i arbejdet med eksistentielle/religiøse spørgsmål hos forældre til kræftsyrge børn.
Af Christian Busch, Henning Nabe-Nielsen og Majbritt Normann Nielsen

APPENDIKS 5:

Den mandlige kræftpatient i teori og i praksis. Forstå og kommunikér med den mandlige kræftpatient. Et undervisningsprogram.
Af Svend Aage Madsen.

1. Formål

Formålet med dette projekt er at udvikle, afprøve og evaluere metoder til at styrke sundhedspersonalets relationelle kompetencer, således at kræftpatienter i højere grad oplever:

- At blive set som individer,
- At deres ønsker og holdninger tages alvorligt
- At de får en bedre psykisk støtte.

Disse tre punkter var netop de punkter, hvor patienternes utilfredshed var størst i undersøgelsen 'Kræftpatientens verden' fra 2006.

Undersøgelsen har taget udgangspunkt i begrebet *relationelle kompetencer*, som i dette projekt defineres som en flersidet kompetence, der kort består i, at den professionelle kan forholde sig reflekterende til patientens måde at anskue sin tilstand og sygdom på og acceptere patientens følelser og holdninger. Begrebet rummer endvidere den professionelles evne til herud fra at kunne vejlede og guide patienten ud fra dennes individuelle forudsætninger, tage vedkommendes ønsker og holdninger alvorligt, samt reflektere over og udvide sin egen funktion i relationen til patienten.

Med gode relationelle kompetencer gives den bedste støtte til kræftpatienternes psykologiske og eksistentielle håndtering af deres sygdom. I dette projekt er fem forskellige metoder til at styrke sundhedspersonalets *relationelle kompetencer* blevet afprøvet, justeret og evalueret.

Målgruppen har været kræftpatienter og de sundhedsfaglige, der arbejder med kræftpatienter. Projekterne omfatter flere dele af kræftpatienternes møde med hospitalsvæsnet, både i det tidlige diagnosticerende møde, selve behandlingsforløbet og operationen til rehabiliteringen.

Et delformål for projektet har sideløbende med hovedformålet også været, at der i projektet er genereret klinisk, empirisk baseret ny viden om emnet. Projektet har derfor afprøvet forskellige evalueringsmetoder og bidraget med udvikling inden for dette felt.

2. Deltagere

Svend Aage Madsen (*Projektansvarlig og bevillingshaver*), *chefpsykolog, ph.d., klinikchef for Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning, Rigshospitalet*

Anders Korsgaard Christensen, *chefpsykolog, Krisepsykologisk Enhed, Rigshospitalet*

Christian Busch, *hospitalspræst, Den kirkelige funktion, Rigshospitalet*

Henning Nabe-Nielsen, *hospitalspræst, Den kirkelige funktion, Rigshospitalet*

Hanne Ryborg Dreier, *psykolog, Finsencentret, Rigshospitalet*

Irene Christiansen, *psykolog, Krisepsykologisk Enhed, Rigshospitalet*

Jesper Rendsmark, *psykolog, Finsencentret, Rigshospitalet*

Jette Seidelin, *læge, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet*

Linda Svenstrup Munk, *sprogpsykolog, cand.mag., kommunikationsrådgiver, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet*

Louise Berg Puggaard, *psykolog, Finsencentret, Rigshospitalet*

Majbritt Normann Nielsen, *religions sociolog, Den kirkelige funktion, Rigshospitalet*

Marianne Kruse, *psykolog, Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning, Rigshospitalet*

Nadja Ausker, *ph.d.-stipendiat og religions sociolog, Den kirkelige funktion, Rigshospitalet*

Camilla Strandsbjerg, *ph.d., antropolog, projektkoordinator fra maj 2009 til juni 2010.*

3. Baggrund

– relationelle kompetencer, kommunikation, mentalisering

I 2006 offentliggjorde Kræftens Bekæmpelse en empirisk undersøgelse af, hvordan 1.500 danske kræftpatienter oplevede deres møde med behandlingssystemet og personalet, samt hvilke behov og ønsker de havde til at forbedre mødet¹.

En af konklusionerne var, at "Nogle af de mest tydelige resultater af undersøgelsen er, at patienterne føler behov for mere inddragelse, for at kommunikationen opleves mere patientvenlig, og for at de pårørendes behov i højere grad tilgodeses"².

Mere specifikt viste undersøgelsen, at under halvdelen af patienterne følte, at de blev mødt optimalt på områderne: at blive '*set som et individ*', at få '*ønsker og holdninger* taget alvorligt' og at blive '*støttet psykisk*'. Over 40 pct. af de adspurgte i undersøgelsen giver udtryk for, at personalets indsats på disse områder er et '*problem*' eller '*ikke optimal*'. Projektets grundtanke blev på den baggrund, at patienternes svar afspejler mangler i personalets relationelle kompetencer.

Det blev ligeledes tanken, at selvom visse af disse mangler kan skyldes ressourcerforhold, kan der alligevel opnås forbedringer inden for de eksisterende rammer og ressourcer. Dette kan gøres ved at arbejde målrettet og systematisk med uddannelse, træning og supervision af personalet med henblik på at øge deres kompetencer til at give støtte ud fra forskellige patientgruppers behov og forhold. Projektet fokuserede derfor specifikt på at opfylde nogle af de behov hos kræftpatienter, der udtrykkes i 'Kræftpatientens verden'.

RELATIONELLE KOMPETENCER

Vi kalder forudsætningen hos personalet for at opfylde disse behov for *relationelle kompetencer*. Med dette menes at kunne indleve sig i den enkelte patients mentale processer, dvs.:

- At kunne reflektere over og anerkende patientens måde at anskue sin tilstand og sygdom på
- At kunne forholde sig reflekterende til og acceptere patientens følelser og holdninger
- At kunne vejlede og guide patienten ud fra dennes egne forudsætninger

1 Grønvold, M., Pedersen, C., Jensen, C., Faber, M. & Johnsen A. (2006) *Kræftpatientens verden. Kræftpatientens verden - en undersøgelse af, hvad danske kræftpatienter har brug for. København: Kræftens Bekæmpelse.*

2 Kræftens Bekæmpelse: <http://www.cancer.dk/Forskning/Stotte+til+forskning/kbsu/kræftpat+verden+15+mill.htm> 2/2 2011

- At kunne se patienten som et individ og tage vedkommendes ønsker og holdninger alvorligt
- At kunne reflektere over og udvide sin egen funktion i relationen med patienten.

Med andre ord: Forudsætningen for at kunne give *psykologisk støtte* til en patient er således at se denne *som et individ* og tage vedkommendes *ønsker og holdninger alvorligt*. Det er dette, vi samler i begrebet relationel kompetence.

Denne forståelse af behovet hos patienterne svarer i høj grad til at ville efterleve de anbefalinger, som stort set hele det samlede danske sundhedsvæsen inklusive brugere og ejere fremsætter i "*Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellemmenneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*"³. Blandt de omfattende anbefalinger er særligt disse centrale i dette projekts mål:

- Inddragelse af patientens værdier, holdninger og tankegang
- Uddannelse og supervision af sundhedspersonalet
- Omsorg i relationen med patienten
- Sundhedspersonalets indbyrdes dialog
- Forberedelse til den personlige samtale
- Overbringelse af alvorlige budskaber
- Løbende dialog
- Kontinuerlig og tydelig kontakt⁴.

I den forstand har projektet baggrund i en efterhånden udbredt tænkning inden for sundhedsvæsenet, hvor der er øget fokus på at fremme de såkaldte 'bløde værdier' i sundhedsvæsenet. Projektet har forsøgt at skabe praktisk anvendelige resultater ud fra denne tænkning på områderne uddannelse af personale og supervision af personale. Det er resultater, der er udviklet i forhold til og fokuserer på kræftpatienten. Men de kan givetvis benyttes i forhold til mange andre patientgrupper i sundhedsvæsenet.

KOMMUNIKATION OG RELATIONELLE KOMPETENCER

Et centralt element, i at se patienten som individ og støtte denne på egne præmisser, er evnen til at kommunikere. Kommunikation er en væsentlig del af de relationelle kompetencer, da det ikke mindst er i kommunikationen, at de relationelle kompetencer kommer til udtryk og opleves og tolkes på. God kommunikation mellem sundhedsfagligt personale styrker patienternes tilfredshed

³ Amtsrådsforeningen m.fl. (2003). "Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellemmenneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet". Århus: Århus Amt Amtsrådsforeningen

⁴ Amtsrådsforeningen m.fl. (2003), side 8-16.

og reducerer deres usikkerhed og angst⁵. Oplevelsen af kommunikationen har også betydning for den efterfølgende håndtering af de psykosociale forhold i relation til sygdommen⁶.

Kommunikation handler i den forbindelse om at være til stede i kommunikationen på en for patienten givende måde og om evnen til at tage udgangspunkt i patientens egen opfattelse af situationen og behov. Dette skaber de bedste rammer for, at patienten kan tage stilling til og forstå sin behandling og pleje og samtidig føler sig tryk, set, hørt og lyttet til.

At indtænke de relationelle kompetencer i undervisning og træning i kommunikation bør således stå centralt i arbejdet med sundhedsfaglige, særligt de, der arbejder med kræftpatienter. Det vil sige at træne både opmærksomheden på egne og andres følelser og tanker, men også hvordan man deltager aktivt i skabelsen af det relationelle med både verbal og nonverbal kommunikation. Et vigtigt element i dette er evnen til at lytte aktivt og ikke-vurderende med ord og via kropssproget. Det samme gælder evnen til at signalere lydhørhed, nærvær og interesse verbalt og nonverbalt. Et andet vigtigt element er evnen til at stille åbne og faciliterende spørgsmål, der støtter patienten og får denne til at turde lufte bekymringer og følelser. Mange sundhedsfaglige er angste for at spørge ind til psykologiske aspekter og følelser. Denne adfærd ledsages ofte af blokerende adfærd, dvs. at afstå fra at tale om de svære emner med patienterne pga. frygten for at åbne op for store psykologiske spørgsmål og problemer, som man måske ikke ser sig i stand til at tackle⁷. Af den grund undgår mange at spørge ind til disse emner og kommer derved til ikke at tage patientens holdninger og ønsker alvorligt⁸.

Det har været et centralt emne i flere af projekterne i denne rapport, hvordan man kan sammenkoble øvelser i kommunikation og forbedring i de relationelle kompetencer. Dette kan med fordel undersøges nærmere i et opfølgende projekt. Inddrages det relationelle og faciliterende i kommunikationstræningen, ser det ud til at have en længerevarende effekt end andre former for kommunikationstræning⁹.

5 Fallowfield L. (1992). The Ideal Consultation. London: British Journal of Hospital Medicine 1992 Mar 4;47(5):364-7.

6 Zachariae B, & A.Fischer Petersen (2003). Læge-patientkommunikation i onkologisk ambulatorium - en undersøgelse af sammenhænge mellem lægens kommunikationsstil, patienttilfredshed og ændringer i patientens stemningsleje og oplevede evne til at mestre sygdom og behandling. Rapport Nr. 4.

7 Magurie, Booth, Elliott og Jones. (1996). Helping Health Professionals Involved in Cancer Care Acquire Key Interviewing Skills -The impact of Workshops. European Journal of Cancer. Vol. 32A, No9, pp. 1486-1489

8 Schofield, N.G. Green, C. and F. Creed. (2008). Communication skills of healthcare professionals working in oncology - Can they be improved? European Journal of Oncology Nursing 12 (1):4-13, 2008.

9 Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J., Russel, G., and C. Webb. (2002). Communication skills training in healthcare: a review of the literature Nurse Education Today

MENTALISERING OG RELATIONELLE KOMPETENCER

Mentalisering som psykologisk fænomen har været et baggrundsbegreb på tværs af delprojekterne og en væsentlig del af begrebet relationelle kompetencer i dette projekt.

Med mentalisering menes evnen til at danne sig forestillinger om mentale tilstande hos sig selv og andre. Dertil at forstå handlinger, udtryk mv. som udslag af bestemte mentale tilstande. Begrebet er opstået i psykoterapeutisk sammenhæng, men det er et almenpsykologisk fænomen, der belyser generel social kompetence. Det er i familie med begreber som empati, indlevelse og lignende og kan ses som en af de vigtigste byggesten i vores måde at interagere med hinanden på, fordi denne evne er med til at forklare, hvordan mennesker helt ned på detaljeniveau kan påvirke hinanden i komplekse mellemmenneskelige samspil¹⁰.

I arbejdet med patienter betyder det, at personalet skal være opmærksomme på karakteren af patienternes mentale tilstande og på at forstå de mentale tilstande bag patienternes handlinger og udsagn. Her er det endvidere vigtigt at anerkende, at mentale tilstande udvikler sig og ikke er endegyldigt fastlagte, og at man skifter oplevelser af ting og holdninger ligeså.

I en mentaliserende praksis skal personalet forholde sig til og tale om tankeprocesserne og følelserne hos patienten og sig selv, mens de foregår. Herunder er det vigtigt at kunne skelne mellem ting, som de er, og som de ser ud. Det gælder blandt andet vrede, indelukthed, afvisende holdninger over for angst, sorg, kaos etc. Endelig er det også vigtigt at anerkende, at forskellige mennesker oplever samme ting forskelligt. Det gælder ikke mindst i trekanten af patient, behandler/plejer og pårørende.

Mentalisering som psykologisk fænomen og som en væsentlig del af relationelle kompetencer har været centralt i flere af de fem delprojekter og diskuteres nærmere i manualerne for disse.

¹⁰ Allen, J. Fonagy, P. & Bateman, A. (2010) Mentalisering i klinisk praksis. København. Hans Reitzels.

3. Gennemførelsen af projektet

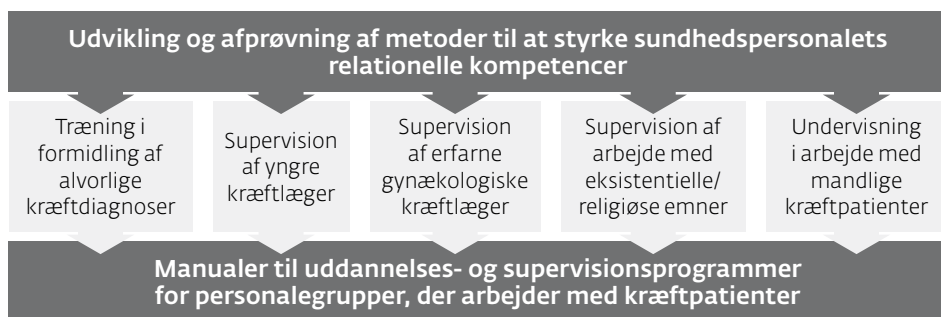
I fem delprojekter med relationelle kompetencer som omdrejningspunkt er der udformet personalerettede programmer - tre med supervision af personale og to med undervisning af personale som emner.

Supervisionsprojekterne:

- Supervision af yngre kræftlæger
- Supervision af erfarne gynækologer i kræftbehandlingen
- Supervision af personale i arbejdet med eksistentielle/religiøse spørgsmål.

Undervisningsprojekterne

- Træning af personale i at formidle en kræftdiagnose
- Undervisningsprogram for personale i arbejdet med mænd med kræft.



Projektet blev gennemført under ledelse af en projektgruppe bestående af alle delprojekters medarbejdere med en ansat projektmedarbejder som koordinator, forskningsinspirator og akademisk sekretær. Projektmedarbejderen og den projektansvarlige forvaltede den overordnede planlægning af det samlede projekt herunder budgetter. De enkelte delprojekter udførtes i eksisterende klinikker og funktionsenheder på Rigshospitalet. I sidste del af projektperioden blev sekretariatsfunktionen varetaget af en ny akademisk sekretær, mens projektets færdiggørelse i form af rapportering og udarbejdelse af manualer skete via projektgruppen.

I det følgende fremlægges de enkelte delprojekters rapporter. Disse er alle drøftet i den samlede projektgruppe, men det er projektgrupperne i de enkelte delprojekter, der er forfattere og ansvarlige for hver delrapport.

Til slut i rapporten fremlægges de fælles resultater og anbefalinger. Manualer for hvert projekt findes som appendiks til denne rapport.

4. Rapporter fra de 5 delprojekter

A. OVERBRINGELSE AF DEN ALVORLIGE DIAGNOSE

–'BREAKING BAD NEWS'

Af chefpsykolog Anders Korsgaard Christensen og psykolog Irene Christiansen

Resumé

I dette delprojekt gennemførtes en spørgeskemaundersøgelse af, hvorvidt et kursus til sundhedspersonale i overbringelse af den alvorlige diagnose ('breaking bad news') kan øge patienters tilfredshed med behandlingen. Undersøgelsen fandt sted i Rigshospitalets neurokirurgiske afsnit i perioden fra januar til december 2010 og omfattede både patienter og ansatte herfra. Såvel patient- som personalevinklen blev belyst ved hjælp af spørgeskemaer. Patienterne havde på undersøgelsestidspunktet modtaget meddelelse om alvorlig hjernesvulst (glioblastom, grad III eller IV). Resultaterne viser, at patienterne i overvejende grad synes tilfredse med den professionelle kontakt, de oplevede ved overbringelsen af diagnosen, med lægen og sygeplejersken.

Formål

I dette delprojekt gennemføres en spørgeskemaundersøgelse af, hvorvidt et kursus til sundhedspersonale i overbringelse af den alvorlige diagnose kan øge patienters tilfredshed. For at øge patienttilfredsheden antages det, at patienten helst skal føle sig set som individ, at patientens ønsker og holdninger bliver taget alvorligt, samt at patienten oplever at få psykosocial støtte. Såvel patient- som personalevinklen belyses ved hjælp af spørgeskemaer, hovedsagelig bestående af lukkede spørgsmål (afkrydsning). Desuden er det hensigten at udvikle en manual, der beskriver, hvorledes professionelle kursusplanlæggere/undervisere kan tilrettelægge og gennemføre et kursusforløb med henblik på at forbedre ansattes (læger og sygeplejerskers) relationelle kompetencer/kommunikative færdigheder ved overbringelse af alvorlige diagnoser.

Baggrund

Læger i stort set alle medicinske specialer vil komme ud for at skulle overbringe alvorlige helbredsrelaterede budskaber til patienter og pårørende. Sygeplejersker i hospitalsregi vil ligeledes være involveret i denne opgave. Der er i de seneste år sket en væsentlig forøgelse af undervisningen inden for det kommunikative felt både under og efter studiet. Alligevel tyder flere undersøgelser i den psyko-onkologiske faglitteratur på, at en gruppe patienter oplever, at overbringelsen af en given kræftdiagnose foregår på en ikke optimal måde¹¹. Den

¹¹ Kræftpatientens verden, 2009

måde, en alvorlig nyhed overbringes på, kan have indflydelse på en patients emotionelle reaktioner og holdning til behandlingen og til de sundhedsprofessionelle. Utilstrækkelig træning i kommunikation og 'Breaking Bad News' kan tillige tænkes at have betydning for bl.a. udbrændthed blandt sundhedspersonalet¹². Det er antagelsen, at kurser til sundhedspersonale i kommunikative færdigheder kan medføre forbedret patientkontakt, og at personalets kommunikative færdigheder kan bevares over tid samt kan registreres hos patienterne.

Metode

Med almindelig post blev der sendt spørgeskemaer til patienter¹³, som havde fået diagnosen glioblastom grad III eller IV. Alle patienterne var i undersøgelsesperioden tilknyttet neurokirurgisk ambulatorium/afsnit, Rigshospitalet. Spørgeskemaet til såvel 'før kursus-patientgruppen' (19 patienter, registreret i afsnittet fra og med 1. januar 2010 til maj 2010) som 'efter kursus-patientgruppen' (11 nye patienter, registreret i afsnittet fra og med 1. september 2010 til og med 10. december 2010) var identisk. Ethiske hensyn blev taget ved udsendelsen af patientspørgeskemaer, således at forstå, at der ikke blev sendt spørgeskemaer til patienter, der enten stod over for at skulle overføres til hospice, eller hvis kognitive funktioner var stærkt nedsatte som følge af sygdommen.

Til et udvalg af læger og sygeplejersker ved neurokirurgisk afsnit blev der uddelt/internt sendt/emailt spørgeskemaer såvel før som efter kursusaktiviteten. Der var tale om to forskellige spørgeskemaer til personalet. *Før kurset* blev der hovedsagelig spurgt til, hvad personalet (32 informanter) finder særligt udfordrende ved overbringelse af alvorlige diagnoser. I spørgeskemaet *efter kurset* blev hovedvægten lagt på at belyse personalets indtryk af kursusaktiviteten (evaluering).

Forud for kursusaktiviteten blev der afviklet to mindre fokusgruppeinterview med sygeplejersker (hhv. 4 og 3 informanter) fra selv samme afsnit for at få et indtryk af den praktiske virkelighed ved overbringelse af alvorlige diagnoser. Visse oplysninger fra denne indledende del af undersøgelsens personalevinkel bruges til at nuancere undersøgelsen, samlet set, i diskussionsafsnittet (jf. dette).

Gennemført intervention – kursus/undervisning til sundhedspersonale

Kurset blev afviklet hen over to kursusdage med tre til fire ugers interval imellem de to undervisningsdage. I alt blev der arrangeret to kurser med de 32

12 Ramirez AJ et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347:724-28

13 Samtlige spørgeskemaer i projektet samt spørgeguide ved fokusgruppeinterview kan rekvireres via Krisepsykologisk Enhed, Rigshospitalet.

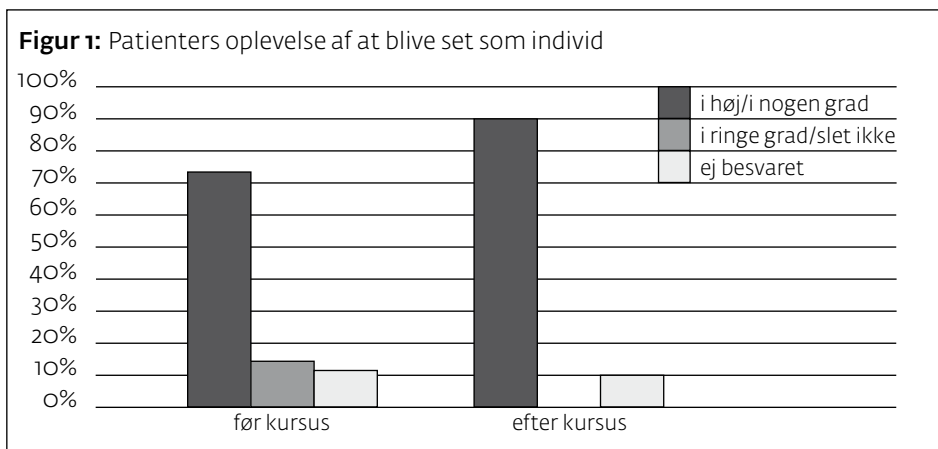
kursister fordelt i to separate hold. For en deltageret gennemgang af kursusindholdet henvises der til kursusmanualen for dette delprojekt (se afsnittet herom i denne rapport).

Kursusindholdet bestod af korte teoretiske oplæg ved psykologen, som ledte kurset. Teoretiske oplæg satte eksempelvis fokus på retningslinjer for den hensigtsmæssige måde at overbringe en alvorlig diagnose på, akutte reaktioner, dissociation, psykisk førstehjælp, defusing og psykologisk debriefing. Endvidere blev der inviteret til gruppedrøftelser, hvor kursisterne fik mulighed for at reflektere over egen praksis og egne følelser, fx 'Hvornår er disse samtaler særligt vanskelige?' og 'Hvordan ville du gerne selv have hjælp, hvis det var dig, der var syg?'

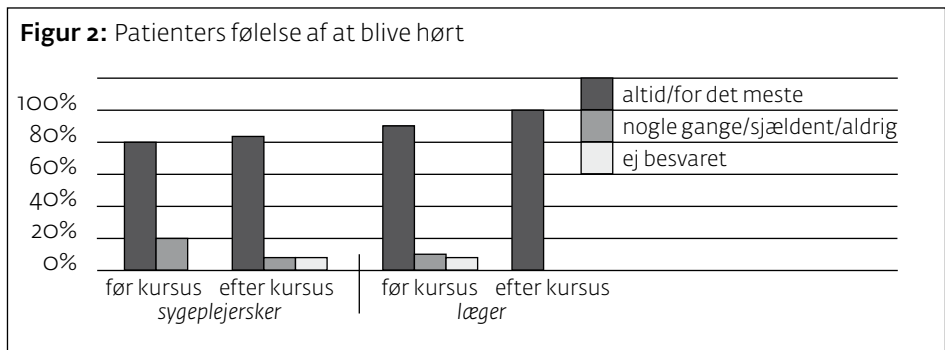
Som det vigtigste kursuselement fik kursisterne lejlighed til at afprøve egne færdigheder via en professionel skuespiller, som agerede patient. Det kunne fx være simulering af den 'vrede' patient, patienten, der tilsyneladende slet ikke forstår budskabet, den afatiske patient o.l. Kursuselementet med skuespilleren suppleredes med psykologisk og kollegial supervision efter hver enkelt afprøvning (2-3 afprøvninger pr. kursusdag).

Resultater

Fra og med 1 januar 2010 indtil kursusaktiviteten i slutningen af maj 2010 blev der udsendt spørgeskemaer til patienter med glioblastom, grad III eller IV. I alt har 19 ud af 34 patienter besvaret spørgeskemaet før kursusafviklingen (svarprocent: 55%). Pr. 1. september 2010 frem til og med d. 10. december 2010 blev der igangsat en ny runde med udsendelse af spørgeskemaer til nyregistrerede patienter. I alt har 11 ud af 24 patienter besvaret spørgeskemaet efter kursusafviklingen (svarprocent: 46%). Bemærk at der i nedenstående skelnes imellem 'før kursus' og 'efter kursus', og at der er tale om to samples med forskellige patienter.



Patientens oplevelse af at blive set som individ fremgår af figur 1. *Før kursus*: 14 patienter (74%) oplevede enten 'i høj grad' eller 'i nogen grad' at blive set som et individ og ikke bare som 'en i rækken' under samtalen. 3 patienter (16%) svarede 'i ringe grad' eller 'slet ikke' til at blive set som individ. 2 patienter, dvs. 11% af de adspurgte, har undladt at besvare spørgsmålet. *Efter kursus*: 10 patienter (91%) oplevede enten 'i høj grad' eller 'i nogen grad' at blive set som et individ og ikke bare som 'en i rækken' under samtalen. En enkelt patient (9%) svarede 'ved ikke/ikke relevant' til spørgsmålet om at blive set som individ.



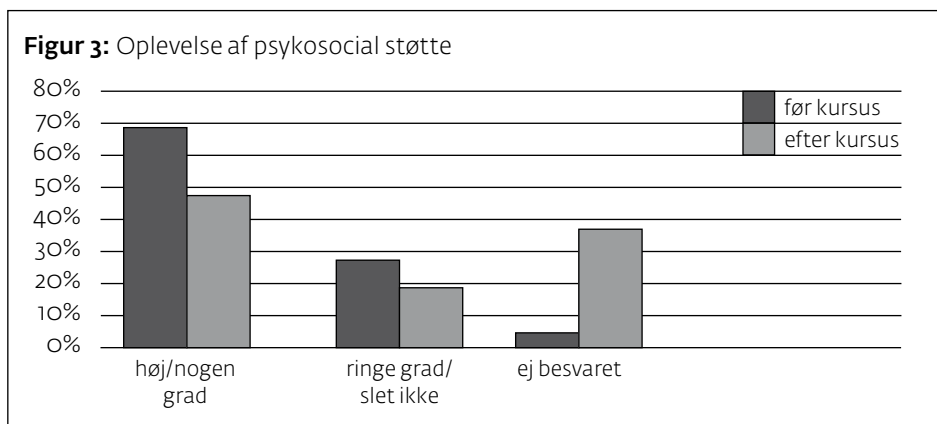
I Figur 2 ses patientens oplevelse af at få taget sine ønsker og holdninger alvorligt. *Før kursus*: 15 patienter (79%) oplevede, at sygeplejersken tog deres ønsker og holdninger alvorligt enten 'altid' eller 'for det meste'. 4 patienter (21%) svarede 'kun nogle gange' eller 'sjældent/aldrig' hertil. Hvad angår lægernes parathed til at tage patientens ønsker og holdninger alvorligt, svarede 17 patienter (89%) positivt ('altid' eller 'for det meste'), mens 2 patienter (11%) svarede mindre positivt ('kun nogle gange' eller 'sjældent/aldrig').

Efter kursus: 9 patienter (82%) oplevede, at sygeplejersken tog deres ønsker og holdninger alvorligt enten 'altid' eller 'for det meste'. En patient (9%) svarede 'kun nogle gange', og en patient (9%) undlod at besvare spørgsmålet om sygeplejerskens indstilling til patientens ønsker og holdninger. Hvad angår lægernes parathed til at tage patientens ønsker og holdninger alvorligt, svarede 11 patienter (100%) positivt ('altid' eller 'for det meste'). Resultatet kunne – med et kraftigt forbehold – give anledning til at overveje, om kursusaktiviteten eventuelt har påvirket lægerne mere end sygeplejerskerne.

Patientens oplevelse af at få psykosocial støtte ses af figur 3. *Før kursus*: 13 patienter (68%) angav, at personalet var i stand til at støtte dem psykisk ('i høj grad' eller 'i nogen grad'), mens 5 patienter (26%) var negative i deres oplevelse af personalets psykiske støtte ('i ringe grad' eller 'slet ikke'). En enkelt patient (5%) undlod at besvare spørgsmålet. Der blev endvidere tilkendegivet positive patienterfaringer med personalets forståelse for patientens samlede situation

(arbejde, familie, venner m.m.). Følgende data angives blot i tekst: Læger og sygeplejersker blev i den henseende vurderet omtrent på lige fod med hhv. 13 og 14 patienter (74% og 68%), der svarede positivt til, at lægen såvel som sygeplejersken udviste forståelse for patientens samlede situation, mens 5 patienter (26%) i forhold til hver faggruppe var mere negative i deres opfattelse af såvel lægens som sygeplejerskens forståelse af patientens samlede situation.

Efter kursus: 5 patienter (46%) angav, at personalet var i stand til at støtte dem psykisk ('i høj grad' eller 'i nogen grad'), mens 2 patienter (18%) var negative i deres oplevelse af personalets psykiske støtte ('i ringe grad'). 4 patienter (36%) besvarede 'ved ikke/ikke relevant'. Der blev endvidere tilkendegivet positive patienterfaringer med personalets forståelse for patientens samlede situation (arbejde, familie, venner m.m.). Følgende data angives blot i tekst: Læger og sygeplejersker blev i den henseende vurderet således: Hhv. 8 og 9 patienter (73% og 82%) svarede positivt til, at lægen såvel som sygeplejersken udviste forståelse for patientens samlede situation, mens en enkelt patient (9%) i forhold til hver faggruppe var mere negativ i sin opfattelse af såvel lægens som sygeplejerskens forståelse af patientens samlede situation ('i ringe grad'). 2 patienter om lægen (18%) og en enkelt patient om sygeplejersken (9%) svarede 'ved ikke/ikke relevant'.

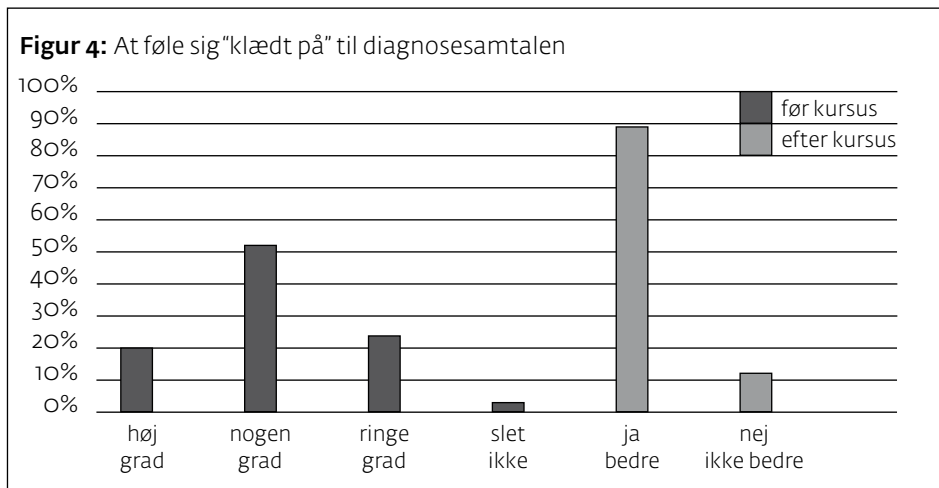


Personalets besvarelser før og efter kursusafviklingen

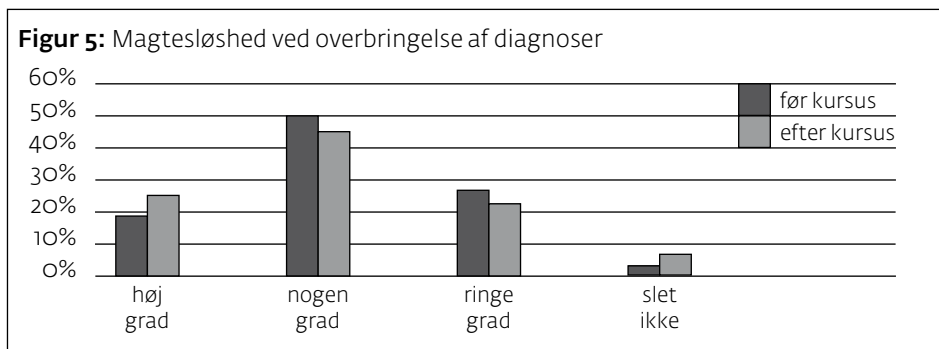
32 ansatte/kursister ud af i alt 32 har besvaret et spørgeskema før kursusaktiviteten (svarprocent: 100%). Spørgeskemaet blev besvaret i første time på kursets første dag. 22 sygeplejersker og 10 læger deltog i kursusaktiviteten.

Udsendelse af 'efter kursus'-personalespørgeskemaer blev gennemført i efteråret 2010, ca. 3-4 måneder efter kursusaktiviteten for at få belyst en eventuelt længerevarende effekt af kurset. Der blev rettet henvendelse til personalet via såvel intern post som email, og til slut i undersøgelsesperioden (ultimo november 2010) blev der rykket for besvarelse. 16 ansatte/kursister ud af i alt 32 har besvaret et spørgeskema efter kursusaktiviteten (svarprocent: 50%).

Bemærk, at der er tale om to samples ('før' og 'efter'), men at der i modsætning til patientbesvarelserne er tale om de samme informanter – blot færre heraf i samplet med 'efter kursus'.



I figur 4 ses den professionelle oplevelse af at føle sig klædt på til overbringelse af en alvorlig diagnose. *Før kurset:* 6 kursister (19%) føler sig 'i høj grad' klædt på til svære patientsamtaler, 17 kursister (53%) 'i nogen grad', 8 kursister (25%) 'i ringe grad', og en enkelt kursist (3%) 'slet ikke'. *Efter kurset:* 14 kursister (88%) svarer 'ja' til efter kursusdagene at føle sig bedre klædt på til at tackle svære patientsamtaler om diagnoser. 2 kursister (13%) svarer 'nej' hertil.



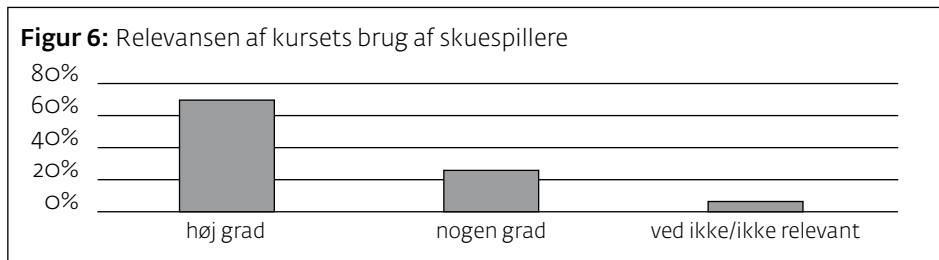
I Figur 5 ses i hvilken grad den professionelle føler sig magtesløs i samtalen om diagnosen med patienten. *Før kurset:* 6 kursister (19%) svarer 'i høj grad' til, at følelsen af magtesløshed er forekommet i deres samtaler om diagnoser med patienter, 16 kursister (50%) 'i nogen grad', og 9 kursister (28%) svarer 'i ringe grad'. En enkelt kursist (3%) svarer 'slet ikke' til følelsen af magtesløshed ved overbringelse af diagnoser. Spørgsmålet lyder herefter, om den professionelle har oplevet sig selv i stand til at *tackle magtesløsheden* under samtalen? Følgende data angives blot i tekst: Her svarer 22 kursister (69%) 'i høj grad' eller 'i nogen grad'

til dette spørgsmål, mens 8 kursister (25%) svarer 'i ringe grad' eller 'slet ikke'. En enkelt kursist (3%) svarer 'ved ikke/ikke relevant', og der er desuden en kursist (3%), der har undladt at besvare spørgsmålet.

Efter kurset: 4 kursister (25%) svarer 'i høj grad' til, at følelsen af magtesløshed er forekommet i deres samtaler om diagnoser med patienter, 7 kursister (44%) 'i nogen grad', og 4 kursister (25%) svarer 'i ringe grad'. En enkelt kursist (6%) svarer 'ved ikke/ikke relevant' til følelsen af magtesløshed ved overbringelse af diagnoser. Resultaterne fra netop dette spørgsmål vil med forfinede statistiske redskaber være direkte sammenlignelige med personalets besvarelser fra før kurset (jf. resultatgennemgang ovenfor). Overfladisk betragtet vidner besvarelserne om konsistens i de ansattes oplevelser af magtesløshed både før og efter kurset: De ved, at de har følt magtesløshed på et givet tidspunkt i deres professionelle virke.

Spørgsmålet lyder herefter, om den professionelle *efter kursusdagene* har oplevet sig selv *bedre i stand til* at tackle magtesløsheden under samtalen. Følgende data angives blot i tekst: 12 kursister (75%) svarer 'ja' hertil, mens 3 kursister (19%) svarer 'nej'. En enkelt kursist (6%) undlader at besvare spørgsmålet. Ud af de 12 kursister, som svarer 'ja' til at føle sig bedre i stand til at tackle magtesløshed efter kurset, svarer 3 kursister (25%) 'i høj grad' hertil, 8 kursister (67%) 'i nogen grad', mens en enkelt kursist (8%) svarer 'ved ikke/ikke relevant'. Alt i alt: Muligvis er der en lille effekt af kurset til de sundhedsprofessionelle, som dog ikke lader sig bekræfte af undersøgelsens spinkle datagrundlag.

Personalets syn på kursets relevans er vist i figur 6. 11 kursister (69%) svarer 'i høj grad' til, at undervisningsformen med brug af skuespillere har været udbytterig for dem, 4 kursister (25%) svarer 'i nogen grad', og en enkelt kursist (6%) svarer 'ved ikke/ikke relevant'. Omtrent samme billede giver spørgsmålet om, hvorvidt undervisningsformen med gensidige refleksioner imellem underviseren og kollegerne har været udbytterig for kursisten. Følgende data angives blot i tekst: 11 kursister (69%) svarer 'i høj grad' hertil, 3 kursister (19%) svarer 'i nogen grad', en kursist (6%) 'i ringe grad', og en kursist (6%) svarer 'ved ikke/ikke relevant'.



Afslutningsvis spørges der til, om kursisten finder det vigtigt, at man som læge/sygeplejerske får mulighed for at deltage i et kommunikationstræningskursus som dette? Følgende data angives blot i tekst: Hertil svarer 12 kursister (75%) 'ja', og 4 kursister (25%) 'nej'.

Diskussion

Ikke alt personale var på kursus. Visse patienter i 'efter kursus'-gruppen af patienter har dermed været udsat for påvirkning fra personale, der ikke har modtaget undervisning. Hvilke patienter det drejer sig om, lader sig ikke rekonstruere.

Det har desuden været et problem, at der i undersøgelsesperioden ikke var særlig mange patienter af denne type i neurokirurgisk ambulatorium. Før kursusaktiviteten forsøgte projektmedarbejderen at udbedre denne mangel på patient-informanter ved at rette skriftlig henvendelse til patienter helt tilbage fra årsskiftet 2009/10. Resultaterne bygger summa summarum desværre kun på få patienters svar, og man kan i det hele taget overveje, om det er hensigtsmæssigt at henvende sig med et spørgeskema til alvorligt syge mennesker, som tillige ofte er pænt oppe i årene.

Endelig gør det almene forhold sig gældende, 1. at det analyse-mæssigt er en yderst vanskelig, og sjældent helt gennemførlig, opgave at måle 'effekt' af en given pædagogisk intervention, her kurset i 'breaking bad news', og 2. at det hovedsagelig (og med stor sandsynlighed) er det motiverede personale, der besvarer spørgeskemaet efter kursusaktiviteten. Det står åbent, hvad anden halvdel af kursisterne (de, der ikke besvarede skemaet) fik ud af undervisningen. Samme forbehold kan anføres ved de manglende patientbesvarelser både før og efter: Det står åbent, hvor positiv eller negativ oplevelsen af kontakten til de sundhedsprofessionelle har været hos de patienter, der undlader at svare.

'Breaking bad news' sker langt fra altid i selve diagnosesamtalen (ved histologisvaret). Mange gange ved patienten meget om sin eventuelle diagnose i forvejen, hvormed der for patientens vedkommende snarere er tale om en sygdomserkendelse over tid. En snæver tænkning i betydningen af selve diagnose-samtalen overvurderer med andre ord eventuelt denne kortvarige del af et til tider langvarigt forløb. 'Breaking bad news' er en af den slags opgaver, hvortil der ikke findes en facitliste. Det handler snarere om en evne til at tune sig ind på patienten (mentalisering). I en 'fejlfinder-kultur' som den vestlige kan opgaven imidlertid let gå hen og blive en selvtillidsproblematik for den sundhedsprofessionelle efter devisen, 'kunne jeg mon have gjort det bedre over for patienten?'

I overbringelse af diagnosen har lægen typisk en meget aktiv rolle. Sygeple-

gersken har bl.a. til opgave at forklare det, der ikke umiddelbart forstås af patienten. Lægerne kan opleve, at de varetager deres del af opgaven, og sygeplejerskerne lige så om deres ansvar i processen. Det kan imidlertid være patienterne, der har urealistiske forventninger til, hvem der gør hvad og hvornår. I den forbindelse kan det være nyttigt at skæve til de få kvalitative svar, der belyser grundene til patienternes knap så positive tilkendegivelser. I flere svar efterlyses lægen som andet og mere end en fagperson (efterlysningen af mere undervisning i empati til læger). Men der er også de svar, hvor patienten selv er opmærksom på egne vanskelige reaktioner såsom 'jeg gik i chok', eller hvor reaktionen snarere handler om organisatoriske/strukturelle vilkår såsom 'urimelige ventetider' og 'det oversete ønske om at blive overflyttet til andet og bedre hospital'.

Overbringelse af diagnoser sker altid i et felt, i en atmosfære og i en given stemning – og i et enten godt eller mindre godt psykisk arbejdsmiljø på selve afdelingen, hvor samtalen finder sted. Dertil kommer de variable, som undersøgelsen tildels inddrager: Køn, fag, antal års erhvervs erfaring, viden om patientsamtaler og holdning til kommunikation i det hele taget. En mere detaljeret analyse af betydningen af disse faktorer ville have krævet flere data og ressourcer. Optimalt kunne et kursus, som beskrevet i dette delprojekt, være katalysator for udviklingen af en intern arbejdspladskultur, hvor der dels er en vedvarende opmærksomhed og bestræbelse i afsnittet/ambulatoriet på den positive kontakt imellem den professionelle og patienten, dels er plads til, at medarbejderne kan bearbejde arbejdsopgavernes iboende belastninger, som de uvægerligt påvirkes af i et hospital med en overrepræsentation af mange alvorligt syge mennesker.

Somatiske behandlingsmuligheder er i mange henseender mere effektive end tidligere, men eksistentielt kræver disse af patienterne, at de indstiller sig på at leve længere med bevidstheden om alvorlig sygdom¹⁴. Dette lægger op til andre kommunikative tiltag med mere langsigtet indhold, og at kravene til 'Breaking bad news' således også er under forandring.

Konklusion

Patienterne synes i overvejende grad tilfredse med kontakten med lægen og sygeplejersken, herunder at blive set som individ, få følelser og holdninger taget alvorligt samt opnå psykosocial støtte. Muligvis er der en lille effekt af kurset til de sundhedsprofessionelle, som dog ikke lader sig bekræfte af undersøgelsens spinkle datagrundlag. De sundhedsprofessionelle, som deltog i kursusaktiviteten, synes tilfredse med et undervisningstiltag af denne art.

¹⁴ se fx Bury, Michael: Sundhed og sygdom. Akademisk Forlag, 2007.

B. SUPERVISION AF YNGRE LÆGER, DER ARBEJDER MED KRÆFTPATIENTER I INTENSIV BEHANDLING.

Af psykolog Hanne Ryborg Dreier og psykolog Louise Berg Puggaard, Finsencentret, Rigshospitalet.

Resumé

I dette projekt har vi udviklet, afprøvet og evalueret metoden 'Mentaliseringsbaseret supervision og undervisning' med yngre læger ansat på en onkologisk afdeling. Den mentaliseringsbaserede supervision og undervisning er blevet afprøvet i tre forskellige uddannelses tilbud for at sammenligne udbyttet. Undersøgelsen peger på, at metoden styrker lægernes evne til at mentalisere i form af øget bevidsthed, refleksion og evne til at analysere og forstå vanskelige læge/patient samarbejdsrelationer samt øger deres handlekompetence i den svære samtale. Et gruppesupervisionsforløb anbefales og for at optimere udbyttet gerne suppleret med et individuelt tilrettet uddannelses tilbud.

Formål

Formålet med projektet er at udvikle, afprøve og evaluere metoden: 'Mentaliseringsbaseret supervision og undervisning' (herefter forkortet MBSU) og herunder undersøge, hvordan tre uddannelses tilbud: Drop-in gruppesupervision, Individuel ambulatoriesupervision og Kommunikationstræningskursus – styrker lægernes evne til mentalisering.

Baggrund

Der er en voksende interesse for, hvordan sundhedspersonalets kommunikation med patienter kan forbedres - især i forbindelse med lægens overbringelse af negative livsindgribende informationer¹⁵. Flere har udviklet manualer f.eks. sekstrinsmodellen 'The SPIKES protocol'¹⁶, og der har i en del år været fokus på, hvordan lægen bedre kan forstå patienten og dennes situation samt opbygge relationen til patienten; f.eks. 'The Calgary-Cambridge guide to the medical interview'^{17, 18} Forfatterens erfaring fra undervisning og supervision med introlæger i Finsencentret, Rigshospitalet, er de teknikker, lægerne har med fra de nuværende post graduate kommunikationskurser, ikke altid tilstrækkelige til at

15 Bruera, E., Palmer, J. L., Pace, E., Zhang, K., Willey, J., Strasser, F. et al. (2007). A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients. *Palliat. Med.*, 21, 501-505. Dias, L., Chabner, B. A., Lynch, T. J., Jr., & Penson, R. T. (2003). Breaking bad news: a patient's perspective. *Oncologist*, 8, 587-596. Lienard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J. et al. (2008). Factors that influence cancer patients' and relatives' anxiety following a three-person medical consultation: impact of a communication skills training program for physicians. *Psychooncology*, 17, 488-496.

16 Baile, W. F., Kudelka, A. P., Beale, E. A., Globler, G. A., Myers, E. G., Greisinger, A. J. et al. (1999). Communication skills training in oncology. *Cancer*, 86, 887-897.

17 Kurtz, S. M., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. (2. ed. ed.) Abingdon: Radcliffe Medical.

18 Silverman, J., Kurtz, S. M., & Draper, J. (1998). *Skills for communicating with patients*. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press.

imødekomme de kommunikative krav, det onkologiske speciale stiller med de mange alvorlige beskeder, der overgives her. Der er behov for mere samspilssensitive teknikker, hvor lægerne i højere grad tilrettelægger deres kommunikation efter patientens her-og-nu tilstand, således at de formår at opretholde relationen i vanskelige situationer. Der er derfor behov for uddannelsesstilbud, der tager udgangspunkt i praksis eller praksisnære situationer, hvor lægerne bliver givet mulighed for at udvikle deres relationelle kompetencer. Vi mener, at MBSU kan være en måde at styrke lægernes relationelle kompetence på.

Gennemførelse

For at træne lægernes mentaliseringsevne udviklede den ene af denne artikels forfattere Hanne Ryborg Dreier, tre forskellige mentaliseringsbaserede uddannelsesstilbud, som tager udgangspunkt i lægernes praksisoplevelser, refleksioner over praksis og indeholder formidling af psykologisk teori og metode med inspiration fra teorier om mentalisering¹⁹, CMM²⁰ (Coordinated Management of Meaning) og narrativ praksis²¹. I MBSU benytter psykologen glidende overgange mellem supervision, konsultation, kriseintervention og undervisning. Metoden beskrives delvist i den tilhørende manual, men for yderligere information kontakt venligst info@hanneryborg.dk.

De tre mentaliseringsbaserede uddannelsesstilbud:

1. Drop-in gruppesupervision består af 30-40 minutters kombineret undervisning (fx om mentalisering, krisestyring m.m.) og supervision på lægernes praksisoplevelser – hver 14. dag ialt syv gange. Tilbuddet er frivilligt.
2. Individuel ambulatoriesupervision. Her er psykologen observatør og videofilmere lægens samtaler i ambulatoriet. Dagen efter superviseres lægen 30 minutter ud fra videoptagelserne. Tilbuddet afholdes i alt tre gange pr. læge.
3. Kommunikationstræningsdag består af to timers undervisning i mentalisering efterfulgt af fire timers træning med skuespiller og feedback fra psykologen og kollegagruppen. Undersøgelsen omfatter de i alt 11 yngre læger, der var på onkologisk afdeling på Rigshospitalet i en uddannelsesstilling i interventions- og evalueringsperioden.

Evalueringen tager udgangspunkt i lægernes egne oplevelser af deres udbytte og psykologens kliniske observationer. Det har ikke været muligt at inddrage data fra patienter, idet patienterne ofte ikke ser den samme læge flere gange. Ambulatoriesupervisionen blev evalueret ved før- og efterinterview, kommu-

19 Grønvold, M., Pedersen, C., Ravn Jensen, C., Faber, M. T., & Thit Johansen, A. (2006). Kræftpatientens verden: En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. Kbh.: Kræftens Bekæmpelse.

20 Pearce, W. B. (2007). Kommunikation og skabelsen af sociale verdener. Kommunikation og skabelsen af sociale verdener. Virum: Dansk psykologisk Forlag.

21 White, M. (2008). Kort over narrative Landskaber. Hans Reitzels Forlag.

nikationstræningskurset blev evalueret ved før- og efterinterview. Endelig blev spørgeskema og Drop-in gruppesupervision evalueret ved spørgeskema og interview.

For at kunne vurdere om supervisionen har styrket lægernes evne til at mentalisere skelner vi, som Skåderud, i analysen af interviewene mellem implicit, eksplicit og kompetent mentalisering²². Implicit mentalisering er ubevidst og intuitiv, og lægen kan kun gengive, hvad han gjorde. Eksplicit mentalisering er bevidst, og lægen viser her evne til at tillægge egne og patientens handlinger mening gennem fortællinger. Kompetent mentalisering er bevidst og nuanceret. Lægen giver på dette niveau udtryk for større indsigt i og forståelse for rationalet og følelserne bag patientens handlinger og effekten af kommunikative strategier. Samtidig formår lægen at inkludere tanker om egne følelser i situationen. Analyseresultaterne fra interviewene sammenholdes med psykologens kliniske observationer under interventionerne.

Resultater

Alle 11 læger deltog i drop-in gruppesupervisionen - to regelmæssigt og resten sporadisk. Ved lodtrækning deltog fem læger i ambulatoriesupervision og seks læger i kursusdagen. Alle lægerne synes, at patientkommunikation er meget vigtigt og er motiverede for uddannelse inden for dette område. Vores vurdering er, at de deltagende læger, som udgangspunkt, var i stand til at skabe gode relationer til patienterne og havde i før-interviewene holdninger præget af åbenhed og nysgerrighed med hensyn til, hvad der foregår i eget og patientens sind, det som i litteraturen kaldes at have en mentaliserende indstilling²³. I forskellige henseender har lægerne dog hver især punkter, hvor de føler sig utilstrækkelige i egne kompetencer i forhold til at opretholde en konstruktiv relation til patienten f.eks.:

- Mødet med en vred patient/pårørende
- Samtaler, hvor pårørende overtager styringen
- Samtaler, hvor lægen skal give budskabet om snarlig død til en ung patient med små børn.

Individuel ambulatoriesupervision

De i alt fem deltagende læger var motiverede, og tre af lægerne satte sig konkrete læringsmål. fire ud af de fem læger fik et større handlerepertoire bundet op på deres personlige stil – f.eks. krisestyring, at møde og anerkende patienten før de tager styringen, og at udforske emotionelle reaktioner for at forstå patientens behov bedre end før ambulatoriesupervisionen. Disse fire læger

²² Skåderud, F. & Karterud, S. (2007). At forstå sig selv og hinanden - en introduktion. In (pp. 13-1). København: Akademisk Forlag.

²³ Ibid

gik aktivt ind i at blive mere bevidste i deres kommunikation, de kunne f.eks. gengive psykologens redskaber til analyse af kommunikation. Den femte læge fik et større konkret udbytte af drop-in gruppesupervisionen, men fik gennem ambulatoriesupervisionen sat fokus på sine personlige kommunikative styrker og værdien af disse. Han fortalte, hvordan han har opnået større følelse af sikkerhed i anvendelsen af sine kommunikative strategier.

En læge, der blev mere eksplicit mentaliserende, beskriver, hvorledes han indledningsvist forbereder sig grundigt fagligt ved at orientere sig i journalen. Men angiver, at han undervejs i samtalen ikke analyserer og reflekterer bevidst over kommunikationen: *"...oftest tænker jeg ikke så meget over tingene i situationen mere end sådan rent instinktivt."* Lægens primære kommunikative strategi er at give patienten den dårlige besked og så tage den derfra. *"Så må man få den lukket der og så sige, så må man tage det op på et andet tidspunkt. Eller se om man kan sende dem nogle andre steder hen, hvor de kan arbejde med deres vrede og frustration over situationen."* Lægen ved, at han ikke altid reagerer hensigtsmæssigt og mener ikke, det kan laves om, idet han mener, at kommunikation er personafhængig: *"Jeg er, som jeg er, og har tidligere forsøgt at lave om på nogle ting, ikke med det store held og med primært mit dårlige humør som følge."*

Lægen blev under supervision bedre til at opdage og forstå baggrunden for patientens reaktioner og mere bevidst i valget af sine kommunikative strategier. Han begyndte at anvende de strategier, psykologen anviste, selv om disse var fremmede for ham. Han udvidede sit ansvarsområde til også at inkludere håndtering af patientens akutte krise. Efter supervisionen udtalte lægen; *"Ja, prøve at fange de små signaler fra patienten: Hvor det begynder at skride, hvornår er det, hvilke situationer er det, der netop kan udløse de her krisereaktioner. Fordi i og med, jeg måske handler lidt mere instinktivt end nogle gange godt er, så sker det jo af og til, at jeg forfejler målet og sprænger en bombe under patienterne, som jeg så må hive hjem. Men der er det så, jeg prøver at være mere bevidst om selvfølgelig at undgå det, men også at se, når det sker, og så prøve at redde det."*

Kommunikationstræningskursus

fire ud af de seks læger i kommunikationstræningsgruppen sagde i interviewene, at de havde fået nye redskaber og større bevidsthed om dét, de allerede gør. I interviewene ser vi endvidere tegn på, at de fire læger har fået styrket deres mentaliseringsevne. To læger, der betegnede sig selv som 'private', ønskede ikke at eksponere sig selv og fravalgte at træne dét, der var særligt svært for dem. Disse udtalte efterfølgende, at de ikke havde fået så meget ud af kurset og – paradoksalt – at træningen med skuespiller burde være obligatorisk. Disse to samt en tredje læge syntes, at kurset indeholdt kendt stof. Den tredje

læge trænede dét at blive 'lammet' af en vred patient og fortalte efterfølgende (desværre uden for interviewet), at hun ikke 'lammes' længere, at hun analyserer sig frem til patientens behov og imødekommer disse, mens hun håndterer egne følelser og har en åben og interesseret holdning. Ud fra den tredje læges beskrivelse af praksis og refleksioner over praksis, vurderer vi, at også hun er blevet styrket i sit handlerepertoire og mentaliseringsevne.

En læge, der blev kompetent mentaliserende i løbet af undersøgelsen, var f.eks. en læge, der finder det svært at give patienterne dårlige beskeder, og han beskrev før interventionerne, hvordan han nogle gange ikke vidste, hvad han skulle gøre eller sige. Efter interventionerne udtrykte lægen kompetent mentalisering, og at han havde fået et større handlerepertoire. F.eks. blev lægen mere styrende i samtaler og begyndte at stille flere direkte spørgsmål til patienterne. Lægen beskriver, hvordan han er gået fra at være konfliktsky, forsigtig, ikke opmærksom på egne følelser, konsensus-søgende og undskyldende over for patientens reaktioner til, at han nu har fået ny indsigt, der hjælper ham til at forstå patienten. *"Nu tænker jeg mere bevidst over, i hvilken situation, patienten er. Før følte det bare som om, jeg undskyldte patienten "Nå ja, han er i krise" men nu er det sådan, at jeg tænker over og siger, han er i den situation, og han er sur, han skælder ud (fordi) ..."*

"...De har jo lige fået deres livs chok inden for de sidste 7-10 dage. Naturligvis har jeg en (strategi), hvor jeg overtager ledelsen og siger: "Så gør vi det," og det har jeg faktisk brugt mere. Det er også nogle gange et lidt dejligt redskab, og man mærker også at patienten falder til ro med det. Jeg har brugt den et par gange ubevidst. Nu kan jeg bruge det meget mere bevidst, jeg tænker: "Det her er sådan en problemstilling, der kræver, at man lytter, eller det her er en problemstilling, der kræver, at jeg forklarer eller hvor jeg siger: "Det her kan vi ikke diskutere lige nu."

Lægen har udvidet sit ansvarsområde til også at inkludere vurdering af behov for hjælp til både patienter og pårørende og oplyse om forskellige psykologtilbud: *"...jeg har følelsen af ansvar for at gøre dem opmærksomme på, at de er i en krise, og at man kan få hjælp til det. Jeg tror, ja mange er faktisk slet ikke vidende om det, det vidste jeg heller ikke klart."*

Kurset har hjulpet lægen til at være mere opmærksom på egne følelser og tanker i relation til personalet. Tidligere var han meget frustreret over spildtid i forbindelse med ambulatoriearbejdet.

"Det har også hjulpet mig til at udtrykke mig bedre over for personalet, jeg er meget konfliktsky normalt... Før har jeg bare været sur, og så gik jeg hjem."

Drop-in gruppesupervision

De to læger – der deltog regelmæssigt – så ud til at få det største udbytte. De lærte f.eks. at opdage patientens reaktion og ændre strategi ud fra denne. Den ene arbejdede med at stille udforskende spørgsmål og den anden med at styre og adskille, hvem der taler hvornår, når der er en meget talende og afbrydende pårørende med til samtalen. Generelt udtrykte lægerne, at de havde fået større teoretisk viden, nye redskaber og følte sig bedre rustet til vanskelige samtaler. En af lægerne udtalte: *"Jeg kan huske en af de første uger, jeg var herinde, hvor jeg havde det kursus. Der fulgte jeg med min kollega, og han kom i en situation, hvor datteren var helt oppe og køre og nærmest havde sat sig mellem patienten og lægen. Jeg tænkte bare, at jeg ikke ville have vidst, hvad jeg ville have gjort der, og det ville jeg vide nu."*

Lægerne var enige om, at det er godt at have et åbent forum, hvor de har mulighed for at spejle sig i hinanden, og at gruppesupervisionen har givet dem mulighed for at reflektere mere over deres egen praksis. En læge udtalte: *"... hvor jeg så har siddet med andre af mine yngre kolleger, hvor jeg tænker, så er jeg begyndt mere at reflektere og finde ud af, nej, sådan ville jeg ikke have gjort, så på den måde blive mere klar over, hvad min egen teknik er, og hvad det egentligt er, jeg bruger af måder til at komme i gang med samtalen i stedet for, at jeg i hvert fald tidligere havde min egen agenda...."*

Evaluering af indsatsen

Diskussioner og overvejelser over resultaterne

Lægernes udbytte afhang i høj grad af deres motivation og deres personlige begrænsninger for at tilegne sig et nyt repertoire: Nogle af lægerne har stærke overbevisninger om, hvordan de bør gøre og være. For to af lægerne var det f.eks. så vigtigt at være behagelige (skabe harmoni i samtalen og undgå konflikter), at det gik ud over deres evne til at kommunikere hensigtsmæssigt. Den ene læge var tilbageholdende i en grad, at det forhindrede ham i at være styrende i samtalen, mens den anden læge ikke kunne være udforskende i forhold til patientens emotionelle reaktioner. En tredje læge manglede bevidsthed om egne kommunikative styrker og 'famlende derfor i blinde' på trods af, hun rent faktisk i sin samtalepraksis fremviste et bredt repertoire af strategier. Det er derfor nødvendigt at se på, hvilke begrænsende overbevisninger, der kan ligge bag lægernes 'personlige stil', når man arbejder med at udvide deres repertoire. Lægens udbytte afhang endvidere af, hvordan tilbuddet matchede, den måde, den enkelte bedst lærer på via et individuelt tilbud, eller via at se og spejle sig i andre i et gruppetilbud. De 'meget private' læger, der deltog i træningskurset, fik ved den tilfældige lodtrækning i dette studie eksempelvis ikke et tilbud, der

matchede deres præferencer.

Lægernes udbytte er meget individuelt. Vores klare fornemmelse, som også underbygges af deltagernes kommentarer, særligt efter interviewet er afsluttet, er dog, at ambulatoriesupervisionen gav det mest omfattende, personlige og forandringsskabende udbytte. Lægerne i dette studie havde alle stort udviklingspotentiale, men for at udvikle mentaliseringsevnen til 'kompetent niveau', er vores vurdering, at de skal superviseres og coaches yderligere over en længere periode, end nærværende projekt har haft mulighed for. Ved stabil deltagelse i den tidsøkonomiske gruppesupervision er det dog muligt at tilægge sig ny handlekompetence og nye måder at forstå og varetage relationen med patienten på. Ulempen ved gruppesupervisionen, som er et drop-in tilbud, er, at lægerne fravælger den typisk pga. tidspres. Det tidsøkonomisk set mere eksklusive individuelle tilbud fik meget gode evalueringer. Deltagerne synes, det var luksuriøst at få personlig feedback og coaching på deres samtaler. Ulempen er, at de ikke ser andre læger arbejde og ikke sparrer med ligestillede i læringsprocessen. Kursustilbuddet imødekom ønsket om at se, hvordan andre læger kommunikerer samt muligheden for at øve sig og få individuel feedback. Tilbuddet tilgodeser dog ikke de læger, der ikke ønsker at eksponere sig selv. Ressourcemæssigt er ulemperne, at lægerne tages ud af deres arbejde, og der er udgifter til en skuespiller.

Konklusion

Alle de tre mentaliseringsbaserede uddannelses tilbud styrkede lægernes relationelle kompetencer. Alle lægerne fik øget handlekompetence, og flere af lægerne fik styrket deres mentaliseringsevne. To af lægerne udviser kompetent mentalisering, og flere har taget skridt fra implicit mod øget eksplicit mentalisering og har dermed opnået større bevidsthed og refleksion samt metoder til at analysere og forstå vanskelige relationer.

Der er ingen klar konklusion på, hvilket uddannelses tilbud, der bedst styrker lægernes mentaliseringsevne. Det er muligt at udvikle sin mentaliseringsevne i det mest tidsøkonomiske uddannelses tilbud – gruppesupervisionen – men for at udvikle kompetent mentaliseringsevne kræves det, at lægerne udfordres i deres refleksioner ved hjælp af en kompetent samtalepartner.

Ambulatoriesupervisionen kan gennemføres uden ændringer og giver det mest personlige og forandringsskabende udbytte. Gruppesupervisionen er det mest tidsøkonomiske tilbud og dermed, for mange hospitalsafdelinger, det mest realistiske at oprette. Tilbuddet kan med fordel gøres obligatorisk. Træning med skuespiller på kurset kan med fordel ligeledes gøres obligatorisk.

Afslutning og perspektivering

Forventningen i patientundersøgelser som 'Kræftpatientens verden'²⁴ er, at lægen skal være en kompetent kommunikator og kunne skabe relationer, så patienterne føler sig set og behandlet unikt. Disse kompetencer konkurrerer med de nye lægers videns- og færdighedstilegnelse på det medicinske felt, så selvom kommunikation ligger lægerne meget på sinde, træder det ofte i baggrunden. En styrkelse af lægernes mentaliseringsevne, der har en effekt på patientrelationen, kræver, at lægerne får mulighed for at diskutere, bevidstgøre og italesætte deres kompetencer med en kompetent sparringspartner, der kan bevidstgøre og udvide lægernes eksisterende repertoire.

Anbefalinger

På baggrund af denne undersøgelse, kan det anbefales, at man etablerer et basistilbud bestående af løbende drop-in eller obligatorisk gruppesupervision hver uge eller hver 14. dag. Er tids- og økonomiske ressourcer til stede, kan basistilbuddet suppleres med et individuelt tilrettet tilbud ud fra lægens præference – individuelt eller gruppebaseret.

²⁴ Grønvold, M., Pedersen, C., Ravn Jensen, C., Faber, M. T., & Thit Johnsen, A. (2006). Kræftpatientens verden: En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. Kbh.: Kræftens Bekæmpelse.

C. SYSTEMISK-NARRATIV INSPIRERET SUPERVISION AF LÆGER OG SYGEPLEJERSKER, DER ARBEJDER MED KRÆFTPATIENTER

Af kommunikationsrådgiver Linda Svenstrup Munk, overlæge Jette Seidelin og psykolog Marianne Kruse

Resumé

I dette projekt er systemisk-narrativ inspireret supervision blevet udviklet og afprøvet som metode til at øge erfarne lægers relationelle kompetencer. Effekten af supervisionen er målt på både læger og patienter. Målingerne omfatter også kvalitative interview med de læger, der har deltaget i supervisionen. Disse interview viser, at systemisk-narrativ inspireret supervision ser ud til at være en brugbar metode til at styrke den del af lægernes relationelle kompetencer, der handler om evnen til at reflektere over og udvikle sin egen funktion i relationen.

De læger, der deltog i supervisionen, oplevede en positiv effekt på det kollegiale og personlige plan og gennem dette et større overskud til patienterne. Det har trods omfattende målinger og statistisk bearbejdning ikke været muligt at vise en direkte effekt af supervision på patienterne. 57 patienter blev undersøgt via spørgeskemaer. At effekten ikke var målbar på patienterne skyldes i høj grad, at patienterne i forvejen vurderede kommunikationen med lægerne meget positivt (i gennemsnit 6,9 på skala fra 1-8). En effekt på patienterne må dog kunne forudsiges, når lægerne oplever større overskud til at rumme patienterne som individ med særlige behov og ønsker. For helt at kunne dokumentere en eventuel effekt på patienterne skal der længerevarende undersøgelser til med en større gruppe læger og patienter.

Formål

Formålet med projektet var at udvikle supervision som metode til at styrke erfarne lægers relationelle kompetencer og undersøge effekten på både læger og patienter.

Baggrund

Erfarne læger, som har arbejdet med kræftpatienter i en lang række år, har været på mange faglige kurser, men kun få har været på kommunikationskurser under og efter specialuddannelsen. Lægerne står ofte i vanskelige situationer, hvor de har brug for gode kommunikative og relationelle kompetencer, men de har i dagligdagen ikke meget tid til og mulighed for at tale med andre kolleger om disse oplevelser og lære af, hvordan andre kolleger opfatter og tackler lignende situationer. At reflektere over egen og andres kommunikation med patienterne er en af de relationelle kompetencer, som er en af forudsætningerne for den gode kommunikator. Lægers kommunikative og relationelle

kompetencer har en afgørende betydning for patienters tilfredshed, usikkerhed og angst og for deres efterfølgende håndtering af de psykosociale forhold i relation til sygdommen²⁵.

Relationelle kompetencer handler både om evnen til at udvikle sin egen funktion i relationen og om evnen til at se patienten som et individ og tage vedkommendes ønsker og holdninger alvorligt ud fra individuelle behov, som påpeget i undersøgelsen *Kræftpatientens verden*²⁶.

Systemisk-narrativ inspireret supervision som metode til at styrke lægernes relationelle kompetencer

Systemisk-narrativ inspireret supervision blev i dette projekt udviklet som metode til at styrke lægernes relationelle kompetencer. Systemisk-narrativ inspireret supervision er en supervisionsform, som kobler teorier og metoder fra både den systemiske²⁷ og den narrative²⁸ supervisionstilgang. Som i den klassiske systemiske supervision interviewes supervisanden ud fra en selvvalgt problemstilling. Ud fra den narrative bevidningspraksis kaldet 'outsider-witness group' interviewes alle deltagere derefter enkeltvis af supervisor ud fra supervisandens ønsker. Til forskel fra outsider-witness group interviewes deltagerne ikke ud fra de klassiske 4 trin, men ud fra spørgende metoder fra både den systemiske og narrative tilgang (se manualen). I overensstemmelse med narrativ praksis lægger supervisor sin egen fortolkning af situationen på hylden²⁹, og jf. den systemiske tankegang vil supervisor ikke et bestemt sted hen med supervisanden^{30 31}. At koble det systemiske og det narrative i supervisionen kan være brugbart i arbejdet med læger og sygeplejersker, når formålet er at skabe et refleksionsrum, hvor fokus ikke er på, hvad der er rigtigt og forkert at sige til patienterne, men hvor fokus er på at give deltagerne mulighed for at udvide og udforske egen funktion i relationen – på en udforskende og anerkendende måde uden en ekspert, der dømmer.

Målet med supervisionen var, at nuancere deltagerne egne opfattelser og derved handlemåde i forhold til patienterne, dvs. at ændre de relationelle kompetencer i form af at blive bedre til at støtte patienterne psykisk og se dem som individ.

25 Fallowfield, L. (1992). The ideal consultation. *Br.J.Hosp.Med.*, 47, 364-367. Grønvold, M., Pedersen, C., Ravn Jensen, C., Faber, M. T., & Thit Johnsen, A. (2006). *Kræftpatientens verden: En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for*. Kbh.: Kræftens Bekæmpelse.

26 Grønvold, M., Pedersen, C., Ravn Jensen, C., Faber, M. T., & Thit Johnsen, A. (2006). *Kræftpatientens verden: En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for*. Kbh.: Kræftens Bekæmpelse.

27 Boscolo, L. (1991). *Systemisk familierterapi - Milanometoden: samtaler om teori og praksis*. Kbh.: Hans Reitzel.

28 White, M. (1995). *Re-authoring lives: interviews & essays*. (Reprint ed.) Adelaide: Dulwich Centre Publications.

29 Holmgren, A. (2010). *Narrativ pædagogik - det handler om livskraft; Narrativ pædagogik i praksis . 10 huskeregler*. In A. Holmgren (Ed.), *Fra terapi til pædagogik: en brugsbog i narrativ praksis* (1. udgave ed., Kbh.: Hans Reitzel.

30 Boscolo, L. (1991). *Systemisk familierterapi - Milanometoden: samtaler om teori og praksis*. Kbh.: Hans Reitzel.

31 Hougaard, E., Diderichsen, B., & Nielsen, T. (1998). *Psykoteraapiens hovedtraditioner: en indføring i psykoanalytisk, oplevelsesorienteret, kognitiv, systemorienteret og integrativ psykoteraapi*. (1. udgave ed.) Virum: Dansk Psykologisk Forlag.

Gennemførelsen: Design og metode

Erfarne gynækologer med onkologisk kirurgisk ekspertise inden for gynækologi blev i dette projekt tilbudt systemisk-narrativ inspireret supervision ved den ansatte interne psykolog. Supervisionen blev tilrettelagt efter en narrativ og systemisk referenceramme jf. ovenstående med vægt på kollegial sparring, anerkendelse og refleksion³²³³³⁴. Se mere i manualen for dette projekt.

Supervisionen tog udgangspunkt i lægernes refleksioner over de oplevelser og udfordringer, de stod med i deres arbejde på Gynækologisk Klinik. 3 af de 8 læger, der havde mulighed for at deltage, meldte sig. Projektet kom dermed til at bestå af en interventionsgruppe bestående af de tre læger, der modtog supervision, og en kontrolgruppe. Kontrolgruppen bestod af de resterende 5 læger fra det gynækologiske onkologiske team samt få andre læger, der varetog postoperativ information af patienter i projektperioden. De læger, der deltog i supervisionen, mødtes 8 gange med psykologen til 1½ times supervision.

Evaluerings

Supervision af læger bruges som udviklingsredskab i mange sammenhænge i sundhedsvæsenet i dag. Men kun få har beskæftiget sig med at dokumentere og måle effekten. I Danmark har man vist, at deltagelse i supervisionsgrupper giver forbedrede kommunikations evner, større faglig kompetence og større arbejds glæde, men mange af målingerne omfatter kun praktiserende læger og nye læger, ikke erfarne læger³⁵. Heller ikke i udlandet er der hjælp at hente. Mange udenlandske undersøgelser af effekten af supervisionen handler mere om at måle selve supervisionen og kvaliteten af denne, set med supervisors øjne, end udbyttet, efter at supervisionen er afsluttet og set med de superviseredes øjne³⁶. Andre undersøgelser dokumenterer, at supervisionen har en effekt, men at det er afgørende, at supervisionen bliver fulgt op i praksis, efter at den er afsluttet³⁷.

32 Boscolo, L. (1991). Systemisk familierapi - Milanometoden: samtaler om teori og praksis. Kbh.: Hans Reitzel.

33 Mortensen, A. (2008). Dirty supervision. In Perspektiver på supervision: en erhvervspsykologisk antologi (1. udgave ed., [Virum]: Dansk Psykologisk Forlag.

34 White, M. (1995). Re-authoring lives: interviews & essays. (Reprint ed.) Adelaide: Dulwich Centre Publications.

35 Krøll, V. & F. E. (2002). Supervision til praktiserende læger – betydning og udbytte. Rinkøbing Amt 2002.

36 Perspektiver på supervision: en erhvervspsykologisk antologi (2008). (1. udgave ed.) [Virum]: Dansk Psykologisk Forlag.

37 Heaven, C., Clegg, J., & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. 2. Patient Education and Counseling, 60, 313-325.

Med udgangspunkt i Kirkpatrick's model for evaluering af undervisning, vil man kunne tale om en effekt af supervisionen på fire forskellige niveauer³⁸:

1. *Reaktionsniveauet*: Supervisandens tilfredshed med supervisionen.
2. *Læringsniveauet*: Supervisionens indflydelse på supervisandens holdning eller viden.
3. *Handlingsniveau*: Ændring i supervisandens handling.
4. *Resultatniveau*: Udbytte for patienterne.

Målet med supervisionen var at give lægerne lejlighed til at reflektere over deres virke og få input til at reflektere og gøre noget anderledes. Dvs. at øge deres refleksionsniveau samt øge den del af deres relationelle kompetencer, der handler om evnen til at reflektere over og udvikle egen funktion i relationen og derved forbedre patientkommunikationen. Dvs. en effekt på både niveau 1, 2, 3 og 4.

For at undersøge effekten af supervisionen på både patienter og lægerne lavede vi en før- og en eftermåling i form af spørgeskemaer ved 57 samtaler mellem 12 læger og 57 patienter. Derudover foretog vi interviews med lægerne både før og efter projektperioden om deres relationelle kompetencer og oplevelsen af samtalerne med patienterne. Dvs. en måling på både niveau 1, 2 og 4 ifølge Kirkpatrick's model³⁹.

Før interventionen er der spørgeskemaer fra 12 læger, som tilsammen har talt med 30 patienter, dvs. mellem 1 og 6 samtaler per læge. Efter interventionen er der spørgeskemaer fra 10 læger, som tilsammen har talt med 27 patienter, dvs. mellem 1 og 5 samtaler per læge. Tre af de ti læger fra post perioden har fået supervision. Disse tre læger står for 11 (41 %) af de 27 postinterventions-samtaler.

Spørgeskemaundersøgelse

Før intervention

12 læger ► 30 patienter
(heraf: 3 interventionslæger)

Efter intervention

10 læger ► 27 patienter
(heraf: 3 interventionslæger
som stod for 41 % af samtalerne)

Både patienter og læger udfyldte specifikke spørgeskemaer efter hver enkelt samtale efter operation for æggestokkræft i en periode forud for supervision og en periode på 2 måneder efter supervisionens ophør. Spørgeskemaerne blev udleveret i forbindelse med samtalen med patienten efter operation på mistanke om æggestokkræft. Diagnosen "æggestokkræft" stilles som oftest

38 Smidt, A., Balandin, S., Sigafoos, J., & Reed, V. A. (2009). The Kirkpatrick model: A useful tool for evaluating training outcomes. *J. Intellect. Dev. Disabil.*, 34, 266-274.

39 Kirkpatrick, D. (2006). *Evaluating training programs, the four levels*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

først ved operationen. Samtalen efter operationen stiller derfor høje krav til lægernes relationelle kompetencer og kommunikative kunnen, da det er ved denne samtale, at lægen bekræfter diagnosen og samtidig fortæller, hvor ubredt sygdommen er. Fokus var derfor på denne samtale, og spørgeskemaer blev udfyldt af både patient og læge lige efter hver samtale. Lægerne udfyldte derudover et generelt spørgeskema før og efter supervision om, hvordan de vurderede deres egne relationelle kompetencer i samtaler som denne. Alle spørgeskemaer omhandlede specifikt lægernes relationelle kompetencer i form af spørgsmål, der tager udgangspunkt i at undersøge lægens evne til at være omsorgsfuld, lydhør, tage patientens bekymringer alvorligt, se patienten som et unikt individ og om oplevelsen af tilliden mellem lægen og patienten og opfattelsen af kommunikationen generelt.

Resultater

De læger, som deltog i supervisionen, tilkendegav alle i kvalitative opfølgende interview, at de havde fået meget ud af supervisionen på både det personlige og interkollegiale plan, og at de derved havde fået større overskud til patienterne. Det ser således ud til, at supervisionen har rykket ved netop den del af lægernes relationelle kompetence, der handler om evnen til at reflektere over og udvikle sin egen funktion i relationen, og at supervisionen af den vej skaber et større mentalt overskud hos lægen, der kommer patienterne til gode. Dvs. en ændring på både niveau 1 og 2 i Kirkpatrick's niveauer.

Lægerne oplever større fortrolighed tætte kollegiale relationer

Lægerne angiver alle i de kvalitative interview, at de har haft glæde af at komme tættere ind på hinanden i et fortroligt rum. De har fået en åbenhed indbyrdes, hvilket har været med til at styrke følelsen af fællesskab og skabe respekt blandt de deltagende. Læge A udtrykker det på denne måde: *"Det store for mig har jo været den der kollegiale sparring, som vi ellers ikke tager, fordi det er noget, vi ellers ikke ligesom accepterer, det er ikke sådan rigtigt kommet i fokus. Her var der jo netop (...) rum og man fik feedback"*, Læge B supplerer: *"Vi fik en respekt for hinanden og hinandens måde at se på, altså kom hinanden nærmere som kolleger (...) fik snakket om nogle situationer, som har berørt os rigtig meget, fundet ud af at sætte ord på, hvorfor reagerer man sådan"*. Læge C: *"man kommer lidt nærmere ind på et par kolleger (...) man får lidt mere fornemmelse af, hvad de har for ressourcer på det her område"*.

Lægerne oplever at have større overskud til patienterne

Via spørgeskemaerne har det ikke været muligt at vise en signifikant effekt på patienterne, men det ser det ud til, at lægerne selv oplever, at de gennem supervisionen har fået større overskud til patienterne. Læge A: *"Det skærper ens opmærksomhed på at passe på hinanden og patienten måske, at man forsøger*

at være mere sådan skånsom eller hvad skal man sige (...) man skal også hele tiden have patienten med eller sådan, at man følges ad på vejen, eller hvad skal man sige". Læge B: "Vi fokuserede meget hurtigt, ikke så meget på patientkommunikation som os selv i vores, på os selv og på den funktion det er at være læge, hvad det betyder for os, hvordan vi selv føler, vi står i den situation. Hvad det er, vi kan byde ind med, det var meget mere det, og hvad der gør os usikre, og hvad der får os til at komme videre, få overskud. Så man kan sige det på den måde, i forhold til patienterne har det givet mere overskud ved at have den supervision, giver det overskud til så at gribe problemerne med patienterne".

Lægerne får nye vinkler på patientkommunikation og øget handlekompetence

To ud af de tre læger angiver specifikt, at de har haft glæde af at prøve den systemisk-narrativ inspirerede supervisionsmetode på egen krop, fordi det er en teknik, de kan mærke, de kan bruge eller allerede bruger over for patienterne.

I den systemisk-narrativ inspirerede supervisionsform fjerner supervisor sig helt fra ekspertrollen og holder sig til den nysgerrige undersøgende rolle. I den systemisk-narrativ inspirerede supervision stiller supervisor spørgsmål, som supervisanden selv skal tage stilling til. Supervisor udtaler sig således ikke om, hvorvidt noget skal ændres eller ej, men hjælper supervisanden til at blive mere tydelig i hft. egne holdninger. Dette minder i høj grad om det, som de erfarne læger skal kunne gøre med patienterne for at kunne støtte dem psykisk på deres egne præmisser.

Læge A forklarer det på denne måde: "forskellige måder at værne om patienten på og patientens følelsesliv, det har jeg hørt i den gruppe, som jeg ikke før har fået præsenteret på den måde, kan man sige, så der er i hvert fald en ny vinkel på det for mig". Læge B supplerer: "fordi vi ligesom prøvede samme metode, som vi selv anvender. Så det er mere sådan aha, det er altså det, der er hvis man får lov til at tale ud, og hvis man får lov til at formulere sig, så får man styr på sine tanker, og får orden i kaos, og derfor kan man komme videre. Det er jo også det samme, vi gør over for patienterne", "det blev mere tydeligt". Læge C har samme opfattelse, men udtrykker den ikke så markant selv. Til interviewerens spørgsmål: Altså hvad kunne det være netop for at høre, hvordan de takler en bestemt situation, hvor man tænker, nå sådan kunne man også gøre" svarer læge C: "Ja, det er sådan det er".

Lægerne bliver i de kvalitative interview spurgt, om de har fået nye måder at håndtere patientkontakten på, dvs. om de har ændret handlekompetence. Til dette svarer de: Læge A: "Jahh, det har jeg, fordi der er nogle af de andre, der griber det an på en anden måde, sådan er det jo, så jeg har jo deres måde med ind over, når jeg

fører en samtale, så det er jo klart, at det giver noget input,. Den ville jeg ikke kende, hvis jeg ikke havde siddet med dem i det rum og hørt, hvordan de havde taklet deres svære situationer. "Det nuancerer billedet, og man ligesom ja får flere vinkler på, hvordan man håndterer det" (...) noget, man kan tage fat med, hvis der kommer en svær situation"

Læge B: *"det var jo den narrative metode, Marianne brugte, og det som man kan sige er, jamen man kunne forstå, hvor vigtig den metode er også over for patienterne, fordi den virker helende".* Læge C beskriver det på denne måde: *"man kører meget i sine egne spor, og nu har man pludselig fået sådan en mulighed her og kunne, ja komme hinanden ind på livet."*

Det ser således ud til, at deltagerne har fået noget ud af supervisionen på flere forskellige områder, og at de har øget deres bevidsthed om, hvad de gør i den konkrete samtale, og hvad man ellers kunne gøre. Men er denne ændring sporbar på patienterne, dvs. en effekt på niveau 4?

Effekten på patienterne

I de spørgeskemaer, lægerne selv udfyldte om deres generelle relationelle kompetencer i denne type samtale, er der ikke signifikant forskel (udført med et Wilcoxon rank sum test) før og efter supervisionen. Lægerne vurderer således ikke sig selv bedre efter supervisionen, tværtimod. Det er dog et meget lille datamateriale, så man ville ikke forvente signifikante forskelle. Man kan spore en lille tendens til, at lægerne bliver mere bevidste om at bruge deres viden om kommunikation post intervention (spørgsmål 3). Præintervention er der tendens til, at de læger, der har deltaget i supervisionen er læger, der gerne vil udvikle sig (spørgsmål 14).

Der er til gengæld en statistisk signifikant forskel på, hvordan lægen og patienten scorer samtalen i spørgsmålet; "I hvor høj grad er du tilfreds med kommunikationen mellem dig og lægen/patienten ved denne samtale". Der er større chance (7.24) for, at patienten scorer samtalen "højt" end lægerne. Lægerne vurderer generelt samtalerne mere midt på skalaen, mens patienterne er mere positive. Det ser dermed ud til, at patienterne er mere tilfredse med samtalerne end lægerne selv både før og efter supervisionen, når begge parter bliver bedt om at vurdere dette via samme spørgsmål.

Alt i alt må vi konkludere, at vi med spørgeskemaerne og de relativt få data ikke har været i stand til at spore en direkte effekt af supervision på patienterne, dvs. en effekt på niveau 4 i flg. Kirkpatrick's model. Dette kan skyldes både studiets beskedne størrelse og sammensætningen af interventionsgruppen (lægerne kunne selv melde sig) og patientgruppen. Patienterne var i forvejen

meget tilfredse med kommunikationen, og den statiske sandsynlighed for at øge denne tilfredshed signifikant er i forvejen minimal.

Relationelle aspekter af kommunikationen

De relationelle kompetencer er et vigtigt aspekt af oplevelsen af god kommunikation, og ser man nærmere på nogle af de kommentarer, som patienterne har til spørgeskemaerne i denne lille undersøgelse, kommer der interessante resultater frem vedrørende kommunikationen, og hvad det er, der betyder noget for patienternes oplevelse af god kommunikation.

Patienterne bliver i undersøgelsen spurgt, hvorvidt de har oplevet, at lægen gjorde noget særligt for, at de skulle føle sig trygge ved ham/hende og have tillid til ham/hende. Til dette svarer patienterne, at det de før interventionen særligt har lagt mærke til er: "(Lægen) inddrog sig selv som person", "tegnede operationsforløbet", "Var nærværende", "tålmodig med at forklare", "klappede en på armen", og "sad ned og forklarede stille og roligt".

Efter interventionen er det samme type af fænomener, som patienterne fremhæver: "Talte med mig og ikke til mig", "Tog min hånd og satte sig på sengen", "Lyttede, inddrog mig i beslutningen om operation", "Gav opmuntrende og ærlige informationer", "Beroligende, gav mig information".

Patienterne betoner således i særlig grad netop det relationelle aspekt af kommunikationen og evnen til at være nærværende, støttende og at være til stede i nuet på patientens individuelle præmisser. Nogle har brug for en hånd, andre har brug for opmuntring, mens andre har mere brug for visuel kommunikation.

Det relationelle ser i denne lille undersøgelse ud til at være en af de mest afgørende faktorer for patienternes opfattelse af kommunikationen. Dette lægger fint i tråd med andre undersøgelser af kommunikation, hvor netop lægernes faciliterende kommunikationsevner, dvs. evnen til at kommunikere på en støttende og opsøgende måde frem for en direktiv og faktisk tilgang, gør en forskel⁴⁰. Dette understøtter vigtigheden af fortsat at træne og sætte fokus på de relationelle kompetencer – verbale som nonverbale - hos både nye og erfarne læger via enten systemisk-narrativ inspireret supervision, som i dette projekt, eller via en af de andre metoder, som skitseres i denne samlede rapport om relationelle kompetencer.

⁴⁰ Silverman, J., Kurtz, S. M., & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. (2. ed. ed.) Abingdon: Radcliffe Medical.

Afslutning og perspektivering

Systemisk-narrativ inspireret supervision, som den blev anvendt i dette projekt, ser ud til at have en effekt på lægerne på det personlige og interkollegiale plan og en effekt på lægernes overskud til patienterne (Kirkpatrick's niveau 2). Det har ikke været muligt at måle en direkte effekt på patienterne (Kirkpatrick's niveau 4). Dette skyldes i høj grad, at det er meget vanskeligt at vise effekt på Kirkpatrick's niveau 4 af en iværksat intervention, her supervision. Derudover er datamaterialet meget lille, og patienterne vurderede i forvejen de involverede læger til at være i den bedste ende af skalaen, så chancerne for at rykke vurderingen var på forhånd minimale. En anden metodisk vanskelighed ved projektet er selve målingerne af udbyttet på niveau 4: patienterne. Det har vist sig metodisk vanskeligt at operationalisere begrebet 'lægernes relationelle kompetencer', målt på patienterne, og man kan derfor forestille sig, at der skal en anden type målinger til, før en sådan effekt vil kunne påvises og undersøges.

Patienterne, som blev undersøgt i dette projekt, hæftede sig særligt ved det relationelle i kommunikationen, når de blev bedt om at beskrive, om lægen gjorde noget særligt for, at de skulle føle sig trygge og få alle bekymringer frem. Dette fokus understøtter hele projektets overordnede fokus på at forbedre lægernes relationelle kompetencer som et led i forbedringen af kræftpatienternes oplevelse af at blive set, at få taget sine holdninger og tanker alvorligt og at blive støttet psykisk.

Anbefalinger

Den systemisk-narrativt inspirerede supervisionsmetode kan, med udgangspunkt i ovenstående betragtninger og metodiske begrænsninger, anbefales til afdelinger, hvor man ønsker at øge det kollegiale kendskab, indbyrdes respekt samt øge de relationelle kompetencer.

D. SUPERVISION AF PERSONALE: EKSISTENTIELLE OVERVEJELSER OG TRO HOS FORÆLDRE TIL KRÆFTSYGE BØRN

Af hospitalspræst Christian Busch, hospitalspræst Henning Nabe-Nielsen, ph.d.-stipendiat og religionssociolog Nadja Ausker og religionssociolog Majbritt Normann Nielsen

Resumé

I dette projekt er en tværfaglig gruppe bestående af 1 læge, 1 pædagog og 6 sygeplejersker fra Rigshospitalets Pædiatriske klinik II, afdeling for børn med blod- og kræftsygdomme, blevet superviseret i perioden januar til juni 2010. Supervisionsforløbet er blevet planlagt og gennemført af to præster fra Rigshospitalets kirke. I alt blev det til 10 sessioner af hver 1 ½ times varighed. Supervisionen har drejet sig om eksistentielle overvejelser og tro hos forældre til indlagte børn på afdelingen. Supervisanderne har evalueret supervisionen ved forløbets afslutning. I evalueringen har de givet udtryk for, at temaet vedrørende eksistentielle overvejelser og tro har været relevant for deres daglige arbejde, at de har fået nye redskaber til at blive mere opmærksomme på disse behov, og at det har været godt for det tværfaglige samarbejde på afdelingen. Desuden blev der givet udtryk for, at personalet generelt har brug for mere undervisning om eksistentielle og religiøse emner.

Formål

Formålet med projektet er at udvikle og afprøve en supervisionsform, der kan sætte deltagerne bedre i stand til at støtte patienter, forældre og pårørende til kræftsyge børn, så de oplever at blive mødt som individer med egne ønsker og behov samt får professionel støtte i forhold til de eksistentielle, åndelige og religiøse behov, som deres situation tilskriver. Supervisionsforløbet tager udgangspunkt i en forventning om, at kvalificering af personalets kompetencer vil have en positiv effekt på det daglige arbejde. Dette gøres ved at:

- 1) Sætte supervisanderne i stand til at identificere, når patienter, forældre og pårørende til kræftsyge børn berører eksistentielle, åndelige og religiøse emner samt tanker.
- 2) Sætte supervisanderne i stand til at forstå og spørge til eksistentielle, åndelige og religiøse emner samt tanker.
- 3) Sætte supervisanderne i stand til at indgå i dialog med patienter, forældre og pårørende til kræftsyge børn om disse emner og tanker og
- 4) Give supervisanderne et større fagligt og personligt overblik samt medvirke til supervisandernes faglige og personlige udvikling.

Baggrund

Forberedelsen og kvalificeringen af supervisionsforløbet krævede en baggrundsviden om forældres eksistentielle og religiøse tanker og overvejelser i forbindelse med deres barns kræftsygdom – en baggrundsviden, der er svært tilgængelig, fordi emnet er relativt uudforsket i danske såvel som udenlandske sammenhænge. Psykologerne Bernard Spilka, John Spangler og Constance Nelson har forsøgt at kaste lys over emnet i deres spørgeskemaundersøgelse fra 1980'erne af forældre til børn med kræft. Undersøgelsen fokuserer hovedsagelig på forholdet til hospitalspræsterne, men der er også enkelte generelle betragtninger vedrørende forældrenes religiøsitet⁴¹. Derimod er den udenlandske forskning i betydningen af tro i forbindelse med sygdom på et mere generelt plan langt i sin udvikling. Denne forskning er overvejende gennemført af den amerikanske religionspsykolog Kenneth I. Pargament, der med sin teori om religiøs coping forsøger at forklare, hvordan nogle mennesker mestrer deres krise ved at anvende religion i en eller anden udstrækning⁴². Der findes endnu ikke konkrete målinger på danske forhold⁴³, men inden for de senere år er fokus på forskning i tro og helbred øget i en dansk kontekst. Fx har den kirkelige funktion på Rigshospitalet taget initiativ til en større spørgeskemaundersøgelse kaldet "Patienttrouundersøgelsen" foretaget i 2005/06. Undersøgelsen konkluderer bl.a., at danskere under sygdom intensiverer deres eksistentielle og religiøse tanker og bliver mere religiøst aktive⁴⁴.

Forældreinterview

Den ovenfor beskrevne mangel på belysning af området blev igangsætter for at foretage en interviewundersøgelse af syv forældre til indlagte børn på Rigshospitalets Pædiatriske klinik II, afdeling for børn med blod- og kræftsygdomme⁴⁵. Formålet med interviewene var at belyse, hvilke religiøse og eksistentielle overvejelser de pårørende har, og hvad de finder problematisk i kommunikationen med personalet.

Resultaterne fra undersøgelsen blev fulgt op af rapporten: "*Jeg skal bare være der hele tiden – Religiøse og eksistentielle tanker hos forældre til kræftramte børn*" (fremdeles nævnt som miniundersøgelsen), hvor Nadja Ausker bl.a. konkluderer, at forældre til kræftramte børn har eksistentielle overvejelser, men af meget forskellig art. Fra at ville lægge sin livsstil om, til at verden, som man kendte den, er brudt sammen. Ausker opsummerer: "*For nogle forældre opleves det at få et sygt*

41 Spilka, B., Spangler, J. D., & Nelson, C. B. (1983). Spiritual Support in Life Threatening Illness. *Journal of Religion and Health*, 22, 98-104.

42 Pargament, K. I. (2001). *The Psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

43 Pedersen, C. G. & Zachariae, B. (2008). [The importance of spiritual well-being for cancer patients' quality of life]. *Ugeskr. Laeger*, 170, 847-849.

44 quality of life]. *Ugeskr. Laeger*, 170, 847-849. Ausker, N., Ia, C. P., Busch, C., Nabe-Nielsen, H., & Pedersen, L. M. (2008). [Existential thoughts and religious life of Danish patients] 1. *Ugeskr. Laeger*, 170, 1828-1833.

45 Denne undersøgelse er foretaget af Ph.d.-stipendiat og religionssociolog Nadja Ausker.

barn som en særligt stor religiøs udfordring, hvor tanker om mening og retfærdighed bliver sat på prøve, og det samme kan troen på gud også gøre. Nogle forældre har ikke de religiøse overvejelser i samme grad. Og nogle betragter ikke sig selv som religiøse.”

Miniundersøgelsen og interviewundersøgelsen af det deltagende personale inden supervisionsforløbet blev brugt som "idékatalog" for supervisorerne i forhold til de problemstillinger og temaer, som gruppen skulle igennem.

Gennemførelsen

Supervisionsforløbet fandt sted i perioden januar til juni 2010 fordelt på i alt 10 sessioner af en varighed på 1 ½ time pr. gang. Interessen for supervisionsforløbet var stor – 18 personer ønskede at være med efter introduktionsoplægget på afdelingen ved kirkens præster. Kun 8 personer; 1 læge, 1 pædagog og 6 sygeplejersker blev udvalgte til at deltage i gruppen. På trods af den store interesse har deltagelsen i forløbet været svingende. Travlhed på afdelingen samt planlægningsproblemer synes at være de to hyppigste grunde til afbud. Der blev skrevet logbog over hver enkelt supervisionsgang.

Supervisionen

I supervisionen blev der lagt vægt på, at gruppen blev hjulpet med at få indblik i egne faglige og personlige muligheder og barrierer i forhold til deres arbejde med eksistentielle overvejelser og tro hos patienter, forældre/pårørende til kræftsyge børn. Supervision betragtes her som en undersøgende lærings-samtale, hvor supervisanden – inden for en afgrænset kontrakt – reflekterer over egne faglige og personlige problemstillinger og relationer, som har at gøre med hans/hendes arbejdsmæssige situation⁴⁶. I praksis blev hver supervision indledt med en runde, hvor deltagerne fremlagde cases, overvejelser og problemer fra deres daglige virke. Derefter blev der prioriteret mellem hvilke sager, der skulle fokuseres på, og afsat den fornødne tid til at udfolde de aftalte cases. Supervisionen blev afsluttet med en runde, hvor deltagerne fik mulighed for at reflektere over, hvad de bragte med sig hjem fra dagens supervision.

I behandlingen af cases blev der anvendt en supervisionsform, der lægger vægt fænomenologisk udfoldelse af det, som deltagerne umiddelbart ser, sanser og oplever i forhold til deres samvær med patienter og pårørende. Ligeledes har sigtet, i mere analyserende samtaler, været at udfolde og undersøge de begreber af eksistentiel og religiøs karakter, som er dukket op i samtalen samt at af-søge begreberne for nye mulige forståelsesperspektiver. Endelig har der været egentlige undervisningssessioner, hvor supervisorerne har formidlet viden om eksistentielle og religiøse temaer.

⁴⁶ Alrø, H. & Kristiansen, M. (2002). Supervision som dialogisk læreproces. Aalborg: Institut for Kommunikation.

Evaluering

Supervisionsforløbet er blevet evalueret på to måder:

Personalet (tværfagligt): Der er blevet foretaget interview med det medvirkende personale før og efter supervisionsforløbet. I alt 16 interview. Endvidere fik supervisanderne udleveret evalueringsskemaet *Evaluering af supervision af personale i arbejdet med eksistentielle/religiøse spørgsmål hos forældre til kræftsyge børn forår 2010* efter sidste supervisionsgang. Skemaet består af afkrydsningsfelter og åbne spørgsmål.

Pårørende (forældre til de syge børn): Projektets effektivitet forsøges yderligere kvalificeret ved at inddrage miniundersøgelsen. Supervisorerne har, på baggrund af forældrenes udtalelser i interviewene, haft mulighed for at se, hvilke problemstillinger forældrene lægger vægt på i forhold til kommunikationen med personalet. Supervisorerne har desuden haft mulighed for at se, hvilke eksistentielle overvejelser og tro forældrene giver udtryk for. På den måde blev det muligt at drage de aktuelle problematikker ind i supervisionsforløbet.

Resultater

Interviewene med personalet er blevet til et omfangsrigt, kvalitativt materiale. En grundig analyse af materialet vil danne baggrund for delprojektets manual og anbefalinger til, hvordan et supervisionsforløb for denne målgruppe bør udformes.

Ved den sidste supervision blev der udleveret et evalueringsskema bestående af en afkrydsningsdel samt åbne spørgsmål. I alt har seks ud af de otte deltagere udfyldt evalueringsskemaet. På grund af fravær på evalueringdagen mangler to skemaer at blive udfyldt.

Afrapportering af undersøgelsens resultater tager udgangspunkt i evalueringsskemaets afkrydsningsdel svarende til spørgsmålene 5 – 10, idet disse spørgsmål kan tegne et billede af, om de fire punkter, beskrevet under afsnittet formål, er nået. For at nuancere afkrydsningssvarene er forskellige interviewsekvenser samt dele af de kvalitative svarmuligheder fra spørgeskemaet taget med.

Sp. 5:	Supervisionen har givet mig nye redskaber, som jeg kan bruge i min daglige praksis
Sp. 6:	Jeg oplever, at jeg har fået større teoretisk viden om pårørendes eksistentielle overvejelser og religiøse tro
Sp. 7:	Efter at have deltaget i supervisionsgruppen føler jeg mig bedre rustet end før til at tale med forældrene om deres eksistentielle overvejelser og religiøse tro
Sp. 8:	Efter at have deltaget i supervisionsgruppen oplever jeg, at det er nemmere at tale med mine kollegaer om forældrenes eksistentielle overvejelser og religiøse tro
Sp. 9:	Temaet for supervisionsgruppen er relevant for mit arbejde
Sp. 10:	(Undervisnings)formen i supervisionen har været udbytterig for mig

Resultatet af afkrydsningsskemaet viser, at temaet for supervisionsforløbet (spørgsmål 9) har været relevant for den enkelte supervisands daglige arbejde. Fem af supervisanderne har således vurderet, at temaet i høj grad er relevant for deres arbejde, og en har svaret i nogen grad. Vi kan ikke vide noget om de to manglende besvarelser, men samtlige interviewede supervisander giver udtryk for, at temaet udgør en vigtig del af deres arbejde. En af supervisanderne udtrykker det på denne måde: "..., det er enormt vigtigt at kunne finde ud af, hvilken sygepleje, man skal yde, også til forældrene. Det gør man kun, eller det gør man ikke kun, men man kommer rigtig langt, hvis man tør spørge dem ad,..." En anden supervisand udtrykker sig således: "..., det er en lige så vigtig opgave som at sørge for, at børnene får deres kemoterapi." Og endelig: "Faggruppen har brug for en ny viden omkring troen, ja, trosretninger, men også at høre, at man kan tænke på livet på en anden måde end det, vi har lært." Supervisanderne giver også udtryk for, at det har haft betydning, at supervisionsgruppen var tværfaglig: "...jeg synes, jeg fik meget ud af det tværfagligt, det var sådan set godt at sidde i det forum med sygeplejersker, pædagog og andre (...) Også for at høre, hvad det var kan man sige, for nogle situationer, der gik dem på." En anden interviewperson har udtrykt det således: "Jeg synes, jeg har fået rigtig meget ud af det rent fagligt, også netop fordi det var ikke bare monofagligt, men at det netop var tværfagligt forum, vi sad i, så det der med at man lige får nogle andre vinkler og perspektiver ind på det..."

Formen på supervisionen (spørgsmål 10) har der også været overvejende tilfredshed med. Her har fire ud af seks svaret i høj grad. Der har i særdeleshed været stor tilfredshed med den mere undervisningsprægede gennemgang af eksistentielle temaer: "Det mest udbytterige har været når Christian og Henning har taget emner op fx skyld – på teoretisk og praktisk plan". Og: "Vores emner om håb og skyld har været rigtig brugbare for mig." Det har i særlig grad været temaerne håb, skyld, skam, meningsløshed og manglen på italesættelse af emnet død i afdelingen, som supervisanderne giver udtryk for har været vigtige at gennemgå.

Til trods for at der har været generel tilfredshed med formen for supervisionsforløbet, er der i både de åbne spørgsmål fra evalueringsskemaet og i in-

interviewmaterialet forskellige konstruktive og gode forslag til forbedringer af forløbet. På det åbne spørgsmål fra evalueringsskemaet: "Hvad kunne der med fordel være mere af" svarede en af respondenterne: "Mere af det teoretiske så de konkrete situationer bliver mere alment eksistentielle". En anden efterlyser mere "Tavleundervisning".

På spørgsmålet om supervisionsforløbet har givet personen nye redskaber, der kan bruges i den daglige praksis (spørgsmål 5), har tre svaret i høj grad, og tre har svaret i nogen grad. Særligt dét at rumme den svære samtale, har været vigtigt for supervisanderne: "Det er ikke altid, man kan tænke sig ud af det, men bare være i det- agtigt og rumme det og være i det sammen med dem og godt kan forstå deres frustration og bare lade dem snakke...". Og udtrykt på en anden måde: "Jeg synes på en eller anden måde, det har været godt, at man tænker over tingene på en anden måde. (...) i hverdagen deroppe, går man og kan bruge noget af det, når vi har nogle terminale patienter, hvordan skal du nu formidle..." Og: "..., jeg har fået nogle rigtig gode konkrete vendinger, som jeg kan bruge til at komme ind på livet af nogle familier (...)...sådan måder at få sagt tingene på,..." Der er flere udtalelser fra interviewene, der kan tjene som eksempler på dette.

Spørgsmålene 6, 7 og 8 har "scoret" lavest. Det afspejler, at der stadigvæk er en del usikkerhed i forhold til at tale med pårørende og til dels også børnene om emner som religiøsitet og eksistentielle overvejelser – dette altså til trods for, at de fleste synes, at de har opnået nye redskaber til deres daglige praksis. Adspurgt i interviewundersøgelsen om dette svarer denne supervisand: "...jeg synes stadigvæk, det er svært, og det tror jeg, det vil blive ved med at være". Hun siger dog senere: "..., jeg har fået lidt mere indblik i det, men jeg synes stadigvæk, det er svært (...) Jeg tror også, det er derfor, at man nogle gange, især hvis der er travlt, at man går uden om desværre." Usikkerheden over at tale om disse emner kan også ses i følgende interviewsekvens, hvor supervisanden efterlyser: "... at vi havde snakket meget mere om, hvordan spørger man ind til, hvad de tænker om at skulle dø, hvordan forholder de sig til døden, eller bruger de gud, bruger de noget andet." Noget tilsvarende afspejles i flere af evalueringsskemaets besvarelser af de åbne spørgsmål, hvor der bl.a. er flere af supervisanderne, der som nævnt efterlyser mere "tavleundervisning".

Der kan spores en tendens i interviewene til, at personalet er blufærdige, når det kommer til at spørge ind til eksistentielle og religiøse temaer: "... det er netop det der med, at hvis det er, at det er et signal, man ikke lige har læst rigtigt, eller er lidt bange for at træde nogen over tærne, især ved at få sagt noget forkert". Denne blufærdighed blandt sundhedsprofessionelle er beskrevet flere steder fx af Peter la Cour, der forklarer tendensen med, at personalet er bange for at træde

forkert⁴⁷. En interessant iagttagelse, der er gjort i forbindelse med personaleinterviewene, er, at den VIPS – model⁴⁸, som personalet anvender, når de optager sygeplejeanamnese, indeholder stikord til at komme "hele vejen rundt om patienten" – også i forhold til eventuelle åndelige og religiøse overvejelser. Det paradoksale er, at dette felt i de fleste tilfælde ikke bliver udfyldt.

I interviewundersøgelsen blev der spurgt til, hvordan personalet forholder sig til eksistentielle og åndelige temaer i deres arbejde på afdelingen. Den generelle holdning i supervisionsgruppen er, at det er en naturlig del af deres opgaver som sundhedsprofessionelle. Og det er særdeles vigtigt i forhold til idealet om helhedspleje. Der er altså ikke umiddelbart en modstand i personalegruppen imod at forholde sig til disse emner. Argumenterne for ikke at udfylde anamnesepapirerne på dette område har ofte at gøre med den ovenfor beskrevne blufærdighed, men også faktorer som tidspres, spiller en rolle: "...man har en overordnet tidsplan, som man er nødt til at holde af forskellige årsager...". Desuden afspejler interviewene også, at der bevidst/ubevidst foregår en prioritering i områderne af helhedsplejen, hvor den instrumentielle pleje ofte prioriteres højest: "det er den, man faktisk, jeg vil ikke sige glemmer, men det er ikke den, man får spurgt ind til som det allerførste, (...)..., grunden til, at man måske kommer lidt uden om den, det er, for familierne er så stor en mundfuld at lande ved os..." Og: "...så det er ikke, fordi jeg ikke synes, vi er gode til det, det kommer bare i anden række i forhold til en del af den instrumentale sygepleje". Eksemplerne viser, at der er en diskrepans imellem sygeplejerskernes ideal vedrørende pleje, og det de i praksis gør. Diskrepansen opstår, fordi personalet arbejder i en organisation, hvor andre værdier og måder at agere på dominerer, end idealet om helhedsplejen⁴⁹.

Personalet finder det anderledes nemt at spørge patienter/pårørende, der har en anden etnisk baggrund end dansk: "Det er meget sjældent, når man modtager en familie, at man spørger om deres religiøse overbevisning, med mindre det lige springer en i øjnene, at her har vi en muslimsk familie, det er i virkeligheden meget nemmere frem for at spørge en dansk familie, om de er troende på nogen måder, eller om de bruger gud (...) spørge ind til det.". Der er flere af sygeplejerskerne, der giver udtryk for, at de ingen kvaler har med at spørge til de "synligt" religiøse, dvs. ofte personer, som de antager, bekender sig til Islam: "...når vi har de fremmede kulturer, det synes jeg, jeg er meget opmærksom på.". De nævnte eksempler viser, at man kan komme ud i nogle grove generaliseringer, når man ikke får spurgt ind til emnerne. Selvom man er muslim, kan man have en meget afslappet holdning til traditioner og foreskrifter. Og man kan også støde på danskere, for hvem tro og religiøsitet spiller en stor rolle i hverdagen.

47 Baig, N., Kastrup, M., & Rasmussen, L. (2010). Tro, omsorg og interkultur: erfaringer fra social- og sundhedsområdet. (1. udgave ed.) Kbh.: Hans Reitzel.

48 VIPS – modellen er et redskab til dokumentation af sygepleje i patientjournalen ved hjælp af søge-ord. VIPS er forkortelser af de overordnede mål for sygeplejen: Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed

49 Lindhardt, T., Hallberg, I. R., & Poulsen, I. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int.J.Nurs.Stud.*, 45, 668-681.

Indfrielse af formålet med supervisionsforløbet

Evalueringsskemaerne og personaleinterviewene viser, at personalet har oplevet at blive gjort opmærksom på deres daglige praksis i mødet med patienterne og deres pårørende set i forhold til eksistentielle tanker og religiøsitet. Supervisionen har ifølge personalet selv givet et større fagligt og personligt overblik og medvirket til deres faglige og personlige udvikling i forhold til området. Supervisionsforløbet har endvidere givet superviserne redskaber til i højere grad at være i stand til at identificere, når patienter og pårørende berører eksistentielle, åndelige og religiøse emner samt tanker. Men evalueringen viser også, at det stadigvæk opleves som "svært" for personalet at forstå og spørge til eksistentielle, åndelige og religiøse emner samt tanker og ikke mindst indgå i dialog med patienter og pårørende om disse emner.

Afslutning og perspektivering

Dette projekt har vist, at et supervisionsforløb med udgangspunkt i emnerne eksistentielle overvejelser og religiøsitet er både vigtigt og relevant i forhold til de sundhedsprofessionelles daglige arbejde på børnekræftafdelingen. Forløbet har således givet dem redskaber til at forholde sig til disse emner. Supervisionsforløbet har også vist, at der er stor efterspørgsel på mere undervisning om emnerne, da det stadigvæk opleves som svært at gå ind i en samtale om dette. Således belyser interviewene, at til trods for et redskab som VIPS-modellen, der giver personalet muligheder for at spørge ind til eksistentielle og religiøse emner, så fravælges denne mulighed. Vi vurderer derfor, at der fortsat er et stort potentiale i undervisnings- og supervisionsforløb, der skal ruste sundhedsprofessionelle til denne vigtige opgave.

Den største udfordring for projektet har været en meget svingende deltagelse. Evalueringen peger i retning af, at den manglende deltagelse ikke skyldtes indholdet, men snarere var et spørgsmål om planlægning. Derfor anbefales det, at man ved supervision af sundhedsprofessionelle tilrettelægger et langt mere åbent forløb, hvor deltagerne kan komme, når de har mulighed for det – eventuelt arrangeret som 'drop-in-supervision'. Ellers skal det gøres til et forløb med mødepligt, hvilket kræver en ledelsesmæssig beslutning om at dække vagterne for det personale, der går fra til supervision. Endelige kunne man overveje at gøre supervisionsforløbet mere praksisnært. Dvs. at et plejeteam ved afslutning af et behandlingsforløb bliver superviseret om alle facetterne af indlæggelsen.

E. UNDERVISNINGSPROGRAM FOR PERSONALE I ARBEJDET MED MANDLIGE KRÆFTPATIENTER

Af chefpsykolog Svend Aage Madsen

Resumé

Projektet har gennem to intensive undervisningsforløb med urologiske sygeplejersker over i alt 2 x 18 timers undervisning afprøvet, evalueret og udviklet et undervisningsprogram: "Den mandlige patient i teori og i praksis - Forstå og kommuniker med den mandlige kræftpatient". Programmet kan anvendes på andre urologiske afdelinger i landet, til personale der arbejder med mænd med kræft generelt og i det hele taget alle, der arbejder med mandlige patienter.

Formål

Formålet med projektet er at udvikle et dialog- og øvelsesorienteret undervisningsprogram til sundhedspersonale, der arbejder specifikt med mandlige kræftpatienter. Gennem afprøvning hos personale, evaluering og måling udvikles programmet. Undervisningen søger at udvikle personalets relationelle kompetencer til at imødekomme mandlige kræftpatienters særlige behov. Dette bygger på, 1) at der er kønsbestemte aspekter af mænds sundheds- og sygdomspsykologi, 2) at mænd ofte fokuserer på alt det i deres liv og identitet, der er ved siden af og efter sygdommen, det raske og velfungerende, og 3) at der i kommunikationen med mandlige patienter kan være særlige elementer, som personalet ikke hidtil er blevet trænet i.

Baggrund

Hvor kvinder hyppigst er utilfredse med forhold vedrørende kommunikation, kontakt med personale mv., er mænd hyppigst utilfredse, når det gælder emner som genoptræning, kontakt med andre patienter, kollegernes forståelse for sygdommen og dens konsekvenser samt information om hjælp uden for hospitalet. Mænd påtager sig ofte ikke hele identiteten som patient, men vil hellere være fx 'en smed med kræftsygdom' end kræftpatient. Der er således vigtige kønsforskelle i patienters oplevelser af at være syge og være patienter⁵⁰.

'Kræftpatientens verden' viser, at mænd i højere grad fokuserer på det, der er ved siden af, uden om og efter sygdommen. Uddannelsen søger at udvikle de relationelle kompetencer hos personalet ud fra tanken om, at patienter bedst imødekommes, hvis også deres køn tages i betragtning⁵¹. Her peger mange ting på, at særligt mænds behov ikke tidligere er blevet identificeret og tilgo-

50 Addis, M. & Mahalik, J. (2003) Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14.
Kiss, A. (2004) Does gender have an influence on the patient-physician communication? *Int Journ Men's Health & Gender*, 1(1), 77-82.

51 Madsen, S.Aa. (2007b) Manden som køn og patient. *Tidsskr Akad Spl*, 1, oktober. 4-12. Madsen, S.Aa. (2007) Men's special needs and attitudes as patients. *Int Journ Men's Health & Gender*. Vol 4 Issue 3, Sept, 361-362.

deset⁵². Det er derfor vigtigt at styrke de relationelle kompetencer i forhold til mandlige patienter.

Udviklingen af dette undervisningsprogram bygger på bl.a. uddannelsesprogrammerne *Uddannelse i kommunikation og dialog med mænd*⁵³, i uddannelsesprogrammet *Manden - i teori og i praksis*⁵⁴ for læger og sygeplejersker, et undervisningsprogram for apoteksansatte⁵⁵, og erfaringer fra Centre for Men's Health, Faculty of Health, Leeds Metropolitan University⁵⁶.

Omdrejningspunktet har været at forbedre personalets relationelle kompetencer i deres arbejde med mandlige kræftpatienter, hvilket her er set som evnen til at kunne etablere, indgå i og forstå relationelle sammenhænge. Dvs. evnen til at anerkende patientens måde at anskue sin tilstand og sygdom på, kunne forholde sig til og acceptere patientens følelser og holdninger samt vejlede og guide patienten ud fra dennes betingelser, situation, køn, baggrund og opfattelsesmåde. Relationelle kompetencer involverer også evnen til at reflektere over og udvikle sin egen funktion i relationen. Forudsætningen for at kunne give psykologisk støtte til en patient er således at se denne som et individ og tage vedkommendes ønsker og holdninger alvorligt. En vigtig psykologisk indfaldsvinkel til denne problemstilling er begrebet mentalisering, hvilket vil sige at danne sig forestillinger om og forholde sig til, forstå og reflektere over mentale tilstande hos sig selv og andre og herunder forstå både egne og andres handlinger som grundet i de mentale tilstande⁵⁷. Mentalisering er en generel social kompetence i familie med begreber som empati, indlevelse og lignende og kan ses som en af de vigtigste byggesten i vores måde at interagere med hinanden på i komplekse mellem menneskelige samspil.

Gennemførelsen

På baggrund de ovennævnte tidligere programmer og inspiration blev der udviklet et dialog- og øvelsesorienteret undervisningsprogram for fire undervisningsdage af fire timers varighed i perioden januar-marts 2010. Desuden er der holdt et enkelt oplæg om emnet for lægegruppen på klinikken. Endelig fik kursusgruppen et to timers opfølgingsforløb seks måneder efter. Kursisterne var 20 sygeplejersker på to hold fra Rigshospitalets Urologiske Klinik, hvor mandlige patienter udgør det langt overvejende flertal. I undervisningsprogrammet indgår emnerne:

52 Conrad, D. & White, A. (2007) Men's Health – how to do it. Oxford: Radcliffe

53 Der bygges i udviklingen af det konkrete undervisningsprogram på Olsen, H., Gram, J. & Madsen, SA. (red.) Uddannelse i kommunikation og dialog med mænd. København: Dansk Sygeplejeråd.

54 Fra Lægernes uddannelses forening: <http://www.luf.dk/manden.htm>

55 Madsen, S.Aa. (2006) Mænd og prostatakræft. CD-Rom. Hørsholm: ratiopharm A/S.

56 Leeds Metropolitan University (2008) Course in Men's Health, Diploma/BSc and Masters. Centre for Men's Health, Faculty of Health, Leeds Metropolitan University: http://www.emhf.org/resource_images/leedsdegrees.pdf

57 Se mere om dette begreb i bl.a. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002) Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York: Other Press.

- Mænds sundhed og sygdomme
- Mandens sundheds- og sygdomspsykologi
- Kommunikationen med manden om sygdom og sundhed
- Mænds psykiske reaktioner
- Manden som patient / kommunikation med den mandlige patient
- Manden i krise, herunder mænds vrede.

Der fokuseres særligt på de områder, hvor mænd signifikant hyppigst giver udtryk for utilfredshed: Tilbud om genoptræning, hjælp uden for hospitalet, kontakt med andre patienter, sygdomsforståelse fra kolleger og forbedret livskvalitet⁵⁸. Kurset er vekselvirkende imellem oplæg, dialog, gruppearbejde og case-øvelser. Særligt bygges der på cases, som deltagerne selv har medbragt vedrørende problemstillinger i arbejdet med mandlige patienter. Der er således tale om en meget høj deltagerinvolvering i alle 16 + 2 timers kursus. Kurset blev samtidig indregnet som en del af klinikkens officielle kompetenceudviklingsplan.

Evalueringer/målinger

Der blev gennemført følgende tre evalueringer og målinger af effekt/tilfredshed:

- a) Spørgeskemaer til patienter - før kurset og tre måneder efter
- b) Evalueringsskemaer til kursusdeltagerne lige efter med afkrydsning og pro-sasvar
- c) Fokusgruppe-interview med deltagere tre måneder efter kurset.

Ad. a) *Patientsvar*: Spørgsmålene til patienterne var ordret de spørgsmål, som indgik i 'Kræftpatientens Verden', og som hele projektet bygger på, nemlig spørgsmålene: "Føler du dig set som et individ?", "Har du fået psykisk støtte" og "Bliver dine holdninger taget alvorligt". Svarene på disse ses nedenfor (absolutte tal):

At blive set som individ

	Før	Efter
Altid	14	14
For det meste	9	11
nogle gange	2	0
Sjældent/ aldrig	0	1
Ved ikke	0	0
Ubesvaret	0	0

At få psykisk støtte

	Før	Efter
I høj grad	12	11
I nogen grad	8	10
I ringe grad	0	0
Slet ikke	2	1
Ved ikke	1	3
Ubesvaret	2	1

At få sine holdninger taget alvorligt

	Før	Efter
Altid	15	12
For det meste	9	12
nogle gange	1	0
Sjældent/ aldrig	0	0
Ved ikke	0	1
Ubesvaret	0	1

⁵⁸ Madsen, S.Aa. (2007) Manden som køn og patient. Tidsskrift for Akademiske Sygeplejersker, 1, oktober. 4-12.

Desuden indgik en række tilsvarende spørgsmål. Der var ikke på nogen af spørgsmålene signifikante forskelle mellem værdierne før og efter. Både før og efter var der et meget højt antal tilfredse patienter på alle spørgsmålene, som det også kan ses af ovenstående tabeller.

Ad. b) *Spørgeskema-evaluering fra deltagerne*: Alle deltagerne udfyldte et spørgeskema med afkrydsningsfelter og med åbne spørgsmål. Resultatet af afkrydsningen ses her:

Deltagernes vurdering af kurset: 4 = Rigtig meget ... 1= Slet ikke	
Indholdet i kurset var vigtigt	3,8
Kurset gav mig ny indsigt om emnet	3,6
Kurset gav mig redskaber, jeg kan bruge i dagligdagens arbejde	3,3
Måden, som tingene blev fremlagt på, passede mig	3,6
Fordelingen mellem oplæg og gruppearbejde passede mig	3,5

Der var ingen afkrydsninger med værdien 1 og kun en enkelt for værdien 2. Alle øvrige afkrydsninger var over 2 med 44 af 85 mulige i værdien 4 = 'Rigtig meget'.

De åbne spørgsmål i spørgeskemaet lød:

1. Hvad har været godt?
2. Hvad har været mindre godt?
3. Hvad vil du særligt tage med dig fra kurset?
4. Hvad ville du gerne have, der havde været mere af?
5. Hvad ville du gerne have, der havde været mindre af?
6. Har du forslag eller øvrige kommentarer til kurset?

I svarene herpå var der entydig positiv vurdering af kurset. Grundlæggende var der meget stor tilfredshed med at få indblik i mænds reaktionsmønstre og få lejlighed til at drøfte cases fra hverdagen med mandlige patienter. Der var en del spredning på spørgsmål, om der skulle være mere eller mindre gruppeøvelser over for teori, men ingen entydig tendens på det.

Ad. c) *Fokusgruppe*: Fokusgruppeinterviewet blev gennemført af en anden end underviseren. Deltagerne var en gruppe på fem tilfældigt udvalgte deltagere i kurset sammen med en af de afdelingssygeplejersker, der også havde deltaget i kurset, så der var samme leder- medarbejderfordeling som på kurset. Interviewet fandt sted tre måneder efter sidste undervisningsdag.

Interviewet var bygget op om disse spørgsmål og emner:

- Hvad tænkte I, da I fik tilbudt kursus om mandlige kræftpatienter?
- Er det noget, I har haft fokus på tidligere på afdelingen, specielt mænd?
- Har I tidligere været på sådan et kursus?
- Oplevelser af situationer med arbejdet med mænd som noget specielt?
- Konkrete eksempler fra jeres arbejde, hvor I har været bevidst om, at I brugte noget af det, I havde snakket om på kurset?
- Hvordan var det at tage udgangspunkt i nogle cases, som I selv kom med?

I analysen af interviewsvarerne fra kursisterne er vinklen den at undersøge, om der er forbedringer af de relationelle kompetencer ved at udforske forekomster af mentaliserende refleksioner hos deltagerne over, hvordan kursets indhold har indflydelse på deres praksis og deres måde at forholde sig til deres praksis på i forhold til mandlige patienter. Udgangspunktet er denne definition af mentalisering i arbejdet med patienterne:

- At forholde sig til og tale om tanker og følelser hos patienten og sig selv mens de foregår
- At skelne mellem ting, som de er, og som de ser ud – fx vrede der kan udspringe af angst
- At anerkende at mennesker oplever samme ting forskelligt – fx patient og sygeplejerske
- At forstå patientens og egne handlinger ud fra refleksioner over sindstilstandene bag
- At erkende og anerkende at man skifter oplevelser af ting.

Neden for gives eksempler fra fokusgruppeinterview på en mentaliserende proces i den daglige praksis på afdelingerne sat i gang af kurset (ordrette citater fra båndudskrift fra):

Om 'psykisk påvirkede patienter': a) *"tit tror jeg, vi handler ved sådan at blive frustrerede på dem i stedet for måske at se, hvorfor reagerer de, som de gør og tænke, der er nok en god grund til det. Det synes jeg, det har givet, kurset"* – **b)** *"jo og så også selv om de måske har sådan en lidt hård overflade, at man også stadigvæk husker, at de kan være nervøse og alt det, så det er heller ikke bare at sige, nå han ønsker ikke at snakke, men at man stadig væk graver en lille smule, fordi (man).. måske er blevet bedre til at finde åbningen"* – **c)** *"vi kom bare fra en holdning til den her patient, til at vi faktisk fik en ny eller kunne se nogle andre ting i situationen, f.eks. patienter der var ubehagelige ... at man ligesom kom ind bagved, hvad er egentlig årsagen til, at han reagerede, som han gjorde, at han var så ubehagelig over for os"*.

Om kommunikationen: c) "måske også lave indledning lidt anderledes end, 'hvordan har du det', starter samtalerne lidt anderledes end altid kun føle, føle" – d) "man har lært det der med at spejle følelser i forhold til patienten og sige, jeg kan se, du sidder og ryster, jeg kan se, du begynder at få lidt våde øjne, altså sådan reflektere det, man ser over til patienten og åbne op der på den måde".

Om den pårørende partner eller mor: e) "som jo egentlig blev vores frustrationspunkt i stedet for. Det kan man måske bruge nu, man kan måske bedre forstå det nu. Det ... synes jeg, jeg tænker mere over".

Generelt: f) "Men sådan er det jo, når man har lært noget nyt, så kan man jo lige pludselig se tingene i sit eget arbejde, uden at man måske bevidst ser det."

I disse citater forekommer eksempler på udsagn om indlæringen og betragtninger over daglig praksis, der opfylder kriterierne for mentaliserende processer som beskrevet i ovennævnte definition. Dermed udfoldes et centralt element i projektets formål.

Med forekomsten af sådanne udsagn i interviewene, den generelt store ros til kurset formuleret både i fokusgruppinterview og kommentarer i spørgeskemaer sammen med en bedømmelses-score på 3,6 ud af 4,0 mulige ser kurset ud til at have opfyldt sit mål og blive opfattet som vigtigt og udformet på en passende måde. Dette er blevet bekræftet i den senere opfølgingsundervisning af to timers varighed et halvt år efter, hvor deltagerne bekræftede betydningen af kurset for deres daglige arbejde og umiddelbart i undervisningens øvelse anvendte de arbejdsmetoderne, der var blevet trænet på kurset. Endelig kan undervisningsprogrammets positive effekt ses af det forhold, at man fra den klinik, hvor undervisningen blev gennemført, har bestilt et forløb mægen til for det personale, der ikke deltog i første runde.

Målt på deltagerevaluering er der således tale om en ubetinget vellykket afprøvning af uddannelsesprogrammet. At der i målingen på patienternes opfattelse af personalets adfærd på de tre kerneområder ikke ses nogen forandringer fra før til efter kurset skal først og fremmest ses i lyset af, at patienterne i før-målingen udtrykker så høj en grad af tilfredshed, at man næppe vil kunne forestille sig en forøgelse af andelen af patienter, der scorer højest på tilfredshedsskalaer.

Tilpasning

Der er kun sket mindre tilpasninger, da evalueringerne gav stærke positive bedømmelser fra deltagerne. Desuden er dele af programmet afprøvet og tilpas-

set i andre sammenhænge. Den her udviklede og afprøvede udgave er funktionel og har vist sig brugbar i forskellige sammenhænge.

Afslutning og perspektivering

Med dette delprojekt er der udviklet et velafprøvet undervisningsprogram for sundhedspersonale, der arbejder med mandlige patienter – her mandlige kræftpatienter på en urologisk afdeling. Da programmet er udviklet på baggrund af delvise afprøvninger også blandt andet hospitalspersonale såvel som praktiserende læger, er der ganske godt belæg for, at det kan anvendes i sin eksisterende form på andre hospitalsafdelinger, hvor man har mandlige patienter, ligesom det kan anvendes i andre sammenhænge, hvor mænd skal modtage sundhedsydelser.

Set i lyset af at det i denne projektsammenhæng og ved de andre afprøvninger hver gang er blevet klart, at dette har været første gang, at deltagerne har fået en undervisning, der har haft fokus på mandlige patients behov og opfattelser, synes det klart, at undervisningsprogrammet kan anvendes til at udvikle relationelle efterspurgte og vigtige kompetencer i arbejdet med mandlige patienter.

Anbefalinger

På baggrund af projektet anbefales det at gennemføre den undervisning, der ligger i det udviklede program på afdelinger med mandlige kræftpatienter og på alle afdelinger, der har mandlige patienter. Dertil anbefales det, at tankegangen og elementer fra programmet også indgår i uddannelsen af såvel sygeplejersker som læger.

5. De fælles resultater

Alle projekterne er evalueret af det medvirkende personale, der har udtrykt stor tilfredshed med den undervisning/supervision, som de har deltaget i. Alle projekterne har haft intentioner om at måle patientreaktioner for at kunne dokumentere effekten af projektet. Det viste sig imidlertid meget vanskeligt at etablere sådanne målinger. Der er flere årsager til dette bl.a., at både patient- og personalegrupperne i forskellige delprojekter ikke har været konstante, patienterne har ofte ikke mødt de samme sundhedsprofessionelle over længere tid, hvorfor der gennemgående ikke har været noget match mellem personale, der har deltaget i projektet, og patienter før og efter. Derfor har det ikke givet mening i alle projekter at måle på patienternes opfattelser af, om der er sket en forbedring af de relationelle kompetencer.

Nogle projekter har dog gennemført målinger af patientreaktioner før og efter projektet, men i ingen af tilfældene har der kunnet registreres ændringer og dermed effekter på patienternes oplevelser. Dette tilskriver vi de netop nævnte grunde, men også det forhold, at for i det hele taget at kunne måle effekter på patientoplevelserne i forhold til denne type indsatser, er der brug for dels at gennemføre projekterne med alt personale, der har med patienterne at gøre, dels at have langt større patientgrupper med i evalueringerne og endelig at få lejlighed til at måle effekterne over længere tid, end projekterne her har givet mulighed for.

Når dette er sagt, skal det understreges, at alle projekterne har modtaget overordentlig gode bedømmelser af de deltagende sundhedsprofessionelle (læger og sygeplejersker). Evalueringerne fra deltagerne er indhentet som interview, spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppe-dialoger. I alle udgaver er projekterne bedømt helt i top. Det er vores forventning, at personalets positive bedømmelser afspejler en faktisk udvikling af kompetencer på de forskellige områder, som projekterne har dækket. Den udvikling er vi overbeviste om, kommer patienterne til gode på netop de områder, hvor "Kræftpatientens verden" påpegede mangler i behandlingen på landets hospitaler indtil nu.

Der er således kommet fem anvendelige (afprøvede og evaluerede) programmer ud af det samlede projekt.

6. anbefalinger og perspektivering

De vedlagte fem manualer i form af to kursusbeskrivelser og tre vejledninger til afholdelse af forskellige former for supervision er de egentlige resultater af projektet "Relationelle kompetencer - Metoder til at fremme relationelle kompetencer hos personale, der arbejder med kræftpatienter". Disse 'manualer' er grundige beskrivelser af, hvordan man rundt om på hospitaler og bredere i sundhedsvæsenet kan lave tiltag, der sætter personalet bedre i stand til at se patienterne som individer, at tage patienternes ønsker og holdninger alvorligt og at give patienterne en bedre psykisk støtte.

Det er vores anbefaling, at man gennemfører disse tiltag – i tilpasset form – rundt om på landets hospitaler, hvor der arbejdes med kræftpatienter i alle sammenhænge. Vi mener, at de forskellige tiltag i dette projekt kan forbedre personalets relationelle kompetencer og på den måde medvirke til at rette op på de svagheder, der blev påpeget i "Kræftpatientens verden". Svagheder, vi i øvrigt ser som gennemgående i sundhedsvæsenets møde med patienter med alle slags lidelser.

Projekt støttet af Kræftens Bekæmpelses program:
"Dialog og kommunikation - Mødet med kræftpatienten"



Kræftens Bekæmpelse



Rigshospitale