

Pædagogisk reflektionsmodel gavner patienten

Anvendelsen af en pædagogisk refleksionsmodel er med til at kvalificere klinisk beslutningstagen og dermed sygeplejen til den enkelte patient. Det viser erfaringer fra et hospital i hovedstadsområdet. Der er planer om en systematisk opgørelse af effekten af arbejdet med modellen.

Jane Færch, klinisk sygeplejespecialist, sygeplejerske, cand.cur., ansat på Rigshospitalet, afsnit 3141/3142; Jane.færch@regionh.dk
Camilla Bernild, sygeplejerske, cand.mag., ph.d.-studerende

I den kliniske hverdag arbejder vi i Rigshospitalets hjertecenter med en pædagogisk refleksionsmodel (PRM) med henblik på at øge kvaliteten af de sygeplejefaglige kliniske beslutninger. I *Sygeplejersken* nr. 11/2011 beskrev vi PRM som en metode, der sætter fokus på at styrke kvaliteten af konkrete kliniske beslutninger, herunder særligt fokus på inddragelse af patientens perspektiv, integrering af forskning og bevidst kendskab til de organisatoriske rammer (1). Siden har vi fået mange henvendelser om, hvordan modellen anvendes i klinisk praksis, såvel præ- som postgraduat, og flere har efterspurgt en beskrivelse af brugen af PRM.

I denne artikel skitseres og begrundes derfor, hvordan PRM bliver anvendt i praksis. På et generelt plan er PRM tænkt som en metode til at skabe refleksion hos sygeplejersker med henblik på

1. at kvalificere sygeplejen til patienterne
2. at udvikle kompetencer hos sygeplejersker.

Disse to forhold hænger uløseligt sammen, se figur 1.

Flere modeller for klinisk beslutningstagning

I sygeplejen har man længe været optaget af, hvordan sygeplejersker træffer kliniske beslutninger, og der er udviklet forskellige modeller for dette (4). Flere modeller er kendetegnet ved, at de enten beskæftiger sig med det, der foregår i og omkring den lærende i et læringsperspektiv (5) eller selve beslutningens proces og faser, som man f.eks. ser det i sygeplejeprocessen (6). Andre modeller bidrager med videnstyper, herunder videnskabs-teoretiske positioner og metodologiske konsekvenser for klinisk praksis (2) eller beslutningstagen i relation til implementering af forskningsresultater (3). PRM tilbyder et pædagogisk perspektiv på klinisk beslutning med fokus på kompetenceudvikling og anvendelse i konkrete kliniske situationer. PRM bidrager med et blik på de indholdsmæssige vidensformer, der indgår i en kvalificeret, sygeplejefaglig klinisk beslutning, og illustrerer det sygeplejefaglige indhold i en klinisk beslutning, hvor det bliver særligt tydeligt

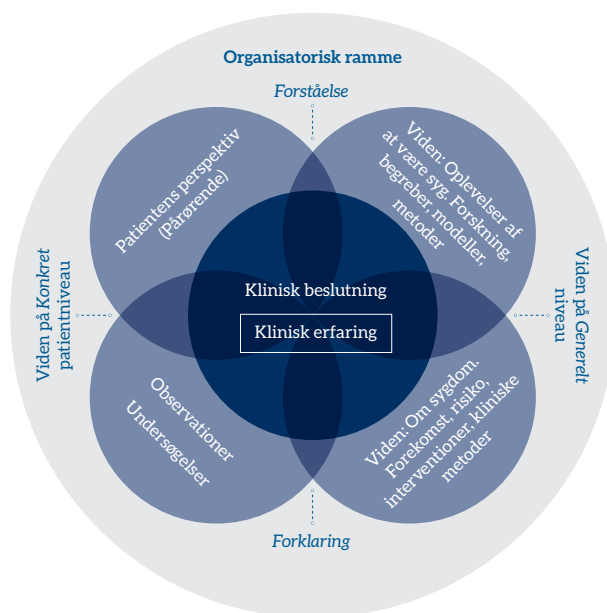
- at patientens perspektiv skal indgå i beslutningen
- at sygeplejefaglig viden både drejer sig om forståelse for patientens situation og forklaring af patientens symptomer

- at den organisatoriske og institutionelle ramme er afgørende for, hvilke beslutninger der er mulige, herunder hvordan den organisatoriske ramme bevidst og ubevidst kan virke henholdsvis befordrende og hæmmende for kliniske beslutninger.

Refleksion med PRM har således som systematisk grundlag et potentiale for at vise de områder, hvor sædvanlige rutiner og erfaringsbårne kundskaber ikke er tilstrækkelige til at træffe kvalificerede kliniske beslutninger. Vi tænker arbejdet med PRM som en mulighed for at skabe 2. ordens refleksion, med fokus på at være "sædvane-udfordrende" (7). Princippet ved 2. ordens refleksion er, at man benytter fremmede begreber, perspektiver og idéer til at se på egen praksis med nye øjne. Et eksempel kunne være, at der i de

Figur 1. Pædagogisk refleksionsmodel

– et pædagogisk perspektiv på den kliniske beslutning.



Modellen er inspireret af Upshur 2001 (2) og Hørdam og Pedersen 2008 (3).

sygeplejefaglige optegnelser på en patient står: ”psykosocialt ia.”. Det er muligvis rutine at skrive sådan, medmindre patienten eksplicit udtrykker psykiske eller sociale problemer. Og sygeplejersken vil måske mene, at hun med sine erfaringsbaserede kundskaber intuitivt kan vurdere, om patienten har psykiske problemer eller ej. Med PRM i hånden ville man som supervisor kunne udfordre dette ved at spørge, hvad ”psykosocialt ia.” konkret dækker over, og om vi virkelig ved, hvordan patienten oplever, erfarer og fortolker sin situation med sygdom (modellens øverste venstre dimension). Det kan åbne op for en dialog, der inddrager kvalitativ forskning om den pågældende patientgruppes mulige psykosociale reaktioner på sygdom, samt hvilke kommunikative redskaber man med fordel kunne benytte hos patienten (modellens øverste højre dimension). På den baggrund kan sygeplejersken mere kvalificeret gå i dialog med patienten, og en mere nuanceret forståelse for, hvordan patienten oplever sin situation, kan danne grundlag for det fremadrettede samarbejde. Det kunne f.eks. være, at der i stedet for konstateringen ”psykosocialt ia.” kom til at stå: ”patienten føler sig lidt ved siden af sig selv og oplever at glemme de givne informationer. Det er aftalt med patienten, at vi både i dag- og aftenvagter giver opfølgende mundtlig og hvis relevant skriftlig information”.

Anvendelsen af PRM anses på denne måde som en mulighed for at transformere og forbedre praksisfeltets handlingsbårne kundskab og faglige resultater (7).

Arbejdet med PRM handler ikke om at finde fejl hos den enkelte sygeplejerske, men om bevidst læring, der sprogligt kan italesættes. Det kræver mod, diplomati, situationsfornemmelse og villighed til forandring af de implicerede (7). Arbejdet med PRM handler primært om at få truffet kvalificerede beslutninger til gavn for patienterne.

Anvendelse af PRM i praksis

I praksis er der overordnet tale om tre forskellige anvendelsesmetoder:

- planlagt individuel supervision
- sygeplejekonference
- ad hoc-sparring.

I det følgende beskrives, hvordan vi arbejder med dette.

” Refleksion med PRM har således som systematisk grundlag et potentiale for at vise de områder, hvor sædvanlige rutiner og erfaringsbårne kundskaber ikke er tilstrækkelige til at træffe kvalificerede kliniske beslutninger.

Individuel supervision

Den individuelle supervision omfatter før- og eftervejledning (8) og er en planlagt aktivitet i klinisk praksis, hvor klinisk sygeplejespecialist og en sygeplejerske med udgangspunkt i den sygeplejefaglige dokumentation på en udvalgt patient har fokus på at træffe eller kvalificere allerede eksisterende kliniske beslutninger. Det er en klinisk sygeplejespecialist, som leder supervisionen med PRM som strukturel ramme. Supervisionen indgår i den daglige arbejdstilrettelæggelse, og hvis det er muligt, har sygeplejersken færre patienter end normalt. Ansvar for patienterne overgives til det øvrige personale under supervisionen.

Førvejledning

Førvejledningen består af en række aktiviteter. Først og fremmest en forventningsafstemning mellem sygeplejersken og den kliniske sygeplejespecialist. Her er sygeplejerskens erfaringsgrundlag og faglige forudsætninger centrale. Hermed opnås individuelt tilrettelagt faglig sparring. Der vælges en patient, hvor den pågældende sygeplejerske har varetaget den sygeplejefaglige dokumentation.

Med udgangspunkt i dokumentationen identificerer den kliniske sygeplejespecialist de områder, hvor der er truffet beslutninger om aktuel eller fremadrettet handling, om de er kvalificerede, og inden for hvilke der blot er konstateringer at finde i dokumentationen, se boks 1. Dvs. identificering af kliniske områder, hvor kvalificering af pleje til patienten er nødvendig og/eller nyttig.

De identificerede kliniske problemstillinger danner udgangspunkt for de undersøgende, åbne og refleksive spørgsmål, som den kliniske sygeplejespecialist stiller for at få sygeplejersken til at blive klogere på, hvilken viden der skal til for at træffe og/eller kvalificere de nødvendige kliniske beslutninger og plejen til den ▶

- ▶ aktuelle patient. Ud over refleksionen foregår der direkte sparring med udgangspunkt i de forskellige dimensioner i PRM: Hvis der f.eks. mangler viden om patientens perspektiv i forhold til en klinisk problemstilling, sparres der om, hvordan sygeplejersken kan stille sig i en "ikke vidende" position overfor patienten og blive klogere på, hvordan patienten oplever, erfarer og fortolker sin situation på det givne område. Mangler sygeplejersken generelt kvalitativ viden om, hvordan patienter kan opleve og håndtere et fænomen, byder den kliniske specialist ind med forsknings-

baseret viden, herunder sparring om, hvordan denne viden kan omsættes til kliniske beslutninger og/eller danne grundlag for at stille sig i en "vidende position" og støtte indhentning af patientens perspektiv, se boks 2. Er den nødvendige kvalitative viden ikke tilgængelig, sparres på, hvor og hvordan denne viden kan indhentes.

Tidsrammen for førvejledning varierer fra 15 minutter til ca. en time og afhænger af sygeplejerskens kendskab til PRM, sygeplejerskens kompetenceniveau, antallet og kompleksiteten af kliniske

Boks 1. Konstatering uden klinisk beslutning

Et eksempel på konstatering uden klinisk beslutning: "Habituel ingen afføringsproblemer, men har aktuelt træg mave". Konstateringen kan sætte samtlige vidensformer i spil.

Rammen

Hvilken viden har sygeplejersken om krav i forhold til sygeplejefaglige optegnelser? Her kommer både lokale og regionale vejledninger samt nationale retningslinjer og lovgivning i spil. Hvordan giver krav og retningslinjer mening i konkret klinisk praksis?

Viden om sygdom

Her trækkes på viden om forekomst, risikofaktorer og interventioner. Hvilken viden har sygeplejersken om evidensbaserede risikofaktorer og interventioner for obstipation, og er der særlige risici forbundet med det specifikke patientforløb?

Observationer/undersøgelser

Hvilke undersøgelser og observationer kan understøtte klinisk beslutning. F.eks. Undersøgelse af hudturgor for dehydrering, nyre/væsketal m.m.

Viden om oplevelser af at være syg

Hvad ved man generelt om patientoplevede gener/konsekvenser af obstipation og træg mave?

Patientperspektiv

Hvilke risikofaktorer gør sig gældende for patienten? Hvilke erfaringer har patienten med interventioner. Hvilken betydning tillægger patienten problemstillingen. Hvilke muligheder og ønsker har patienten til deltagelse i egen pleje og behandling? Hvordan hjælper vi ham bedst under indlæggelsen?

Eksempel på ny dokumentation

Efter refleksion og dialog med patienten fremtræder dokumentationen således: Mave fungerer habituel med daglig afføring. Oplever aktuelt tendens til træg mave, sidst afføring dags dato. Hudturgor viser tegn på dehydrering, derudover ingen kendte eller aktuelt oplagte risikofaktorer. Har god erfaring med sveskejuice. Aftalt væskeindtag på 1.800 ml (30 ml/kg), som han selv styrer med vores registreringsskema. Sveskejuice med label sat i køleskab, udtrykker forståelse for vigtigheden af velfungerende mave i relation til lyske efter proceduren, er indforstået med laksantia, hvis fortsat træg mave.

problemstillinger hos patienten samt kvaliteten og omfanget af de allerede trufne kliniske beslutninger.

Førvejledning drejer sig primært om, at sygeplejersken får nye perspektiver på, hvilke aktuelle og potentielle kliniske problemstillinger der er i spil hos den konkrete patient relateret til den aktuelle helbredstilstand og patientforløbet, og hvilke former for viden der mangler for at træffe de nødvendige kvalificerede kliniske beslutninger. Sekundært at sygeplejersken bliver bevidst om, hvilken betydning manglende eller upræcis dokumentation kan have for den sygepleje, eller mangel på samme, der ydes.

Handling mellem før- og eftervejledning

Her arbejder sygeplejersken primært alene. På de områder, hvor parterne sammen har identificeret, at der mangler viden, indhenter sygeplejersken evt. med støtte fra klinisk sygeplejespecialist den nødvendige viden frem, og der ageres i den konkrete situation. Der træffes nye kliniske beslutninger i samarbejde med patienten, og der dokumenteres igen. Der kan også være tale om, at den viden, der mangler, ikke er nemt tilgængelig. Det kunne f.eks. være ved manglende viden på et komplekst område, som kræver vurdering og fortolkning af videnskabelig litteratur; her er den kliniske sygeplejespecialist forpligtet til at indhente den nødvendige viden til gavn for hele afdelingen. Der kan evt. etableres en Journal Club med læsning af forskningsartikler indenfor et område, der gennem supervision viste sig at ligge udenfor, hvad man aktuelt kunne nå at erhverve sig viden om. Indhentning af viden har således til formål at styrke afdelingens samlede vidensgrundlag for fremtidige kliniske beslutninger.

Eftervejledning

Eftervejledningen tager udgangspunkt i den nye dokumentation, som skrives af sygeplejersken og læses af den kliniske sygeplejespecialist. De to parter drøfter både det faglige indhold og læringsmæssige udbytte. Det faglige indhold omfatter drøftelse af den nye eller kvalificerede kliniske beslutnings kvalitet og præcisionen i det sprog, der anvendes til dokumentation. Det læringsmæssige udbytte tager udgangspunkt i sygeplejerskens oplevelse af supervisionen, anvendelse af PRM, og hvad sygeplejersken vælger at arbejde målrettet på frem til ny planlagt supervision.

” Når konferencen drejer sig om klinisk beslutningstagen med PRM, er målet, at deltagerne bliver klogere på, hvad en kvalificeret klinisk beslutning kan være, hvordan den kan dokumenteres, at deltagerne får mulighed for kritisk refleksion og lærer med og af hinanden ved at italesætte deres tanker og idéer.

Sygeplejefaglig konference

Sygeplejekonferencer kan have mange forskellige former. På Rigshospitalets Hjertecenter finder de sted på afdelingen og er en del af den organisatoriske ramme. De kan være forskellige, både hvad angår form og indhold. Det er den kliniske sygeplejespecialist, der leder konferencerne. Når konferencen drejer sig om klinisk beslutningstagen med PRM, er målet, at deltagerne bliver klogere på, hvad en kvalificeret klinisk beslutning kan være, hvordan den kan dokumenteres, og at deltagerne får mulighed for kritisk refleksion og lærer med og af hinanden ved at italesætte deres tanker og idéer. Indholdsmæssigt arbejdes der med aktuelle eksempler fra den sygeplejefaglige dokumentation, udvalgt og præsenteret af den kliniske sygeplejespecialist. Der udpeges makkerpar, hvor man sidder to og to sammen og drøfter det givne dokumentations-eksempel med udgangspunkt i PRM. Følgende spørgsmål sætter ►

Boks 2. Den ikke vidende og vidende position

Den "Ikke vidende position" er inspireret af socialkonstruktionisme, som indebærer en erkendelse af, at sundhedsprofessionelle ikke kan vide, hvilket liv og hvilke livsmeninger der er sande og brugbare for den enkelte patient. Det fordrer, at de sundhedsprofessionelle forholder sig ydmygt og nysgerrige til patientens liv og oplevelser i modsætning til den "vidende position", hvor de sundhedsprofessionelle følger et fagligt spor i bestræbelserne på at få afdækket aktuelle og potentielle sundhedsproblemer.

- rammen for drøftelserne: Hvor er der klinisk beslutning, og hvor mangler der evt. klinisk beslutning, hvilken viden kan kvalificere den kliniske beslutning, og hvordan kan vi indhente evt. manglende viden? Efterfølgende samles der op i plenum: Hvad er der blevet drøftet i makkerparrene? Opsamlingen styres af den kliniske sygeplejespecialist, og PRM's forskellige vidensformer danner rammen for de faglige drøftelser. De faglige drøftelser i makkerpar betyder, at ligestillede kan få sat ord på, hvordan de forstår sagen, hvorfor det er en forudsætning, at deltagerne har et vist kendskab til PRM.

Ad hoc-sparring

Som en tredje metode er der mulighed for ad hoc-sparring. Hvis en sygeplejerske f.eks. står i en situation, hvor enten hun eller den kliniske sygeplejespecialist vurderer, at sparring ift. sygeplejen til en patient ville være relevant og mulig, kan sparringen foregå ved hjælp af PRM. Der anvendes lommestørrelse af modellen, som understøtter visualiseringen af, indenfor hvilke områder der tilsyneladende mangler viden eller er konflikter. Idet læring i klinisk praksis er kendetegnet ved at være kompleks og situationsbunden (9), anses sparring ad hoc for at være en relevant metode til at udvikle sygeplejerskernes kompetencer til at træffe kvalificerede kliniske beslutninger.

Nødvendige kompetencer hos den kliniske specialist

Udover at tilrettelægge supervision og sygeplejekonferencer fordrer faglig sparring ved hjælp af PRM, at den kliniske specialist har stor faglig viden at trække på, herunder grundigt kendskab til de organisatoriske rammer, indsigt i kvalitativ forskning om patientgruppen (der udsiger noget om, hvordan patienterne kan opleve deres situation), viden om sygdom og lægefaglig behandling samt klinisk ekspertise i relation til såvel kommunikation som observation. Desuden fordrer det forståelse for læringsprocesser, en god fornemmelse af, hvor den enkelte sygeplejerske er, og hvordan brugen af PRM kan være potentielt følsom for den enkelte.

Effektevaluering

Vores erfaring er, at arbejdet med PRM kvalificerer de kliniske beslutninger til gavn for patienterne samtidig med, at den en-

” Vores erfaring er, at arbejdet med PRM kvalificerer de kliniske beslutninger til gavn for patienterne samtidig med, at den enkelte sygeplejerske udvikler sine kompetencer.

kelte sygeplejerske udvikler sine kompetencer. Vi har gennem komparative journalaudit f.eks. set, at patientens perspektiv fremgår eksplicit i dokumentationen i 50 pct. flere af tilfældene hos dem, der har arbejdet med PRM set i forhold til dem, der ikke har. Desuden er der en markant stigning i udarbejdelsen af plejeplaner i den afdeling, der har arbejdet mest systematisk med PRM (10). Et fokusgruppeinterview med sygeplejestuderende illustrerer entydigt, at de oplever, at arbejdet med PRM har understøttet dem i at træffe fremadrettede kliniske beslutninger i stedet for blot at konstatere, hvordan status er. I fremtiden kunne man med fordel udarbejde systematiske undersøgelser, der både evaluerer den kliniske og den læringsmæssige effekt af arbejdet med PRM. Dette kunne f.eks. være i form af en før- og eftermåling, hvor både patientinterview/spørgeskema, journalaudit og fokusgruppeinterview/spørgeskema til sygeplejersker kunne belyse effekten på begge parametre, dvs. både den kliniske og den læringsmæssige effekt.

Litteratur

1. Færch J, Bernild C. Kvalificering af den kliniske beslutning, Sygeplejersken 2011;(11):54-6.
2. Upshur REG. The status of qualitative research as evidence. In: Morse JM, Swanson AJ (eds.). The nature of qualitative evidence. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
3. Hørdam B & Pedersen PU. POMI model I: Hørdam B, Overgaard D & Pedersen PU. Klinisk sygeplejeforskning, udvikling & implementering. København: Gads Forlag; 2008.
4. Banning M. A review of clinical decision making: models and current research. Journal of Clinical Nursing 2006;17:187-93.
5. Bjørk IT, Hamilton GA. Clinical Decision Making of Nurses Working in Hospital Settings. Nursing Research and Practice 2011; Article ID 524918.