



Få øje på sygeplejen i primær sektor

Den Pædagogiske Refleksionsmodel
- en vejledningsmetode

Indhold

4	Introduktion
6	Del 1: Den Pædagogiske Refleksionsmodel
8	Borgerens (og de pårørendes) perspektiv
9	Viden om det at være syg
10	Viden om sygdom
11	Observationer og undersøgelser
12	Institutionel ramme
13	Erfaring
14	Klinisk beslutningstagen
15	Del 2: Vejledning med den Pædagogiske Refleksionsmodel
17	Inspiration til din vejledning

God fornøjelse!

Uddannelse København

Intro

Del 1

Del 2

Introduktion

Sygeplejerskestuderende har ofte brug hjælp til at få øje på sammenhænge mellem den praksis, de oplever i klinikken, og de begreber og modeller, de kender fra undervisningen. Den Pædagogiske Refleksions Model (PRM) bidrager til dette.

PRM er oprindeligt udviklet på Rigshospitalets Hjertecenter. Her bliver modellen brugt med god effekt i vejledning af både studerende og færdiguddannede sygeplejersker. I dette materiale er PRM tilpasset primær sektor med eksempler fra praksis på ældreområdet i Københavns Kommune.

Håbet er, at du som vejleder kan bruge materialet til at vise de studerende, hvor kompleks og spændende din sygeplejepsis er i en kommune, og dermed understøtte de studerendes læring og udvikling af professionsidentitet.

Hvad kan PRM?

PRM tager udgangspunkt i konkrete situationer med borgere. PRM viser systematisk, hvordan man kan inddrage forskellige vidensformer i refleksion over klinisk beslutningstagen i borgernære situationer. Derved kan der skabes sammenhænge mellem sygeplejefaglige problemstillinger i klinisk praksis og teorien. Ved at bruge modellen kommer I 'hele vejen rundt'. Udover at fungere som ramme for vejledning, medvirker PRM også til at træffe mere kvalificerede kliniske beslutninger i de konkrete borgerforløb.

Baggrund

Materialet er udviklet af Camilla Bernild, sygeplejerske, cand.mag. og Ph.d. Det er udviklet for Uddannelse København.

Kliniske vejledere fra Københavns Kommune har bidraget med erfaringer og eksempler gennem workshops og kursusdage.

Materialet bygger også på observationer af vejledning på kliniksteder i Københavns Kommune.

Som sygeplejerske/klinisk vejleder er det typisk dig, der er ansvarlig for at koordinere borgerens forløb, udpege de rigtige handlinger og lægge planer for af hvem, hvornår og hvordan, de skal udføres dvs. klinisk beslutningstagen. Med PRM får de studerende erfaringer med klinisk beslutningstagen og kan opleve, hvad der kendetegner kvalificerede kliniske beslutninger ud fra deres konkrete oplevelser med borgere i klinikken.

De studerende arbejder med klinisk beslutningstagen gennem hele sygeplejerskeuddannelse og med stigende progression. I teoriundervisningen præsenteres de studerede for PRM som en ud af flere metoder, som kan bruges i klinikforløbet i arbejdet med klinisk beslutningstagen.

PRM kan bruges som vejledningsmetode ved samtaler og i andre formaliserede refleksionsrum. Den kan bruges ved både før- og eftervejledning. Modellen kan anvendes både individuelt og ved gruppevejledning på tværs af semestre eller semesterspecifikt.

Materialet består af to dele.

Del 1

Introducerer til den Pædagogiske Refleksionsmodel med udfoldelse af vidensformerne herunder konkrete eksempler fra praksis indenfor ældreområdet.

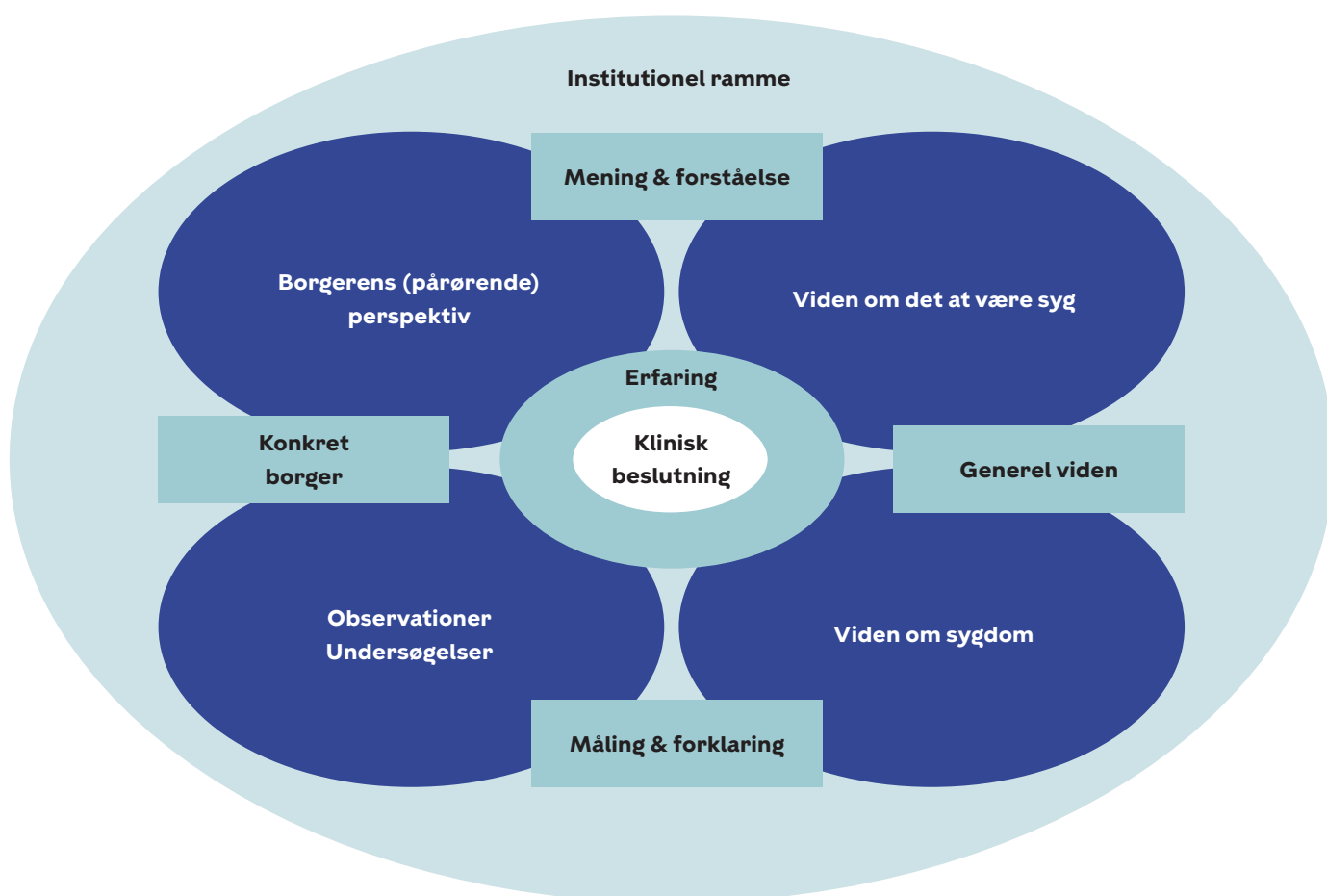
Del 2

Beskriver, hvordan PRM kan anvendes i vejledning. Her er eksempler på vejledningsspørgsmål, der understøtter studerendes refleksion over sygeplejefaglig beslutningstagen. Med udgangspunkt i to cases, beskrives det, hvordan PRM kan bruges til hhv. før- og eftervejledning.



Del 1: Den Pædagogiske Refleksionsmodel

En introduktion



Kilde: Færch J, Bernild C. (2011, 2015) / Hørdam B, Overgaard D, Pedersen, P.U. (2008) / Upshur, R.E.G. (2001).
Modellen er videreudviklet af Uddannelse København, Københavns Kommune.

PRM blev udviklet i 2011 (Færch og Bernild, 2011) og er en videreudvikling af to forskergrupperes model-ler, nemlig hhv. Upshur et al. (2000, 2001) og Hørdam et al. (2008).

PRM rummer fire overordnede til-gange til viden.

- Modellen skelner mellem **viden om den konkrete borger** og **generel viden**.
- Derudover skelner modellen mellem viden, der bygger på (naturvidenskabelig) **måling og forklaring** og på viden, der byg-ger på (humanistisk) **mening og forståelse**.

Inden for disse tilgange ligger de fire dimensioner.

1. Borgerens/pårørendes perspek-tiv
2. Viden om det at være syg
3. Viden om sygdom
4. Observationer/Undersøgelser

Helt overordnet skal modellen læses sådan:

De to **øverste dimensioner** 'Borge-rens perspektiv' og 'Viden om det at være syg' har fokus på **oplevelsen** af fx at være syg. Her ses borgeren som subjekt, Der er fokus på at opnå forståelse for den betydning eller mening, som aldring, sygdomme og funktionsnedsættelse kan have for borgeren og de pårørende. Kommu-nikation med borgeren er centralt for at opnå denne forståelse.

De to **nederste dimensioner** 'Obser-vationer/undersøgelser' og 'Viden om sygdom' har fokus på (naturvide-denskabelig) **viden om sygdom**. Her ses borgerens krop som et objekt, og der anvendes kliniske metoder til måling af symptomer og reaktioner på behandlingen og pleje, som kan forklares naturvidenskabeligt.

- Dimensionerne til **venstre** 'Bor-gerens perspektiv' og 'Obser-vationer/Undersøgelser' repræ-senterer den konkrete borger, du står over for i praksis.

- Dimensionerne til **højre** 'Viden om det at være syg' og 'Viden om sygdom' repræsenterer den generelle viden, du har tilegnet dig gennem læsning af teori, undersøgelser og forskning, som du trækker på i den konkrete situation.

Ydre ring: Den institutionelle ramme for praksis har indflydelse på, hvilke vidensformer der har særlig betydning, og hvilke beslutninger der kan træffes.

Indre ring: Beslutningstagerens er-faring, som også har betydning for, hvordan de fire vidensformer inte-greres inden for den institutionelle ramme.

I det følgende uddybes hver af di-mensionerne med fokus på borger-forløb i primær sektor.



Borgerens (og de pårørendes) perspektiv

Denne dimension vedrører en borgers (og de eventuelle pårørendes) oplevelser, erfaringer, fortolkninger og håndtering af den samlede livssituation med sygdom, sundhed, behandling og pleje. Den vedrører den individuelle og subjektive oplevelse af at leve med en sygdom, aldrig eller funktionsnedsættelse, en indre oplevelse med følelser som bekymring og angst samt oplevelse af fysiske fænomener som smerte, lidelse og fysiske begrænsninger med dertilhørende sociale implikationer. Det vedrører også det, som bringer borgeren glæde og livskvalitet, borgers valg og selvbestemmelse.

Den enkelte borgers perspektiv kan forandre sig over tid i takt med nye erfaringer, eller hvis han/hun pludselig befinder sig i en anden livssituation. Derfor er det væsentligt at for-

holde sig til, at en klinisk beslutning ikke er statisk.

Borgerens perspektiv vil ikke alene være relevant ift. de 'store' spørgsmål om, hvordan hverdagslivet med sygdom opleves, erfares og håndteres. Det kan også være relevant ift. spørgsmål af mere konkret karakter, fx hvordan borgeren oplever sin søvn eller funktionsevne påvirket, eller hvordan han/hun foretrækker at sidde under sårpleje.

At skabe indsigt i borgerens perspektiv handler først og fremmest om at få forståelse for borgeren. Den måde, hvorpå man som sygeplejerske kan lære noget om en borgers perspektiv, er ved at spørge borgeren (og/eller dennes pårørende) og lytte til svarene. Hvordan har du det? Hvordan oplever du det? Hvad har du brug for?

Borgerperspektiv - vær særlig opmærksom på at:

Borgere lever med sygdom og funktionsnedsættelse som et vilkår, de skal leve med i hverdagslivet.

- Borgere der fx er demensramte eller har neurologisk sygdom, kan ikke altid udtrykke deres perspektiv på, oplevelse af eller vurdering af egen situation.
- Når borgeren ikke selv kan give direkte udtryk for eget perspektiv, arbejder sygeplejersken også

ofte aktivt med at fortolke fx kropssprog. Her trækkes der på viden om fx demens/neurologiske sygdomme og om psykosociale dimensioner af det at være ældre og bo på plejehjem eller modtage pleje i eget hjem.

- Pårørende kan spille en central rolle ved at bidrage med deres viden om 'borgerens perspektiv' (fx vaner/præferencer/hvad er vigtigt og meningsfuldt samt livshistorie).

- Sygeplejersken har ofte samarbejdspartnere fra andre faggrupper fx social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, som har tættere relation og viden om borgeren. Det kan give anledning til, at de kan se ændringer i adfærd over tid og/eller har viden, som kan hjælpe til at forstå borgerens perspektiv.

Viden om det at være syg

Denne dimension henviser til forsknings- og teoribaseret viden, der kan understøtte en overordnet forståelse for borgerens situation. Den trækker på humanistisk viden, dvs. både forskning om borgeroplevelser i forhold til det at leve med sygdom/funktionsnedsættelse og teorier om fx omsorg, relationer, mestring, angst, sorg og krise.

Den forskningsbaserede viden i dette felt vil ofte være fremkommet på baggrund af kvalitative undersøgelser af, hvordan en bestemt borgergruppe oplever, erfarer og håndterer en bestemt situation. Det kan fx dreje sig om, hvordan borgere på plejehjem oplever fællesskaber, eller om hvordan samlevende pårørende til borgere med demens håndterer hverdagen.



Viden om det at være syg - vær særlig opmærksom på at:

Viden om livet med sygdom kan omfatte mange temaer og begreber fx:

- Forskningsbaseret viden fx om aldring, kronisk og kritisk sygdom, ulighed i sundhed, multisygdom, flytte fra eget hjem til plejehjem, det at bo på plejehjem, det at ens hjem også er en arbejdsplads at være pårørende til kronisk syge, familiesygepleje.
- Borgercentreret sygepleje, lindring, åndelig omsorg, rehabilitering, kritisk sygdom, borger og pårørende inddragelse, frivillighed.
- Ensomhed, nødvendige samtaler, livshistorie, hverdagsliv, fællesskab

Viden om sygdom

Denne dimension består af forskning og teorier, der forklarer forholdene for et fysiologisk fænomen og på baggrund af dette foretager forudsigelser, der er kendetegnet ved at være objektive og kontekstfri om fx forekomst, risiko og interventioner. Det drejer sig om viden fra felter som anatomi, fysiologi, mikrobiologi, sygdomslære og farmakologi. Den anvendte viden om sygdom baserer sig på en biomedicinsk kategorisering af fænomenerne og beskæftiger sig med ætiologi, diagnose, måling af symptomer, behandling og prognose.

Viden om sygdom - vær særlig opmærksom på at:

Borgerne er ofte kronisk syge og multisyge, hvilket betyder at sygeplejersken skal have bred viden indenfor dette felt fx:

- Sygdomslære: Den normale aldring, gerontologi, multisygdom, demensformer, dermatologiske sygdomme, urologiske lidelser, hjerte- karsygdomme, kræftsygdomme, gigtsygdomme, psykiske lidelser, diabetes og KOL
- Farmakologi: Gængse præparater indenfor ovenstående sygdomme > polyfarmaci
- Risikofaktorer ift. udvikling af sygdom: Fx KRAM samt under/over/fejlnæring, decubitus, immobilisering, infektioner, obstipation, demens/delirium og UVI
- Fænomener: Smerter, sår, ødemer, inkontinens, ernæringsproblemer
- Interventioner: Forebyggende, sundhedsfremmende, behandlende, rehabiliterende og palliative.

Observationer og undersøgelser

Denne dimension drejer sig om borgerens fysiske symptomer og reaktioner på sygdom. At foretage observationer af den enkelte borgers fysiske tilstand og symptomer er afgørende for at træffe kvalificerede kliniske beslutninger. Observationer foretages både ved brug af sanser og 'klinisk blik' og gennem kliniske metoder. Det kan fx være via observation af borgers funktionsevne, respiration eller cirkulation, hvor sidstnævnte kan indbefatte observationer af bl.a. svimmelhed, blodtryk, puls og hud/væv, herunder ødemer, farve og temperatur. Alt sammen med blik for udviklingen over tid i forhold til diagnosen, herunder forholdet mellem den aktuelle og den habituelle tilstand.

I praksis anvendes en bred vifte af kliniske metoder og værktøjer, der understøtter systematisk observation, måling og vurdering af borgerens symptomer.

Observationer og undersøgelser - vær særlig opmærksom på at:

Som sygeplejerske har man ikke altid måleudstyr ved hånden. Det betyder at man skal have et ekstra skarpt klinisk blik og vide, hvornår det er relevant at anvende de nødvendige teknologier eller simpelthen handle på observationer. Vær opmærksom på, at mange ældre "slår anderledes ud" på flere af målingerne qua deres alder, hvorfor en vurdering af habituel og aktuel tilstand er særdeles fremtrædende.

- Klinisk blik på helhed og forandring: Sanser - se, føle, lyt, lugt.
- Kliniske metoder: fx TOBS, ernæringscreening, CAM, abstinensscore, NRS/VAS, triagering, BS, blodprøver, blærescanning, sårstatus, vitale værdier: BS, SAT, RF, P, bevidsthedsniveau, TP, BT, podning.



Institutionel ramme

Kliniske beslutninger træffes altid inden for en organisatorisk ramme og institutionel kontekst. Denne dimension illustreres derfor som en cirkel omkring de andre dimensioner. Kliniske beslutninger er ikke kun baseret på den enkelte borgers situation, men også på andre logikker omkring borgeren og sygeplejersken. Den institutionelle ramme er medformende for handlinger og dermed også med til at forme de sundhedsprofessionelles optik på, hvad der er relevant, og hvad der ikke er (Wacherhausen, 2002).

På makroniveau kan det dreje sig om sundhedspolitik, sundhedsvæsnets organisering i sektorer, økonomi og socialpolitik. På mesoniveau kan dette omfatte tilrettelæggelsen af arbejdet, organiseringen af borgerforløbene, de anvendte retningslinjer, standarder og teknologier samt de fysiske rammer.

Institutionel ramme - vær særlig opmærksom på at:

Den institutionelle ramme er karakteriseret ved at:

- Tid og visitationspraksis har betydning for de kliniske beslutninger, du kan træffe.
- Juridiske rammer for arbejdet (samtykke, regler, magt/etik) har betydning for de kliniske beslutninger, du kan træffe.
- Forløbene er ofte uforudsigelige, da der er stor ulighed i borgernes vilkår for at samarbejde om deres forløb.
- Det tværprofessionelle samarbejde; med hvert sit faglige fokus, som du skal samarbejde med på tværs.

Som sygeplejerske har du et stort ansvar for at holde tråd i borgerens forløb (klinisk lederskab) samt detektiv arbejde ift. at finde ud af, hvad der er 'op og ned'. Derudover er du den primært ansvarlige for borgere, der er lægeligt færdigbehandlet, men ikke raske.

Organisering er kompleks og 'åben' med mange kontakter 'på afstand', fx:

- De samarbejdende læger (privat praktiserende læger/ speciallæger, behandlende læger fra ambulatorier og udskrivende læger fra forskellige hospitaler).
- Der dispenseres ikke medicin i et medicinrum tæt på der hvor lægen har ordineret det, men fx i borgerens hjem, dosismedicin.
- Samarbejdspartnerne bruger forskellige dokumentationssystemer (fx CURA, SP, PFP og FMK), og der kan ofte mangle en samlet diagnoseliste eller epikriser.
- Transport mellem de mange forskellige matrikler med flextrafik med eller uden ledsagelse.

Erfaring

Klinisk erfaring er afgørende for evnen til at integrere vidensformerne i forhold til den konkrete borgersituation. Erfaring dækker også kendskabet til de muligheder og begrænsninger, der ligger i den institutionelle ramme.

Erfaring - vær særlig opmærksom på at:

Der er flere forhold, der gør sygepleje i borgerforløb særdeles kompleks, hvor netop erfaring er afgørende for at få overblik. Det drejer sig fx om at:

- Borgerne ofte er multisyge, hvilket gør, symptombilledet kompleks og kræver viden indenfor mange sygdomsfaglige områder, herunder meget forskelligt medicin.
- Borgerne kan have forskellige vilkår for at samarbejde om deres sundhed - ulighed i sundhed bliver et fremtrædende vilkår, hvilket fordrer forståelse for forskellige livsvilkår og gode kommunikative evner.
- Borgerens selvbestemmelsesret kan give udfordringer ift. at iværksætte relevante sundhedsfaglige indsatser, hvilket kræver gode kommunikative evner og kompetencer til at prioritere sammen med borgeren.

- Sygeplejersken er ofte alene hos en borger. Det kræver kompetence til at træffe beslutninger selv og til at vide, hvornår kolleger bør spørges eller inddrages.
- Den institutionelle ramme er fragmenteret, hvor sygeplejersken selv skal inddrage de relevante parter, såsom privat praktiserende læger, visitation og specialfunktioner, hvilket fordrer stort overblik over den samlede organisering.



Klinisk beslutningstagen

Som sygeplejerske er et ofte dig, der er ansvarlig for at udpege de rigtige handlinger og lægge planer for af hvem, hvornår og hvordan, de skal udføres. Derfor er kliniske beslutningstagen meget central.

En klinisk beslutning er den handlingsmæssige konsekvens af en konkret klinisk vurdering på basis af klinisk dømmekraft eller klinisk skøn. Dertil kommer, at en klinisk beslutning om muligt skal være fremadrettet.

PRM hjælper til, at du først træffer en klinisk beslutning, når du har taget højde for alle dimensioner, dvs. at borgerens behov og ressourcer samt aktuelle og potentielle aspekter af borgerens situation er medtaget.

Klinisk beslutningstagen - vær særlig opmærksom på at:

Sygeplejersker træffer selvstændige kliniske beslutninger for og med borgere i mange situationer, fx ift. borgerens medicin, smerter, sårpleje og beslutning om ændring i plan, fx:

- Kontakter borgerens egen læge ift. medicin.
- Aktiverer andet plejepersonale ift. nuancering af problemstilling (fx venderegime, toiletskema, ernærings-/væske-registrering.

- Ordinerer interventioner (handlingsanvisende), som andre faggrupper udfører (fx delegerede opgaver og overdragelse, hvor sygeplejersken vurderer og monitorerer indsatsen).
- Kontakter visitation, fx ved ændringer i helbred og behov for øget hjælp.
- Udarbejder handleplaner indenfor de 12 helbredstilstande/

sygeplejefaglige problemområder - både aktuelle og potentielle problemer, også indenfor den grundlæggende sygepleje, (fx obstipation, mobilisering, hud/væv og ernæring).

Del 2: Vejledning med den Pædagogiske Refleksionsmodel

I del 2 kan du få inspiration til hvordan den Pædagogiske Refleksionsmodel (PRM) kan bruges konkret i praksis, når du vejleder studerende.

Med PRM kan du støtte studerende til at reflektere systematisk og 'komme hele vejen rundt' i beslutningsprocessen. Når du inddrager de forskellige vidensformer aktivt og bevidst i vejledningen, bliver de mere tydelige for de studerende.

I vejledningen bidrager PRM til:

- Aktiv brug af teori indenfor det naturvidenskabelige felt til at forklare borgerens tilstand, som kan kobles sammen med de observationer, den studerende har gjort sig hos borgeren, herunder brug af kliniske metoder.
- Aktiv brug af teori indenfor det humanistiske felt, som kan give dybere forståelse for borgernes

livssituation og understøtte relevant kommunikation og på den måde bidrager til at støtte borgeren og de pårørende i at mestre deres situation.

- Refleksion over de muligheder og begrænsninger, der ligger i den institutionelle ramme med øje for, hvordan man som sygeplejerske kan arbejde med disse rammer til fordel for borgeren og dennes pårørende.
- Refleksion over, hvorvidt der er truffet en klinisk beslutning, der fremadrettet er til gavn for borgeren/de pårørende og andre sundhedsprofessionelle.

PRM kan benyttes i en-til-en vejledning, før-, under-, og eftervejledning og i gruppevejledning og refleksionsfora.

PRM kan bruges på alle semestre på sygeplejerskeuddannelsen. Spørgsmålene i vejledningen skal tilpasses de studerendes semestre, temaer, fokusfelter og niveau. På 2. semester er der eksempelvis fokus på grundlæggende sygeplejehandlinger i forbindelse urinvejsinfektion, mens kompleksiteten udfoldes på 6. semester i form af fokus på forebyggelse af sepsis, tværprofessionelt samarbejde, farmakologi osv.

Modellen kan også bruges i vejledning af SOSU-elever, bare spørgsmålene tilpasses de fokuspunkter, der er aktuelle for de enkelte forløb.

Inden du går i gang med en vejledning, er det en fordel at starte med at gennemgå PRM overordnet med de studerende, så de også kender rammen for refleksionen. Det kan fx ske som en del af introduktionen til jeres kliniksted.

Gode råd når du vejleder med PRM:

- Sæt rammen for refleksionsseancen fx hvad er fokus for refleksionen, forventninger til gruppens deltagelse og tilgang, herunder tidsramme osv.
- Hav PRM liggende fremme, så den visuelt stimulerer til refleksion.
- Indled med at de studerende præsenterer deres udvalgte borgere.
- Udvælg og fokuser på én problemstilling, da det ellers kan være svært at fastholde systematikken i vejledningsprocessen.
- Lad den studerende bestemme, hvilken vidensform, som der ønskes at starte med, da det kan give tryk at starte der, hvor man synes, man ved noget.

Bruges PRM i **før-vejledningen** er hensigten at få den/de studerende til at reflektere over "mulige" kliniske beslutninger, som den studerende kan arbejdes med i borgerforløbet ift. udvalgte aktuelle/potentielle problemstillinger. Som vejleder kan man lægge vægt på at stille åbne spørgsmål, som udforsker den studerendes viden og stimulerer til at åbne den studerendes horisont.

Ved **efter-vejledningen** er formålet med vejledningen at få den/de studerende til at reflektere over de kliniske beslutninger (handling), der er arbejdet med i borgerforløbet ift. udvalgte aktuelle/potentielle problemstillinger. Efter-vejledning åbner for at drøfte, hvor der fortsat mangler viden, hvad der blev besluttet og hvad der kunne besluttes. (dvs. kvalificering af de/den kliniske beslutninger). I vejledningen lægges også vægt på feedback på det udførte.

PRM hjælper med at gøre vidensformerne synlige for begge parter, og giver dig som vejleder mulighed for at få indblik i de studerendes viden, overvejelser og begrundelser for sygeplejehandlinger. Det bliver tydeligt hvad de tænker og ved, og hvad de ikke ved.

Inspiration til din vejledning

I det følgende giver vi med udgangspunkt i to cases eksempler på vejledningsspørgsmål, som kan inspirere til både individuel- og gruppevejledning.

Før-vejledning - et eksempel

I første case skal du med udgangspunkt i en borgersituation foretage før-vejledning. Den studerende skal ind til en borger og foretage stomi-pleje. Intensionen med før-vejledningen er, at den studerende bliver bevidst om og får reflekteret over vidensformer mhp. hvilke data og områder, som skal afdækkes og observeres hos borgeren. Desuden er det målet, at den studerende overve-

jer, hvilke "mulige" kliniske beslutninger der kan komme i spil i borgerforløbet.

Første skridt i før-vejledningen kan være, at den studerende indleder med at:

- Præsentere borgerens situation/forløb (fx har den studerendes viden fra tidligere plejeforløb hos borgeren og/eller data fra Cura).
- I udvælger en aktuel eller potentiel problemstilling eller behov, som den studerende særligt skal have fokus på.

- Herefter bevæger I jer rundt i PRM vidensformer. Inspiration til spørgsmål finder i det følgende.

Case 1

Ib er en 84 årige mand, der aktuelt er indlagt på midlertidig opholdsplads (MTO)

Ib har sklerose, hjerteinsufficiens, diabetes 1 og kolostomi.

Ib bor alene og får habituel hjemme-sygepleje til stomi-pleje og medicindosering.

På MTO varetages stomi-plejen af personalet. Ib vil gerne have, at det sker, når han vurderer, at det er relevant, og han vil have, at der kun bliver brugt tre servietter til skiftet, da alt andet "er det rene ressourcspild".

Ib foretrækker, at det er en bestemt fra personalet, der varetager stomi-plejen, da han mener de andre gør tingene forkert. Ib bruger en del humor i kontakten til personalet og har en del forskellige teorier om, hvordan man bedst håndterer stomien, hvor han trækker på sin viden fra sit tidligere arbejde indenfor VVS-området.

Ib har siden i går været febril med temperatur 38.6.

Eksempler på vejledningsspørgsmål

Borgerens perspektiv

Du kan opfordre den studerende til at undersøge lbs perspektiv, når han/hun skal ind til borgeren, fx:

- Hvordan kan du undersøge lbs oplevelse af, at det nu er nogle andre, der varetager stomiplejen, end han er vant til hjemme?
- Hvordan kan du undersøge lbs begrundelser for at præferere tre servietter?
- Hvordan kan du finde ud af hvad lb ved om hygiejne og forebyggelse af infektion?
- Hvordan vil du spørge lb, om hans symptomer?
- Hvordan tænker du, at lbs perspektiv kan tages med i den fremadrettede stomipleje?

Viden om det at være syg

Du kan foreslå den studerende at finde viden om fx mestring, køn, inddragelse, kommunikation samt forskning, der undersøger hvordan ældre borgere kan opleve skiftende settings (fra hjem > hospital> midlertidige døgnophold > hjem).

Eksempler på spørgsmål, fx:

- Hvilken viden af teoretisk art tænker du, kan hjælpe dig med at forstå, hvad der kan være på spil for lb ift. stomiplejen?
- Kender du teori, der kan hjælpe dig med, hvordan du kan gribe kommunikationen an, herunder informerer om risici ved manglende overholdelse af hygiejniske principper – særligt når man ikke er hjemme?

Viden om sygdom

Du kan fx sætte den studerende i gang med at undersøge viden om diabetes ift. sårheling, risici for hudirritation ifm. stomiforbinding, infektionsrisici ved stomi (hvilke former for infektion), og hygiejniske principper.

Eksempler på spørgsmål:

- Hvordan kan diabetes påvirke sårheling og hvorfor?
- Hvilke former for infektion er lb i risiko for at få – og hvad er symptomerne?
- Hvorfor er det særligt vigtigt at forebygge infektion hos lb?



Eksempler på vejledningsspørgsmål

Observationer og undersøgelser

Du kan få den studerende til at overveje og planlægge, hvilke observationer hun vil foretage ifm. stomiplejen hos Ib, herunder anvendelse af kliniske metoder, samt observationer ift. forhøjet temperatur. Eksempler på spørgsmål fx:

- Hvad tænker du ville være relevant at observere hos Ib - hvorfor? (TOBS, hud/væv omkring stomien, infektionstegn, temperatur etc).
- Hvilke undersøgelser kan/bør vi bestille?

Institutionel ramme

Du kan få den studerende til at overveje, hvad det betyder, at Ib er på midlertidigt ophold ift. hans samlede forløb (tværinstitutionelt) og hvilke muligheder der er for sygepleje (også tværprofessionelt), Eksempler på spørgsmål fx:

- Hvor kom Ib fra, før han kom her?
- Hvor ofte fik Ib hjemmesygepleje hjemme?
- Hvad vi om planen for at komme hjem?
- Hvilke muligheder har vi for at iværksætte nye tiltag ift. stomipleje, når Ib skal hjem (visitationspraksis)?
- På hvilke områder tænker du, at vi skal have tværprofessionelt samarbejde i stand?
- Hvilke muligheder har vi for at dokumentere vores handlinger og planer?

Klinisk beslutning

Du kan få den studerende til at overveje, hvilke aftaler der kan indgås med Ib, hvor de ovenstående vidensformer integreres, og som fører til kliniske beslutning.

Et eksempel på klinisk beslutningstagen efter dialog og interventioner med Ib kunne være:

Ifm. med stomiskift d.d. ses rødme og irritation i 3 cm ud fra kant. Ib klager over ømhed, som ikke plejer at være der, og der måles temperaturstigning til 38.6. Ib og ut har haft en samtale om stomiplejen, hvor der er informeret om vigtigheden af korrekt hygiejnehåndtering ift. at forebygge infektion - særligt, mens han er på midlertidigt ophold. Ib udviser forståelse for dette. Selvom han plejer at gøre det anderledes hjemme, aftaler vi, at der foretages skift 2 x dgl, hvor retningslinjen herfor følges. Den er printet ud og udleveret til Ib også. Ib er indforstået med at det således er alle personaler, der skifter. Ved lægebesøg i morgen skal evt. blodprøver/D+R tages.

Efter-vejledning - et eksempel

I anden case skal du med udgangspunkt i en borgersituation foretage efter-vejledning. Din opgave er at vejlede en studerende, efter at I har haft et besøg/interventioner hos en borger.

Fokus for efter-vejledningen er at den/de studerende reflekterer over de kliniske beslutninger (handlinger), der er arbejdet med i borgerforløbet ift. udvalgte aktuelle/potentielle problemstillinger.

Efter besøget er der tid til at tage en grundig efter-vejledningsseance med PRM.

Første skridt i vejledningen er, at den/de studerende præsenterer deres borgerforløb, den udvalgte problemstilling og de(n) kliniske beslutninger, der er arbejdet med i borgerforløbet. Derefter kan du stille refleksive og udforskende spørgsmål til de forskellige videnformer i PRM.

Case 2

Birthe er en 77-årig kvinde, der er ny-diagnosticeret med alzheimers. Birthe har desuden KOL og hypertension. Birthe bor i eget hjem og er for nylig blevet opstartet med hjemmesygepleje til dosering af medicin hver anden uge. Birthe bor alene i et stort hus og har god kontakt til sin søn. Ved besøget kommer Birthes søn forbi og udtrykker sin bekymring for Birthe. Han mener, at der er brug for, at Birthe får mere hjælp, fordi hun glemmer at tage sin medicin, drikke væske, og at hun virker tiltagende forvirret. Han er i tvivl om, Birthe kan klare sig alene hjemme, og spørger til muligheden for, at Birthe kommer på plejehjem.

Du og den studerende tager en snak med Birthe, som ikke selv synes det er særligt slemt med hukommelsen, og at hun da drikker kaffe og hvidvin. Birthe siger, hun ikke er interesseret i at flytte fra sit hus, hvor hun har boet altid.

I selve samtalen spørger Birthe flere gange om de samme ting og virke uforstående overfor jeres besøg i det hele taget. Under besøget, går Birthe flere gange på toilettet for at tisse.

Du færdiggør medicindoseringen med den studerende under vejledning.

Eksempler på vejledningsspørgsmål

Borgerens perspektiv

Du kan hjælpe den studerende til at overveje, hvordan hun kan arbejde med både Birthes og sønnens opfattelse af situationen? Eksempler på spørgsmål:

- Hvad sagde Birthe og hendes søn hver især om situationen?
- Hvordan tænker du, at deres perspektiver kan tages med i en beslutning om den rette støtte til Birthe?
- Synes du, at der er dilemmaer i situationen – hvilke? Hvad fik vi at vide i samtalen? Hvad står stadig ubesvaret hen?
- Hvad tænker du om, at Birthe var urolig under samtalen og flere gange gik på toilettet?

Viden om det at være syg

Du kan få den studerende til at overveje, hvordan teoretisk viden kan give større indblik og vidensbaseret forståelse for både Birthes og sønnens oplevelse af situationen, samt hvordan man kan gribe kommunikation an. Eksempler på spørgsmål:

- Kan du komme i tanke om forskningsbaseret viden, der kan hjælpe dig at forstå Birthes tilsyneladende manglende indsigt i egen sygdom?
- Har du kendskab til viden (forskning), der udsiger noget om, hvordan det kan opleves at være pårørende til demensramte borgere?
- Kan du tænke på noget teori, der kunne hjælpe dig til, hvordan vi træffer beslutninger, der også inddrager sønnen (fx familiecentret sygepleje)?
- Hvilken tilgang havde vi i vores kommunikation med Birthe og sønnen?
- Hvad gik godt og hvad gik mindre godt?
- Hvad mangler vi måske at gøre?

Viden om sygdom

Du kan bede den studerende udfolde, hvad hun ved om alzheimers (fx faser, grader, symptomer og medicin), og hvordan det kan kobles til Birthe, samt hvad hun ved om risiko for UVI og symptomer herpå. Eksempler på spørgsmål:

- Kan du fortælle mig, hvad du ved om alzheimers? Hvilke symptomer har en borger med alzheimers typisk?
- Hvilken medicin får Birthe for sin alzheimers? Kan du fortælle mig om dette præparat? Hvordan virker det? Bivirkninger?
- Hvad er UVI for noget, og hvordan diagnosticeres og forebygges UVI?

Eksempler på vejledningsspørgsmål

Observationer og undersøgelser

Du kan støtte den studerende til at reflektere over, hvilke observationer hun gjorde sig under besøget hos Birthe. Eksempler på spørgsmål:

- Hvordan fremstod Birthe?
- Kunne man med fordel CAM-score eller abstinensscore hende næste gang?
- Hvilke symptomer så du på alzheimers?
- Findes der kliniske metoder til at vurdere graden af alzheimers?
- Hvordan vil du undersøge en evt. UVI?

Institutionel ramme

Du kan støtte den studerende til at reflektere over, hvad det betyder, at plejen foregår i Birthes hjem. Eksempler på spørgsmål:

- Hvad overvejer du ift. at det er os der kommer i borgerens hjem?
- Hvad tænker du ift. Birthes selvbestemmelsesret?
- Hvilke tilbud er der til borgere med demens i Københavns Kommune?
- Hvordan kan vi bedst hjælpe Birthe, fx inddrage demenskoordinator, visitationspraksis og ydelser, indsatskataloger (service og sundhedslov), juridiske rammer som fx samtykke, bestilling af D+R af urin?

Klinisk beslutningstagen

Du kan hjælpe den studerende til at tænke over, om der blev truffet en beslutning eller ej? Og om den beslutning, der blev truffet, kan kvalificeres? Ift. casen blev der ved besøget ikke umiddelbart truffet nogen beslutning. Men et eksempel på en klinisk beslutning er:

Efter samtale med Birthes søn, som fortæller at Birthe ikke husker at tage sin medicin, vurderes det relevant at øge besøgene til én gang ugentligt for tættere monitorering. På trods af, at Birthe ikke selv mener, det er et problem, accepterede hun det ugentlige besøg. Der er i øvrigt indgået en aftale med både Birthe og søn om, at vi kontakter demenskoordinator og visitator mhp. vurdering af den rette indsats. Det vurderes i øvrigt, at Birthe er i risiko for at have UVI, hvorfor der er aftalt, at vi kommer igen i morgen for at tage temperatur.

Du kan læse mere om PRM i:

Færch, J. & Bernild, C. (2012). Kvalificering af den kliniske beslutning. Sygeplejersken nr. 11, 54-56

Færch, J., og Bernild, C. (2012) Pædagogisk Refleksionsmodel gavner patienten. Sygeplejersken nr. 7, 78-82

Vestergaard K (2022) red. At studere sygepleje - find din vej gennem sygeplejerskeuddannelsen. GADS FORLAG, 3. udgave. kapitel 3: Kliniske studier