

ORIGINAL ARTIKEL

OPEN ACCESS

Fra tavs til delt viden: Model for udvikling af sundhedspersonales kommunikation med pårørende og efterladte på akutområdet

*From Tacit to Shared Knowledge: A Model for Developing Healthcare Professionals' Communication with Relatives and Bereaved in Acute Care*Annemarie Dencker^{1*} | Margrethe Lomholt Sørensen^{1,2}¹Det Nationale Sorgcenter, Amagerbrogade 150, 2300 København S ²TraumeCentret, 3193, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø
Korrespondance (*): ad@sorgcenter.dk

Resumé

Baggrund Forskning peger på, at en ud af ti efterladte udvikler forlænget sorglidelse (FSL). Til sammenligning udvikler næsten hver anden FSL, når de mister en nærtstående pludseligt – eksempelvis ved hjertestop eller uheld (49 %). Det er vist, at sundhedspersonale kan reducere antallet af efterladte med FSL ved at være proaktivt støttende og inddragende i kommunikationen. Efterladte efterspørger denne form for kommunikation, men den udfordrer sundhedspersonalet.

Formål At udvikle og afprøve en kompetenceudviklingsmodel med henblik på at vurdere dens potentiale for at støtte sundhedspersonale i at hjælpe pårørende og efterladte på akutområdet.

Metode To kvalitative delstudier med fokus på: 1) Rigshospitalets TraumeCenters nuværende praksis og organisering angående sundhedspersonalets kontakt med pårørende og efterladte (ni dages feltarbejde og fjorten individuelle interviews med sundhedspersonale) og 2) Udvikling og afprøvning af en model for kompetenceudvikling baseret på resultater fra delstudie 1 og Schöns begreber om refleksion 'i' og 'over' praksis (tre erfaringsudvekslingsmøder med i alt seks deltagere). Data fra observationer, interviews og erfaringsudvekslingsmøder blev renskrevet og kodet løbende som led i en iterativ proces.

Resultater Mindre erfarent sundhedspersonale var oftest ansvarlig for kontakten med pårørende og efterladte og følte sig alene med opgaven, som ikke var klart defineret. Kontakten med pårørende og efterladte var derfor ikke alles præference (delstudie 1). Erfaringsudveksling mellem mere og mindre erfarent personale tydeliggjorde, hvad opgaven med pårørende og efterladte indebærer, hvordan forskellige kommunikationssituationer kan gribes an, og hvordan møderne kan styrke det kollegiale fællesskab. Møderne resulterede også i idéer til, hvordan oplæringen af mindre erfarent personale kan organiseres mere hensigtsmæssigt (delstudie 2).

Konklusion Kompetenceudviklingsmodellen har potentiale til at styrke fælles læring og samarbejde mellem erfarent og mindre erfarent personale gennem systematisk erfaringsudveksling om gentagne og genkendelige kommunikationssituationer. En kvalitativ undersøgelse er ikke repræsentativ for alle ansatte i akut hospitalsbehandling og kan derfor ikke alene dokumentere interventionens effekt. For national implementering kræves yderligere afprøvninger, som inddrager pårørende, efterladte og læger samt eventuelt et randomiseret design. Det erfarne personales handlinger bør dokumenteres og kvalitetssikres for at sikre best practice. Endelig er der behov for strukturelle tiltag, der styrker sundhedsprofessionelles uddannelse, sikrer opfølgning over for pårørende og efterladte samt letter adgangen til relevante støttetilbud.

Nøgleord: Akutmedicin; Kommunikation; Sundhedsprofessionelle; Familiemedlemmer; Forlænget sorglidelse; Uddannelse

English abstract

Background Research shows that about one in ten bereaved individuals develops Prolonged Grief Disorder (PGD). Following sudden deaths, such as cardiac arrest or accidents, nearly half (49%) develop PGD. It is documented that healthcare professionals can reduce the number of bereaved developing PGD by being proactive and inclusive in their communication. Bereaved individuals request this support, but it challenges healthcare staff.

Aim To develop and test a competency development model aimed at assessing its potential to support healthcare professionals in assisting relatives and the bereaved in the acute care setting.

Method Two qualitative studies were conducted. Study 1 focused on current practices and the organization of healthcare professionals' contact with relatives and bereaved individuals at the Trauma Centre at Rigshospitalet (nine days of fieldwork and fourteen interviews with healthcare staff). Study 2 focused on the development and pilot testing of a model for educating healthcare professionals based on the findings from Study 1 and incorporating Schön's concepts of reflection in and on practice (three experience-sharing meetings involving six participants). Data from observations, interviews, and meetings were transcribed and coded continuously as part of an iterative process.

Results Less experienced professionals were most often responsible for contact with relatives and the bereaved and often felt alone with the task, which was not clearly defined. Consequently, the task was not everyone's preference (Study 1). Experience-sharing between more and less experienced personnel clarified what the task entails, how to approach different situations, and how such meetings can strengthen collegial cohesion. Meetings also generated ideas for improving the onboarding of less experienced staff (Study 2).

Conclusion The model for educating healthcare professionals may enhance shared learning and collaboration through experience-sharing in common communication scenarios. However, this qualitative study is not representative of all acute hospital staff and cannot alone prove the intervention's effectiveness. National implementation requires further testing, including relatives, bereaved individuals, doctors, and a randomized design. Additionally, experienced staff actions should be documented and quality-assured to ensure best practice. Structural measures are needed to improve training, follow-up with bereaved individuals, and access to external support.

Keywords: Emergency medicine; Communication; Healthcare professionals; Family members; Prolonged grief disorder; Education

Introduktion

Komplicerede sorgreaktioner er en samlet betegnelse for reaktioner og konsekvenser, som udløses af at miste en nærtstående [1]. Eksempler på komplicerede sorgreaktioner er tabsudløst depression, angst, Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) og forlænget sorglidelse, som blev offentliggjort i 2018 i den engelske udgave af *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision* (ICD-11) [2]. Reaktionerne beskrives som komplicerede, da de i væsentlig grad forringer trivsel og funktionsniveau hos den efterladte på længere sigt [1]. Det estimeres, at mellem 10-15 % af efterladte oplever komplicerede sorgreaktioner, som kan være behandlingskrævende [3-6].

På det akutte område har forskning vist, at op mod halvdelen (49 %) af dem, som mister en nærtstående ved for eksempel selvmord, mord og ulykker, udvikler kliniske funktionsnedsættende symptomer på forlænget sorglidelse, der kan være behandlingskrævende [7]. Det vil sige, at risikoen for at udvikle en invaliderende sorglidelse er større, når der er tale om dødsfald under akutte og traumatiske omstændigheder.

Forskning viser også, at pårørende og efterladte efterspørger sorgstøtte på hospitalet. Det kan for eksempel være i form af sundhedspersonalets løbende tilstedeværelse på en støttende og empatisk måde før, under og efter dødsfald, information om hvad der sker i processen på hospitalet, praktiske informationer ved dødsfald om nødvendige handlinger samt om forventelige sorgreaktioner [8-10]. Studier peger på, at sundhedspersonale med en proaktiv kommunikationsindsats på hospitalet kan reducere forekomsten af forlænget sorglidelse hos efterladte [11-12]. For eksempel viser et randomiseret studie, at efterladte i signifikant mindre grad udvikler forlænget sorglidelse, når sundhedspersonalet imødekommer pårørendes og efterladtes behov ved systematisk at informere og yde støtte før, under og efter dødsfald [13].

Men hvorfor oplever pårørende og efterladte ikke tilstrækkelig sorgstøtte? Forskning peger på flere grunde til,

at sundhedspersonale oplever det som en udfordring at yde proaktiv støtte, såsom mangel på uddannelse i emnet, distanceringsstrategier for at beskytte eget følelsesmæssige velbefindende, travlhed og mangel på personale [13-15].

HVAD VED VI?

Næsten halvdelen (49 %) af de mennesker, som mister en nærtstående ved for eksempel selvmord, mord og ulykker, udvikler klinisk funktionsnedsættende symptomer på forlænget sorglidelse, der kan være behandlingskrævende. Sundhedspersonale kan reducere antallet med en proaktiv kommunikationsindsats på hospitalet.

Formål

Formålet med vores undersøgelse er at udvikle og afprøve en kompetenceudviklingsmodel med henblik på at vurdere dens potentiale for at støtte sundhedspersonale i at hjælpe pårørende og efterladte på akutområdet.

For at fremme kompetenceudviklingsmodellens relevans og brugbarhed gennemførte vi to kvalitative delstudier med følgende formål:

1. At undersøge den nuværende praksis på Rigshospitalets TraumeCenter i forhold til sundhedspersonalets kontakt med pårørende og efterladte – herunder hvordan arbejdets organisering kan påvirke denne kontakt.
2. At udvikle og afprøve en model for kompetenceudvikling, der adresserer de udfordringer, som blev identificeret i delstudie 1.

Metode

I det følgende beskriver vi metoderne for de to delstudier.

DELSTUDIE 1

For at undersøge Rigshospitalets TraumeCenters nuværende praksis gennemførte førsteforfatter et ni-dages feltstudie fordelt på tre besøg i april 2023 samt i marts og maj 2024. Feltstudiet omfattede observationer på TraumeCentret og interviews med ti sygeplejersker og fire læger. Halvdelen af sygeplejerskerne var erfarne med mere

end fem års erfaring fra akutområdet, ligesom tre af de fire interviewede læger også havde mere end fem års erfaring. Fokus for observationer og interviews var sundhedspersonalets interaktion og kommunikation med pårørende og efterladte, og hvordan TraumeCentrets organisering påvirker udfordringer i denne type kontakt.

Analysen af interviews og observationer foregik undervejs, hvor vi løbende læste, tematiserede og begrebssatte observationer og interviews med inspiration fra teoretisk litteratur i en såkaldt 'iterativ' proces [16]. I praksis betød det, at vi løbende spurgte os selv: 'Hvad kan vores observationer være 'et tilfælde af'? [17]. Her fandt vi, at det mindre erfarne personale oftest havde opgaven med at støtte pårørende og efterladte, og at denne personalegruppe kunne føle sig usikre på, hvordan de skulle varetage opgaven. Vi fandt også, at gruppens kompetenceudvikling primært bestod i løbende at afkode, hvad det erfarne personale gjorde i de situationer, som var i fokus for vores undersøgelse. I vores analyse var vi primært inspireret af den amerikanske filosof og uddannelsesforsker Donald A. Schöns begreber om refleksion 'i' og 'over' praksis [18] og af begreberne 'tavs viden' og 'et klinisk

blik', som beskrevet af henholdsvis filosof Michael Polanyi og lingvist Charles Goodwin [19-20].

DELSTUDIE 2

På baggrund af resultaterne fra delstudie 1 udviklede og afprøvede vi en model, hvis omdrejningspunkt var at skabe et forum, hvor både erfarne og mindre erfarne sygeplejersker kunne udveksle erfaringer og refleksioner. I praksis betød det, at førsteforfatter faciliterede tre erfaringsudvekslingsmøder af halvanden times varighed med fire-fem sygeplejersker ved hvert møde. Vi gennemførte det første møde cirka et halvt år efter, at vi igangsatte analyserne af den kvalitative undersøgelse. Der deltog ikke læger i erfaringsudvekslingsmøderne, da vores fokus var rettet mod de sygeplejefaglige handlinger. Se tabel 1 for en samlet oversigt over aktiviteter og deltagere i delstudie 1 og 2.

Hvert møde blev afsluttet med, at deltagerne beskrev deres udbytte. Da flere deltog mere end en gang, kunne de beskrive, hvad de havde været opmærksomme på siden sidst.

Tabel 1. Aktiviteter og deltagere

Delstudie 1: Ni-dages feltstudie med observationer og interviews fordelt på tre besøg	Delstudie 2: Erfaringsudvekslingsmøder på halvanden time fordelt på tre møder
Delstudie 1: Observationer og interviews med ti sygeplejersker og fire læger	Delstudie 2: Erfaringsudvekslingsmøder seks sygeplejersker
Liste over aktiviteter: Første besøg: april 2023 Andet besøg: marts 2024 Tredje besøg: maj 2024	Liste over aktiviteter: Første møde: november 2023 Andet møde marts 2024 Tredje møde: maj 2024
Demografi: * Erfaren >5 år * Deltagere var mellem 30-60 år gamle	Demografi: * Erfaren >5 år * Deltagere var mellem 30-60 år gamle
Deltagere i interviews (N=14) Erfarne sygeplejersker: 5 Mindre erfarne sygeplejersker: 5 Erfarne læger: 3 Mindre erfarne læge: 1	Deltagere i erfaringsudveksling (N=6) Erfarne sygeplejersker: 3 Mindre erfarne sygeplejersker: 3 *Fire sygeplejersker deltog også i interview under Delstudie 1

Førsteforfatter tog noter undervejs med fokus på: a) de mindre erfarnes udfordringer, b) de erfarnes svar på disse udfordringer og c) deltagernes udbytte af erfaringsudvekslingsmøderne. Noterne blev skrevet rent, og vi drøftede efterfølgende vores observationer flere gange for at opnå en indgående forståelse af materialet [16].

Førsteforfatter gennemførte observationer, interviews og erfaringsudvekslingsmøder i samarbejde med anden forfatter, som rekrutterede informanter til interviews og deltagere til erfaringsudvekslingsmøderne med en ligelig fordeling af erfarent og mindre erfarent personale. Anden forfatter deltog ligeledes i artikelskrivning samt i de løbende analyser og drøftelser af fund, dog opretholdt førsteforfatter de interviewedes anonymitet i delstudie 1.

ETIK

Projektet blev anmeldt og godkendt af TraumeCentrets ledelse. Deltagere modtog skriftlig og mundtlig information om projektet forud for interviews og observationer og samtykkede såvel skriftligt som mundtligt før deltagelse. Data blev genereret og opbevaret i henhold til reglerne for GDPR og Helsinki-deklarationen [21-22].

Resultater

I det følgende beskriver vi resultaterne af vores to delstudier. Citater fra delstudie 1 refereres med I + tal, mens citater fra erfaringsudvekslingsmøder, delstudie 2, refereres med E + tal.

RESULTATER: DELSTUDIE 1

Det nuværende arbejde med pårørende og efterladte

På TraumeCentret findes funktionen 'traumesygeplejerske 3' (S3), som har ansvaret for pårørende og efterladte. Rollen varetages ofte af nyansatte sygeplejersker under supervision og støtte fra erfarne kollegaer, når det er muligt. Ud over ansvaret for pårørende, har S3 medansvar for de øvrige patienter i sengeafsnittet. S3 undersøger, om der er pårørende, og hvor de er, ofte i samarbejde med politiet. Når pårørende ankommer til afsnittet, modtages de af S3, som informerer, støtter og drager omsorg for dem på traumestuen eller følger dem til et andet afsnit.

Hvis patienten er afdød ved døden, modtager S3 de efterladte og yder omsorg i samarbejde med en kollega.

Ved alvorligt tilskadekomne patienter har en traumeleder (læge) og ofte en mindre erfaren sygeplejerske ansvaret for pårørende. Ved hjertestop deles ansvaret mellem hjertelægen og S3. Generelt er det de mindst erfarne, der varetager ansvaret for pårørende og efterladte – ofte i samarbejde med teamlederen. Vi undersøgte, hvordan S3 oplever dette ansvar, hvad deres forudsætninger er, og hvordan de bedst muligt kan støttes i at varetage opgaven. Vi fandt tre overordnede temaer: 1) Alenearbejde versus teamsamarbejde, 2) Lav detaljeringsgrad i opgavebeskrivelsen og 3) Opgavepræferencer.

Alenearbejde versus teamsamarbejde

I TraumeCentret er der altid tre sygeplejerske kategorier på vagt: Traumesygeplejerske 1 (S1), 2 (S2) og 3 (S3). S1 og S2 er tæt på patienten og deltager i behandlingen som en del af behandlingsteamet på traumestuen. S1 hjælper S3 med at afklare, om der er pårørende, og træder til, hvis S3 er optaget eller har brug for hjælp. S3 kontakter politiet, hvis patienten har påvirket bevidsthedsniveau eller er bevidstløs.

Behandlingen på traumestuen følger 'action cards' og et 'flow chart' for akut- og traumekald. Traumelederen har ansvaret for arbejdsgangen, og alle i teamet kender deres roller. Der er udarbejdet en tidslinje med de forskellige intervaller for traumelederens opgaver. Selvom S1 understøtter S3, oplever S3 ofte at stå alene og usikker i opgaven: "*Personalet, der har ansvaret for de pårørende og de efterladte og for skadestuen, er de mest udsatte og dem, som føler sig mest usikre. Og det er også dem, som arbejder mest alene*" (14).

Flere beskriver rollerne som S1 og S2 som en '*beskyttet position*', fordi man arbejder i et team med tydelig rolle- og ansvarsfordeling. Modsat opleves S3 som en '*ubeskyttet position*', fordi opgaven ofte varetages af mindre erfarne sygeplejersker, og forventningerne er mindre tydelige. Selvom der findes et action card for S3, er opgaven sværere at beskrive, da hver situation er unik. De tekni-

ske instrumentelle opgaver og procedurer i patientbehandling, som S1 og S2 deltager i sammen med resten af personalet, opleves som nemmere at definere.

Flere beskriver S3 som *'den hårdeste post'* og den, hvor man kommer tættest på konsekvenserne af patientens situation: *"Den hårdeste post går til den nyeste. Yngst i gårde ender med de pårørende, og det er en hård tjans, for eksempel når de skriger"* (17). Under livreddende behandling fokuserer teamet på kroppen som noget, der skal reddes, men når pårørende ankommer, *"bliver krop til menneske"* (14) og minder om, *"at det kunne være min mand, mit barn. I mødet med de pårørende og efterladte"*

bliver det simpelthen tydeligt, hvad det handler om" (12). Vores analyser viste, at mødet med de pårørende tydeliggør, at patienten ikke blot er en krop, der skal reddes, men et menneske med relationer og en familie – hvilket øger den følelsesmæssige belastning.

Lav detaljeringsgrad i opgavebeskrivelsen

For at tydeliggøre, hvad der forventes af S3, er der udarbejdet et 'action card', som en del af TraumeCentrets traumemanual, hvor der findes 'action cards' for alle teammedlemmer. Her fremgår det hvilke opgaver, S3 er ansvarlig for før, under og efter mødet med pårørende. Opgaverne fremgår af Tabel 2.

Tabel 2. 'Action card' for S3

Før	• Deltager hvis muligt i teambriefing ved traumeleder • Identificerer og modtager pårørende • Kontakter politiet hvis pårørende ikke kan identificeres • Hvis en traumesygeplejerske 3 ikke kan frigøres, overtages/uddelegeres opgaver af traumesygeplejerske 1
Under	• Formidler relevante oplysninger fra pårørende til traumeleder • Tilbyder pårørende at være til stede på traumestuen, hvis situationen tillader det • Informerer og yder støtte til de pårørende
Efter	• Følger pårørende til modtagende afdeling eller sørger for, at pårørende kan blive i TraumeCentret, indtil modtagende afdeling er klar • Udfylder "Pårørende Skema" og videregiver dette til sekretær • Formidler kontakt til præst/imam/rabbiner • Ansvarlig for, at pårørende holdes orienteret under forløbet i TraumeCentret

S3's opgaver i relation til pårørende er beskrevet overordnet med få detaljer, når det gælder ansvarsopgavernes udførelse. Men det er ikke beskrevet, hvilke dilemmaer og udfordringer der kan opstå i mødet med pårørende, eller hvordan de kan håndteres. Det fremgår for eksempel ikke, hvad S3 kan være opmærksom på ved opkald til pårørende, der er svære at berolige i telefonen, fordi de er forskrækkede og taler meget. *"De kan være svære at afbryde, og man kan ikke lægge en beroligende hånd på armen eller lignende"* (18).

Da vi undersøgte oplevelsen af manglende detaljeringsgrad, fandt vi på den ene side et ønske om at få opgaven med de pårørende og de efterladte udspecificeret og på den anden side en manglende tro på, at det kan lade sig gøre. Flere af de interviewede sagde: *'Der findes ikke en opskrift for mødet med pårørende og efterladte, fordi alle situationer er forskellige'* (12). Situationer kan for eksempel handle om, hvordan man etablerer en relation til de pårørende og de efterladte på kort tid, og hvordan man kan aflæse behovene i en given situation. Mødet med mennesker i akut krise udfordrer især det mindre erfarne

sundhedspersonale, særligt når de pårørende eller de efterladte ikke ved eller kan svare på, hvad de har brug for. *"Det er svært at vide, hvordan man skal gribe det an, når borgeren har fået fjernet hele sit livsgrundlag fra det ene øjeblik til det andet og ikke kan svare på, hvad de har brug for. Og når man så samtidig ikke ved, om man kan komme til at gøre noget forkert"* (I1).

Det erfarne sundhedspersonale føler sig for det meste i stand til at aflæse situationen og fornemme, om det for eksempel føles rigtigt at give et kram eller at opholde sig i rummet med familien eller ej. Det mindre erfarne personale fornemmede også stemningen, men udtrykte større bekymring for at gøre noget forkert eller gøre ondt værre, ligesom de var mere opmærksomme på, om det kunne påvirke relationen negativt, hvis de selv blev følelsesmæssigt berørt.

Selv om sundhedspersonalet var opmærksomme på, at der ikke findes en opskrift i ovenstående situationer, fandt de alligevel vejledningen om pårørende og efterladte til børn og unge, der dør i TraumeCentret, brugbar. I [VIP'en \(Vejledning, Instruks og Politik\)](#) er det for eksempel beskrevet, hvordan pårørende forventes at reagere, vigtigheden af at være opmærksom på omsorgen for søskende og af at mobilisere familiens netværk. VIP'en skal bl.a. sikre, *'at pårørende får en anstændig, ensartet og professionel hjælp og vejledning i en svær belastet situation, og at der følges op på personalet, hvad angår de praktiske og følelsesmæssige udfordringer, som må opstå'* (VIP for når børn og unge dør i TraumeCentret, side 1 del 2 og 3 under 'Formål').

Opgavepræferencer

Vores analyse peger på flere mulige grunde til, at rollen som S3 ikke er alles præference.

For det første oplevede flere, at man som S3 *'bliver kastet ud i det'* (I2) uden nødvendigvis at føle sig klædt på til opgaven: *"Hvad skal min funktion være? Jeg har ikke lyst til at stå og flagre der?"* (I9). Især det yngre personale kunne opleve det som sårbart, fordi de ikke nødvendigvis havde erfaring med at møde mennesker i krise og sorg.

For det andet var det oftest i mødet med pårørende og efterladte, at personalet blev følelsesmæssigt berørt, hvilket kunne være svært at håndtere.

For det tredje var det ikke nødvendigvis mødet med pårørende og efterladte i akutte situationer, som var grunden til, at det akutte speciale var valgt. *"Da jeg blev sygeplejerske, så var det ikke på grund af de bløde værdier, så var det mere for at redde liv og det tekniske. Jeg vil hellere se facit og resultater af det, jeg går og laver. Jeg kan ikke bidrage, jeg kan ikke handle [i mødet med pårørende og efterladte]"* (I9).

En fjerde grund til, at opgaven som S3 ikke var alles præference, var, at de fleste gerne ville føle sig sikre i deres opgaver. *"Man skal føle sig sikker i det, man gør. Ellers afstå"* (I5). Andre, især de erfarne, var mere fortrolige med opgaven og så det som et vilkår ikke at vide på forhånd, hvordan en situation kan udvikle sig. *"Uforudsigeligheden er et vilkår. Der kan også være håb i det uforudsigelige"* (I9).

En femte grund til, at rollen som S3 ikke var alles præference, var oplevelsen af ikke altid at kunne svare på pårørende og efterladtes spørgsmål om behandling og overlevelse. Nogle fremhævede derfor, at de følte sig mest trygge, når traumelederen var til stede. Det tværfaglige samarbejde blev fremhævet som en beskyttende faktor for S3-funktionen. *"Der kan komme spørgsmål til forløbet, som jeg ikke kan svare på. Jeg kan ikke svare på noget med årsag og på noget dybere. Det er lægen, som har den viden - og derfor er samarbejdet med traumelederen vigtig"* (I1).

I TraumeCentret tager man et vist hensyn til sundhedspersonalets kompetencer og præferencer. *"Det er ok, at man ikke har lyst til at være den 'der har den' med pårørende. Det skal man have lov til ikke at ville og ikke at have lyst til - og føle at man ikke kan finde ud af det. Det er fint nok. Man skal kende sine egne begrænsninger"* (I7). Der kan også være situationer, hvor sundhedspersonalet bliver ekstra udfordret alt efter, hvor de er i deres eget liv. Det kan for eksempel være, hvis de selv har lidt

tab, eller når der er børn, som er jævnaldrende med personalets egne, og hvor der er en høj grad af identifikation på spil.

Selvom der i TraumeCentret er åbenhed for at lytte til sundhedspersonalets opgavepræferencer, kan man blive tildelt rollen som S3, fordi andet ikke er muligt. Det kan være forbundet med ubehag i de tilfælde, hvor den manglende præference for S3 hænger sammen med, at man er usikker på, hvad der forventes, og hvordan man skal varetage opgaven. Sådanne situationer kan lede til tanker som: *"Bare det ikke bliver på min vagt, at jeg skal tage mig af de efterladte"* (I2). Samtidig mener nogle, at de godt kan udføre funktionen som S3, hvis det forventes af dem, men at de hellere vil varetage de opgaver, som interesserer dem mere, og som de også føler sig fagligt bedre til.

Vores observationer og interviews peger på, at støtten og supervisionen til funktionen som S3 kan styrkes, så flere bliver trygge og kompetente i møderne med pårørende og efterladte. For eksempel efterspurgte flere af de interviewede en drøftelse af, hvordan man kan forholde sig til tilbagevendende og svære kommunikationssituationer, såsom opkald til pårørende, eller når familiemedlemmer møder ind, og deres kære er død, uden at de er blevet informeret om det på forhånd.

RESULTATER: DELSTUDIE 2

Model for udvikling af kommunikationen med pårørende og efterladte på akutområdet

Vi baserede udviklingen af kompetenceudviklingsmodellen på resultaterne fra delstudie 1 og teoretisk litteratur [18-20], som perspektiverede vores resultater. I det følgende beskriver vi først eksempler på erfarne sygeplejerskers refleksioner, som kan inspirere de mindre erfarne. Derefter beskriver vi modellens fire trin og det teoretiske inspirationsgrundlag, herunder vores teoretiske inspiration ved udviklingen af spørgsmål til erfaringsudvekslingen samt resultaterne af første afprøvning.

Eksempler på erfarnes refleksioner over praksis

Delstudie 1 viste, at de erfarne sygeplejersker typisk udfører handlinger, som ikke er skrevet ned i manualer eller 'action cards', men er baseret på erfaringer. Det kan for eksempel være i mødet med familier, hvor et familiemedlem er død. En sygeplejerske siger: *"Så ser jeg altid efter den i familien, der bevarer roen – og så tager jeg dialogen med den person"* (I10). En anden erfaren sygeplejerske fortæller, at selvom hun har sagt til den pårørende i telefonen, at hun ringer, hvis situationen ændrer sig: *"Så ringer jeg aldrig, hvis de dør. Jeg venter, til de kommer ind"* (I3). På samme måde kan erfarent personale have udviklet bestemte kommunikative handlinger, som de bruger, når de ringer pårørende op: *"Jeg siger for eksempel, at jeg ringer fra akut modtageafdeling og ikke fra TraumeCentret – for så vil de med det samme tænke på død, blod og ødelæggelse"* (I7). Andre siger direkte, at de ringer fra TraumeCentret, *"for så ved folk, at det er alvorligt"* (I10). En overvejelse kan være, at hvis patienten er stabil, så kan man godt sige det i telefonen, men: *"hvis patienten ikke er stabil, så siger jeg ikke noget"* (I2).

De erfarne har udviklet deres egne ordvalg og metoder, men de har ikke nødvendigvis eksplicit delt deres tilgang med kolleger. Derfor skal de mindre erfarne dels selv afkode, hvad der er vigtigt at lægge mærke til, når de erfarne handler, dels mangler der en fælles standard for, hvordan man agerer i forskellige situationer – herunder hvordan både de erfarnes og de mindre erfarnes praksis kan kvalitetssikres. Det kunne for eksempel være, hvordan man præsenterer sig selv, når man ringer til pårørende – om man siger, at man ringer fra en akutmodtagelse eller fra TraumeCentret.

Modellens teoretiske inspirationsgrundlag

Vi har udviklet modellen inspireret af Schöns begreber 'reflection *in* action' og 'reflection *on* action', som vi oversætter til 'refleksion i praksis' og 'refleksion over praksis' [18]. Refleksion *i* praksis refererer til, at den sundhedsprofessionelle reflekterer over sine handlinger, mens de sker og samtidig justerer disse alt efter, hvad situationen kræver. At reflektere *i* praksis betyder også, at den sundhedsprofessionelle handler ud fra en implicit

'tavs viden' [19] og ud fra 'et klinisk blik' på situationen. Sidstnævnte defineres her som en kropsligt forankret handleviden baseret på erfaringer, faglig viden og sanseindtryk [20].

Refleksion *over* praksis indebærer refleksion over gennemførte handlinger. Den sundhedsprofessionelle kan for eksempel reflektere over sine overvejelser forud for handlingen, hvad der udløste handlingen, og hvorfor en handling blev valgt frem for en anden. Vedkommende kan også reflektere over sine følelser i forbindelse med handlingen og over sin egen rolle i situationen. Italesættelse og eksplicitering af overvejelser og handlinger betyder, at de kan evalueres og deles med andre og blive del af en læringsproces [18].

Baseret på vores observationer og Schöns begreber antog vi, at personalet både reflekterer *i* praksis og *over* praksis, men at det erfarne personale har en dybere og erfaringsmæssig oparbejdet klinisk viden og en større variation af situationer at reflektere ud fra.

Udover at inspirere til en systematik for at oplære mindre erfarent personale antager vi, at erfaringsudvekslingen kan bruges til at udarbejde inspirationskort for, hvordan man kan adressere gentagne kommunikationssituationer i TraumeCentret. Det vil imidlertid kræve en fælles drøftelse og undersøgelse af, hvilke standarder og hvilken evidens der skal danne grundlag for forskellige kommu-

nikationssituationer, da de erfarnes metoder ikke nødvendigvis repræsenterer 'best practice'. Vi er dog ikke nået til at udvikle inspirationskort i denne projektperiode. Nedenstående model er derfor et forslag til, hvordan man kan igangsætte en proces for erfaringsudveksling for på sigt at udvikle inspirationskort til brug for møder med pårørende og efterladte.

Endelig har vi udviklet modellen ud fra den antagelse, at der ikke findes nogen opskrift på, hvordan komplekse situationer håndteres, men at erfarent personale kan styrke mindre erfarent personales kompetencer ved at dele deres erfaringer. Vi har taget udgangspunkt i en række kommunikationssituationer, som gentog sig i TraumeCentret i løbet af vores undersøgelse.

Modellens fire trin

Modellen har fire trin: 1) Identificere tilbagevendende kommunikationssituationer; 2) Bringe erfarent og mindre erfarent personale sammen i refleksionsgrupper af en til halvanden times varighed minimum 2-3 gange; 3) Med udgangspunkt i en række hjælpespørgsmål at facilitere de erfarnes beskrivelser af tanker, overvejelser og konkrete fremgangsmåder i de identificerede kommunikationssituationer samt skabe mulighed for dialog mellem det erfarne og det mindre erfarne personale; og 4) Udarbejde inspirationskort, der kan støtte de mindre erfarne. Se figur 1: Fra tavs til delt viden.



Figur 1. Fra tavs til delt viden

Trin 1:

Vi identificerede en række tilbagevendende kommunikationssituationer i TraumeCentret på baggrund af interviews og observationer:

- Opsporing og identifikation af pårørende, eventuelt i samarbejde med politiet
- Opkald til pårørende
- Modtagelse af pårørende
- Tilstedeværelse og samarbejde med pårørende på akutafdelingen
- Overlevering til anden afdeling
- Død på akutafdelingen, herunder samarbejde med politi
- Modtagelse af efterladte til indbragt død
- Ledsagelse og tilstedeværelse i fremviserrummet
- Når efterladte sendes hjem

Trin 2:

For at erfarne og mindre erfarne kunne mødes og reflektere over ovenstående situationer, indkaldte den kliniske sygeplejespecialist fem til syv sygeplejersker til at mødes i halvanden time.

Trin 3:

Vi indledte med at præsentere mødets formål: at give de mindre erfarne indsigt i de erfarnes praksis – og omvendt. Vi understregede, at der ikke findes rigtige eller forkerte svar, og at mødet var et fortroligt læringsrum til åben og nysgerrig erfaringsudveksling.

Vi tog en kort præsentationsrunde, hvor alle fortalte navn, erfaring inden for akutområdet og deres fokus i arbejdet med pårørende og efterladte. Vi fortalte også, at vi ønskede at udvikle inspirationskort til fremtidige samtaler.

Derefter præsenterede vi de tilbagevendende kommunikationssituationer, vi havde identificeret, og deltagerne valgte to situationer at arbejde videre med: 'opkald til pårørende' og 'modtagelse af efterladte til en indbragt død'. Se tabel 3 og 4. I tabellerne giver vi eksempler på, hvilke spørgsmål man kan stille de erfarne for at få dem til at beskrive deres tanker og overvejelser før, under og efter den pågældende kommunikationssituation.

Spørgsmålene er udviklet med inspiration fra James P. Spradleys etnografiske interview [23] (se tabel 3, 4 og 5) og har til formål at få de erfarne sundhedsprofessionelle til at fortælle om deres overvejelser før, under og efter bestemte kommunikationssituationer. Konkret anvendte vi Spradleys *grand tour*- og *mini-tour*-spørgsmål. Et *grand tour*-spørgsmål er overordnet: 'Hvilke reaktioner møder du typisk hos efterladte?', mens et *mini-tour*-spørgsmål er mere specifikt og søger detaljen: 'Hvordan forholder du dig, når efterladte i samme familie reagerer forskelligt? Eksempel?' (tabel 4) [23]. Spørgsmålene er ment som inspiration og ikke som endelige formuleringer. Til sidst spurgte vi også de erfarne, hvilke følelser situationen skabte, og hvordan de forholdt sig til dem. De mindre erfarne blev undervejs inviteret til at stille spørgsmål og dele deres erfaringer. I tabel 5 finder man inspiration til spørgsmål, som kan bruges til at målrette kommunikationssituationer på eget afsnit.

Trin 4:

I modellens fjerde trin udarbejdes inspirationskort for de identificerede kommunikationssituationer. Her skrives de erfarnes tanker og overvejelser ned og udleveres til de mindre erfarne og til resten af afsnittet.

Tabel 3. Opkald til pårørende

	Eksempler på spørgsmål
Før opkaldet	- Hvilke overvejelser gør du dig, før du ringer op? - Hvordan har teamlederen/lægen været involveret? - Er det forskelligt alt efter, hvem den pårørende er (Hvilke tanker gør du dig, hvis den pårørende er et barn, partner eller forældre?)
Under opkaldet	Præsentation: - Hvilke ord bruger du typisk, når du præsenterer dig selv? - Siger du fx TraumeCentret eller akutmodtagelsen? - Hvilke overvejelser gør du dig her? Informationer om patientens tilstand: - Hvor meget fortæller du typisk om patientens tilstand? - Kan der være ting, som du bevidst venter med at fortælle? Hvilke? - Hvilke overvejelser gør du dig i den forbindelse? - Hvad siger du i forhold til, at situationen kan ændre sig hurtigt? - Hvilke oplysninger giver den pårørende undervejs, eksempelvis hvis patienten er meget ustabil med risiko for at dø eller dør, inden den pårørende når ind? - Hvad gør du i det tilfælde? Pårørendes reaktioner: - Hvilke reaktioner og spørgsmål møder du typisk hos de pårørende i samtalen? - Hvordan møder du disse forskellige reaktioner? - Hvad siger du i disse situationer? - Hvornår bruger du teamlederen? De største udfordringer og hvordan de kan håndteres - Hvad oplever du er de største udfordringer ved opkald til pårørende?

Tabel 4. Modtagelse af efterladte til indbragt død

	Eksempler på spørgsmål
Før modtagelsen	- Hvilke overvejelser gør du dig, før de efterladte ankommer? - Hvilke tanker gør du dig, hvis de efterladte er børn, partner eller forældre?
Modtagelsen i afdelingen	- Hvordan tager du imod efterladte? - Hvad siger du? Fx 'Jeg kondolerer', 'Det gør mig ondt, at din mand/hustru/dit barn er død(t)'. Andre sætninger? Andre handlinger? - Hvor bringer du de efterladte hen? - Pårørenderummet først? Dernæst fremviserrummet? Overvejelser i den forbindelse? - Hvilke emner vil du typisk tage op med de efterladte, når de ankommer? Andre emner? Eksempler? - Hvad er du opmærksom på i samarbejdet med den læge, som er med til samtalen? Før, under og efter samtalen? - Hvilke tanker gør du dig om balancen mellem at sige noget og ikke at sige noget?
Tilstedeværelse med efterladte	Efterladtes møde med afdøde: - Hvordan forbereder du de efterladte på at skulle se afdøde? - Hvad siger du om afdødes udseende? - Hvad siger du om, hvor lang tid de efterladte kan være hos afdøde? - Hvad hvis nogen ikke ønsker at se afdøde i første omgang - hvad vil du så typisk sige? Andet? Efterladtes reaktioner: - Hvilke reaktioner møder du typisk hos efterladte? - Hvordan møder du dem?

	○ Hvordan håndterer du disse udfordringer?
Efter opkaldet	Hvad sikrer du dig, før du afslutter samtalen? • At den pårørende har forstået? • At der er en plan for, hvordan den pårørende kommer ind til TraumeCentret? Fx med hensyn til hvordan vedkommende kommer til hospitalet/TraumeCentret? I bil eller andet? Og hvis den pårørende er alene? • Er der særlige sætninger, du bruger, når du afslutter samtalen?
Følelsesmæssig påvirkning	• Hvilke følelser kan opstå hos dig ved opkald til pårørende? ○ Hvordan forholder du dig til disse følelser? ○ Hvem taler du eventuelt med efterfølgende? ○ Hvordan oplever du, at det kan være en hjælp for dig at tale med andre?
Andet relevant	• Er der andre ting, end dem vi har talt om, som du synes, det er vigtigt at bringe op?
Drøftelse i gruppen	• Hvad har I hæftet jer ved? • Er der nogen uddybende spørgsmål? • Andre tanker og refleksioner?
Afrunding af erfaringsudvekslingen	• Hvordan har det været at deltage i erfaringsudvekslingen? • Er der noget, I har hæftet jer særligt ved undervejs? • Hvad tager I særligt med jer fra i dag?

Tabel 3 (fortsat)

	○ Hvordan forholder du dig, når efterladte i samme familie reagerer forskelligt? Eksempel?
	• Hvad oplever du, at de efterladte typiske er optaget af? ○ Hvordan møder du det? Eksempel? • Hvordan forholder du dig, når der er børn og unge pårørende? • Hvordan forholder du dig, når afdøde er et barn? Opfølgende samtaler? <i>Tilstedeværelse med familien og familiens rum til at være sig selv</i> • Hvordan finder du ud af, hvad de efterladtes behov er for din tilstedeværelse? Hvad lægger du mærke til? • Har du eksempler på, hvad du siger eller spørger om for at finde ud af det? Er der sætninger/handlinger, som du hyppigt siger/gør? <i>En eller flere efterladte til stede på en gang</i> • Oplever du særlige udfordringer, når en efterladt er alene? • Oplever du andre udfordringer, når det er en hel gruppe, som er mødt op? Hvordan komme du disse udfordringer i møde? <i>Ting til kisten:</i> • Hvordan sikrer du dig, at de ting som efterladte eventuelt har med, kommer med i kisten, hvis de gerne vil have det? Det kan også være tøj, som man ønsker, at afdøde skal have på? Kontakt til kapellet? • Hvilke pjecer udleverer du? • Har du eventuelt erfaringer med, at børn og unge tegner til deres afdøde forælder eller søskende? Hvordan bliver det faciliteret? Tabel 4 (fortsat)

Afsked med efterladte	• Er der bestemte ting du altid siger eller gør, når du tager afsked med de efterladte? • Er der situationer, hvor du gør noget ekstra for de efterladte? Hvad kunne det for eksempel være? Og hvad har du lagt mærke til resulterer i disse ekstra handlinger? • Hvilke tilbud om hjælp og støtte henviser du typisk til?
Følelsesmæssig påvirkning	• Hvilke følelser kan opstå hos dig i mødet med efterladte? ◦ Hvordan forholder du dig til disse følelser? ◦ Hvem taler du eventuelt med efterfølgende? ◦ Hvordan oplever du, at det kan være en hjælp for dig at tale med andre?
Andet relevant	• Er der andre ting, end dem vi har talt om, som du synes, det er vigtigt at bringe op? Fx hvordan de tværfaglige samarbejde fungerer?
Drøftelse i gruppen	• Hvad har I hæftet jer ved? • Har I uddybende spørgsmål? • Andre tanker og refleksioner?
Afrunding af erfaringsudvekslingen	• Hvordan har det været at deltage i erfaringsudvekslingen? • Er der noget, I har hæftet jer særligt ved undervejs? • Hvad tager I med jer fra i dag?

Tabel 4 (fortsat)

Tabel 5. Inspirationsspørgsmål til udvalgte kommunikationssituationer

Eksempler på spørgsmål
Er der noget du altid gør/siger, når xx?
Er der noget du aldrig gør/ siger når xx?
Er der særlige ord, som du altid bruger eller ikke bruger, når xx?
Hvilke overvejelser gør du dig i den forbindelse, hvis du bruger særlige ord?
Hvad er du typisk opmærksom på, når der er flere familiemedlemmer til stede?
Hvad er du typisk opmærksom på, når de pårørende eller de efterladte ankommer?
Hvad er du typisk opmærksom på, når pårørende eller efterladte møder op alene?
Hvilke konsekvenser har det for dine handlinger?
Hvilke non-verbale signaler lægger du typisk mærke til?
Hvad får det dig til at sige eller gøre?
Hvordan forholder du dig til dine egne følelser i situationen?
Andet relevant?

Første afprøvninger

Vi afsluttede hvert erfaringsudvekslingsmøde med at spørge deltagerne om, hvad de havde fået ud af mødet.

Mindre erfarne sygeplejersker gav udtryk for, at refleksionsmøderne styrkede deres motivation for S3-funktionen. De fik indsigt i erfarne kollegaers overvejelser og metoder, hvilket øgede deres tryghed og gav idéer til, hvordan rollen kunne gribes an.

For eksempel hvordan man kan møde pårørende i døren til TraumeCentret – med viden om, at deres kære er død, før de selv ved det: *”Det er slemt at skulle fortælle dem, der møder ind, at deres kære er død, når de ikke ved det ved ankomsten. Du kan ikke sige det i døren, selvom de spørger, men du ved det godt. Det er samtidig svært at stå alene uden en kollega og at være ny i situationen”* (E1).

De erfarne bekræftede dilemmaet og foreslog: *”En måde at gribe det an på kunne være at sige: Vi har flere patienter, og jeg er nødt til at finde ud af, hvad din mand hedder, så jeg kan finde ud af, om han er hos os. Kom du med mig, så kan du vente her [pårørenderum], så undersøger jeg det og vender tilbage hurtigst muligt”* (E5). Det blev fremhævet som vigtigt at få familien ind i et pårønderum frem for at give beskeden i døren. Sygeplejersken blev også bekræftet i, at en kollega ville støtte hende: *”Her vil du have mulighed for at alliere dig med en af de behandlende læger”* (E5).

Et andet eksempel var opkaldet til pårørende: *”Man ved ikke, hvem man ringer op til, og man kan ikke se dem”*

”Hvordan ser de ud?” ”Hvordan er relationen? Det er helt uforudsigeligt” (E2).

De erfarne bekræftede: *”Der er forskel på et opkald og at møde mennesker face to face. Man ved ikke, hvad familiens ressourcer er i telefonen. Det kan man bedre danne sig et overblik over, når man er sammen med dem”* (E3).

De erfarne opfordrede til at være kortfattet og informativ efter aftale med lægen: *”Din hustru er i kritisk tilstand, og vi er lige nu i gang med at undersøge og behandle hende. Det er vigtigt, at du kommer herind, så hurtigt som muligt. Kan du få hjælp til at komme ind på hospitalet? Når du ankommer, skal du henvende dig i Rigshospitalets reception, og så tager vi imod dig. Jeg skal nok ringe til dig, hvis situationen forværres”* (E5). De erfarne var enige om, at de ikke ville informere om dødsfald telefonisk, men først ved ankomst.

I erfaringsudvekslingsgruppen blev det diskuteret, hvordan det at være et ordentligt menneske også indebar at tage vare på den pårørendes reaktioner. En mindre erfarne sygeplejerske sagde: *”Jeg har fået større respekt for opgaven og er blevet mere bevidst om, hvad jeg siger og gør, når jeg ringer pårørende op – og hvad udfordringerne er. Jeg tænker meget mere over det, inden jeg ringer, og det er blevet tydeligere for mig, hvad udfordringerne er, og at jeg ikke er alene om det”* (E6).

Flere oplevede, at møderne styrkede de kollegiale relationer og førte til aftaler om at afklare roller og forventninger inden information om et dødsfald. Indsigt i de tekniske handlinger omkring den livreddende behandling blev også fremhævet: *"Du er mere usikker på, hvordan du skal informere de pårørende, når du ikke kender til indholdet af S1 og S2. Det er svært at skulle oversætte for de pårørende, når du ikke ved, hvad der foregår, og mens kollegaer nogle gange hører det. Så bare de [pårørende] ikke spørger mig om noget, for jeg ved ikke, hvad der sker, eller hvad der foregår"* (E2). Sidstnævnte omhandlede måden oplæringen af S3 var organiseret på, og hvordan den påvirkede forudsætningerne for at kunne påtage sig rollen.

Vi fandt, at erfaringsudvekslingsmøderne tydeliggjorde, hvad opgaven som S3 indebar, hvordan kommunikationssituationer kunne håndteres, samt hvordan møderne kunne styrke både de faglige refleksioner i kollegagruppen og oplæringen af mindre erfarne.

HVAD TILFØJER ARTIKLEN?

Artiklen viser behovet for – og hvordan – indsatsen for det mindst erfarne personale på akutområdet kan styrkes, så de kan føle sig mere trygge og kompetente i kommunikationen med pårørende og efterladte.

Diskussion

For at fremme en relevant og brugbar kompetenceudviklingsmodel undersøgte vi sundhedspersonalets kontakt med pårørende og efterladte på Rigshospitalets TraumeCenter, og hvordan arbejdets organisering kunne påvirke udfordringer i kontakten (delstudie 1). Vi udviklede og afprøvede i forlængelse heraf en kompetenceudviklingsmodel (delstudie 2).

Vi fandt, at TraumeCentrets organisering indebar, at det ofte var det mindst erfarne personale, som varetog opgaven med de pårørende og de efterladte, og at de opfattede denne opgave som svær. Dels fordi de oftest var alene om opgaven, dels fordi de kunne være i tvivl om, hvordan de skulle varetage den, og hvad der blev forventet af dem. Endelig var der tale om hændelser af traumatisk karakter,

hvor pårørende og efterladte var i akut eksistentiel krise på grund af livstruende tilstande eller dødsfald, hvilket påvirkede sundhedspersonalet følelsesmæssigt. Den følelsesmæssige påvirkning kunne både belaste sundhedspersonalet selv – men også hjælpen til de pårørende og de efterladte.

PERSPEKTIVERING

Artiklen præsenterer en kompetenceudviklingsmodel, som viser, hvordan mere og mindre erfarent personale kan styrke: 1) deres fælles læring og samarbejde og 2) det mindre erfarne personales kompetencer og tiltro til at kunne varetage kommunikationen med pårørende og efterladte. Visionen er, at modellen kan udbredes til samtlige akutmodtagelser i Danmark.

Vores resultater er i tråd med tidligere forskning, som peger på, at det at være yngre og mindre erfaren, mangle viden og tydelighed om forventninger og systematik i opgaver samt at blive udsat for traumatiske hændelser, øger udbrændthed blandt sundhedspersonale [24-26]. Vi udviklede og afprøvede derfor en model, som skulle støtte de mindst erfarne i at modtage og støtte pårørende og efterladte.

Med inspiration fra Schön, Polanyi og Goodwin [18-20] udfordrede vi idéen om, at tavs viden alene er et subjektivt sanseoplevelt fænomen, som den mindre erfarne kollega kun kan komme i kontakt med gennem erfaring og ved at iagttage mere erfarne kollegaer. Det gjorde vi ved at facilitere erfarnes detaljerede beskrivelser af deres overvejelser før, under og efter centrale kommunikationssituationer. International litteratur anbefaler en lignende tilgang, hvor mindre erfarent sundhedspersonale får lejlighed til at afprøve og reflektere over virkelighedsnære kommunikationssituationer med mere erfarne kollegaer som rollemodeller i lokale kontekster [27-28]. Forskning viser desuden, at effekten af kommunikationsundervisning øges, når mindre erfarent personale løbende får feedback fra mere erfarent personale [27].

Resultaternes betydning for praksis i TraumeCentret (Delstudie 1 og 2)

Rigshospitalets TraumeCenter arbejder fortsat med at styrke oplæringen af S3. For det første overvejer man at organisere oplæringen, så de mindst erfarne på traumeområdet får større indsigt i S1 og S2 funktionerne fra starten af deres ansættelse. Som nævnt øger indsigt i de tekniske handlinger oplevelsen af at være kompetent, når S3 skal beskrive for pårørende, hvad der foregår i behandlingen på traumestuen. For det andet styrkes den daglige oplæring ved at intensivere kontakten mellem makkerpar, hvor erfarne og mindre erfarne går sammen. For det tredje overvejer man at genoptage tidligere og positive erfaringer med systematisk at tilbyde telefonopkald og eftersamtaler til efterladte, hvis familiemedlem er afdødt ved døden i TraumeCentret.

Undersøgelsens styrker og svagheder

Undersøgelsens styrke ligger i kombinationen af dybdegående interviews og deltagerobservationer, som tilsammen har belyst de underliggende mekanismer bag de observerede sammenhænge. Dog er en kvalitativ undersøgelse ikke repræsentativ for alle ansatte i den akutte hospitalsbehandling, og vores konklusioner bygger ikke på en randomiseret undersøgelse af den beskrevne intervention. Vi kan derfor ikke udelukke, at bias og confounding har påvirket vores resultater. De kvalitative fund kan således ikke alene danne evidens for interventionens effekt, men de fremhæver væsentlige forhold, som bør tages i betragtning ved videreudvikling og evaluering af lignende interventioner.

Konklusion og perspektivering

Sundhedspersonale oplever det som en udfordring at yde støtte til pårørende og efterladte. Hvis pårørende og efterladte skal mødes med en høj kommunikativ faglighed, og hvis mødet ikke skal afhænge af den enkelte sundhedspersons præferencer, personlige motivation og erfaringer, kræver det, at sundhedspersonalet føler sig fagligt trygge og kompetente til opgaven. Vi har udviklet og afprøvet en kompetenceudviklingsmodel og fandt, at den havde potentiale for at støtte sundhedspersonale i at hjælpe pårørende og efterladte på akutområdet.

Muligheden for at reflektere over genkendelige kommunikationssituationer tydeliggjorde opgavens karakter og gav konkrete bud på, hvordan sådanne situationer kan håndteres. Samtidig blev både faglige refleksioner i kollegagruppen og oplæringen af mindre erfarne medarbejdere styrket.

For at øge modellens relevans og anvendelighed fremadrettet vil det være væsentligt at inddrage perspektiver fra pårørende og efterladte i den videre udvikling. Ligeledes bør de erfarnes handlinger og viden beskrives og formidles (trin 4) – både med henblik på kvalitetssikring og for at inspirere mindre erfarent personale, der ofte efterspørger opmærksomhedspunkter og handlemuligheder.

Endelig vurderer vi, at erfaringsudvekslingsmøder med fordel kan afprøves tværfagligt. I situationer med pårørende og efterladte er samarbejdet mellem læger og sygeplejersker afgørende, og det er centralt at have indsigt i hinandens perspektiver og kommunikationspraksis.

Vi ønsker at inkludere landets øvrige traumecentre i vores udviklingsarbejde for sammen at udarbejde en national vejledning for at modtage og støtte pårørende og efterladte. Vejledningen kan blandt andet indeholde en beskrivelse af den her fremlagte kompetenceudviklingsmodel med idéer til metoder og ordvalg i mødet med pårørende og efterladte.

For at styrke et sammenhængende sorgberedskab i Danmark kan ovenstående forslag suppleres med strukturelle tiltag, der sikrer, at både læger og sygeplejersker formelt uddannes til at varetage omsorgen og kommunikationen med pårørende og efterladte. Dertil kommer, at der systematisk bør følges op på pårørende og efterladte, og at man har kendskab og tilbud at henvise til, når patienten udskrives eller dør.

Interessekonflikter

Forfatterne angiver ingen potentielle interessekonflikter.

Finansiering

Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsen.

Referencer

- Larsen, L., Lauritzen, L. R., & O'Connor, M. (2019). Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse: Begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. *Psyke & Logos*, 39(1), 15–36. DOI: 10.7146/pl.v39i1.112158
- WHO. *ICD-11. Prolonged Grief Disorder* (2018). Tilgængelig via: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314> (sidst besøgt 30. juni, 2025).
- Onrust, S. A., & Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 10(4), 327–334. DOI: 10.1080/13607860600638529
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.030
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705–734. DOI: 10.1016/s0272-7358(00)00062-3
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 511–535. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146–156. DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.034
- Ó Coimín, D., Prizeman, G., Korn, B., Donnelly, S., & Hynes, G. (2019). Dying in acute hospitals: Voices of bereaved relatives. *BMC Palliative Care*, 18, 91. DOI: 10.1186/s12904-019-0464-z
- Jackson, B., McPeake, J., & Johnston, B. (2019). What information and resources do carers require pre and post bereavement in the acute hospital setting? A rapid review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 13(4), 328–336. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000462
- Donnelly, S., Prizeman, G., Ó Coimín, D., Korn, B., & Hynes, G. (2018). Voices that matter: End-of-life care in two acute hospitals from the perspective of bereaved relatives. *BMC Palliative Care*, 17(1), 117. DOI: 10.1186/s12904-018-0365-6
- Rubin, M. A., Svensson, T. L., Herling, S. F., Jabre, P., & Möller, A. M. (2023). Family presence during resuscitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. DOI: 10.1002/14651858.CD013619.PUB2
- Mentzelopoulos, S. D., Couper, K., Van de Voorde, P., Druwe, P., Blom, M., Perkins, G. D., et al. (2021). European Resuscitation Council guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*, 161, 408–432. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.017
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Valade, S., Jaber, S., Kerhuel, L., Guisset, O., et al. (2022). A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: A cluster randomised trial. *Lancet*, 399(10325), 656–664. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02176-0
- Bunin, J., Shohfi, E., Meyer, H., Ely, E. W., & Varpio, L. (2021). The burden they bear: A scoping review of physician empathy in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 65, 156–163. DOI: 10.1016/j.jcrc.2021.05.014
- Latour, J. M., Kentish-Barnes, N., Jacques, T., Wysocki, M., Azoulay, E., & Metaxa, V. (2022). Improving the intensive care experience from the perspectives of different stakeholders. *Critical Care*, 26(1), 218. DOI: 10.1186/s13054-022-04094-x
- Mason, J. (2007). *Qualitative Researching* (2nd ed.). Sage: London.
- Tavory, I., & Timmermans, S. (2014). *Abductive analysis. Theorizing Qualitative Research*. The University of Chicago Press: Chicago.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Guildford, UK: Arena.
- Polanyi, M. (1966). *The Tacit Dimension*. London: Routledge.
- Goodwin, C. (2000). Action and embodiment within situated human interaction. *Journal of Pragmatics*, 32(10), 1489–1522.
- European Parliament & Council. (2016). *Regulation (EU) 2016/679... on the protection of natural persons... Official Journal of the European Union*, L 119, 1–88. Tilgængelig fra: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/eng> [Lokaliseret 01.03.2025].
- World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Tilgængelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/> [Lokaliseret 01-03-2025].
- Spradley, J. P. (1979). *The Ethnographic Interview*. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Kelly, L. A., Johnson, K. L., Bay, R. C., & Todd, M. (2021). Key elements of the critical care work environment associated with burnout and compassion satisfaction. *American Journal of Critical Care*, 30(2), 113–120. DOI: 10.4037/ajcc2021775
- Chirico, F., Afolabi, A. A., Ilesanmi, O. S., Nucera, G., Ferrari, G., Sacco, A., et al. (2021). Prevalence, risk factors and prevention of burnout syndrome among healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Health and Social Sciences*, 6(4), 465–491. DOI: 10.19204/2021/prvI3

26. Chuang, C. H., Tseng, P. C., Lin, C. Y., Lin, K. H., & Chen, Y. Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95(50), e5629. DOI: 10.1097/MD.00000000000005629
27. Ammentorp, J., Chiswell, M., & Martin, P. (2022). Translating knowledge into practice for communication skills training for health care professionals. *Patient Education and Counseling*, 105(11), 3334–3338. DOI: 10.1016/j.pec.2022.08.004
28. Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., Zimmermann, A., Glaesmer, H., & Götze, H. (2021). COMSKIL: A communication skills training program for medical students. *GMS Journal for Medical Education*, 38, Doc83. DOI: 10.3205/zma001479