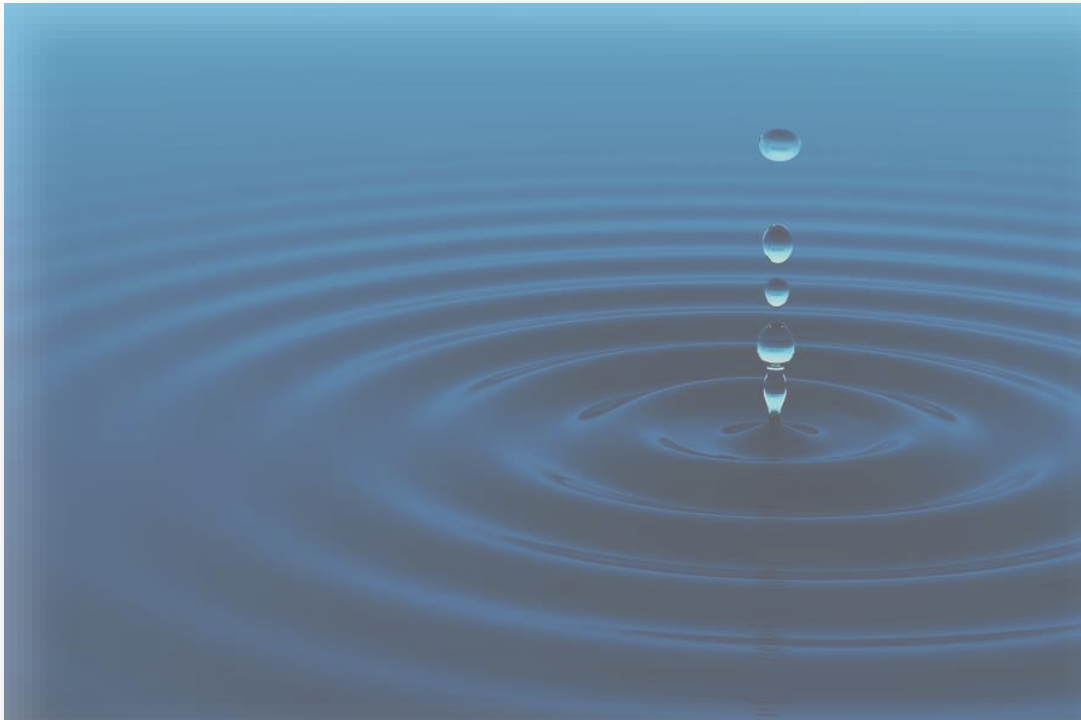


Personcentreret sygeplejepraksis i en dansk kræftafdeling

- en spørgeskemaundersøgelse blandt plejepersonalet



Kandidatspeciale i sygepleje
F2023

Af:

Karoline Osmark Genz – 76938

Charlotte Pedersen – 76817

Hovedvejleder: Karin Piil

Antal anslag i opgaven: 164.661



Roskilde Universitet

Resumé på dansk

Baggrund: Personcentreret praksis (PCP) er en internationalt anerkendt tilgang til pleje og behandling af mennesker. Dog har det vist sig svært at implementere i en praksiskontekst.

Formål: At undersøge i hvilken grad plejepersonale (PP) oplever en personcentreret tilgang i plejen og behandlingen af kræftpatienter, herunder at identificere potentielle barrierer og facilitatorer for implementeringen af en PCP-kultur.

Metode: Data blev indsamlet blandt PP (n=228) i Afdeling for Kræftbehandling, Rigshospitalet. PP arbejdede i ambulatorier, sengeafdelinger og stråleterapifsnittet. PCPI-S blev anvendt til at indsamle data via et elektronisk spørgeskema. Data blev analyseret statistisk.

Resultater: Der blev opnået en responsrate på 64% (n=145). PP oplever i høj grad at deres sygepleje er personcentreret målt på domænerne ”forudsætninger” ($4,19 \pm 0,79$), ”praksismiljøet” ($3,82 \pm 0,88$) og ”personcentrerede processer” ($4,18 \pm 0,75$).

Konklusion: PCP ses allerede implementeret. For yderligere at understøtte udviklingen af den PCP-kultur, er der behov for understøttelse af en anerkendende kultur, en feedbackkultur samt inddragelse af PP i beslutningsnetværk, der har indflydelse på klinisk praksis.

Antal anslag: 1.193

Resumé på engelsk

Person-centred nursing practice in a Danish cancer setting – a cross-sectional survey among healthcare professionals

Background: Person-centred practice (PCP) has proven to be an international recognized approach to care and treatment. Despite this, it has proven difficult to implement.

Aim: To explore in what degree healthcare professionals (HCP) perceived a person-centred approach in care and treatment of cancer patients and to identify potential barriers and facilitators for implementing a PCP culture.

Method: Data were collected among HCP (n=228) in Department of Oncology, Rigshospitalet. The HCP worked in outpatient wards, inpatient wards and in radiation therapy section. The instrument PCPI-S was used to collect data through an electronic questionnaire. Data were analyzed statically.

Results: A 64% response rate was achieved (n=145). HCP perceived a high degree of PCP assessed from the domains “prerequisites” (4,19±0,79), “practice environment” (3,82±0,88), “person-centred processes” (4,18±0,75).

Conclusion: PCP is already implemented in Department of Oncology. To further support the development of the PCP culture, there is a need to support an appreciative culture, a feedback culture as well as involvement of HCP in networks where decisions impact the clinical practice.

Antal anslag: 1.177

Indhold

Resumé på dansk.....	1
Resumé på engelsk.....	2
1.0 Indledning.....	5
2.0 Baggrund.....	6
2.1 Begrebsafklaring.....	6
2.2 Kræft i Danmark.....	6
2.2.1 Prævalens og incidens.....	6
2.2.2 Kræftplaner og kræftpakker.....	7
2.3 Den sundhedspolitiske dagsorden i Danmark.....	9
2.4 Når et menneske diagnosticeres med kræft.....	10
2.5 Sygeplejefaglig praksis og værdier.....	15
2.5.1 Aktuelle tendenser i sygeplejepsiksis.....	15
2.5.2 Sygeplejefaglige kerneværdier.....	16
2.6 Personcentreret pleje – en tilgang til andre mennesker.....	17
2.7 Problemfelt.....	20
2.8 Afgrænsning.....	20
3.0 Formål.....	21
4.0 Problemformulering.....	22
4.1 Begrebsafklaring relateret til problemformuleringen.....	22
5.0 Litteratursøgning.....	22
5.1 Indledende informationssøgning.....	22
5.2 Systematisk litteratursøgning.....	23
5.2.1 In- og eksklusionskriterier til litteraturen.....	23
5.2.2 Databaser.....	24
5.2.3 Søgestreng og søgeord.....	24
5.3 Præsentation af udvalgte artikler.....	25
6.0 Videnskabsteoretisk position.....	28
6.1 Det positivistiske paradigme.....	29
7.0 Teoretisk referenceramme for personcentreret praksis.....	30
8.0 Metode og materiale.....	35
8.1 Design.....	35
8.1.1 Spørgeskemaundersøgelse som metodisk grundlag.....	35
8.2 Dataindsamling.....	37

8.2.1 Konteksten og rekrutteringsprocedure	37
8.2.2 In- og eksklusionskriterier	39
8.2.3 Dataindsamling og håndtering af data	39
8.2.4 Udviklingen af PCPI-S.....	40
8.2.5 Opbygningen og scoring af PCPI-S.....	42
9.0 Ethiske overvejelser.....	46
10.0 Dataanalyse	47
11.0 Resultater	48
11.1 Respondenter og responsrate	48
11.2 Demografiske karakteristika for plejepersonalet.....	50
11.3 Beskrivelse af resultater fra PCPI-S.....	51
11.3.1 De tre domæner: forudsætninger, praksismiljøet og personcentrerede processer	54
11.3.2 Forudsætninger for at yde personcentreret sygepleje – resultater på de enkelte sektioner og udvalgte spørgsmål.....	55
11.3.3 Praksismiljøet – resultater på de enkelte sektioner og udvalgte spørgsmål.....	58
11.3.4 Personcentrerede processer - resultater på de enkelte sektioner og udvalgte spørgsmål	61
11.3.5 Opsamling på resultater fra PCPI-S.....	64
12.0 Diskussion	65
12.1 Diskussion af resultater	66
12.2 Diskussion af metode	70
13.0 Konklusion	74
14.0 Kliniske implikationer og perspektivering	75
14.1 Klinisk implikationer for implementering af en personcentreret praksiskultur	75
14.2 Perspektivering:.....	77
15.0 Oversigt over figurer og tabeller	78
15.1 Tabeller	78
15.2 Figurer.....	78
16.0 Referenceliste.....	79

1.0 Indledning

Sundhedsvæsenet er under konstant forandring og udvikling og det medfører udfordringer for ansatte og brugere af sundhedsvæsenet. Pakkeforløb, ventetidsgarantier og fasttrack-forløb bidrager alle til, at sikre effektiv drift og optimere tilbuddene i det danske sundhedsvæsen til gavn for patienterne. En tendens i sundhedsvæsenet er, at flere sengepladser og dermed indlæggelser, nedlægges til fordel for ambulans virksomhed (1,2). Dette stiller store krav til både sundhedsprofessionelle og patienter. Det gælder også på kræftområdet, hvor en stor del af kræftbehandlingen i sekundær sektor foregår ambulans.

En anden tendens, der ses i sundhedsvæsenet de sidste år, er en udvikling fra en patient-centreret til en mere personcentreret tilgang (3). At arbejde personcentreret betyder at sundhedsprofessionelle i enhver aktivitet har personen i centrum for alle beslutninger. Med denne ændring i diskursen bevæger man sig fra et fokus på personer med sygdom ikke længere blot er patienter, men mennesker med en livserfaring og personlige værdier (4).

Den personcentrerede praksis har vist sig at have direkte indflydelse for oplevelsen af bedre pleje og behandling (5,6). Samtidig har forskning vist, at det at arbejde i en personcentreret kultur har en positiv indflydelse ikke blot på patienten, men også de sundhedsprofessionelle (7). Den gode intention om at arbejde personcentreret er formuleret i talrige politiske strategier og ses integreret som en individuel og helhedsorienteret tilgang til patienten. Dog kan udfordringerne være at oversætte og implementere denne tilgang til en klinisk praksis (5–7). Forskning viser at barrierer for implementering af en personcentreret tilgang i klinisk praksis, kan være manglende tid med patienten samt ledelsesmæssig prioritering (6).

På Rigshospitalets Afdeling for Kræftbehandling er en del af strategien, at der stræbes efter at arbejde ud fra en personcentreret tilgang i sygeplejen og i mødet med patienter (Bilag 1).

Med standardiserede pakkeforløb sikres kræftpatienter en hurtig og effektiv udredning og behandling. På samme tid oplever vi som sygeplejersker, hvordan patienter får vendt op og ned på deres livssituation, får revet deres fundament væk og som i den grad har brug for specialiseret sygepleje og omsorg, som er individuelt tilpasset til det enkeltes situation.

Omdrejningspunktet for dette speciale, er kræftpatienter og sygeplejerskers oplevelser af en personcentreret praksis i Afdeling for Kræftbehandling. Med et fokus på en personcentreret tilgang sættes

mennesket i centrum og dennes ønsker, behov og værdier bliver således udgangspunktet for opbygning af en tillidsfuld relation og dialog.

2.0 Baggrund

I det følgende afsnit vil vi præsentere begreber, der vil blive anvendt gennem specialet.

Efterfølgende fremlægges et overblik over kræft i Danmark i forhold til prævalens og incidens. Herefter præsenteres et historisk overblik over kræftplaner og kræftpakkeforløb, med særligt fokus på visioner i den nyeste kræftplan. Derefter præsenteres en gennemgang af de politiske visioner og strategier inden for kræftområdet, som har betydning for sygeplejen såvel som for kræftbehandlingen i Danmark. Efterfølgende anskues patientperspektivet, set ud fra forskning og undersøgelser af patienters oplevelser og behov, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Yderligere inddrages det sundhedsprofessionelle perspektiv med udgangspunkt i litteratur og forskning omhandlende den sygeplejefaglige praksis og aktuelle tendenser i sygeplejen. Afslutningsvis beskrives teorier omhandlende personcentrerede tilgange. Dette leder os frem til en afgrænsning af problemfeltet, som indsnævres yderligere i problemformuleringen.

2.1 Begrebsafklaring

Kræftplan: En kræftplan er nationale planer for kræftbehandlingen i Danmark udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, der har til formål at ensrette og systematisere kræftbehandling i hele Danmark (8).

Kræftpakkeforløb: Er et samlet og tilrettelagt forløb af undersøgelser, behandling og opfølgning (8)

Personcentreret pleje: Personcentreret pleje og omsorg er en tilgang og filosofi til, hvordan det hele menneske inddrages i alle dele af et forløb (4)

Sundhedsprofessionel: I dette speciale vil begrebet sundhedsprofessionel blive anvendt sporadisk og dækker over læger, sygeplejersker, radiografer, social-og sundhedsassistenter, lægesekretærer samt andre faggrupper med en sundhedsfaglig uddannelse, der arbejder i sundhedsvæsenet.

2.2 Kræft i Danmark

I dette afsnit præsenteres et overblik over prævalens og incidens for kræft i Danmark, efterfulgt af et afsnit om kræftplaner og kræftpakker.

2.2.1 Prævalens og incidens

Kræft er ifølge Sundhedsstyrelsen den hyppigste dødsårsag i Danmark (9) og et stigende antal af danskere lever med eller efter kræft. I 2020 viste tal fra Sundhedsdatastyrelsen at 362.715 personer

havde en eller flere kræftdiagnoser (10). Med et voksende antal af personer med en eller flere kræftsygdomme, er prævalensen for kræft stigende (11).

Årsagerne til den stigende prævalens kan være flere. For det første ses en øget gruppe af ældre i den demografiske udvikling og dertil kommer en øget risiko for at få kræft. I takt med bedre behandlingsmuligheder er sandsynligheden for at overleve kræft blevet større. Af betydning er endvidere en tidlig opsporing af kræftsygdom, udvikling af mere målrettede behandlingsmetoder som eksempelvis immunterapi og personlig medicin, som har vundet stor indflydelse de seneste år på kræftområdet (12).

I en fremtidsanalyse fra Danmarks Statistik ses, at antallet af kræfttilfælde over en periode på 10 år, forventes at stige fra 43.368 til 50.105 - en analyse alene på baggrund af den forventede befolkningsudvikling (9). Ifølge Kræftens Bekæmpelse har blandt andet de nationale kræftplaner bidraget til ensartet og hurtigere udredning og behandling af kræftforløb i Danmark. Endvidere indførelse af screeninger for livmoderhalskræft, brystkræft og tarmkræft samt nye behandlingsmuligheder indenfor kirurgi, stråleterapi og medicinske behandlinger (13). Dermed bliver kræft i stigende grad en sygdom, man kan overleve og leve med i mange år. I takt med stigende antal af kræftoverlevende, ses også et øget antal af kræftpatienter med senfølger efter endt behandling. Senfølger kan i større eller mindre grad forstyrre hverdagen og dermed livskvaliteten hos det enkelte individ. Det stiller krav til sundhedsvæsenet om håndtering af senfølger, der er forårsaget af kræftbehandling, samt rehabilitering af patienter efter endt forløb (14).

2.2.2 Kræftplaner og kræftpakker

Særligt tiltag i forbindelse med kræftplanerne og kræftpakkeforløbene har været afgørende for behandling af kræft i Danmark (13). Formålet med implementering af kræftpakkeforløbene er at tilbyde patienter en optimal udredning og behandling. Endvidere at forkorte forløbet og derigennem forbedre prognosen, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid uden kendt årsag. Pakkeforløbene vil altid baseres på seneste opdaterede retningslinjer for den enkelte kræftform (8). Der er i dag indført kræftpakkeforløb i hele landet, som er gældende for næsten alle kræftdiagnoser. Et kræftpakkeforløb sikrer patientforløb af høj kvalitet uden unødigt ventetid og knytter sig til en enkelt kræftdiagnose. Ens for alle pakkeforløb er, at de indeholder følgende:

- Beskrivelse af sundhedsfaglige elementer som danner grundlag til pakkeforløbene, herunder fagligt begrundende forløbstider, hvor patienter ikke oplever unødigt ventetid

- Oversigt over tilrettelæggelsen af pakkeforløb, herunder flowchart samt oversigtskema for tilrettelæggelse af pakkeforløb (8).

Sundhedsstyrelsen udgav den første kræftplan i år 2000, med det formål at styrke og forbedre kræftbehandling i Danmark. Planen sigtede mod at nedsætte kræftdødeligheden ved generelt at løfte forebyggelse og behandling. I 2005 fulgte Kræftplan II, hvor fokus var både på at behandle flere og behandle bedre. Behandlinger skulle være af høj international kvalitet og der skulle bedre sammenhæng i patientforløbene. Med et fokus på sammenhæng og organisering af patientforløbet, begyndte arbejdet med at lave kræftpakkeforløbene (15).

Kræftplan III kom i 2010 og havde et stort fokus på de dele af et patientforløb, der ligger før og efter udredning. Dette betød styrkelse af tidlig opsporing, samt en bedre opfølgning med løft af rehabilitering og den palliative indsats før, under og efter et kræftforløb (16).

I 2016 udkom den fjerde og aktuelle kræftplan. Kræftplanen kaldes *Patienternes Kræftplan* og bygger videre på de tre forrige. Fokus i Kræftplan IV er at styrke sammenhænge og overblik for patienterne, da alt for mange kræftpatienter oplever usammenhængende forløb, hvor de ikke føler sig tilstrækkeligt inddraget i beslutninger om deres sygdom. Det skal være patienternes ønsker og behov, der sætter dagsordenen i kræftbehandlingen.

Kræftplan IV indeholder tre nationale målsætninger og 16 initiativer, som skal bidrage til at understøtte udvikling på kræftområdet (17).

Et af fokusområder under de tre nationale målsætninger er ”patienten først og fremmest”. Fokusområdet består af seks initiativer, der alle sigter mod mål om patientinddragelse og behandling, der tager udgangspunkt i patienternes liv og deres værdier (17). De seks initiativer er:

1. Patientansvarlige læger – én læge som følger dig som patient
2. Patienten skal med på råd; Inddragelse af patienterne sker ved hjælp af forskellige beslutningsværktøjer. Inddragelse af patienter i deres eget forløb, sker ved at tale med patienterne og tage udgangspunkt i deres liv
3. På patientens præmisser – behandling i eller tættere på hjemmet
4. Målrettede tilbud på sygehuse til unge med kræft
5. Overblik over behandlingsforløbet – patientens personlige plan
6. Hurtige forløb med plads til patientens ønske

Dermed arbejdes der aktivt i nyeste kræftplan for at inddrage mennesker med en kræftsygdom i eget forløb og hvor patienten tages med på råd og inddrages på egne præmisser.

Kræftplaner og kræftpakker bidrager nationalt til en struktur, ensartethed og kvalitet i kræftforløbene og dermed for kræftpatienterne. Kræftplan IV og de overfor nævnte fokusområder peger på områder, som patientens værdier, inddragelse i beslutninger vedrørende eget forløb og på patientens præmisser. Det giver et billede af ønske om individuelle tilpassede forløb, der bygger på individuelle værdier og med patienten i centrum for beslutninger.

Udover de nationale kræftplaner og kræftpakker er sundhedsområdet også påvirket af politiske strategier fra Danske Regioner og Kommunernes Landsforening, som sammen varetager opgaven med sundhedsvæsenet.

2.3 Den sundhedspolitiske dagsorden i Danmark

Danske Regioner peger på, at de udfordringer fremtidens sundhedsvæsen står overfor, er flere patienter, flere behandlingsmuligheder og dermed et stigende pres på de ressourcer, der er til rådighed (2).

Det nationale kvalitetsprogram for sundhedsområdet er udviklet i 2021 af regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regionerne og er den politiske strategi for det samlede danske sundhedsvæsen (18). Kernen i Det nationale kvalitetsprogram er at skabe størst mulig værdi for patienten, som afspejles i flere af målene. De nationale kvalitetsmål skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i behandlingen og rehabiliteringen, med fokus på de resultater, der har betydning for det enkelte menneske. Samtidig skal målene understøtte, at der leveres mest mulig sundhed for pengene (18). De 8 nationale mål for sundhedsvæsenet beskrives som en hjørnesteen i det nationale kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet og er illustreret i Figur 1 nedenfor.



Figur 1: De 8 nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet.

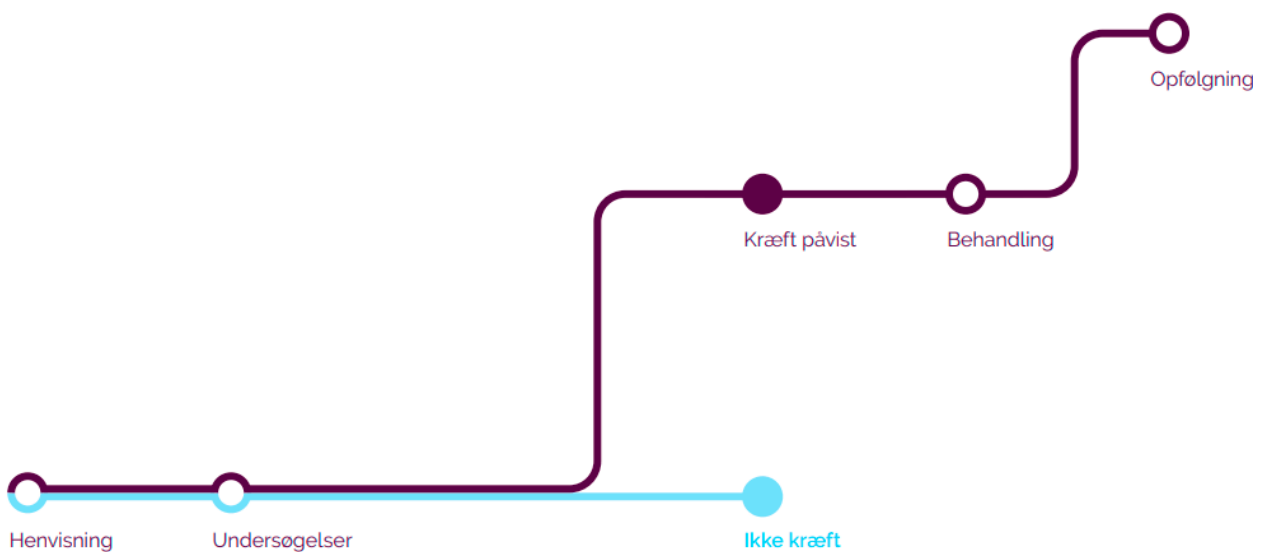
De otte nationale mål, skal sikre at alle sundhedsvæsenets aktører – det vil sige sygehuse, kommuner og almen praksis arbejder i en tydelig fælles retning mod at højne kvalitet og samtidig gør det lettere at overskue, hvor der er behov for forbedringer.

På Danske Regioners hjemmeside kan man læse, at der de seneste 10-15 år har været et markant løft i kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, men at der stadig er plads til forbedringer (2). Dette er ifølge Danske Regioner, ved at alle dele af sundhedsvæsenet skal blive bedre til at dokumentere, hvordan vi skaber størst mulig værdi for patienten indenfor den givne ramme (2). Danske Regioner peger som tidligere nævnt også på, at de udfordringer fremtidens sundhedsvæsen står overfor, er flere patienter, flere behandlingsmuligheder og et større pres på de ressourcer, der er til rådighed. Et større fokus på udvikling af innovative løsninger, skal bidrage til bedre behandlinger og en mere effektiv offentlig sektor, som skaber mere sundhed for pengene. Desuden en mere omkostningseffektiv drift og administration (2). Dette peger i en retning af fokus på drift og styring – et mere effektivt sundhedsvæsen med hurtig udredning og behandling af høj kvalitet, hvor der skal være et fokus på, hvordan vi skaber størst mulig værdi for patienterne. Med fokus på drift, styring og effektiviteten i sundhedsvæsenet, er der en risiko for, at vi styres af netop dette og ikke hvordan det enkelte menneske, oplever vejen gennem sundhedsvæsenet. I et debatindlæg i Altinget af Jakob Birkler (19) peges på, at den største udfordring i sundhedsvæsenet i dag, er en ubalance mellem behandling og omsorg. Birkler peger på, at det er behandlingsgarantier, behandling og udskrivelser, der er dikterende for patientens forløb og ikke patientens omsorgsbehov. En skæv prioritering der, ifølge Birkler, kommer til udtryk ved, at vi overvåger ventetider og behandlingsgarantier, men våger for lidt over patienten. Et øget fokus på omsorgens værdi og kvalitet i behandlingen, kunne netop være et fokus for, hvordan vi skaber størst mulig værdi for patienten. Med et politisk fokus på behandling, drift og effektivitet, mistes helhedsblikket for patienten til fordel for krav om opgaveløsninger. I det følgende afsnit beskrives patientforløbet fra henvisning til opfølgning samt forskning omhandlende patientperspektivet.

2.4 Når et menneske diagnosticeres med kræft

Når en læge får mistanke om, at et menneske har kræft, henvises vedkommende til et kræftpakkeforløb. Som tidligere omtalt, er pakkeforløbene med til at sikre unødigt ventetid og at alle får en ensartet behandling af høj kvalitet, uanset hvor i landet man bor (13). Udredning og behandling af kræft er et tværfagligt forløb, hvor patienten kommer i kontakt med mange forskellige sundhedsprofessionelle. Indledningsvis er det ofte den praktiserende læge, der henviser til et pakkeforløb,

hvorefter patienten indkaldes til udredende undersøgelser hos en speciallæge eller en udredende afdeling på hospitalet (8). Fra den dag hospitalet modtager henvisningen, skal patienten være i gang med udredningen inden for 14 dage (20). Udredning for kræft er forbundet med undersøgelser såsom ultralydsundersøgelser, scanninger, biopsi og blodprøver, der kan be- eller afkræfte mistanken om kræft. Den diagnostiske proces varetages af patologen samt radiologen, hvor imens onkologer eller kirurger på den udredende afdeling, har ansvaret for at informere patienten om behandlingsmuligheder, forventet effekt, mulige bivirkninger, senfølger med videre (8). Figur 2 illustrerer et kræftpakkeforløb fra henvisning til opfølgning (21).



Figur 2: Kræftpakkeforløb fra henvisning til opfølgning.

Påvises en kræftsygdom informeres patienten om prognose og behandlingsmuligheder, hvor patienten herefter skal samtykke til behandling. Fra patienten samtykker må der gå maksimalt to uger, før patienten påbegynder sin behandling, hvilket fremgår af Sundhedsloven (20). Hvor lang tid et behandlingsforløb strækker sig over, er helt afhængigt af kræfttypen og behandlingsformen. De mest almindelige behandlingsformer er operation, stråle-, kemo- og immunterapi eller en kombination af disse. En operation kan tage én dag, mens et forløb med kemoterapi kan strække sig over flere år (22). Behandlingsmålet for den kræftramte kan være i kurativt eller palliativt øjemed, afhængigt af hvornår en kræftdiagnose opdages. Nogle tilbydes adjuverende behandling, som forebygger tilbagefald og i nogle tilfælde tilbydes neoadjuverende behandlinger, hvor der gives forberedende behandling med f.eks. kemoterapi forud for operation. Hvis der sker tilbagefald af kræftsygdommen, tilbydes i mange tilfælde en anden behandling, som igen kan være operation, stråleterapi eller medicinsk kræftbehandling (23). Som en helt væsentlig del af kræftbehandlingen, har alle kræftpatienter i

Danmark tilbud om rehabilitering, der retter sig mod fysiske, psykiske og sociale behov under og efter et kræftforløb. Rehabilitering foregår i et tværsektorielt samarbejde mellem hospital og kommuner (24).

Ovenstående viser, at der er en stor kompleksitet i at blive diagnosticeret med kræft. Det er indiskutabelt at ventetidsgarantier bidrager positivt til et kræftforløb, hvor udredning sker effektivt og kan være medvirkende til at forbedre prognosen. Men for et menneske, der får en kræftdiagnose, er et kræftforløb meget mere end at komme hurtigt i gang med sin behandling. Det er en eksistentiel omvæltning, hvor opfattelsen af en selv og tilværelsen vendes op og ned. At få en kræftdiagnose er forbundet med frygt, angst, uvished, håb og håbløshed (25).

I takt med at sundhedsvæsenet har udviklet sig, er der kommet et større fokus på patientens livsstil, håndtering af sygdom, livskvalitet og andre faktorer, der spiller ind på et sygdomsforløb. En tendens i sundhedsvæsenet er et større fokus på, hvordan patienterne oplever den pleje og behandling de modtager (26).

I en barometerundersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse, undersøges kræftpatienters behov og oplevelser i det samlede kræftforløb (14). Barometerundersøgelsen er en tilbagevendende undersøgelse, hvor de seneste to udgivelser, beskæftiger sig med henholdsvis kræftpatienters oplevelser af udredning og behandling og kræftpatienters oplevelser i opfølgings- og efterforløb (14,27). Barometerundersøgelsen er en national spørgeskemaundersøgelse og bygger på flere tusind besvarelser fra patienter med kræft (27). Med Barometerundersøgelsen følger Kræftens Bekæmpelse tendensen med at inddrage patientens oplevelser og medvirker til at give kræftpatienterne en højere stemme ind i deres møde med sundhedsvæsenet fra udredning til efterforløb.

En ny rapport fra Kræftens Bekæmpelse undersøger, hvordan multidisciplinære teamkonferencer (MDT) systematiske inddrager patienters synspunkter, præferencer og generelle livsforhold. MDT-konferencer er en væsentlig del af et patientforløb, hvor der træffes beslutninger om behandlingstilbud (28). Gennem 22 semistrukturerede interviews med sundhedsprofessionelle undersøges, hvordan de oplever patientens synspunkter, præferencer og generelle livsforhold inddrages i MDT-konferencen. Konklusionen er, at det varierer, i hvilken grad patientperspektivet inddrages og at dette ikke sker systematisk (28). Dette kan være problematisk set i lyset af, at der træffes vigtige behandlingsmæssige beslutninger om patienten – uden patientens tilstedeværelse. Kræftens Bekæmpelse anbefaler på baggrund af rapporten at MDT-konferencer skal ensartes på tværs af landet og at der

skal være mere systematisk opfølgning(28). Undersøgelser som denne, er med til at sætte fokus på i hvilken grad patientens ønsker og præferencer inddrages i beslutninger.

Danske Patienter har udarbejdet rapporten ”Patienterne har ordet: Dét er kvalitet for os” i 2023 (29) som er en undersøgelse af, hvad patienterne i det danske sundhedsvæsen mener, er vigtigt for oplevelsen af kvalitet (29). Undersøgelsen er baseret på tre forskellige analyser, hvor del 1 og 3 er særligt interessante. Del 1 er en analyse af 19 kvalitative interviews med mennesker med kronisk eller langvarig sygdom. Af interviewene ses, at mennesker med kronisk eller langvarig sygdom, har individuelle og situationsbestemte oplevelser af, hvad kvalitet i sundhedsvæsenet er. Alligevel kan der tegnes et bredere billede på baggrund af undersøgelsen; en høj sundhedsfaglig ekspertise skal gå hånd i hånd med omsorg og der skal være styr på forløbet (29). Af analysen baseret på interviews med patienterne, kan opsummeres i alt 7 forskellige dimensioner, illustreret herunder (Figur 3) (30).



Figur 3: Patienternes kvalitetsforståelse kan opsummeres til i alt syv forskellige dimensioner.

I del 3 af undersøgelsen præsenteres en analyse af, hvordan patienternes kvalitetsforståelse er afspejlet i det, som sundhedsvæsenets kvalitet måles på (29). Dette er interessant, fordi den netop undersøger, hvordan de syv dimensioner ovenfor er afspejlet i de otte nationale kvalitetsmål som præsenteret i forrige afsnit (18). Ifølge analysen, måler sundhedsvæsenet kun delvist på de syv dimensioner, der repræsenterer patienternes kvalitetsforståelse og nogle er slet ikke afspejlet i de otte nationale kvalitetsmål. Det gælder særligt de mere relationelle og værdibaserede forhold, som det at møde omsorg fra sundhedspersoner og få en værdig behandling (29). Herunder er de 7 kvalitetsmål fra Danske Patienter sat overfor de 8 nationale kvalitetsmål (Figur 4).



Figur 4: De syv kvalitetsmål fra Danske Patienter (øverst) overfor de otte nationale kvalitetsmål (nederst).

På baggrund af Danske Patienters undersøgelse, peger patienterne på emner som omsorg og værdig behandling som værende kvalitet i deres forløb. Dog er det iøjefaldende, at omsorg og en værdig behandling ikke direkte afspejles i regeringens, Kommunernes Landsforening og Regionernes udspil om kvalitet i sundhedsvæsenet anno 2021(18). Konsekvensen af dette er, at sundhedsvæsenet ikke i tilstrækkelig grad understøtter ambitionen om, at skabe mest mulig kvalitet for patienten og risikerer at trække sundhedsvæsenet i en retning væk fra patientens præferencer og behov (29).

Forskning peger på, at patientinddragelse samt pleje og behandling, hvor man inddrager patienters værdier og erfaringer, giver bedre udbytte for patienterne. I et systematisk review fra 2018 (31) undersøges kræftpatienters oplevelser af og behov for relationen og kommunikationen med de sundhedsprofessionelle under kemoterapi i et ambulante kræftforløb. I reviewet, der beror på 9 studier, findes at patienter oplever det vigtigt at have en god relation til den sundhedsprofessionelle. Det bidrager til, hvordan patienter håndterer deres forløb og har en effekt på tilfredsheden med den behandling, som patienten modtager (31). Desuden findes, at kræftpatienter i ambulante forløb lagde særlig vægt på den kommunikation, der var mellem dem og de sundhedsprofessionelle. Kommunikation skulle faciliteres på en personlig og meningsfuld måde. Derudover udtrykte patienter behov for at sundhedsprofessionelle havde kompetencer indenfor kommunikation, såsom en omsorgsfuld attitude, samtidig med at de kunne give information i et forståeligt sprog (31).

Af afsnittet ses, at det er komplekst for et menneske at få en kræftdiagnose. Tiltag som ventetidsgarantier er med til at sikre en vis kvalitet i forløbet, og sundhedsvæsenet måler kontinuerligt på kvaliteten, der leveres. Dog ses der en diskrepans, når man spørger brugerne af sundhedsvæsenet, patienterne om, hvad kvalitet er for dem. Der er kommet øget fokus på patientens stemme med initiativtagere som blandt andet Kræftens Bekæmpelse og Danske Patienter. Det som betyder noget for patienterne er en omsorgsfuld behandling, relationen og kommunikationen med de sundhedsprofessionelle. Udfordring er, at disse begreber er svære at måle og evaluere på. Det er en udfordring i det danske sundhedsvæsen at integrere det, som er centralt for patienterne og dokumentere, at de lever op til det som efterspørges af patienterne.

2.5 Sygeplejefaglig praksis og værdier

I dette afsnit redegøres for aktuelle tendenser i sygeplejen. Derudover præsenteres kerneværdier indeholdt i den sygeplejefaglige identitet.

2.5.1 Aktuelle tendenser i sygeplejepsiksis

Et centralt emne de seneste år har været sygeplejerskemangel og fastholdelse af medarbejdere i sundhedsvæsenet. En analyse af DAMVAD Analytics lavet for Danske Professionshøjskoler viser, at der forventes at mangle 8.200 sygeplejersker i 2030 (32). Trivsel på arbejdet, work-life balance og faglig identitet italesættes i seneste udgave af fagbladet Sygeplejersken, som vigtige begreber i et arbejdsliv som sygeplejerske (33). Løsningen på sygeplejerskemanglen er ifølge DSR mere i løn og bedre arbejdsvilkår for sygeplejerskerne (34).

Tal fra marts i år viser, at den forgæves rekrutteringsrate for sygeplejersker er på 27%. Det vil sige, at over en fjerdedel af de stillinger der bliver slået op, ikke bliver besat. Dette svarer til 2.200 sygeplejerskestillinger (35). Som konsekvens af sygeplejerskemangel og pressede normeringer på mange sengeafsnit, fødegange og akutmodtagelser har Region Hovedstaden i maj 2023 sat forslag om at sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og jordemødre ansat i dagvagter, skal tage 18 weekend- og helligdagsvagter om året (36). Kredsformand Kristina Robins kommenterer på dette, at tvang ikke er vejen frem og vil føre til flere opsigelser. At få flere sygeplejersker i weekend- og helligdagsvagter skal bero på frivillighed og med fokus på individuelle løsninger lokalt (37). Spørger man sygeplejerskerne ansat på hospitalsafdelinger, er der fire afgørende ting, som kan bidrage til at fastholde dem i deres nuværende arbejde et bedre arbejdsmiljø, en større økonomisk gevinst, bedre kompetenceudviklingsmuligheder og mindre vagtbyrde (38).

Sygeplejersker ansat på hospitalsafdelinger angiver, at konsekvenserne ved at være for få på arbejde er forringet sygeplejefaglig kvalitet, forringet patientsikkerhed med forværrede tilstande hos patienterne, som i nogle tilfælde kunne være livstruende. Derudover lukning af sengepladser og at patienter bliver afvist, udskrevet eller overflyttet før tid (39). Ifølge tal fra Sundhedsdatastyrelsen fra 2018 er der siden 2001 sket en stigning i produktiviteten i sundhedsvæsenet på 81%, mens antallet af sygeplejersker i samme periode kun er steget med 20% (33). Det betyder at sygeplejersker i dag udfører mere arbejde på markant mindre tid.

I den seneste udgave af Sygeplejersken 05/23 (33) er der fokus på den professionelle omsorg. Her argumenteres for, at i takt med effektiviseringer og besparelser er omsorgen forsvundet fra sundhedsvæsenet. Dette på trods af, at patienterne fremhæver værdighed og omsorg som helt centralt for oplevelsen af kvalitet i sundhedsvæsenet (29). Ligeledes sætter Etisk Råd fokus på den professionelle omsorg i sundhedsvæsenet. I deres redegørelse ”Omsorg i sundhedsvæsenet” fra 2022, rejses spørgsmålet om sundhedsvæsenet er tilstrækkeligt omsorgsfuldt (40).

Omsorg, værdig behandling og inddragelse i eget forløb er værdier, som kan være svære at måle på, men som er helt centrale i forhold til oplevelsen for den enkelte patient. Omsorg kan i sundhedsvæsenet forstås, som relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, hvor den sundhedsprofessionelle retter sin opmærksomhed mod patienten og ser det hele menneske og de individuelle behov (40). I redegørelsen fra Etisk Råd argumenteres for, at omsorg er vigtig for hele sundhedsvæsenet, både som et fundamentalt behov hos alle patienter og brugere af sundhedsvæsenet, men også spiller en vigtig rolle for arbejdsglæden og som motivationsfaktor for sygeplejersker (29).

2.5.2 Sygeplejefaglige kerneværdier

Flere af de store sygeplejeteoretikere sætter begrebet omsorg som fundamentalt for sygeplejen og har bidraget med filosofier og omsorgsteorier, der styrker en klinisk sygeplejepraksis. Patricia Benner og Judith Wrubel, Kari Martinsen og Katie Eriksson, har alle omsorg som omdrejningspunkt for deres teorier og filosofier (41). Ens for alle nævnte teorier er, at de betragter omsorg som grundlæggende for sygeplejen. Dermed bliver omsorg helt central for det at yde sygepleje og kan ses som en kerneværdi i sygeplejerskers arbejde og som en stor del af sygeplejens identitet. En stærk og fleksibel professionel identitet ses som centralt for kvaliteten af sygeplejen, rekruttering af nye sygeplejersker og fastholdelse af eksisterende sygeplejersker (42). Dermed bliver omsorg en væsentlig parameter i en stærk professionel sygeplejeidentitet. Ligeledes peger professor i klinisk sygeplejevidenskab Charlotte Delmar på, at essensen af omsorg er det relationelle og situationsbestemte

mellem mennesker samt at omsorg er et kernebegreb inden for sygeplejen (33). Med omsorg og det relationelle som kernebegreber ses både begrebsrammen for Fundamentals of Care (43) og den teoretiske ramme for personcentreret praksis (4) at være relevante for en sygepleje og i et moderne sundhedsvæsen.

I en travl hverdag på hospitalerne hvor normeringen er presset på mange afdelinger, er der risiko for at sygeplejersker ikke har tid og rum til at skabe en tillidsfuld relation og yde en professionel omsorg for patienten og de pårørende. En konsekvens kan være, at patientens egne ressourcer ikke inddrages og udnyttes bedst muligt.

I et review af Rasmussen et al. fra 2018 er der set på, hvilke faktorer der påvirker sygeplejerskers opfattelse af deres professionelle identitet (44). En bred vifte af kompetencer og at kunne multitaske mellem forskellige komplekse opgaver, er en stor del af rollen og den professionelle identitet som sygeplejerske. En stor del af sygeplejerskers identitet og kernen i den professionelle sygeplejepsiksis, er at udføre pleje med udgangspunkt i patientens behov. Konteksten som sygeplejersker arbejder i, påvirker deres opfattelse og forståelse af den professionelle identitet. Konteksten præges af organisatoriske politikker, retningslinjer, teknologi og uddannelse, som alle bidrager til at ramme-sætte et sundhedsvæsen (44).

Sygeplejeteoretikeren May Solveig Fagermoen har gennem mange år beskæftiget sig med sygeplejerskers professionelle identitet og hvilke værdier, der er indlejret heri (45). Fagermoen argumenterer for, at den enkeltes professionelle identitet omfavner både moralske og arbejdsmæssige værdier og bliver grundlaget for en specifik identitet. Dermed antyder Fagermoen, at der også er et organisatorisk sæt af værdier indeholdt i sygeplejens identitet, som er grundlag for, hvordan sygeplejersker udvikler sig i en praksiskontekst (45).

Sygeplejefprofessionen er i disse år under pres. Med sygeplejerskemangel og krav om effektiviseringer og standardiserede forløb, er der en risiko for at værdien af det professionelle omsorgsarbejde forsvinder. Dette på trods af, at det er afgørende i patienternes egen undersøgelse af, hvad der er vigtigt i et patientforløb og er en grundsten i sygeplejerskers identitet og arbejde.

2.6 Personcentreret pleje – en tilgang til andre mennesker

Fokus på personcentreret pleje og omsorg har gennem flere år været stigende inden for sundhedsområdet og ses som en international anerkendt tilgang, der understøtter kvaliteten og sikkerheden i pleje af mennesker (4). Personcentreret pleje og omsorg er ifølge McCormack og McCance en tilgang og filosofi til, hvordan det hele menneske inddrages i alle dele af et forløb. Personcentreret

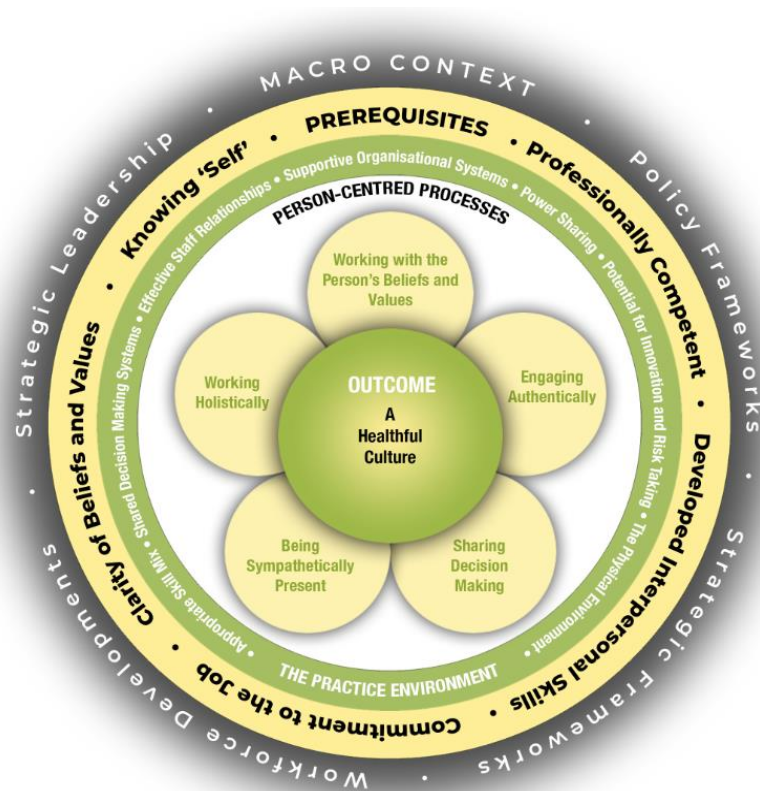
praksis integrerer perspektiver af det individuelle, familiemæssige samt psykosociale menneskesyn og muliggøre at sundhedsprofessionelle kan imødekomme kompleksiteten i patienters behov (4). Dermed bliver personcentreret pleje en tilgang, der både tager højde for og inddrager patienten, men også understøtter de sundhedsprofessionelle i deres arbejde.

En gennemgang af litteraturen viser, at personcentreret praksis har været undersøgt i Danmark og internationalt. Tiainen et al. (7) undersøger i en tværsnitsundersøgelse personcentreret praksis i en hospitalskontekst og kommer frem til at sygeplejersker er positivt indstillet overfor at arbejde personcentreret. De har kompetencerne til at implementere personcentreret praksis. Endvidere viste studiet, at nyuddannede og mindre erfarne sygeplejersker havde brug for støtte til at udforske den personcentrerede tilgang i deres arbejde (7). En dansk tværsnitsundersøgelse af Johnsen et al. fra 2022 har undersøgt, hvordan sundhedsprofessionelle opfatter personcentreret pleje og behandling, samt hvilke barrierer der kan være forbundet med at arbejde med personcentreret pleje. Til studiet udviklede forskerne deres eget spørgeskema til formålet. Resultaterne viste, at der var en positiv holdning til personcentreret pleje og at tid og organisatorisk prioritering var barrierer for den personcentrerede kultur (6).

Flere hospitaler i Danmark arbejder med personcentrerede tilgange i forskellige lag af organisationen. Region Sjælland har gennem flere år arbejdet med personcentreret pleje (6) og på Rigshospitalet i Afdeling for Kræftbehandling afspejler strategier og visioner tilgange som Fundamentals of Care og personcentreret pleje (Bilag 1). Dette ses bl.a. i velkomstbrev til patienterne (Bilag 2), som gennem åbne spørgsmål opfordrer patienter til at reflektere over personlige værdier i deres liv og dermed inviteres til et samarbejde om sit forløb. Centralt for begrebsrammen for Fundamentals of Care ses relationen mellem patienten og de sundhedsprofessionelle. De forskellige dimensioner i Fundamentals of Care er udover relationen, integrering af sygeplejens fysiske, psykosociale og relationelle aspekter, samt inddragelse af konteksten. Dimensionerne i begrebsrammen for Fundamentals of Care, er indbyrdes afhængige af hinanden og forsøger at imødekomme at patienter har forskellige behov for sygepleje (43).

McCormack og McCances arbejde med personcentreret praksis som filosofi har vundet stor udbredelse og flere lande har taget filosofien til sig (4). På trods af dette viser flere studier, at tilgangen kan være svær at implementere og omsætte i en praksiskontekst (5,46). Udviklingen af teorien om personcentreret praksis er foregået over flere årtier og er resulteret i en teoretisk ramme for personcentreret praksis. Med udvikling af en teoretisk ramme for personcentreret praksis har McCormack

og McCance forsøgt at bidrage til en forståelse af de begreber, forskellige dimensioner og sammenhænge, der er indeholdt i personcentreret pleje og praksis (5). Rammen for personcentreret praksis er illustreret i Figur 5.



Figur 5: Person-Centred Practice Framework udviklet af McCormack og McCance.

Den teoretiske ramme afspejler, at der er en kompleksitet i personcentreret praksis og at dette foregår og understøttes på forskellige niveauer i en organisation. Netop samspillet mellem forskellige områder i den teoretiske ramme, er af stor betydning for, hvordan personcentreret praksis kan ses udmøntet i en organisation. McCormack og McCance peger på, at personcentreret praksis kræver dannelse af en terapeutisk relation mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Implicit i personcentreret pleje er indlejret begreber, som understøtter den enkeltes ret til selvbestemmelse, opbygning af gensidig respekt og en tilgang til mennesker som unikke individer (4).

Den teoretisk ramme indeholder fire overordnede domæner; 1) forudsætningerne hos de sundhedsprofessionelle, 2) praksismiljøet, som er den kontekst pleje og behandling foregår i 3) de personcentrerede processer, der peger på engagement som en nødvendighed for at skabe forbindelse mellem to mennesker. Afslutningsvis ses resultatet af en effektiv personcentreret tilgang i praksis 4) en sund praksiskultur. Hele den teoretiske ramme ses indlejret i en makrokontekst, som er de overordnede

strategier og politikker, som influerer på udviklingen af en personcentreret praksis (4) (Figur 5). For at imødekomme tidligere kritik af, at personcentreret pleje, kunne være svær at omsætte til en praksiskontekst, udviklede McCormack og McCance et spørgeskema, til afdækning af de forskellige domæner, der ses i den teoretiske ramme for personcentreret praksis (5). Spørgeskemaet Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S) giver mulighed for at undersøge sundhedsprofessionelles opfattelse af at arbejde med en personcentreret tilgang i praksis (5).

2.7 Problemfelt

Af ovenstående afsnit ses, at sygeplejersker har en positiv indstilling til at arbejde med personcentreret pleje og at det imødekommer den kompleksitet, der kan ses i afdækning af patienters behov. Ligeledes taler personcentreret pleje ind i Danske Patienters undersøgelse af, hvad patienter oplever som kvalitet i deres forløb (29). Her efterspørges netop omsorg og værdig behandling som vigtige parametre for et patientforløb. Dette ses dog ikke direkte afspejlet i de nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet, hvor fokus ses at være på mere målbare parametre (18).

Dermed ses, at der med en personcentreret praksis er mulighed for at understøtte både de enkelte sundhedsprofessionelles værdier og tilgange til andre mennesker, men også hvordan der på et organisatorisk niveau kan prioriteres en personcentreret praksis. Ligeledes ses at de værdier der er indlejret i en personcentreret tilgang, tilgodeser en helhedsorienteret tilgang til andre mennesker, hvor det enkeltes menneskes værdier inddrages på lige fod med behandlingen.

I et sundhedsvæsen, hvor effektivisering og drift står højt på dagsordenen, ses en personcentreret praksis at kunne bidrage med en menneskelig tilgang til patienter, en større kvalitet i patienters forløb, en motivationsfaktor i sundhedsprofessionelles arbejde og som en mulighed for at måle på forskellige dimensioner af en personcentreret praksiskultur.

Der er hidtil ikke nogen danske studier, der har undersøgt personcentreret praksis i en hospitalskontekst med udgangspunkt i den teoretiske ramme for personcentreret praksis af McCormack og McCance.

Dette leder os videre til specialets afgrænsning samt formål.

2.8 Afgrænsning

Jævnfør baggrundsafsnittet rummer personcentreret pleje og praksis en organisations tilgange til pleje og behandling og taler ind i både patienternes værdier samt i en stærk sygeplejefaglig identitet.

Af hensyn til opgavens omfang afgrænser indeværende undersøgelse sig til at undersøge, sygeplejerskers oplevelser af at arbejde i en personcentrerede praksiskultur.

Den teoretiske ramme for personcentreret praksis, er udviklet og henvendt til alle sundhedsprofessionelle (5) hvorfor det kunne have været interessant at inkludere hele det tværfaglige team af sundhedsprofessionelle omkring patienten. For at holde det sygeplejefaglige fokus i denne undersøgelse, har vi valgt at afgrænse os til at inkludere sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt radiografer, som er de professioner, der har den plejemæssige kontakt med patienterne i Afdeling for Kræftbehandling.

Vi arbejder begge som sygeplejersker i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet og brænder for sygepleje til mennesker og deres familier, der bliver ramt af en kræftsygdom. Derfor var det naturlige valg i denne undersøgelse at afgrænse os til Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet. På trods af forskelligheder på tværs af klinikkens afsnit, bestående af ambulatorier, sengeafdelinger og en stråleterapi, ønskede vi at gennemføre en større undersøgelse, hvor alle afsnit i klinikken fik mulighed for at bidrage.

3.0 Formål

Det overordnede formål er at undersøge, hvorvidt et udsnit af danske sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og radiografer oplever at kunne arbejde personcentreret. Herunder, at få nuanceret de potentielle facilitatorer og eksisterende barrierer, der forklarer, hvorvidt sygeplejersker oplever at kunne sætte patienten i centrum for pleje og behandling.

Med denne viden og kortlægning er det vores hensigt, at identificere områder af sygeplejerskernes kliniske praksis, som kan forbedres til gavn for en styrket personcentreret praksiskultur. Studiet vil yderligere kunne bidrage med at understøtte implementeringen af en personcentreret praksiskultur, samt genererer hypoteser til fremtidig forskning. Dette leder os frem til følgende problemformulering for denne.

4.0 Problemformulering

I hvilken grad oplever plejepersonale, at deres sygepleje er personcentreret i plejen og behandlingen af mennesker med kræft?

Herunder hvilke barrierer og facilitatorer kan identificeres i implementeringen af en personcentreret praksiskultur?

4.1 Begrebsafklaring relateret til problemformuleringen

Plejepersonale dækker i denne undersøgelse over sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og radiografer ansat i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet.

Personcentreret praksis i denne undersøgelse refererer til filosofien og teorien *Person-Centred Practice* af Brendan McCormack og Tanya McCance (4).

Barrierer forstås i dette speciales kontekst som områder inden for en personcentreret praksis, der identificeres med et udviklingspotentiale.

Facilitatorer forstås i dette speciale som områder inden for personcentreret praksis, der identificeres til allerede at understøtte en personcentreret praksiskultur.

5.0 Litteratursøgning

Det følgende afsnit beskriver processen for udvælgelse af litteratur. Processen har initialt bestået af en ”bevidst tilfældig” søgning samt en efterfølgende struktureret og systematisk litteratursøgning i to databaser. Desuden er relevant pensum fra studieordningen (47) ligeledes inddraget i specialet.

5.1 Indledende informationssøgning

Indledningsvis er der lavet en ”bevidst tilfældig” søgning af litteratur. Den bevidste tilfældige søgning er hurtig at lave og bruges til at afdække og udforske et ønsket område, som på den måde kan indkredses og fokuseres yderligere (48). I vores bevidste tilfældige søgning blev der søgt på internettet i Google, Google Scholar, på Det Kongelige Biblioteks hjemmeside (kb.dk) og på bibliotek.dk. Der blev fundet centrale udgivelser og rapporter som blandt andre Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelser (14,27) og udgivelser fra Dansk Sygeplejeråd (34,37) herunder DSR Analyse (38,39). En bevidst tilfældig søgning er givende, da ikke alle relevante artikler og litteratur er indekseret i databaser for videnskabelig litteratur (49). Google er en udmærket søgemaskine til at finde rapporter og publikationer i fuldttekst (50). En opmærksomhed ved at søge i Google er, at der ikke er nogen kvalitetskontrol af indholdet. Google Scholar er en søgemaskine, der søger efter

videnskabelige publikationer såsom forskningsartikler, bøger og rapporter (48) og kan være et supplement til søgning i databaser (50).

Udvalgte artikler er fundet ved kædesøgning. Ved kædesøgning ledes der i referencelisten efter relevante henvisninger til andre artikler (49). For eksempel blev artiklen af Rasmussen et al. 2018 (44) fundet ved bevidst tilfældig søgning, som henviste til Fargermoen 1997 (45).

Gennem vores arbejde som sygeplejersker på Rigshospitalet og i onkologisk regi er vi bekendte med Sundhedsstyrelsens arbejde med politikker og strategier såsom kræftplaner samt udgivelser fra Kræftens Bekæmpelse. Vi har hentet viden i egen organisation i forhold til strategier for sygeplejen, som er tilgængelige på Afdeling for Kræftbehandlings interne drev (51) (Bilag 1).

5.2 Systematisk litteratursøgning

For at undersøge den nyeste eksisterende viden på området, er der foretaget en systematisk og struktureret litteratursøgning. En systematisk litteratursøgning indebærer ifølge Hørmann, at finde alle relevante søgeord, der beskriver emnet og at kombinere dem korrekt i relevante databaser (48).

I forbindelse med planlægning af litteratursøgningen afholdte vi i februar 2023 en session med en informationsspecialist tilknyttet Medicinsk Bibliotek på Rigshospitalet. Formålet med dette var at udvælge relevante databaser, søgeord samt in- og eksklusionskriterier for søgningen. Dette gav anledning til gode drøftelser af til- og fravalg i forhold til at afdække vores problemfelt bedst muligt. Sørgestrategien beskrives herunder mere detaljeret. Litteratursøgning har fundet sted i februar og april 2023.

5.2.1 In- og eksklusionskriterier til litteraturen

For at fremfinde relevant og samtidig omfangsrige litteratur til dette speciale, er der opsat in- og eksklusionskriterier. Inklusionskriterierne var artikler udgivet på engelsk, dansk, norsk og svensk, som er de sprog vi behersker at læse. Artiklerne skulle være udgivet mellem år 2013-2023. Denne tidsmæssige afgrænsning på 10 år blev valgt fordi vi ønskede at finde nyeste litteratur på området, samtidig personcentreret praksis ikke er et nyere fænomen (4). Vi søgte at få indblik i både sygeplejerske- og patientperspektivet på personcentreret praksis, hvor kriteriet for patienterne var voksne patienter >18 år. Artiklerne skulle være peer-reviewed. At en artikel er peer-reviewed vil sige, at den er kritisk vurderet og anbefalet af andre forskere under en reviewproces forud for publicering. Dette er med til at styrke og garantere for kvalitet (50). Vi søgte efter både kvalitative og kvantitative studier.

Formålet med den strukturerede litteratursøgning var, som nævnt at undersøge, hvad andre har undersøgt inden for det samme område. Derfor opsatte vi nogle spørgsmål til litteraturen, som skulle støtte os i en fokuseret litteratursøgning. Vi opsatte følgende spørgsmål:

- *Findes der undersøgelser, der beskriver sygeplejersker eller patienters oplevelser eller erfaringer med personcentreret praksis og med hvilke resultater?*
- *Hvilke instrumenter eksisterer til måling og evaluering af personcentreret praksis?*

5.2.2 Databaser

Der blev søgt i databaserne PubMed og CINAHL. PubMed er en database, der dækker det biomedicinske område og er den største internationale sundhedsfaglige database med over 30 millioner henvisninger. Alle artikler i PubMed er peer-reviewed (48). CINAHL er hovedsageligt en sygeplejefaglig database. Den indeholder blandt andet en stor mængde kvalitativ forskning om patientoplevelser. I CINAHL kan der søges på sygeplejefaglige begreber og udtryk, der specifikt knytter sig til sygepleje (48). Databaserne er valgt på baggrund af deres sygeplejefaglige indhold samt indholdet af både kvalitativ og kvantitativ forskning.

5.2.3 Søgestreng og søgeord

Søgningen blev sat op som en bloksøgning i tre blokke efter PICO-modellen med aspekter fra problemformuleringen. PICO står for **P**atient/**P**opulation, phenomenon of **I**nterest og **C**ontext (52).

Søgeordene blev kombineret med boolske operatører *and* mellem blokkene og med *or* mellem søgeordene inden for den enkelte blok (Tabel 1). Der er anvendt trunkering med * efter søgeord for at få alle stavemåder og endelser med. Frasesøgning med citationstegn er anvendt for at holde sammen på begreber for eksempel ”person-centred practice”.

Tabel 1: søgeprotokol opsat efter PICO.

P – Patient/Population

I – phenomenon of Interest

Co – Context

Søgeord	“cancer patient*” OR		“person-centred care” OR		hospital* OR
	“patient* with cancer” OR	A	“person-centred practice” OR	A	“hospital setting” OR
	“patient* perspective*” OR	N	“person-centered practice” OR	N	“cancer setting” OR
	“patient involvement” OR	D	“person centred practice” OR	D	“oncology setting”
	“nurse* perspective*” OR		”person-centred practice frame		
	“nurs* staff” OR		work” OR		
	“healthcare provider*” OR		PCPI-S OR		
	“healthcare professional*” OR		person-centredness		
	“healthcare worker*” OR				
	“nurse-patient relation*” OR				
barrier* OR facilitator*					

I P-aspektet er der søgt efter både patient- og sygeplejerskeperspektivet. Der blev søgt specifikt på kræftpatienter (*cancer patient/patient with cancer*) og på patientperspektivet mere generelt (*patient perspective/patient involvement*). Der blev søgt på sygeplejersker (*nurse perspective/nursing staff*) og på sundhedsprofessionelle mere generelt (*healthcare provider/professional/worker*), da dette også kunne indbefatte sygeplejersker. Derudover blev der søgt på begreber *barriere* og *facilitatorer*, da vi ønskede at undersøge om andre havde fundet barrierer og facilitatorer for personcentreret praksis.

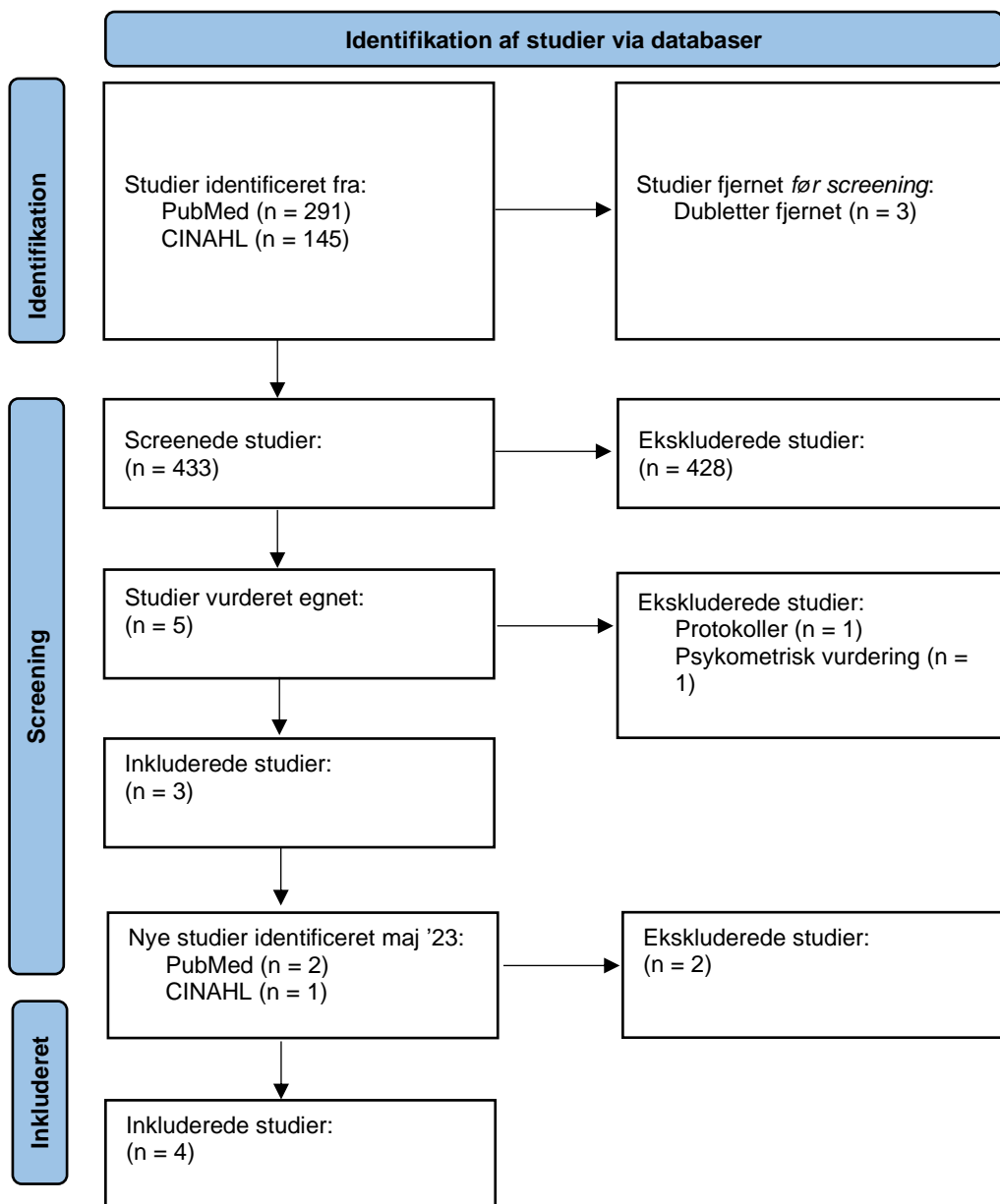
Under I-aspektet søgte vi på begreber knyttet til personcentreret praksis, som var det fænomen vi ville undersøge. Der blev inkluderet forskellige stavemåder for eksempel staves det *person-centred practice* på britisk engelsk og *person-centrered practice* på amerikansk engelsk. Indledningsvis blev *shared decision making* taget med som søgeord, da fælles beslutningstagen ofte indgår som element i personcentreret praksis. Dette blev senere ekskluderet for at indsnævre søgningen. En fritekstsøgning kun på *shared decision making* gav over 14.000 referencer i PubMed og over 7.000 i CINAHL. Til sammenligning gav en søgning på *person-centred practice* henholdsvis 154 og 192 resultater i PubMed og CINAHL.

For Co-aspektet, valgte vi at afgrænse det til en hospitalskontekst. Der blev søgt på *hospital* og *hospital/cancer/oncology setting*.

5.3 Præsentation af udvalgte artikler

Litteratursøgningen fandt sted den 18. april 2023 (Bilag 3). Ved søgningen i CINAHL fremkom 145 artikler og i PubMed fremkom der 291 artikler. I Figur 6 præsenteres et overblik over screeningsprocessen for udvalgte artikler. Artiklerne blev eksporteret til referenceprogrammet Mendeley

og der blev fundet 3 dubletter. I screeningsprocessen blev titel og abstract læst igennem og vurderet i forhold til inklusionskriterierne og vores spørgsmål til litteraturen. Fem artikler blev valgt ud og læst i fuldtækt.



Figur 6: PRISMA Flowdiagram over screeningsprocessen

To studier blev ekskluderet efter screening i fuldtækt. En portugisisk artikel af Vareta et al. 2022 (53) blev udvalgt. Artiklen fandtes relevant, da den beskæftiger sig med personcentreret praksis for hospitalsindlagte ældre patienter og data indsamles ved instrumenterne PCPI-S og PCPI-SU. Efter gennemlæsning blev artiklen ekskluderet, da den beskriver protokollen for et kommende studie.

Artiklen af Slater et al. 2017 (5) blev gennemlæst men ekskluderet. Dette studie beskriver udviklingen og den psykometriske testning af instrumentet PCPI – S og dermed have artiklen et andet formål end formålet for indeværende undersøgelses.

Søgningen blev udført igen i maj 2023, med det formål at tjekke om nye referencer var tilkommet. Søgningen blev gennemført den 16. maj 2023 med præcis samme søgeord og inklusionskriterier. I PubMed var der 293 referencer dvs. to mere end ved søgningen i april. I CINAHL var der tilkommet én reference mere fra 145 til 146 referencer. Ved denne søgning blev et studie af Vareta et al. (54) inkluderet, som var publiceret ultimo april 2023.

Fire studier blev inkluderet og er præsenteret i Tabel 2 herunder. Artiklerne er anvendt i specialets baggrund og vil tillige blive inddraget i diskussionen. Disse er kritisk vurderet med tjeklisten ”Checklist for Analytical Cross Sectional Studies” udgivet af JBI, University of Adelaide (55). Tjeklisten består af 8 spørgsmål udviklet til vurdering af tværsnitsstudier. Ifølge Center for Kliniske Retningslinjer er det et krav, at man anvender tjeklister til kritisk vurdering af den metodiske kvalitet af den inkluderede litteratur (56). Eksempel på kritisk vurdering af artikel kan ses i Bilag 4.

Tabel 2: Præsentation af de inkluderede studier (n=4).

Forfatter, årstal, land	Formål	Population	Metode, instrument	Resultater
-------------------------	--------	------------	--------------------	------------

Radbron E, et al. 2022, Australien (57)	Udforske hvordan sygeplejersker og jordemødre bruger data om patienterfaring fra en mobil sundhedsapp til at påvirke udviklingen af personcentreret praksis	Sygeplejersker og jordemødre 2018 (n=101) 2020 (n=102)	Pre-post spørgeskemaundersøgelse med PCPI-S. 17 semistrukturerede interviews	Forbedringer af personcentreret praksis blev fundet i begge datasæt. Der var statistisk signifikant stigning inden for to domæner. Der blev fundet 6 temaer af den tematiske analyse: At få alle med ombord, når vi først forstod det, holde på sporet, er der en person i sengen, der ved, at du gør et godt stykke arbejde og forbedrer sig over tid
Tiainen M, et al. 2021, Finland (7)	At beskrive personcentreret praksis i en hospitalskontekst og faktorer associeret hermed	Sygeplejersker (n=82)	PCPI-S	Sygeplejerskerne vurderede personcentreret praksis positivt. Nyuddannede og mindre erfarne sygeplejersker har brug for mere støtte i implementering af pcp.
Johnsen AT, et al. 2022, Danmark (6)	(1) Sundhedsprofessionelles opfattelse af personcentreret plejekultur, deres holdning til at inddrage patienter i beslutninger og deres oplevelse af barrierer (2) variable, der kan bidrage til at forklare forskelle i opfattet personcentreret kultur	Sundhedsprofessionelle (læger, sygeplejersker, sosu-assistent, fysioterapeut, ergoterapeut, diætist, jordemoder, psykolog) (n=1140)	Spørgeskema. 4 items fra Context Assessment Index (CAI), resten af items blev formåls-designet af forfatterne.	De fleste have opfattelse af at de have en personcentreret kultur (91%), de fleste have positive holdninger til at inddrage patienter i beslutninger, tid og prioritering fra ledelsen blev fundet som barrierer. Sundhedsprofessionelle på akut- og kirurgisk område opfattede i mindre grad en personcentreret kultur, mens dem med længst og kortest uddannelse, som arbejdede i ambulatorie i højest grad opfattede at arbejde i en personcentreret kultur
Vareta DV, et al. 2023, Portugal (54)	At karakterisere opfattelserne af personcentreret praksis i et tværfagligt team af sundhedsprofessionelle	Sygeplejersker, læger og fysioterapeuter (n=83)	PCPI-S	Personcentreret praksis blev opfattet positivt i domænerne. Køn influerer på at være selvbevidst og det fysiske miljø. Ens profession influerede på systemer der støtter fællesbeslutningstagen og at være dedikeret til arbejdet. Uddannelsesniveau influerede med professional kompetent og være dedikeret til arbejdet. PCPI-S opnåede desuden reliabilitet i den undersøgte kontekst

Af litteratursøgningen fandt vi, at personcentreret praksis er undersøgt internationalt, hvor instrumentet PCPI-S er anvendt til at undersøge og kortlægge personcentret praksis i hospitalskontekster. På baggrund af relevante artikler vurderes PCPI-S at være et anvendeligt instrument til at undersøge en organisations kultur for personcentreret praksis. Dermed ses spørgeskemaet PCPI-S, at være relevant for indeværende undersøgelse.

6.0 Videnskabsteoretisk position

På baggrund af litteratursøgningen blev der fundet, at spørgeskemaet PCPI-S er udviklet til at afdekke personcentreret praksis kvantitativt. Spørgeskemaet måler på dimensioner og områder inden for rammen for personcentreret praksis. Personcentreret praksis er beskrevet som en filosofi og tilgang til andre mennesker og understøttes af værdier som gensidig respekt og forståelse for det

enkelte individ. På trods af de subjektive og personspecifikke holdninger, der kan ligge i denne tilgang, er det muligt ved PCPI-S at gøre personcentreret praksis kvantificerbart (5).

En kvantitativ undersøgelse placerer sig videnskabssteoretisk inden for naturvidenskaben. I dette afsnit vil vi præsentere positivismen, som danner grundlag for undersøgelsens videnskabssteoretiske position.

6.1 Det positivistiske paradigme

Positivismen som videnskabssteoretisk retning som vi kender den i dag, har sit udspring i 1800-tallet og forbindes ofte med den franske filosof Auguste Comte (1798-1857). Tankerne på daværende tidspunkt var at gøre op med de religiøse og spekulative årsagsforklaringer og i stedet fremme årsagsforklaringer baseret på det, som kunne erfares, det positive (58). I positivismen stræbes der dels efter at virkeligheden beskrives og forklares objektivt uden subjektets prægning, og dels at fjerne metafysiske og uholdbare påstande. Inden for positivismen, som er dybt forankret i den naturvidenskabelige metode, er der nogle nøglebegreber. *Målbarhed* henviser til at alt skal kunne måles, vejes og tælles og det som ikke kan måles, skal gøres målbart. Derudover skal et fænomen kunne *analyseres* ned i mindste detalje og herefter sammenfattes gennem *syntese*. Målet i naturvidenskaben er at finde lovmæssigheder, det vil sige *kausale forhold* der forbinder årsag og virkning. Til slut skal *verificerbarhed* nævnes, det vil sige at bekræfte en hypotese (59).

Angående sidstnævnte nøglebegreb bør falsificerbarhed samtidig nævnes. Karl Popper (1902-1994) påpeger, at i stedet for at se på om en hypotese er sand, bør man snarere undersøge om en hypotese er falsk. Selvom en hypotese er verificeret gentagne gange, kan vi aldrig vide om den næste observation vil stride mod de foregående. Dette kaldes den hypotetiske deduktive metode. Deduktion er en begrundelsesform, hvor man bevæger sig fra hypoteser eller antagelser til kendsgerninger. Omvendt er induktion en erkendelsesform, hvor man på baggrund af observationer og data kan skabe ny viden og erfaring (59).

At leve op til de positivistiske nøglebegreber i sundhedsvidenskabelig forskning er et ideal, som ikke altid vil kunne efterleves. Dog er det afgørende at medtænke begreberne i en stræben efter objektivitet. Positivismen har fået kritik for, idealet om at der kun er én sandhed. I dag er der ikke hårde grænser mellem, hvilken metode man bruger og der ses ofte en kombination af metoder anvendt indenfor forskning (59).

En kvantitativ spørgeskemaundersøgelse er forankret i en positivistiske tradition, hvor man ønsker at få målbare data om et givent fænomen (58). I positivismen er forskerens rolle neutral og

forskeren kan i princippet udskiftes til enhver anden, uden det vil påvirke resultaterne. Forskerens opgave er et undersøge respondenternes svar objektivt. Forskningen bygger således ikke på forskerens egne holdninger og værdier, men på hvordan man empirisk for eksempel kan verificere hypoteser. I den positivistiske tradition er menneskesynet objektivt. Det vil i en spørgeskemaundersøgelse betyde, at respondenterne betragtes udefra som objekter, der beskrives ved på forhånd definerede kategorier. Respondenterne kan for eksempel være beskrevet ved alder, køn og uddannelsesniveau. Data er kvantitative, kan tælles op og analyseres statistisk til kortlægning af karakteristisk for en bestemt gruppe af mennesker (60).

Personcentreret praksis målt kvantitativt ved spørgeskemaet PCPI-S er – så vidt vides – endnu ikke undersøgt i Danmark. Derfor har vi ikke på forhånd haft nogle klare hypoteser om, hvad vi kunne forvente af data. Vi er derfor gået induktivt til værks i denne undersøgelse, hvor vi på baggrund af den indsamlede data søger at skabe ny viden på området om personcentreret praksis. Resultaterne kan blive hypotesegenererende for videre forskning på området i Danmark og internationalt.

7.0 Teoretisk referenceramme for personcentreret praksis

I følgende afsnit vil vi præsentere den teoretisk ramme for personcentreret praksis. Personcentreret pleje og praksis er tidligere omtalt i afsnit 2.6 og i følgende afsnit ses den teoretiske ramme uddybet og beskrevet.

Den teoretiske ramme for personcentreret praksis bidrager til en operationalisering af de begreber, der er indeholdt i personcentreret pleje samt i forhold til implementering af en personcentreret klinisk praksis. Den teoretiske ramme tager sit udgangspunkt i personcentreret pleje oprindeligt Person-centred Care, som udviklet af McCormack og McCance og er internationalt anerkendt som teoretisk ramme til at forstå dimensionerne i personcentreret pleje (5). McCormack og McCance har defineret personcentreret pleje som:

” A continuous process of improvement towards increased effectiveness in patient centred care. This is brought about by enabling health care teams to develop their knowledge and skills and to transform the culture and context of care. It is enabled and supported by facilitators committed to systematic, rigorous continues processes of emancipatory change that reflect the perspectives of both service users and service providers ” (61)

Den teoretiske ramme for personcentreret praksis, bliver yderligere interessant i denne opgave, da den går forud for udviklingen af spørgeskemaet PCPI-S, der er brugt i indeværende undersøgelse. Desuden visualiserer rammen forskellige niveauer og sammenhænge af den personcentreret pleje og

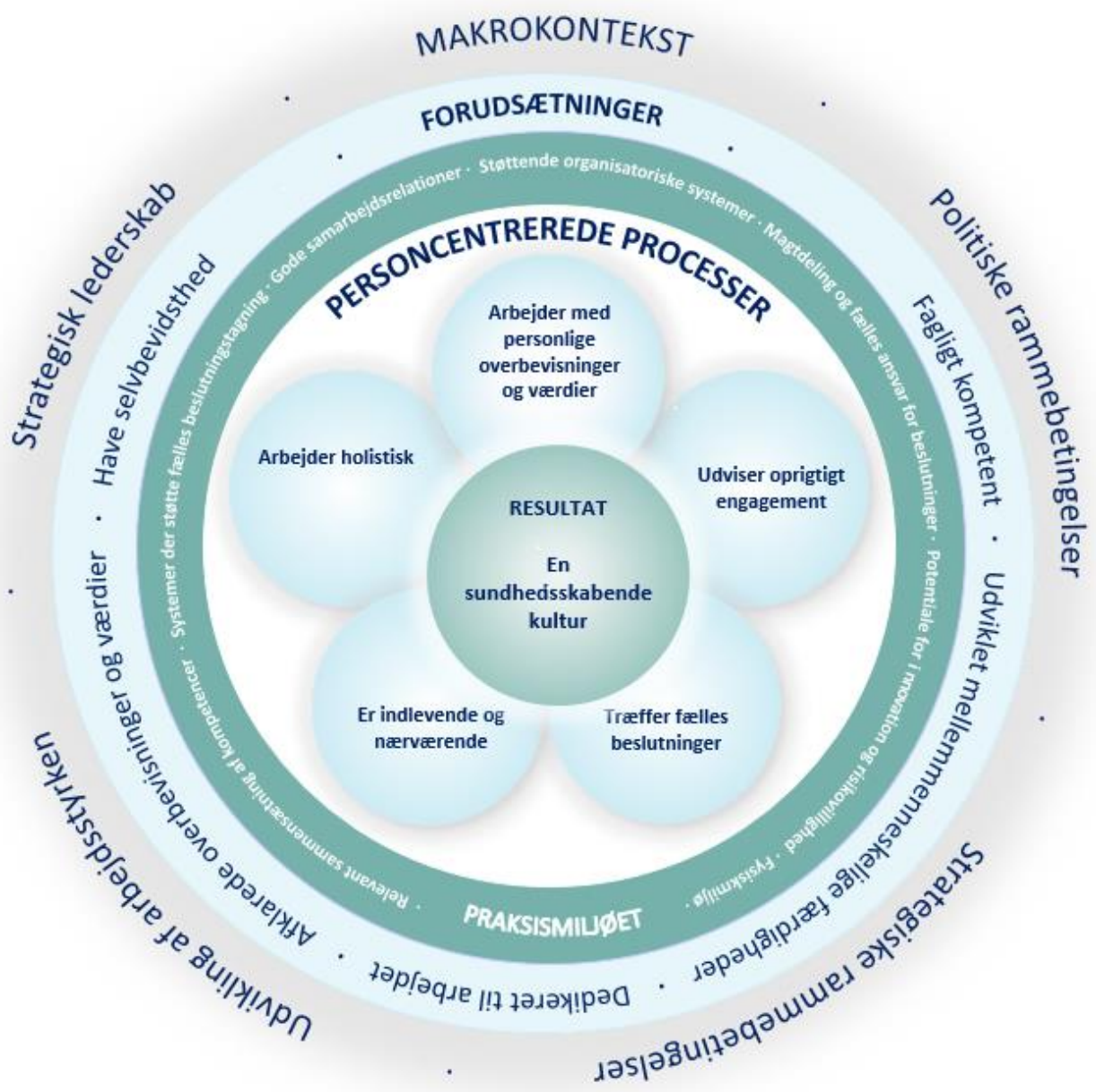
praksis og kan dermed understøtte sundhedsprofessionelle i en forståelse af dimensionerne til omsætning i en praksiskontekst (5).

Definitionen for personcentreret praksis er oversat til dansk af forskere i Region Sjælland som følgende:

”en tilgang til praksis, der etableres gennem pleje og behandlingsmæssige relationer mellem sundhedsprofessionelle, patienter/borgere og deres pårørende. Tilgangen understøttes af værdier som gensidig respekt og forståelse for, respekt for det enkelte individ og rettigheden til selvbestemmelse. Tilgangen bliver mulig, når der er en kultur til stede, som understøtter kontinuerlig udvikling af praksis.” (62)

Ovenstående definition peger i retning af, at udvikling af en kultur, hvor en personcentreret tilgang er mulig, skal understøttes af en praksis, der kontinuerligt udvikles med øje for personcentreret pleje. Med inddragelse af begreber som kultur og praksis, inddrages det politiske og organisatoriske aspekt i personcentreret pleje, da de politiske og organisatoriske niveauer i høj grad sætter dagsordenen for udviklingen inden for sundhedsvæsenet.

Den teoretisk ramme for personcentreret praksis er oversat og valideret til dansk (Figur 7) og beskrives med fire overordnede domæner; 1) forudsætninger, 2) praksismiljøet, 3) personcentrerede processer og 4) makrokonteksten (62). Disse ses som kernelementer, der hver for sig, men særligt sammen er nødvendige for at sikre og udvikle en kultur der understøtter en personcentreret praksis (4). De fire domæner arbejder sammen mod en sundhedsskabende kultur, som kan betragtes som det femte element, den centrale del af den teoretiske ramme. Sammenhængen mellem kernelementerne ses i Figur 7.



Figur 7: Dansk valideret udgave af teoretisk referenceramme for personcentreret praksis.

Herunder uddybes de fire domæner fra rammen for personcentreret praksis.

Makrokonteksten henviser til overordnede politiske og strategiske rammebetingelser, som eksempelvis kræftplaner og regionernes nationale kvalitetsmål (17,18). Dermed har makrokonteksten betydning for mulighederne for at udvikle en sundhedsskabende praksiskultur. Ligeledes ses visioner og strategier også inden for dette domæne og kunne f.eks. ses i visioner for sygeplejen i Afdeling for Kræftbehandling eller på andre organisatoriske niveauer, hvor strategiarbejde foregår (4,62).

Forudsætninger tager udgangspunkt i sundhedsprofessionelles egenskaber og fokuserer på de kompetencer og kvaliteter som personalet har. Ifølge McCormack et al. er forudsætningerne et

vigtigt kerneområde for at udvikle personale, der kan levere en effektiv personcentreret pleje. Forudsætninger spiller dermed en vigtig rolle i forhold til at udvikle og forankre personcentreret praksis lokalt. Som vigtige nøglekomponenter indenfor domænet forudsætninger peges på kvaliteter som professionelle kompetencer, at man har udviklede personlige færdigheder, at være engageret i sit arbejde og at have mulighed for at udtrykke og demonstrere værdier og overbevisninger. De fem underliggende nøglekomponenter inden for domænet forudsætninger er:

1. At være fagligt kompetent
2. Udviklede mellem menneskelige færdigheder
3. Dedikeret til arbejde
4. Have selvbevidsthed
5. Afklarede overbevisninger og værdier

Der er ikke noget hierarki mellem ovenstående nøglekomponenter, men derimod kombinationerne af disse kvaliteter og kompetencer, der afspejler et personcentreret individ, der håndterer udfordringer i en konstant foranderlig kontekst, som sundhedsvæsenet er (4,62).

Praksismiljøet fokuserer på den lokale kontekst, hvor pleje og behandling udøves. I praksismiljøet ses det fysiske miljø, potentiale for innovation og risikovillighed, magtdeling og fælles ansvar for beslutninger, samarbejdsrelationer og relevant sammensætning af kompetencer. Denne kontekst bygger på evidensbaseret viden, både teoretisk, men også i praksis. I dette domæne finder man syv underliggende nøglekomponenter:

1. Relevant sammensætning af kompetencer: en god normering af personale, der har de rette forudsætninger for at levere en god kvalitet i plejen afhængig af konteksten
2. Systemer der støtter fælles beslutningstagen: En deltagende og engagerende måde at arbejde på i og mellem teams
3. Gode samarbejdsrelationer; gode relationer i personalegruppen, der bidrager til en holistisk personcentret pleje
4. Magtdeling og fælles ansvar for beslutninger: ligeværdighed, som fokuserer på at opnå det bedste gensidige resultat, der tager højde værdier, mål, ønsker og drømme
5. De fysiske omgivelser; her tænkes på æstetiske omgivelser, der fremmer patienter, pårørende og personalets pleje og behandling til fordel for en personcentreret kultur
6. Potentiale for innovation og risikovillighed; muligheden for at balancere mellem brugen af evidens og at løbe en risiko

7. Støttende organisatoriske systemer; muligheden for at få indflydelse på beslutninger, der er af betydning for klinisk praksis

Af ovenstående ses at praksismiljøet repræsenterer en bredde, der afspejler en stor kompleksitet i de muligheder, der findes i en organisation (4,62).

Personcentrerede processer henviser til at pleje og behandling ydes gennem forskellige aktiviteter, der styrker en personcentrerede praksiskultur. Aktiviteterne beskrives som værktøjer til fælles beslutningstagen. Personcentrerede processer fokuserer dermed på forskellige måder at engagere og involvere sig på og beskrives med fem underliggende nøglekomponenter:

1. Arbejde med personlige overbevisninger og værdier: henviser til at have et klart billede af hvordan personlige værdier er vigtige for det enkelte individ og kunne inddrage individuelle perspektiver det, så det giver mening for den enkelte i dennes liv
2. Træffe fælles beslutninger: fokuserer på værktøjer, der understøtter fælles beslutningstagen og som inddrager en persons værdier og erfaringer
3. At udvise oprigtigt engagement: ses i relationen mellem to mennesker og bygger på viden om individets værdier, personlige overbevisninger og faglige kompetencer
4. At være indlevende og nærværende henviser til et engagement, der anerkender at en person er unik, med personlige værdier og dette inddrages som vigtige parametre i pleje og behandling
5. At arbejde holistisk henviser til at se det hele menneske og være opmærksom på at inddrage alle dimensioner som fysisk, psykisk, socialt, åndeligt, spirituelt (4,62).

En sundhedsskabende kultur er et resultat af ovenstående domæner og nøglekomponenter. Beskrivelse af en sundhedsskabende kultur er, hvor beslutninger træffes i fællesskab, hvor fællesskaber er samarbejdende, hvor lederskab er innovativ og transformerende for praksis. Dette vil bidrage til en arbejdsplads, som muliggør en menneskelig udvikling (4).

På baggrund af den teoretiske ramme for personcentreret praksis, er det udviklet værktøjer i form af spørgeskemaer til henholdsvis sundhedsprofessionelle og til patienter. Begge spørgeskemaer ønsker at måle på, hvordan en personcentreret praksis fungerer. Spørgeskemaerne til sundhedsprofessionelle, afdækker forskellige grader af den enkeltes vurdering af egne kompetencer, kulturen i organisationerne og mulighederne for at udøve en personcentreret pleje (5). Spørgeskemaet til patienter

ønsker at afdække, hvordan man som patient oplever graden af inddragelse og deltagelse i eget forløb

Ud over spørgeskemaer til henholdsvis personale og patienter, er der udviklet et spørgeskema til afdækning af en organisations parathed til at arbejde med evidens i en praksis kontekst, Context Assessment Index (46).

Ved en personcentreret praksis ses flere fordele, ud over det at patienten er i centrum af beslutninger og pleje. Flere studier peger på personcentreret praksis giver en øget patienttilfredshed og færre har færre utilsigtede hændelser (6,63). I tillæg ses at sundhedsprofessionelle også har stor værdi af personcentreret praksis idet det understøtter en empatisk tilgang til mennesket og dermed giver en tilfredshed i det sundhedsfaglige arbejde (4).

8.0 Metode og materiale

8.1 Design

Vores undersøgelse er designet som en tværsnitsundersøgelse, hvor vi med et spørgeskema undersøger i hvilken grad en udvalgt population oplever at arbejde i en personcentreret praksis.

Ved en beskrivende tværsnitsundersøgelser kortlægges aktuelle forhold i en studiepopulation (64). I dette tilfælde er populationen plejepersonalet i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet. Vi ønsker at afdække, i hvilken grad plejepersonalet oplever at arbejde ud fra de værdier og principper, der ligger i rammen for en personcentreret praksis målt ved et spørgeskema. Desuden at identificere eventuelle barrierer og facilitatorer for en personcentreret praksiskultur.

En beskrivende tværsnitsundersøgelse giver et øjebliksbillede og kan pege på sammenhænge og tendenser, som kan være med til at skabe afsæt for mere dybdegående undersøgelser fremover (64). Der er flere fordele ved en tværsnitsundersøgelse. Dels ses med en tværsnitsundersøgelse en mulighed for at nå ud til et stort antal af sundhedsprofessionelle og give et ”her og nu” billede. Derudover giver designet en mulighed for at udføre en undersøgelse inden for en relativt begrænset tidsperiode. Tværsnitsdesignet kan bidrage med et nedslag i en given population og kan ses som en baseline undersøgelse, hvis man ønsker at gentage lignende undersøgelse efter en periode (64).

8.1.1 Spørgeskemaundersøgelse som metodisk grundlag

En spørgeskemaundersøgelse kan defineres som en kvantitativ undersøgelse, hvor et antal af personer systematisk stilles de samme spørgsmål, som efterfølgende analyseres (65). Det kvantitative spørgeskema er kendetegnet ved spørgsmål med på forhånd definerede svarkategorier. Standardiserede spørgeskemaer er spørgeskemaer, der allerede er udviklet og valideret og svarene behandles

statistisk. Der ses mange fordele ved at anvende et standardiseret spørgeskema, frem for selv at udvikle et, da der ligger et stort forskningsarbejde bag at udvikle og validere et spørgeskema. Udover at det er langt mere tidsbesparende at anvende et valideret spørgeskema, er en anden fordel også at resultaterne umiddelbart kan sammenlignes og diskuteres med andres resultater fremkommet ved samme spørgeskema (66). Spørgeskemaer der er valideret og efterfølgende oversat til andre sprog, bør foregå efter særlige principper, hvor oversætterne skal beherske begge sprog og følge internationale guidelines f.eks. WHO guidelines on translation (67) eller ISPOR (68). Ifølge internationale guidelines er et princip inden for oversættelse translation - back-translation, hvor spørgeskemaet først oversættes til det ønskede sprog og herefter oversættes tilbage til det originale sprog. Overensstemmelsen mellem det originale og det dobbeltoversatte spørgeskema skal være så præcis som mulig (69). Oversættelse af et spørgeskema indebærer ud over en lingvistisk oversættelse også en oversættelse, der tager højde for en kulturel adaptation af spørgeskemaet (66). Et spørgeskema kan være udformet i papirform eller elektronisk form og distribueres enten med post, via e-mail, e-Boks eller tilgås via et link eller QR-kode på en hjemmeside (69). Man kan blive inviteret til at svare på et spørgeskema på hospitalet, blive ringet op eller få tilsendt et link på e-mail. Der er fordele og ulemper ved metoderne og det skal overvejes, hvilken metode der er mest hensigtsmæssig, da det kan afspejle svarprocenten (66). Fordelene ved et elektronisk spørgeskema er at respondenterne kan tilgå spørgeskemaet, når det er belejligt for den enkelte. Hvis undersøgelsen tager afsæt i forhold på en arbejdsplads, er det hensigtsmæssigt at sende spørgeskema ud via en arbejdsmail. Ulemperne ved et elektronisk spørgeskema er at det nemt kan ignoreres og dermed er der en risiko for en lavere responsrate eller deltagelsesprocent. (70).

Når man beskæftiger sig videnskabeligt med et spørgeskema, er der nogle begreber der må defineres. Et *item* er et spørgsmål med en eller flere svarmuligheder. Svarmuligheder i et kvantitativt spørgeskema vil bestå af lukkede spørgsmål, som kan være udformet som tal, tekst, eller grafisk (70). En *multi-item-skala* er, når flere items måler et begreb og hvor items analyseres samlet. Et spørgeskema vurderes ofte i forhold til reliabilitet og validitet (71). Reliabilitet kan defineres som hvorvidt et spørgeskema giver reproducerbare data, dvs. måler det samme hver gang. Desuden ses at et spørgeskemas validitet grundlæggende er et udtryk for, om et instrument måler det, som det er tænkt at skulle måle. Validitet henviser til, hvorvidt spørgsmålene i spørgeskemaet reflekterer, det fænomen, spørgeskemaet søger at afdække (70).

Deltagelsesprocenten er vigtig for generaliserbarheden af en spørgeskemaundersøgelse (70). Ved en elektronisk spørgeskemaundersøgelse kan det derfor overvejes at følge op med udsendelse af

reminder, hvor de der ikke har svaret, modtager en påmindelse. Dette kan bidrage til at øge deltagelsesprocenten.

8.2 Dataindsamling

Det følgende afsnit vil indeholde en beskrivelse af rekrutteringsprocessen, in- og eksklusionskriterier for respondenter, indsamling og håndtering af data. Desuden en beskrivelse af udviklingen og opbygningen af spørgeskemaet PCPI-S.

8.2.1 Konteksten og rekrutteringsprocedure

Spørgeskemaundersøgelsen fandt sted i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet i marts 2023. Alle afsnit i Afdeling for Kræftbehandling blev udvalgt til at deltage. Afdelingen består af 7 ambulatorier, 4 sengeafdelinger, et afsnit for stråleterapi, et afsnit for Lindrende Behandling samt Klinisk Forskningsenhed.

Alle oversygeplejersker og kliniske sygeplejespecialister blev ultimo februar 2023, informeret om projektet ved et ledelses- og udviklingsmøde, som afholdes en gang om måneden for oversygeplejersker, assisterende oversygeplejersker samt kliniske sygeplejespecialister. Her fremlagde vi planerne for vores undersøgelse og vores ønske om at undersøge den personcentrerede tilgang til sygeplejen i Afdeling for Kræftbehandling. Vi oplevede en stor interesse og opbakning fra den sygeplejefaglige ledelse. I hvert afsnit fik vi en kontaktperson, som var primært enten var den kliniske sygeplejespecialist eller oversygeplejersken.

Ambulatorierne og sengeafsnittene i Afdeling for Kræftbehandling er inddelt efter diagnosegruppe (Tabel 3). Afsnittet for stråleterapi modtager patienter fra alle diagnosegrupper. Fase 1-enheden behandler ligeledes alle diagnosegrupper både med onkologiske og hæmatologiske sygdomme. Hensigten med denne undersøgelse var at kortlægge den overordnede og generelle opfattelse af at arbejde personcentreret i Afdelingen. Derfor beskrives de enkelte afsnit ikke yderligere i dybden.

Tabel 3: Oversigt over afsnit i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet.

Afsnit i Afdeling for Kræftbehandling		Plejepersonale inviteret
Brystkræft	Ambulatorie 4262	34
Lunge- og Hoved/halskræft	Ambulatorie 4252 Sengeafsnit 5043	23
Mave/tarmkræft	Ambulatorie 5012 Sengeafsnit 5014	32
Underlivskræft og hjernekræft	Ambulatorie 5042 Sengeafsnit 5044	37
Urinvejs- & sjældne kræftsygdomme	Ambulatorie 4222	12
Fase 1/forsøgsbehandling	Ambulatorie 5011 Sengeafsnit 5013	13
Strålebehandling/kontrol	Ambulatorie 3991	74
Strålebehandling	Stråleterapien 3981	5
Lindrende behandling	Ambulatorie 4005	Ekskluderet
Klinisk Forskningsenhed	KFE	Ekskluderet

Ugen inden dataindsamlingen gik i gang havde vi planlagt et såkaldt "roadshow" i alle afsnit. Roadshowet foregik i uge 10. Formålet med dette var at informere plejepersonalet om undersøgelsen og for at sikre os størst mulig opbakning til undersøgelsen. Vi havde på forhånd lavet en aftale med vores kontaktpersoner i hvert afsnit om, hvornår vi skulle komme. Det var enten på sygeplejefaglige morgen- eller eftermiddagskonferencer. Vores oplæg varede mellem 10-30 minutter, hvor vi præsenterede os selv og vores spørgeskemaundersøgelse ved en PowerPoint præsentation. Formålet med dette var mundtligt at gøre plejepersonalet bevidste om, at der ville blive sendt et spørgeskema til deres arbejdsmail samt overordnede formål med spørgeskemaundersøgelsen. Efter hvert oplæg udstyrede vi alle afsnit med et opslag med vores kontaktoplysninger (e-mail og telefonnummer) samt fotos af os, som vi hang op eller lagde på kontoret i alle afsnit. Dette var for at gøre dem, der ikke havde været til stede under vores oplæg opmærksomme på, at de ville blive inviteret til at deltage i en undersøgelse i den efterfølgende uge. En del af plejepersonalet går i skiftende vagter og nogle arbejder i fast aften- eller nattevagt og derfor havde vi ikke mulighed for at samle alle plejepersonaler. Derudover oplevede vi travlhed på nogle afdelinger, specielt i sengeafdelingerne, hvor plejepersonalet var optaget inde hos patienterne og ikke kunne være til steder under vores oplæg.

Ved at hænge opslag op sikrede vi at skriftlig information nåede ud til langt de fleste plejepersonaler.

Fra vores kontaktperson i hvert afsnit modtog vi en liste med navne og e-mails på plejepersonalet. Navn og e-mail blev overført til lister i Excel på et sikkert drev. I alt blev 230 plejepersonaler inviteret til at deltage (tabel 3)

8.2.2 In- og eksklusionskriterier

Vi inkluderede plejepersonale i hele Afdeling for Kræftbehandling. Afsnit for Lindrende Behandling ønskede ikke at deltage grundet prioritering af en igangværende undersøgelse i afsnittet. Plejepersonalet i Klinisk Forskningsenhed blev ekskluderet med den begrundelse, at man i ansættelsen som projektsygeplejerske, ikke har kontinuerlig pleje- og behandlingsmæssig kontakt med patienterne. Alle andre afsnit i Afdeling for Kræftbehandling blev inviteret til at deltage og takkede ja.

Inklusionskriterierne var a) plejepersonale med følgende professioner: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og radiografer b) ansat i en af de inkluderede afsnit c) og havde daglig eller ugentlig patientkontakt.

Angående a) blev kliniske sygelejespecialister og assisterende oversygeplejersker inkluderet, da de blev vurderet til dagligt eller flere gange ugentligt at have patientkontakt.

Eksklusionskriterierne var plejepersonale på barsel, langtidssygemeldte eller anden form for orlov eller fravær under undersøgelsesperioden (uge 11 og 12, 2023). Derudover blev chefsygeplejerske og oversygeplejersker ekskluderet. Det blev vurderet, at de ikke havde en kontinuerlig patientkontakt, og derudover havde de fået et indgående indblik i undersøgelsen ved udviklings- og ledelsesmøder, som det øvrige personale ikke have fået.

8.2.3 Dataindsamling og håndtering af data

Undersøgelsen blev godkendt af chefsygeplejersken og chefoverlægen i Afdeling for Kræftbehandling. I vores spørgeskemaundersøgelse var respondenterne anonyme og derfor skulle indsamling og opbevaring af data ske jf. sundhedsdatastyrelsens gældende retningslinjer for GDPR. Data blev indsamlet og håndteret i REDCap (Research Electronic Data Capture), som er et online værktøj til facilitering af sikker og effektiv dataindsamling. Region Hovedstaden tilbyder gratis brug af REDCap for regionens ansatte, hvor værktøjet kan anvendes til forsknings- og kvalitetsprojekter (72). Spørgeskemaet, som blev anvendt til dataindsamling i denne undersøgelse blev bygget op i REDCap.

Forudsætningerne for at kunne bygge vores projekt op i REDCap har været, at tage et basiskursus i REDCap og et udvidet REDCap spørgeskemakursus udbudt via Kursusportalen (73).

I REDCap-databasen er der oprettet et projekt, som vi kaldte ”PCPI-staff”. Den danske oversættelse af spørgeskemaet PCPI-S blev bygget op manuelt herinde bestående af de 59 items og svarkategorier, som blev kodet i henhold til forskriften (5).

Derudover er der tilføjet 7 demografiske baggrundsvariable; køn, alder, faggruppe, uddannelse, antal års erhvervs erfaring, hvilket afsnit man tilhører og om man primært arbejder i sengeafdeling eller ambulatorie (Bilag 5).

Spørgeskemaet blev udsendt fra REDCap til plejepersonalets arbejds-mailadresse med et personligt link til spørgeskemaet. Når linket blev åbnet optrådte på første side en deltagerinformation efterfulgt af en rubrik til samtykke (Bilag 6). Ved at samtykke til deltagelse, blev man ført videre til selve spørgeskemaet. Ønskede man ikke at deltage blev spørgeskemaet afsluttet automatisk.

Ved at acceptere samtykke til deltagelse blev der automatisk genereret et ID-nummer i REDCap hvor data på den pågældende plejepersonale blev tilknyttet til. På den måde gemmes data med det samme og anonymiseres under et ID-nummer. I REDCap er der en funktion hvor man kan sende remindere ud på specifikke tidspunkter. På de to uger undersøgelsen forløb over, blev der udsendt to remindere til de af plejepersonalet, som endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet.

Inden spørgeskemaet blev distribueret fra REDCap til plejepersonalets e-mailadresser, blev der lavet en pilottest med sygeplejersker (n=4). Der blev lavet rettelser i form af korrektur og nogle ændringer i deltagerinformationen hvor der blev tilføjet at undersøgelsen var godkendt af klinikkens ledelse. Derudover blev der tilføjet et ambulatorie mere (Ambulatorie 3991), som vi i første omgang ikke var bekendte med.

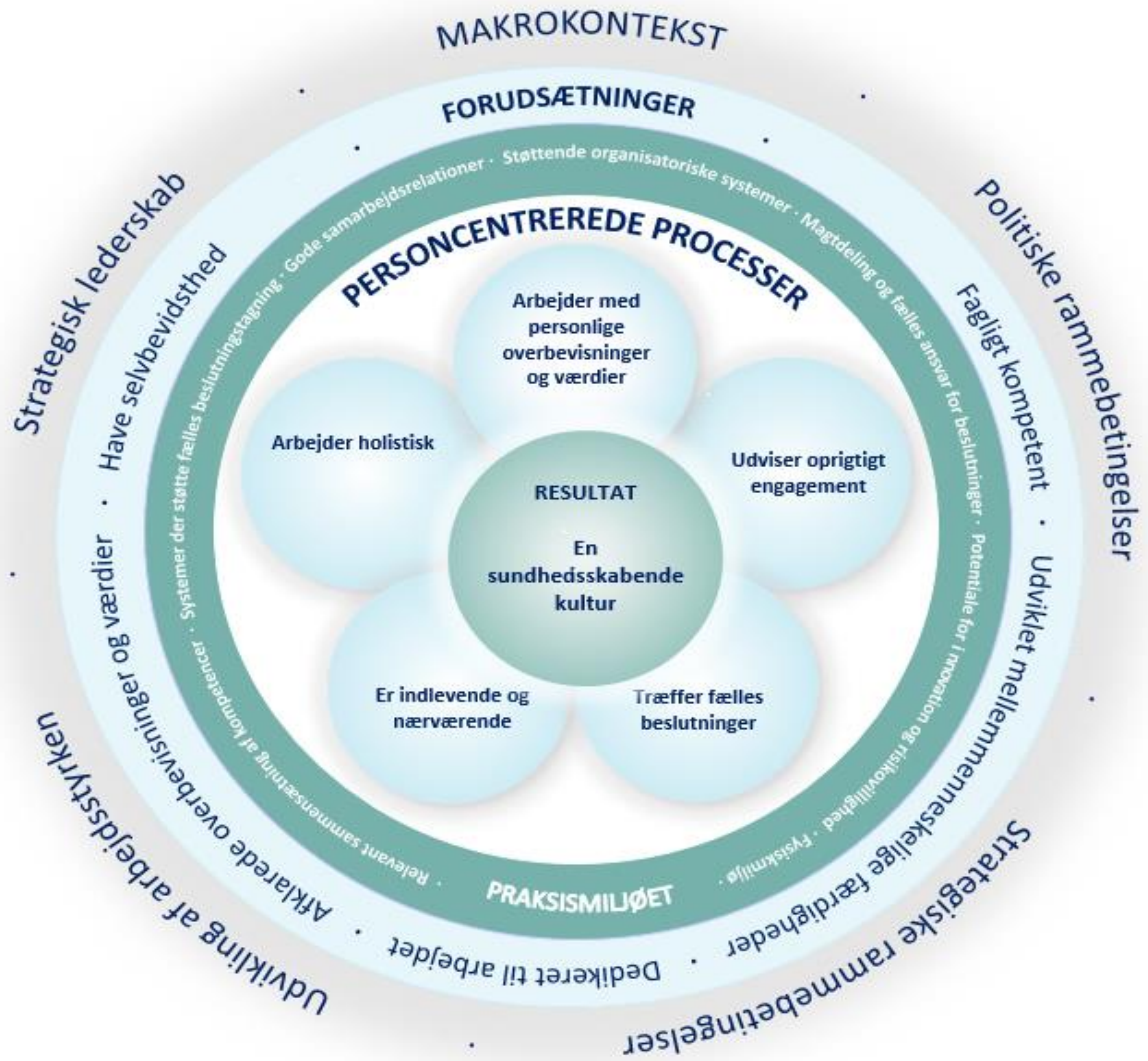
8.2.4 Udviklingen af PCPI-S

På baggrund af den teoretiske referenceramme for personcentreret praksis, er der udviklet et psykometrisk valideret spørgeskema. Dette har til hensigt at måle og evaluere en personcentreret praksis med de dimensioner, der er indeholdt i en sundhedsskabende kultur. Dette uddybet i afsnit 7.0 om den teoretiske ramme for personcentreret praksis (74).

Spørgeskemaet med titlen ”Person-centred Practice Inventory – Staff” (PCPI-S) er udviklet af Slater, McCance og McCormack i 2017. Spørgeskemaet måler sundhedspersonalets opfattelse af at arbejde personcentreret (5). PCPI-S er testet og udviklet med det formål, at skabe et generisk instrument, som undersøger hvordan sundhedspersonalet opfatter personcentreret praksis. Processen med at udvikle PCPI-S er forløbet som en mixed method undersøgelse hvor første fase bestod af to

Delphi-studier og anden fase en kvantitativ tværsnitsundersøgelse. Delphi-studierne inkluderede et ekspertpanel med viden inden for området om personcentreret pleje og praksis. Panelet skulle komme til enighed omkring definitionerne af de forskellige begreber inden for den teoretiske ramme for personcentreret praksis og herefter udvikle items som mål for definitionerne. I den anden fase af studiet var formålet statistisk at undersøge forholdet mellem items og de definerede begreber gennem en kvantitativ tværsnitsundersøgelse blandt sygeplejersker (n=703) på tværs af specialer. Til dette formål blev der anvendt confirmatory faktoranalyse. Dette resulterede i instrumentet PCPI-S med 59 items, som opnåede psykometrisk validerede egenskaber.

Spørgeskemaet er opbygget af tre overordnede domæner som er ”forudsætninger”, ”praksismiljøet” og ”personcentrerede processer”. Disse afspejles i den teoretiske ramme for personcentreret praksis, som tidligere beskrevet. I Figur 8 ses de overordnede domæner samt underliggende sektioner afspejlet. Det fjerde domæne fra den teoretiske ramme ”makrokonteksten” er ikke afspejlet i spørgeskemaet, men dækker over de overordnede politiske rammer og strategier, som altid vil være til stede. De tre domæner er yderligere inddelt i 17 sektioner til at afdække temaer inden for de enkelte domæner. Hver sektion består yderligere af 3-5 spørgsmål.



Figur 8: Dansk valideret udgave af teoretisk referenceramme for personcentreret praksis.

Spørgeskemaet PCPI-S er tilgængeligt på hjemmesiden for Centre for Person-centred Practice Research, www.cpcpr.org under "Resources". Her ligger der også oversættelser af spørgeskemaet til forskellige sprog blandt andet den danske oversættelse. Det fremgår på hjemmesiden at PCPI-S er oversat til dansk i marts 2022 (74). Vi har haft en e-mailkorrespondance med forskere fra Region Sjælland og fået at vide, at valideringsartiklen for den danske oversættelse er under udarbejdelse, men endnu ikke publiceret.

8.2.5 Opbygningen og scoring af PCPI-S

Spørgeskemaet PCPI-S består af to dele. Den første del er valgfri, men med mulighed for at tilføje de demografiske spørgsmål, der kan afdække baggrundsoplysninger om de inkluderede respondenter fx køn, uddannelsesniveaue og hvor mange års erhvervs erfaring man har. Den anden del af spørgeskemaet er den egentlige undersøgelse af, hvordan personalet opfatter personcentreret praksis.

Spørgeskemaet består af 59 items. Vi vælger fremover i denne undersøgelse at omtale et item, som et *spørgsmål*.

Spørgeskemaets opbygning tager udgangspunkt i tidligere nævnte domæner fra rammen for personcentreret praksis (5). De underliggende nøglekomponenter beskrives som sektioner, der hver især indeholder et antal spørgsmål. Domænerne og sektionerne er præsenteret i Tabel 4.

De enkelte spørgsmål undersøger i hvilken grad respondenterne er enig eller uenig i et udsagn. Svar-kategorierne er angivet på en 5-point Likert-skala, hvor 1 er den laveste score og 5 er den højeste.

Graden af enighed rangeres på følgende måde: *meget uenig*=1, *uenig*=2, *hverken eller*=3, *enig*=4 og *meget enig*=5 (74) (Bilag 7).

Tabel 4: Domæner og sektioner inden for personcentreret praksis.

Domæner	Sektioner og spørgsmål (spsm) i hver sektion
Forudsætninger	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faglig kompetent spsm 1-3 ○ Udviklede mellem menneskelige færdigheder spsm 4 -7 ○ Dedikeret til arbejdet spsm 8-12 ○ Have selvbevidsthed spsm 13-15 ○ Afklarede overbevisninger og værdier spsm 16-18
Praksismiljøet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Relevant sammensætning af kompetencer spsm 19-21 ○ Systemer der støtter fælles beslutningstagen spsm 22-25 ○ Gode samarbejdsrelationer spsm 26-28 ○ Magtdeling og fælles ansvar for beslutninger spsm 29-32 ○ Potentiale for innovation og risikovillighed spsm 33-35 ○ Fysisk miljø spsm 36-38 ○ Støttende organisatoriske systemer spsm 39-43
Personcentrerede processer	<ul style="list-style-type: none"> ○ Arbejder med personlige overbevisninger og værdier spsm 44-47 ○ Træffer fælles beslutninger spsm 48-50 ○ Udviser oprigtigt engagement spsm 51-53 ○ Er indlevende og nærværende spsm 54-56 ○ Arbejder holistisk spsm 57-59

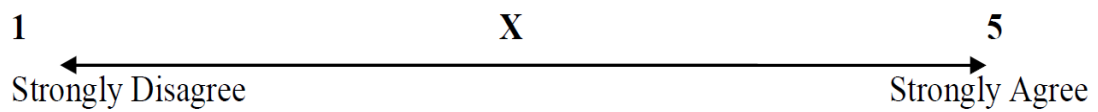
På hjemmesiden for Centre for Person-Centred Practice Research findes en scoringsmanual ”The personcentred practice inventory – staff score sheet”, som angiver hvordan de enkelte domæner, sektioner og spørgsmål skal udregnes og fortolkes (74). Herunder gives et eksempel på hvordan sektioner skal udregnes.

Sektionen ”udviklede mellem menneskelige færdigheder” hører under domænet ”forudsætninger” og udgøres af 4 spørgsmål. Når scoren skal udregnes for ”udviklede mellem menneskelige færdigheder”, tages scoren for de enkelte spørgsmål lægges sammen og gennemsnittet udregnes for disse. Er der scoret henholdsvis 1, 5, 2, 4 vil udregningen blive $1+5+2+4=12$. $12/4=3$ (Tabel 5).

Gennemsnittet for sektionen ”udviklede mellem menneskelige færdigheder” er 3 på en skala fra 1-5, som illustreret herunder (Figur 9).

Tabel 5: Eksempel på scoring af en sektion inden for personcentreret praksis.

Spørgsmål	Spsm 4	Spsm 5	Spsm 6	Spsm 7	Mean
Score	1	5	2	4	3



Figur 9: Visuel analog skala fra ”The person centred practice inventory – staff score sheet”.

Fortolkningen af denne score på 3 er, at gennemsnittet placerer sig på midt mellem at være meget uenig til meget enig. Den gennemsnitlige score for mellem menneskelige færdigheder vurderes dermed at være rimelig, men med plads til forbedring.

De demografiske data, der afdækkes i denne undersøgelse, er bygget op i del 1 af spørgeskemaet og består af syv variable og er illustreret i Tabel 6.

Tabel 6: Demografiske variable.

Variable	Svarmuligheder
Køn	Mand Kvinde Andet
Alder	Beskrives med fritekst
Faggruppe	Sygeplejerske Social- og sundhedsassistent Radiograf
Uddannelsesniveau	Kort videregående uddannelse Mellemlang videregående uddannelse Lang videregående uddannelse
Års erfaring inde for fagområde	<1 år 1-5 år 6-10 år >10 år
Hvilket afsnit arbejder du i	Brystkræft Lunge- og Hoved/halskræft Mave/tarmkræft Underlivskræft og hjernekræft Urinvejs- & sjældne kræftsygdomme Fase 1/forsøgsbehandling Strålebehandling/kontrol Strålebehandling
Primært ambulatorie eller sengeafdeling	Sengeafdeling Ambulatorie

Overvejelser i forhold til valg af demografiske data, var i først omgang at kunne opdele besvarelser på et overordnet organisatorisk niveau og derefter på afsnitsniveau. Ved at spørge ind til køn, kunne det give en indikation på, om der kunne være en forskel i besvarelser der afhængig af køn. Ligeledes kunne alder og antal års erfaring give et billede af om disse faktorer har indflydelse på, hvordan man oplever at arbejde med en personcentreret tilgang. Til sidst ønskede vi at se om der kunne være forskel i besvarelser i forhold til om man var ansat i et ambulatorie eller i en sengeafdeling. Der kan være stor forskel på patientkategorierne i henholdsvis ambulatorier og sengeafdelinger, hvor kortere besøg og patientkontakte ofte beskriver et ambulatorie vil patienterne i en sengeafdeling, være indlagte, måske over længere tid og ofte være mere syge.

I denne undersøgelse vil de demografiske data blive tallet op og beskrevet. De demografiske variable, som blev indsamlet vil kunne bruges i videre forskning ud over dette speciale. Der har desuden været en efterspørgsel på afsnitsniveau i egne besvarelser og dermed muligheden for internt at arbejde med udviklingen af en personcentreret praksiskultur.

9.0 Ethiske overvejelser

Med nærværende forskningsprojekt, udformet som en spørgeskemaundersøgelse, involveres plejepersonalet i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet. I forbindelse med udarbejdelse af forskningsprojektet er følgende etiske overvejelser og instanser relevante at inddrage. Helsinki-deklarationen repræsenterer en global anerkendt standard for medicinsk forskningsetik, der rummer en række etiske principper for forskning, når mennesker involveres som forsøgspersoner. I deklarationen vægtes eksempelvis forsøgspersoners frivillige informerede samtykke og en særlig opmærksomhed ved deltagelse af ”sårbare” forsøgspersoner (75). De etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden udarbejdet af Northern Nurses Federation (NNF), tager udgangspunkt i Helsinki-deklarationen. NNF opstiller fire principper for god etisk sygeplejeforskning a) princippet om autonomi, b) princippet om at gøre godt, c) princippet om ikke at gøre skade og d) princippet om retfærdighed (76).

I forbindelse med udarbejdelse af indeværende projekt, er følgende etiske overvejelser med afsæt i god forskningsetik gjort; Spørgeskema til plejepersonale er pilottestet i forhold til tidsanvendelse til udfyldelse af selve spørgeskema, samt pilottest af elektronisk link og udsendelse af spørgeskema. Alle afsnit i Afdeling for Kræftbehandling, har været besøgt af projektets forskere, med henblik på information om undersøgelsen, samt for at give mulighed for at stille afklarende spørgsmål, der kunne være fra kommende deltagere. Spørgeskemaet indledes med en deltagerinformation (Bilag 6), der grundigt beskriver formål med projektet samt hvad det indebærer for den enkelte. Ligeledes beskrives frivillighed, fortrolighed og anonymitet i deltagerinformationen samt projektnummer for godkendelse af Videnscenter for Dataanmeldelse.

Projektet er anmeldt til datagodkendelse i Pactius med projektnr: P-2023-14. Pactius er Region Hovedstadens Videnscenter for Dataanmeldelser og er en tværregional enhed, der rådgiver, vejleder, og behandler dataanmeldelser og databehandler aftaler i sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter (77). Indeværende projekt indeholder sundhedsdata fra plejepersonale og er med henblik på videre forskning efter endt specialeskrivning dataanmeldt til Videnscenter for Dataanmeldelse. Spørgeskemaet PCPI-S er oprettet i og udsendt elektronisk via REDCap. Dette understøtter en anonym, sikker og effektiv online dataindsamling. Der er inden opstart af indeværende projekt oprettet en lukket mappe på regionens L-drev for håndtering af lovbeskyttede data. Forskere på indeværende studie er registreret som ejere og dermed de eneste med adgang til den lovbeskyttede mappe.

10.0 Dataanalyse

I dette afsnit præsenteres undersøgelsens analysemetoden.

Data på de demografiske variable og PCPI-S blev eksporteret fra REDCap til Excel, hvor de fremkom med den kodning, som initialt var i scoringsnøglen til spørgeskemaet PCPI-S. Scoren er angivet på en 5-point Likert-skala, hvor 1 er den laveste score og 5 er den højeste. Graden af enighed rangeres på følgende måde: *meget uenig*=1, *uenig*=2, *hverken eller*=3, *enig*=4 og *meget enig*=5.

Resultaterne for undersøgelsen analyseres i to dele. Første del beskriver med et flowdiagram rekrutteringsprocessen samt oversigt over antallet af besvarelser per dag. Desuden beskrives de demografiske data fra respondenterne. Den anden del beskriver resultaterne af besvarelserne fra PCPI-S. Resultaterne fra besvarelserne fra PCPI-S præsenteres indledningsvis i en tabel med oversigt over alle domæner, sektioner og spørgsmål med et gennemsnit og standardafvigelse. Dette forkortes i resultatafsnittet som $mean \pm SD$. Tabellen er visuelt opdelt med en lyseblå nuance på domænerne og en grå nuance på sektionerne.

Resultaterne for de demografiske data analyseres og beskrives med deskriptiv statistik i form af antal, gennemsnit og procent. Alder beskrives med minimum og maksimum, da denne variable er kontinuert.

Efter præsentation af alle data fra PCPI-S, beskrives data deskriptivt med mean og SD, indledningsvist på et overordnet niveau for hver af de tre domæner ”forudsætninger”, ”praksismiljøet” og ”personcentrerede processer” (5). Efterfølgende vil vi for hvert domæne analysere data, for de sektioner indeholdt i domænet samt fremhæve spørgsmål, hvor besvarelsen ses med henholdsvis højeste gennemsnitlige score og laveste gennemsnitlige score. Da vi ønsker at se på hvilke facilitatorer samt barrierer, der kan være for en personcentreret praksis, har vi valgt at se på kategorierne *enig/meget enig* og *meget uenig/uenig*. Kategorien *enig/meget enig*, ses som faciliterende og kategorien *meget uenig/uenig* ses som en barriere for en personcentreret praksis. Vi vil derfor analysere data på sektionerne med procentsatser for, hvor mange der er en grad af *enig* eller en grad af *uenig*. Ligeledes fremhæves data for de spørgsmål, hvor der er særligt positiv respons angivet i procent samt en tabel over de spørgsmål, med en særligt negativ respons set i procent. Til det formål har vi på forhånd opstillet nogle kriterier for vores resultater, som definerer om en sektion eller et spørgsmål kan siges af være en barriere eller facilitator for implementeringen af en personcentreret praksis. Kriterierne angiver at hvis $\geq 90\%$ er en grad af enige, vurderes dette at være faciliterende for en personcentreret

praksis. Modsat ses at hvis $\geq 10\%$ angiver en grad af uenige, vurderes dette som en barriere for en personcentreret praksis og et område med udviklingspotentiale. Kriterierne ses i Tabel 7 herunder:

Tabel 7: Kriterier for facilitatorer og barrierer.

Kriterier	
Facilitator	Hvor $\geq 90\%$ angiver sig <i>enig</i> =4 eller <i>meget enig</i> =5
Barriere	Hvor $\geq 10\%$ angiver sig <i>meget uenig</i> =1 eller <i>uenig</i> =2

Resultater vil være fremhævet med grøn hvis $\geq 90\%$ af respondenterne er en grad af enig. Ligeledes vil besvarelser hvor $\geq 10\%$ af respondenterne er en grad af uenig angives som røde. Alle data præsenteres i tabeller, som efterfølgende beskrives i forhold til hvilke tendenser vi ser samt udviklingspotentiale. Efter præsentation af data fra hvert domæne, sektion og spørgsmål vil der være en kort opsamling.

Kategorien *hverken eller* vil løbende blive inddraget i resultaterne samt diskussionen, hvor imens denne kategori ikke vil figurere i de skematiske oversigter over resultaterne.

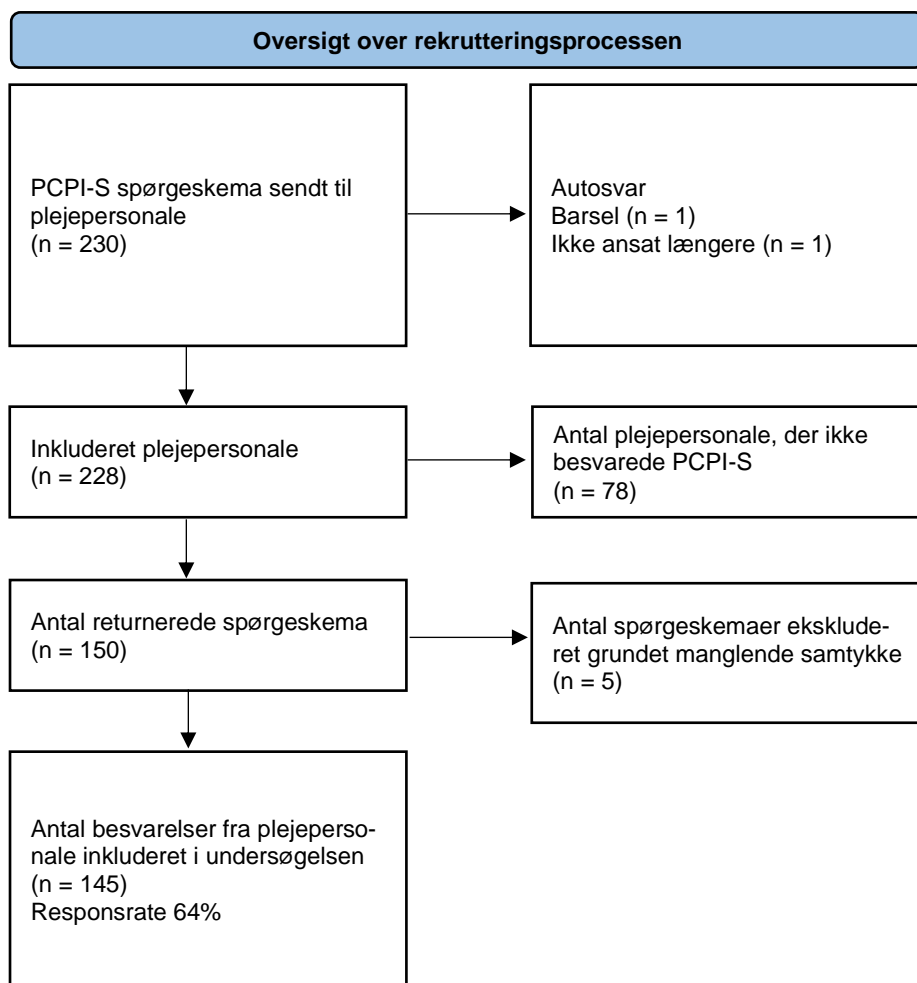
Afslutningsvis vil vi i afsnittet opsummere resultaterne.

11.0 Resultater

I følgende afsnit præsenteres undersøgelsens resultater.

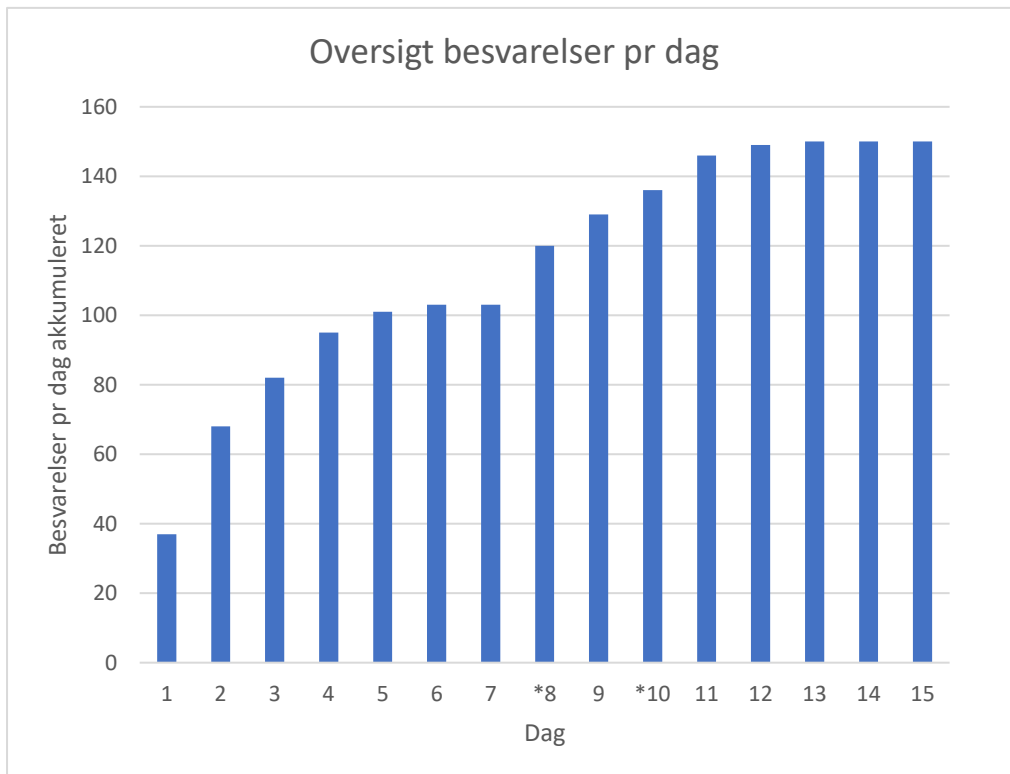
11.1 Respondenter og responsrate

I uge 11 2023 sendte vi via REDCap-linket spørgeskemaet PCPI-S til i alt 230 individuelle personer ansat i Afdeling for Kræftbehandling i forhold til de opstillede inklusionskriterier. Figur 9 viser et flowdiagram over rekrutteringsprocessen. Ud af de 230 spørgeskemaer, der blev distribueret, modtog vi omgående autosvar fra to personer, med oplysninger om, at den ene person ikke længere var ansat og at den anden var på barsel. Dette gav os 228 mulige respondenter til inklusion. Ud af de 228 mulige fik vi 150 besvarelser retur på de to uger undersøgelsen forløb. Af disse var der 5 personer, der ikke afgav samtykke til deltagelse og disse besvarelser, blev derfor ekskluderet. Resultaterne beror således på 145 besvarelser. Vi opnåede en responsrate på 64%.



Figur 10: Flowdiagram over rekrutteringsprocessen.

Undersøgelsen forløb over 2 uger. Spørgeskemaet blev sendt ud på dag 1. Det akkumulerede antal besvarelser per dag over de 14 dage, kan ses i Figur 11. På den første dag kom 37 besvarelser og på dag 2 var der kommet 68 besvarelser. Efter en uge var der kommet 103 besvarelser. Den første reminder blev sendt ud efter 8 dage om morgenen kl. 7.00 hvor vi samme dag opnåede 17 nye besvarelser. Den anden reminder blev sendt ud på dag 10 om eftermiddagen kl. 14.00 hvor yderligere 10 besvarelser blev opnået samme dag. Efter 13 dage blev der opnået 150 besvarelser og der fremkom ikke yderligere besvarelser på dag 14 og dag 15. Undersøgelsen lukkede kl. 7.00 på dag 15.



Figur 11: Oversigt over akkumulerede antal besvarelser per dag over 14 dage.
 * angiver de dage hvor der blev sendt remindere ud.

11.2 Demografiske karakteristika for plejepersonalet

Af respondenterne (n=145) fordelte køn sig på 98,6% kvinder og 1,4% mænd (Tabel 8). Alder på respondenterne varierede mellem 24-68 år (mean=43,6). Faggrupper fordelte sig med sygeplejersker 87,4%, social- og sundhedsassistenter 2,1% og radiografer 10,5%. Længde på uddannelse fordelte sig ved at 89,5% havde en mellemlang videregående uddannelse, 2,8% havde en kort videregående uddannelse mens 7,7% af respondenterne havde en lang videregående uddannelse. Kun 3,1% havde under 1 års erfaring, 19,6% havde mellem 1 til 5 års erfaring mens en erfaring på 6-10 år blev svaret af 15,4% af respondenterne. De fleste (knap 63%) havde en erhvervs erfaring på mere end 10 år. Når vi ser på fordeling af besvarelser fordelt på de 8 diagnosespecifikke afsnit i Afdeling for Kræftbehandling, ses en jævn fordeling, hvilket betyder at alle diagnoseafsnit er repræsenteret inden for kræftbehandling. Det fordelte sig med 14%, der primært arbejdede i en sengeafdeling og 86% arbejdede hovedsageligt i et ambulatorie (Tabel 8).

Tabel 8: Demografiske variable fra respondenter (n=145).

Demografiske variable	n	%
Køn (n=143)		
Kvinde	141	98,6
Mand	2	1,4
Alder angivet i år (n=143)		
Gennemsnit	43,6	
Min - Max	24-68	
Faggruppe (n=143)		
Sygeplejerske	125	87,4
Social- og sundhedsassistent	3	2,1
Radiograf	15	10,5
Uddannelse længde (n=143)		
Kort videregående 2-3 år	4	2,8
Mellemlang videregående 3-4 år	128	89,5
Lang videregående > 4 år	11	7,7
Antal års arbejds erfaring (n=143)		
< 1 år	3	2,1
1-5 år	28	19,6
6-10 år	22	15,4
>10 år	90	62,9
Hvilket team (n=143)		
Brystkræft	25	17,5
Lunge- og Hoved/halskræft	21	14,7
Mave/tarmkræft	18	12,6
Underlivskræft og hjernekræft	17	11,9
Urinvejs- & Sjældne kræftsygdomme	9	6,3
Fase 1/forsøgsbehandling	9	6,3
Strålebehandling/kontrol	4	2,8
Strålebehandling	40	28
Primære arbejdssted (n=143)		
Sengeafdeling	20	14
Ambulatorium	123	86

11.3 Beskrivelse af resultater fra PCPI-S

De tre domæner som måles i PCPI-S er henholdsvis ”forudsætninger”, som indeholder 18 spørgsmål fordelt på fem sektioner, ”praksismiljøet”, som indeholder 25 spørgsmål fordelt på syv sektioner og ”personcentrerede processer” med 16 spørgsmål fordelt på fem sektioner. Det samlede resultat af plejepersonalets scoringer af PCPI-S fremgår af Tabel 9.

Tabel 9: Samlede resultater for personcentreret praksis (n=145).

Domæner, sektioner og spørgsmål inden for PCPI-S (antal spørgsmål)	Mean	SD
Forudsætninger (18)	4,19	0,79
Fagligt kompetent (3)	4,32	0,76
1. <i>Jeg har de nødvendige kompetencer til at drøfte plejetilbud</i>	4,10	0,89
2. <i>Når jeg plejer en patient, et jeg opmærksom på mere end den umiddelbare fysiske opgave</i>	4,62	0,59
3. <i>Jeg opsøger aktivt muligheder for at udvikle mine faglige kompetencer</i>	4,23	0,68
Udviklede mellemmenneskelige færdigheder (4)	4,33	0,67
4. <i>Jeg sikrer mig, at jeg hører og anerkender andres perspektiver</i>	4,40	0,59
5. <i>Gennem min kommunikation, signalerer jeg, at jeg har respekt for andre</i>	4,56	0,59
6. <i>Jeg bruger forskellige kommunikationsteknikker til at finde løsninger, vi er enige om (fælles aftale løsninger)</i>	4,01	0,75
7. <i>Jeg er opmærksom på hvordan mine nonverbale signaler påvirker andre</i>	4,35	0,62
Dedikeret til arbejdet (5)	4,51	0,64
8. <i>Jeg stræber efter at levere pleje af høj kvalitet</i>	4,77	0,53
9. <i>Jeg søger at lære patienterne og deres familie at kende, for at kunne yde en helhedsorienteret pleje</i>	4,50	0,64
10. <i>Jeg gør mig umage for at bruge tid sammen med dem, der modtager pleje</i>	4,33	0,66
11. <i>Det er mit mål at levere pleje af høj kvalitet, som bygger på evidens</i>	4,45	0,64
12. <i>Jeg orienterer mig hele tiden om muligheder for at forbedre plejeoplevelsen</i>	4,09	0,72
Have selvbevidsthed (3)	3,99	0,80
13. <i>Jeg bruger tid på at undersøge, hvorfor jeg reagerer, som jeg gør i visse situationer</i>	3,77	0,81
14. <i>Jeg bruger refleksion for at tjekke om mine handlinger stemmer overens med min måde at være på</i>	3,91	0,75
15. <i>Jeg er opmærksom på, hvordan min livserfaring influerer på min kliniske praksis</i>	4,30	0,74
Afklarede overbevisninger og værdier (3)	3,64	0,84
16. <i>Jeg opsøger aktivt feedback fra andre i min kliniske praksis</i>	3,36	0,91
17. <i>Jeg udfordrer kollegaer, når deres praksis ikke stemmer overens med vores teams værdier og holdninger</i>	3,47	0,81
18. <i>Jeg støtter kollegaer i at udvikle deres praksis, så den afspejler teams værdier og holdninger</i>	4,08	0,59
Praksismiljøet (25)	3,82	0,88
Relevant sammensætning af kompetencer (3)	4,12	0,72
19. <i>Jeg er opmærksom på, når der er en forskel på viden og faglige kompetencer i teamet og hvilke konsekvenser det har for plejen</i>	4,14	0,65
20. <i>Jeg kan sige til og fra, når det samlede kompetenceniveau ikke er acceptabelt</i>	3,91	0,81
21. <i>Jeg værdsætter input fra alle gruppemedlemmer og deres bidrag til plejen</i>	4,54	0,51
Systemer der støtter fælles beslutningstagen (4)	3,72	1,01
22. <i>Jeg deltager aktivt i gruppemøder for at begrunde mine beslutninger</i>	4,04	0,92

23. <i>Jeg deltager i beslutnings-netværk på tværs af organisationen, som har indflydelse på klinisk praksis</i>	3,15	1,11
24. <i>Jeg har mulighed for at få indflydelse på beslutninger i min afdeling</i>	3,94	0,83
25. <i>I sammenhænge hvor der træffes kliniske beslutninger, er min holdning efterspurgt (f.eks. stuegang, konferencer, udskrivningsplanlægning)</i>	3,75	0,91
Gode samarbejdsrelationer (3)	4,17	0,65
26. <i>Jeg arbejder i et team, som værdsætter mit bidrag til personcentreret pleje</i>	4,24	0,55
27. <i>Jeg arbejder i et team, der opfordrer alle til at komme med input til personcentreret pleje</i>	4,12	0,67
28. <i>Mine kollegaer går i front for udviklingen af den gode relation</i>	4,14	0,71
Magtdeling og fælles ansvar for beslutninger (4)	3,91	0,76
29. <i>Mine kollegaers bidrag bliver set og anerkendt</i>	3,99	0,68
30. <i>Jeg bidrager aktivt til udvikling af fælles mål</i>	3,99	0,64
31. <i>Lederen faciliterer deltagelse</i>	3,94	0,77
32. <i>Jeg bliver opfordret til og støttet i at lede udviklingstiltag i min praksis</i>	3,72	0,91
Potentiale for innovation og risikovillighed (3)	3,67	0,84
33. <i>Jeg bliver støttet i at handle på nye måder for at forbedre min praksis</i>	3,72	0,81
34. <i>Jeg kan balancere mellem brugen af evidens og at løbe en risiko</i>	3,40	0,88
35. <i>Jeg er forpligtet til at forbedre plejen ved at udfordre praksis</i>	3,90	0,75
Fysisk miljø (3)	3,73	0,91
36. <i>Jeg er opmærksom på det fysiske miljø's indflydelse på menneskers værdighed</i>	4,33	0,63
37. <i>Jeg opfordrer andre til at overveje hvordan forskellige elementer af det fysiske miljø har indflydelse på personcentrering (f.eks. lyde, lys, varme mm)</i>	3,56	0,85
38. <i>Jeg opsøger kreative måder at forbedre det fysiske miljø</i>	3,28	0,89
Støttende organisatoriske systemer (5)	3,53	0,92
39. <i>I mit team bruger vi tid på at fejre vores præstationer</i>	3,18	0,94
40. <i>Min organisation anerkender og belønner succes</i>	3,16	0,94
41. <i>Jeg bliver anerkendt for mit bidrag til at patienter har en god oplevelse af plejen</i>	3,77	0,80
42. <i>Jeg støttes i at give udtryk for bekymringer relateret til plejen</i>	3,88	0,74
43. <i>Jeg har mulighed for jævnligt at diskutere min kliniske ekspertise og professionelle udvikling</i>	3,66	0,89
Personcentrerede processer (16)	4,18	0,75
Arbejder med personlige overbevisninger og værdier (4)	4,02	0,83
44. <i>Jeg integrerer min viden om patienten i plejen</i>	4,34	0,58
45. <i>Jeg inddrager patients familiære kontekst i plejen</i>	4,15	0,67
46. <i>Jeg efterspørger feedback på, hvad plejen betyder for patienten</i>	3,26	0,89
47. <i>Jeg opfordrer patienten til at drøfte, det der er vigtigt for dem</i>	4,31	0,65
Træffer fælles beslutninger (3)	3,81	0,78
48. <i>Jeg inkluderer familien i beslutninger om plejen, hvor det er passende og/eller i overensstemmelse med patientens ønske</i>	4,08	0,72
49. <i>Jeg arbejder sammen med patienten, om at sætte sundhedsmål for deres fremtid</i>	3,59	0,83
50. <i>Jeg kvalificerer patienten til at søge information om deres pleje fra andre sundhedsprofessionelle</i>	3,75	0,71

Udviser oprigtigt engagement (3)	4,40	0,61
51. Jeg prøver at forstå patientens perspektiv	4,64	0,50
52. Jeg søger at løse problemerne, når mine mål for patienten er forskellige fra deres perspektiver	4,07	0,61
53. Jeg inkluderer patienten i plejen, når det er passende	4,49	0,56
Er indlevende og nærværende (3)	4,35	0,65
54. Jeg lytter aktivt til patienten for at identificere usete behov	4,53	0,57
55. Jeg samler yderligere information, der kan hjælpe mig med at støtte de mennesker, der modtager pleje	4,10	0,71
56. Jeg sikrer mig, at min fulde opmærksomhed er på patienterne, når jeg er hos dem	4,43	0,58
Arbejder holistisk (3)	4,39	0,60
57. Jeg stræber efter at få en fornemmelse for det hele menneske	4,54	0,50
58. Når jeg vurderer patientens behov, tager jeg hensyn til alle aspekter af deres liv	4,19	0,65
59. Jeg yder pleje, som tager hensyn til det hele menneske	4,43	0,58

11.3.1 De tre domæner: forudsætninger, praksismiljøet og personcentrerede processer

For domænet ”forudsætninger” ses et gennemsnit (mean) på $4,19 \pm 0,79$ (Tabel 10). Dette viser en tendens til at plejepersonalet er overvejende enige i de spørgsmål, der afdækker forudsætninger for personcentreret praksis, som eksempelvis er at være faglig kompetent og have mellemmenneskelige færdigheder. Personalet giver med deres besvarelse udtryk for at have høj grad af de fornødne kompetencer og forudsætninger, der er med til at understøtte og udvikle en personcentreret praksis.

Ser vi på domænet ”praksismiljøet”, som blandt andet dækker over det fysiske miljø og gode samarbejdsrelationer, ser vi det laveste gennemsnit af de tre domæner ($3,82 \pm 0,88$). Gennemsnittet ligger mellem *hverken eller* og *enig* og er dermed overvejende positivt, men er det domæne, der samlet set mindst understøtter en personcentreret praksis.

Det tredje domæne ”personcentrerede processer” dækker som tidligere beskrevet over blandt andet at være nærværende og indlevende samt at arbejde holistisk. Gennemsnittet ($4,18 \pm 0,75$) ligger mellem *enig* og *meget enig*. Det tyder derfor på, at de adspurgte plejepersonaler i høj grad vurderer, at de har kompetencer, der understøtter de personcentrerede processer, som ligger i pleje og behandling af det enkelte individ.

Tabel 10: Resultater for de tre domæner inden for personcentreret praksis (n=145).

Domæne	Mean (\pm SD)
Forudsætninger	4,19 ($\pm 0,79$)
Praksismiljøet	3,82 ($\pm 0,88$)
Personcentrerede processer	4,18 ($\pm 0,75$)

Gennemsnittet for domænet ”forudsætninger” er tilnærmelsesvist det samme som for ”personcentrede processer” (Tabel 10). Begge domæner har høje gennemsnit på 4,19 og 4,18, som ligger mellem at være *enig* og *meget enig*. Dermed vurderes begge domæner i høj grad at facilitere plejepersonalet i at udføre sygepleje i en personcentreret klinisk praksis. Sammenligner vi gennemsnittet for domænet ”praksismiljøet”, med de to øvrige domæner, ses et lavere gennemsnit på 3,82, som afspejler at flere oplever, at praksismiljøet i mindre grad end de to øvrige domæner faciliterer en personcentreret praksis.

11.3.2 Forudsætninger for at yde personcentreret sygepleje – resultater på de enkelte sektioner og udvalgte spørgsmål

Ser vi nærmere på domænet ”forudsætninger” er det inddelt i følgende fem sektioner:

1. At være fagligt kompetent (4,32±0,76)
2. At have udviklet mellemmenneskelige færdigheder (4,33±0,67)
3. At være dedikeret til arbejdet (4,51±0,64)
4. At have selvbevidsthed (3,99±0,80)
5. At have afklaret overbevisninger og værdier (3,64±0,84)

Tabel 11: Resultater for sektionerne inden for domænet ”forudsætninger” (n=141).

De 5 sektioner inden for domænet forudsætninger	Mean (±SD)	Uenighed* %	Enighed** %
Fagligt kompetent	4,32 (±0,76)	3	89
Udviklet mellemmenneskelige færdigheder	4,33 (±0,67)	1	93
Dedikeret til arbejde	4,51 (±0,64)	1	93
Have selvbevidsthed	3,99 (±0,80)	4	76
Afklaret overbevisninger og værdier	3,64 (±0,84)	10	62

*Uenighed: meget uenig=1 og uenig=2 **Enighed: enig=4 og meget enig=5

De sektioner, der af Tabel 11 ses med størst grad af enighed, hvor gennemsnittet af svarene ligger mellem *enig* og *meget enig*, er ”fagligt kompetent” (4,32±0,76), ”udviklet mellemmenneskelige færdigheder” (4,33±0,67) og ”dedikeret til arbejde” (4,51±0,64). Af disse ses, at sektionen ”faglig kompetent” har 89% svaret, at de er *enige* eller *meget enige*. For sektionen ”udviklede mellemmenneskelige færdigheder, er der 93% der *enige* eller *meget enige*. Ligeledes ses for sektionen ”dedikeret til arbejde” også 93%, der er *enige* eller *meget enige*.

Sektionerne omhandlende ”at have selvbevidsthed” (3,99±0,80) og ”afklarede overbevisninger og værdier” (3,64±0,84) har en mindre grad af enighed, da de ligger mellem *hverken eller* og *enig*, som dog stadig indikerer overvejende enighed. Andelen af dem, der er en grad af uenig i sektionen ”have

selvbevidsthed” er 4%. Samtidig ses at 76% altså 3 ud af 4 er en grad af enig. Sektionen ”afklaret overbevisninger” ses at 10% vurderer sig en grad af uenig i denne sektion (Tabel 11). Sektionen ”afklarede overbevisninger og værdier” ses derfor som værende den sektion med størst udviklingspotentiale indenfor domænet ”forudsætninger”. Ligeledes ses at sektionerne ”have selvbevidsthed” og ”afklaret overbevisninger og værdier” er sektioner hvor over 20% har svaret *hverken eller*. Dette kan indikere, at man forholder sig neutralt, er i tvivl eller ikke finder det relevant. Den relativt store andel af besvarelser i *hverken eller* understøtter, at der er et udviklingspotentiale for disse sektioner.

Det vil sige at, af de fem sektioner indenfor domænet ”forudsætninger”, bidrager sektionerne ”fagligt kompetent”, ”udviklede mellem menneskelige færdigheder” og ”dedikeret til arbejde” mest til en sundhedsskabende praksiskultur, mens sektionen ”afklarede overbevisninger og værdier” i mindre grad understøtter en sundhedsskabende praksiskultur og kan dermed ses som en barriere herfor.

Indenfor domænet ”forudsætninger” ses, at de spørgsmål hvor $\geq 90\%$ har svaret *enig* eller *meget enig* er spørgsmålene 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 (Tabel 12). De to spørgsmål, med højeste gennemsnitlige scorer, er spørgsmål 8: *Jeg stræber efter at levere pleje af høj kvalitet* (sektion: ”dedikeret til arbejde”) ($4,77 \pm 0,53$) samt spørgsmål 2: *Når jeg plejer en patient, er jeg opmærksom på mere end den umiddelbare fysiske opgave* (sektion: ”fagligt kompetent”) ($4,62 \pm 0,59$). Der ses for spørgsmålene at henholdsvis 99% og 98% har svaret *enig* eller *meget enig*, som understøtter den høje gennemsnitlige score for begge spørgsmål.

Tabel 12: Spørgsmål hvor $\geq 90\%$ er enig eller meget enig inden for domænet ”forudsætninger”.

Domænet forudsætninger			
Spørgsmål hvor $\geq 90\%$ er enig eller meget enig	%	Mean (\pm SD)	Sektion
2. Når jeg plejer en patient, er jeg opmærksom på mere end den umiddelbare fysiske opgave	98	4,62 ($\pm 0,59$)	Fagligt kompetent
4. Jeg sikrer mig, at jeg hører og anerkender andres perspektiver	99	4,40 ($\pm 0,59$)	Udviklede mellem menneskelige færdigheder
5. Gennem min kommunikation, signalerer jeg, at jeg har respekt for andre	99	4,56 ($\pm 0,59$)	Udviklede mellem menneskelige færdigheder
7. Jeg er opmærksom på, hvordan mine nonverbale signaler påvirker andre	94	4,35 ($\pm 0,62$)	Udviklede mellem menneskelige færdigheder
8. Jeg stræber efter at levere pleje af høj kvalitet	99	4,77 ($\pm 0,53$)	Dedikeret til arbejdet
9. Jeg søger at lære patienterne og deres familie at kende, for at kunne yde en helhedsorienteret pleje	96	4,50 ($\pm 0,64$)	Dedikeret til arbejdet
10. Jeg gør mig umage for at bruge tid sammen med dem, der modtager pleje	93	4,33 ($\pm 0,66$)	Dedikeret til arbejdet
11. Det er mit mål at levere pleje af høj kvalitet, som bygger på evidens	96	4,45 ($\pm 0,64$)	Dedikeret til arbejdet

De spørgsmål inden for domænet ”forudsætninger” hvor $\geq 10\%$ har svaret *uenig* eller *meget uenig*, er spørgsmål 16 og 17 (Tabel 13). Disse spørgsmål ses samtidig med de laveste gennemsnitlige scorer hvor gennemsnittet for spørgsmål 16: *Jeg opsøger aktiv feedback fra andre i min kliniske praksis* (sektion: ”afklarede overbevisninger og værdier”) er $3,36 \pm 0,91$ og for spørgsmål 17: *Jeg udfordrer kollegaer, når deres praksis ikke stemmer overens med vores teams værdier og holdninger* (sektion: ”afklarede overbevisninger og værdier”) er $3,47 \pm 0,81$. Der ses for spørgsmål 16 og 17 at henholdsvis 16% og 13% er *uenige* eller *meget uenige* i spørgsmålene, hvilket understøtter at netop disse spørgsmål ses med laveste gennemsnitlige scorer inden for domænet ”forudsætninger” (Tabel 13).

Tabel 13: Spørgsmål hvor $\geq 10\%$ er uenig eller meget uenig inden for domænet ”forudsætninger”.

Domænet forudsætninger			
Spørgsmål hvor $\geq 10\%$ er uenig eller meget uenig	%	Mean (\pm SD)	Sektion
16. Jeg opsøger aktiv feedback fra andre i min kliniske praksis	16	3,36 ($\pm 0,91$)	Afklarede overbevisninger og værdier
17. Jeg udfordrer kollegaer, når deres praksis ikke stemmer overens med vores teams værdier og holdninger	13	3,47 ($\pm 0,81$)	Afklarede overbevisninger og værdier

Af ovenstående ses at plejepersonalet oplever sig mest uenige i spørgsmål 16 og 17, som begge tilhøre sektionen ”afklarede overbevisninger og værdier”. Dette understøtter dermed sektion ”afklarede overbevisninger og værdier”, som værende en barriere for en sundhedsskabende kultur og er dermed en sektion med stort udviklingspotentiale.

Sektionerne ”faglig kompetent”, ”udviklede mellem menneskelige færdigheder” og ”dedikeret til arbejde” opleves positivt understøttende for plejepersonalet og kan dermed ses som faciliterende for udvikling af en sundhedsskabende kultur.

11.3.3 Praksismiljøet – resultater på de enkelte sektioner og udvalgte spørgsmål
 Det overordnede domæne ”praksismiljøet” er inddelt i syv sektioner.

1. Relevant sammensætning af kompetencer (4,12±0,72)
2. Systemer der støtter fælles beslutningstagen (3,72±1,01)
3. Gode samarbejdsrelationer (4,17±0,65)
4. Magtdeling og fælles ansvar for beslutninger (3,91±0,76)
5. Potentiale for innovation og risikovillighed (3,67±0,84)
6. Fysisk miljø (3,73±0,91)
7. Støttende organisatoriske systemer (3,53±0,92)

Tabel 14: Resultater for sektionerne inden for domænet ”praksismiljøet” (n=139).

De 7 sektioner inden for domænet forudsætninger	Mean (±SD)	Uenighed* %	Enighed** %
Relevant sammensætning af kompetencer	4,12 (±0,72)	3	88
Systemer der støtter fælles beslutningstagen	3,72 (±1,01)	13	67
Gode samarbejdsrelationer	4,17 (±0,65)	1	89
Magtdeling og fælles ansvar for beslutninger	3,91 (±0,76)	5	76
Potentiale for innovation og risikovillighed	3,67 (±0,84)	7	62
Fysisk miljø	3,73 (±0,91)	9	62
Støttende organisatoriske systemer	3,53 (±0,92)	13	56

*Uenighed: meget uenig=1 og uenig=2 **Enighed: enig=4 og meget enig=5

Af de syv sektioner indenfor domænet ”praksismiljøet” ses det af Tabel 14 at sektionerne ”relevant sammensætning af kompetencer” (4,12±0,72) samt ”gode samarbejdsrelationer” (4,17±0,65), har de højeste gennemsnit, som placerer sig mellem *enig* og *meget enig*. Dette svarer til at 88% indenfor sektionen ”relevant sammensætning af kompetencer” har svaret *enig* eller *meget enig* og 89% indenfor ”gode samarbejdsrelationer” ser sig *enig* eller *meget enig* i denne sektion.

Indenfor domænet ”praksismiljøet” ses sektionerne ”støttende organisatoriske systemer” (3,53±0,92) og ”potentiale for innovation og risikovillighed” (3,67±0,84) samt ”systemer der støtter fælles beslutningstagen” (3,72±1,01) med de gennemsnitlige laveste scorere, som placerer sig midt mellem *hverken eller* og *enig*. Det ses at sektionen ”systemer der støtter fælles beslutningstagen” og ”støttende organisatoriske systemer” begge har 13%, der er *uenige* eller *meget uenige* i disse og 7% er *uenige* eller *meget uenige* i sektionen ”potentiale for innovation og risikovillighed” (Tabel 14). Det bemærkes at kategorien *hverken eller* er relativt stor i fem af de syv sektioner, hvor mellem 19% og 31% har svaret *hverken eller*. Særligt ses to sektioner; ”støttende organisatoriske systemer” og ”potentiale for innovation og risikovillighed” med 31% der har svaret *hverken eller*. Disse to

sektioner afdækker blandt andet hvorledes man oplever sig støttet i at udvikle praksis samt anerkendt af sin organisation.

Det ses, at plejepersonalet oplever en mindre grad af enighed i sektionerne ”støttende organisatoriske systemer” samt ”systemer der støtter fælles beslutningstagen”. Disse sektioner opfylder kriterierne hvor $\geq 10\%$ har svaret at være *uenig* eller *meget uenig* og bidrager dermed i mindre grad til en sundhedsskabende kultur og kan ses som en barriere herfor. Af tabellen ses, at ingen af sektionerne opnår $\geq 90\%$ der er *enig* eller *meget enig* og opfylder dermed ikke kriterierne for at være facilitere for en sundhedsskabende kultur.

Inden for domænet ”praksismiljøet” ses at de spørgsmål hvor $\geq 90\%$ har svaret *enig* eller *meget enig* er spørgsmål 21, 26 og 36 (Tabel 15). Disse spørgsmål er 21: *Jeg værdsætter input fra alle gruppe-medlemmer og deres bidrag til plejen* (sektion: ”relevant sammensætning af kompetencer”) (4,54 \pm 0,51), spørgsmål 26: *Jeg arbejder i et team, som værdsætter mit bidrag til personcentreret pleje* (sektion: ”gode samarbejdsrelationer”) (4,24 \pm 0,55) og spørgsmål 36: *Jeg er opmærksomme på det fysiske miljøes indflydelse på menneskers værdighed* (sektion: ”fysisk miljø”) (4,33 \pm 0,63). Der ses for spørgsmålene at henholdsvis 99%, 96% og 93% har svaret *enig* eller *meget enig*.

Tabel 15: Spørgsmål hvor $\geq 90\%$ er enig eller meget enig inden for domænet ”praksismiljøet”.

Domænet praksismiljøet			
Spørgsmål hvor $\geq 90\%$ er enig eller meget enig	%	Mean (\pm SD)	Sektion
21. Jeg værdsætter input fra alle gruppe-medlemmer og deres bidrag til plejen	99	4,54 (\pm 0,51)	Relevant sammensætning af kompetencer
26. Jeg arbejder i et team, som værdsætter mit bidrag til personcentreret pleje	96	4,24 (\pm 0,55)	Gode samarbejdsrelationer
36. Jeg er opmærksom på det fysiske miljøes indflydelse på menneskers værdighed	93	4,33 (\pm 0,63)	Fysisk miljø

De spørgsmål inden for domænet ”praksismiljøet” hvor $\geq 10\%$ har svaret *uenig* eller *meget uenig*, er spørgsmål 23, 25, 32, 34, 38, 39, 40 og 43 (Tabel 16). De spørgsmål med den laveste gennemsnitlige scorer er spørgsmål 23: *Jeg deltager i beslutnings-netværk på tværs af organisationen, som har indflydelse på klinisk praksis* (sektion: ”systemer der støtter fælles beslutningstagen”) (3,15 \pm 1,11) og spørgsmål 40: *Min organisation anerkender og belønner succes* (sektion: ”støttende organisatoriske systemer”) (3,16 \pm 0,94). Med næsten samme lave gennemsnitlige score ses spørgsmål 39: *I mit team bruger vi tid på at fejre vores præstationer* (sektion: ”støttende organisatoriske systemer”) (3,18 \pm 0,94). Der ses for spørgsmål 23, 39 og 40 at henholdsvis 27%, 21% og 21% er *uenige* eller

meget uenige i spørgsmålene. Dette understøtter at disse spørgsmål ses med laveste gennemsnitlige scorer inden for domænet ”praksismiljøet” (Tabel 16).

Tabel 16: Spørgsmål hvor $\geq 10\%$ er uenig eller meget uenig inden for domænet ”praksismiljøet”.

Domænet praksismiljøet			
Spørgsmål hvor $\geq 10\%$ er uenig eller meget uenig	%	Mean (\pmSD)	Sektion
23. Jeg deltager i beslutningsnetværk på tværs af organisationen, som har indflydelse på klinisk praksis	27	3,15 (\pm 1,11)	Systemer der støtter fælles beslutningstagen
25. I sammenhænge hvor der træffes kliniske beslutninger, er min holdning efterspurgt (f.eks. stuegang, konferencer, udskrivningsplanlægning)	12	3,75 (\pm 0,91)	Systemer der støtter fælles beslutningstagen
32. Jeg bliver opfordret til og støtte i at lede udviklingstiltag i min praksis	10	3,72 (\pm 0,91)	Magtdeling og fælles ansvar for beslutninger
34. Jeg kan balancere mellem brugen af evidens og at løbe en risiko	11	3,40 (\pm 0,88)	Potentiale for innovation og risikovillighed
38. Jeg opsøger kreative måder at forbedre det fysiske miljø	17	3,28 (\pm 0,89)	Fysisk miljø
39. I mit team bruger vi tid på at fejre vores præstationer	21	3,18 (\pm 0,94)	Støttende organisatoriske systemer
40. Min organisation anerkender og belønner succes	21	3,16 (\pm 0,94)	Støttende organisatoriske systemer
43. Jeg har mulighed for jævnligt at diskutere min kliniske ekspertise og professionelle udvikling	11	3,66 (\pm 0,89)	Støttende organisatoriske systemer

Af ovenstående ses at sektionen ”systemer der støtter fælles beslutningstagen” og ”støttende organisatoriske systemer” er de sektioner, plejepersonalet oplever sig mest uenige i og hvor $\geq 10\%$ oplever sig en grad af uenig. Dermed kan disse sektioner ses som værende barrierer for en sundhedsskabende kultur.

For domænet ”praksismiljøet” ses at ingen af sektionerne opfylder kriterierne $\geq 90\%$ enig eller meget enig og dermed er der ingen af sektionerne inden for domænet ”praksismiljøet” der direkte faciliterer en sundhedsskabende kultur. Det betyder, at der for alle sektioner inden for ”praksismiljøet” er et udviklingspotentiale.

11.3.4 Personcentrerede processer - resultater på de enkelte sektioner og udvalgte spørgsmål
 Domænet ”personcentrerede processer” er inddelt i følgende 5 sektioner:

1. Arbejder med personlige overbevisninger og værdier (4,02±0,83)
2. Træffer fælles beslutninger (3,81±0,78)
3. Udviser oprigtigt engagement (4,40±0,61)
4. Er indlevende og nærværende (4,35±0,65)
5. Arbejder holistisk (4,39±0,60)

Tabel 17: Resultater for sektionerne inden for domænet ”personcentrerede processer” (n=131).

De 5 sektioner inden for domænet personcentrerede processer	Mean (±SD)	Uenighed* %	Enighed** %
Arbejder med personlige overbevisninger og værdier	4,02 (±0,83)	5	79
Træffer fælles beslutninger	3,81 (±0,78)	5	73
Udviser oprigtigt engagement	4,40 (±0,61)	1	95
Er indlevende og nærværende	4,35 (±0,65)	1	92
Arbejder holistisk	4,39 (±0,60)	0	95

*Uenighed: meget uenig=1 og uenig=2 **Enighed: enig=4 og meget enig=5

De sektioner med højeste gennemsnitlige scorer er ”udviser oprigtigt engagement” (4,40±0,61), ”er indlevende og nærværende” (4,35±0,65) og ”arbejder holistisk” (4,39±0,60), som alle har gennemsnitlige scorer mellem *enig* og *meget enig* (Tabel 17). Dette svarer til at 95% indenfor sektionen ”udviser oprigtigt engagement” har svaret *enig* eller *meget enig* og 92% inden for ”er indlevende og nærværende” samt 95% inden for ”arbejder holistisk” ser sig *enig* eller *meget enig* i disse sektioner.

Af de sektioner, som har lavest gennemsnitlige scorer ses ”træffer fælles beslutninger” (3,81±0,78), som ligger mellem *hverken eller* og *enig*, samt ”arbejder med personlige overbevisninger og værdier” (4,02±0,83) hvor gennemsnittet af plejepersonalet er *enige*. Af tabellen ses at sektionen ”træffer fælles beslutninger” og ”arbejder med personlige overbevisninger og værdier” begge har 5%, der har svaret at de er en grad af uenige.

Det bemærkes inden for domænet ”personcentrerede processer” at to sektioner ses med en større andel, der har angivet kategorien *hverken eller*. Disse sektioner er ”arbejder med personlige overbevisninger og værdier” (16%) og ”træffer fælles beslutninger” (22%).

Af Tabel 17 ses at sektionerne ”udviser oprigtigt engagement”, ”er indlevende og nærværende” og ”arbejde holistisk” opnår $\geq 90\%$, der er *enig* eller *meget enig* og dermed opfylder kriterierne for at være faciliterende sektioner for en sundhedsskabende kultur.

Modsat ses at plejepersonalet i mindre grad oplever enighed i de sektioner omhandlende at ”træffe fælles beslutninger” og ”arbejder med personlige overbevisninger og værdier”. Disse sektioner opfylder dog ikke kriterierne $\geq 10\%$ *uenig* eller *meget uenig* og kan dermed ikke ses som direkte barrierer for en sundhedsskabende kultur.

Inden for domænet ”personcentrerede processer” ses at de spørgsmål hvor $\geq 90\%$ har svaret *enig* eller *meget enig* er spørgsmål 44, 47, 51, 53, 54, 56, 57 og 59 (Tabel 18). Af de spørgsmål med højeste gennemsnitlige scorer inden for domænet ”personcentrerede processer” ses spørgsmål 51: *Jeg prøver at forstå patients perspektiv* (sektion: ”udviser oprigtigt engagement”) (4,64 \pm 0,50) og spørgsmål 57: *Jeg stræber efter at få en fornemmelse for det hele menneske* (sektion: ”arbejder holistisk”) (4,54 \pm 0,50). Desuden ses spørgsmål 54: *Jeg lytter aktivt til patienten for at identificere usete behov* (sektion: ”er indlevende og nærværende”) (4,53 \pm 0,57) med tilnærmelsesvis samme gennemsnitlige score som spørgsmål 57. Der ses for spørgsmål 51 at 99% har svaret *enig* eller *meget enig*, og for spørgsmål 54 og 57 ses at henholdsvis 98% og 100% har svaret *enig* eller *meget enig*. Dette understøtter den høje gennemsnitlige score for disse spørgsmål.

Tabel 18: Spørgsmål hvor $\geq 90\%$ er enig eller meget enig inden for domænet ”personcentrerede processer”.

Domænet personcentrerede processer			
Spørgsmål hvor $\geq 90\%$ er enig eller meget enig	%	Mean (\pm SD)	Sektion
44. Jeg integrerer min viden m patienten i plejen	95	4,34 (\pm 0,58)	Arbejder med personlige overbevisninger og værdier
47. Jeg opfordrer patienten til at drøfte, det der er vigtigt for dem	94	4,31 (\pm 0,65)	Arbejder med personlige overbevisninger og værdier
51. Jeg prøver at forstå patientens perspektiv	99	4,64 (\pm 0,50)	Udviser oprigtigt engagement
53. Jeg inkluderer patienten i plejen, når det er passende	98	4,49 (\pm 0,56)	Udviser oprigtigt engagement
54. Jeg lytter aktivt til patienten for at identificere usete behov	98	4,53 (\pm 0,57)	Er indlevende og nærværende
56. Jeg sikrer mig, at min fulde opmærksomhed er på patienterne, når jeg er hos dem	97	4,43 (\pm 0,58)	Er indlevende og nærværende
57. Jeg stræber efter at få en fornemmelse for det hele menneske	100	4,54 (\pm 0,50)	Arbejder holistisk
59. Jeg yder pleje, som tager hensyn til det hele menneske	95	4,43 (\pm 0,58)	Arbejder holistisk

De spørgsmål inden for domænet ”personcentrerede processer” hvor $\geq 10\%$ har svaret *uenig* eller *meget uenig*, er spørgsmål 46 og 49 (Tabel 19). Samme spørgsmål ses også med de laveste gennemsnitlige scorer; spørgsmål 46: *Jeg efterspørger feedback på, hvad plejen betyder for patienten* (sektion: ”arbejder med personlige overbevisninger og værdier”) ($3,26 \pm 0,89$) samt spørgsmål 49: *Jeg arbejder sammen med patienten, om at sætte sundhedsmål for deres fremtid* (sektion: ”træffer fælles beslutninger”) ($3,59 \pm 0,83$). Der ses for spørgsmål 46 og 49 at henholdsvis 19% og 10% er *uenige* eller *meget uenige* i spørgsmålene. Dette understøtter, at disse spørgsmål ses med de laveste gennemsnitlige scorer inden for domænet ”personcentrerede processer” (Tabel 19).

Tabel 19: Spørgsmål hvor $\geq 10\%$ er *uenig* eller *meget uenig* inden for domænet ”personcentrerede processer”.

Domænet personcentrerede processer			
Spørgsmål hvor $\geq 10\%$ er <i>uenig</i> eller <i>meget uenig</i>	%	Mean (\pm SD)	Sektion
46. <i>Jeg efterspørger feedback på, hvad plejen betyder for patienten</i>	19	3,26 ($\pm 0,89$)	Arbejder med personlige overbevisninger og værdier
49. <i>Jeg arbejder sammen med patienten, om at sætte sundhedsmål for deres fremtid</i>	10	3,59 ($\pm 0,83$)	Træffer fælles beslutninger

Af ovenstående ses at sektionerne ”udviser oprigtigt engagement”, ”er indlevende og nærværende” og ”arbejder holistisk” opleves generelt positivt understøttende for plejepersonalet samt opfylder kriterierne for at $\geq 90\%$ er en grad af enige. Dermed ses disse sektioner som faciliterende for udvikling af en sundhedsskabende kultur.

Modsat ses at plejepersonalet oplever sig mest *uenige* sektionerne ”arbejder med personlige overbevisninger og værdier” samt ”træffer fælles beslutninger”. Her kan der være et udviklingspotentiale, men ses dog ikke som værende direkte barrierer for en sundhedsskabende kultur på baggrund af de opsatte kriterier.

11.3.5 Opsamling på resultater fra PCPI-S

Af ovenstående resultater finder vi, at der inden for de tre domæner ses en overvejende positiv vurdering af at arbejde personcentreret. Domænerne ”forudsætninger” og ”personcentrerede processer” vurderes i høj grad at understøtte plejepersonalet i en personcentreret praksis. Domænet ”praksismiljøet” vurderes i mindre grad end de to øvrige at være understøttende i en personcentreret praksis. Af resultaterne finder vi, at de sektioner, som vurderes særligt faciliterende for en personcentreret praksis ud fra de opsatte kriterier er:

- Udviklet mellemmenneskelige færdigheder
- Dedikeret til arbejde
- Udviser oprigtigt engagement
- Er indlevende og nærværende
- Arbejder holistisk

Ovenstående sektioner findes inden for domænerne ”forudsætninger” og ”personcentrerede processer”, som understøtter plejepersonalets positive vurdering af disse domæner.

Af resultaterne finder vi, at de sektioner som vurderes med størst udviklingspotentiale og på baggrund af de opsatte kriterier kan ses som barrierer for en personcentreret praksis er sektionerne:

- Afklaret overbevisninger og værdier
- Systemer der støtter fælles beslutningstagen
- Støttende organisatoriske systemer

Af ovenstående sektioner findes to sektioner inden for domænet ”praksismiljøet” og det andet findes inden for domænet ”forudsætninger”. Dette understøtter domænet ”praksismiljøet” som værende det domæne med størst udviklingspotentiale for en personcentreret praksis.

12.0 Diskussion

I denne tværsnitsundersøgelse udført blandt 150 plejepersonaler i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet fandt vi, at respondenterne i høj grad oplever at deres arbejde udføres i en personcentreret kliniske praksis.

Vi identificerede fem områder, som faciliterer implementering af en personcentreret praksiskultur. Det var særligt domænet ”forudsætninger” inden for områderne at have udviklede mellemmenneskelige færdigheder og være dedikeret til sit arbejde. At udvikle mellemmenneskelige færdigheder scorer højt blandt plejepersonalet, kan være et udtryk for, at plejepersonalet har stærke kompetencer inden for kommunikation nonverbalt som verbalt. Derudover har plejepersonalet en opmærksomhed på at anerkende og have respekt for andres perspektiver. Dette understøtter et sikkert fundament i det relationelle mellem plejepersonale og patienter samt kollegaer imellem. Af resultater findes at være dedikeret til sit arbejde ligeledes scorer højt blandt plejepersonalet, hvilket tyder på at plejepersonalet stræber efter og har et mål om at levere pleje af høj kvalitet, som bygger på evidens. I dette ligger der en stærk faglighed og stolthed i udførelsen af sygeplejen til patienterne.

Inden for domænet ”personcentrerede processer” var der tre områder hvor plejepersonalet var særligt enige i, at det faciliterede implementeringen af en personcentreret praksis. Disse områder er at udvise oprigtigt engagement, at være indlevende og nærværende og at arbejde holistisk. Dette vidner om en tilgang, hvor det hele menneske inddrages og der i høj grad er opmærksomhed på dennes værdier, behov og perspektiver.

Undersøgelsen påviste desuden, at der var områder, som var mere udfordrende i forhold til implementeringen af en personcentreret praksis. Her er det særligt vigtigt at bemærke, hvordan området at have afklarede overbevisninger og værdier inden for domænet ”forudsætninger” ses med et mere blandet respons fra plejepersonalet. Dette kan tyde på en kultur, hvor det at give og modtage feedback kollegaer imellem, kan være udfordrende. Der blev fundet to områder inden for ”praksismiljøet” hvor der ikke var helt sammen grad af enighed. Disse områder omhandlede systemer der støtter fælles beslutningstagen og støttende organisatoriske systemer. Det første område peger på at ikke alle plejepersonaler oplever, at deres holdning er efterspurgt i forhold til beslutninger omhandlende klinisk praksis. Ligeledes oplever ikke alle at have mulighed for indflydelse på beslutninger, der styrker klinisk praksis. Det andet område peger på, at der ikke er generel enighed i at opleve sig anerkendt for sine præstationer. Dette både fra ens eget afsnit og fra et højere organisatorisk plan i

afdelingen. Hermed ses disse områder med et udviklingspotentiale i implementeringen og styrkelsen af en personcentreret praksiskultur.

I det følgende diskuteres resultaternes betydning for det videre arbejde med implementeringen af en personcentreret praksiskultur. I forlængelse heraf diskuterer vi styrker og begrænsninger ved undersøgelsens metode.

12.1 Diskussion af resultater

I nærværende undersøgelse var responsraten på 64%. Sammenlignet med lignende studier vurderes responsraten positiv. I et finsk tværsnitsstudie af Tiainen et al. fra 2021 (7) blev personcentreret praksiskultur undersøgt ved instrumentet PCPI-S blandt sygeplejersker. Her var responsraten 30% (n=82). Dette på trods af, at der blev iværksat tiltag for at få flere deltagere med. Eksempelvis blev der sendt to remindere ud og svarperioden blev forlænget to gange. Derudover blev personalet opfordret til, at besvare i arbejdstiden og de blev informeret om vigtigheden i at bidrage til forskningen (7). I et nyt tværsnitsstudie publiceret i april 2023 (54), blev data også indsamlet ved PCPI-S på en intern medicinsk sengeafdeling i Portugal. Her var responsraten på 76,15% (n=83) udgjort af sygeplejersker, læger og fysioterapeuter (54). Spørgeskemaet blev sendt ud elektronisk til personalets arbejdsmail, og der blev udsendt en reminder en uge før undersøgelsen lukkede. Undersøgelsen blev forlænget med yderligere to uger. Data blev indhentet fra december 2021 til januar 2022 (54), men det er usikkert hvor længe dataindsamlingen strakte sig over. En dansk tværsnitsundersøgelse af Johnsen et al. (6), som undersøger personcentreret pleje og behandling publiceret i 2022, havde en responsrate på 24%, men et højt antal respondenter (n=1140). Dataindsamlingen foregik ved et spørgeskema udviklet til formålet. Tilsvarende indeværende undersøgelse blev spørgeskemaerne sendt ud elektronisk til sundhedspersonalets e-mails og der blev sendt én reminder efter 2 uger. Data blev indhentet i perioden januar 2020 til marts 2020 (6).

Dataindsamlingen i nærværende studie forløb over 14 dage, hvilket ses sammenlignet med de internationale tilsvarende studier, at være en væsentlig kortere periode for dataindsamling (7,54,57). Alligevel er opnået en responsrate på 64% i dette studie, som vurderes at være relativt høj, dog overgået af undersøgelsen af Vareta et al. med en responsrate på 76% (54). Den længere periode for dataindsamling i det deres studie, kan have været medvirkende årsag til at den højere responsrate.

I et aktionsforskningsstudie af Radbron et al. 2022 (57) har man undersøgt personcentreret praksis med spørgeskemaet PCPI-S før og efter en intervention. Der blev udført en præ-test med PCPI-S i 2018 blandt sygeplejersker og jordemødre i Australien, som blev gentaget efter en intervention i

2020. Intervention bestod i en sundhedsapp personalet kunne tilgå for at evaluere og forbedre en personcentreret praksis. PCPI-S blev analyseret på domæneplan og viste ved baseline i 2018 at personalet scorede 4,12 ($\pm 0,41$) for ”forudsætninger”, 3,67 ($\pm 0,51$) for ”praksismiljøet” og 3,41 ($\pm 0,37$) for ”personcentrerede processer”. Sammenlignet med indeværende resultater for domænerne var den gennemsnitlige score for ”forudsætninger” tilnærmelsesvis den samme ($4,19 \pm 0,79$) og fælles for begge studier er, at ”forudsætninger” er det domæne med den højeste score. Det ses i undersøgelsen af Radbron et al., at det domæne der scorer lavest er ”personcentrerede processer” ($3,41 \pm 0,37$), som i vores undersøgelse lå næsten på højde med ”forudsætninger” med et gennemsnit på $4,18 (\pm 0,75)$. Overordnet set ligger alle gennemsnit for domænerne i undersøgelsen af Radbron et al. lavere sammenlignet med nærværende resultater. Det vil sige, at plejepersonalet i Afdeling for Kræftbehandling i højere grad oplever, at de arbejder i en personcentreret praksiskultur, sammenlignet med den australske undersøgelse. Undersøgelsen af Radbron et al. adskiller sig fra nærværende undersøgelse, ved at undersøge personcentreret praksis på tværs af seks specialer, som var akut medicinsk, dagkirurgisk, medicinsk korttidsophold, hoved-halskirurgi, hæmatologi/onkologi og barselsgang (57). Det lavere gennemsnitlige resultat kan være en afspejling af, at der er forskellige tilgange til plejen afhængigt af, om man beskæftiger sig med for eksempel dagkirurgi eller er på et barselsafsnit. Desuden kan der være forskel på rammer og normeringer på tværs af de seks specialer, som man kan forestille sig, kan have indflydelse på, i hvilken grad man oplever personcentreret praksis. Kræftforløb kan strække sig over måneder til år med hyppige kontakter i sundhedsvæsenet, hvorimod et dagkirurgisk forløb ofte er begrænset til få dage (22). Dette kan have betydning for den relation, der opbygges mellem patienten og de sundhedsprofessionelle. Undersøgelsen af Radbron et al. blev udført blandt sygeplejersker og jordemødre, med overvejende sygeplejersker (83%), som svarer til indeværende undersøgelses andel af sygeplejersker (87%). Der ses derfor i begge studier, at andelen af sygeplejersker udgør den overvejende del af datagrundlaget. Det kan overvejes om faggruppe kan have betydning for resultaterne for eksempel mellem sygeplejersker, radiografer og sosu-assistenten i denne undersøgelse. Havde vi ydermere inddraget læger, portører og sekretærer kunne resultatet afspejle en endnu større diversitet i oplevelsen af at arbejde i en personcentreret praksiskultur. Studiet af Vareta et al. (54) finder, at profession har betydning for, hvordan man opfatter praksis inden for nogle områder. Inden for området at være dedikeret til sit arbejde ses at fysioterapeuter score højere sammenlignet med sygeplejersker og læger. Omvendt ses for området ”systemer der støtter fælles beslutningstagen” at læger har en mere positiv opfattelse end sygeplejersker og fysioterapeuter (54). Dette vidner om, at en personcentreret praksiskultur opfattes på

mange forskellige måder afhængig af profession. Dette er vigtige overvejelser i implementeringen og udvikling af en personcentreret praksiskultur i en organisation.

I studiet af Radbron et al. blev PCPI-S gentaget i 2020 efter en intervention. Her fandt man, den gennemsnitlige score for personalets oplevelse af personcentreret praksis var signifikant forbedret for alle domæner. PCPI-S viser sig på baggrund af denne undersøgelse, at være et brugbart redskab til at evaluere og vurdere effekten af personcentreret praksis efter en intervention (57). I nærværende undersøgelse lavet blandt plejepersonalet i Afdeling for Kræftbehandling fandt vi områder med udviklingspotentiale, hvor interventioner kunne iværksættes for at løfte områderne imod en mere styrket personcentreret kultur. Dermed kunne nærværende undersøgelse ses som en baselineundersøgelse for fremtidige undersøgelser, hvor der således evalueres på effekten af interventionerne. Et af områderne der blev vurderet som en barriere for implementeringen af en personcentreret praksis, var området at have afklarede overbevisninger og værdier, som dækker over at give og modtage feedback. Allerede nu arbejdes der aktivt i Afdeling for Kræftbehandling med feedback som redskab til udvikling og styrkelse af det tværfaglige samarbejde. På baggrund af erfaringer med en intervention, som beskrevet i undersøgelsen af Radbron et al. (57), vil effekten af feedbackindsatsen dermed kunne måles ved en gentagelse af undersøgelsen med PCPI-S efter nogle år.

I et tværsnitsstudie af Vareta et al. undersøges sundhedspersonalets opfattelser af personcentreret praksis med PCPI-S på en intern medicinsk sengeafdeling (54). Undersøgelsen er udført blandt sygeplejersker, læger og fysioterapeuter ansat på fuldtid sengeafsnittet. Som i det australske studie ses en overvægt af besvarelser bero på sygeplejersker (61,5%) (54). Undersøgelsen understøtter vores resultater på domæneniveau, hvor det domæne der opfattes mest faciliterende er ”forudsætninger” ($4,12 \pm 0,36$), herefter ”personcentrerede processer” ($4,08 \pm 0,62$) og hvor ”praksismiljøet” ($3,50 \pm 0,48$) er det domæne, der opfattes som mindst understøttende for en personcentreret praksis. Gennemsnittene på de tre domæner er, som i studiet af Radbron et al., generelt set lidt lavere end i indeværende studie. Sammenlignes studiet af Vareta et al. med vores undersøgelse ses ”praksismiljøet” også som værende det domæne med størst udviklingspotentiale. Dette bekræftes yderligere i tværsnitsstudiet af Tiainen et al. (7), hvor domænet ”praksismiljøet” ($3,64 \pm 0,50$) ligeledes ses med lavest gennemsnitlige score af de tre domæner. I domænet ”praksismiljøet” fokuseres på den lokale kontekst, hvor pleje og behandling udøves, herunder det fysiske miljø, fælles ansvar for beslutninger, samarbejdsrelationer og relevant sammensætning af kompetencer (4). Netop disse er områder, som det enkelte personale ikke har direkte indflydelse, men ofte administreres højere oppe i organisationen. Det vil sige, at der er en opgave for ledelsen i en organisation i at prioritere områderne

inden for ”praksismiljøet” for at understøtte en kultur, hvor der arbejdes personcentreret. Det danske tværnsnitstudie af Johnsen et al. (6), som undersøger personcentreret pleje i en hospitalskontekst, peger netop på, at manglende ledelsesmæssig og organisatorisk prioritering ses som en barriere for personcentreret pleje og handling (6).

Vi fandt at barrierer for implementeringen af en personcentreret praksiskultur var ”afklarede overbevisninger og værdier” ($3,64 \pm 0,84$), ”systemer der støtter fælles beslutningstagen” ($3,72 \pm 1,01$) og ”støttende organisatoriske systemer” ($3,53 \pm 0,92$). Disse tre sektioner havde de laveste gennemsnitlige scorer og den største procentvise andel, der oplevede sig *uenig* eller *meget uenig*. Området ”støttende organisatoriske systemer” repræsenterer den absolut laveste score i indeværende undersøgelse. Denne sektion dækker blandt andet over temaer, som at blive anerkendt og belønnet af sin organisation og at bruge tid på at fejre præstationer. Spørgeskemaet PCPI-S er oprindeligt udviklet og testet i engelsk kontekst (5), hvor der kan tænkes at være en kulturel forskel i forhold til traditioner for anerkendelse og fejring af præstationer. Vareta et al. 2023 (54) finder tilsvarende vores undersøgelse, at de sektioner med laveste gennemsnitlige scorer er ”støttende organisatoriske systemer” ($3,08 \pm 0,80$) og ”systemer der støtter fælles beslutningstagen” ($3,26 \pm 0,81$). Forfatterne peger i deres diskussion på, at de lave gennemsnitlige scorer på disse områder indikerer, at sundhedsprofessionelle oplever manglende organisatorisk støtte på områder, som ses betydningsfulde for ændringer af en praksiskultur (54). Dette bakkes op af fund fra Tiainen et al. hvor ”støttende organisatoriske systemer” ligeledes findes med den gennemsnitlige laveste score ($3,25 \pm 0,72$) (7). Her pointeres vigtigheden i det ledelsesmæssige ansvar i at muliggøre betingelserne for, at sygeplejersker kan møde patienter og deres familiers behov på en respektfuld og værdig måde. Dermed ses en mere generel tendens til, at organisationen har et ansvar i at prioritere og muliggøre betingelserne for, at en personcentreret pleje kan finde sted. Området ”støttende organisatoriske systemer” ses med et udviklingspotentiale. For at en organisation kan lykkes med at skabe gunstige betingelser for en personcentreret praksiskultur skal dette område have øget fokus.

Af resultaterne fandt vi, at fem sektioner opfattes som faciliterende. Den sektion der opnåede den højeste gennemsnitlige score, var sektionen ”dedikeret til arbejde” ($4,51 \pm 0,64$). I undersøgelsen af Vareta et al. ses denne sektion også med en høj gennemsnitlig score ($4,25 \pm 0,42$). Interessant ses det, at de fem sektioner, der opleves faciliterende for personcentreret praksis for plejepersonalet i nærværende undersøgelse, ligeledes er de sektioner i undersøgelsen af Vareta et al. med de højeste gennemsnitlige scorer på 4,35;4,07 (54). Områderne fokuserer blandt andet på de sundhedsprofessionelles egenskaber, kompetencer og kvaliteter samt relationsdannelse og engagement med fokus på

at træffe fælles beslutninger med patienten. Begge undersøgelser finder dermed samme resultater, som kan pege på en mere generel tendens til, hvad sundhedsprofessionelle oplever som faciliterende for en personcentreret praksis på tværs af både specialer og nationaliteter. Modstridende dette resultat, ses i tværsnitsstudiet af Tiainen et al. at sektionen ”dedikeret til arbejde” ses med en væsentlig lavere score ($3,28 \pm 0,16$), som studiet dog vurderer som værende rimeligt godt (7). Dette antyder, at der er nationale forskelle i, hvad der opleves understøttende for en personcentreret praksiskultur. Makrokonteksten og dermed de politiske rammer og strategier for et sundhedsvæsen, kan ses med nationale forskelle, som dermed kan have betydning for, hvordan en personcentreret praksis kultur kan udvikles.

I nærværende undersøgelse er fundet facilitatorer og barrierer for en personcentreret praksiskultur. Studiet finder flere områder, der ses faciliterende end områder, der ses som barrierer for implementeringen af en personcentreret praksis. I den videre udvikling af en personcentreret praksiskultur er der forskellige perspektiver i understøttelse af områder, der henholdsvis faciliterer og er barrierer. For områder der ses som barrierer, er der et udviklingspotential og et videre arbejde med implementeringen af dette. Områder der ses som faciliterende, skal opretholdes således at det forsat motivere plejepersonalet i at udføre en personcentreret sygepleje.

12.2 Diskussion af metode

Vi har i denne undersøgelse valgt et tværsnitsdesign. Styrken ved et tværsnitsstudie er, at forskerne kan nå ud til en stor gruppe af mennesker, som man ønsker at inkludere i en undersøgelse. Dermed kan datagrundlaget blive baseret på en stor population. Andre fordele ved tværsnitsstudier er, at de er forholdsvis billige og kan udføres på kort tid. Vi har ønsket at undersøge personcentreret praksis i hele Afdeling for Kræftbehandling over en periode på 14 dage grundet tidsrammen for indeværende projekt. For at nå ud til en stor gruppe af mennesker på kort tid er en spørgeskemaundersøgelse som metode særligt velegnet (78).

Vi har i skrivende stund ikke fundet andre studier, der undersøger person-centret praksis med spørgeskemaet PCPI-S i en dansk kontekst. Dermed bliver denne undersøgelse den første i Danmark, der måler på personcentreret praksis med spørgeskemaet PCPI-S.

Spørgeskemaet PCPI-S er oprindeligt udviklet i en engelsk kontekst og er psykometrisk testet og valideret (5). Det er sidenhen oversat til mange sprog. På hjemmesiden ”Centre for Person-centred Practice Research” (74) har man kunnet tilgå spørgeskemaet PCPI-S på dansk – angivet som en valideret oversættelse. Hjemmesiden er efterfølgende lavet om til en betalingside og kan derfor ikke

længere frit tilgås. Oversættelsen af den danske version af PSPI-S er foretaget af forskere fra Regions Sjælland, som vi har været i kontakt med på e-mail. Vi har efterspurgt valideringsartiklen, som endnu ikke er publiceret, men er efter sigende på vej. Det må ses som en begrænsning for denne undersøgelse, at vi ikke har haft mulighed for at forholde os til oversættelsen af den danske version af PCPI-S. Det ville have været en styrke for studiet, hvis vi havde haft indsigt i, om der i oversættelsen af spørgeskemaet var taget højde for det kulturelle perspektiv. Ifølge WHO er der fire trin i oversættelse af spørgeskemaer (67) og disse er 1) forward translation 2) expert panel back translation, 3) pre-testing and cognitive interviewing, 4) final version. For at imødekomme en kulturel tilpasning, anbefales af WHO, at der som minimum beskrives hvilke anbefalinger, der er fra ekspertpanelet samt beskrivelse af de udfordringer og problemer, der findes ved testning af spørgeskemaet (67). Dermed ses særlig krav til oversættelsen og den kulturelle tilpasning, som vi ikke har haft adgang til at vurdere, hvilket er en begrænsning.

For at vurdere styrker og svagheder ved et studie ses på intern og ekstern validitet (79). Intern validitet refererer til, hvorvidt et studies målemetoder, spørgsmål og analyse tillader forskeren at måle det, som studiet har til hensigt at måle. En høj intern validitet betyder, at et studies resultater er troværdige inden for studiet egne præmisser. Ekstern validitet refererer til, hvorvidt et studies resultater kan generaliseres til andre kontekster (80).

Fordelen ved at bruge et valideret spørgeskema er, at resultaterne fra dataanalysen kan sammenlignes med andre undersøgelser, som har brugt sammen spørgeskema (78). Vi har i denne spørgeskemaundersøgelse valgt at tilføje yderligere spørgsmål af demografisk karakter, for at tilpasse undersøgelsens design til egen kontekst. Dette anbefalet fra hjemmesiden "Center for Person-centred Practice Research" (74). Desuden ses de demografiske data anvendelige for fremtidig forskning.

I en kvantitativ undersøgelse er vores rolle som forskere objektiv og neutral således at resultaterne ikke påvirkes af vores holdninger og værdier (60). Vi har i undersøgelsen forsøgt at være transparente og systematiske i rekruttering af personale og håndtering af data. Vi sørgede for, at alle deltagende afsnit fik samme information om undersøgelsen. Vi havde blandt andet i forbindelse med vores "roadshow" lavet en PowerPoint præsentation, for at ensrette den information vi gav til plejepersonalet og alle afsnit fik samme skriftlige information om undersøgelsen. Kodning og scoringen af PCPI-S var på forhånd defineret ved en 5-point Likert-skala (5,74). Data blev overført elektronisk til REDCap-databasen, hvilket sikrede at der ikke var fejl behæftet med indtastning af data. Fra

REDCap blev data eksporteret og behandlet statistisk i Excel. Data er analyseret med udgangspunkt i de tal, der findes i datafilen og missing data er ikke medregnet.

Vi så et mønster i, at der var flere ubesvarede spørgsmål i sidste del af spørgeskemaet. Udgangspunktet var 145 besvarelser hvor 129 respondenter gennemførte alle spørgsmål. Overvejelser kan være at spørgeskemaet er for langt og at respondenter derfor falder fra undervejs. Andre overvejelser kan være, at respondenter er blevet afbrudt, at man ikke har fundet spørgsmålene relevante eller at spørgsmålene har været svære at forstå. Missing data i undersøgelsen rejser spørgsmålet om, hvorvidt dette kan have påvirket resultaterne.

En stor fordel for denne undersøgelse har været den meget positive opbakning fra forskere, ledelse, kliniske specialister og sekretærer. Det har bidraget til, at vi på kort tid har kunnet formidle viden, iværksætte undersøgelsen og udsende elektroniske spørgeskemaer til en stor gruppe af plejepersonale. Den store opbakning og understøttelse har formentlig haft effekt på undersøgelsens høje responsrate på 64%. En høj responsrate er vigtigt i forhold til en undersøgelses validitet, hvor en høj svarprocent bidrager til en større pålidelighed af resultaterne (78). Svarprocenten kunne være øget, hvis undersøgelsen var blevet forlænget, som det eksempelvis blev gjort i sammenlignelige studier af Vareta et al. og Radbron et al. (54,57).

Vi valgte at ekskludere plejepersonaler på barsel, langtidssygemeldte eller på orlov af anden årsag. Dette fordi de ikke ville være til stede, mens undersøgelsen foregik og derfor ikke kunne bidrage til undersøgelsen. Vi bad vores kontaktpersoner i de enkelte afsnit, som var oversygeplejersker og kliniske sygeplejespecialister om at sende os lister med e-mailadresser. Vi bad dem fjerne personaler fra listen, som ikke var til stede på grund af barsel, sygemelding eller anden form for orlov. Vi fik autosvar tilbage fra to af de inkluderede plejepersonaler hvor en var på barsel og en anden ikke længere var ansat. Dette tyder på, at vores eksklusionsprocedure ikke var været helt sikker. Vi har dog ikke haft forudsætninger for at vide, hvem der reelt var til stede, og vurderede at oversygeplejersker og kliniske specialister var de rette til at hjælpe os med dette. At spørgeskemaet er sendt ud til nogle, som ikke har været til stede, har betydningen for responsraten. Denne kan reelt set være højere end de 64%. Dette kan ses som systematisk fejl, som har betydning for den interne validitet i studiet (78). Vi har som forskningsansvarlige forsøgt at tage højde for dette i undersøgelsens design, ved at informere mundtligt og skriftligt, de aktører som har hjulpet os med navne og mails på mulige respondenter.

Vores undersøgelse undersøger personcentreret praksis med en kvantitativ tilgang med spørgeskemaet PCPI-S, der er et generisk udviklet til netop at undersøge dette. Personcentreret praksis som teoretisk referenceramme er af Brendan McCormack beskrevet som en filosofi til pleje og behandling (4). Det kan diskuteres, om en filosofi til pleje bedst kan måles kvantitativt med et spørgeskema. Intentionen med udviklingen af PCPI-S var dog netop at skabe et generisk instrument til at kunne måle på den personcentrerede praksis, at kunne sammenligne på tværs samt evaluere interventioner for personcentreret praksis (5). Vi har på baggrund af vores undersøgelses resultater, kunne sammenlignelige opfattelser af personcentreret praksis med undersøgelser fra andre lande (7,54,57). Vi har valgt at se på barrierer og facilitatorer for personcentreret praksis. PCPI-S har efter vores overbevisning, vist sig at være velegnet til dette. Resultater i nærværende studie vil desuden kunne ses som en baseline for fremtidige undersøgelser.

Som supplement til denne undersøgelse kunne det have været interessant at kombinere kvantitative data med kvalitative data. Vi kunne have valgt at triangulere med kvalitative interviews med sygeplejersker i Afdeling for Kræftbehandling eller observationsstudier. Dette kunne have styrket og nuanceret denne undersøgelses resultater. Nærværende kvantitative undersøgelse danner grundlag for at videre arbejde med data på afsnitsniveau, hvor hvert team skal kvalificere data til at styrke og udvikle den personcentreret praksis.

Det havde været en styrke for studiet, hvis vi systematisk havde inddraget svarkategorien *hverken eller*. Denne kategori, kan være et udtryk for at respondenterne er i tvivl om spørgsmålet, ikke finder spørgsmålet relevant eller ikke forstår spørgsmålet. Det kan tænkes at være en kategori, der benyttes jo længere hen i spørgeskemaet man kommer. Spørgeskemaet PCPI-S kunne have været nuanceret ved at have en svarkategori der hed *ikke relevant*. Der ses ved et antal af spørgsmål at en større andel af respondenterne har benyttet kategorien *hverken eller*. Svarkategorien *hverken eller* kan repræsentere en gruppe af respondenter, der potentielt kan flytte sig i en mere positiv retning. Dermed kan områder, hvor en større andel har benyttet *hverken eller* ses med et udviklingspotentiale.

Vi har ikke undersøgt normeringen eller ratioen for, hvor mange plejepersonaler, der er per patient i Afdeling for Kræftbehandling. Ratioen kan have indflydelse på i hvilken grad, man arbejder personcentreret, hvor afdelinger med dårligere normering kan tænkes, ikke at have samme forudsætninger for at arbejde personcentreret. I forhold til generaliserbarheden til andre kontekster havde denne information været relevant.

Undersøgelsen om personcentreret praksis har fundet sted i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet og dermed reflekterer undersøgelsens resultater denne kontekst. Undersøgelsens resultater vurderes at kunne generaliseres til lignende kontekster, det vil sige andre kræftafdelinger i Danmark.

13.0 Konklusion

Formålet med dette studie var at undersøge i hvilken grad plejepersonalet oplevede deres sygepleje personcentreret i plejen og behandlingen af mennesker med kræft. Desuden at identificere eventuelle barrierer og facilitatorer i implementeringen af en personcentreret praksiskultur.

Dette studie har undersøgt personcentreret praksis hos 150 plejepersonaler i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet. Af studiets resultater ses at plejepersonalet generelt oplever en høj grad af personcentreret sygeplejepleje i behandlingen af mennesker med kræft. Dog fandt vi områder indenfor personcentreret praksis, som i mindre grad er implementeret i Afdeling for Kræftbehandling.

På baggrund af undersøgelsens resultater kan vi konkludere, at en personcentreret praksiskultur allerede er implementeret og funderet på flere områder i sygeplejen i Afdeling for Kræftbehandling.

Plejepersonalet vurderer at de i høj grad har kompetencerne og kommunikative færdigheder til at udføre en personcentreret pleje og yde pleje af høj kvalitet, der bygger på evidens. Desuden angiver plejepersonalet en høj grad af anerkendende tilgang til andre mennesker, der tager højde for det hele menneske og alle aspekter af et liv. Plejepersonalet vurderer en høj grad af faglig stolthed ind i deres arbejde. Med begreber som helhedsorienteret tilgang samt respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelse, kan vi konkludere at plejepersonalets kompetencer understøtter vigtige faktorer ind i implementeringen af en personcentreret praksiskultur.

På baggrund af resultaterne ses at plejepersonalet vurderer, at de i mindre grad oplever anerkendelse fra organisationen samt muligheden for at diskutere en faglig udvikling. Plejepersonalet vurderer i mindre grad at de opsøgende i forhold til at give og modtage feedback, samt at have mulighed for at deltage i beslutningsnetværk i organisationen og derigennem have indflydelse på klinisk praksis.

For at løfte og udvikle den personcentrerede praksiskultur yderligere i Afdeling for Kræftbehandling, kan vi konkludere at et øget fokus på en anerkendende tilgang i organisationen, øget fokus på feedback samt fokus på flere muligheder for inddragelse i beslutningsnetværk, vil understøtte udviklingen og implementeringen af en personcentreret praksiskultur i Afdeling for Kræftbehandling.

14.0 Kliniske implikationer og perspektivering

I følgende afsnit vil vi diskutere muligheder og tiltag set i lyset af undersøgelsens resultater. Vi betragter resultaterne af denne undersøgelse som værende et bidrag til videnskabelig forskning omhandlende personcentreret praksiskultur. Da vi i skrivende stund ikke har identificeret lignende undersøgelser, som undersøger personcentreret praksis i Danmark med spørgeskemaet PCPI-S, mener vi, at denne undersøgelse kan inspirere og danne præcedens for fremtidig forskning.

På baggrund af vores resultater og konklusion i undersøgelsen vil vi indledningsvis præsentere forslag til en plan for formidling af resultater og pointer fra undersøgelsen. Dernæst komme med oplæg til en implementeringsplan for den videre udvikling og understøttelse af en personcentreret praksiskultur i Afdeling for Kræftbehandling.

Afslutningsvis vil vi i en perspektivering pege på muligheder i det videre forsknings- og strategiarbejde for en fortsat understøttelse af personcentreret praksis i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet.

14.1 Klinisk implikationer for implementering af en personcentreret praksiskultur

I det videre arbejde med at formidle og implementere forskningsresultater fra nærværende undersøgelse, ses det relevant at have en opmærksomhed på eventuelle barrierer for implementeringen af en evidensbaseret praksis. Den teoretiske model PARiSH indeholder tre elementer for en vellykket implementering (81).

1. Evidensen; skal have en høj troværdig og være tilgængelig og anses anvendelige
2. Kontekst; som forskningen skal implementeres til
3. Funktioner der fremmer implementeringen; strukturen samt processer for implementeringen.

På baggrund af ovenstående vurderes det, at der i arbejdet med at formidle og kvalificere og implementerer resultaterne af denne undersøgelse, skal tages højde for de tre elementer i rammemodellen for PARiSH.

Som led i formidling af resultater af indeværende undersøgelse, er følgende konkrete punkter opstillet.

- Formidling af resultater i Afdeling for Kræftbehandling på møder med tilstedeværelse af oversygeplejersker, chefsygeplejerske, sygeplejefaglige forskere og kliniske sygeplejerskespecialister.

- Oversygeplejerske og kliniske sygeplejespecialist fra hvert afsnit får udleveret datasæt svarende til deres afsnit med henblik på det videre arbejde.
- En møderække hvor der opnås konsensus om hvordan der på et organisatorisk niveau og afsnitsniveau kan arbejdes med resultaterne.
- Hvert afsnit arbejder med udvalgte indsatser rettet mod områder med udviklingspotentiale samt understøttelse af de dele af personcentreret praksis, som allerede ses implementeret.
- Som et led i præsentation af undersøgelsens resultater ønskes feedback fra afdelingens patient- og pårørendepanel inddraget.
- For at bidrage til international forskning og litteratur ønskes at publicere undersøgelsens resultater.

Supplerende til formidling af undersøgelsens resultater og pointer, ses det relevant at udforme et forslag til en implementeringsstrategi. Jævnfør elementerne i PARiSH-ramme bør der være organisatoriske overvejelser for implementering af undersøgelsens resultater, vedrørende kultur, ressourcer og lederskab. Desuden overvejelser vedrørende afdelingens parathed i forhold til implementering af forskningsresultater. Ligeledes ses det af stor relevans, at der er konsensus om forskningsresultaterne samt at de matcher afdelingens strategiske præferencer (81).

Som en del af implementeringsstrategien bør der prioriteres, hvilke implementeringer der skal foregå på et organisatorisk niveau og hvilke i de enkelte afsnit.

Implementeringsstrategien bør forholde sig til, hvor ofte der skal evalueres samt hvilke områder, der skal evalueres på. Der bør indgås aftale om, hvor lang tid, der bør afsættes til en implementering og hvorvidt den skal indeholde eventuelle interventioner, der efterfølgende skal måles effekten af. Disse overvejelser bør der tages stilling til ved ledelsesmøder, med deltagelse af oversygeplejersker, chefsygeplejerske, kliniske sygeplejespecialister samt sygeplejefaglige forskere.

Undersøgelsens resultater indikerer, at områder som det at give og modtage feedback har behov for et øget fokus. En del af implementering kan være en indsats hvor feedbackkurser afholdes løbende for alle plejepersonaler. Allerede nu arbejdes aktivt med feedback i Afdeling for Kræftbehandling, hvor alle sundhedsprofessionelle skal deltage i et heldags feedbackkursus. Dermed ses at organisationen allerede understøtter områder inden for personcentreret praksis, hvor vi fandt at der var et udviklingspotentiale. På sigt vil effekten af dette kunne afspejle sig i en evaluering af indsatsen. En anden gevinst ved feedback kurser, kan være en højere grad af psykologisk tryghed mellem kollegaer på arbejdspladsen, der kan bidrage til en mere anerkendende kultur på tværs af organisationen.

Vi fandt i undersøgelsen, at plejepersonalet i mindre grad oplevede at blive involveret i beslutningsnetværk i organisationen og have indflydelse på beslutninger vedrørende klinisk praksis. For at afdække dette område yderligere, kunne et udvalg af plejepersonale inviteres til et fokusgruppeinterview. Dette med fokus på personalets holdninger og inputs til konkrete løsninger og tiltag, således at der er en oplevelse af, at få mere indflydelse på beslutninger, der påvirker klinisk praksis. Således kan en kvalitativ vinkel bidrage til nuancering af resultaterne.

14.2 Perspektivering

I et videre forskningsarbejde ses det relevant at inddrage patientperspektivet på personcentreret praksis. I forbindelse med nærværende undersøgelse blev der uddelt spørgeskemaer og indsamlet besvarelser fra 470 patienter tilknyttet Afdeling for Kræftbehandling. Spørgeskemaet undersøgte patienternes perspektiv på inddragelse i beslutninger om pleje og behandling. I det videre forskningsarbejde vil det være interessant at sammenligne patienternes besvarelser med resultaterne af plejepersonalets besvarelser. Vi så at plejepersonalet i høj grad oplever, at deres sygepleje er personcentreret. Ved analyse af data fra patienterne vil det være interessant at sammenholde disse med resultaterne fra nærværende undersøgelse. Ved at inddrage patientperspektivet, vil det kunne bidrage til fokus på om der er andre områder med udviklingspotentiale.

Nærværende undersøgelse er den første i Danmark, der undersøger personcentreret praksis med PCPI-S. Vi har derfor endnu ikke viden om hvilke sammenhænge der er mellem en personcentreret praksiskultur og øvrige parametre. International forskning har vist, at nyuddannede og plejepersonale med kun lidt erhvervserfaring har brug for mere støtte til at udforske og udvikle sig mod en mere personcentreret praksis (7). Med denne viden kunne man have en hypotese om at det samme er gældende i Afdeling for Kræftbehandling. Patienter der ses i et ambulatorie, har ofte korte kontakter, hvor indlagte patienter i en sengeafdeling kan have længerevarende kontakter. En hypotese kunne derfor være, at der er forskel på i hvilken grad en personcentreret kultur opfattes i henholdsvis ambulatorie og sengeafdeling. I et andet studie fandt man at læger, sygeplejersker og fysioterapeuter havde forskellige opfattelser af hvordan de arbejder personcentreret (54). I nærværende undersøgelse er tre faggrupper inkluderet, hvor videre forskningsarbejde kunne afdække om forskelle på tværs af faggruppe, gør sig gældende i denne undersøgelse. Fremover vil inddragelse af flere faggrupper i lignende undersøgelser, kunne bidrage til at nuancere billedet af, hvorvidt faggrupper har forskellige opfattelser af at arbejde i en personcentreret praksis.

15.0 Oversigt over figurer og tabeller

15.1 Tabeller

Tabel 1: søgeprotokol opsat efter PICO.	24
Tabel 2: Præsentation af de inkluderede studier (n=4).	27
Tabel 3: Oversigt over afsnit i Afdeling for Kræftbehandling på Rigshospitalet.	38
Tabel 4: Domæner og sektioner inden for personcentreret praksis.	43
Tabel 5: Eksempel på scoring af en sektion inden for personcentreret praksis.	44
Tabel 6: Demografiske variable.	45
Tabel 7: Kriterier for facilitatorer og barrierer.	48
Tabel 8: Demografiske variable fra respondenter (n=145).	51
Tabel 9: Samlede resultater for personcentreret praksis (n=145).	52
Tabel 10: Resultater for de tre domæner inden for personcentreret praksis (n=145).	54
Tabel 11: Resultater for sektionerne inden for domænet "forudsætninger" (n=141).	55
Tabel 12: Spørgsmål hvor $\geq 90\%$ er enig eller meget enig inden for domænet "forudsætninger".	56
Tabel 13: Spørgsmål hvor $\geq 10\%$ er uenig eller meget uenig inden for domænet "forudsætninger".	57
Tabel 14: Resultater for sektionerne inden for domænet "praksismiljøet" (n=139).	58
Tabel 15: Spørgsmål hvor $\geq 90\%$ er enig eller meget enig inden for domænet "praksismiljøet".	59
Tabel 16: Spørgsmål hvor $\geq 10\%$ er uenig eller meget uenig inden for domænet "praksismiljøet".	60
Tabel 17: Resultater for sektionerne inden for domænet "personcentrerede processer" (n=131).	61
Tabel 18: Spørgsmål hvor $\geq 90\%$ er enig eller meget enig inden for domænet "personcentrerede processer".	62
Tabel 19: Spørgsmål hvor $\geq 10\%$ er uenig eller meget uenig inden for domænet "personcentrerede processer".	63

15.2 Figurer

Figur 1: De 8 nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet.	9
Figur 2: Kræftpakkeforløb fra henvisning til opfølgning.	11
Figur 3: Patienternes kvalitetsforståelse kan opsummeres til i alt syv forskellige dimensioner.	13
Figur 4: De syv kvalitetsmål fra Danske Patienter (øverst) overfor de otte nationale kvalitetsmål (nederst).	14
Figur 5: Person-Centred Practice Framework udviklet af McCormack og McCance.	19
Figur 6: PRISMA Flowdiagram over screeningsprocessen.	26
Figur 7: Dansk valideret udgave af teoretisk referenceramme for personcentreret praksis.	32
Figur 8: Dansk valideret udgave af teoretisk referenceramme for personcentreret praksis.	42
Figur 9: Visuel analog skala fra "The person centred practice inventory – staff score sheet".	44
Figur 10: Flowdiagram over rekrutteringsprocessen.	49
Figur 11: Oversigt over akkumulerede antal besvarelser per dag over 14 dage. * angiver de dage hvor der blev sendt remindere ud.	50

16.0 Referenceliste

1. Prip A, Wittrup K. Kræftsygepleje : i et forløbsperspektiv. 1. udgave. Prip A, Wittrup K, redaktører. Kbh: Munksgaard; 2014.
2. Danske Regioner.
3. Martinsen B, Dreyer P, Norlyk A. Sygeplejens superhelte : sygeplejeteoretikere der styrker klinisk praksis. 1. udgave. Martinsen B, Dreyer P, Norlyk A, redaktører. Kbh: Munksgaard; 2021.
4. McCormack B, McCance T, Bulley C, Brown D, McMillan A, Martin S. Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice. First Edit. John Wiley & Sons Ltd; 2021. 350 s.
5. Slater P, Mccance T, McCormack B. The development and testing of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S). Int J Qual Heal Care. 2017;29(4):541–7.
6. Johnsen AT, Hølge-Hazelton B, Skovbakke SJ, Rottmann N, Thomsen TG, Eskildsen NB, m.fl. Perceptions of person-centred care in two large university hospitals: A cross-sectional survey among healthcare professionals. Scand J Caring Sci. 2022;36(3):791–802.
7. Tiainen M, Suominen T, Koivula M. Nursing professionals' experiences of person-centred practices in hospital settings. Scand J Caring Sci. 2021;35(4):1104–13.
8. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer -begreber, forløbstider og monitorering [Internet]. 2018. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Pakkeforloeb-og-opfoelgningsprogrammer-Begreber-forloebstider-og-monitorering.ashx>
9. Kræftens Bekæmpelse. Kræft i Danmark. København: Kræftens Bekæmpelse; 2022.
10. Sundhedsdatastyrelsen. Stadig flere lever med kræft i 2020 [Internet]. 2022. Tilgængelig hos: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kraeft/kraeft_nytilfaelde_analyser
11. Sundhedsdatastyrelsen. Monitorering af kræftområdet 4. kvartal 2022 [Internet]. Tilgængelig hos: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kraeft/kraeft_monitorering/monitorering_kraeft_q4_2022.pdf
12. Kræft i Danmark. 2020;
13. Kræftens Bekæmpelse. Pakkeforløb for kræft [Internet]. 2020. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/pakkeforloeb-ventetider/pakkeforloeb/>
14. Stentebjerg Petersen G, Vindslev Nielsen L, Jensen H, Hvidberg L. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling : Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse 2017. Version 2. Stentebjerg Petersen G, Vindslev Nielsen L, Jensen H, Hvidberg L, redaktører. Kbh: Dokumentation & Kvalitet, Kræftens Bekæmpelse; 2018.
15. Kræftplan for Københavns Amt /. Kbh: Københavns Amt; 2000.
16. Kræftplan : marts 2011. Hillerød: Region Hovedstaden; 2011.
17. Patienternes kræftplan : kræftplan IV. 1. oplag. Kbh: Regeringen; 2016.
18. Sundhedsstyrelsen, KL, Regionerne. Nationale mål for sundhedsvæsenet. 2021.
19. Birkler Jakob. Altinget. 2022 [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.altinget.dk/etik/artikel/sundhedsvaesenet-har-glem-omsorgens-kvalitet-og-efterladt->

sit-personale-moralsk-og-fagligt-stresset

20. Retsinformation. Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (BEK nr 584 af 28/04/2015). [Internet]. 2015. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2015/584>
21. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for kræft [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb>
22. Kræftens Bekæmpelse. Hvordan behandles kræft? [Internet]. 2020. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/skole/viden-om-kraeft/hvordan-behandles-kraeft/>
23. Kræftens Bekæmpelse. Behandlingens mål [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/hvis-du-har-kraeft/moed-sundhedsvaesenet/samtale-med-laegen/behandlingens-maal/>
24. Kræftens Bekæmpelse. Den rehabiliterende indsats [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/fagfolk/rehabilitering-og-senfoelger/den-rehabiliterende-indsats/>
25. Bekæmpelse K. Reaktioner på at have kræft [Internet]. 2018. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/hvis-du-har-kraeft/psykiske-reaktioner/reaktioner-paa-diagnosen/>
26. Martinsen B, Norlyk A, Dreyer P. Patientperspektivet : en kilde til viden. 1. udgave. Martinsen B, Norlyk A, Dreyer P, redaktører. Kbh: Munksgaard; 2013.
27. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet. 2019.
28. Kræftens Bekæmpelse. Viden om kvalitet i multidisciplinære teamkonferencer [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/3/10133/1675847998/mdt-rapport.pdf>
29. Danske Patienter. Patienterne har ordet: Dét er kvalitet for os [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: [https://danskepatienter.dk/files/media/document/Danske Patienter_Rapport_Website.pdf](https://danskepatienter.dk/files/media/document/Danske%20Patienter_Rapport_Website.pdf)
30. Danske Patienter. Webinar: Hvad er kvalitet for patienter? [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/webinar-hvad-er-kvalitet-for-patienter>
31. Prip A, Møller KA, Nielsen DL, Jarden M, Olsen M-H, Danielsen AK. The Patient–Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review. *Cancer Nurs.* 2018;41(5):E11–22.
32. DAMVAD Analytics. Behovet for velfærdsuddannede i 2030 [Internet]. 2021. Tilgængelig hos: <https://danskeprofessionshøjskoler.dk/wp-content/uploads/2021/05/Damvad-Final-07-05-2021.pdf>
33. Dansk Sygeplejeråd. Sygeplejersken. 2023;5:6–7.
34. DSR. Løs manglen på sygeplejersker [Internet]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/det-mener-dsr/loes-manglen-paa-sygeplejersker>
35. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Rekrutteringssurvey : Rapport, marts 2023 [Internet]. Kbh; 2023. Tilgængelig hos: <https://star.dk/media/22521/rekrutteringssurvey-marts-2023.pdf>
36. Region Hovedstaden. Flere skal tage del i vagtarbejdet på hospitalerne [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Flere-skal-tage->

del-i-vagtarbejdet-på-hospitalerne.aspx

37. Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden. Krav om vagtdækning kan forværre sygeplejerskemangel [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/kredse/hovedstaden/nyhed/krav-om-vagtdaekning-kan-forvaerre-sygeplejerskemangel>
38. DSR Analyse. NOTAT Konsekvenser af sygeplejerskemangel på udvalgte specialer [Internet]. 2022. s. 1–7. Tilgængelig hos: https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_konsekvenser_af_sygeplejerskemangel_paa_medicinsk_og_aio-afdelinger_2022.pdf
39. DSR Analyse. NOTAT Sygeplejerskemangel for udvalgte specialer [Internet]. 2022. s. 1–3. Tilgængelig hos: https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_sygeplejerskemangel_paa_udvalgte_specialer_2022_.pdf
40. Det Etske Råd. Omsorg i sundhedsvæsenet. 2019.
41. Kirkevold M. Sygeplejeteorier : analyse og evaluering. 3. udgave. Kbh: Munksgaard Danmark; 2010. (Sygeplejeteorier.).
42. Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *Int Nurs Rev.* 2012;59(4):562–9.
43. Muntlin Å, Jangland E. Fundamentals of care : en introduktion til begrebsrammen. 1. udgave. Muntlin Å, Jangland E, redaktører. Kbh: Munksgaard; 2021.
44. Rasmussen P, Henderson A, Andrew N, Conroy T. Factors Influencing Registered Nurses' Perceptions of Their Professional Identity: An Integrative Literature Review. *J Contin Educ Nurs.* 2018;49(5):225–32.
45. Fagermoen MS. Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *J Adv Nurs.* Accepted f. 1997;25(3):434–41.
46. McCormack B, McCarthy G, Wright J, Coffey A. Development and Testing of the Context Assessment Index (CAI). *Worldviews evidence-based Nurs.* Accepted 3. 2009;6(1):27–35.
47. Studienævnet for Sundhedsvidenskab, AU. STUDIEORDNING FOR KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE (2022) [Internet]. 2022. Tilgængelig hos: <https://eddiprod.au.dk/EDDI/webservices/DokOrdningService.cfc?method=visGodkendtOrdning&dokOrdningId=17333&sprog=da>
48. Hørmann E. Litteratursøgning. I: Glasdam S, Beedholm K, redaktører. Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder. 2. udgave. Kbh: Nyt Nordisk Forlag; 2015. s. 37–49.
49. Lindahl M, Juhl C. Den sundhedsvidenskabelige opgave - vejledning og værktøjskasse. 3. udgave. Lindahl M, Juhl C, redaktører. Kbh: Munksgaard; 2016. 61–64 s.
50. Karlsson EK. Informationssøgning. I: Henricson M, Henricson M, redaktører. Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. 2. udgave. Kbh: Munksgaard; 2019. s. 103–21.
51. Rigshospitalet. Afdeling for Kræftbehandling [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://intranet.regionh.dk/rh/afdelinger-og-klinikker/kraeft-og-organsygdomme/afdeling-for-kraeftbehandling/Sider/default.aspx>

52. Bjerrum M. Systematisk review baseret på kvalitative forskningsresultater. I: Pedersen PU, Larsen P, Jul Håkonsen S, Bjerrum MB, redaktører. Fra forskning til praksis. 1. udgave. Kbh: Munksgaard; 2017. s. 137–62.
53. Vareta DA, Ventura F, Família C, Oliveira C. Person-Centered Practice in Hospitalized Older Adults with Chronic Illness: Clinical Study Protocol. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):11145.
54. Diana Alves Vareta, Oliveira C, Família C, Ventura F. Perspectives on the Person-Centered Practice of Healthcare Professionals at an Inpatient Hospital Department: A Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(9):5635.
55. JBI. CRITICAL APPRAISAL TOOLS [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
56. Center for Kliniske Retningslinjer. Checklister [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://cfkr.dk/manualer/checklister/>
57. Radbron E, Wilson V, McCance T, Middleton R. The experience of staff utilizing data to evaluate and improve person-centred practice: An action research study. *J Adv Nurs*. 2022;78(10):3457–69.
58. Lind I, Christensen, Svendsen MN. Videnskabsteori og metode. I: Bornø Jensen AM, Vallgård S, redaktører. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 6. udgave. Kbh: Munksgaard; 2021. s. 42–63.
59. Birkler J. Videnskabsteori : en grundbog. 2. udgave. Birkler J, redaktør. Kbh: Munksgaard; 2021.
60. WattBoolsen M, Lindermann G. Spørgeskemaundersøgelser : fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene /. 1. udgave. Watt Boolsen M, Lindermann G, redaktører. Kbh: Hans Reitzel; 2008.
61. McCormack B, Manley K, Titchen A. What Is Practice Development and What Are the Starting Points? I: *Practice Development in Nursing and Healthcare*. United Kingdom: John Wiley & Sons, Incorporated; 2013.
62. Thomsen TG, Kjerholt M, Rosted E. Udvikling af personcentrerede praksiskulturer på et universitetshospital: Muligheder og udfordringer. *Forstyrrelsen Sygeplejefagligt Tidsskr*. 2021;2(6. Årgang):6.
63. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, m.fl. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2019;102(1):3–11.
64. Juul S, Bech BH, Dahm CC, Rytter D. Epidemiologi og evidens. 3. udgave. Juul S, Bech BH, Dahm CC, Rytter D, redaktører. Kbh: Munksgaard; 2020.
65. Lindermann G. Hvad er en spørgeskemaundersøgelse? I: Watt Boolsen M, redaktør. *Spørgeskemaundersøgelser : fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene /. 1. udgave*. Kbh: Hans Reitzel; 2008. s. 13–32.
66. Poulsen I. Standardiserede spørgeskemaers anvendelse. I: Glasdam S, Beedholm K, redaktører. *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder*. 2. udgave. Kbh: Nyt Nordisk Forlag; 2015. s. 229–39.
67. WHO. WHO guidelines on Translation and Adaption of instruments.
68. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, m.fl. Principles of Good

- Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal.* 2005;8(2):94–104.
69. Møller AM, Thomsen T. *Klinisk forskning : metodebog for MVU-studerende*. 1. bogklub. Møller AM, Thomsen T, redaktører. Kbh: Gyldendals Bogklubber; 2015. 92–94 s.
 70. Grønvold M. *Spørgeskemaundersøgelser*. I: Bornø Jensen AM, Vallgård S, redaktører. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 6. udgave. Kbh: Munksgaard; 2021. s. 272–302.
 71. Fayers PM, Machin D. *Quality of life : the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. 2. ed. Fayers PM, Machin D, redaktører. Chichester: John Wiley; 2007.
 72. Region Hovedstaden. REDCap [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Forskning-og-innovation/Teknologisk-infrastruktur-og-it/REDCAP/Sider/default.aspx>
 73. Region Hovedstaden. Kursusportalen [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/job/Region-Hovedstaden-som-arbejdsplads/Karriere-og-kompetenceudvikling/Sider/Kursusportalen.aspx>
 74. Centre for Person-centred Practice Research [Internet]. Edinburgh, United Kingdom: Queen Margaret University; 2020 [henvist 20. april 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.cpcpr.org/resources>
 75. World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. WMA net.
 76. Falch BO, Bøgeskov LA. *Etik i sygeplejen : grundbog i teori og praksis*. 1. udgave. Bøgeskov BO, Falch LA, Bøgeskov BO, redaktører. Kbh: FADL; 2022. (Uddannelse - klinik - viden).
 77. Region Hovedstaden. Region Hovedstaden - til fagfolk. Registrer dit forskningsprojekt i Pactius.
 78. Henricson M. *Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination*. 1. udgave. Henricson M, redaktør. Kbh: Munksgaard; 2014.
 79. Universitet A. *Metodeguiden*.
 80. Universitet A. *Metodeguiden* [Internet]. Tilgængelig hos: <https://metodeguiden.au.dk/>
 81. Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implement Sci.* 2008;3(1):1–1.