

Delrapport 2 Udvikling af kompetencer i psykoedukation for tværfagligt personale

Olesen, Birgitte Ravn

Publication date:
2010

Document Version
Peer-review version

Citation for published version (APA):
Olesen, B. R. (2010). *Delrapport 2 Udvikling af kompetencer i psykoedukation for tværfagligt personale.*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

"Det kræver stor viden at skulle formidle informationer til andre mennesker, særligt når de er meget berørt af det, man siger..."

**EN RAPPORT OM KOMPETENCEUDVIKLING HOS
TVÆRFAGLIGT PERSONALE I FORHOLD TIL AT
VARETAGE PSYKOEDUKATION TIL PATIENTER MED
SKIZOFRENI OG DERES PÅRØRENDE**

ARBEJDSGRUPPEN FOR FASE 2 BESTOD AF:

**Birgitte Ravn Olesen, RUC, Lektor
Elisabeth Jørgensen, Psykiatrien Roskilde Distrikt Nord, Sygeplejerske**

Hanne Vinding, Psykiatrien Roskilde Distrikt Nord, Overlæge
Jody Shaw, RUC, Forskningsassistent
Karin Førslev, Psykiatrien Roskilde Distrikt Nord, Klinisk Psykolog

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen for fase 2 består af:

Birgitte Ravn Olesen
Elisabeth Jørgensen
Hanne Vinding
Jody Shaw
Karin Førslev

Denne anden rapport er skrevet af Birgitte Ravn Olesen og Jody Shaw på grundlag af et fælles analytisk arbejde i arbejdsgruppen. Elisabeth Jørgensen har sammen med Birgitte Ravn Olesen og Jody Shaw stået for tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsforløbet.

I første rapport afdækkes patienter med skizofreni og deres pårørendes erfaringer, ønsker og behov i forhold til at få viden om diagnosen og forhold i relation her til.

I tredje rapport evalueres det samlede forsknings- og udviklingsforløb.

Læsevejledning

Rapporter er ofte tungt stof og man er som læser mere interesseret i noget, end i andet. Denne rapport rummer 4 hoveddele:

- Side 2: Opsummering af projektets formål og resultater**
- Side 5: Introduktion til projektets metodologi**
- Side 10: Udvikling af kompetenceforløb**
- Side 18: Evaluering af kompetenceudviklingsforløbet**

God fornøjelse med at udforske de emner, du finder særligt interessante...

Projektets formål

Projektets formål er at udvide muligheder for, at patienter og pårørende kan få viden om diagnosen og andre forhold i relation til sygdommen, også kaldet psykoedukation.¹ En sådan indsigt forventes at kunne give patienter med skizofreni og pårørende bedre mulighed for at kunne håndtere og tage stilling til patientens sygdom og behandling. I første omgang var tanken, at det skulle ske gennem udvikling af undervisningsforløb til patienter og/eller pårørende, hvilket fremgår af rapport 1. Undersøgelsen af patienter og pårørendes erfaringer og behov viste, at disse grupper var meget uhomogene. Derfor fandt arbejdsgruppen det mest relevant at styrke plejepersonalets kompetencer i forhold til at kunne formidle viden til patienter og pårørende såvel individuelt som i grupper. Der var åbenhed hos personalet i forhold til denne opgave og igennem interviews blev det klart, at kompetenceudviklingen skulle bidrage til at skabe fælles positive

¹ Se den præcise formulering i bilag 1

oplevelser i personalegruppen, at få systematiseret og synliggjort eksisterende PE og at få fokus på formidling af viden som en integreret del af den øvrige kommunikation med patienter og pårørende.

Der er således tale om et kvalitativt forsknings- og udviklingsprojekt. Sådanne projekter er relativt sjældne indenfor psykoedukationsområdet, hvor fokus primært er på evidensbaserede undersøgelser.²

Formål med fase 2

Anden fase har derfor haft fokus på plejepersonalets oplevelse af forudsætninger for at formidle viden om skizofreni og dernæst på at udvikle, gennemføre og evaluere et forløb, som udvikler plejepersonalets kompetencer i forhold til denne opgave.

KONKLUSION PÅ KOMPETENCEUDVIKLINGSFORLØBET

Medarbejderne udtrykte på forskellig måde, at de efter kompetenceudviklingsforløbet er blevet mere opmærksomme på, om de formidler viden i deres daglige samtaler med patienter, og i fald svaret er ja, hvornår og hvordan denne formidling foregår.

Gennem hjemmeopgaver og rollespil blev udfordringerne ved at arbejde med PE synliggjort og dermed gjort til genstand for fælles diskussion. Særligt gennem rollespil blev det tydeligt, hvor betydningsfuldt det er, at medarbejderne besidder stor faglig viden, så de i situationen kan trække på den viden, der aktuelt er relevant for patienten eller den pårørende. I forlængelse heraf gjorde medarbejderne hinanden opmærksomme på betydningen af skriftlig dokumentation i journaler som en forudsætning for at kunne foretage opfølgning.

De medarbejdere, som deltog, gav umiddelbart efter udtryk for, at forløbet havde givet dem indsigt i deres egne og deres kollegaers kompetencer og at de følte sig bedre klædt på til psykoedukations samtaler med patienter og pårørende. Ud fra skriftlig og mundtlig evalueringer kan vi yderligere antage:

- At det virker motiverende at tage udgangspunkt i medarbejdernes aktuelle situation og oplevelse af egne behov og vise anerkendelse af deres eksisterende kompetencer.
- At det er muligt at arbejde med kompetenceudvikling i en periode, hvor personalet er belastet af personale udskiftning, sygemeldinger og deraf følgende tidspres.
- At ledelsesopbakning, såvel i form af prioriterede ressourcer som i positiv interesse, har stor betydning for personalets oplevelse af, at kompetenceudvikling giver mening.

² Et eksempel på et kvalitativt studie findes hos Paula Hyde, som har undersøgt patienters vurdering af støttegrupper for mennesker, som har prøvet at have en psykose (Hyde, 2001)

Lidt om anvendte begreber

I første rapport konkluderede vi, at såvel patienter og pårørende som personale i primærsektor og en del tværfagligt hospitalspersonale fandt begrebet "**psykoedukation**" (PE) unødigt fremmedgørende, når målet var at sætte fokus på information til patienter og pårørende om skizofreni og forhold i relation her til. Vi har valgt at fastholde begrebet "psykoedukation", fordi det henviser til international forskning og udvikling indenfor feltet "formidling af information til patienter og pårørende", men håber, at fortællingen om, hvad dette begreb i praksis dækker over vil motivere de nævnte grupper til alligevel at læse med.

I gruppen af "**tværfagligt personale**" var repræsenteret social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, ergoterapeuter og en socialrådgiver.

INDLEDNING

Første fase havde, som nævnt fokus på udredning af, hvilke erfaringer og behov patienter og pårørende har i forhold til at få information om diagnosen skizofreni og forhold knyttet hertil. Som det fremgår af første delrapport, gennemførte vi en interviewundersøgelse, som viste, at behov for viden var meget forskellig hos forskellige typer af patienter og pårørende³.

Desuden viser et amerikansk studie, at hvis patienter skal kunne huske information, så skal den gives i relevante situationer med korte mellemrum. I undersøgelsen indgik patienter, som fik PE og en kontrolgruppe. Siden blev begge grupper vidensniveau målt hhv. 6 måneder og 4 år efter den gennemførte undervisning. Resultatet var, at der efter 6 måneder var markant forskel på vidensniveau, mens vidensniveauet efter 4 år var ens i de to grupper. Konklusionen er således, at PE ikke er noget, man kan give den enkelte patient en gang for alle. (Chaplin R. and Timehin C, 2002)

Disse forhold gjorde, at arbejdsgruppen besluttede at sætte fokus på betydningen af, at PE gives i relevante situationer og som led i den daglige kontakt.

METODOLOGI

Projektet bygger på en socialkonstruktivistisk epistemologi. Det implicerer, at viden ikke ses som noget absolut, men som noget, der udvikles og forhandles i sociale relationer i specifikke kontekster.

Videnskabsteoretisk modstilles socialkonstruktionismen med realismen, som hævder, at virkeligheden udgør en objektiv realitet, der eksisterer uafhængigt af vores erkendelse af den. Med grundlag i en socialkonstruktionistisk epistemologi antager vi, at virkeligheden på afgørende vis præges af vores erkendelse af den. Det betyder, at samfundsmæssige fænomener ikke er evige og uforanderlige, men tværtimod skabt af menneskers handlinger, som derfor også kan forandre dem.

De socialkonstruktionistiske grundantagelser har haft betydning for opbygningen af kompetenceudviklingsforløbet, i det kurset har haft en løs overordnet ramme, som er blevet indholdsudfyldt i et samspil mellem undervisere og deltagere, hvor erkendelser, som er opstået undervejs har haft betydning for næste trin i processen. I praksis har ovenstående antagelser haft betydning for, hvordan vi har grebet arbejdet med at etablere mere og måske bedre psykoedukation an. Vi har valgt at tage udgangspunkt i en antagelse om, at patienter, pårørende og personale har ressourcer og motivation i forhold til at få viden om skizofreni.

³ Vi endte fase 1 med at sammenholde informanternes udtrykte informationsbehov med deres ønsker, erfaringer og personlige karakteristika og fandt på denne baggrund frem kategorier: 1) Patienter med skizofreni i tidlige fase 2) Patienter med skizofreni i senere fase – som ikke oplever behov for PE 3) Patienter med skizofreni i senere fase – hvis behov for PE allerede er dækket 4) "De voksne pårørende" 5) "unge/børn, som er pårørende". Se 1. delrapport.

Metodisk har det givet sig udslag i, at vi gennem såvel spørgeskemaer som interviews har været interesserede i dybdegående indsigt i, hvordan repræsentanter indenfor de tre grupper tænker og taler om erfaringer og behov i forhold til at få viden om skizofreni - og for personalets vedkommende også om deres formidlingserfaringer.

I nedenstående skema har vi forsøgt at vise, hvordan vi i praksis har arbejdet ud fra de socialkonstruktionistiske grundantagelser.

Socialkonstruktionistiske grundantagelser:	Tilrettelæggelsen af kompetenceudviklingsforløbet i praksis:
Anti-essentialisme, dvs. at der ikke er en naturgiven essens, som gør os til det, vi er, dvs. vores opfattelser er ikke afspejling af virkeligheden, men fortolkning af den	Tingene er ikke bare på en måde, gennem samtaler, interviews og spørgeskemaer udforsker vi personalets oplevelser og erfaringer. I forløbet arbejdede de med selvvalgte opgaver m.h.p. at skabe nye erfaringer og dermed nye forståelser.
Den sociale interaktion er i fokus, fordi det er gennem social praksis, vi skaber og fortolker verden omkring os	De tre kursusgange skal være case-orienterede og dermed give personalet mulighed for at se og lære af hinanden. Samtidig kan denne undervisningsform give anledning til diskussion af dilemmaer i formidlingssituationer. Erfaringer med at udøve psykoedukation i hverdagen skal tydeliggøres og anerkendes.
Processer er i fokus, fordi det er ved at se på dynamiske sociale processer frem for på statiske strukturer, at vi kan blive klogere på sociale fænomener.	Kurset har haft en løs overordnet ramme, som indholdsudfyldes i samspil mellem undervisere og deltagere, hvor erkendelser, som opstår undervejs får betydning for næste trin i processen.
Sproget kommer før tænkningen, dvs. at sproget og dets begreber er bestemmende for, hvordan vi kan tænke og tale om fænomener i verden	Medarbejderne skal mødes på en dialogisk og anerkendende måde i forventning om, at dét selv at modtage formidling på denne måde, får betydning, når medarbejderen selv står i formidler-rollen overfor patienter og pårørende. ⁴
Viden har altid en historisk og kulturelt specifik karakter, som ændres over tid	Vi lægger vægt på at viden er relations- og kontekstbestemt. Med udgangspunkt i en informationsmappe om skizofreni skal deltagerne vælge hvad der er relevant at formidle i en konkret situation.

Som det fremgår, har vi altså fravalgt at få indkredset målbare deficit i patientpopulationen, for herefter at foretage før og efter måling på deltagere og en kontrolgruppe. Det har tværtimod været hensigten at flytte fokus fra den klassiske problemorienterede tilgang til en værdsættende ressourcetankegang, og at lade personalets kompetencer være i fokus.

⁴ Tarrier and Bobes har gennemgået en række interventionsformer i forhold til adherence omkring brug af medicin og konkluderer, at metoder, som implicerer dialog med patienten fører til bedst adherence. (Tarrier N and Bobes J, 2000)

Indsigt i plejepersonalets erfaringer og behov

Arbejdet i fase 2 har været lagt til rette med henblik på at styrke plejepersonalets kompetencer i forhold til at kunne formidle viden til patienter og pårørende såvel individuelt som i grupper. I det praktiske arbejde har det krævet at få indsigt i tre forhold:

- 1) Plejepersonalets oplevelse af erfaringer og behov i forhold til at formidle viden om skizofreni og beslægtede forhold.
- 2) Indsigt i, hvordan et kompetenceudviklingsforløb kan tilrettelægges med udgangspunkt i de erfaringer og behov, som kom til udtryk i punkt 1.
- 3) Plejepersonalets oplevelse af styrkede kompetencer efter deltagelse i kompetenceudviklingsforløbet samt hvad ledelse, medarbejdergruppe og den enkelte kan gøre for at psykoedukation fylder mere i hverdagen.

I dette afsnit gennemgås hvilke metoder der blev anvendt til at få indsigt i:

1) Plejepersonalets oplevelse af erfaringer og behov i forhold til at formidle viden om skizofreni og beslægtede forhold.

Gennem samtaler, interviews og spørgeskemaer udforskede vi plejepersonalets oplevelse af erfaringer og behov i forhold til at formidle viden om skizofreni og beslægtede forhold. Da der ikke findes en naturgiven essens bliver det afgørende, at der tages udgangspunkt i de oplevelser og fortolkninger som medarbejderne allerede har gjort sig. Med andre ord, er de metodiske tiltag her et udtryk for en antagelse om, at svarene findes hos medarbejderne.

Brug af spørgeskemaer

Et er på ledelsesniveau at træffe beslutning om, at fokus skal ligge på udvikling af personalets kompetencer. Noget ganske andet er, om personalet oplever behov for og interesse i dette. Vi udformede derfor spørgeskemaer til alle distriktets afdelinger m.h.p. at afklare erfaring med og interesse for PE.

Vi anser motivationen hos plejepersonalet som helt afgørende for, at det vil være meningsfuldt at indlede et samarbejde, derfor undersøgte vi, igennem et kort spørgeskema, forståelse af og erfaring med psykoedukation, samt interesse for at deltage i et kompetenceudviklingsforløb. Hvis ikke plejepersonalet fandt det relevant at have fokus på PE, ville det ikke være meningsfuldt at udvikle et forløb. Vi ligger med denne antagelse i forlængelse af den amerikanske sociolog Brenda Dervin, som med udgangspunkt i kritikken af den lineære kommunikationsforståelse foreslår, at man arbejder med en kommunikationsmodel, som

"conceptualizes messages not as *things* to be gotten, but as constructions that are tied to the specific times, places and perspectives of their creators. Such messages are understood to be of value to receivers only to the extent that they can be understood within the context or receivers lives. " (Dervin,2003;5)

Vi ville således bruge et spørgeskema til at afklare, hvor der var muligheder for at koble os på de aktiviteter og forståelser, som allerede var meningsfulde for de potentielle deltagere.

Gennem spørgeskemaet ønskede vi konkret at afdække:

- erfaring med psykoedukation
- barrierer i forhold til psykoedukation
- behov i forhold til selv at kunne yde bedre psykoedukation
- interesse i at deltage i kompetenceudviklingsforløb

I alt svarede 23 medarbejdere på spørgeskemaet og der var en jævn fordeling på de to afdelinger og Distriktpsychiatrien, som til sammen udgør distrikt Nord.

På grundlag af spørgeskemabesvarelserne valgte Baggrundgruppen at lægge kompetenceudviklingsindsatsen i de to afsnit, hvor plejepersonalet havde udvist størst interesse (se bilag 1). Vi fik desuden et fingerpeg om, at personalets erfaring med at give PE særligt til pårørende var meget begrænset og at de oplevede at mangle både viden og formidlingserfaring i forhold til at kunne varetage opgaven.

Spørgeskemaerne gav indsigt i fordeling blandt medarbejdere i distriktet, men ikke indsigt i medarbejdernes erfaring og læringspræferencer. Derfor valgte vi at interviewe de medarbejdere, som potentielt skulle deltage i kompetenceudviklingsforløbet.

Interview af deltagerne i kompetenceudviklingsforløbet

De udvalgte afsnits plejepersonale blev inviteret til et kort interview, hvor fokus lå på 1) erfaring med psykoedukation og 2) læringspræferencer.

1) Erfaring med psykoedukation

Interviewene viste stor forskel på erfaringer hos personale med lang erfaring fra psykiatrien og personale med kort ansættelsestid bag sig.

Generelt oplevede "de erfarne" at vide en del og de følte sig også i stand til at formidle til såvel patienter som pårørende, mens ansatte indenfor det sidste år oplevede at mangle såvel faktisk viden som indsigt i, hvordan den kan formidles.

På tværs af "erfarne" og "nye" medarbejdere kunne vi spore to grupper. En gruppe, som selv oplevede at være opsøgende i forhold til at få information ved at læse pjecer, spørge læger eller andre kollegaer og "bladre i faglitteratur". En anden gruppe, som ikke oplevede, at der var tid til denne type aktiviteter i arbejdstiden og ikke ønskede at inddrage deres fritid.

Brugen af pjecer i forbindelse med information viste sig at være meget begrænset. Flere vidste ikke, hvor de kunne finde relevante pjecer. Nogle udleverede pjecer, men de færreste talte med

patient og/eller pårørende om indholdet og dem, som havde forsøgt at gøre det, fandt ofte indholdet i pjecerne for komplekst og vanskeligt tilgængeligt.

Der var generelt interesse for at få samlet information om skizofreni til rådighed i forbindelse med et opkvalificeringsforløb.

Flere gav udtryk for, at de følte sig særligt usikre i forhold til at formidle information til pårørende og nogle mente, at usikkerheden primært skyldtes, at de pårørende var i affekt og udtrykte vrede og/eller skyld.

Udsagn, som hørtes i interviewene var:

- *Det er især unge, som har behov for information. Særligt lige når de har fået deres skizofreni-diagnose.*
- *Ambulante patienter kan have særlige behov for information, fordi de er ved at finde sig til rette i en ny situation.*
- *Mange samtaler handler om kost og motion, da medicinen fører til vægtøgning.*
- *Når patienter selv spørger til information angår det ofte medicin og sendes videre til lægen.*
- *Personlig erfaring med patienter og pårørende i psykiatrien er det vigtigste, så kommer det med at formidle viden i anden række.*
- *Patienter og pårørende informeres ikke om afdelingens behandlingsmetoder, da det er svært for personalet at sætte ord på.*
- *Flere efterlyste støtte til at kunne formidle/undervise grupper af patienter.*

2) Læringspræferencer

Denne del af interviewet havde først fokus på, hvornår medarbejderen sidst havde været på et kursus, som virkelig havde givet noget, hvad det havde givet og hvorfor.

Det gav mange gode ideer til et kompetenceudviklingsforløb:

- *Anerkendelse af eksisterende viden og kompetencer som udgangspunkt er vigtigt, hvis man skal være åben for at lære noget nyt. Stemning skal være åben, derfor skal man undgå alt, som minder om kontrol og kritik.*
- *Aktivitet fra deltagerens side skaber involvering, diskussioner og engagement.*
- *Opfølgning er rigtig vigtigt - ellers løber det vi lærer ud i sandet.*
- *At dele succes historier skaber motivation*
- *Flere medarbejdere fra samme afdeling på kursus sammen giver mulighed for at reflektere sammen mellem kursusgangene. Nogle har prøvet at skrive projekt sammen med en kollega. Det var meget givende.*

Medarbejderne blev også spurgt til, hvilke kompetencer, de selv oplevede at have brug for at udvikle. Her gik svarene på:

- *At blive mere opmærksom på at lytte fordomsfrit til patienten og tage udgangspunkt i hans tanker frem for i min egen dagsorden om behandlingsplan eller diagnose.*
- *At få viden, så jeg har noget at formidle videre".*

Igennem spørgeskemaundersøgelsen og interviewene fik vi viden om plejepersonalets oplevelse af erfaringer og behov i forhold til at formidle viden om skizofreni og beslægtede forhold. Den indsigt interviewene gav er ikke statisk, men et udtryk for personalets aktuelle ønsker og behov. Derfor må ethvert nyt initiativ indledes med en afklaring af den aktuelle situation.

UDVIKLING AF KOMPETENCEFORLØBET

2) Indsigt i, hvordan et kompetenceudviklingsforløb kan tilrettelægges med udgangspunkt i de erfaringer og behov, som kom til udtryk ovenfor.

Gennem spørgeskemaer og interview viste det sig, at såvel erfaringer som behov var meget forskellige. Plejepersonalet havde forskellige forudsætninger og forskellige oplevelser af egne forudsætninger. Vi så erfarne medarbejdere, som såvel havde faglig viden som erfaring med at formidle denne til både patienter og pårørende. Vi så erfarne medarbejdere, som selv oplevede at vide meget, men som i interviews og rollespil viste sig at besidde meget begrænset faktisk information og endelig så vi medarbejdere, som var nye i psykiatrien, men vant til at sætte sig ind i nye områder og derfor havde nogen viden om skizofreni, men selv følte, at det ikke var tilstrækkeligt til at de kunne formidle videre⁵

Alle medarbejdere gav udtryk for, at undervisningsforløb, hvis indhold lå tæt på egne erfaringer i praksis og dermed var mulige at omsætte i hverdagen, gav størst udbytte.

Kompetenceudviklingsforløb blev gennemført over 45 dage. På grundlag af de gennemførte interviews foreslog arbejdsgruppen ledelsen, at forløbet kom til at bestå af tre fuldes dages kursus med tilhørende opgaver for hele afsnittets personale. Da dette var godkendt tegnede vi i arbejdsgruppen en skitse over de tre kursusgange og mulige opgaver, som kunne fastholde deltagerens fokus imellem kursusgangene. Første kursusgang blev planlagt i detaljer og der blev opstillet mål for deltagelsen. De øvrige kursusgange blev detailplanlagt løbende i arbejdsgruppen på grundlag af deltagerens evaluering og kursusledelsens vurdering af forløbet indtil nu. Denne form resulterede i to typer opgaver, som deltagerne selv valgte. Enten gennemførte de en samtale, som de på næste kursusgang beskrev forberedelse, gennemførelse og evaluering af eller også forberedte de et mundtligt oplæg om et psykoedukativt emne, som de fremførte og fik respons på. På sidste kursusgang var fokus lagt på fastholdelse i fremtiden med fokus på, hvad

⁵ Vurderingen af, hvorvidt der fandt faglig information sted blev gjort af såvel forskere og udviklere som af deltagerne selv. Informationsgrundlaget lå i den såkaldte "vidensmappe", hvor centrale informationsområder er præsenteret, men en evaluering af vidensformidling gik ikke specifikt på om der blev refereret til denne mappes indhold. Evalueringskriteriet var alene om der blev formidlet information. Denne kunne godt være formidlet indirekte f.eks. gennem en samtale om patientens symptomer, hvor den professionelle spørgsmål og opsamlinger fungerede som informationsformidling.

ledelse, medarbejdergruppe og den enkelte kan gøre for at psykoedukation fylder mere i hverdagen.

Vi valgte at køre to parallelle forløb, et for hvert afsnit. Dette skyldes dels praktisk forhold, som behovet for gensidig vikardækning, dels at tilgodese ønsket om, at medarbejdere fra samme afsnit er på kursus sammen. Samtidig håbede vi på at forløbet kunne styrke relationen mellem personalet i afdelingen, og skabe et fælles grundlag med mulighed for at gøre samtaler om PE til en del af den fælles kultur.

Informationsmappe

På baggrund af interviewene, hvor flere medarbejdere udtrykte behov for at kunne finde ny og relevant information, påtog arbejdsgruppen sig at samle information om skizofreni og forhold i relation hertil i en såkaldt informationsmappe. Væsentlige dele af materialet blev hentet i medicinalfirmaet Lundbecks informationshæfter til patienter og pårørende, andre dele af materialet stammer fra oplæg, som ansatte i Distrikt Nord har holdt i psykoedukationsforløb for patienter.

Indhold i mappen er:

- 1) Skizofreni - diagnosticering, hyppighed, symptomer, årsager fremtidsudsigter osv.
- 2) Medikamentel behandling af skizofreni
- 3) Skizofreni og jura
- 4) Psykosocial behandling
- 5) Børn med psykisk syge forældre
- 6) Stoffer og alkohol i relation til skizofreni
- 7) Sund kost og motion
- 8) Sociale forhold

Hver deltager fik udleveret en informationsmappe i ugen før første kursusgang og det er vores indtryk, at den blev brugt såvel ved forberedelse af rollespil på kursusgangene som i de selvstændige opgaver mellem kursusgangene.

Vi valgte således, at arbejde med en læringstilgang, som har fokus på, at den lærende selv finder den information, som er relevant i øjeblikket, frem for at bruge tiden på kurset på at gennemgå det stof, som er præsenteret i informationsmappen. En sådan sociokulturel læringstilgang har fokus på personlig relevans og bygger på en antagelse om, at viden, som ikke opleves som relevant ikke kan huskes. Den norske læringsteoretiker Olga Dysthe formulerer det således:

"Sosiokulturelle perspektiv byggjer på eit konstruktivistisk syn på læring, men legg avgjerande vekt på at *kunnskap blir konstruert gjennom samhandling og i ein kontekst*, og ikkje primært gjennom individuelle prosessar. Derfor bliver interaksjon og samarbeid sett på som heilt grunnleggjande for læring, ikkje berre som eit positivt element i læringsmiljøet." (Dyste, 2001;42)

Opsamling

Kompetenceudviklingsforløbet blev tilrettelagt med udgangspunkt i medarbejdernes udtrykte erfaringer og behov, og følgende mål blev formuleret:

- at få en fælles positiv oplevelse i personalegruppen (vi gør noget godt, vi kan bakke hinanden op, vi kan noget sammen)
- at få systematiseret og synliggjort eksisterende PE, hvilket kan smitte af på dokumentation i journaler og dermed NIP-rapportering
- at få fokus på formidling af viden som en integreret del af den øvrige kommunikation med patienter og pårørende (der er altså ikke tale om at gøre noget nyt, men at få fælles indsigt i, hvordan en af de primære opgaver, nemlig at udvikle fagligt formidlende relationer til patienter og pårørende, kan foregå.)

KOMPETENCEUDVIKLINGSFORLØBET TRIN FOR TRIN

Når vi anvender begrebet "kompetenceudviklingsforløb" frem for "kursusforløb", så er det for at pointere, at dét, der sker imellem de tre kursusgange er mindst lige så vigtigt, som dét, der sker, når medarbejderne er samlet til kursus. Hvis ikke oplevelser og erfaringer fra kursusdagene omsættes i diskussioner og handlinger i dagligdagen mellem kursusgangene, så er sandsynligheden for, at personalet efter sidste kursusgang vil tage viden fra dette med sig i hverdagen meget lille. Derfor har vi lagt vægt på, at udvikling af kompetencer sker over tid og i mange forskellige sammenhænge. Et kursus kan kun skabe opmærksomhed, invitationer og anledninger. Arbejdet gøres i hverdagens praksis.

På **første kursusgang** var målet at få introduceret PE som noget, der både handler om at etablere og fastholde en relation og formidle viden. Vi satte fokus på, hvordan det allerede gøres i hverdagen ved at spørge til situationer, hvor deltagerne oplevede, at de formåede at skabe en god kommunikationssituation.

Her viste det sig, at der ikke lå vidensformidling i de situationer, medarbejderne bragte frem, hvilket gav et fingerpeg om, at det ikke var i vidensformidlingssituationer, at personalet oplevede, at noget virkelig lykkedes. Omvendt fik vi sammen en fornemmelse af, at medarbejderne besad kompetencer i forhold til relationsdannelse, som er et afgørende fundament for at kunne formidle viden.

Siden blev deltagerne bedt om at spille rollespil, hvor forskellige cases dannede grundlag. En case kunne lyde således:

"En patient, som er psykotisk, bliver indlagt. Han vil ikke have nogen form for medicin, hvad vil du tage op med ham?"

Eller

"En pårørende klager over, at der ikke er flerfamiliegrupper i Nord, hvad vil du fortælle er behandlingstilbuddet i Nord?"

Deltagerne fik 15 minutter til at forberede sig. Forberedelsen kunne bestå i at læse i informationsmappen og udvælge, hvad der var centralt at have fokus på. Herefter prøvede de at spille et rollespil, hvor der skulle etableres relation og formidles viden.

Ved afslutning af 1. kursusdag kunne vi sammen med deltagerne konkludere, at mange var dygtige til at etablere og fastholde en god kontakt med fokus på patienten eller den pårørendes situation og reaktion. Det viste sig såvel i deres fortælling om en situation, de syntes havde været god som i rollespillene.

Samtidig kunne vi se, at flere følte sig usikre og famlende i forhold til at formidle viden. Det viste sig ved, at medarbejderne enten opgav at formidle viden eller opgav at fastholde den opnåede kontakt til fordel for at få sagt noget fagligt.

De, der ikke formidlede viden undgik det ofte ved at bruge en spørgeteknik, hvor spørgsmål fra patient/pårørende blev vendt tilbage til denne som i nedenstående eksempel:

Pårørende: *Hvad kan vi vente os, at der vil ske med ham fremover?*

Medarbejder: *Hvad tænker I selv om fremtiden?*

Medarbejderen viser med denne spørgeteknik opmærksomhed på at lytte og spørge ind til de tanker og bekymringer, som findes hos den pårørende, og det er meget væsentlige kompetencer, der her gøres brug af. Men, når målet er at formidle viden, så kan denne kommunikationsform ikke stå alene. Det var tydeligt, at personalet havde brug for støtte til at kunne veksle imellem at lytte sig ind på samtalepartneren og formidle viden til denne.

I en artikel i Patient Education and Counseling fra 1992 om diætisters formidling til patienter med diabetes er fokus netop på diætisters formidlingskompetencer. Diætisterne blev videofilmet i kontakten med en patient, hvorefter tyve kompetencer blev værdisat på en skala fra 0 (kompetence fraværende) til 3 (strålende). I undersøgelsen konkluderes:

"Dietitians' interpersonal skills were good (mean=2.1, SD=0,35), but all other skills were performed significantly less well (mean scores less than 1.0). Adherence promotion skills were rarely observed. Dietitians need supplemental training to improve teaching and adherence promotion skills" (Stetson et. al, 1992:273)

På **anden kursusgang** var der først fokus på de oplæg, medarbejderne havde forberedt. De medarbejdere, som holdt et fagligt oplæg, fik respons på dette og de, som havde gennemført samtaler fortalte om, hvordan det var gået, og hvad de gerne ville blive bedre til.

Her efter satte vi yderligere fokus på formidling af viden. Brødrene Dreyfus' begreber om at gå fra at være novice til at være ekspert og Donald Schöns begreber omkring udvikling i praksis blev gennemgået. Med udgangspunkt i disse begreber lagde vi op til, at alle skulle tillade sig selv at optræde som novicer i dagens rollespil. De skulle sætte fokus på informationsformidling velvidende, at de måske ville komme til at fremstå mere uerfarne eller utilstrækkelige end de faktisk er i hverdagens arbejde. Pointen hos Schön er, at for at blive rigtig god til at gøre noget nyt, så må vi tillade at sætte os i en kunstig situation, hvor fokus f.eks. lægges på "faglig formidling", mens relationsdannelsen får mindre plads. Når man har lært at få "faglig formidling" med i sine samtaler, så kan man vende tilbage til at fokusere på den samlede formidlingssituation.

Ved afslutning af 2. kursusdag stod det tydeligt for underviserne, at mange medarbejdere, erfarne såvel som uerfarne havde begrænset viden om skizofreni og forhold i relation her til. Selv at besidde viden er naturligvis en grundlæggende forudsætning for at kunne videreformidle denne. Derfor var det tydeligvis vanskeligt at formidle viden til trods for, at medarbejderne var gode til at etablere og fastholde en god relation til den, der spillede patient eller pårørende.

Vores iagttagelse stod i nogen grad i kontrast til særligt nogle af de erfarne medarbejders selvoplevelse. Flere gav udtryk for, at de oplevede at vide meget og at det også lykkedes at formidle det.

Det førte til, at der på **tredje kursusgang** efter igen at have været arbejdet med hjemmeopgaver, gennemførtes rollespil, som blev videofilm. Bagefter så alle sig selv og under afspilningen skulle hver enkelt notere, hvilken information, de selv fik formidlet i rollespillet. Her blev flere medarbejdere overraskede over, hvor lidt faktisk information, der var i dét, de fik sagt.

Arbejdet i fase 2 har været lagt til rette med henblik på at styrke plejepersonalets kompetencer i forhold til at kunne formidle viden til patienter og pårørende såvel individuelt som i grupper. I det praktiske arbejde har det krævet at få indsigt i tre forhold, hvoraf det sidste forhold var:

3) Plejepersonalets oplevelse af styrkede kompetencer efter deltagelse i kompetence-udviklingsforløbet samt hvad ledelse, medarbejdergruppe og den enkelte kan gøre for at psykoedukation fylder mere i hverdagen.

Ved afslutningen af den tredje kursusgang blev deltagerne derfor bedt om at skrive, hvad de oplevede at have lært, hvad de vil have mere opmærksomhed på fremover og hvad de gerne ville have haft mere af i kompetenceudviklingsforløbet.

Flere påpeger, at de er blevet mere opmærksomme på, hvordan de kommunikerer såvel verbalt som nonverbalt. Nogle nævner også opmærksomhed på relationens betydning for vidensformidling og indsigt i egne forudsætninger og mangler som centralt.

En enkelt nævner den udviklede informationsmappe som central, mens flere lægger vægt på, at det har været fint at få en samlet mappe over vidensindhold, som de gerne vil have bearbejdet, så den er brugbar i kommunikationen med patienter og pårørende.

På spørgsmålet om, hvad de fremover vil have mere fokus på, nævner flere deltagere, at de vil have større opmærksomhed på, hvordan og hvornår, de giver psykoedukation. Nogle nævner også, at kontakten til patienten og dét han eller hun er optaget af skal være mere i fokus.

Andre lægger vægt på dokumentation og tværfaglighed i det fremtidige arbejde og enkelte nævner, at de er blevet opmærksomme på egne videnshuller, som de vil gøre noget for at fylde ud.

På spørgsmålet om, hvad deltagerne har savnet, nævner flere, at de ville ønske, at læger og afsnitsledelse havde deltaget, da personalet, dels gerne ville lære af dem, dels vurderede, at opfølgning bedre kunne finde sted, hvis de også havde været en aktiv del af forløbet.

I det følgende vil vi mere konkret redegøre for, hvad personalet oplevede at få ud af denne type kompetenceudviklingsforløb.

Personalets forudsætninger

Allerede ved interviewene blev det tydeligt, at plejepersonalet havde meget forskellige forudsætninger og meget forskellige oplevelser af egne forudsætninger.

Vi forsøgte i undervisningsforløbet at komme såvel medarbejdere med begrænset viden (og eventuelt erfaring) som vidende og erfarne medarbejdere i møde. Det skete ved at fokusere på, hvad den enkelte medarbejder allerede kan og så tilbyde ideer til, hvordan de eksisterende kompetencer kan udbygges.

Undervejs fornemmede vi, at erfarne medarbejdere med begrænset faktuel viden, med deres udsagn og handlinger fortalte ny-ansatte, at det ikke er vigtigt at vide ret meget, da man skal fokusere på relationen til patienter og pårørende.

Uanset årsagen, så er dette forhold vigtigt at have fokus på ved opfølgning. Nyligt ansatte medarbejdere lytter naturligvis til de allerede ansattes erfaringer og der er derfor risiko for, at dét at tilegne sig og formidle viden får begrænset status.

Betydning af case-orienteret øvelsesarbejde

Som allerede nævnt, var grundstammen i undervisningsdagene øvelser centreret om cases, som kunne blive relevante i hverdagen.

Eksempel på case:

"En patient klager over bivirkninger af medicinen og ønsker at stoppe med at få 15 dråber cisordinol".

- Hvad kan det være relevant at tale med ham om?
- Hvordan kan du afklare, hvad hans problem og behov er?

Deltageren, som fik denne case fik 15 minutter til at forberede sig ved at læse i informationsmappen om medicin, virkning og bivirkning og udvælge, hvad hun ville vælge at

fokusere på i samtalen. Herved søgte vi at lade deltagerne erfare, at formidling af viden ikke handler om overførsel af information, men om selv at udvælge relevant information ud fra en større mængde. En forudsætning for at kunne gøre det er naturligvis, at man besidder den information, der skal vælges ud fra.

Deltageren valgte selv, hvem der skulle spille patient. I rollespillet var der fokus på både kontakt og vidensformidling. Efter rollespillet fik deltageren respons fra de øvrige tilstedeværende. Respons gik på sproget, som blev anvendt (var der fremmedord eller institutionsord), kontakten (hvornår var den god, hvornår svag) og vidensformidlingen (hvad blev formidlet og på hvilken måde?)

I evalueringen var der fokus på, hvad der fungerede godt og hvordan der kunne komme endnu mere af dét, der virkede i en lignende situation fremover.

Deltagerne fik på denne måde mulighed for at fokusere på hinandens og egne ressourcer samtidig med at de fik konkrete erfaringer med og ideer til at formidle viden i hverdagen. De fik mulighed for at se, hvornår der faktisk skete en vidensformidling og hvornår alt muligt andet var på spil.

Betydning af opgaveløsning mellem kursusgange

Som nævnt fik deltagerne ved afslutning af de to første kursusdage en opgave, som de skulle arbejde med inden næste kursusgang. I begge afdelinger valgte den ene halvdel af medarbejderne at arbejde med et fagligt oplæg, mens den anden halvdel valgte at forberede, gennemføre og evaluere en PE-samtale med en patient.

Medarbejdere som holdt fagligt oplæg, valgte selv deres tema. Igen så vi store forskelle - fra den medarbejder, som i situationen stillede sig op og fortalte om en oplevelse med en patient, hvor der ikke blev refereret til andet vidensindhold end netop oplevelsen til den medarbejder, som havde forberedt sig grundigt og derfor kunne fortælle præcist og med gode eksempler om f.eks. "forskelle på fedtholdig og fedtfattig kost". Det er værd at bemærke, at de fleste oplæg indeholdt fagligt vidensindhold.

Tanken med de små oplæg var dels at få medarbejderne til at tilegne sig informationsmappens indhold gennem deres forberedelse, dels at de skulle opleve at kunne formidle i en større gruppe og derfor få mod på at undervise på det eksisterende og kommende PE-forløb for patienter og pårørende.

Den gruppe medarbejdere, som gennemførte samtaler, fortalte i flere tilfælde om succesoplevelser. De havde været tvivlende overfor om patienten ville være åben for information, og havde erfaret, at det var muligt at bidrage med viden, som patienten fandt relevant. De havde også erfaret, hvor lidt, det er muligt at formidle i en enkelt samtale og hvor vigtigt det er at vende tilbage til den samme information flere gange og fra forskellige vinkler for at få gjort informationen til aktiv viden hos patienten.

Nogle medarbejdere havde samarbejdet om at give information og havde dermed oplevet, hvordan det var muligt at støtte hinanden, fordi de kunne supplere hinandens viden og eksempler.

I øvrigt var det tankevækkende, at de medarbejdere, som skulle fortælle om en PE-samtale havde haft sværest ved at få forberedt sig, fordi det krævede, at de skulle mødes med en kollega, når samtalen skulle evalueres. Det var koordinationen af mødet mellem to medarbejdere, som viste sig at være den største barriere for at få hjemmearbejdet gjort.

EVALUERING AF KOMPETENCEUDVIKLINGSFORLØBET

Før vi ser nærmere på evalueringen af kompetenceudviklingsforløbet er det relevant at minde om det teoretiske og metodiske grundlag, vi redegjorde for på side 6.

Vores mål har været at skabe ny viden, som var relevant for de specifikke medarbejdere på de involverede afdelinger i deres aktuelle situation. Vi havde altså ikke en forestilling om, at vi kunne indlære information om f.eks. sociallovgivning eller behandlingstilbud. Målet var at tilbyde information, men samtidig at skabe åbenhed overfor at denne information kunne tilsidesættes eller omformes i det konkrete møde med patient eller pårørende.

At antage, at sproget kommer før tænkningen og at vi med vores sprogbrug skaber nogle muligheder og lukker af overfor andre har betydet, at vi har ladet "*erfaringer i praksis*" være et centralt fundament i forløbet. Vi har sammen med deltagerne udforsket, hvilke muligheder og begrænsninger forskellige typer formidling af information giver såvel den professionelle som patienten og de pårørende, herunder hvordan patienter og pårørendes muligheder for at tage stilling og handle begrænses, hvis de ikke har mulighed for at få information.

Fremfor alt har vi haft fokus på afdelingens konkrete virkelighed og de sociale og faglige processer, der fandt sted her, frem for på idealer om, hvordan afdelinger, personale eller patienter burde fungere.

Det er vores antagelse, at den væsentligste årsag til, at det har været muligt i en ressourcemæssigt belastet situation, med begrænsede midler at sætte en ny type aktivitet i spil i personalets arbejde er, at vi har anvendt en anerkendende undervisningsform, som har tæt reference til personalets hverdagserfaringer og at fokus har ligget på deltagerens styrker i forhold til formidling af psykoedukation og deres muligheder for at forstærke disse.

Konklusionen er, at det blev en pointe i sig selv, at personalet skulle mødes på den måde, de selv forventes at møde patienter. Det vil sige med fokus på ressourcer og mulige handlinger frem for på forestillinger om "den ideelle formidling" og deficit hos personalet i forhold til denne.

Kompetenceudviklingsforløbet er nu afsluttet. Vores umiddelbare vurdering er, at det lykkedes at sætte øget fokus på formidling af information og på, hvordan opmærksomheden kan fastholdes i hverdagen. Denne vurdering bygger på:

- deltagerens engagement undervejs. Alle havde lavet deres hjemmeopgave til hver kursusgang, trods fortsatte problemer med underbemanding på afdelingerne.

- Tilbage melding fra deltagerne ved kursusafslutning, hvor der blev lagt vægt på, at kurset havde givet rum for at se ressourcer hos hinanden og at vise anerkendelse af hinandens kompetencer. Tilbage meldingerne gik for nogle også på, at de havde opdaget, hvor stor en udfordring formidling af information til patienter og pårørende er, mens andre gav udtryk for, at de var blevet opmærksomme på, at de allerede udøvede psykoedukation, men kunne gøre det mere målrettet og systematisk.

Alt i alt vil vi konkludere, at det til trods for en række ressourcekrævende interne forhold viste det sig muligt at gennemføre et kompetenceudviklingsforløb med høj deltagelsesprocent og fagligt udbytte for deltagerne.

Deltagernes vurdering

Deltagernes egen vurdering af kompetenceudviklingsforløbet blev evalueret den sidste kursusgang. Desuden har vi gennemført en spørgeskemaundersøgelse på alle distriktets afdelinger med henblik på at vurdere om oplevelse af og aktiviteter i forhold til psykoedukation er anderledes hos den del af plejepersonalet, som har deltaget i kompetenceudviklingsforløbet.⁶

Ved evaluering af forløbet på sidste kursusgang udtrykte alle, at de havde fået mere fokus på, hvad de talte med patienter og pårørende om og hvordan, de gjorde det. Et par af de erfarne gav udtryk for, at de var blevet bekræftet i, at deres vidensformidling fungerede godt.

Evalueringen foregik ved at deltagerne ved afslutningen af den tredje kursusgang blev bedt om at skrive:

1. *hvad har jeg lært*
2. *hvad vil jeg være mere opmærksom på fremover*
3. *hvad ville jeg gerne have haft mere af*

Alle deltagere har skrevet mellem 1 og 1,5 A4 side. Nedenfor vil vi gennemgå deres svar i forhold til de enkelte spørgsmål.

1. Læring i forløbet

Et afgørende succeskriterium var at deltagerne oplevede at de havde lært noget som kunne bruges i hverdagen i afdelingen. Det viste sig at være tilfældet, idet alle i deres skriftlige evaluering har givet udtryk for at forløbet har været lærerigt. Flere påpeger, at de er blevet mere opmærksomme på, hvordan de kommunikerer såvel verbalt som nonverbalt. En skriver:

"Jeg er blevet opmærksom på kropssprogets betydning og betydningen af at sende bolde af sted, som er tilpasset modtageren"

⁶ Besvarelserne af disse var - grundet formidlingsproblemer - sporadiske og uden markante forskelle, derfor har vi undladt at inddrage tolkning af disse.

Andre nævner også opmærksomhed på relationens betydning for vidensformidling og indsigt i egne forudsætninger og mangler:

"Jeg er blevet mere bevidst om under hvilke forudsætninger og forhold, jeg afleverer min kommunikation og disse forholds betydning for, hvordan det bliver modtaget og jeg."

"Navnlig har jeg følt, at det med hele tiden at trække essensen ud af vores diskussioner og få sat enkelte ord på en lang sætning, har været med til at synliggøre dét, vi gør."

Enkelte er blevet bekræftet i, at her er noget, de kan, mens andre skriver, at særligt rollespillene bidrog til at vise, hvor svært det er:

"Jeg kan se, at jeg er god til at give psykoedukation og skal gøre det noget mere."

"Rollespillene viste, hvor mange forhold, der spiller ind og hvor svært det er."

En ny-ansat nævner samværet med kollegaer som lærerigt.

"Jeg har lært mine nye kollegaer bedre at kende og fået indblik i, hvordan de arbejder. Det har særligt været rollespillene og hjemmeopgaverne, som har bidraget til det."

En enkelt nævner den udviklede videnmappe som central og en anden, at hun vil øve sig i at bruge den:

"jeg har lært at bruge mappen, slå op, hvis jeg er i tvivl"

"jeg vil bruge mappen i praksis"

En skriver, at præsentationen af selve vidensindholdet i psykoedukation har haft betydning:

"På de tre dage har jeg lært, at jeg godt kan undervise patienter i deres sygdomme og at psykoedukation er mere end sygdom, men også kost, motion, sociale forhold m.m. Jeg har fået nogle redskaber med omkring udførelse af samtale, fagudtryk, kropssprog mm. Jeg kan ikke huske det hele, men jeg har lært meget."

Nogle skriver, at de har fået anledning til at reflektere over noget, som de allerede gør:

"jeg har kunnet tage situationer med fra min hverdag og få dem belyst, så jeg kan se, hvordan jeg bruger psykoedukation i hverdagen."

"Igennem rollespil har jeg fået større indsigt i mine egne begrænsninger og ressourcer i forhold til at planlægge og gennemføre psykoedukation og jeg er blevet motiveret til at tilegne mig mere teoretisk viden".

I evalueringssvarene går det igen, at deltagerne oplever at være blevet langt mere bevidste om deres kommunikation generelt og i særdeleshed i forhold til at formidle faglig viden.

2. Opmærksomhed fremover

Som allerede nævnt er et udviklingsforløb ikke meget værd, hvis den erhvervede viden og erfaring ikke bæres videre i hverdagens praksis. Derfor spurgte vi i evalueringen specifikt til, hvad deltagerne selv vurderede, at de fremover ville have større fokus på. Flere nævner, at de er blevet mere opmærksomme på, hvordan og hvornår, de giver psykoedukation:

"Jeg vil fremover bruge det at trække essensen ud i min forberedelse, i det jeg oplever, at det gør det klarere om jeg faktisk får videregivet nogen viden eller om det bare er "en sludder for en sludder"

"Jeg vil fremover have mere fokus på, hvad formålet med samtalen er og hvilke forudsætninger, der er til stede."

Nogle nævner, at de vil have øget fokus på kontakten til patienten:

"Jeg vil have fokus på at være konkret og opsøgende, og arbejde med at tage udgangspunkt i patientens spørgsmål."

"Jeg vil blive mere opmærksom på ikke at ville så meget i en samtale, men have fokus på, hvilke bolde patienten kaster og dermed, hvad det er relevant specifikt at give viden om."

Andre lægger vægt på dokumentation og tværfaglighed:

"Jeg vil fremover have mere fokus på at dokumentere det, jeg gør, i journalen ved både ambulante og indlagte patienter, så mine kollegaer også kan tage over."

"Jeg vil bruge psykoedukation målrettet i mit arbejde, sørge for at få afklaret, hvem der taler med patienten om hvad og hvordan jeg kan bidrage, så vi arbejder tværfagligt."

Flere skriver, at de har fået øget fokus på samspillet med deres kollegaer i forhold til psykoedukation:

"Jeg vil fremover have (mere) fokus på andre formidlingsmetoder, eventuelt så personalet kan undervise på afsnittet."

"Jeg vil bruge kollegaer i samtaler med patienter og pårørendesamtaler, så jeg kan få feedback fra dem"

"Jeg vil arbejde på at få lavet vejledningsprocedurer om psykoedukation på vores afdelinger."

Nogle nævner individuelle projekter:

"Jeg vil have mere fokus på at indsamle og forarbejde materiale, så det bliver brugbart"

"Jeg vil tilegne mig mere viden på mine svage områder"

"Jeg vil arbejde med at brede psykoedukation ud til også at dække andre diagnosegrupper."

Det er tydeligt, at deltagernes ambitioner for fortsat opmærksomhed på PE er store ved sidste kursusdags afslutning. Vi tolker det således, at deltagerne har oplevet det som både relevant og givende at få sat fokus på deres faglige formidling og at flertallet har en klar fornemmelse af, at det er et område, hvor der med fordel kan ske opkvalificering og udvikling.

3. Ønsker til forløbet

At lade kompetenceudviklingsforløbet være meget proces-orienteret med fokus på deltagernes udsagn og interesser, var i nogen grad et eksperiment. Særligt da vi som kursusledere blev opmærksomme på behovet for fokus på faktisk viden, var det en udfordring at bevare den processuelle tilgang. Derfor var vi meget interesserede i at høre deltagernes vurdering af om denne tilgang havde været meningsfuld. Generelt udtrykker de tilfredshed og flere skriver, at de håber, at de tre kursusgange og opgaver følges op af yderligere initiativer.

"Jeg har stor ros til jer tre, det har været rigtig godt for mig og hele afdelingen at have dette psykoedukationsforløb - håber det forsætter! - Også stor ros til ledelsen for dette projekt."

Enkelte nævner, at de har savnet læger og afdelingssygeplejerske i forløbet.

"De burde være med i processen, men en formidling kan måske delvis råde bod på denne mangel. Det er kedeligt, at de ikke har prioriteret at være med"

"Jeg har savnet, at lægerne deltog..."

Andre savner mere input:

"Lidt mere om kommunikation og pædagogiske overvejelser i forhold til undervisning og særligt om, hvad man skal være opmærksom på, når man underviser psykiatriske patienter. I relation hertil skriftligt materiale, som kan bruges i praksis."

Den processuelle tilgang gjorde, at det i høj grad var op til deltagerne selv at tilegne sig faktuel viden, enten via den udleverede informationsmappe eller på anden måde. Det var et bevidst valg ikke at bruge de tre kursusdage på at gennemgå faktuel stof, men for nogen (særligt ny-ansatte) medarbejdere er det klart, at en sådan gennemgang kan være relevant som supplement til kompetenceudviklingsforløbet.

Hvordan kan PE fastholdes i hverdagen

Herefter satte vi fokus på, hvordan PE kan fastholdes i afdelingen. Her udpegede medarbejderne på de to afdelinger en række forudsætninger.

Strukturelt niveau

- Ledelsesopbakning, bl.a. i form af formelt afsat tid til at udveksle erfaringer (ofte oplagt efter frokost, hvor pt. hviler)
- Sikring af fælles forståelser i personalegruppen, fordi det sikrer, at pt. kan have tillid til dét, der bliver sagt og gjort
- Tid til samtale med pt. (og måske især efterfølgende dokumentation)
- Fysisk rum til samtale med ambulante pt. på afdelingen (da der ofte ikke er personale nok til, at en kan gå helt fra og forlade afdelingen)

Kollegialt niveau

- Dokumentation af informationsformidling i plejestatus/journalnotat, så andre kan følge op
- Opmærksomhed på, at videnformidling kan ske på alle typer vagter og i mange situationer
- Sætte fokus på dét, der lykkes ved kollegiale samlinger, men også skabe grundlag for erfarings- og ide-udveksling
- Bakke op omkring aftaler om at samles i stedet for lige at smutte ud og få gjort ét eller andet...
- Opdatere skriftligt materiale og have ansvarlig for at formidle, hvor det er og hvad der ligger
- Udvikle materialer, som kan understøtte formidlingen (tegninger, "huskelister")

Personligt niveau

- Tage udgangspunkt i patientens situation og turde gå ind i det, patienten siger
- Opdatere viden, så man har en bank af viden at trække på og dermed kan sige dét, som er mest relevant i situationen
- Turde bruge kollegaer, så man kan blive bedre
- Tænke psykoedukation ind i hverdagens flow, oftest er det ikke en planlagt halv time, men to minutters snak, mens der udleveres medicin.

OPSAMLING PÅ RAPPORT

Anden fase i forskningsprojektet har haft fokus på at styrke plejepersonalets kompetencer i forhold til at kunne formidle viden til patienter og pårørende såvel individuelt som i grupper. Der

var åbenhed hos personalet i forhold til denne opgave og igennem interviews blev det klart, at kompetenceudviklingen skulle bidrage til at skabe fælles positive oplevelser i personalegruppen, at få systematiseret og synliggjort eksisterende PE og at få fokus på formidling af viden som en integreret del af den øvrige kommunikation med patienter og pårørende.

I udviklingen og gennemførelsen af forløbet har vi ladet *"erfaringer i praksis"* være et centralt fundament. Vi har sammen med deltagerne udforsket, hvilke muligheder og begrænsninger forskellige typer formidling af information giver såvel den professionelle som patienten og de pårørende, herunder hvordan patienter og pårørendes muligheder for at tage stilling og handle begrænses, hvis de ikke har mulighed for at få information.

Gennem hjemmeopgaver og rollespil blev udfordringerne ved at arbejde med PE synliggjort og dermed gjort til genstand for fælles diskussion. Særligt gennem rollespil blev det tydeligt, hvor betydningsfuldt det er, at medarbejderne besidder stor faglig viden, så de i situationen kan trække på den viden, der aktuelt er relevant for patienten eller den pårørende. I forlængelse heraf gjorde medarbejderne hinanden opmærksomme på betydningen af skriftlig dokumentation i journaler som en forudsætning for at kunne foretage opfølgning.

I evalueringen udtrykte medarbejderne på forskellig vis, at de efter kompetenceudviklingsforløbet er blevet mere opmærksomme på, om de formidler viden i deres daglige samtaler med patienter, og i fald svaret er ja, hvornår og hvordan denne formidling foregår.

Det har samtidig virket motiverende at der blev taget udgangspunkt i medarbejdernes aktuelle situation og oplevelse af egne behov og at der blev vist anerkendelse af deres eksisterende kompetencer.

I den tredje rapport om "Læring i projektet" fremlægges erfaringer og erkendelser omkring arbejdsprocessen i forsknings- og udviklingsprojektet.

SAMLET LITTERATURLISTE FOR DE TRE RAPPORTER

- Beck A, 2002: Assessing the Therapeutic Impact of a Community Group on a Secure Hospital Ward" i Medical Science Law, 2002;42 no4:300-308
- Chaplin R. and Timehin C: "Informing patients about tardive dyskinesia: four-year follow up of a trial of patient education" in Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2002; 36:99-103)
- Corbin J. og Strauss A. (1998): Unending Work and Care - Managing Chronic Illness at Home. Josey-Bass Publishers, San Francisco
- Dysthe, Olga (red.)(2001): Sociokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring, s. 33-73 i "Dialog, samspel og læring, abstrakt forlag, Oslo
- Foreman-Wernet, Lois (2003): Rethinking Communication: Introducing the Sense-Making Methodology p. 2-17 in "Dervin, Brenda and Foreman-Wernet, Lois "Sense-Making Methodology Reader", Hampton Press, Hampton
- Hansen B.K. og Sørensen D., (2000): Omsorg og magt i det professionelle arbejde med mennesker, der har brug for særlig støtte. DAFOLO, København
- Hyde, P (2001): Support Groups for People who have Experienced Psychosis I British Journal of Occupational Therapy, 2001:64, 169-174
- Jensen B.(2000): Medbestemmelse, involvering og sundhedsvidenskab - udfordringer til sundhedszels pædagogikken. I Tidsskrift for Sygeplejeforskning, vol 16/2 pp. 54-71
- Hyde, P (2001): Support Groups for People who have Experienced Psychosis I British Journal of Occupational Therapy, 2001:64, 169-174
- Kvale S. (1994): InterViews. Hans Reitzels Forlag, København
- Rosengren, K.E. (2000): Communication: An introduction, Sage, London
- Sepstrup, P. (1999): Tilrettelæggelse af information, Forlaget Systime, Århus C
- Shotter J. (1993): Conversational Realities: Constructing Life Through Language.Sage, London
- Stetson, Barbara A et al (1992): Registred Dietitians' Teaching and Adherence Promotion Skills During Routine Patient Education, p 273-280 in "Patient Education and Counseling, 19, Elseviere Scientific Publishers, Ireland
- Tarrier N and Bobes J (2000): The importance of psychosocial interventions and patient involvement in the treatment of schizophrenia I Int. Journal of Psychiatry in Clinical Practice, vol.4 suppl. 1 p s35-s51

- Thomsen, O (2000): Brugerindflydelse for udsatte grupper. Formidlingscentret Storkøbenhavn, København
- Wright et al: Maternal Influenza, obstetric complications and schizophrenia. in American Journal of Psychiatry, 152 (12), 1714-1720
- Thompson, N (2003): Communication and language - a Handbook of Theory and Practice, Palgrave, New York

BILAGSMAPPE:

- Bilag 1:** Spørgeskema Besvarelser
- Bilag 2:** Cases i kompetenceudviklingsforløbet
- Bilag 3:** Opgaver mellem kursusgange i kompetenceudviklingsforløb
- Bilag 4:** Litteratur om personale som undervisere

BILAG 1: SPØRGESKEMA BESVARELSER

Gennem spørgeskemaet ønskede vi at afdække:

- erfaring med psykoedukation
- barrierer i forhold til psykoedukation
- behov i forhold til selv at kunne yde bedre psykoedukation
- interesse i at deltage i kompetenceudviklingsforløb

I alt svarede 23 medarbejdere på spørgeskemaet og der var en jævn fordeling på de to afdelinger og Distriktpsychiatrien, som til sammen udgør distrikt Nord.

Spørgsmål angående erfaring gik på, hvornår man vurderede sidst at have givet PE til enten en patient eller pårørende med mulighed for at indføre, hvilke emner, der var taget op. Her markerede et flertal i alle enheder, at de havde givet et patient PE indenfor de sidste 7-14 dage, mens PE til pårørende var givet i langt mere begrænset omfang og for flertallets ved aldrig.

Spørgsmål angående barrierer gik dels på en vurdering af sandsynligheden for, at PE kunne komme til at spille en større rolle i hverdagen på eget afsnit, dels på hvilke barrierer, der blev set som væsentligst.

Igen er spredningen omtrent ens på de tre enheder. Med et flertal, som ser positivt på sandsynligheden for større fokus på PE.

Personalet peger på meget forskellige barrierer på de forskellige afdelinger. Svarmuligheden "Personalets erfaring med brug af PE" ramte tydeligt plet som barriere hos den afdeling, som siden blev valgt til at deltage i kompetenceudviklingsforløbet, idet samtlige besvarelser havde udpeget denne årsag. Her var en medvirkende årsag til, at denne afdeling blev valgt.

Der blev desuden spurgt til vurdering af hhv. skizofrene patienters og deres pårørendes interesse i PE. Her var igen stor spredning, men en overvægt af besvarelser peger på, at interessen vurderes at være stor hos begge grupper.

Spørgsmål om behov i forhold til selv at kunne yde bedre psykoedukation gik på, hvad man selv vurderede primært at have brug for støtte til. Her var "Ideeer til at formidle", "Mere viden" og "Mulighed for erfaringsudveksling" de mest valgte svar-kategorier i alle tre enheder.

I sidste spørgsmål var fokus på interesse i at deltage i kompetenceudviklingsforløb. Her så vi en stor spredning. Det var tydeligt, at plejepersonalet i den afdeling, som siden blev valgt var mest interesserede (6 ud af 8 mulige udtrykte "meget stor interesse", de sidste 2 "stor interesse"), mens interessen var mindre udtalt i de øvrige enheder og mindst i Distriktpsychiatrien.

BILAG 2: CASES I KURSUSFORLØB

Oplæg til cases, som kan bruges, når man skal lære videnmappen at kende...

1. En patient har været indlagt i 14 dage og du skal derfor indkalde hans forældre til et møde. Det er anden gang, han er indlagt og han har fået diagnosen "skizofreni". Han kom selv til afdelingen, fordi han følte sig forfulgt og hørte nogen tale til ham gennem radioen.

Hvad vil du tage op med hans forældre?
Hvordan vil du forklare forældrene, hvad positive symptomer er?
Hvordan vil du forklare forældrene, hvad hallucinationer er?
2. En patient, som er psykotisk, bliver indlagt. Han vil ikke have nogen form for medicin.
Hvad vil du tage op med ham?
3. En patient skal udskrives og hendes pårørende kommer derfor til udskrivningsamtale.
Hvad er det vigtigt at få talt med dem om?
4. En ung patient ønsker at flytte hjemmefra og spørger, hvilke muligheder, hun har.
Hvad kan det være relevant at tage op med hende?
5. En patient kommer tilbage fra weekend og klager over træthed, hun mener, at det skyldes medicinen og ønsker at blive sat ned i dosis.
Hvad kan det være relevant at tale med hende om?
6. En patient klager over bivirkninger af medicinen og ønsker at stoppe med at få 15 dråber cisordinol.
Hvad kan det være relevant at tale med ham om?
Hvordan kan du afklare, hvad hans problem og behov er?
7. En patient fortæller, at han vil klage over, at han blev tvangsindlagt og spørger dig til, hvordan reglerne er.
8. En pårørende klager over, at der ikke er flerfamiliegrupper i Nord, hvad vil du fortælle er behandlingstilbuddet i Nord?

BILAG 3: OPGAVER MELLEM KURSUSGANGE I KOMPETENCEUDVIKLINGSFORLØB

Kære plejepersonaler på afd. 23. og 24.

Tak for to spændende dage, hvor I har taget positivt imod vores ideer, oplæg og diskussioner. Det har været tankevækkende for os, hvor ens de udfordringer, I står overfor er på de to afdelinger.

Næste gang vi skal mødes;
med afd. 23. er d. 5/10 (Blåt lokale).
med afd. 24 er d. 6/10 (Havnevej 7)

Inden da skal I have arbejdet med de opgaver, vi stillede ud fra jeres ønsker til, hvad I hver især gerne vil blive bedre til. Måske var vi ikke helt præcise i formuleringen af, hvad vi forventer af jer, så her kommer en præcisering.

Til jer som valgte at holde et oplæg på 5 minutter:

1. Vælg et emne, du vil holde oplæg om.

Læs i informationsmappen

Overvej eksempler, erfaringer, du kender til i forhold til det, du har læst

Vælg et fokus (du kan ikke nå at fortælle alt om et emne)

Overvej, hvad det er vigtigst, at dine tilhørere får ud af oplægget

2. Struktur dit oplæg, så du har en indledning (det vil jeg tale om), et budskab (hvor du formidler viden og erfaring) og en afslutning (det er min pointe)

Til jer som valgte en samtale med patient eller pårørende:

1. Planlæg en samtale (hvilken bold vil du kaste, hvad kendetegner den, som skal gribe, hvornår og hvordan vil du kaste bolden?)

2. Gennemfør samtalen (hvad lykkedes og hvorfor, hvad var svært og hvorfor, hvad vil du gøre anderledes næste gang)

3. Fortæl den kollega, du har valgt om din planlægning og samtaleforløb. Din kollega tager noter med fokus på at kunne fremlægge:

a) Hvad gik forud for samtalen hos medarbejder og patient?

(hvilken relation er der imellem dem, hvordan har dagen set ud før samtalen for de to samtalepartnere)

b) Hvordan forløb samtalen?

(spørg til dialogen, nærmest replik for replik, hjælp den du interviewer til at huske, undgå vurderingen og kommentarer)

c) Hvad fik patienten ud af samtalen?

(hvad vurderer den der gennemførte samtalen, at patienten fik ud af den, spørg eventuelt patienten, hvordan han/hun oplevede samtalen)

d) Skriv noter om de tre punkter, så du kan fremlægge dem.

Venlige hilsner

Elisabeth, Jody og Birgitte

BILAG 4: LITTERATUR OM PERSONALE SOM UNDERVISERE

I forbindelse med det oprindeligt planlagte projekt om udvikling af et psykoedukationsforløb gennemførte den ene forsker et litteraturstudie. Dette blev imidlertid mindre relevant, da fokus ændrede sig. Blandt de artikler, som indgik i førstnævnte litteraturstudie, var et par artikler om personale som undervisere. Artiklerne dannede i et vist omfang grundlag for planlægning og prioritering i forbindelse med kompetenceudviklingsforløbet. Vi tog således udgangspunkt i følgende konklusioner:

- personale har generelt **ikke en undervisnings- eller informationstilgang** til kommunikation med patienter og pårørende, det er ikke en del af deres professionelle repertoire
- personale har brug for **viden, kompetencer og tillid** til kompetent at kunne varetage en informationsrolle
- **anerkendelse af indsats fra ledelse** er central for, at der kan iagttages en forskel i handlinger
- intensive kurser skaber ikke forandring, der skal **langsigtede forløb** til, hvor deltagerne gør sig erfaringer i praksis, som gøres til genstand for refleksion
- **rollespil og invitation af brugere** er centrale undervisningselementer
- **deltagernes behov** skal være styrende for undervisningen
- **deltagernes forventninger til forløbet** og dets resultater er vigtigste enkeltparameter for måling af succes
- **italesættelse af ressourcebegrænsninger** er centralt

I artiklen fra McFarlane med flere påpeges en række aktiviteter foretaget af projektledelsen med henblik på at sikre succes. Det er tilfredsstillende at notere, at vi har arbejdet med samme forhold.

- opbygge konsensus omkring forløbet både hos overordnet ledelse, afdelingsledelse og personale
- sikre de menneskelige, finansielle og tekniske ressourcer, der skal til
- udvikle konkrete implementeringsplaner, hvor specifikke forhold bliver taget op og forløbet tilpasses disse.

Desuden påpeges en række forhold, som ved evalueringen viste sig at have betydning for succes:

- eksterne konsulents involvering
- en løbende kontakt til undervisere
- tidlig involvering af deltagere
- trin-for-trin implementering

Ovenstående konklusioner bygger på 3 artikler, som kort gennemgås nedenfor:

Personale som undervisere

1. Artikel:

William McFarlane, Scot McNary, Lisa Dixon, Helaine Hornby, Eve Cimett: Predictors of Dissemination of Family Psychoeducation in Community Mental Health Centers in Maine and Illinois in Psychiatric Services, July 2001, vol 52. no. 7 p 935-942

I artiklen refereres et projekt, hvis mål var at vurdere om det allerede under uddannelse af medarbejdere i PE er muligt at forudsige om et distriktpsykiatrisk center vil lykkes med at indføre familie-PE. (106 andre)

Metode:

15 distriktpsykiatriske centre var inddraget, i alt 51 medarbejdere.

Deltagere blev spurgt umiddelbart efter start (spørgeskema) og 9 måneder senere (interview).

Demografiske karakteristika hos medarbejderne, organisatoriske karakteristika og andre komponenter blev analyseret med henblik på at kunne udpege faktorer af relevans for om en implementering fandt sted.

Resultat:

Den valgte model forudsagde med stor sikkerhed, hvor implementering ville lykkes. (det omtales ikke i artiklen, hvordan forskerne har forholdt sig til, om (eller hvordan) deres egne forventninger har påvirket resultatet, bro)

Succes var størst på steder;

- hvor familie-PE blev vurderet positivt i udgangspunktet
- hvor faktiske og antagne ressource-begrænsninger blev italesat
- hvor virkninger af implementeringen blev set som mindre vigtig
- hvor der var opmærksomhed på, hvordan familie-PE var forskellig fra den eksisterende praksis.

Endelig konkluderes det, at skabelse af konsensus og ordentlig økonomisk fundering er kritiske faktorer i forhold til et succesfuldt output.

Yderligere information:

Før projektet begyndte, sikrede projektledelsen, at der var mulighed for udbredelse ved at:

- opbygge konsensus omkring familie-PE som metode både lokalt og regionalt
- sikre de menneskelige, finansielle og tekniske ressourcer, der skulle til
- udvikle konkrete implementeringsplaner både på statsniveau og i de lokale centre, hvor specifikke forhold blev taget op og familie-PE modellen blev tilpasset disse.

De væsentligste barrierer for implementering viste sig at være:

- arbejdspress hos medarbejdere som følge af voksende antal sager og mindre tid pr. sag
- usædvanlige aktuelle krav
- en manglende forventning om, at en ikke-traditionel behandling vil give tilstrækkeligt udbytte
- den lange varighed (1-2 år) af familie-PE's behandlingstilgang
- usikkerhed omkring finansiering af stedets praksis i det hele taget
-

"The most common perceived obstacles to implementation, in decreasing order, were intense pressures on staff as a result of growing caseloads and less time per case; excessive current demands; a perceived lack of reimbursement for a non-traditional (...) treatment; the longer duration (...) of this treatment approach; and uncertainty about financing for the agency as a whole" (p.939)

De involverede deltagere udpegede følgende tiltag som betydningsfulde for implementering:

- eksterne konsulents involvering
- en konstant kontakt til trænere
- tidlig involvering af deltagere
- trin-for-trin implementering
- personlig kontakt til behandlingsudviklerne
- mindst betydning havde dokumentationen af familie-PE's relative fordel i forhold til andre behandlingsmetoder, som denne fremkommer i eksempler og faglitteratur.

Forudsigelser om en succesfuld implementering:

- Den stat, distriktsbehandlingsstedet hørte til i var stærkeste enkelt-indikator
- Steder, hvor medarbejderne antog, at familie-PE modellens begrænsninger ikke var så vigtige, havde bedre implementering
- Steder, hvor medarbejdere vurderede tilbud om støtte mindre hjælpsomt havde bedre implementering
- Steder, hvor medarbejdere vurderede, at familie-PE var mindre konsistent med eksisterende metoder, gjorde større fremskridt

De to sidstnævnte pinde, nævnes som mod-intuitive.

Desuden nævnes det, at sammenhænge mellem forventede ressourcebegrænsninger og resultat var mindre end antaget. Faktisk var der steder, hvor ressourcebegrænsninger ventedes at være et stort problem, som gjorde meget store fremskridt.

Enkeltfaktorers betydning:

Forfatterne påpeger, at man alene ved at spørge deltagerne ved start om deres forventning til, at det vil lykkes at indføre familie-PE på deres arbejdsplads, får en god indikator for, om det vil lykkes.

Det diskuteres desuden indgående, hvorfor - og hvilke konsekvenser, der bør tages af - at den overvældende dokumentation af effekt, uanset, hvordan den præsenteres, ikke virker til at have nogen nævneværdig betydning. "Proof of the effectiveness of psychosocial treatment models is clearly necessary but is insufficient by itself." (p.942)

NB: Projektet omhandler ikke specifikt patienter med skizofreni og deres pårørende.

2. Artikel:

Christopher S. Amenson and Robert Paul Liberman:

Dissemination of Educational Classes for Families of Adults With Schizophrenia in Psychiatric Services, may 2001, vol 52. no. 5 p 589-592

I denne artikel udpeges en række barrierer for brug af PE og på grundlag heraf præsenteres et program for uddannelse af PE-instruktører. (194)

Barriererne for at få PE til at fungere blandt medarbejdere udpeges til at være:

- klinikere har ikke information/undervisning som en del af deres professionelle repertoire
- forandring sker ikke, fordi effekt dokumenteres i artikler, men fordi ledelsen sender signaler om, at et område skal prioriteres
- der skal ske belønning af dem, som involverer familier til alvorligt psykisk syge, det kan blandt andet være gennem evaluering af performance, formaliserede evalueringsskemaer og positiv feedback
- et studie viser, at to-dages intensivkursus ikke bragte nogen forandring, men et langsigtet undervisnings- og træningsforløb over flere måneder havde effekt
- medarbejdere, som modtog ekstensiv træning, men ikke anvendte metoderne begrundede det med, at familie-intervention ikke var konsistent med den eksisterende filosofi og handlinger, andre grunde var; arbejdspress, usikker finansiering af interventionen, bureaukrati, manglende lederskab, skepsis overfor interventioner, problemer med fortrolighed og manglende mulighed for at tilbyde services aftner og weekends.

Træningen, som søgte at overvinde barriererne fandt sted i tre faser:

Fase 1:

Deltagerne modtager 21 timers didaktisk træning over en 7 ugers periode (for undervisningen står en læge, en psykolog og et panel af familier og brugere, der fungerer som gæste-undervisere)

Desuden læste deltagerne 230 siders materiale og afleverede hver uge skriftlige opgaver, hvor de dokumenterede de praktiske kompetencer, de lærte. Skriftlig evaluering af disse blev udleveret til den efterfølgende kursusgang.

Fase 2:

For at gå videre i fase 2, skulle fase 1 være gennemført tilfredsstillende og deltagerne skulle påtage sig at gennemføre et undervisningsforløb på deres arbejdsplads.

Der gennemførtes 6 sessioner over 18 måneder. Igen indgik et større curriculum og der blev fremlagt teori om etablering af PE, underviserens rolle, undervisningsmetoder og øvelser til hver kursusgang.

Hver session indledtes med en diskussion af temaer fra den udleverede litteratur, mens anden halvdel bestod af demonstration af undervisningsmetoder.

Desuden blev der udøvet rollespil, hvor hver underviser fik 15 minutter til at præsentere en del af pensum, mens den øvrige gruppe agerede deltagende familiemedlemmer. Her blev det trænet at:

- kommunikere interesse og empati i forhold til tilhørerne
- vise, at man kan strukturere stoffet og har styr på sin viden
- tilbyde en sammenhængende forståelse til tilhørerne
- præsentere begreber klart og understrege kerne-koncepter
- bruge historier, analogier og billeder
- bruge personlig erfaring til at involvere tilhørerne
- bruge stærke åbnings- og lukningsudsagn
- forberede hand-outs med kernebegreber

Fase 3:

Bestod ligeledes af 6 sessions på i alt 18 timer. Under dette forløb gennemførte deltagerne selv et forløb på deres arbejdsplads. Forløbet var omtrent det samme som i fase 2. Det blev særligt trænet at:

- forklare mål med øvelser
- give klare nedskrevne og mundtlige instruktioner
- vise opgaven eller målet
- bruge tiden effektivt
- opfordre til deltagelse
- fastholde mål og tidsplan
- opsummere, hvad der er lært i dagens session

Forløbet blev evalueret i spørgeskemaer umiddelbart efter afslutning og med interviews 9 måneder senere. Begge dele viste meget stor tilfredshed med forløbet. Succes skyldes ifølge forfatterne:

- støtte fra overordnet national institution, som tog initiativ
- støtte fra topledelse
- de 9 måneders træning
- gruppen af trænere (karakteriseret som de dygtigste på feltet)
- trænernes kvalifikationer (især at kunne imødekomme den konkrete gruppes behov) (194 - andre)

3. Artikel:

Carl Fung og Anne Fry: The role of community mental health nurses in educating clients and families about schizophrenia in Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing (1999) 8, 162-175

Forskere har undersøgt primærtjeneste psykiatriske sygeplejerskers rolle i undervisning af pt. og pårørende om skizofreni (230). Sygeplejerskerne blev bedt om at udfylde et spørgeskema og besvarelsen viste

- at sygeplejerskerne ikke havde en undervisningstilgang
- at familier fik information, når deres pårørende blev indlagt og pt. fik information, når hun kunne modtage den
- alle sygeplejersker gav praktiske råd til familier om at håndtere den pårørendes adfærd
- undervisningen fandt sted i pt.s hjem
- pt. og familie fornægtede ofte sygdommen
- tid var vigtigste hindring for at formidle information
- sygeplejerskerne rapporterede, at de teorier eller modeller ikke er en del af deres basisuddannelse
- sygeplejersker har brug for viden, kompetencer og tillid til kompetent at kunne varetage denne rolle