

## **Afsluttende rapport for implementeringsprojektet ”Samtale om tab og livsmod – for dig som har mistet”. Et forskningssamarbejde mellem Vejle Kommune og University College Lillebælt i perioden september 2015 til september 2018.**

Projekt sigtede mod at udvikle en forebyggende indsats til ældre over 65 år, som har mistet en ægtefælle eller samlever med henblik på at fremme sundhed og trivsel samt forebygge depression, ensomhed og selvmord hos den efterladte. Projektet byggede på en handlingsrettet forskningsmetode, hvor der med afsæt i praksiserfaring søgtes at udvikle indsatsen. Den metodiske ramme byggede på aktionsforskning, hvor forskningen udførtes uden at forskningen forsøgte at distancere eller separere sig fra den virksomhed eller det område, som der blev forsket i.

I den 3-årige projektperiode blev der i aktionsforskningsprocessen gennemført 2 aktionscykluser. Hver cyklus bestod af følgende elementer: 1)Udvikling af en plan for aktionen for at forbedre indsatsen, 2) Udførelse af selve planen (aktionen), 3)Observering af de effekter af aktionen i den givne kontekst hvori den finder sted og 4) Refleksion over effekter med henblik på videre planlægning og efterfølgende aktion. De 2 cykluser repræsenterede aktionsforskningsspiralen, og hver cyklus øgede forsker og udforskedes viden om det oprindelige formål med projektet og en tilnærmelse af en løsningsmodel for samtalepraksis i det forebyggende tilbud til ældre som har mistet ægtefælle/samlever.

Vidensgrundlaget opnået fra projektet byggede på flere delstudier:

- Delstudie 1: En spørgeskemaundersøgelse af sundhedsvejlederes oplevelse af kursus til kompetenceudvikling i samtale til mennesker i sorg
- Delstudie 2: Journalgennemgang til at beskrive målgruppe samt målgruppens forbrug af sundhedsydelse
- Delstudie 3: Deltagerobservation samt interviewundersøgelse af borgernes oplevelser og erfaringer med samtale med sundhedsvejleder om tab og livsmod
- Delstudie 4: Interviewundersøgelse af sundhedsvejleders oplevelse og erfaring med gruppesupervision
- Delstudie 5: Deltagerobservation ved workshops og teammøder.

Publicering af den afsluttende rapport vil ske via en infografisk dokument, der kan anvendes som informationsmateriale til politikere, medarbejdere og borgere i Vejle Kommune.

### **Delstudie 1 Spørgeskemaundersøgelse**

Som en del af kompetenceudviklingssporet i projektet ”Samtale om tab og livsmod – for dig som har mistet” gennemførtes et 5 dages undervisningsforløb for hele gruppen af sundhedsvejledere i Vejle Kommune. Formålet med forløbet var at opbygge en fælles samtalepraksis for ansatte i Vejle kommune, der arbejder med forebyggende hjemmebesøg. Det var målet at viden fra den fælles faglige litteratur om sorg, sorgarbejde og forebyggelse på ældreområdet gennem undervisningen blev omsat til en fælles faglig praksis samt at undervisningen kunne danne grundlag for sorghandleplaner for borgere i Vejle Kommune. Undervisningsforløbet strakte sig over et halvt år med 4 undervisningsdage jævnt fordelt i perioden medio marts til primo maj 2016. Den 5. undervisningsdag blev afholdt medio oktober 2016. Tanken bag undervisningens opbygning var at viden fra undervisningen løbende skulle understøtte udviklende aktiviteter i den enkeltes praksis.

Gennem en spørgeskemaundersøgelse blev undervisningsforløbet "Samtale med mennesker i sorg" evalueret for at undersøge forløbets betydning for udvikling af egen praksis i relation til forebyggende samtaler med borgere der har mistet ægtefælle/samlever. Evalueringen skulle ligeledes være med til at danne grundlag for en kontinuerlig kvalitetsudvikling af kompetenceudviklingssporet i projektet.

Evalueringsrapporten er udgivet som et selvstændigt materiale:

Rosenbek Minet L, Bladt D, Bruun P, Nymark Breum. Evaluering af undervisningsforløb "Samtale med mennesker i sorg": Delprojekt om kompetenceudvikling i projekt "Samtale om tab og livsmod – til dig der har mistet". UC viden, Evalueringsrapport, 22. november 2016. UC Viden

[https://www.ucviden.dk/portal/da/publications/evaluering-af-undervisningsforloeb-samtale-med-mennesker-i-sorg-delprojekt-om-kompetenceudvikling-i-projekt-samtale-om-tab-og-livsmod--til-dig-der-har-mistet\(0dabcab8-3a29-444b-8c4c-c95c875e7fae\).html](https://www.ucviden.dk/portal/da/publications/evaluering-af-undervisningsforloeb-samtale-med-mennesker-i-sorg-delprojekt-om-kompetenceudvikling-i-projekt-samtale-om-tab-og-livsmod--til-dig-der-har-mistet(0dabcab8-3a29-444b-8c4c-c95c875e7fae).html)

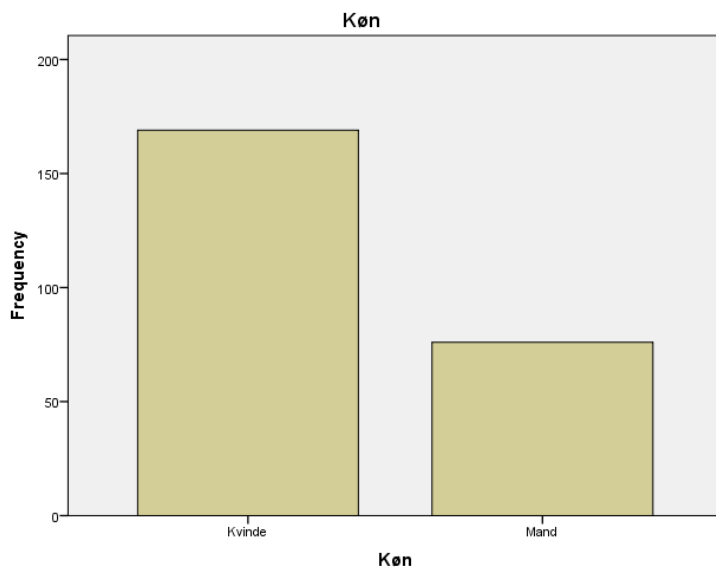
## **Delstudie 2 Journalgennemgang til at beskrive målgruppe samt målgruppens forbrug af sundhedsydelser**

Dette delstudie bygger på dataudtræk fra KMD Nexus i Vejle kommune om borgere som har mistet ægtefælle/samlever i perioden januar 2017 til december 2017. KMD Nexus er den tværfaglige platform til kommunens borgerforløb inden for sundhed, omsorg og socialområdet.

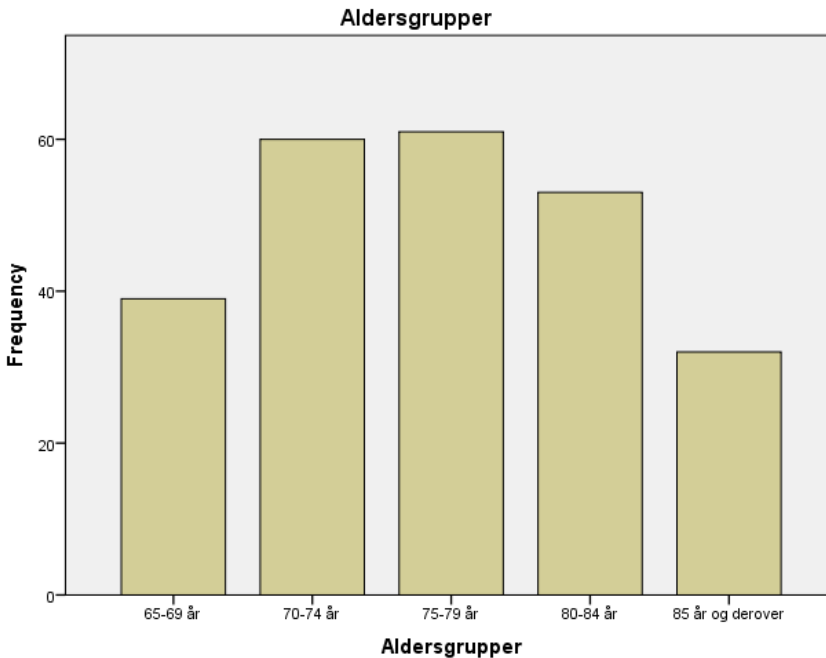
### **Demografisk og social beskrivelse af målgruppen**

Gennemgang af borgernes journal viste, at 245 personer på 65 år og derover, der mistede ægtefælle/samlever i pågældende periode, var i målgruppen for at modtage forebyggende hjemmebesøg vedr. samtale om tab og livsmod. Gennemsnitsalderen er 77 år med en minimumsalder på 65 år og maksimumsalder på 97 år.

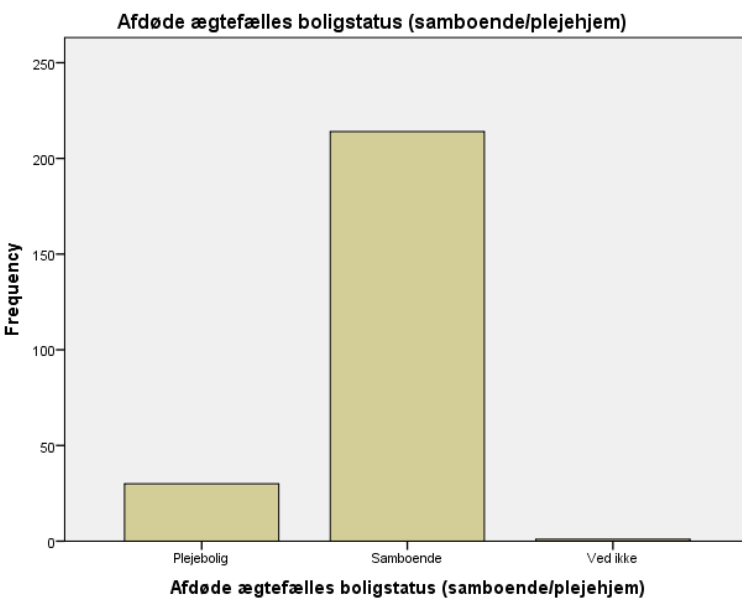
Figur 1. Målgruppens fordeling på køn: 169 kvinder (69 %) og 76 mænd (31 %)



Figur 2. Målgruppens fordeling på alder: 39 (16 %) personer er i alderen 65–69 år, 60 (25 %) personer er i alderen 70–74 år, 61 (25 %) personer er i alderen 75–79 år, 53 (21 %) personer er i alderen 80–84 år og 32 (13 %) personer  $\geq$  85 år.



Figur 3. Figuren viser fordeling af afdøde ægtefælles/samlevers boligstatus. Fordeling af borgere der har mistet ægtefælle/samlever efter boligstatus hhv. samboende med ægtefælle/samlever eller ægtefælle/samlever i plejebolig inden dødsfald. 214 borgere (87 %) var samboende med ægtefælle/samlever og 30 borgere (12 %) boede ikke sammen med ægtefælle/samlever inden dødsfald.

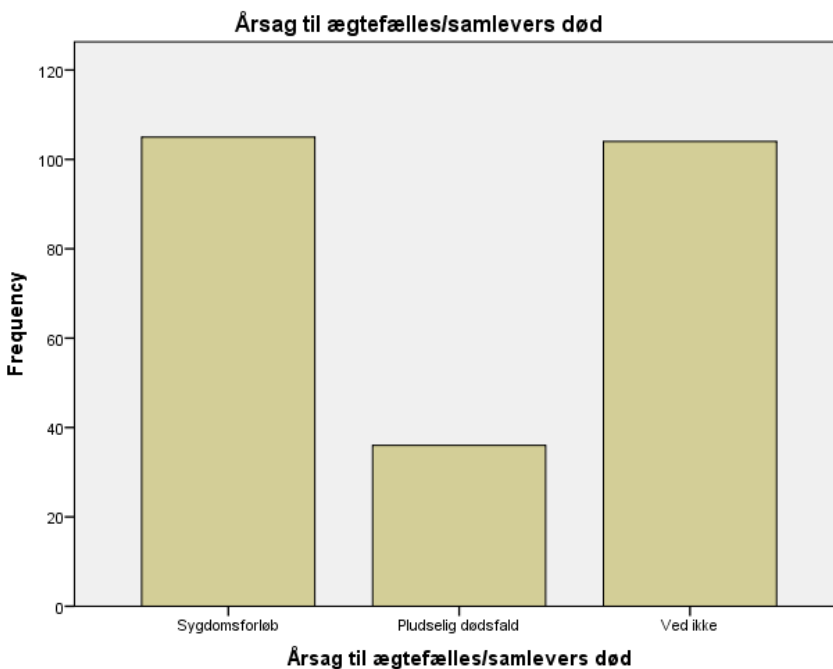


Tabel 1. Netværk og fritid for målgruppen.

Ugentlig kontakt med familie, venner, naboer (n, %)	
• Ja	152 (62 %)
• Nej	19 (7 %)
• Ved ikke	75 (31 %)
Fritidsaktiviteter der involverer andre (n, %)	
• Ja	82 (34 %)
• Nej	74 (30 %)
• Ved ikke	89 (36 %)

Vær opmærksom på at 'ved ikke' primært dækker over de personer, som ikke har modtaget sundhedstilbuddet og informationen derfor ikke har været tilgængelig.

Figur 4. Årsag til ægtefælles/samlevers dødsfald.



Vær opmærksom på at 'ved ikke' primært dækker over de borgere, som ikke har modtaget sundhedstilbuddet og information om ægtefælles/samlevers død har derfor ikke været tilgængelig.

105 (43 %) borgere mistede ægtefælle/samlever efter at denne havde været gennem et sygdomsforløb. Sygdomsforløbet kunne være på grund af Parkinson, Alzheimer, kræft, KOL, Diabetes, hjertelidelse, nyrelidelse eller almen svækkelse. 36 (15 %) borgere mistede ægtefælle/samlever pludseligt grundet hjertestop, blodprop i hjernen, hjerneblødning eller selvmord. 104 (42 %) ved ikke.

### **Målgruppens forbrug af sundhedsydelser**

Der er sendt 244 breve vedr. forebyggende hjemmebesøg om samtale efter ægtefælles/samlevers død, dvs. alle i målgruppen på nær én har modtaget brev i overensstemmelse med arbejdsgangsbeskrivelsen.

I målgruppen var der 104 borgere (42 %), der tidligere har haft forebyggende hjemmebesøg af en sundhedsvejleder og 140 personer (57 %) som ikke tidligere havde haft besøg af en sundhedsvejleder.

Tabel 2. Oversigt over gennemførte besøg ved omkring 8 uger og 20 uger efter ægtefælles/samlevers død.

	Ja	Nej
Besøg omkring 8 uger efter ægtefælle/samlevers død, n (%)	161 (66 %)	84 (34 %)
Besøg omkring 20 uger efter ægtefælle/samlevers død, n (%)	141 (58 %)	104 (42 %)

Omkring 3 % af de borgere som tager imod tilbud om samtale om tab og livsmod efter at have mistet ægtefælle/samlever har brug for et eller flere ekstrabesøg af sundhedsvejlederen ud over de planlagte 2 besøg omkring 8 og 20 uger efter ægtefælles/samlevers død.

Tabel 3. Fordeling af køn på gennemførte besøg omkring 8 uger efter ægtefælle/samlevers død. Andelen af målgruppen, der modtager et forebyggende efterladte besøg er lidt større blandt mænd end kvinder hhv. 71 % og 63 %. Forskellen er ikke signifikant ( $p=0,239$ ).

		Køn (n)		Total
		Kvinde	Mand	
Besøg omkring 8 uger (n)	Ja	107	54	161
	Nej	62	22	84
Total		169	76	245

Tabel 4. Betydning af kendskab til sundhedsvejleder inden ægtefælles/samlevers død i forhold til gennemførte besøg omkring 8 uger. Andelen af målgruppen der takker nej til at besøg er dobbelt så stor for dem som ikke tidligere har haft besøg af en sundhedsvejleder sammenlignet med de som tidligere har haft besøg af en sundhedsvejleder hhv. 43 % og 22 %. Dette kunne tyde på, at borgere der kender sundhedsvejlederen før ægtefælles/samlevers død er mindre tilbøjelig til at takke nej til tilbuddet sammenlignet med de borgere som ikke kender sundhedsvejlederen før ægtefælles/samlevers død.

		Tidligere besøg af sundhedsvejleder (n)			Total
		Ja	Nej	Ved ikke	
Besøg omkring 8 uger (n)	Ja	81	80	0	161
	Nej	23	60	1	84
Total		104	140	1	245

Tabel 5. Betydning af alder i forhold til forbrug af sundhedsydelse. Andelen af borgere der tager imod forebyggende hjemmebesøg efter at have mistet ægtefælle/samlever er større for personer over 75 år sammenlignet med personer under 75 år. Dette må ses i sammenhæng med at langt flere borgere over 75 år har tidligere haft besøg af en sundhedsvejleder end borgere under 75 år. Derfor kan det være svært at konkludere entydigt på om alder har betydning for forbrug af sundhedsydelse. Tabel 5 viser, at i alle aldersgrupper er der forbrug af sundhedsydelsen forebyggende hjemmebesøg til efterladte.

		Besøg omkring 8 uger	Besøg omkring 20 uger
Aldersgrupper, n (%)*	65-69 år	20 (51 %)	17 (44 %)
	70-74 år	36 (60 %)	30 (50 %)
	75-79 år	44 (72 %)	40 (66 %)
	80-84 år	37 (70 %)	35 (66 %)
	≤ 85 år	24 (75 %)	19 (60 %)
Total, n		161	141

\*Viser andelen af borgere i målgruppen som modtager et forebyggende hjemmebesøg.

### **Delstudie 3 Deltagerobservation samt interviewundersøgelse af borgernes oplevelser og erfaringer med samtale med sundhedsvejleder om tab og livsmod**

Der gennemførtes et feltstudie i perioden januar 2017 til marts 2018 med henblik på at udforske erfaringer med indsatsen ud fra et borgerperspektiv. Borgerperspektivet tog afsæt i borgers oplevelse af betingelser for håndtering af tabet i hverdagen efter ægtefælles eller samlevers død. Der vil anvendes deltagerobservation og dybdegående interview. 15 borgere som modtog forebyggende samtale om tab og livsmod efter at have mistet ægtefælle/samlever blev inkluderet i studiet. Fundene blev anvendt i udvikling af indsats samt evaluering af hele projektførelsen. En videnskabelig artikel er under udarbejdelse på baggrund af resultater fra undersøgelsen.

Nedenfor er et uddrag af analysen med afsæt i en borgers fortælling om sine erfaringer og oplevelser forbundet med at have mistet ægtefælle og modtage samtale herom med sundhedsvejledere. Særligt med fokus på sorgarbejde og sårbarhed i forbindelse med at have mistet. Borgeren var 72 år da vedkommende mistede sin 7 år yngre ægtefælle efter et korterevarende sygdomsforløb. Vedkommende nåede at være gift med afdøde i 25 år. Følgende overordnede temaer fremkom:

#### **Recovery**

Teori om Recovery-begrebet er oprindeligt udviklet til at beskrive den personlige proces en person gennemgår for at lære at leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv på trods af fysisk eller psykisk lidelse. Recovery er en personlig proces, hvor den enkeltes holdninger, værdier, følelser, mål, kompetencer og/eller roller ændres. Centralt for teorien om Recovery er at leve og udforske livet med dets udfordringer under de omstændigheder den enkelte lever med. En vigtig arena herfor er blandt andre sociale aktiviteter som familie, venner, arbejdsplads og fritidsaktiviteter. Selvom Recovery sker som en individuel proces og ikke i sig selv handler om behandling, kan relevant fagpersonale og behandlere støtte den enkelte i processen (Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrativesynthesis. Br J Psychiatry. 2011 Dec;199(6):445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733. Dansk Selskab for Psykosocial

Rehabilitering, 2014). Et eksempel kan være det forebyggende tilbud til ældre der har mistet ægtefælle/samlever. Nogle borgere medfører denne livsforandrende begivenhed sorgfyldte forandringer i dele eller alle livsområder og oplevelsen af at være særligt sårbar kan betyde, at borgeren har brug for støtte og rådgivning i sin recovery-proces.

Et undertema forbundet med interne processer i Recovery var oplevelsen af at være forbundet med andre. Eksempel på denne forbundethed med sundhedsvejleder i mødet med en professionel betyder noget for håndtering af sorgen. Forbundethed til den professionelle gør det muligt at arbejde med sorgen. Borgeren udtrykker det således:

*”Og jeg ved, at nogen øh af vores psykologer og socialrådgivere de duede ikke til nogen af vores folk, vores klienter, og andre duede. Jeg ved ikke, hvad jeg kan bruge det til, men det ved jeg bare, jeg ved af erfaring, at jeg nogle gange har sagt til en psykolog: ”Det skal du ikke det der, for det kan du ikke”, det har ikke noget at gøre med pågældende person, det er bare sådan det var. Så svaret er vel egentligt, nu før du spørger, så vil jeg sige, som jeg vil sige, vurderede sundhedsvejlederen yderst professionel og indfølelse. Fordi der det var jo det indtryk hun gav. Jeg ved ikke om jeg fik det sagt før, men jeg følte, at jeg nok havde så mange parader, men at hun læste dem, inden jeg næsten blev sat ned. Sådan følte jeg det. Og det det var jo fantastisk fornemt, jeg tror da det var derfor, at vi fik så god en kemi, altså fik snakket så godt sammen ... det betyder da noget, den person der kommer er professionel.”*

Håb og optimisme for fremtiden ses idet borgeren forsøger at konstruere en ny hverdag og indføre nye rutiner for at skabe forandring. Borgeren fortæller, hvordan følelsen af sårbarhed blev en del af recovery-processen og en øjenåbner for hvordan han reagerede på at have mistet sin ægtefælle. Efter en periode, hvor det var svært at se en fremtid, oplevede borgeren at det var nødvendigt at lære at leve et nyt liv:

*”Det er i hvert fald rart. Jeg kunne jo også (synker) – på en eller anden måde begyndte jeg at sige til mig selv ”Hvis der ikke sker en forandring, så bliver det bare sort”. Det blev værre og værre ... lige pludselig så tænkte jeg på ”Hvor ender du henne”. Jeg kom ikke ud – ikke ud over den der tur. Og når jeg kom hjem, så kunne jeg sætte med en kop kaffe og så fandt jeg ud af, at her har du siddet i 3 timer. Så blev jeg sgu’ bange. For at sige det rendt ud. Det går jo ikke. Det går jo ikke ... Det gik op for mig, at det går jo ikke, det her. Så begyndte jeg at gøre nogle ting. Lod bilen stå. Når jeg skal handle, så cykler jeg til byen. Og fik noget jeg skulle gøre. Og det synes jeg også, at jeg er kommet lidt længere med. Jeg kan sige, at jeg frygter ikke dagen så meget. Det er sådan at jeg mener, når jeg siger at det går lidt bedre. Det kan jeg godt sige dig. Jeg frygter ikke dagen så meget.”*

Identitetsudvikling var en del af recovery-processen, hvor samtaler med sundhedsvejlederen var med til at normalisere sorgreaktionen. Borgeren fortæller:

*”Det var sådan noget med at jeg fik en fornemmelse af at jeg var ganske normal. Hun (sundhedsvejlederen) prøvede på at sige at du har det som man nu har det i den situation. Du er ikke unormal. ”Men du er en stædig person”, sagde hun til mig. Og det er jeg nok også. Jeg er nok sådan en der gerne vil selv. Det var nok det, at kun fik sagt til mig, at du er nok ikke så unormal, som du er ved at tro ... En ting hun også sagde, det der med at noget der gør ondt. Du har nok lidt berøringsangst. Det kan jeg huske at hun sagde til mig. Du har nok stadig lidt berøringsangst ved at skulle røre din afdøde kones ting. ”Nu kan du bare vente”, sagde hun, ”for det er sådan at det er”. ”Og det er ganske normalt”. Det*

*havde hun jo ret i. Så det vil jeg faktisk sige, at det har været en rigtig god hjælp. På det helt jordnære plan. Det må jeg sige.”*

Etablering af ny hverdag og strukturering af denne er med til at skabe et meningsfuldt liv. Sorgen gøres til et naturligt element i hverdagen: *”Jeg går jo meget tur ud i naturen. Og der har jeg så taget og gå ind over kirkegården. Det gør jeg da tit.”*

Strukturering af hverdagen er med til at give borgeren handlekompetence (empowerment) og håndtere hverdagen uden den mistede. Borgeren fortæller hvordan flugt fra de daglige ting som bringer minder frem om den afdøde bliver metode til at håndtere sorg:

*”Altså. Den er jo tom. Det kan jeg lige så godt sige. Jeg prøver på. Det er blevet lidt bedre til at tvinge mig til at glæde mig over nogle ting. Prøve at tvinge mig til at det ikke er sort det hele. Prøve at sige det til mig selv. For der er da stunder hvor det er svært, hvor her er meget, meget stille. Det er jo ikke udenlandsrejser det drejer sig om at tænke på at have det godt. Det er ikke de der højder. Det er dagligdagen der er så forfærdelig og så alene. Det er de der daglige ting – haven og vi spiste først aftensmad kl. 9.00, hvis det passede os. Det (madlavningen) kunne vi jo stå med i 2 timer. Altså de der samlingspunkter, som vi havde. Det er tomt. Det er lidt tomt. Men jeg synes også at jeg bliver lidt bedre til det.”*

*”Det er sådan at det er. Det der med at gå om formiddagen. Det har jeg altid gjort meget. Og det med at cykle til fjorden, det var også lidt en flugt fra den der tid (tiden alene). Det fandt jeg ud af. Det var det jo. Når jeg kom ind her ved fire fem stykker (får tårer i øjnene) ...”*

### **Sårbarhed**

Sårbarhed kan tage over på mange livsområder og få betydning for det enkelte menneskes betingelser i livet. Judith Spiers beskriver sårbarhed ved to perspektiver; et Emic og et Etic-perspektiv. Emic-perspektivet relaterer sig til sårbarhed som selvoplevet fænomen, med andre ord individets egen oplevelsen af at være sårbar i forhold til udfordringer rettet mod følelsen af integritet. Etic-perspektivet refererer til normative sociale værdier som eksempelvis demografiske faktorer, som lader det enkelte individ være mere udsat for objektive risikofaktorer, som med et eksternt perspektiv kan være medvirkende til at personen udsættes for sundheds- eller socialrelaterede problemer, der øger personens afhængighed af andre.

Gennem borgerens fortælling kom emic-perspektivet frem og informanten oplevede områder i sit liv som sværere at håndtere efter tab af ægtefælle. Etablering eller reetablering af en hverdag har betydning for oplevelsen af at kunne håndtere tabet. Egne krav og oplevelser af om omgivelsernes krav og forventninger til hvordan personen klarer hverdagen efter tabet har betydning for håndtering af tabet.

Der kan være tidspunkter/situationer hvor informanten ikke evner at gøre som denne havde tænkt at burde gøre efter at have mistet ægtefællen:

*”Du skal tvinge dig til at være alene med dig selv ... her i huset. Fordi de her tider om aftenen og sidst på dagen – sidst på eftermiddagen – de har været rigtigt svære. Altså, jeg kan ikke sætte ord på, men de har været så forfærdelige svære. Så det har jeg arbejdet noget med at sige ”Det er sådan det er for dig nu.*



*Der kommer ikke nogen og sidder og snakker med dig. Du er her alene. Du skal finde ud af at det er værd at læse avisen og værd at læse en bog eller hvad det er". Det synes jeg også at det går bedre."*

### **Timing for forebyggende samtale**

Borgeren oplevede det som passende tidspunkter at få besøg af sundhedsvejlederen selvom borgeren inden besøget var usikker på hvad samtalen indebar:

*Interviewer: Var det et passende tidspunkt, at sundhedsvejleder kom ud?*

*Borger: Altså første gang der da, ærlig talt, hvad skal jeg sige?*

*Interviewer: Det er ikke sikkert du har nogen overvejelser i forhold til det.*

*Borger: Næ, det må jeg sige, jeg ved ikke om jeg har tænkt på den gang om det var rigtigt eller ej, jeg tænkte mere på: "Hvad pokker vil hun?"*

*Interviewer: Ja, så usikkerheden ved, hvad var det egentlig, der skulle ske?*

*Borger: Men det var jo rigtigt, for jeg var jo glad for det.*

*Interviewer: Ja. Så egentlig, så selvom du var lige ved at aflyse, så gav det faktisk god mening at hun kom.*

*Borger: Ja, det gjorde det. Det er sådan derfor jeg sådan sidder og jeg må faktisk sige, at det var et godt tidspunkt. Uden at jeg egentlig gjorde mig det klart dengang, men jeg var glad for det.*

## **Delstudie 4 Interviewundersøgelse af sundhedsvejleders oplevelse og erfaring med gruppesupervision**

Et kandidatspeciale lægger til grund for den videnskabelige produktion. Formålet var at undersøge hvilken betydning sundhedsprofessionelle oplevede at gruppesupervision har haft for deres egen praksis og faglige udvikling. Den metodiske tilgang tog afsæt i en hermeneutisk tilgang er der blev foretaget 6 semistrukturerede interviews med sundhedsvejledere i Vejle Kommune. Data er analyseret ud fra en tematisk analyse og vurderet især på baggrund af teorien om situeret læring.

Resultaterne fra delstudiet viste, at for at sundhedsvejledere kunne udveksle erfaringer om dilemmaer fra egen praksis må de have en hensynsfuld tilgang til gruppen. Gennem gruppesupervision lærte sundhedsvejledere at håndtere egen praksis ved at lytte til andres refleksioner og afprøve teorier og metoder. De sammenligner egen praksis med andres dilemmaer og refleksioner. Deres nye viden om kollegaers arbejde giver en større sikkerhed og ro i egen praksis. Studiet viste dog også, at sundhedsvejledere ikke ønsker at sige alt i en gruppesupervision. Når der er private forhold involveret i dilemmaerne, vil de være mere villige til at tale om det i individuel supervision, men ønsker ikke at tale om det i gruppesupervision. På baggrund af studiet konkluderes det at udvikling af egen praksis og den faglige identitet har været anvendt som en indikation på højere kvalitet af sundhedsvejledernes arbejde. Da gruppesupervisionen har ført til en ny bevidsthed og ændringer i praksis, kan gruppesupervision derfor betragtes som et redskab til at øge kvaliteten i sundhedsprofessionelles faglige virke. Der kan være grænser for, hvad man ønsker at fortælle i gruppen, og det vil derfor være relevant at tage højde for dette i dannelsen af et gruppesupervisionsforløb.

Resultater fra dette delstudie planlægges at publiceres i artikelform i et fagligt tidsskrift.

## **Delstudie 5 Workshops og teammøder**

Som en del af forskningsprocessen aktionscyklusser blev der gennemført 2 workshops og teammøder i løbet af projektperioden. En arbejdsgruppe bestående af forskeren og 2 sundhedsvejleder planlagde og afholdt workshops og teammøder.

Teammøder blev løbende afholdt for at følge processen i implementering af det forebyggende tilbud i praksis og for at understøtte processen i udførelse af tilbuddet. På baggrund af teammøder blev der ligeledes udviklet dokumenter, der skulle anvendes i udførelsen af tilbuddet herunder arbejdsgangbeskrivelse og samtaleark om sorgproces (to-spors modellen). Der blev i projektperioden gennemført 2 workshops, der repræsenterede det 4. element i forskningsprocessens aktionscyklus vedrørende refleksioner over effekter af det forebyggende tilbud med henblik på videre planlægning og efterfølgende aktion.

### **Workshop den 8. december 2015 kl. 8.30-12.00**

Refleksioner over tilbuddet til ældre efterladte over 65 år samt navngivning af projekt. Herudover drøftelse af kompetenceudvikling af sundhedsvejledere og krav til dette set i relation til tilbuddets indhold og formål. Workshoppen blev ligeledes brugt til drøftelse af indhold i en arbejdsgangbeskrivelse for den forebyggende samtale med ældre som har mistet ægtefælle eller samlever. På baggrund af drøftelsen udarbejdede arbejdsgruppen dokument for arbejdsgangsbeskrivelsen.

Det metodiske grundlag for workshoppen byggede på "Omvendt brainstorming" (Thiagi, S. (1996): Creativity Games: Eliminate Problems and Profit from Opportunities, HRD Press, Amherst). Sundhedsvejlederne blev inviteret ind i et arbejdende værksted, hvor det skulle sættes gang i en idégenererende proces, der skal hjælpe forsker og udforskede på vej i forhold til at udvikle projektet herunder navngive projektet. Teknikken omkring Omvendt brainstorming initieredes med, at teamet skulle producere negative idéer omkring mål og navn for projektet. Disse negative idéer fungerede som mellemtrin til positive/rigtige idéer for projektet. Baggrunden for teknikken bygger på en antagelse om at de fleste mennesker har nemmere ved at producere negative idéer end positive, og derfor er omvendt brainstorming en god teknik, hvis vores fulde potentiale skal udnyttes. Øvelsen i workshoppen skulle munde ud i, at der var generet idéer til hvordan titlen på projektet formuleres så den var dækkende og fængende og indeholdt meningsgivende ord.

Udførelse af Omvendt brainstormings gennemførtes i følgende faser: Fase 1 bestod af negativ idégenerering. Teamet dannede mindre grupper af to til tre personer. Opgaven bestod i at finde på så mange idéer til at svare på følgende negative problemformuleringer: Hvordan formulerer vi en projekttitel som ikke giver mening? Hvordan formulerer vi en titel som indeholder misvisende ord? Hvordan formulerer vi en titel som er anstødelig? Hvordan hindrer vi, at titlen bliver god? Hver enkelt idé blev skrevet ned på en post-it og sat op på væggen under negative idéer. Der samles op i plenum, hvor de vigtigste idéer udvalgte til videre arbejde. Det blev brugt 10 minutter til gruppearbejde og 5 minutter til opsamling. Fase 2 bestod af positive idégenerering. Der blev dannet grupper på 4 i hver. De negative idéer skulle nu ændres til positive idéer, eller bruges som indgangsvinkel til at skabe nye positive idéer om projektets formål og navn. Hver gruppe gennemgik de udvalgte negative idéer en efter en for at vurdere om nogle af disse kunne vendes til positive idéer. Denne del af processen var med til at skabe helt nye idéer på baggrund af de negative idéer. Det er væsentlig her at være opmærksom på at den kreative proces i fase 2 ikke stoppes og derfor blev grupperne specifikt bedt om ikke at vurdere eller kritisere de mange idéer der kom frem. Hver enkelt positiv idé blev nedskrevet på post-it og sat op på væggen under positive idéer. Der blev brugt 10 minutter til gruppearbejde og 5 minutter til opsamling i plenum. Resultatet af teknikken endte ud med et antal positive idéer, som arbejdsgruppen kunne

arbejde videre med. Forsker deltog som primusmotor for igangsættelse og gennemførelse af proces. Sundhedsvejlederne i arbejdsgruppen sørgede for at alle var med og dokumenterede via referat og billeder.

### **Workshop den 3. marts 2018 kl. 8.30-12.00**

Refleksioner over tilbuddet samtale om tab og livsmod samt drøftelse af udviklingstiltag

#### Part 1

Gruppearbejde i 30 minutter:

Med afsæt i vækstmodellen diskuteres ud fra egne erfaringer det positive ved tilbuddet og udfordringer ved tilbuddet. Arbejdsgangbeskrivelsen drages med ind i drøftelserne.

Plenumdrøftelse i 30 minutter:

Med afsæt i vækstmodellen samlet op på gruppearbejde og mulige handlinger beskrives.

#### Part 2

Fælles gennemgang af resultater fra audit samt interview med borger. Varighed 30 minutter.

Gruppearbejde i 15 minutter: Drøftelse af mulige handlinger ud fra resultater.

Med afsæt i vækstmodel samles op på mulige handlinger.

I plenum drøftes fremad (beslutninger om ændringer). Varighed 30 minutter.

Figur 1 Illustration af resultater fra workshoppen. Vækstmodellen viser sundhedsvejledernes erfaringer med samtaler om tab og livsmod.

#### POSITIVT

Godt brev

Rammen er klar og velbeskrevet

Supervision og vidensdeling

Meningsfuldt for borgerne

Givende for sundhedsvejleder

Forskning og evaluering – rum for refleksion

Fastholder sundhedsfremme perspektivet

Øger kvalitet generelt i alle besøg

#### UDFORDRINGER

Når der er ændringer i borgerens liv

Tidspres

Kompleksiteten, fx selvmordstruede

Følelsesmæssigt tung

Energimæssigt brugt efter samtale

Breve

Afvigelser fra rammen

At få afsluttet borger

Manglende tilbud ved kompliceret sorg

#### MULIGE HANDLINGER

Erfaring/krav til at løfte opgaven

Ramme for "aflevering" af borgeren

Specifikke breve til alle besøg

Rammen ændres til at der sendes brev 2 til alle

Inddragelse af ledelsen omkring serviceniveau

Hvornår og hvor meget?

Fastholde supervision

Drøftelse af arbejdsopgaver

Ændrede arbejdsvilkår drøftes

#### FREMAD

Drøftelse af: (med ledelse)

-Hvad gøres når der er ændringer i borgers liv?

-Prioritering af ressourcer

-Brev u. dato efter 20 uger, ved afbud besøg 8 uger?

-Service niveau

Fastholder supervision og undervisning