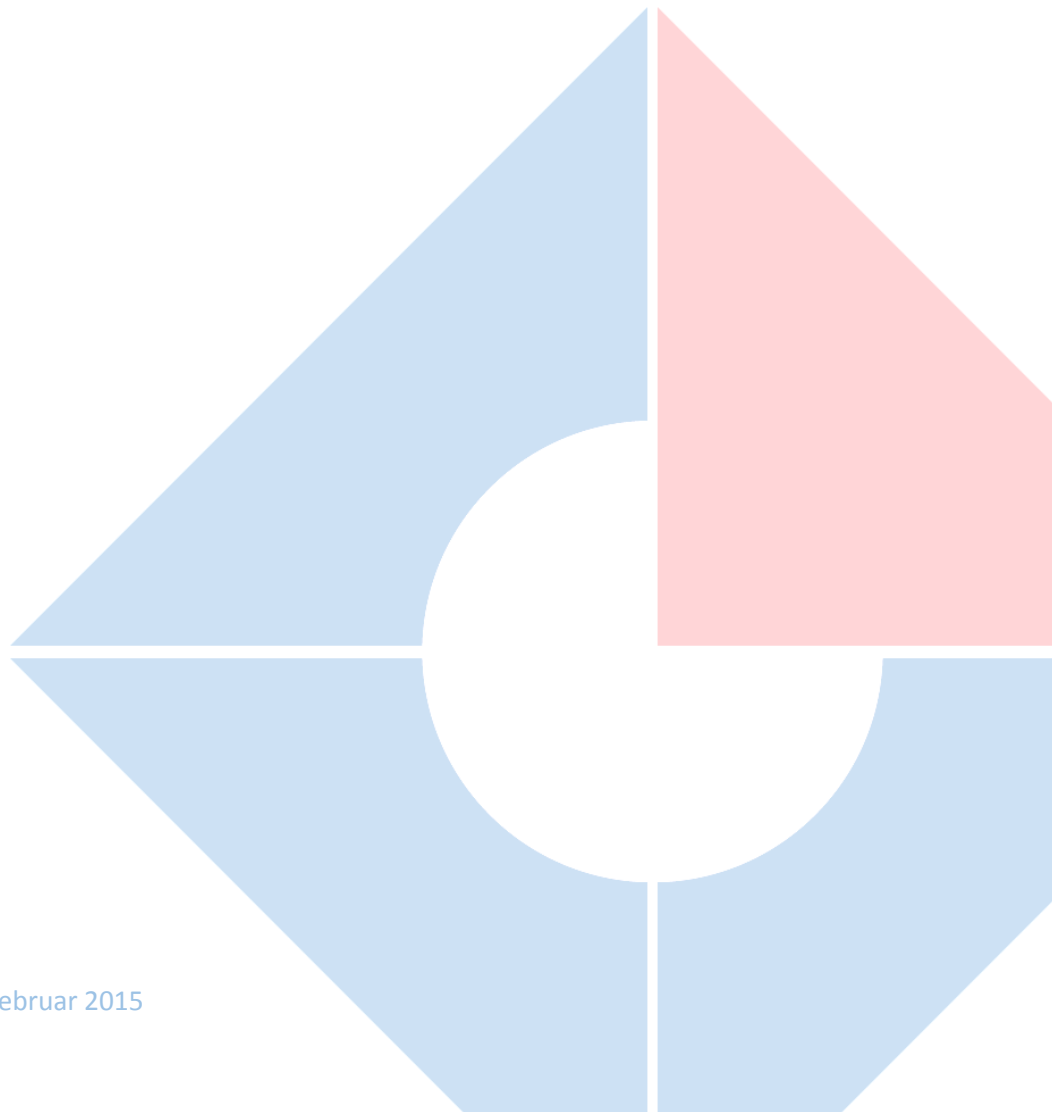




VIDENSCENTER FOR
BRUGERINDDRAGELSE
– i sundhedsvæsenet

Tema:

Pårørendeinddragelse



Opdateret og offentliggjort 26. februar 2015

Indhold

Sammenfatning	3
Pårørendeinddragelse	3
Inddragelse i patientens forløb og de pårørendes egne behov	4
Informationer til den videre læsning.....	4
Forudsætninger	5
Samtykke fra patienten	5
Ledelsesmæssig opbakning og godt tværfagligt samarbejde.....	5
Ejerskab og inddragelse af pårørende og personale i udviklingen af metoder.....	5
Kompetencer og engagement	5
Fælles sprog, trygge rammer.....	6
Dialogstøtteredskaber	6
Krav om opfølgning	6
Udfordringer	7
Modstand blandt personalet.....	7
Overlevering af dårlige prognoser og utryghed blandt personalet.....	7
Skuffede pårørende ved mangel på opfølgning	7
At være beredt	7
Forskellige tilgange til de pårørende	8
Forskellige billeder af patientens situation	8
Begrænsninger i samtalen	9
Logistik.....	9
Effekter	9
Positive effekter.....	9
Forventningsafstemning og fælles beslutningstagning.....	9
Relationer udbygges	10
Kulturændring.....	10

Tilfredshed hos patienter, pårørende og personale	10
Kvalitetsløft og kontinuitet.....	10
Den pårørende føler sig ikke ladt alene	11
Ressourcebesparelser.....	11
Patienten bliver aflastet	11
Fagpersonen får udbytte af samtalerne.....	11
Negative effekter.....	12
Medarbejdermodstand under opstart	12
Mindre kontakt med patienter og pårørende for enkelte faggrupper.....	12
Konsekvenser for andre funktioner.....	12
Kræver ekstra ressourcer	12
Ulighed i inddragelse	12
Projekter	12
1) Den involverende stuegang.....	13
2) Forventningssamtalen	14
3) Første opsøgende kontakt.....	14
4) Åben dialog.....	15
5) Samtaler med neuropsykolog - neuropsykologsamtaler	16
6) Hjælp til pårørende – præstesamtaler	16
7) Åben pårørenderådgivning.....	17

Sammenfatning

Inddragelse af pårørende foregår flere steder på forskellige hospitaler og i psykiatrien og kan opdeles i to dimensioner: Inddragelse i forhold til patientens forløb og inddragelse i forhold til de pårørendes egne behov. De to dimensioner tjener hvert deres formål.

Ved inddragelse i forhold til patientens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere patientens behandling. Ved inddragelse i forhold til den pårørendes egne behov fokuserer man derimod udelukkende på den pårørendes egen situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker videre end det, der ydes af behandlerne i mødet med den pårørende i dagligdagen på afdelingen. Det er ViBIS' overordnede vurdering, at indsatser der falder inden for disse to dimensioner, er gode metoder til pårørendeinddragelse – både set ud fra et pårørendeperspektiv, et patientperspektiv og et fagligt perspektiv.

Der er flere erfaringer med pårørendeinddragelse i praksis, både hvad angår forudsætninger, udfordringer og effekter. Der kan være usikkerhed eller modstand blandt personalet ved opstart af et nyt projekt med fokus på inddragelse af de pårørende. Det er vigtigt, at personalet er grundigt klædt på til at inddrage de pårørende, og at personalet råder over de nødvendige kompetencer i den forbindelse. Det er også nødvendigt, at de professionelle har en bevidsthed om, at pårørende er forskellige som personer og dermed kan have forskellige behov.

Pårørendeinddragelse kan være med til at give en bedre kvalitet i behandlingen. Inddragelsen kan føre til ressourcebesparelser og til en højere tilfredshed hos både patienter, pårørende og personale. Pårørende føler sig mere trygge, og inddragelse kan være med til at skabe en ny pårørendekultur på afdelingerne. Der er en række forudsætninger, der skal være til stede for at sikre en succesfuld implementering af pårørendeinddragelse. Eksempler på dette er ledelsesmæssig opbakning, et fælles sprog og inddragelse af både personale og pårørende i udviklingen af metoder til pårørendeinddragelsen. Det er vigtigt, at man sikrer sig, at der er samtykke fra patienten til inddragelse af de(n) pårørende i patientens forløb, og inddragelsen skal i alle tilfælde være et tilbud til de pårørende – ikke et krav.

Det er ikke alle projekter i dette tema, der grundigt har evalueret de pårørendes oplevelser. Der er således behov for et øget fokus på de pårørendes perspektiv, når nye projekter bliver implementeret. Det har givet positive resultater at inddrage pårørende i udviklingen af metoden til pårørendeinddragelse.

Pårørendeinddragelse

Pårørende besidder en unik viden om patienten, og informerede og involverede pårørende kan bidrage til beslutninger og med ressourcer, der skaber bedre behandlingskvalitet for den enkelte patient. Pårørende kan også være belastede og i krise og have behov for støtte til at være i rollen som pårørende.

Pårørendeinddragelse kan deles op i to dimensioner: Inddragelse i forhold til patientens forløb og inddragelse i forhold til den pårørendes egne behov. Temaet tager udgangspunkt i syv danske tiltag, der vedrører pårørendeinddragelse på enten somatiske eller psykiatriske enheder. De syv tiltag er udvalgt, da de i nogen grad er repræsentative for en række pårørendeindsatser i Danmark.

Inddragelse i patientens forløb og de pårørendes egne behov

Fire af de syv projekter (1-4) belyser den del af pårørendeinddragelsen, hvor den pårørende bidrager til patientens forløb. Projekterne er: Den involverende stuegang, Forventningssamtalen, Første opsøgende kontakt og Åben dialog.

Fælles for disse projekter er, at de tager udgangspunkt i forskellige former for strukturerede samtaler mellem fagprofessionelle, patienter og pårørende med det formål at skabe et rum for vidensdeling angående patientens situation og behandlingsforløb. Samtidig etableres der en ramme for opfølgende kontakter mellem de involverede parter og for det videre samarbejde.

De tre øvrige projekter (5-7) belyser den del af pårørendeinddragelsen, der tager udgangspunkt i de pårørendes egne behov. Det kan være pårørende til særlig tunge patienter eller pårørende i krise. Det drejer sig om: Samtaler med neuropsykolog, Hjælp til pårørende - præstesamtaler og Åben pårørenderådgivning.

Projekterne har karakter af rådgivning og drejer sig i alle tilfælde om samtaler mellem mindst en professionel og de(n) pårørende uden deltagelse fra patienten. Tilrettelæggelsen af rådgivningen er meget forskellig alt efter, hvilken type patient, pårørende og sygdom der er tale om.

Informationer til den videre læsning

I dette tema dækker betegnelsen "projekter" for overskuelighedens skyld over både indsatser, hvor man arbejder med pårørendeinddragelse i form af afgrænsede projekter, og indsatser, hvor pårørendeinddragelse er implementeret i praksis.

De syv udvalgte projekter er følgende:

1. Den involverende stuegang
2. Forventningssamtalen
3. Første opsøgende kontakt
4. Åben dialog
5. Samtaler med neuropsykolog
6. Hjælp til pårørende - præstesamtaler
7. Åben pårørenderådgivning

I afsnittet "Projekter" gives der en kort beskrivelse af de enkelte projekter. Der findes links til supplerende projektmateriale og kontaktoplysninger på de forskellige projektledere, som kan kontaktes, hvis man har brug for mere information om et konkret projekt.

Numrene på projekterne anvendes gennemgående som reference i de fleste af temaets underafsnit. Numrene angiver, hvilke projekter de pågældende afsnit bygger på.

Vurderingerne og anbefalingerne fra ViBIS er underbygget med fakta og udsagn fra de undersøgte projekter og fra litteratur på området. Det er dog ikke alle projekter, der er evalueret. Projekterne, der omhandler pårørendeinddragelse i patientens behandling, er dem, der oftest har en evaluering indbygget i selve projektforløbet. Dette er i mindre grad tilfældet med de projekter, som fokuserer på de pårørendes egne behov, og som består af enkelte eller gentagne samtaler og rådgivninger. Her er det ofte en løbende erfaringsopsamling og tilretning af indsatsen på baggrund af de pårørendes umiddelbare feedback efter samtalerne, der danner baggrund for en vurdering af indsatsens forløb og resultater.

Forudsætninger

Forudsætningerne for pårørendeinddragelse er ikke de samme for alle indsatser – nogle forudsætninger er generelle, andre mere specifikke. Fælles for de beskrevne forudsætninger er, at de har været betydningsfulde for en succesfuld implementering af pårørendeinddragelsen.

Samtykke fra patienten

At inddrage pårørende i patientens behandlingsforløb kræver, at patienten giver sit samtykke hertil. Kun under særlige omstændigheder – for eksempel hvis patienten er inhabil – kan pårørendeinddragelse ske uden patientens samtykke. (1, 2, 3, 4)

Ledelsesmæssig opbakning og godt tværfagligt samarbejde

Det er af afgørende betydning, at der er et ledelsesteam, som bakker op om indsatsen. Teamet skal gå forrest som rollemodel og stå bag implementeringen. Retningslinjer og faste dagsordener er nyttige redskaber til at skabe struktur i dette arbejde. Ledelsesmæssig opbakning kan være af særlig betydning, hvis indsatsen er af tværsektoriel karakter.

Et godt tværfagligt samarbejde er en anden vigtig forudsætning, eksempelvis i form af en tværfaglig arbejdsgruppe, der kan udarbejde informationsmateriale, spørgeguider og lignende til patienter og pårørende. (1, 2, 4, 7)

ViBIS anbefaler, at ledelser tydeligt går forrest fra start til slut ved gennemførelse af pårørendeprojekter.

Ejerskab og inddragelse af pårørende og personale i udviklingen af metoder

Det er vigtigt, at personalet føler et fælles ansvar og får ejerskab over projektet. Dette kan blandt andet opnås ved, at personalet inddrages i udviklingen af en metode, for eksempel forventningssamtalen, og helst i samarbejde med de pårørende. Derved sikres det, at diskussionerne ikke baseres på personalets forestillinger om, hvad der er godt for de pårørende, men at det endelige produkt fremstår som personalegruppens og de pårørendes *fælles værk*.

Ejerskabsfølelsen hos personalet fremmes blandt andet ved, at der sker en tæt informationsudveksling om projektets fremdrift, målopfyldelse og de resultater, der er opnået. Det giver god motivation til det videre arbejde, men ejerskabsfølelsen forudsætter også, at der er en god portion mod og åbenhed til stede hos personalet. Dette er med til at sætte rammerne for, hvor unikt og vedkommende en metode kan blive og hvilken udbredelse, den vil kunne få. (2, 3, 4)

ViBIS anbefaler, at brugerperspektivet altid er repræsenteret, når der udvikles nye metoder til inddragelse.

Kompetencer og engagement

Indsatser, hvor de pårørendes egne behov er i fokus, har oftest karakter af rådgivning. Håndteringen af dette kræver særlige kompetencer hos de involverede fagpersoner. Nøgleordene er lydhørhed, engagement og emotionel forståelse – og evnen til, at fagpersonen samtidigt kan trække på sin faglige indsigt i forbindelse med en rådgivningssituation. Der skal dog tages højde for, at forskellige faggrupper *kan* forskellige ting. Det er derfor vigtigt, at fagpersonerne får mulighed for at agere i forhold til deres specifikke kompetencer og ikke bringes i en situation, hvor de bruges som surrogat for en anden type fagperson. De

involverede fagpersoner kan have mange forskellige typer af faglighed. De kan for eksempel være neuropsykologer, præster, sygeplejersker eller socialrådgivere. Indsatser kan nogle gange være båret af enkelte "ildsjæles" personlige initiativ og pionerånd.

Kollegial læring, supervision, efteruddannelse eller mere specifikke uddannelsesforløb er gode initiativer til at fremme den enkeltes kompetencer og engagement. Dertil kommer den uformelle støtte, som fagpersonerne kan give hinanden i dagligdagen – som hjælp til at kunne rumme udfordringerne ved inddragelse af pårørende. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)

ViBIS anbefaler, at det prioriteres højt, at det er fagpersoner med det rette engagement og de relevante kompetencer, der involveres og tilbydes videreuddannelse.

Fælles sprog, trygge rammer

Mødeledelse og målrettet kommunikation er nogle af de kompetencer, der skal sikre, at både patienter, pårørende og personale bliver hørt. Mødedeltagerne udvikler et fælles og forståeligt sprog, som også patienter og pårørende er en del af. Et fælles sprog kan skabe en vidensudveksling, som alle forstår. Det skaber en tryk atmosfære og ofte bedre betingelser for dialog, hvis personalet har fået et kendskab til de pårørende forinden. Pårørendesamtaler bør finde sted i et mødelokale, kontor eller lignende. Det skal være i et lukket og trygt forum, hvor andre ikke kan lytte med. (1, 2, 4, 5, 6, 7)

ViBIS anbefaler, at der sørges for organisatoriske og fysiske rammer, der fremmer gensidig forståelse og vidensudveksling.

Dialogstøtteredskaber

Dialogstøtteredskaber kan understøtte en god dialog ved at sikre, at personale og pårørende kommer omkring relevante emner i samtalen, og at alle bliver hørt. Eksempler på dialogstøtteredskaber er: a) en guideline, som kan give tryk i dialogen, b) en spørgeguide, der kan sikre et målrettet indhold, fordi den kan tilpasses den enkelte patient og/eller pårørende, c) en fast dagsorden, der er med til at skabe struktur i samtalerne. (1, 2, 3)

ViBIS anbefaler, at både pårørende og personale inddrages i udviklingen af dialogstøtteredskaber.

Krav om opfølgning

Der bør ske en ordentlig opfølgning på samtalerne med pårørende, for eksempel ved evaluerende samtaler eller ved dokumentationer, som fastholder mødernes indhold. Alt efter typen af møderne, kan det også være relevant med retningslinjer eller planlægningsaftaler, som mødedeltagerne forpligter sig til at overholde. Det er vigtigt at udpege navngivne kontaktpersoner til at sikre opfølgning. (2, 4)

ViBIS anbefaler, at pårørendeinddragelse implementeres som en fast del af praksis, og at der sikres en systematisk opfølgning på samtaler og møder.

Udfordringer

Der kan være en række udfordringer forbundet med at inddrage pårørende. Udfordringerne kan være varierende i art og omfang. Der vil også være forskel på, hvem der skal håndtere dem – nogle udfordringer er specifikt rettet mod personalet, andre angår primært de pårørende.

Modstand blandt personalet

Der kan være modstand hos personalet i opstarten af nye tiltag. Det kan for eksempel være svært for personalet at acceptere, at arbejdsgange ændres eller bortfalder. Det kræver en stor ledelsesmæssig indsats at tage hånd om dette og overbevise de berørte parter om, at arbejdet med nye brugerinddragende metoder i sidste ende vil kunne skabe høj, faglig kvalitet og tilfredshed hos alle parter. Nye tilgange, der for eksempel medfører en ny rollefordeling, kan også fremkalde usikkerhed hos personalet. Her gælder det om at forhindre, at usikkerheden udvikler sig til direkte modstand. (1, 4)

ViBIS anbefaler, at der ved nye tiltag tages hånd om personalet ved at sørge for, at der gives grundig information, og at der er ledelsesfokus på, at de medvirkende får den nødvendige støtte.

Overlevering af dårlige prognoser og utryghed blandt personalet

Der er emner, der kan være svære at tale om, for eksempel en patients prognose, hvis den er dårlig. For ikke at tage håbet fra patient og pårørende ender den enkelte fagperson måske med kun at tale om de mindre alvorlige ting. Det kan i det hele taget være svært for personalet at drøfte alle detaljer med patient og pårørende, når der samtidig er usikkerhed om, hvor meget disse kan rumme. At skulle bære på de pårørendes eventuelle frustrationer kan øge utrygheden hos personalet. (1, 3)

ViBIS anbefaler, at ledelsen og erfarne kollegaer inddrages, når løsningen af en svær opgave skaber utryghed hos en fagperson.

Skuffede pårørende ved mangel på opfølgning

Det kan være en udfordring for personalet at få videregivet informationer til de pårørende på en fuldendt måde og at få fulgt op på både informationerne og de aftaler, der er indgået. Netop informationer er et vigtigt grundlag for, at de pårørende føler sig inddraget. Er informationsformidlingen og opfølgningen mangelfuld, kan det blive en kilde til frustrationer og skuffede forventninger blandt de pårørende. (2)

ViBIS anbefaler, at videregivelse af informationer til pårørende sker efter en fast procedure.

At være beredt

Den opmærksomhed som de pårørende til dagligt får på afdelingen, slår ikke altid til. Det er ikke et udtryk for manglende vilje hos personalet, men det hænger ofte sammen med tidspresset på en travl afdeling. Mange pårørende har derfor et stort behov for en individuel samtale, hvor deres egne behov kommer i fokus. Det gælder især for pårørende til tunge patientgrupper. En sådan samtale er krævende for alle parter. Den pårørende skal kunne åbne sig og give og modtage informationer, der kan være svære at håndtere. Og for fagpersonerne kan det være en stor udfordring at skulle rumme den frustration og ængstelse, som nogle pårørende kommer med. (5, 6, 7)

ViBIS anbefaler, at det sikres, at der i tilstrækkelig grad er afsat tid og skabt rammer til mødet mellem fagpersonen og den pårørende, og at det er den pårørende, der som udgangspunkt kan bestemme temaet.

Forskellige tilgange til de pårørende

Forventningen om at en given fagperson skal kunne afdække og forholde sig til de pårørendes ofte meget forskellige behov og ressourcer, kan være belastende. Nogle pårørende har et særligt behov for støtte, mens andre har flere ressourcer og kan kvalificere patientens forløb ved at bidrage med deres viden. Ressourcestærke pårørendes behov er blandt andet at få vejledning om, hvordan de bedst muligt kan støtte patienten. Mindre ressourcestærke pårørende kan måske føle sig magtesløse og efterspørge hjælp til, hvordan de kan håndtere livet og hverdagen som pårørende. Her kan behovet være at få kendskab til mestringsstrategier.

Ressourcespørgsmålet hænger ofte sammen med den pårørendes livssituation. Der kan være situationer, hvor både patientens og den pårørendes liv ændres radikalt og kræver, at begge skal indstille sig på at leve resten af deres liv under helt nye forhold. Det stiller store krav til fagpersonernes evne til at håndtere og relatere til andres følelser. Pårørende i krise kan blive meget indadvendte og derfor være i fare for at blive forbigået, selv om behovet for støtte kan være stort. Det kræver både opmærksomhed og indfølelse hos personalet at finde frem til de pårørende, der har behov for individuel støtte. Ressourcestærke pårørende vil måske selv kunne tage initiativ til at søge vejledning og støtte. Det er en udfordring, at skulle kunne tilbyde præcis dét, der svarer til den enkelte pårørendes behov. Tilbuddene må ikke på forhånd være begrænset i omfang og tid, men kan indrettes efter den pårørendes situation.

Hvordan samtalen med en pårørende skal gribes an, er blandt andet afhængig af, hvilken relation der er mellem patienten og den pårørende. Relationen i kombination med sværhedsgraden af patientens sygdom kan gøre den pårørende sårbar på forskellige måder. Fagpersonen må inddrage dette aspekt i afdækningen og vurderingen af den pårørendes behov.

En anden ting er, at den pårørende ofte kan være meget optaget af at tale om, hvordan patienten har det. Kunsten er så, at fagpersonen også får drejet samtalen over på, hvordan den pårørende *selv* har det. Ved al informationsformidling skal der tages højde for, at de pårørende reagerer forskelligt. Det er op til personalet i samråd med den pårørende at vurdere, hvilken form der er bedst egnet i en given situation – mundtlig og skriftlig information eller eventuel brug af dialogredskaber. (2, 4, 5, 6, 7)

ViBIS anbefaler, at der i alle henseender tages højde for, at de pårørende selv, deres situation og deres behov er meget forskellige, og at dette imødekommes i tilbuddene til de pårørende.

Forskellige billeder af patientens situation

Det kan være problematisk, hvis den pårørende og patienten har modstridende interesser eller ønsker til behandlingsforløbet. Endnu værre er det, hvis patienten og den pårørende beskriver to forskellige virkeligheder. For eksempel kan patienten give udtryk for at kunne klare en aktivitet, som den pårørende ved, at patienten ikke kan overkomme. Her kan det være u hensigtsmæssigt at tage patientens udsagn alene som udgangspunkt for målsætninger for behandlingen. Ofte er det netop de pårørende, som kan supplere med værdifulde oplysninger, som kan bruges i det videre forløb - for eksempel information om, hvordan patienten var, før vedkommende blev syg. (3)

ViBIS tilråder, at patientbehandlingen baseres på et helhedsbillede af patienten, hvor der indgår relevante perspektiver, herunder de pårørendes.

Begrænsninger i samtalen

Der kan være tilfælde, hvor den pårørende er alt for fokuseret på enten patientens behandlingssituation eller sit eget ve og vel. Den pårørende påtager sig ofte primært rollen som oversætter for patienten. Denne rolle er imidlertid forholdsvis passiv, og den pårørendes egen viden kommer ikke for alvor i spil. I sin optagethed af at hjælpe patienten, kan den pårørende nemt glemme sig selv, hvilket fagpersonen må prøve at rette op på.

Det kan også blive kompliceret, hvis en pårørende selv er syg eller har været syg. Disse pårørende kan under samtalerne være så centreret om deres egen sygdom og livshistorie, at det tager fokus fra det patient- eller pårørendeforløb, som er det egentlige tema for samtalen. At stoppe den pårørende må ikke føre til utilfredshed hos vedkommende. (2, 7)

ViBIS anbefaler, at formålet for en given pårørendesamtale er tydeliggjort over for den pårørende, og at det sikres, at samtalen forløb kan udvikle sig i overensstemmelse hermed.

Logistik

Det kræver tid, prioritering og fleksibilitet at koordinere at holde pårørende- eller netværksmøder med en bred deltagerkreds. Det er en udfordring, som kan opleves forskelligt af de forskellige personalegrupper, alt efter hvor mange frihedsgrader de har ved planlægningen af deres tid. Nogle faggrupper vil for eksempel være mere bundet af vagtskemaer end andre, og det tager tid at få kontakt med alle deltagere til et møde og skabe overblik. Det sker i nogle tilfælde, at mødet eller samtalen ikke bliver til noget, fordi de pårørende ikke kan få det passet ind i deres kalendere, eller fordi de ikke selv ser behovet for samtalen.

En endnu større logistisk udfordring ligger i tilrettelæggelsen af brede, tværsektorielle netværksmøder, der ud over fagpersoner spænder over deltagere fra institutioner fra forskellige sektorer og personer fra patientens private omgangskreds. Eksisterende it-systemer taler ofte ikke sammen på tværs af kommuner eller regioner, og koordineringen må overlades til bestemte personaler. (1, 2, 4)

ViBIS anbefaler, at der på institutionsplan udpeges én medarbejder, der står for den overordnede koordinering af indsatsen.

Effekter

Pårørendeinddragelse kan resultere i en række positive – men også negative – effekter. Det er det overordnede indtryk, at både pårørende, patienter og personale oplever flest positive effekter.

Positive effekter

Forventningsafstemning og fælles beslutningstagning

Patienterne fremstår som eksperter i deres eget liv, og de pårørende ses som vigtige samarbejdspartnere, der kan bidrage med deres viden. Der foregår en vidensdeling mellem fagprofessionelle, patienter og pårørende. Patientens og de pårørendes stemmer får større betydning og mere ligeværd, hvilket fører til

mere aktiv deltagelse ved møder og samtaler. Det skaber basis for, at alle parter inddrages i beslutningsprocesser, prioriteringer og fastlæggelsen af mål, og at der sker en forventningsafstemning. De pårørendes bidrag kan således være med til at kvalificere de beslutninger, der bliver truffet.

Det fremhæves af pårørende, at det er rart at få fortalt personalet om deres dårlige oplevelser. De pårørende får en følelse af at blive hørt og taget alvorligt. Gensidig forståelse og øget ligevægt imellem pårørende, patient og personale giver et nyt og bedre udgangspunkt for forventningsafstemning og fælles beslutningstagen. (1, 2, 4)

Relationer udbygges

Pårørendeinddragende indsatser har forbedret personalets relation til de pårørende, hvilket blandt andet medfører bedre kommunikation. Der er mere åbenhed parterne imellem og en større forståelse for hinandens situation. De pårørende oplever, at personalet lytter og tager dem alvorligt. Misforståelser og frustrationer kan derved forebygges, og gensidige fordomme aflives.

En god relation og et styrket samarbejde mellem personalet og de pårørende skaber tryghed og har også betydning for personalets daglige kontakt til patienten, som kan blive mere nærværende og personlig. Pårørendeinddragelse kan give værdifulde indsigter og være direkte udviklende for alle parter. (1, 2, 3, 4)

Kulturændring

Indsatser med pårørendeinddragelse har bidraget til en ny pårørendekultur. Det er blevet nemmere for medarbejderne at tage det første skridt i mødet med de pårørende. Tidligere kunne der hos nogle faggrupper være en psykologisk barriere over for at være opsøgende, og det blev ofte lægens job at skabe kontakt. En væsentlig del af kulturskiftet er, at pårørendeinddragelse er blevet en fast del af praksis, og at personalet har fået nye redskaber til at kommunikere med pårørende. Kulturskiftet skal også ses i lyset af, at der hos personalet er kommet en øget forståelse af, at pårørendeinddragelse kan skabe mere kvalitet i behandlingen. Samlet set er denne udvikling med til at skabe en høj grad af ejerskabsfølelse blandt personale, patienter og pårørende. (1, 2, 3, 4)

Tilfredshed hos patienter, pårørende og personale

Overordnet set, skaber inddragelse af pårørende tilfredshed hos alle parter. For personalet betyder det, at det har givet en roligere hverdag, hvor der også er plads til, at de forskellige parter mødes i et tættere og mere ligeværdigt samvær. Patienterne er glade for, at der bliver taget hånd om deres pårørende. De pårørende oplever det som positivt, at personalet er mere åbent og opsøgende.

At blive taget med på råd ved møder eller beslutninger, skaber tryghed hos både patient og pårørende. De pårørende er glade og tilfredse, når deres aftaler med personalet bliver omsat til praksis. En anden vigtig årsag til, at de pårørende oplever tilfredshed er, at der bliver taget hånd om deres egne ressourcer og behov. Det opleves som positivt, at der er sørget for strukturer og rammer herfor. (1, 3, 4, 5, 6, 7)

Kvalitetsløft og kontinuitet

Der sker kvalitetsløft på flere områder. Pårørendeinddragelse kan bidrage til en mere hensigtsmæssig organisering af arbejdsgangen, som giver øget kontinuitet. Der opstår også en ny vidensplatform, hvor man gensidigt anerkender forskellige holdninger, og hvor der er plads til aktiv deltagelse af både pårørende, patienter og personale. Det er en platform, som fremmer pårørendeinddragelse og er med til at øge kvaliteten i de fagprofessionelles arbejde.

Ligeværdige relationer og en fælles vidensplatform indebærer, at der tales et sprog, som alle parter kan forstå. Det giver en øget gensidig forståelse og åbner op for, at patienten og de pårørende selv kan byde ind

med det, der er væsentligt for dem at tale om. Også patientsikkerheden højnes ved, at alle parter har en fælles viden og derfor kan arbejde mod de samme mål.

Samtaler mellem fagprofessionelle, patienten, pårørende og måske andre involverede deltagere kan også have et stærkt medarbejderudviklingselement, hvis møderne er tilrettelagt med mulighed for faglig refleksion og feedback under eller efter mødet. Det fremmer udviklingen af kommunikative og relationelle evner blandt personalet og øger forståelse og indsigt i hinandens faglighed. (1, 2, 4, 5, 7)

Den pårørende føler sig ikke ladt alene

Rådgivningssamtaler giver generelt stor tilfredshed hos de pårørende. De kan få luft for deres frustrationer og modtager samtidig værdifulde informationer. Tilmed får de nogle værktøjer, der giver dem mulighed for at navigere i forhold til patienten, behandlingen og hverdagen på en ny måde - til gavn for dem selv og patienten.

Oplevelsen af at den pårørende ikke er ladt alene i en svær situation, er væsentlig. Det kan åbne op for, at den pårørende kan få bearbejdet eventuelle skyldfølelser, der ofte fylder meget i forbindelse med alvorlig sygdom. Samtalerne kan også have den særlige effekt, at den pårørende får en ny forståelse af situationen. Det kan for eksempel være en erkendelse af, at den pårørende har en byrde at bære, og ikke et problem, der skal løses. (5, 6, 7)

Ressourcebesparelser

Ved at inddrage de pårørende og eventuelt flere fagpersoner, kan det enkelte møde blive af længere varighed og mere tidskrævende at tilrettelægge. Det betyder dog også, at man kan planlægge møderne mere målrettet. Overordnet set vil der skulle afholdes færre møder, hvilket vil kunne spare tid – for eksempel spildtiden der opstår, når travle fagpersoner må vente på hinanden. Tidlig inddragelse af de pårørende i møder og samtaler forebygger opringninger fra frustrerede pårørende med forespørgsler til personalet. Det vil yderligere frigøre tid og ressourcer. (1)

Patienten bliver aflastet

Patienten aflastes ved, at der gives råd og støtte til deres pårørende. Det kan for eksempel komme til udtryk som lettelse over, at den pårørende vil være mindre bekymret og mere oplyst. Det letter også at vide, at den pårørende kan få nogle værktøjer, der bidrager til at kunne klare den aktuelle situation. De pårørende får mulighed for at få svar på de mange spørgsmål, som hober sig op. Det er også en aflastning for patienten, som derved slipper for selv at skulle give alt for mange svar. For det meste er patienterne glade for, at behandlerne tager kontakt til deres pårørende. Der er dog også undtagelser. Eksempelvis ses det blandt psykiatriske patienter, at nogle ikke vil have, at personalet lærer deres pårørende at kende. (5, 6, 7)

Fagpersonen får udbytte af samtalerne

I pårørendesamarbejdet kan samtaler og møder give god energi – ikke kun til de pårørende, men også til personalet. Denne energi kan virke understøttende på fagpersonernes engagement. Samtalerne og samarbejdet giver dem en god fornemmelse for, hvordan den pårørende har det på forskellige tidspunkter. At se en udvikling eller gode effekter kan styrke personalets motivation og lyst til at fortsætte arbejdet med de pårørende.

Behovet for støtte kan være så stort hos den pårørende, at det kan være svært at opfylde. Til tider er det vigtigste ved pårørendesamtaler, at der er en lyttende og forstående fagperson til stede, selv om vedkommende ikke kan give svar på alle typer spørgsmål. Det underbygges blandt andet af, at pårørende

takker personalet for den empati, de har oplevet. En sådan feedback kan være fremmende i en personlig udviklingsproces hos fagpersonen og være en god motivation til det videre arbejde. (4, 5, 6, 7)

Negative effekter

Medarbejdermodstand under opstart

Der kan forventes modstand blandt personalet ved implementeringen af pårørendeinddragende aktiviteter. Ændringer af arbejdsgange og afskaffelse af vante rutiner kan være svært at acceptere for personalet. Tilvænning til nye metoder og arbejdsgange kan kræve lang tid og ekstra energi. (1, 4)

Mindre kontakt med patienter og pårørende for enkelte faggrupper

Indførelse af samtaler og møder med pårørendeinddragelse, der foregår i en udvidet kreds af fagpersoner med hver sin specifikke baggrund, kan godt medføre, at en given faggruppe kan føle sig udelukket, fordi der ikke længere er plads til dem ved disse møder. Derved kan de gå glip af muligheden for en tættere pårørendekontakt. (1)

Konsekvenser for andre funktioner

At arrangere samtaler, stuegang eller møder med inddragelse af pårørende kræver nøje planlægning og koordinering, som af personalet kan opleves som logistiske udfordringer i en travl hverdag. Det kan føre til situationer, hvor fagpersoner synes, at indsatsen stjæler for meget tid i forhold til deres egentlige funktion. Det samme gælder planlægningen af opfølgende møder, som kræver stor fleksibilitet fra både fagpersonernes og de pårørendes side. Koordineringen kan tage tid eller mislykkes måske helt. Lykkes det ikke at skabe en ordentlig opfølgning, kan det medføre store skuffelser hos de pårørende. (1, 4)

Kræver ekstra ressourcer

Der er forskel på, hvor ressourcekrævende forskellige metoder til pårørendeinddragelse er. Især ved netværksmøder med en stor deltagerkreds af diverse fagpersoner - eventuelt fra andre sektorer - kan der nemt bruges mange ressourcer på en enkelt borger. I lyset af at der findes mange andre tilgange, skal det nøje vurderes, hvornår netop denne type møde er hensigtsmæssig i en given situation. Netværksmøder vil dog kunne betale sig økonomisk, hvis de for eksempel forkorter behandlingsforløbet hos patienter, der har brug for mange professionelle kontakter og derfor koster mange samfundsøkonomiske ressourcer. (4)

Ulighed i inddragelse

Der er varierende personlige grænser for, hvad personalet har lyst til eller kan overkomme at fortælle patienterne og de pårørende. Hvis prognosen er ringe, vil det være svært at viderebringe negative budskaber. Det kan være ukomfortabelt i en sådan grad, at man lader være. Det kan have negativ betydning for, i hvor høj grad patienten og de pårørende kan få indflydelse på de beslutninger, der træffes i forbindelse med behandlingsforløbet.

Det kan også være de pårørende selv, som kan få det svært, for eksempel ved pårørendeinddragende møder. De kan blive overvældet af at skulle byde ind på lige fod med en faglig deltagerkreds. Her opleves omfanget af inddragelsen som et pres for den pårørende. (1, 4)

Projekter

Med afsæt i ViBIS' projektdatabase blev der udvalgt syv projekter, som blev analyseret og bearbejdet i forbindelse med dette tema. Projekterne 1-4 omhandler de pårørendes inddragelse i patientens forløb,

mens projekterne 5-7 beskæftiger sig med inddragelse i forhold til de pårørendes egne behov.

Projekterne er udvalgt, fordi de bidrager med værdifulde erfaringer, og fordi ViBIS vurderer, at der er potentiale for at implementere tilsvarende projekter på andre afdelinger og hospitaler.

1) Den involverende stuegang

På Neurologisk Afdeling, Glostrup Hospital, har man arbejdet med den involverende stuegang siden 2012. Det er patienten, de nærmeste pårørende og det tværfaglige team, der deltager i den involverende stuegang. Formålet med indsatsen er, at apopleksipatienter i rehabiliteringsforløb og deres pårørende får maksimal indsigt – og bliver maksimalt inddraget – i behandlingsforløbet. Og at dette sker i en proces, hvor både sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende er ligeværdige.

Ved den involverende stuegang anderkender personalet, at patienten er ekspert i eget liv, og at de pårørende er vigtige samarbejdspartnere. Stuegangen er struktureret således, at alle parter deler information på samme tid. Det vil sige, at de enkelte fagpersoner i personalegruppen ikke har konfereret på forhånd, men gør dette, mens patienten og de pårørende er til stede. Det betyder, at både patienter og pårørende får indsigt i den informationsudveksling, der sker mellem fagpersonerne og også kan deltage i de beslutningsprocesser og prioriteringer, som finder sted. På mødet afstemmer man forventningerne og opstiller langsigtede mål for patienten. Desuden laver man en plan med mål for den kommende uge, så der på den måde bliver skabt et fælles grundlag for et godt samarbejde på tværs.

Patienten og de pårørende informeres ved ankomst til rehabiliteringsafsnittet om, at den involverende stuegang finder sted en gang om ugen på et fast tidspunkt på en fast ugedag, og at den varer 30 minutter. Der er udarbejdet en fast dagsorden til den involverende stuegang.

Kontakt:

Helle K. Iversen, apopleksiansvarlig overlæge og dr. med., Apopleksienheden på Neurologisk Afdeling, Glostrup Hospital, 2600 Glostrup.

Telefon: 24 23 81 96

E-mail: heiv@regionh.dk

Info:

Ledelse af Brugerinddragelse – KORA

http://www.kora.dk/media/1225819/10248_ledelse_af_brugerinddragelse.pdf

Sådan lykkes brugerinddragelse – Magasinet Sygeplejersken

http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Documents/Pdf-udgave/Sygeplejersken%202014/sygeplejersken_2014_01.pdf

Den involverende stuegang – Præsentation

http://www.vibis.dk/sites/vibis.dk/files/bibliotek/PDF_Arrangementer/helle_iversens_slides.pdf

Artikel: To nye metoder til etablering af sammenhængende patientforløb:

Relationel koordinering samt interprofessionel læring og samarbejde. Jørgensen PE, Holtzmann JS, Lundbak T og Iversen HK. Bibliotek for læger, 2013;205:266-79.

2) Forventningssamtalen

Forventningssamtalen foregår blandt andet på Neurologisk Sengeafsnit på Glostrup Hospital, hvor man primært behandler patienter med kronisk hovedpine og alment neurologiske patienter. Personalet har været inddraget i udviklingen af metoden, og det har skabt hurtig opbakning til indsatsen og ejerskabsfølelse i gruppen. Formålet er at skabe bedre rammer for brugerinddragelse samt grundlag for et godt samarbejde og en klar opgavefordeling mellem patient, personale og pårørende. Samtalen baseres på udveksling af viden og kendskab til hinandens forventninger og kompetencer. Forventningssamtalen har skabt en mere åben arbejdsfordeling mellem personalet og de pårørende – baseret på fælles beslutningstagning.

Samtalen udgør et planlagt og struktureret møde mellem patienten, en til tre pårørende og to medarbejdere fra plejepersonalet – ved behov også én fysioterapeut, en ergoterapeut og en læge. Samtalen holdes i et konferencelokale cirka tre til fem hverdage efter, at patienten er ankommet til afdelingen. Plejepersonalet indkalder patienten og de pårørende til et møde kort efter indlæggelsen. Her aftaler de tid og sted, og patienten og de pårørende får to tidspunkter at vælge imellem. Når tidspunktet er aftalt, får patienten og de pårørende en informationspjece om forventningssamtalen. De fagprofessionelle, der deltager i samtalen, er ansvarlige for at følge op på samtalen sammen med patient og pårørende.

Kontakt:

Dorte Thomhav, afdelingssygeplejerske, Neurologisk Sengeafsnit N38 på Glostrup Hospital, 2600 Glostrup.
Telefon: 38 63 38 38
E-mail: dorte.arnfeldt.thomhav@regionh.dk

Info:

Evalueringsrapport Forventningssamtalen – DSI
<http://www.kora.dk/media/1032575/forventningssamtalen.pdf>

3) Første opsøgende kontakt

Første opsøgende kontakt foregår blandt andet i Regionspsykiatrien Vest E2 i Herning og har fokus på de pårørende og deres betydning for behandlingsforløbet. Der fokuseres på, hvordan de pårørende oplever deres situation, og på hvilken måde de ønsker sig inddraget i behandlingsforløbet. Der sker også en afdækning af de pårørendes behov for eventuel mere formelle pårørendesamtaler.

Den første opsøgende kontakt har status af en uformel samtale. Det er plejepersonalet, der tager initiativ til kontakten, og det gælder om at være opsøgende og etablere god kontakt til de pårørende. Personalet får ved denne kontakt en masse brugbare informationer om patienterne på et meget tidligt tidspunkt i forløbet. Det er værdifuldt for det videre behandlingsforløb. Målet er, at alle pårørende kontaktes af personalet inden for to døgn efter patientens indlæggelse i afsnittet.

Kontakt:

Agnete Clemmensen, udviklingskonsulent, Regionspsykiatrien Vest, Gl. Landevej 61, 7400 Herning.
Telefon: 30 35 12 11
E-mail: Agnete.Clemmensen@ps.rm.dk

Info:

Publikationer om den første opsøgende kontakt og pårørende i psykiatrien – CFK

<http://www.cfk.rm.dk/projekter/kvalitetsudvikling+-+sundhed/gennembrudsmetoden/gennembrudsprojekter/afsluttede+gennembrudsprojekter/p%C3%A5r%C3%B8rende+i+psykiatrien>

Succesfulde tiltag med pårørende i psykiatrien – CFK

http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Center%20for%20Kvalitetsudvikling/Gennembrud/p%C3%A5r%C3%B8rende/publikationer/Succesfulde_tiltag2_samlet_okt09.pdf

Første opsøgende kontakt til pårørende – Regionspsykiatrien Vest

<http://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=XC1257405002E6853C1257664004BBA7B&dbpath=/edok/editor/701632.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

4) Åben dialog

I Silkeborg gennemføres Åben dialog i regi af Psykiatriens Hus som en tværsektoriel indsats, der involverer både behandlingspsykiatrien, socialektionen, jobcenteret og socialpsykiatrien. Åben dialog er i de senere år blevet praktiseret i flere kommuner, blandt andet som projekt på Psykiatrisk Center Nordsjælland-Helsingør i perioden 2013-2015.

Åben dialog er en særlig måde at holde møder på. Det drejer sig om et integreret forløb, der samler den professionelle og private indsats omkring den enkelte patient. De pårørende inviteres til åben dialog per brev, og det sikres, at de kan deltage på dagen. Et møde varer typisk knap 1 ½ time, og der er tilbud om fem møder per år. Patienten beslutter, om der skal arrangeres et nyt møde, men også sundhedspersonale, rådgivere og pårørende kan byde ind og foreslå et nyt møde, hvis det findes relevant. Det er ikke det samme personale, der deltager hver gang, men så vidt muligt er det den samme mødeleder og reflektant, der er til stede. Der er altid lagt en plan, når patienten og de pårørende går fra mødet, og nogle går derfra med en række opgaver. Det er processen med refleksion i dialogen, der har betydning.

Åben dialog består af en række netværksmøder, der gennemføres uden fast dagsorden og med patienten i centrum. Patienten bestemmer, hvem der skal deltage. På den professionelle side kan det for eksempel være patientens sagsbehandler, psykolog eller støtteperson, der inviteres. På privatsiden kan det være pårørende og andre relevante personer fra patientens omgangskreds. Alle er på lige fod under netværksmødet. En mødeleder sørger for, at alle bliver hørt, og at mødet omhandler de emner, som patienten og de pårørende gerne vil have hjælp til. Mødet følges på sidelinjen af en "reflektant", som efterfølgende giver feedback. For hvert møde udarbejdes der et mødereferat med de aftaler og planer, man i fællesskab er nået frem til. De pårørende er vigtige ressourcepersoner, der med deres viden om patienten kan bidrage til at sætte mål for patientens behandlingsforløb og støtte patienten. Samtidig får de sammen med de øvrige deltagere mulighed for en tankeudveksling og for at skabe øget forståelse for patientens situation. Det gør det nemmere at støtte patienten fremover. Pårørende kan også byde ind med det, de oplever som svært og gerne vil tale igennem i fællesskabet.

Kontakt:

Anna-Louise Sollann Sørensen, kvalitetskoordinator og udviklingsansvarlig sygeplejerske, Regionspsykiatrien Silkeborg. Psykiatriens Hus, Falkevej 5, 8600 Silkeborg.

Telefon: 21 35 88 14

E-mail: annalouise.soerensen@ps.rm.dk

Info:

Åben dialog i Silkeborg – et integreret forløb

<http://psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk/Vores-hverdag/Aaben-dialog-Silkeborg>

Åben dialog - metoder og tilgange

<http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/metoder-og-tilgange/aben-dialog>

Pjece til fagpersoner om åben dialog

[http://psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk/~media/Subsites/Andre%20institutioner/Psykiatrienshus/PDF%20filer/pjece%20fag_Augustenburg%20\(2\).pdf](http://psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk/~media/Subsites/Andre%20institutioner/Psykiatrienshus/PDF%20filer/pjece%20fag_Augustenburg%20(2).pdf)

5) Samtaler med neuropsykolog - neuropsykologsamtaler

Samtaler med en neuropsykolog er en del af rehabiliteringstilbuddet på afdelingen for højt specialiseret neurorehabilitering på Glostrup Hospital. Neuropsykologsamtalerne er en rådgivningsindsats, der retter sig mod pårørende til patienter med svær hjerneskade, som er indlagt på afdelingen. Patienterne er ofte bevidsthedspåvirkede ved indlæggelsen og efterfølgende konfuse, og den pårørende står derfor i en helt særlig situation.

Tilbuddet om samtaler med en af afdelingens neuropsykologer gælder alle pårørende. I en indledende samtale informeres den pårørende om patientens tilstand og hjerneskadens mulige konsekvenser. I de efterfølgende samtaler er der mulighed for at tale med neuropsykologen om, hvordan man som pårørende kan støtte patienten, og hvordan man selv kan håndtere den svære situation. De pårørende er ofte præget af stor bekymring og uvished. Samtalerne er af en støttende karakter, men psyko-edukation og praktisk rådgivning indgår tillige. Der er mulighed for løbende samtaler under hele patientens indlæggelse alt efter den pårørendes behov.

Neuropsykologsamtalerne er indbygget i afdelingens rutine, og langt de fleste pårørende tager imod tilbuddet. Der er kun ganske få undtagelser, for eksempel hvis en pårørende allerede er i et samtaleforløb med en privat praktiserende psykolog. Pårørende opfordres til sideløbende at deltage i afdelingens pårørendegruppe, der finder sted hver tredje uge som et fast tilbud i afdelingen.

Kontakt:

Lars Siert, ledende neuropsykolog, Afdeling for Højtspecialiseret Neurorehabilitering på Glostrup Hospital, udefunktion på Hvidovre Hospital.

Telefon: 38 62 24 56

E-mail: Lars.Siert@regionh.dk

Info:

Samarbejde og støtte til pårørende

<http://www.hvidovrehospital.dk/menu/Afdelinger/Afdeling+for+Højt+Specialiseret+Neurorehabilitering+Tramatisk+Hjerneskade/Rehabilitering/Samarbejde+og+stoette+til+paaroerende.htm>

6) Hjælp til pårørende – præstesamtaler

Præstesamtaler gennemføres blandt andet på Aalborg Sygehus. Indsatsen består i et tilbud til den pårørende om en samtale med hospitalets præst og er rettet mod pårørende, der selv er kommet i krise for eksempel på grund af patientens død, eller fordi denne lider af alvorlig sygdom. Nogle pårørende begynder i sådanne situationer at kredse om eksistentielle spørgsmål, andre kan være tynget af skyldfølelser.

Præsten har rollen som et empatisk vidne, der har tid og ro til at høre om de byrder, den pårørende bærer på. Nogle gange er det en forløsning for pårørende at tale med præsten.

Det er oftest på opfordring fra afdelingens sygeplejerske, at den pårørende henvender sig. Hvis der er tale om en pårørende med en anden religion, prøver man at finde en person, der passer til vedkommendes religion – det kunne for eksempel være en imam. Hvis det ikke lykkes, tilbyder præsten at træde til. Samtaler med præsten foregår som regel kun en enkelt gang. Det er dog muligt for den pårørende at kontakte præsten igen.

Kontakt:

Ruth Østergaard Poulsen, præst på Ålborg Sygehus.

Telefon: 98 16 90 96

7) Åben pårønderrådgivning

Åben pårønderrådgivning foregår blandt andet på Psykiatrisk Center Amager. Rådgivningen foregår i café-regi og henvender sig til pårørende til psykiatiske patienter. Patienterne har ofte debuterende psykoser og er indlagt på centret. Pårørendesamtalerne varetages af to professionelle medarbejdere – enten to medarbejdere fra afdelingens plejepersonale eller én fra plejepersonalet og en socialrådgiver. Samtalerne gennemføres på et fast tidspunkt hver anden uge. Tilbuddet omfatter både gruppesamtaler med de pårørende samt mulighed for individuelle samtaler mellem en professionel og den enkelte pårørende. De individuelle samtaler tages ofte i brug, når pårørende står i en vanskelig situation og har behov for mere specifik rådgivning.

Det særlige er, at tilbuddet går uden om patienten. Patienterne orienteres om, at deres pårørende får tilbuddet, men de kan ikke nægte den pårørende at tage imod det. Til gengæld taler man ved møderne kun om den pårørendes anliggender, ikke om navngivne patienter. Derved overholdes tavshedspligten. De pårørende kan komme gentagne gange efter behov – også efter, at patienten ikke længere er indlagt.

Kontakt:

Lene Malmstrøm, sygeplejerske på Afsnit PA1, Psykiatrisk Center Amager, Digevej 110, 2300 København S.

Telefon: 38 64 15 50

E-mail: lene.malmstroem@regionh.dk

Info:

Åben Rådgivning – Psykiatrisk Center Amager

<http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/Centre/Psykiatiske+centre/Psykiatrisk+Center+Amager/Patient-+og+paarøerendeinformation/P%C3%A5r%C3%B8rendesamarbejde/%C3%85ben+r%C3%A5dgivning.htm>