

Familjefokuserad omvårdnad
- ett strategidokument

Linnéuniversitetet 
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Originalets titel: Familjefokuserad omvårdnad - ett strategidokument

*Copyright © Eva Benzein, Margaretha Hagberg,
Britt-Inger Saveman och Susanne Syrén*

Centrum för forskning om familjers hälsa 2010

Dnr: 2010/1733

*Tryck: Repro, Linnéuniversitetet
Originalarbete: Gun Hjortryd*

*Linnéuniversitetet
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap
391 82 Kalmar*

Innehåll

Förord.....	3
Introduktion	4
Familjefokuserad omvårdnad.....	5
Begrepp och definitioner.....	6
Familj som begrepp.....	6
Teoretiska antaganden för Familjefokuserad omvårdnad	7
Sjuksköterskan som mediator i familjefokuserat omvårdnadsarbete	10
Hälsostödjande samtal med familjer.....	11
Vad tycker familjerna om samtalen?	12
Forskning och utbildning	13
Forskning.....	13
Exempel på pågående projekt	14
Utbildning	17
En systemteoretiskt influerad pedagogik.....	18
Reflektion och lärande på Klinisk utbildningsavdelning på ortopedkliniken i Kalmar (KiK16)	19
Tillsammans går vi stärkta mot framtiden!.....	20
Referenser	21

Förord

Denna rapport beskriver uppbyggnaden och utvecklingen av Familjefokuserad omvårdnad (FFO) inom forskning, undervisning och klinisk verksamhet vid Humanvetenskapliga Institutionen, Högskolan i Kalmar, numera Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Kalmar. Arbetet startades 1998 och flera av de mål som angavs i starten av uppbyggnaden är nu uppnådda och arbetet med att utveckla verksamheten fortsätter. Vi är tacksamma för samarbetet med kollegor vid universitetet i Calgary, som var vårt stöd framför allt i början av processen. Vi vill även rikta ett tack till kollegiet i Kalmar, som på olika sätt varit en del i utvecklingen av FFO i undervisningen. Ett särskilt tack riktar vi till våra medforskande kollegor i ”lilla familjen”; Ing-Mari Söderström, Eva Gustafsson och Christen Erlingsson. Sist men inte minst vill vi framhålla den utveckling av FFO som studenter på olika nivåer i utbildningen med sina kritiska frågor och erfarenheter har bidragit med. Vi har också känt ett stöd genom åren från högskolans/ universitetets ledning på olika nivåer, vilket vi är mycket tacksamma för.

Kalmar 2010-02-10

Eva Benzein, Margaretha Hagberg, Britt-Inger Saveman och Susanne Syrén

Introduktion

Familjefokuserad omvårdnad (FFO) är en strategi för forskning, utbildning och klinisk verksamhet inom vårdvetenskap, som sedan slutet på 1990-talet varit under utveckling vid vår institution. Strategin var en del av en medveten satsning att sätta familjen i fokus. Influerade av det arbete som pågick vid Family Nursing Unit, vid Universitetet i Calgary, startades ett intensivt implementeringsarbete, som innefattade studiebesök i Calgary, utbildning av lärare och start av forskningsprojekt. En Omvårdnadsmottagning för familjer (OMFAM) öppnades 2004, där familjer erbjöds att delta i hälsostödande familjesamtal. Dessa samtal genomförs inom ramen för universitetets verksamhet, dvs forskning och utbildning. Modellen för samtalen beskrivs utförligt nedan.

Ett ytterligare viktigt led i vår utveckling och att sätta Kalmar på kartan både nationellt och internationellt avseende forskning om familjers hälsa, var att anordna två välbesökta Nordiska FFO-konferenser i Kalmar (år 2002 och 2006). I september i år 2010 är det dags att anordna den tredje konferensen. Dessutom har lärare och forskare från institutionen presenterat sin forskning vid internationella och nationella konferenser, senast vid den 9:e internationella konferensen i Family Nursing i Reykjavik i juni 2009. Genom åren har ett antal studier publicerats i vetenskapliga tidskrifter. För detaljerad information, se vår hemsida lnu.se.

Sedan år 2001 är FFO en synlig profil i kursplaner inom utbildningar på både grund- och avancerad nivå. Sedan våren 2010 ges även kurser inom FFO på forskarutbildningsnivå.

Vi står nu, 2010, vid ett nytt vägskafl. Dels har vi att förvalta det arbete som redan pågår och dels påbörja en ny epok då vår verksamhet blir en del av det nya Linnéuniversitetet och då OMFAM utvecklas till ett Centrum för forskning om familjers hälsa (CeFam). Förutom en vetenskaplig ledare på 50% knyts även en heltids post-doc-tjänst och två doktorandtjänster till centrumet. Detta gör att den kritiska massan ökar och fler projekt kan startas.

Vi har också startat upp utveckling av ett sub-område inom FFO; forensisk omvårdnad. Detta område ligger i gränslandet mellan omvårdnad och rättsväsendet, dvs det involverar familjer, i vilka en person t ex blivit utsatt för våld, eller utsätter någon för våld. Ett av doktorandprojekten knutna till CeFam har inriktning forensisk omvårdnad och kontakt har etablerats med forskare från Syd-Afrika för att utveckla denna forskning ytterligare. I maj 2010 kommer en internationell konferens att förläggas till Kalmar med medverkan av några av världens främsta företrädare inom området.

Familjefokuserad omvårdnad

Vad är det då som gör att familjeperspektivet och familjefokuserad omvårdnad är viktigt? När hälso- och sjukvården i början på föregående sekel flyttades från hemmen in på institutioner, minskade kraven på familjen att vårda sina nära och professionella vårdare tog över ansvaret för patienten. Nu har trenden vänt och de senaste decenniernas nedskärningar inom hälso- och sjukvården har bl a medfört ett ökande intresse för familjens roll. I allt större omfattning sker professionell vård och omsorg av äldre personer i hemmet och det blir allt vanligare med familjemedlemmar som utför vårdande insatser (Johansson 2007). Att familjen får ta ett större ansvar för sin sjuke familjemedlem kan medföra så stora påfrestningar att det leder till ohälsa även för den som vårdar (Benzein & Saveman 2004, Östlinder 2004). Helt klart är att sjukdom och ohälsa hos en familjemedlem på ett eller annat sätt påverkar övriga familjemedlemmar och även familjen som helhet och vice versa (Benzein, Hagberg & Saveman 2008; Wright & Leahey 2005, 2009). Att involvera familjemedlemmar i det praktiska vård- och omsorgsarbetet kan alltså på kort sikt ha ekonomiska fördelar för samhället, men kan på längre sikt också få förödande ohälsokonsekvenser. Om familjen inte får det stöd som efterfrågas kan vårdandet resultera i ökad fysisk och psykisk belastning, övergrepp och försummelse. Det kan alltså konstateras att familjerelationen förändras och familjen utsätts för påfrestningar när rollerna förändras genom att någon av familjemedlemmarna blir sjuk, dör eller när den ene tar ett omvårdnadsansvar över en annan familjemedlem (Östlinder 2004).

Många initiativ för förbättring behövs för att den strukturella förändringen inom offentlig sektor ska leda till en positiv utveckling på längre sikt. Det krävs t ex att omvårdnadens arbetsformer och fokus förändras efter de nya behov som uppstår. Vi vill bidra till detta genom att utveckla en hälsostödjande omvårdnad med familjefokus anpassad till svenska förhållanden. Den utmanar ett traditionellt mekanistiskt synsätt, där sjuksköterskan "reparerar" till hälsa genom att t ex ge generella råd och anvisningar, vilka ofta har liten förankring hos den individ de är avsedda för. Vår modell för FFO innebär ett annat förhållningssätt, som baseras på ett icke-hierarkiskt möte mellan sjuksköterska och familjen, där erfarenheter i familjen och hos de enskilda familjemedlemmarna är centrala. Sjuksköterskans traditionella expertkunnande utmanas till förmån för att underlätta skapandet av ny mening för familjer i en förändrad livssituation. Vår hypotes är att detta arbetssätt på sikt kommer att vara kostnadsbesparande både på individ- och samhällsnivå.

Begrepp och definitioner

Flera olika perspektiv förekommer inom omvårdnad, bl a patientperspektiv, anhörigperspektiv, familjeperspektiv och sjuksköterskeperspektiv. Begreppet Familjefokuserad omvårdnad omfattar hur familjen och sjuksköterskan upplever, uppfattar och hanterar omvårdnadsrelationen dem emellan. Ett grundläggande antagande för FFO är att sjukdom och ohälsa hos en familjemedlem påverkar de övriga familjemedlemmarna enskilt men även hela familjen och vice versa (Benzein, Hagberg & Saveman 2008; Wright & Leahey 2005, 2009). FFO består, enligt vårt sätt att se, av två inriktningar; familjecentrerad och familjerelaterad omvårdnad (jmf. Wright & Leahey, 2009). Inom den familjecentrerade omvårdnaden ses patienten och övriga familjemedlemmar som en helhet, dvs de enskilda familjemedlemmarna och familjen fokuseras samtidigt. Inom den familjerelaterade omvårdnaden sätts patienten i fokus och familjen ses som kontext, eller också fokuseras enskilda familjemedlemmar med patienten som kontext. Alltså kräver ett genuint familjefokus en familjecentrerad omvårdnad.

Familj som begrepp

Litteraturen föreslår flera olika definitioner och beskrivningar av familj, bl a sådana som fokuserar på familjen som traditionell kärnfamilj, där personerna är förbundna med varandra genom blodsband, äktenskap eller adoption och tillhörande samma hushåll. Clements och Roberts (1983) delar denna definition, men poängterar att personerna inte behöver tillhöra samma hushåll. Familj kan också definieras utifrån en emotionell utgångspunkt: "Two or more persons who are joined together by bonds of sharing and emotional closeness and who identify themselves as being part of the family" (Friedman 1998, sid. 9). En liknande beskrivning gör också Wright m fl (2002) och menar att en familj är en grupp personer som är förbundna med starka emotionella band, en känsla av att tillhöra varandra och med en vilja att vara delaktiga i varandras liv. Den beskrivning som vi valt innebär att en familj är en självdefinierad grupp av individer, som är eller inte är förbundna genom blodsband eller lag, men som fungerar på ett sätt som gör att de själva känner sig som en familj (Whall 1986). Man kan också uttrycka det som att "the family is who they say they are" (Wright & Leahey 2005, sid. 60).

Familjens struktur kan visualiseras med hjälp av ett genogram, som från början användes för att beskriva kärnfamiljen, vanligtvis i tre generationer. Vid användandet av genogram förutsätts en öppenhet för att även "otraditionella" familjestrukturer är vanligt förekommande. Ett alternativ till att upprätta ett genogram

är att upprätta en nätverkskarta (Seikkula 1996). I en sådan utgår man från familjens upplevda problem och behov, för att identifiera personer inom och utom familjen som kan vara en resurs för familjen att hantera dessa (Benzein, Hagberg & Saveman 2009). När familjens presenterade problem sätts i fokus kan man tala om problem-definierade system (Seikkula 1996).

Flera benämningar kan användas för de personer som ingår i en familj. Begreppet familjemedlem är en av dem som enligt familjens egen beskrivning ingår i familjen (se def. ovan). Andra förekommande begrepp är anhörig och närstående, som i litteraturen företrädesvis används som beskrivning av andra personer än den identifierade patienten. Begreppet anhörig är av tradition förknippat med en relation via blodsband, äktenskap eller samboförhållande. Begreppet närstående har ofta relaterats till patientens närmaste sociala nätverk, förutom familjen även t ex grannar och vänner. Om dessa begrepp kan man läsa mer i rapporten Närståendes behov (Östlinder 2004).

Teoretiska antaganden för Familjefokuserad omvårdnad

I början av uppbyggnaden av FFO vilade vi teoretiskt på de sk Calgary-modellerna, som utvecklats vid Family Nursing Unit, Calgary University; Family Assessment Model (CFAM), Calgary Family Intervention Model (CFIM) (Wright & Leahey 2005, 2009) och The Illness Belief Model (Wright, Watson & Bell 2002, Wright & Bell 2009). Modellerna bygger på en teoretisk grund av systemteori, konstruktivism, cybernetik, kommunikationsteori och förändringsteori. Mycket av dessa modellers teoretiska bas återfinns fortfarande i vår grund för FFO. Vi vill dock också lyfta fram salutogenes som ett viktigt fundament i vår modell. Nedan följer en kort presentation av de grundläggande antagandena för FFO. Men först vill vi betona tre områden som ytterst betydelsefulla utgångspunkter för FFO; människans föreställningar om verkligheten, reflektion som en väg till förändring av föreställningar och relationen mellan familj och sjuksköterska.

Vi menar att föreställningarna om verkligheten är det som guidar hur människan upplever verkligheten. Föreställningar kan vara unika eller generella och ha olika betydelse; vissa är grundläggande för identitet och personlighet, andra är av mer perifer betydelse, ibland utgör de möjligheter, ibland utgör de hinder (Kelly 1963). Bateson (1998) beskriver att det är genom skillnaderna mellan egna och andras erfarenheter av verkligheten, som individers personliga föreställningar utvecklas. Närmare bestämt menar han att det är i ”skillnaderna som gör skillnad”, som kunskaper om oss själva och andra förändras. Andersen (2003) har vidareutvecklat skillnadsbegreppet och menar att för att människan

ska tillägna sig nya föreställningar, behöver skillnaderna mellan egna och andras erfarenheter framstå som "lagom annorlunda". Nya insikter tillförs inte, om det som tillförs är för likt det egna perspektivet. Likaså, om skillnaderna är för långt ifrån det egna perspektivet, då värjer sig istället individen för en för stor skillnad. Sjukdom/ohälsa i en familj innebär att föreställningar om verkligheten utmanas och att skillnaderna kan te sig för stora.

Reflektion är en väg att ta sig vidare från till synes givna föreställningar till det "lagom annorlunda", för att utveckla nya insikter och förståelse för egna och andras perspektiv. I samtal möjliggörs reflektion i växlingen mellan den inre och yttre dialog som förs, dvs. i växlingen mellan det samtal som den enskilde för med sig själv och i samtalet med och lyssnandet till den andre. I samarbetet mellan familj och sjuksköterska strävar vi därför efter att göra plats för reflekterande processer i ett växelspel av lyssnande och talande (Andersen 2003). Reflektion inrymmer många idéer och sanningar samtidigt och vi menar att det är i detta samspel som skillnader tydliggörs och ny förståelse blir möjlig för såväl den enskilde familjemedlemmen och familjen, som för sjuksköterskan.

Mot bakgrund av ovanstående menar vi att relationen mellan sjuksköterskan och familj är en icke-hierarkisk relation, där sjuksköterskan inte exklusivt innehar sanningen och lösningen på en familjs eventuella problem. Relationen utgörs istället av ett samarbete, där varje persons bidrag i relationen är lika viktig, och där nya meningar skapas tillsammans (Meiers & Tomlinson 2003). Både sjuksköterska och familj bidrar med sina resurser och sina kunskaper, vilket betyder att ett möte dem emellan kan bli ett lagom annorlunda och ömsesidigt lärande möte. Här följer så några antaganden, som alla spelar en väsentlig roll i vår modell av FFO:

- **Människor påverkas av och påverkar andra människor**

Ett systemteoretiskt förhållningssätt (Bateson 1998; Öqvist 2008) utgår ifrån uppfattningen att mänskliga relationer kan liknas vid ett system där alla delar påverkar varandra och där helheten är mer än delarna. Det innebär i sin tur att förändringar i en del av systemet påverkar alla de övriga delarna, t ex familjens funktion, meningsskapande och föreställningar. Ett systemiskt tänkande inom FFO fokuserar på interaktioner och relationer i familjen.

- **Varje situation kan beskrivas ur olika perspektiv**

Ett konstruktivistiskt förhållningssätt bygger på en grundsyn att samma verklighet kan uppfattas olika av olika människor. Enligt Maturana (1988) utgörs därmed inte verkligheten av ett universum utan av ett multiversum, dvs det finns en "multivers verklighet". Detta betyder att om två personer beskriver en situation på olika sätt, så är bådas beskrivningar lika sanna/sannolika. Ingen "sanning"

är därmed mer giltig än någon annan. Den multiversa verkligheten kan förstås i relation till att människan beskriver verkligheten via sina föreställningar om denna (se ovan).

- **Om problem kan ses ur nya perspektiv, ökar förutsättningarna för att finna nya lösningsalternativ**

Om ett problem uppkommer i en familj kan det lösas enligt första eller andra ordningen (Watzlawick, Weakland & Fisch 1996). Om ett problem löses enligt andra ordningen sker en förändring inte enbart hos de enskilda familjemedlemmarna, utan hela familjens funktion förändras. Problemlösning av andra ordningen handlar alltså om att belysa ett problem på nya sätt, med nya infallsvinklar och att finna nya alternativa lösningar. På så sätt kan problemen därmed ”upplösas” snarare än att lösas.

- **Om människor får berätta och dela varandras perspektiv, ökar förutsättningarna för att förstå varandra**

Genom att lyssna till andras berättelser (Ricoeur 1992; Frank 1997) om hur man upplever sin situation fås en bild av hur den andre upplever verkligheten. I berättelsen finns individens föreställningar om olika livsbetingelser och värden inbäddade. Det innebär att vi genom berättelsen kan få tillgång till den andres perspektiv på verkligheten. Detta kan öka förståelsen om sig själv, men också om den andre.

- **Människor har interna och externa resurser, men de är inte alltid medvetna om eller kan få tillgång till dem**

Ett salutogent eller hälsobefrämjande förhållningssätt (Antonovsky 2005) innebär att se hälsa som en process, dvs som ett multidimensionellt kontinuum från hälsa till ohälsa. Därmed ses de patogena och salutogena perspektiven som komplementära snarare än dikotoma. Vidare innebär det salutogena förhållningssättet att bejaka att det finns resurser som är till gagn för familjens hälsa. Hälsobefrämjande arbete fokuserar på att identifiera och stärka det ”friska” och de tillgängliga resurser som finns inom och utom familjen. I stället för att fråga ”Varför är du sjuk?” ställs alltså frågan ”Varför är du frisk?”

- **Reflektion är en förutsättning för utveckling mot välbefinnande och hälsa**

Reflekterande processer (Andersen 2003) är medvetna, aktiva handlingar, som kan tränas och användas i hälsopromotivt syfte. Reflektion kan ske både i den externa och interna konversationen. Mot bakgrund av övriga antaganden är reflektionen ett verktyg för att utveckla nya insikter och förståelse för såväl egna som andras perspektiv. Reflektionen öppnar alternativa vägar för problemlösning och möjliga resurser.

Sjuksköterskan som mediator i familjefokuserat omvårdnadsarbete

Vikten av att involvera närstående och hela familjen i omvårdnaden utifrån deras egna framförda behov betonas allt mer (Bäckström & Sundin 2009; Söderström m fl. 2009). Av tradition har sjuksköterskor arbetat med att ge enskilda familjemedlemmar stöd och undervisning, men inte alltid uppfattat hela familjen som fokus för omvårdnadens arbete. I och med att den sjukhusbaserade vården minskar kommer större fokus att behöva läggas på sjuksköterskans hälsopromotiva omvårdnadsarbete, liksom att arbeta förebyggande (SSF 2008). I detta synsätt ingår att se resurser i stället för tillkortakommanden och särskilt de resurser som finns inom familjen. Genom att familjens inflytande på omvårdnaden ökar innebär det en förändring och modifiering av sjuksköterskans kliniska arbete. Relationen mellan sjuksköterskan och familjen kommer i allt högre grad att präglas av partnerskap (Meiers & Tomlinson 2003).

Sjuksköterskan är ofta en naturlig samtalspartner för familjemedlemmar. Hon har framför allt kunskaper inom vårdvetenskap och kan utveckla en djupare förståelse för familjedynamikens effekt på patientens upplevelse av sin livssituation och vice versa. Sjuksköterskan kan utveckla sin roll som mediator till ett medvetet och strukturerat omvårdnadsarbete med familjen i fokus. Hur detta ska gå till beror bland annat på hennes föreställningar om familjer och sin egen profession samt hennes inställning till familjers involvering i omvårdnaden. Svenska sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande har beskrivit hur de ser på familjer och omvårdnad av familjer i ett antal studier (Benzein, Johansson & Saveman 2004; Saveman, Måhlén & Benzein 2005; Söderström, Benzein & Saveman 2003). Distriktssköterskor har föreställningar om att familjer inom hemsjukvård kan vara såväl en resurs som en börda (Benzein, m fl 2004) medan studenter ansåg att om sjuksköterskorna medverkar till en förtroendefull relation med familjen inom hemsjukvården så stödjer det familjens välbefinnande (Saveman, m fl 2005). Inom intensivvården ansåg sjuksköterskor att omvårdnad om familjer bland annat var viktigt men även krävande och att interaktionen med familjen antingen kunde vara inviterande eller inte (Söderström, m fl 2003). Det finns många internationella och nationella studier om sjuksköterskors inställning till familjer (för referenser se Johansson, Benzein & Saveman 2006). Dessa studier har genomförts i olika vårdkontexter och med olika metoder, men majoriteten anser att familjer är av stor betydelse inom omvårdnaden. En stor svensk studie om sjuksköterskors inställning till familjers betydelse i omvårdnaden genomfördes vid Högskolan i Kalmar, nuvarande Linnéuniversitetet, med hjälp av Vårdförbundet (Johansson, m fl 2006). De 634 svarande sjuksköterskorna var mycket

positiva till familjers betydelse i omvårdnaden, även om de som var yngre (≤ 30 år), nyss hade examinerats (≤ 5 år), var män, inte hade egen erfarenhet av att vara familjemedlem till någon som varit svårt sjuk och de som inte hade ett gemensamt synsätt på sin avdelning, skattade något lägre än de övriga. Sjuksköterskor som arbetade med barn skattade högst och de som jobbade inom akutvård skattade lägre. Vi vet dock inte om denna positiva inställning stämmer med hur sjuksköterskor bedriver omvårdnaden i verkligheten.

Att tillsammans med familjen utveckla relationen mellan sjuksköterska och familjen, istället för att enbart erbjuda undervisning och stöd till individer i familjen, leder till att omvårdnaden lyfts från en individuell till en interaktionell familjenivå. För att utveckla detta behöver forskning och implementering fokusera mer på familjens influens på sjukdom/ohälsa och vice versa, som ett komplement till forskning om influenser på individen. Dessutom behöver forskningen fokuseras på hur sjuksköterskor tillsammans med familjer kan utnyttja befintliga resurser för att kunna hantera sjukdomar och dess konsekvenser. Hälsa, ohälsa, familjer och omvårdnad behöver studeras i kombination i stället för separat.

Hälsostödjande samtal med familjer

Denna modell för samtal med familjer har utvecklats från den tidigare beskrivna teoretiska ramen tillsammans med det vi erfart i mötet med alla de familjer som varit på samtal vid vårt campusförlagda CeFam. Syftet med samtalen är att skapa en kontext för förändring; stöd för att skapa nya föreställningar, nya idéer och nya innebörder och möjligheter i relation till familjens problematik. Därmed kan familjen förhoppningsvis finna nya alternativa sätt att se på sin situation och att hitta passande lösningar. Nedan beskrivs familjesamtalen i korthet. En mer utförlig beskrivning finns i en artikel av Benzein, Hagberg & Saveman (2008).

Vi erbjuder familjerna tre samtal. Vår kliniska erfarenhet visar att det för de flesta familjer är ett lagom antal träffar. Samtalsserien sträcker sig oftast över en period av 6-10 veckor. Familjerna bestämmer själva vilka personer som ska närvara vid varje samtal och därmed representera familjen. Vi är alltid två sjuksköterskor/forskare med vid samtalen; en som har huvudansvaret för samtalet och en som bistår med ytterligare frågor till familjen och t ex ansvarar för den tekniska utrustningen.

Efter en stunds uppvärmande prat, diskuterar vi syftet och ramarna för samtalen. Familjens förväntningar på samtalen och oss inventeras och reflekteras över tillsammans med familjen. Varje familjemedlem erbjudes sedan att berätta

hur han/hon upplever sin egen och familjens situation. På så sätt får samtliga familjemedlemmar lyssna till allas berättelse. Sjuksköterskorna lyssnar noga och prioriterar tillsammans med familjen vad samtalet ska handla om; vad som känns mest angeläget för familjen att tala om.

För att skapa alternativa sätt att tänka om familjens situation ställer sjuksköterskorna sk reflekterande frågor (Andersen 2003, Tomm 2003, Wright & Leahey 2005, 2009). Dessa ska vara "lagom annorlunda", dvs inte vara för lika de föreställningar som familjen givit uttryck för och inte heller för annorlunda. Lagom annorlunda frågor kan öppna upp nya tankebanor och ge förutsättningar att tänka "både och" i stället för "antingen eller". Reflekterande frågor börjar t ex med Var? Hur? Om? Varför-frågor undviker vi, eftersom de framkallar bilden av att det finns ett enda svar som är giltigt. Frågorna kan vara relaterade till den kognitiva, affektiva och beteendemässiga nivån. De kan ha karaktären av skillnadsfrågor (Vem i familjen oroar sig mest?), beteende-effektfrågor (Vad gör pappa när han inte kan gå ur sängen själv?), framtidsfrågor (när din hustru blir sämre, hur tänker du dig er vardag då?) och triadfrågor (när din son hjälper sin far, hur reagerar lillasyster då?).

Parallellt med den externa konversationen sker även en inre dialog hos alla deltagarna, både hos familjemedlemmarna och sjuksköterskorna. Denna dialog ser vi som mycket viktig och därför hålls samtalen i en lugn rytm, så att även denna dialog får tillräckligt utrymme. Tystnaden underlättar för reflektion.

Under och efter samtalen tillfrågas familjerna ibland om de är intresserade av att höra våra reflektioner över samtalet. I så fall ger vi "lagom ovanliga" reflektioner som kan ge familjen ytterligare alternativa tankar och idéer.

Både familjen och sjuksköterskan kan ta initiativ till att avsluta samtalsserien. En utvärdering av och reflektion över samtalsens betydelse görs tillsammans efter varje samtal och efter hela samtalsserien. Ett ytterligare sätt att avsluta samtalen är att skicka ett sk avslutande brev till familjen, där vi bekräftar familjens sätt att beskriva sin situation, lyfter fram deras resurser och bjuder på våra reflektioner av vad som hänt under samtalen.

Vad tycker familjerna om samtalen?

Vi har fått övervägande positiva utvärderingar av familjerna. Många uttrycker spontant att det har varit första gången som de suttit ner tillsammans i familjen och pratat om dessa saker. Många är förvånade att de inte blivit inbjudna till liknande samtal i den traditionella hälso- och sjukvården. Vid en utvärdering

(Benzein & Saveman 2008) som vi gjorde med familjer i palliativ vård så framkom följande punkter som särskilt uppskattade:

- samtalen fördes i en tillitsfull relation med sjuksköterskorna, som upplevdes som en samtalspartner snarare än någon som ställde frågor, någon som lyssnade och var engagerad snarare än någon som gav råd och information
- de avslutande breven var en glad överaskning och en bekräftelse på att deras berättelser togs på allvar
- samtalen stärkte familjernas helande (välbefinnande).
- samtalen var ett sätt att "få ur sig" det man burit på
- samtalen var ett sätt att lära sig om och av de andra familjemedlemmarna
- samtalen hade förbättrat relationerna i familjen
- samtalen var ett sätt att finna nya strategier för det dagliga livet.

Så här lät några röster:

"de är som ett renande bad", "samtalen är som medicin", "det känns som om det har lyfts en sten från våra hjärtan", "på det här sättet fick jag en chans att ge utrymme för min sorg, som jag på ett omedvetet sätt försökt hålla tillbaka", "det går ju inte att mäta men helt klart så gav det oss en chans att tänka", "det gav upphov till frågor som vi aldrig har tänkt på förut".

Forskning och utbildning

Forskning

Den forskning som redan påbörjats på institutionen inom FFO präglas av mångfald vad gäller metoder, kontexter och populationer. Inom detta område finns ett stort behov av både teoretiska och kliniska studier, såväl beskrivande som implementerande. Att granska den forskningslitteratur som redan finns inom området och inom närliggande områden, att göra begreppsanalyser och anpassningar till den svenska kontexten/kulturen är viktigt för att kunna ligga till grund för utveckling av ytterligare forskningsprojekt, utbildningsplanering och klinisk verksamhet. Den pågående och den planerade forskningen omfattar både familjerelaterad och en familjecentrerad ansats.

Exempel på pågående projekt

Doktorandprojekt

Familjer inom intensivvård – interaktioner och upplevelser

Doktorand: Ing-Mari Söderström

Detta projekt är en longitudinell studie, som fokuserar interaktioner mellan sjuksköterskor och familjer inom intensivvård, upplevelser av dessa interaktioner samt familjers anpassning till sin nya levnadssituation upp till 18 månader efter utskrivning. Intervjuer med personal och familjer inklusive den sjuke som vårdas på IVA samt observationer angående personals och familjers interaktion på en intensivvårdsavdelning har genomförts. Projektet utgör ett avhandlingsarbete och består av fyra delstudier, varav tre är publicerade (Söderström, Benzein & Saveman 2003; Söderström, Saveman & Benzein 2006; Söderström m fl. 2009). Datainsamling är avslutad även för den fjärde studien; enkät angående familjernas delaktighet i vården, känsla av sammanhang (KASAM) och hopp.

Familjers livssituation i samband med kronisk sjukdom

Doktorand: Liselotte Årestedt

Projektet innefattar fyra delstudier och kommer att utgöras av en sammanläggningsavhandling. Den första studien har ett livsvärldsperspektiv och avser att beskriva essensen i att som familj leva med kronisk sjukdom. De övriga tre delstudierna innefattar intervention med hälsostödjande familjesamtal med speciellt fokus på betydelsen av reflekterande team. Projektet påbörjades 2009.

Att vara en familj i en palliativ kontext – en longitudinell studie

Doktorand: Johanna Norén

Projektet innefattar fyra delstudier och fokuserar familjens situation, t ex begreppet föregripande sorg, före och efter en familjemedlems döende och död. Avhandlingen kommer att vila på ett livsvärldsperspektiv och påbörjas 2010.

Familjers hälsa i en forensisk kontext

Doktorand: Josefin Linnarsson-Rahmqvist

Projektet omfattar fyra delstudier och syftar till att förstå sambandet mellan våld/trauma och familjens hälsa. Avhandlingen omfattar bl a en nationell kartläggningsstudie angående hantering och bemötande av dessa familjer. Projektet påbörjas 2010.

Familjers livssituation då en familjemedlem lever med grav övervikt – en interventionsstudie

Doktorand: Ami Bylund

Projektet omfattar fyra delstudier och syftar till att undersöka om intervention med familjesamtal kan stärka familjernas t ex känsla av sammanhang och förmåga att möta påfrestningar. Avhandlingen omfattar även studier med ett livsvärldsperspektiv med fokus på identitet. Projektet påbörjas 2010.

Övriga forskningsprojekt

Familjers livssituation i samband med psykossjukdom

Detta projekt består av tre delstudier dokumenterade som en monografi. I samband med avhandlingsarbetet är även en kartlägningsstudie genomförd, som mäter hopp, välbefinnande och förmåga att hantera påfrestningar i familjer med en person som lever med en psykossjukdom. Studien ingår inte i avhandlingen. Delstudie I och II i avhandlingsarbetet syftar till att beskriva innebörden i hur det är att leva med psykossjukdom, respektive hur det är att vara närstående till en person med sjukdomen. Datainsamlingen har utgjorts av grupp- och individuella intervjuer med de sjuka (n=11) och de närstående (n=12). Delstudie III beskriver den gemensamma tillvaron för den sjuke och dennes närstående. Familjeintervjuer kompletterades med individuella intervjuer. Studierna har en fenomenologisk ansats (Syrén 2010).

Familjefokuserad interventionsstudie inom palliativ vård

Studien har genomförts som en interventionsstudie med tre hälsostödjande familjesamtal med fokus på familjernas livssituation (Syrén, Saveman & Benzein 2006), hopp, lidande och välbefinnande. Två forskare genomförde samtalen och efter ca 3 månader genomfördes en utvärderingsintervju av en oberoende forskare (Benzein & Saveman 2008).

Hälsostödjande familjesamtal – en modell för omvårdnad

Projektet involverar de familjer, som lever med kronisk sjukdom och som medverkat i hälsostödjande samtal vid CeFam. Projektet innefattar även teoretisk utveckling av den modell för Hälsostödjande familjesamtal som vi utvecklat (Benzein, Hagberg, Saveman 2008). Samtalen kommer att analyseras utifrån olika frågeställningar, t ex Vad talar familjer om? Vad händer i samtalen? Vilka föreställningar framkommer i deras berättelser? Vilka frågor leder till reflektion? Vad är verksamt i samtalen?

Sjuksköterskors och allmänhetens inställning till familjers betydelse i vården

Ett instrument för att mäta sjuksköterskors inställning till familjers betydelse i vården har utarbetats och testats bland ett slumpmässigt urval av Sveriges sjuksköterskor (n=634). Detta projekt har genererat två publicerade artiklar (Benzein m fl. 2008a; Benzein m fl. 2008b) och en rapport (Johansson, Benzein & Saveman 2006). Instrumentet testas nu ytterligare och en internationell studie pågår för att utveckla och anpassa instrumentet i en tvärkulturell kontext. Forskare från t ex Island, Portugal, Taiwan och Nya Zeeland medverkar i studien.

Hälsostödjande samtal som intervention när en familjemedlem lever med diagnosen demenssjukdom

Populationen är familjer som lever med demenssjukdom. Förutom en kartlägningsstudie avseende hopp, välbefinnande och förmåga att hantera påfrestningar, består studien av en intervention med hälsostödjande familjesamtal. Ett ytterligare fokus är analys av dagböcker, skrivna av närstående till personer med demenssjukdom.

Parrelationens betydelse i samband med att den ena partnern drabbas av sin första hjärtinfarkt

Denna parstudie har som övergripande syfte att beskriva och jämföra pars uppfattningar och upplevelser av deras parrelation före och ett år efter ena partnerns första hjärtinfarkt, relaterat till socialt stöd, livskvalitet, sexuell funktion och sexuell aktivitet. Studien omfattar även en interventionsstudie där flera drabbade par samlas i grupp för att samtala om och reflektera över sin parrelation. Projektet startade 2008.

Familjers känsla av sammanhang

Detta är ett nystartat projekt som avser att utveckla ett instrument som mäter familjers känsla av sammanhang. Instrumentet har utvecklats av Antonovsky & Sourani (1988) och finns på engelska. Den engelska versionen har översatts till svenska och kommer att testas i en svensk population av "friska familjer". Om instrumentet visar sig ha goda psykometriska egenskaper kommer studien att utvidgas till en internationell samverkansstudie.

Exempel på planerade projekt:

Familjers hälsa - Inga befintliga instrument finns för att mäta olika variabler på familjers hälsa. Utveckling av ett sådant instrument kommer att vila på befintlig litteratur och våra tidigare familjestudier. Instrument kommer att testas efter vedertagen metod.

Family secrets - projektet syftar till att belysa vilka områden familjer väljer att inte tala om i hälsostödjande familjesamtal och är kopplat till tidigare projekt där hälsostödjande familjesamtal ingår. Befintlig data kommer att kompletteras med nya familjeintervjuer. En hermeneutisk analys kommer att användas.

Avslutande brev – projektet syftar till att undersöka hur familjer upplever de brev, som utgör ett led i avslutningen av de hälsostödjande samtalen och relationen mellan sjuksköterskan och familjen. Befintlig data kommer att kompletteras med nya familjeintervjuer. Olika frågeställningar kommer att bearbetas och analyseras med innehållsanalys.

Utbildning

Under åren 1999/2000 genomfördes tre kurser i FFO på magister-nivå av professor Lorraine Wright. Nästan alla av institutionens lärare i omvårdnad deltog i kurserna och genom detta har alla fått en gemensam grund för implementering av FFO i sjuksköterskeutbildningen och i specialist-, kandidat- och magisterutbildningar. Över 80 % av kollegiet har formell kompetens inom familjfokuserad omvårdnad. Förutom grundläggande kurser i "Familjfokuserad omvårdnad" inkluderar genomgångna utbildningar bland annat kurser i Systemteori, Reflekterande samtal, Hälsostödjande samtal, och Äldre familjer & hälsopromotion. Kontinuerlig fördjupning inom det systemiska tänkandet pågår och i denna utveckling har Judit Wagner, familjeterapeut på systemisk grund, varit kursledare och en stor inspiratör! Under hösten 2008 genomfördes en seminarieserie för lärarkollegiet där vår pedagogiska ansats att jobba med case-metodik integrerades med utvecklingen av ämnet omvårdnad och systemiskt tänkande.

Från och med vårterminen 2001 finns FFO inkommererat i kursplanerna för omvårdnad i sjuksköterskeutbildningen (1-90 hp) och i specialistutbildningen till distriktsköterska. I sjuksköterskeutbildningen introduceras och fördjupas FFO och studenterna tillämpar detta perspektiv på olika sätt under hela utbildningen. FFO är ett explicit innehåll i de flesta kurser inom sjuksköterskeprogrammet. Det konkreta innehållet i olika kurser inkluderar grundläggande teorier och modeller inom familjfokuserad omvårdnad och samtalsträning. Undervisning sker

som föreläsningar, grupparbete, och genom case metodik. Studenter uppmuntras kontinuerligt att relatera FFO till den verksamhetsförlagda utbildningen, aktiviteterna på Hälsomottagningen och andra ämnen/kurser inom sjuksköterskeutbildningen. På avancerad nivå erbjuder vi en 7,5 hp kurs i Hälsostödjande familjesamtal. Från och med våren 2010 ges denna kurs även på forskarutbildningsnivå. Vårterminen 2009 började en fristående kurs i Professionellt stöd till anhörigvårdare (30hp) som har ett uttalat familjefokus. För mer utförlig information om kurserna, se vår hemsida lnu.se.

Nedan följer två exempel på hur vi arbetar med reflektion i utbildningen. Det första exemplet är från sjuksköterskeutbildningens teoretiska kurs Familjen i ett omvårdnadsperspektiv 7,5 hp och det andra exemplet är från den verksamhetsförlagda utbildningen, som i det här fallet är förlagd vid en utbildningsavdelning på Länssjukhuset i Kalmar.

En systemteoretiskt influerad pedagogik

Den teoretiska hemvisten i systemteori/konstruktivism har också betydelse för de pedagogiska idéerna som används, t ex i kursen i FFO. För att den enskilda studenten ska tillägna sig ny kunskap speglar kursen olika perspektiv. Således är flertalet av kursens moment baserade på dialog och reflektion i grupp. I syfte att tillägna sig litteraturen och dess tillämpning, används en modell för reflekterande team inspirerad av Andersen (2003) som ett pedagogiskt redskap. Modellen är ett sätt att formalisera skiftet mellan "talande" och "lyssnande" positioner och syftar till att skapa gynnsamma förutsättningar för såväl inre som yttre dialog hos studenterna. Modellen möjliggör att studenternas samtliga röster kan bli hörda och på så sätt kan samtliga bidra till att öka förståelsen för kursens innehåll.

Reflekterande team som modell används i kursens samtal med fiktiva familjer:

1. Familj (studenter) och två sjuksköterskor (studenter) samtalar – ett reflekterande team (studenter) lyssnar
2. Samtal i det reflekterande teamet - familjen lyssnar
3. Samtal mellan familj och sjuksköterskor för reflektion över reflektionerna

Modellen används på liknande sätt i kursens Journal clubs:

Inför dessa tillfällen är studenterna ombudda att fördjupa sig i kurslitteraturen utifrån specifika teman. Enskilda skriftliga sammanfattningar görs om hur de aktuella teman och dess relation till FFO uppfattas. Med egna och andras reflektioner som utgångspunkt arbetar studenterna vidare med temat, genom att tillsammans med kursledning formera sig i två – tre reflekterande team, som alternerar mellan positioner av lyssnande och talande.

Reflektion är ett betydelsefullt verktyg som används i studenternas verksamhetsförlagda utbildning med eller utan inriktning på FFO. Nedan följer ett exempel på hur reflekterande team kan användas.

Reflektion och lärande på Klinisk utbildningsavdelning på ortopedkliniken i Kalmar (KiK16)

Under vårterminen 2007 startade en utbildningsavdelning på ortopedkliniken i Kalmar (KiK16). På denna avdelning gör studenter från termin tre, fyra och sex i sjuksköterskeprogrammet sin VFU. Personalen på KiK16 eftersträvar att reflektionen ska vara en naturlig del i den dagliga handledningen för att bidra till och stödja studenternas lärande. Genom reflektion och problematisering kring konkreta vårdssituationer ges studenten möjlighet att på ett medvetet sätt integrera teoretiska kunskaper med sina erfarenheter.

Två gånger per vecka deltar studenterna i reflekterande samtal i form av triologer inspirerade av Andersen (2003). Dessa samtal leds av den kliniska adjunkten och både studenter och personal deltar. Samtalet har tre olika delar och består av tre olika parter (berättande student, samtalsledare och reflekterande team). En part befinner sig alltid i lyssnande position, i sin inre dialog. Den berättande studenten börjar med att delge de övriga en situation som han/hon har varit med om. Samtalsledaren ställer fördjupande och utforskande frågor för att få en så rik berättelse som möjligt. Det reflekterande teamet befinner sig nu lyssnande position. Sedan vänder sig samtalsledaren till det reflekterande teamet och de får möjlighet att delge sina reflektioner kring vad de hört och tänkt. Den berättande studenten är nu i lyssnande position. I den tredje delen av samtalet vänder sig samtalsledaren åter till den berättande studenten som får möjlighet att delge sina reflektioner över reflektionerna. En strävan med denna form av samtal är att komma ifrån linjärt tänkande (orsak-verkan) för att istället gynna det relationella och ömsesidiga mellan människor och se situationen i ett sammanhang (Gjems 2007).

Tillsammans går vi stärkta mot framtiden!

Vi går en spännande tid till mötes vid vårt nya Linnéuniversitet, som är en fusion mellan Högskolan i Kalmar och Växjö Universitet. Utvecklingen av FFO kommer att fortskrida och det är också vår ambition att i ännu högre grad än hittills inrikta forskningen på det familjecentrerade perspektivet. En satsning på att anpassa och utveckla instrument inom detta perspektiv är också en utmaning. En ytterligare utmaning är att utveckla och vidga de nationella och internationella nätverk som redan är uppbyggda. I denna anda hoppas vi därmed att ytterligare befästa profilen FFO vid Institutionen för hälso- och vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet, för att kunna bidra till en god familjefokuserad omvårdnad.

Referenser

- Andersen T. (2003) *Reflekterande processer. Samtal och samtal om samtalen*. Stockholm: Mareld.
- Antonovsky A. (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Antonovsky A. & Sourani T. (1988) *Family sense of coherence and family adaptation*. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 79-92.
- Bateson G. (1998) *Mönstret som förbinder*. Stockholm: Mareld.
- Benzein E. & Saveman B-I. (2004) Att vara närstående till person som drabbats av ohälsa. I Östlinder G. (red) *Närståendes behov*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Benzein E. & Saveman B-I. (2008) Health-promoting conversations about hope and suffering with couples in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 439-445.
- Benzein E., Johansson B. & Saveman B-I. (2004) Families in home care – a resource or a burden? District nurses' beliefs. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 867-875.
- Benzein E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2008) Being appropriately unusual – a challenge for nurses in health promoting conversations with families. *Nursing Inquiry*, 15, 106-115.
- Benzein E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2009) *Familj och sociala relationer*. I Friberg F. & Öhlén J. (red). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållnings-sätt*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Benzein E., Johansson P., Årestedt F. K., Berg A. & Saveman B-I. (2008a) Families' importance in nursing care – Nurses' attitudes – an instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14, 97-117.
- Benzein E., Johansson P., Årestedt F.K. & Saveman B-I. (2008b) Nurses' attitudes towards families' importance in nursing care – a survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14, 162-180.
- Bäckström B. & Sundin K. (2009) The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 year after discharge from a rehabilitation clinic: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1475-1484.
- Clements I.W. & Roberts F.B. (1983) *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley.
- Frank A. (1997) *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Friedman M.M. (1998) *Family nursing: Research, theory and practice*. 4th ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Gjems L. (2007) *Meningsskapande handledning*. I Kroksmarks T. & Åberg K.

- (red.). *Handledning i pedagogiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson L. (2007) *Anhörig – omsorg och stöd*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson P., Benzein E. & Saveman B-I. (2006) *Sjuksköterskors inställning till familjers betydelse i omvårdnaden – en nationell studie*. Rapport 2006:2 – Omvårdnad, från Institutionen för Hälso- och beteendevetenskap, Högskolan i Kalmar.
- Kelly G. (1963) *A theory of personality. The psychology of personal constructs*. New York: W.W. Norton.
- Maturana H. (1988) Reality: the search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 25-83.
- Meiers J. & Tomlinson P. (2003) Family-nurse co-construction of meaning: a central phenomenon of family caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 193-201.
- Ricoeur P. (1992) *Oneself as the other*. London: The University of Chicago Press.
- Saveman B-I., Måhlén C. & Benzein E. (2005) Nursing students' beliefs about families in nursing care. *Nurse Education Today*, 25, 480-486.
- Seikkula J. (1996) *Öppna samtal*. Smedjebacken: Mareld.
- Svensk sjuksköterskeförening (SSF) (2008) *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Syren S. (2010) *Det utsagda och ohörsammade lidandet – tillvaron för personer som lever med psykossjukdom och deras närstående*. (Doktorsavhandling). Institutionen för Hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet.
- Syren S., Saveman B-I. & Benzein E. (2006) Being a family in the midst of living and dying. *Journal of Palliative Care*, 22, 26-32.
- Söderström I-M., Benzein E. & Saveman B-I. (2003) Nurses experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 185-192.
- Söderström I-M., Saveman B-I. & Benzein E. (2006) Interactions between family members and staff in intensive care units – an observational and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 707-716.
- Söderström I-M., Saveman B-I., Hagberg M. & Benzein E. (2009) Family adaptation during and after one family members' discharge from an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 250-257.
- Tomm K. (2003) *Systemisk intervju metodik*. Smedjebacken: Mareld.
- Watzlawick P., Weakland J. & Fisch R. (1996) *Förändring: att ställa och lösa problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Whall A. (1986) The family as the unit of care in nursing: a historical review. *Public Health Nursing*, 3, 240-249.
- Wright L.M. & Bell J.M. (2009) *Beliefs and illness. A model for healing*. Calgary: 4th Floor Press, Inc.
- Wright L.M. & Leahey M. (2005) *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis.

- Wright L.M. & Leahey M. (2009) *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wright L.M., Watson W.L. & Bell J.M. (2002) *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Östlinder G. (red). (2004) *Närståendes behov*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Öqvist O. (2008) *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat*. Stockholm: Gotia Förlag.

Lnu.se