

Arts in Health Biennale 2025

- Et forprojekt



Denne rapport er udført af Studio Poesis v. Esben Skouboe PhD, Marie Højlund PhD (Aarhus Universitet), Sofie Busch & Anne-Sofie Udsen.

Projektet er udført i samarbejde med: personale, patienter og pårørende fra Regionshospitalet Gødstrup (RHG).

Arbejdet er udviklet for Region Midtjyllands Kultur som sundhedsfremmepulje 2022.

Resumé

Baggrund

Det danske Sundhedsvæsen står over for store udfordringer vedrørende manglende hænder, højere krav til personale, stigende ulighed i sundhed, samt rekruttering og fastholdelse af personalet. Et strategisk fokus på kunst og kultur som sundhedsfremmende indsatser er beskrevet af WHO som støttende i forebyggelse, behandling og rehabilitering.

Formål

Formålet med dette forprojekt er at udvikle et fundament for en international Arts in Health Biennale på hospitaler i Danmark.

Metode

I projektet vil centrale kulturaktører og sundhedsaktører arbejde med at udvikle en kortlægningsmetode af hospitalsafdelingens sundhedsfaglige og kunstneriske potentialer og barrierer. Projektet er gennemført i tæt samarbejde mellem personalet (13), patienter (4) og pårørende (4) på kræft- og Urinvejskirurgisk på RHG, og i sommeren 2023 er der gennemføres 2 prototyper på afdelingerne.

Resultater

I udgangspunktet er det lykkedes at skabe et givende tværfagligt udviklingsrum, hvor kultur- og sundhedsprofessionelle har kunnet samarbejde om at skabe nye og bedre sundhedspraksisser. Fundamentet for dette samarbejde er et grundigt arbejde med metodeudvikling af: Atmospheric Gap Analysis, som har skabt fundamentet for en tværfaglig udvikling.

På Afdeling for Lindrende behandling er der sammen med instruktør og skuespillerne Thure Lindhardt og Kai Bredholt udarbejdet et minde-ritual til familier med tab. Personalet oplevede en øget innovationskraft på afdelingen, de oplever, at der er plads til nysgerrighed, og så oplever personalet en faglig kompetenceudvikling, som tager udgangspunkt i mennesket; dette giver stolthed, selvtillid og styrker personalets modstandsdygtighed. Pårørende oplevede et meget højt professionelt niveau, som var personligt og borgernært med fokus på den enkelte. Afdelingsledelsen oplevede, at der blev skabt et ligeværdigt professionelt udviklingsrum, der klart styrkede innovationskraften på afdelingen.

På Urinvejskirurgisk er der sammen med indretningsar-

kitekt Mette Risbæk og Asger Bruun Hansen skabt en patientstue, som ved hjælp af enkle virkemidler skal skabe en hjemlig og tryk atmosfære, der skal lindre delir-symptomer. I interview beskrev personalet, hvordan rummet kunne være med til at underbygge sygeplejen. De fortalte, hvordan rummet virkede mere beroligende og afstressende. Ved at personalet deltog i udviklingsprojektet har de følt ejerskab og ansvar, hvilket vil styrke en dyb implementering. Patienter og pårørende mener, at lydmiljøerne har været med til at bygge bro til sanseoplevelser under delir-tranchen og skabe en beroligende atmosfære på patientstuen. Pårørende beskrev også glæden ved at have handlemuligheder, som positive distraktioner i rummet. Lederen er stolt over personalet og glæder sig over at kunne lykkes med at skabe faglige transformationer, hvilket har givet øget mod til at varetage andre komplekse opgaver.

Konklusioner

Sammenfattende er der etableret en metode, som kan bruges til at initiere samarbejder mellem kunst- og sundhedsprofessionelle, hvilket vil være altafgørende for en dyb implementering af kultur- og sundhedsinnovationsprojekter. De to piloter vidner om, at det kan lykkes systematisk at arbejde med kunst og sundhedsinnovation inde i hjertet af hospitalerne til stor glæde for personalet og patienterne, og at specielt sygeplejefagligheden bliver stimuleret. Der er også behov for at udvikle mere viden og finjustere modeller for at skabe en skalerbar metode, som skal tilpasses den enkelte afdelings behov.

Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsen anbefales:

- Udfør A-GAP på hver afdeling som onboarding i sundhedsinnovationsprojekter.
- Etabler et tredje tværfagligt udviklingsrum mellem kunst- og sundhedsprofessionelle.
- Etabler høj tillid mellem faglighederne.
- Lav en intern specialisterorganisation på hospitalet til at koordinere kultur- og sundhedsindsatser.
- Tænk langsigtet.

Aarhus, december 2023





Sygeplejesker og Skuespiller Thure Lindhardt arbejder om udviklingen af mindertal et til Afdeling for Lindrendebehandling.

Forord

Denne rapport er udarbejdet som en del af projektet ”Arts in Health 2025, Et forprojekt” med støtte fra Region Midts pulje for Kultur som Sundhedsfremme og i et samarbejde mellem Studio Poesis, Regions Hospitalet Gødstrup og skuespillere, billedkunstnere, arkitekter, lyddesignere, instruktører, indretningsarkitekter, animatorer, billedkunstnere, forskere, musikere, komponister primært fra Region Midt.

Rapporten har til formål at samle førende kultur- og sundhedsaktører til at udvikle fundamentet for en international Art in Health Biennale på hospitaler. Initiativet er motiveret af WHO’s anbefalinger om integration af kultur og sundhed, Regionshospitalet Gødstrups (RHG) gode erfaringer med integration af multisensorisk kunst på fødestuerne samt et brændende ønske om at bidrage til udviklingen af den danske sundhedssektors fysiske og åndelige rammer til glæde for personale, patienter og pårørende.

I initiativet: Art in Health Biennale, et forprojekt, har centrale kulturaktører og sundhedsaktører arbejdet med kortlægning af hospitalsafdelingers sundhedsfaglige og kunstneriske potentialer og barrierer for sundhedsintegreret kunst. I dette samarbejde har vi udviklet metoden Atmospheric Gap Analysis (AGAP) og testet den på Kræft- og Urinvejskirurgisk på RHG i sommeren 2023. Prototyperne er rettet mod afdelingers helt særlige eksistentielle og menneskelige behov. Projektet har været ledet af Esben Bala Skouboe, Ph.D., i samarbejde med Associate Professor Marie Koldkjær Højlund, Ph.D.

En særlig tak skal lyde til personalet, som har deltaget i udviklingsarbejdet, deltagelse i designworkshops, møder, facilitering af patient- og personaleinterviews, koordinering af byggeprocesser og meget mere fra Kræft- og Urinvejskirurgisk på RHG. Tak fordi I tog så varmt imod os og åbenhjertigt delte jeres perspektiver på problematikker og potentialer vedrørende kultur som sundhedsfremme med os. Samtidig sendes også en særlig tak til patienter og pårørende, som har stillet op til interviews og delt nogle af deres mest intime øjeblikke med os - Tak, uden jeres fortællinger var projektet intet.

Samtidig sendes en tak til Pia Eiborg Astrup (Region Midt), Rikke Degn (RHG), Lene Høgsberg (RHG), Merete Haubjerg (RHG) samt de mange kulturaktører, der har bidraget med indsigter og inspiration, en liste findes på følgende side. Også en tak til House of Finn Juhl, & Tradition og Garant for deres nysgerrighed og donationer.

Marie Højlund og Esben Bala Skouboe



Republiket af Danmark, 1814, for prenteren, påkostede og presser
1814, og Republiken, 1814, for prenteren, påkostede og presser
1814

“Vi er det stof, drømme
er gjort af & hvert et lille
søvn.”
William Shakespeare

Titel

Arts in Health 2025, et forprojekt

Et innovationsprojekt for Region Midt Kultur som Sundhedsfremme udført i 2024

Forfattere

Esben Bala Skouboe PhD. (red.), Projektleder, Studio Poesis

Marie Højlund, PhD., Aarhus Universitet

Anne-Sofie Udsen, Research, Studio Poesis

Sofie Bush, Research, Studio Poesis

Nikoline Sander, Research, Studio Poesis

Sundhedsprofessionlle

Rikke Degn Sygeplejefagligdirktør

Ann Fogsgaard, cheffjordemoder & repræsentant afdelingsledelse,, (RHG)

Maiken Milly Howard, cheflæge Urinvejskirurgisk, RHG

Betitina Lund-Nielsen, chefsygeplejerske, Urinvejskirurgisk, RHG

Lene Høgsberg, chefsygeplejerske, Kræftafdelingen RHG

Merete Haubjerg Sørensen, Oversygeplejerske, Urinvejskirurgisk, RHG

Personale, patienter og pårørende fra Urinvejskirurgisk og Kræftafdelingen på RHG

Kunstprofessionlle

Pernille Taagaard Dinesen, Head of public engagement, AROs, Århus

Per Kap Bech, Direktør, Odin Teatret, Holstebro

Kai Bredholt, Skuespiller, Odin Teatret, Holstebro

Jacob Boris Sabra, Viborg Animationsskolen, Viborg

Margrethe Langer Bro, Det Jyske Musikkonservatorium, Århus

Keld Hosbond, Det Jyske Musikkonservatorium, Århus

Thure Lindhardt, skuespiller og instruktør, København

Kaare Wulff, Lyddesigner

Morten Hilmer, Naturfotograf

Jacob Lillemose, Kurator

Asger Bruun Hansen, Lydkunstner

Mette Risbæk, indretningsarkitekt

Metodeudvikling og forskning

Anne-Sofie Udsen, Aarhus Universitet

Sofie Busch, Studio Poesis

Nikoline Sander, Research, Studio Poesis

Mette Saaugaard Olesen, udviklingssygeplejerske, Urinvejskirurgisk, RHG

Anne Maria Høj Væggemose, udviklingssygeplejerske, Kræftafdelingen RHG

Anita Ahle-Kallesøe Jessen, udviklingssygeplejerske, Palliation RHG

Jeffrey Serio VIA Collage Aarhus

Susanne Gundersborg Sandbøl Hygiejnesygeplejerske, RHG

Projektejer

Region Midt v. Pia Wiborg Astrup, Koncernchef Sundhedsinnovation, RM

Ditte Svendsen Konsulent - Sundhedsinnovation, RM

Støtte af

House of Finn Juhl

&Tradition

Garant



Indholdsfortegnelse

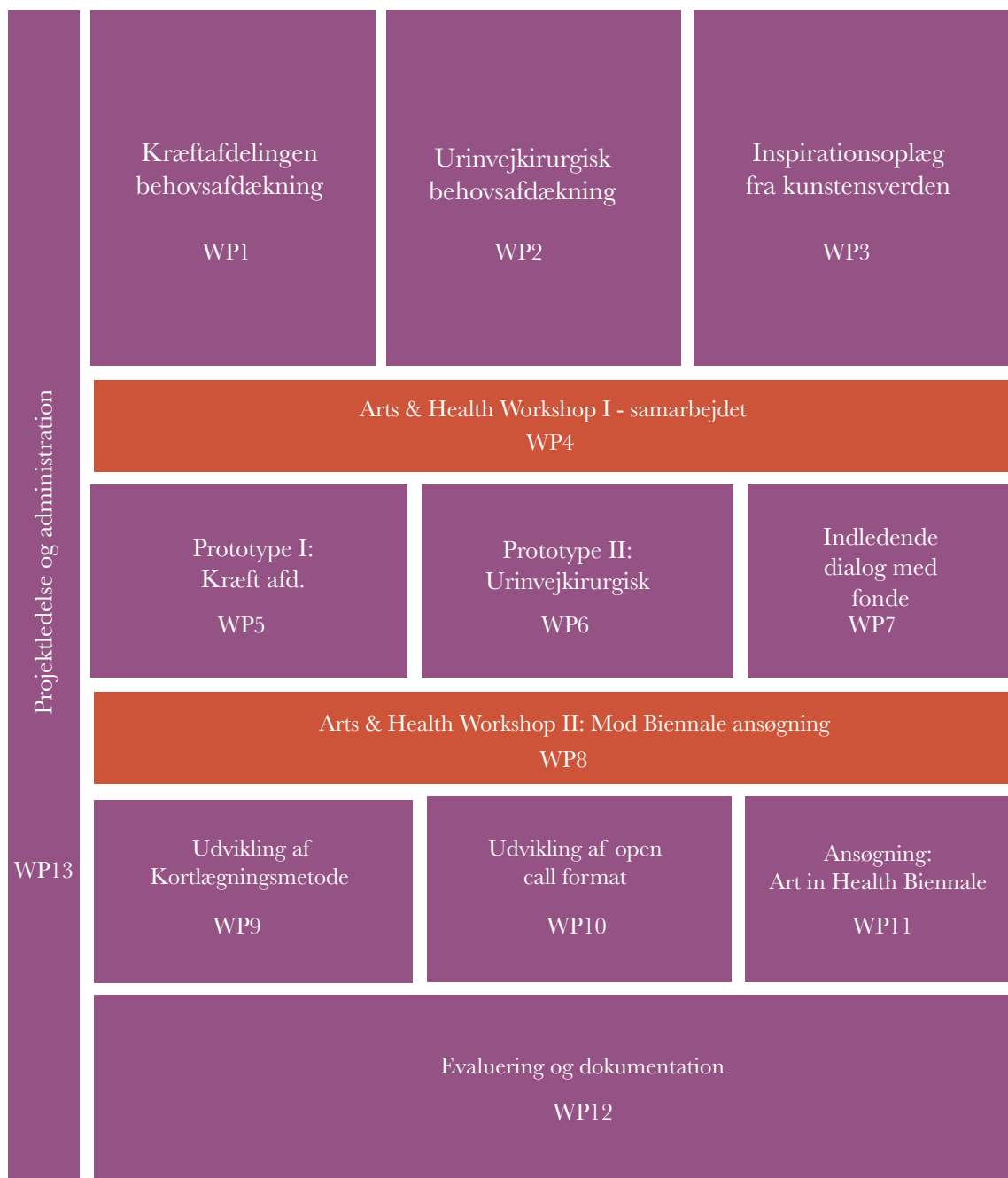
Resumé	2
Forord	4
Læsevejledning	8
WP1 Kræftafdelingen behovsafdækning	10
WP2 Urinvejskirurgisk behovsafdækning	34
WP2.1 Patienthistorier Feeling Human	58
WP3 Inspirationsoplæg fra kunstens verden	60
WP4 Arts in Health: Workshop I Samarbejdet	62
WP5 Pilot I: Minderitual - Enhed for lindrende behandling	76
WP6 Pilot II: Urinvejskirurgisk	100
WP7 Indledende dialog med fonde	122
WP8 Arts in Health Workshop II - Mod Biennalen	124
WP9 Udvikling af kortlægningsmetode	130
WP10 Udvikling af open-call formater	138
WP11 Ansøgning Arts in Health Biennale	142
WP12 Evaluering og dokumentation	144
WP13 Projektledelse	146

Læsevejledning

Denne rapport er bygget op omkring en kronologisk gennemgang af arbejdspakkerne (WP) som er gennemført i projektet: Arts in Health Biennale 2025, et forprojekt udført i 2024. Hver WP er dokumenteret løbende har en organisering som vist på figuren på modsatte side. Dette dokument er WP12 og samler dokumentation fra projektet, det er forfatterens håb at dette dokument kan inspirere andre til bevæge sig ind i innovationsprocesser der kommer kunst- og sundhedsprofessionelle for at skabe bedre patientmiljø og arbejdsmiljø.

God fornøjelse.

Struktur



Organisering af projektet Arts in Health 2025, Et forprojekt.

WP1

Kræftafdelingen behovsafdækning

Formål

Dette dokument indeholder resultater af observationer samt semi-strukturerede interview med læge, ergoterapeuter, psykolog, sygeplejersker, afdelingsleder samt patient og pårørende, udført af Esben Bala Skouboe & Anne-Sofie Udsen, februar 2023, som del af behovsafdækning til projektet "Art in Health Biennale 2025, et forprojekt".

Dokumentet bygger videre på principper om Art in Health udført af WHO i rapporten: Health evidence network synthesis report 67: What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?, som er vedlagt som bilag 1.

Formålet med dokumentet er at skabe en initierende behovsafdækning for kunst og sundhedsbehov og potentialer i kræftafdelingen på Regionshospitalet Gødstrup. Resultaterne præsenteres af personlet til Design workshoppen WP4 og kommunikere de sundhedsfaglige ønsker og krav

Materialet er udarbejdet af

Esben Bala Skouboe, Projektleder, Studio Poesis

Anne-Sofie Udsen, Research, Studio Poesis

Sofie Busch, Research, Studio Poesis

Nikoline Sander, Research, Studio Poesis

Kræftafdelingen:

Lene Høgsberg, Chefsygeplejerske

Martin Steiner, Overlæge

Mai-Brit Olesen, Psykolog

Randi Østergaard, Ergoterapeut

Anne Maria Høj Væggemose, Sygeplejerske

Niels Olesen, Patient

Gunhild Christensen, Pårørende



Indholdsfortegnelse

Fakta: Kræftafdelingen

Patienttyper

Pårørerende-typer

Patienthistore

Ankomst til Kræftafdelingen

Kort over Kræftafdelingen

Venteværelset på 1. sal

Behandlingsrum på 1. sal

Gang i Klinikken på 1. sal

Hakket (fællesrum) på 5. sal

Opholdsrum på 5. sal

Sengestue på 5. sal

Tematikker

- Vært for døden
- Hjemliggørelse af sengestue
- Livet i stolen
- Delir-præventiv behandling
- Den eksistentielle samtale
- Pause fra krisen

Tænk hvis vi kunne ...

Just don't

Målinger og KPI

—
Potentielle kunstzoner
—

Fakta: Kræftafdelingen

Kort beskrivelse

Kræftafdelingen på Regionshospitalet Gødstrup er opdelt i to specialer: Kræft og Enhed for lindrende behandling. Geografisk fra midt- og vestlige del af Region Midtjylland. Kræftafdelingen varetager medicinsk kræftbehandling til patienter med c. mammae, c. pancreas, c. colorektal, c. ovarie, c. prostatae. Patienterne går til behandling, der varer fra måneder til år.

De to afsnit er yderligere opdelt i; *Klinikken, Sengeafsnit lindrende behandling og Sengeafsnit kræftbehandling.*

Klinikken ligger på 1. niveau og består af venteværelse, klinikrum og kemoterapi rum. I klinikrummene kommer patienterne til som det første til konsultation, samt med løbende opfølgende kontrolbesøg hos lægen. Patienten tilknyttes et team og introduceres til ens patientansvarlige læge, hvor man sammen planlægger behandlingsforløbet. Det er også på dette niveau der gives kemoterapi. Afdelingen består af 10 kemoterapi rum, som i alt udgør 24 patientpladser og 9 klinikrum.

Enhed for lindrende behandling og sengeafsnit befinder sig på 5. niveau og udgør en klinik, arbejdsrum, en-mands-stuer og et opholdsrum. Her varetages specialiseret palliativ indsats for 300.000 borgere. Der er fokus på at fremme livskvalitet, de problemer der er forbundet med livstruende sygdom samt forebygge og lindre lidelse. Der er et holistisk syn på patienter og healing, med behandling af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelige behov. Sengeafsnittet er tildelt patienter med livstruende sygdom, som har behov for specialiseret palliativ behandling. Sengeafsnittet består af 9 stuer, med eget bad og plads til overnattende pårørende.

Sengeafsnittet for kræftbehandling befinder sig på 5. niveau fløj R og består af arbejdsrum, en-mands-stuer og et opholdsrum. Afsnittet er forbeholdt patienter som er i aktiv medicinsk kræftbehandling, hvor de kommer primært grundet pludselige bivirkninger til deres medicinske behandling - oftest kemoterapi - som derfor kræver intensiv behandling. De har derfor en gennemsnitlig liggetid på 2-6 dage. Sengeafsnittet består af 9 stuer, med eget bad og plads til overnattende pårørende.



Møderum, personale



Behandlingsrum i klinikken



5 sal Sengeafsnit: kræft

Et døgn i klinikken

- 7.30 Morgenmøde i personalerummet (kort)
Personale går ud på stuer - går i gang med program
- 8.10 Morgenmøde m. læger (maks 20 min)
- 8.30 Dagen starter
Første patient hentes til kemoterapi, derefter hentes den næste osv.
- 17.00 Dagen slutter (én dag dog åbent til 19.30)

Et døgn på sengeafsnittet

- 7.00 Møde - orientering om den tildelte patient
- 7.30 Morgenpleje - medicin, soignering
Korte konferencer
Stuegang
Frokost (først patienter, dernæst personale)
Samtaler, opsamling
- 15.00 Afslutter + nyt hold (skift fra dagvagt til aftenvagt)
Gennemgang af patienter
Samtaler med pårørende og patienter
Aftensmad
Sengetid
- 23.00 Nattevagt kommer
Tilser patienter (kun det akutte)

Patientforløb

Et typisk patientforløb i hver afsnit kan beskrives således:

Kemoterapi (Klinikken)

I klinikken kommer patienter til medicinsk kræftbehandling, som varetages af sygeplejersker. De er opdelt i tre teams, som hver er specialiseret i en bestemt type kræftdiagnose. Der gives 180 behandlinger om ugen, som alle strækker sig fra 1-5 timer ad gangen.

Patientforløbet under kemoterapi kan variere afhængig af patientens helbredsprofil. Der kan typisk defineres to generelle forløb:

Helbreds korrektiv behandling:

Formålet med et helbreds korrektivt forløb er at nedslå kræftcellerne hos patienten. Dette er et intensivt forløb som strækker sig fra 9 måneder til 1 års tid - dog med nogen divergens. Patienterne kommer typisk hver 14. eller 21. dag (nogle tilfælde hver 7. dag).

Pallierende (livsforlængende) behandling:

Dette er tildelt patienter som må leve med kronisk sygdom. Disse forløb afhænger af, hvor langt patienten er i sit kræftforløb, men strækker sig ofte over en årrække. Gennem deres forløb kan der forekomme perioder af stilstand og opblussende faser.

Sengeafsnit for lindrende behandling

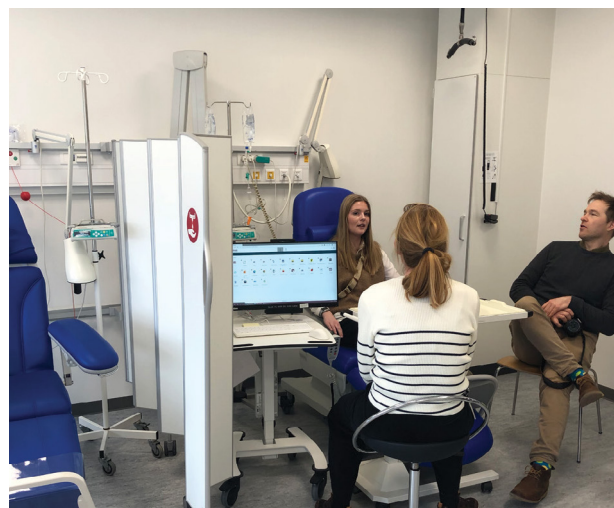
Patienten gennemgår den sidste fase af livet på dette afsnit, og forløbet er dermed fast fra indlæggelsesdato og frem til sidste åndedrag.

Sengeafsnit for intensiv behandling

På dette afsnit ligger patienterne ofte i 1-2 dage i forbindelse med behandlingen. Det er et midlertidigt forløb.

Hyppe palliative symptomer

Smerte
Kvalme / opkast
Dyspnø
Obstipation
Fatigue
Angst
Delir
Depression
Sociale eller psykosociale udfordringer
Eksistentiel eller åndelig lidelse
Malign tarmobstruktion



Behandlingsrum



Sengestue



Sengestue med fødselsdagsfejring

Patienttyper

Den typiske brystkræftpatient:

Kvinde
Ressourcestærk
“Hvad gør I, hvorfor gør I det, hvordan gør I det?”
Stiller mange spørgsmål
Har typisk søgt svar selv
Kommer forberedt

Den typiske lungekræftpatient:

Gammel, ældre mand
Ryger
Ingen indsigt om eget helbred
Siger ikke hvis man har ondt
Negligerer sygdommen, “Jeg har prøvet værre”
Ofte livsforlængende behandling
Føler sig mere skyld i sin sundhed/sygdom (fordi kræftformen er påvirket af ens måde at leve på)
Generelt: En sårbar patientgruppe

Den typiske tarmkræftpatient:

Svært at beskrive en stereotyp
De er aldersmæssigt i spændet mellem de to ovenstående
Mærker ikke kræften - kræften kommer som et overraskelsesmoment
Mange mænd

Generelt:

Angsten for at miste/at skulle dø, at skulle dø fra det liv man har, relationerne
En krise over at være syg med kræft, fordi det er forbundet med død
Identitetskrise over kemo; miste håret osv.
Selvbilledet ændres; få fjernet brystet, få stomi

Pårørerende-typer

Den pårørendes adfærdsmønster og emotionelle stadie afhænger hovedsageligt af patientens tilstand og behandlingstype, men følgende temaer kan tydes:

Ventesorg og lettelse:

Pårørende er i **ventesorg**, som er belastningen når en patient er døende over længere tid.
De er altid i beredskab og bærer rundt på en konstant tyngende sorg
De kan blive euforisk lettede når døden endelig indtræffer

Frygten for at miste:

De pårørende føler sig overvældet af situationen
Har en følelse af hjælpeløshed
En stærk sorg
Frustration og vrede er tit et følge af denne frygt, som ofte går ud over personale

En hjælpende hånd:

De er nervøse for at gøre eller sige det rigtige/forkerte
De ønsker at hjælpe og være til assistance for personale og patienten
De er nysgerrige på behandlingen og situationen og ønsker at forstå omfanget så vidt som muligt.

Undertrykkelse af følelser:

De ønsker helst at tage deres bekymringer op i enerum med sygeplejersker/læger, således det ikke påvirker patienten
De underminerer deres egne følelser og behov for eksistentielle samtaler: **“Det er jo ikke mig der er syg”**

Børn:

Børn har svært ved at bearbejde og forstå sorgen tilstede
De har brug for plads og hjælp til at træde ind og ud af sorgen

Patienthistore

Vi skal nu møde en patient. Patienten er en mand i 60'erne, han er bibliotekar - han kan godt lide når tingene er sat i system, han beskriver sig selv som introvert, han bryder sig ikke om jazz, han er glad for at se krimier og at løse sudoku, og så er han uheldeligt syg med kræft.

“Jeg tror jeg har 30 af de her (hospitals)armbånd liggende hjemme i skuffen”

Patienten har været indlagt på kræftafdelingen i Gødstrup tre gange fordelt på tre måneder, i alt 30 dages indlæggelse. Den længste indlæggelse var i december, hvor han var indlagt i 19 dage på en af afdelingens sengstuer. Når man går i behandling for kræft, så kan behandlingen faktisk svække en mere end selve sygdommen, og som patienten selv siger, så bliver man “modtagelig overfor alt muligt andet skidt”. Patienten fik infektioner i halsen og blev derfor indlagt.

“Det deler sig jo lidt i nogle pukler. Først kommer man jo ind og har det rigtig dårligt. Der var jo nogle dage, hvor jeg næsten ikke kunne synke mit eget mundvand, fordi min hals var helt betændt og lukket til. Du får lagt en sonde, og du lever af sondeernæring, og du får antibiotika tre gange om dagen. Så der er jo en akut-fase hvor du har det rigtig skidt, og der ligger man jo bare. Der er man egentlig ret ligeglad, bare man bliver passet. (...) Så begynder man at få det bedre, så er det jo, at det bliver interessant hvordan omgivelserne er.”

Patienten brugte meget tid på tablet-skærmen, der kan trækkes hen til sengen. Her så han en del krimier på DR, eller hørte radio - så kunne man blunde lidt imens. Og så brugte han tid med sin kone, der var hos ham 3-5 timer hver dag. Her bestilte de mad i kantinen som de spiste sammen på sengestuen, den pårørende strikkede, de gik ture på gangene, og havde barnebarnet på besøg. I december hængte de julepynt og barnebarnets tegninger op på stuen, de fik skabt en form for hverdagsrytme på hospitalet. Men hospitalet har også sin egen rytme.

“Det er et maskineri du bliver puttet ind i. Du bliver vækket klokken 6 selvom du godt kunne sove til klokken 8, fordi der skal du have lagt drop op - fordi det står på arbejdsplanen. (...) det skal man lige vænne sig til - de der tidspunkter. At hvis du snakker med sygeplejerske klokken 14:30 og 15:30, så er det ikke den samme, der kommer ind. Jeg lå der så længe at jeg vænnede mig til rytmen, men det er ikke lige sådan at vænne sig til. At der er så mange skift”

I december var der i afdelingen flere indslag, men særligt et står ud for patienten. Vestjysk ensemble er kommet for at synge for patienterne på sengestuerne.

“Da koret sang, der sad jeg jo og storhylede fordi jeg kom til at tænke på at jeg ikke selv længere kan synge. Fordi jeg har så ondt i min hals. Det første sted jeg opdagede at noget var galt, var i et selskab hvor vi plejer at sidde og synge og hvor jeg oplevede at jeg ikke kunne synge med .. og det var jo der hvor sygdommen startede. Og så at komme ud og høre at de synger så fint der .. det fik da lige gjort det af med mig. (...) Det gjorde noget mere dybtliggende følelsesmæssigt ved mig at høre koret”

Både patient og pårørende beskriver indslagene som et afbræk i hverdagen, men også som noget der kan noget mere.

“Det er en hjælp i hverdagen, til at kunne se lidt lysere på det hele. På ens tilværelse, og ... håb, måske også, for at det bliver bedre på et tidspunkt. At kunne se lyset forude”

Patienten beskriver sig selv som ‘stamgæst’ på hospitalet, og han ved, at det er et spørgsmål om tid før han igen skal derind. Han og den pårørende vil derfor give os disse råd med på vejen:

“Noget, der giver lys og håb” - Pårørende

“Og glade farver” - Patient

“Det behøver ikke at se ud som virkeligheden, det må gerne skabe nysgerrighed” - Pårørende

“Kunsten skal ikke provokere her. Man skal ikke blive overrasket. Det skal være blidt og harmonisk. Chokvirkningen må være forbeholdt et bredere publikum. Det publikum man har her er i en sårbar situation. De er ikke klar til at tage hvad som helst ind” - Patient

Ankomst til Kræftafdelingen



Ankomsthallen



Ankomsthallen

Ankomsthallen på Gødstrup føles familier, som en lufthavn med masser af liv og til tider lettere kaotisk. Der er en strøm af mennesker, indtryk, stemninger og stimuli - her virker ikke trist eller som et sygehus og der er ingen beskrivelser, som indikerer sygdom.

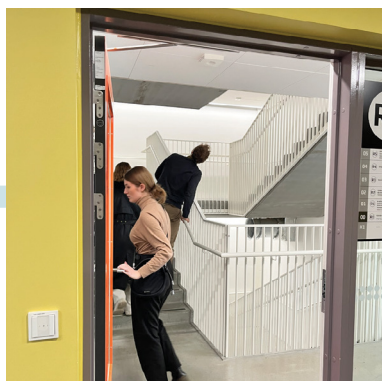
Det føles lidt som at bevæge sig rundt i en utopisk verden - et lille økosystem, hvor hele sygehuset virker afskåret fra resten af virkeligheden. Man kan gå på opdagelse blandt farverige kunstværker eller sætte sig i de små indhak væk fra strømmen af mennesker og blot observere dem eller synke ind i egne tanker.



Venteværelset



Trappen til kræftafdelingen



Herfra bevæger man sig hen mod kræftafdelingen, hvor de hvide vægge begynder. Der sker et skift i stemningen, og pludselig sker mødet med sygehusets alvor.

Ved ankomst på kræftafdelingen føles der stille, og man tør næsten ikke sige noget eller udtrykke en mine. Der er hvide vægge, grå døre og sorte skilte. Alle farverne og livet fra ankomsthallen er væk. I venteværelset sidder pårørende og patienter til skue med tomme blikke og uden noget fordybe sig i, end tiden der langsomt går. Her dufter af medicin og sprit.



Gangen på klinikken



Foyer på sengeafsnit



Gangen på sengeafsnit

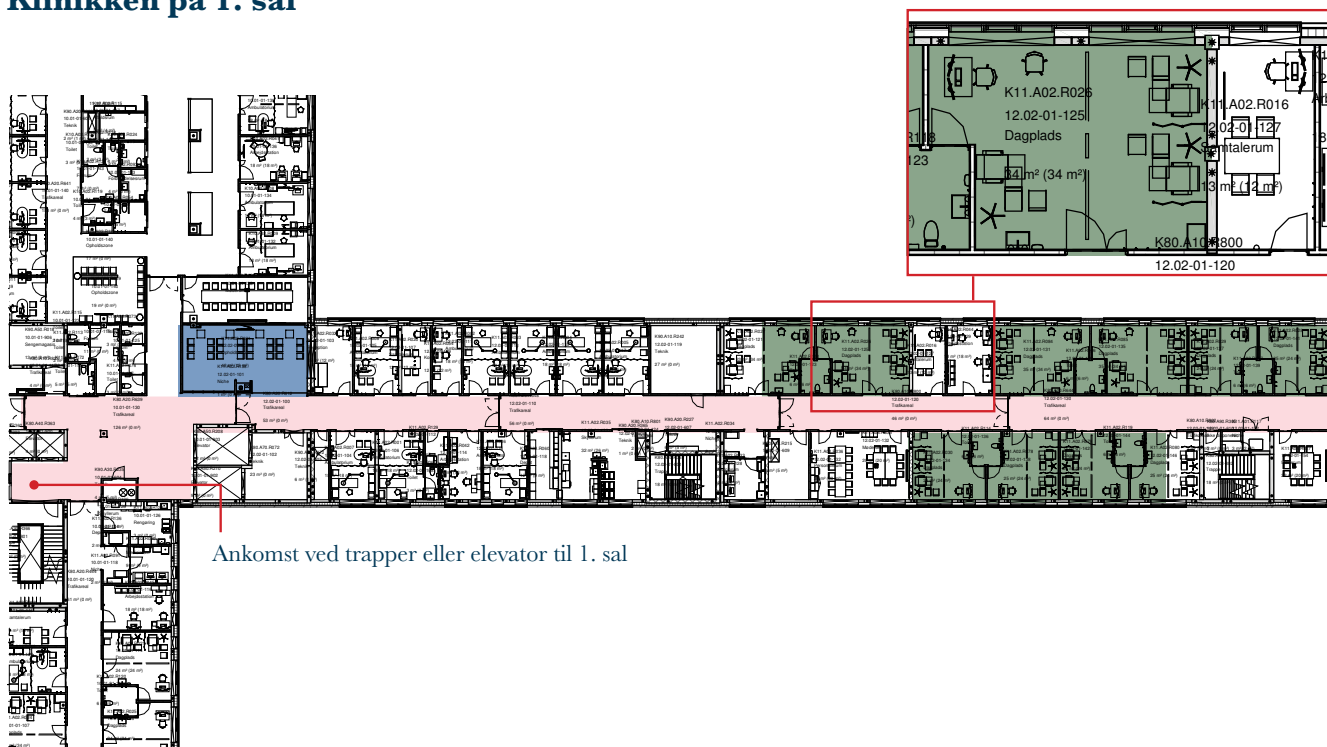


Når man går videre op på sengeafsnittene, kan det være svært at lokalisere det levede liv inde på sengestuerne. Gardinerne er rullet ned ind til alle stuer, lyset er mere dæmpet og der er dæmpet og stille udover en dør, der smækker hist og her og hiver i bygningen.

Kort over Kræftafdelingen

- Venterørelse
- Behandlingsrum
- Gang
- Hakket (fællesrum)
- Opholdsrum
- Sengestue

Klinikken på 1. sal



Ankomst ved trapper eller elevator til 1. sal



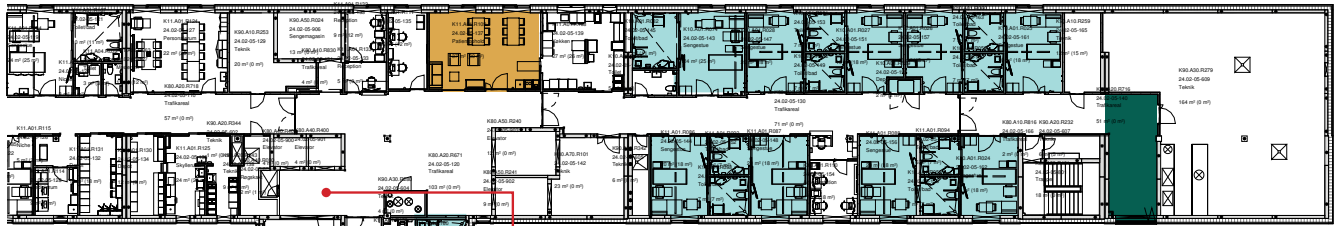
Behandlingsrum



Gang i klinikken

- Venterørelse
- Behandlingsrum
- Gang
- Hakket (fællesrum)
- Opholdsrum
- Sengestue

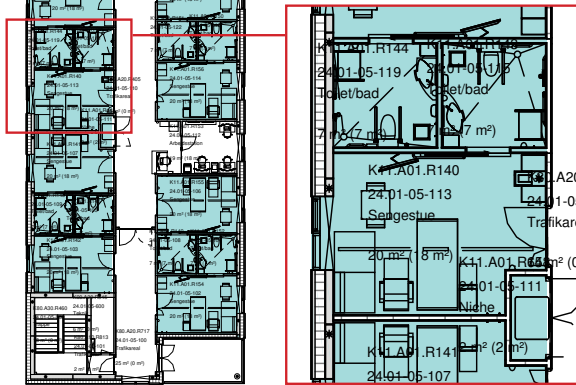
Sengeafsnittene på 5. sal



Sengeafsnit for intensiv behandling

Ankomst ved trapper eller elevator til 5. sal

Sengeafsnit for lindrende behandling



Foran opholdsrummet på sengeafsnittet



Sengestue

● Venteværelset på 1. sal

Rum og atmosfære

Det første møde med afdelingen er venteværelset som er placeret tæt ved foyeren på etagen for kræftklinikken. Her mødes man af personale der tager imod patienten og man bedes tage plads indtil man bliver hentet af en læge eller sygeplejerske. Venteværelset består af et lille indhak med rækker af stole. Der er store glaspartier, så patienter og pårørende kan kigge ud på gangene, men forbigående kan også kigge ind på dem. Som udefrakommende kan man få en fornemmelse af, at de sidder til skue med tomme blikke - der er intet i det rum at kigge på og lade sig forsvinde hen i, således tiden kan gå. Det er ambitionen at patienterne ikke skal vente mere end 10-15 minutter før de hentes, men travlhed på afdelingen kan selvfølgelig påvirke ventetidens længde.

Jævnligt ophold

Venteværelset er et sted patienterne møder hver gang de skal ind i afdelingen. De patienter der får helbredende behandling sidder her cirka hver 14.-21. dag, mens patienter der får livsforlængende behandling kan komme i afdelingen over en længere årrække, hvor man med jævne mellemrum også sidder i venteværelset inden man skal have foretaget blodprøver, CT scanninger og andre procedurer i forbindelse med ens kroniske sygdom.

Visionerne om et indbydende venteværelse

Et personalemedlem fortæller at hun næsten ikke tør kigge ind i venteværelset når hun går forbi på gangen - der sidder så mange patienter og det er pinligt at der er så tomt og grimt derinde. Hun lavede derfor et eksperiment hvor hun hang en plakat op derinde med citater der var samlet på en temadag for personalet. Personalet nævner generelt visioner om at venterummet kunne gøres mere indbydende, blandt andet at venterummet kunne være som en spa - med gode dufte, god musik og behagelige lyd. En stemning af mindfulness. Her nævnes også referencer til et akvarium hvor man kan høre boblerne og lade sig fordybe i fiskene, der svømmer rundt. De ønsker at der skal være noget blikfang for patienter og pårørende - de skal have en fornemmelse af "her kan jeg fint sidde og vente" - det skal være et rum der skaber ro i patienten, et rum der kan skabe lethed i livskrisen og de store spørgsmål der forbindes med den.



Venteværelse på 1. sal, vinkel 1



Venteværelse på 1. sal, vinkel 2

● Behandlingsrum på 1. sal

Rum og atmosfære

Behandlingsrummet er del af klinikken (åbent i dagtimerne), og det er her patienterne får kemo/hormonbehandling. Patienten hentes i venteværelset og kommer ind i terapirummet, hvor de sættes i en af de blå stole og gøres klar til behandling. Mens der foretages kemoterapi, er rummet også ramme for private samtaler, hvor personale og patient kan tale privat, hvis det ønskes før/efter behandling. Patienterne sidder i terapi i op imod 5 timer, og er der cirka hver 14-21 dag. På stuerne er der 2-3 'blå stole' og én pårørende-stol pr. patient. Mellem stolene er der en skærm der kan trækkes for hvis der f.eks. er en mand og kvinde på samme stue, da trøjen skal løftes ifm. behandling. Derudover bruges afskærmningen også, hvis personale skal have private samtaler med patienten (fx. afføringsmønstre, seksualitet, eksistentielle spørgsmål, etc.). Hver stol har en tablet-skærm som patienten kan streame fra.

Blottet og offentlig tilstedeværelse

I en af stolene sidder patienten og kigger direkte ind i et spejl - man kan lige se sit eget hoved. Det føles ubehageligt at skulle kigge på sit eget spejlbillede i op til 5 timer, samtidig med at man muligvis gennemgår en identitetskrise, hvor ens selvbillede ændrer sig - både psykisk og fysisk.

Opholder man sig i et rum med plads til tre patienter på en stue, er man placeret to siddende overfor én, og er dermed tvunget til at se på hinanden. Dette kan virke meget blottet og

intens - særligt hvis der tilmed befinder sig fremmedes pårørende samt sygeplejersker i rummet. Når man befinder sig i en skrøbelig tilstand, kan dette opfattes som ubehageligt/akavet, og dermed påvirke humøret i en negativ retning.

Flugten fra den blå stol

Patienterne beskriver at væggene er meget sterile, og der er ikke meget at kigge på. Nogle patienter snakker sammen under behandlingen, og nogle begynder at kende hinanden, fordi de tilfældigvis ofte ender på stue sammen - det kan hospitalet dog ikke prioritere når der bookes tider. Sygeplejerskerne nævner også at nogle patienter bliver rastløse i stolen og de går derfor under behandlingen rundt med et stativ hvor kemoterapi-poserne er fastsat - dette kan dog være farligt hvis der går hul på poserne, så patienterne skal helst sidde i stolen under hele behandlingen.

"I Herning var der 'huller' i loftet, som patienten kunne tælle mens de fik kemo, men de er fjernet nu. Så de har simpelthen ikke noget at kigge på"

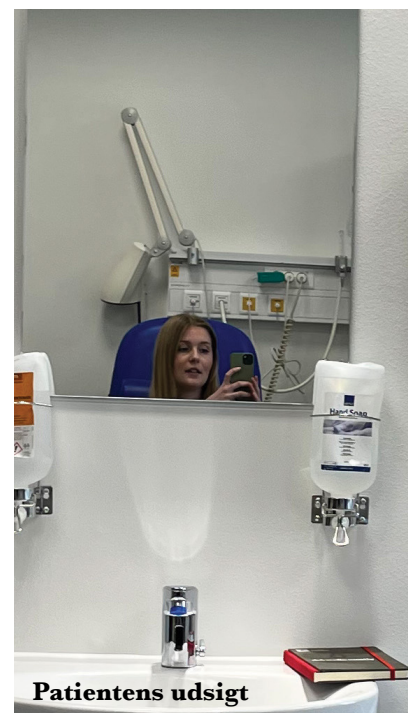
- Sygeplejerske

Ritualer og de smukke øjeblikke

Personalet beskriver en stemning, der kan være plaget af sygdom og alvor. Men der er selvfølgelig også gode øjeblikke, som når en patient afslutter forløb hvor sygeplejerskerne sørger for at der er flag på bordet, eller hvis der er pårørende med børn der kommer på besøg.



Behandlingsrum med 3 stole



Patientens udsigt

I en af behandlingsrummene er en af de blå stole placeret lige over for et spejl, så patienten under hele behandlingen kan stirre på sit eget (skiftende) selvbillede.

● Gang i klinikken på 1. sal

Rum og atmosfære

Gangarealerne på kræftafdelingen beskrives som hvide, sterile - og lange. Der er enkelte steder hvor væggene er malet i rødlige nuancer; gul, orange, beige, brun. Hver sengestue har en mørkegrå dør, hvor der står værelsesnummer noteret, væggene er hvide, gulvet er lysegråt linoleum, loftet er hvidt med sorte loftslamper. På kræftafdelingens gang ved sengeafsnittet er den naturlige belysning minimal, da der ikke er vinduer i gangens ender.

Vi taler med en patient der har været indlagt på sengeafsnittet af flere omgange, der beskriver hvordan gangene ikke kun er sterile, men faktisk også kan virke desorienterende:

“Nu har jeg jo ligget her 3 gange, på den samme gang, men på 3 forskellige stuer, og det var jo faktisk sådan at den første gang .. nej de to første gange lå jeg på den ene side af gangen (ulige numre), og så den sidste gang der lå jegovre på et af de lige numre, og når man så gik ud af stuen, så skulle jeg dreje til venstre - til den forkerte side. Fordi nu lå jeg jo på den modsatte side, *griner* så når jeg skulle ned og hente mad så gik jeg den forkerte vej, fordi jeg var vant til at gå til højre, og så var det pludselig modsat. Så det er det der med at alting ser ens ud, det kan godt forstyrre ens orienteringssans. Så der gjorde det måske ikke noget hvis der var nogle landemærker at gå efter.”

Et trafikeret knudepunkt

Gangarealerne kan beskrives som hovedvejen i afdelingen - her mødes alle hospitalets instanser, fra patienter og pårørende der går en eftermiddagstur, personalet der kommer løbende pga. akut-opkald fra patient, maden der leveres ud på stuerne, sengene der køres ned til operation. Gangene er en trafikeret vej, og det kræver logistik og plads. Af samme årsag må der ikke placeres møbler og lignende på gulvet og langs væggene - hvis der opstår brand, skal alle patienterne hurtigt kunne evakueres, og så må der ikke stå noget i vejen. I arbejdet med gangarealerne er dette et vigtigt dogme som der ikke kan afviges fra.



Gangareal i Klinikken

● Hakket (fællesrum) på 5. sal

Rum og atmosfære

“Hakket” er et område på omkring 25-30 kvm, der ligger for enden af sengeafsnit for kræftbehandling. Man går ned ad en lang gang med hvide vægge uden vinduer. For enden af gangen ligger Hakket, hvor der er et stort vinduesparti og god naturlig belysning. Ved vinduet står en motionscykel, som patienterne kan bruge mens de nyder udsigten. Herudover er der to lænestole, og et lille rundt bord med to stole. Hakket er et område uden officiel funktion, og det bruges derfor både af patienter til at motionere, men også af personale til arbejde hvis der ikke er andre rum ledige. Når der er læge/sygepleje studerende på afdelingen tages de ofte med herved når de skal briefes, da de her kan stå og samtale uden at ‘stå i vejen’ på gangarealerne.

Manglen på arbejdspladser

Da vi kommer derned sidder en sygeplejerske og arbejder ved hendes rullebord - alle sygeplejersker har et ‘dokumentations bord’ som består af et bord på hjul med en computer stillet ovenpå som de kører rundt med når de har stuegang så de kan dokumentere de samtaler de har med patienterne. Sygeplejersken fortæller, at hun sidder der fordi der ikke var plads andre steder, og forklarer at der kun er én stikkontakt i Hakket, så hun ikke kan rykke rundt og indtage Hakket, selvom der ikke er andre mennesker.

Personalet nævner at **“Hospitalet er lavet til patienterne, men ikke til personalet”**

Et åndehul

Hakkets placering for enden af gangen betyder at man kan træde ud af ‘trafikken’ på gangen, men i sin nuværende form søger rummet at afdække behov for både personale og patienter uden at der reelt er indrettet til at udfylde særlige funktioner. At hakket er placeret væk fra gangen og har god belysning gør, at atmosfæren er mere rolig - mindre ‘hospitals-agtig’, hvilket er en kvalitet, der potentielt kan gavne både patient og personale.



● Opholdsrum på 5. sal

Rum og atmosfære

På femte sal i foyeren mellem sengeafsnittene for kræft- og lindrende behandling ligger opholdsstuen. Opholdsstuen har vinduesparti ud mod foyeren, og når man træder ind, bliver man mødt af et stort bord med 6-8 stole. På højre hånd ligger køkkenet, der er åbent ud mod opholdsstuen, så man over skranken kan hente sin mad. Til venstre står fire lænestole omkring et lille sofabord med en plante på, og så er der et klaver og en massagestol. Der står en kommode der er fyldt med vaser - måske til de blomster som pårørende tager med til deres kære, og til de blomster der efterlades på sengestuerne, når patienten ikke skal være der mere? Opholdsrummets funktion er lidt diffus; er det et opholdsrum, en kantine, en dagligstue? Det er her, patienter og sygeplejersker henter den bestilte mad, som oftest spises på sengestuerne. Patienterne kan bestille mad når det passer dem, og der er således ikke nogle faste spisetider, der kan indbyde til at man mødes på kryds og tværs i opholdsstuen.

Et øde sted

Vi taler både med sygeplejersker og køkkenpersonale om hvor meget patienterne bruger opholdsstuen, og det virker ikke til at den bruges ret meget. Vi får også en fornemmelse af at rummet virker tilfældigt indrettet, og selvom rummet er forholdsvist stort føles det "indtaget" hvis der blot sidder en lille gruppe af pårørende. Opholdsstuen er samtidig det eneste rum, som pårørende kan trække sig ind i, hvis der f.eks. netop er sket et dødsfald. Her står de pårørende ofte i klynger ude i foyeren (måske fordi der allerede sidder nogen i opholdsrummet).

Visionen om samvær

Personalet nævner at det er godt for patienterne at komme ud og gå, og at social stimuli kan være en god ting for deres heling, men måske er det ikke måltidet, der skal være omdrejningspunktet for de sociale interaktioner. Måske kan rummet indbyde til fordybelse og samvær, der ikke altid behøves at være centreret om samtale?



Opholdsrum, lounge



Opholdsrum

● Sengestue på 5. sal

Rum og atmosfære

På Gødstrup har man en-mands-stuer, der består af en seng med tilhørende klapbord og tablet-skærm, en sofa der kan trækkes ud til gæsteseng, en lænestol, et bord med to stole, et skab, et fjernsyn, og et separat badeværelse/toilet. Bag sengen er et vægparti af træ hvor der bagved er indsat lamper, der giver et svagt behageligt lys om natten.

Hjemmeliggørelse af stuen

Patienterne har i form af en-mands-stuen mulighed for at 'indrette' sig; der kan være blomster i vaser fra pårørende, medbragte billeder af familie og venner, en bog på klapbordet. På stuen kommer læger og sygeplejerskerne "på besøg" - der bankes på døren, og de træder ind i et midlertidigt hjem. De fleste patienter spiser deres måltider på stuen, og det er også her størstedelen af samværet med de pårørende foregår. Patienten har således agens i rummet, de har en mening om hvordan det skal se ud og dette ønsker personalet også kommer mere frem. Personalet beskriver her, at det er vigtigt at man ser mennesket frem for patienten - både som fagligt personale, men også for patienten selv - man skal kunne se identiteten bag sygdommen, også kaldet **patientautonomi**.

Hjælpen ved døden

Udover at sengestuen er patientens midlertidige hjem, så er det selvfølgelig også en hospitalsstue. Hvis patienten får det dårligt og der laves et nødkald, så ringer sygeplejerskernes alarm og en lampe lyser uden for sengestuen, og i løbet af kort tid er stuen fyldt med personale, der skal hjælpe patienten. Sengestuen indeholder således mange dimensioner der skal kunne ændres efter behov, men hvor det også er vigtigt at huske at sengestuens hjemlighed ikke må spænde ben for det professionelle virke fra personalet.

Klaustrofobiske besøg

Personalet beskriver, at det kan være en udfordring at finde 'kropslig positionering' i rummet, da der på sengestuen hurtigt kan være 5-6 mennesker i rummet, når f.eks. læge eller psykolog kommer ind til samtale med patienten, der samtidig har besøg af pårørende. Her må personalet nogle gange ud og hente ekstra stole, og det skaber en uro i rummet indtil 'alle er på plads'. Derudover kan samtalerne her blive meget praktiske, da det kan være svært at tage de eksistentielle snakke med så mange mennesker i rummet. Her nævner personalet et ønske om et 'livsrum' hvor de kan drøfte livets store spørgsmål med de patienter der ikke har behov for at ligge i sengen.



Patientens udsigt liggende i sengen



Sengestue

Vært for døden

Art in Health evidens
Se appendix 1

“Livet er der indtil det sidste åndedrag”

- Læge

På sengeafsnittet er dødens indtraf et hverdagsfænomen, og personalet står dertil som **vært for døden**, både op til, og efter. Med denne rolle bærer de et stort ansvar og indflydelse på den sidste tid og eftermælet deraf, hvilket skaber et erindringsbillede hos de pårørende og personalet selv. Her er mulighed for at skabe et værdigt rum for ritual-skabelse af “**det sidste farvel**”, og dermed knytte et smukt minde til denne - ved siden af alt det praktiske omkring et dødsfald. Her er personalets rolle som bindeled mellem det spirituelle og det menneskelige essentielt for at skabe dette rum, som kan favne alle de følelser i lokalet blandt personale og pårørende: **Lettelse, sorg, taknemmelighed, accept, afsavn.**

“Det er ikke kun familien der har behov for ritual og afslutning, det har medarbejderne også” “(...) til de dage hvor personalet må stå sammen og sige ‘vi gjorde vores bedste’ “

- Sygeplejerske

Hjemliggørelse af sengestue

Patienterne tilbringer deres sidste tid på sengeafdelingen i en-mands-stuen, som derfor redefineres til deres nye permanente hjem. Stuens atmosfære opleves som tidsløs og uden personlighed og narrativ, hvor patienten derfor kan have svært ved at mærke egen krop og identitet. Det er her de skal føle sig hjemme og hertil også invitere gæster på besøg. Rummet mangler tegn på **hverdagslivet** og **jordnære forbindelser**, hvilket kan blive udgangspunkt for samtaleemner og trygge rammer for den eksistentielle snak. Dette ville tilmed være en mulighed for at bygge et vindue ind til det tidligere liv og den værdi, som den enkelte patient har med sig, hvilket vil give personalet mulighed for at forstå dem bedre og skabe de rette rammer for deres lindring (fx. ift. delir-præventive tiltag).

“Det er et maskineri du bliver puttet ind i.”

- Kræftpatient (uhelbredelig syg)

Der er mulighed for at skabe en hjemliggørelse og en familiær atmosfære, således at patienterne **ikke føler sig som et produkt af et hospitalssystem**, men kan danne en ejerskabsfølelse over deres livssituation og tilstedeværelsen i et følelsesrum af: **Håb, nysgerrighed, tryghed, identitetsskabelse og familie-kærlighed.**

“Det er en hjælp i hverdagen, til at kunne se lidt lysere på det hele. På ens tilværelse, og ... håb, måske også, for at det bliver bedre på et tidspunkt. At kunne se lyset forude”

- Pårørende (til uhelbredelig syg)

Livet i stolen

Art in Health evidens
Se appendix 4

Patienterne går ind i en anden livstilstand under kemoterapien, hvor den blå stol udgør det nye verdens centrum og de næste 5 timer kan føles uden ende. Ud over en fastmonteret tablet, byder terapirummet ikke på andre umiddelbare distraktioner eller aktiviteter bortset fra at initiere samtale med andre patienter, pårørende eller sygeplejersken. Rummet inviterer ikke til privatliv eller personlig eksistentiel samtale mellem personale, patient og pårørende, da alt let kan overhøres. Ønsket er at **få tiden til at gå hurtigere** og få en **flugtmulighed fra rummet og frygten** associeret med kemoterapi og tilhørende risici.

Rummet er meget sterilt, koldt og funktionalitetspræget med potentiale for at inkorporere stimuli som kunne udgøre en ”flugtvej” fra stolen og oplevelsen af: **Nervøsitet, anspændthed, utryghed og identitetskrise.**

“Jeg mærker bare, at når der kommer børnebørn her, og man hører et børne-skrig (positivt) i gangen, det gør bare noget ved stemningen, at man hører, at der er et barn til stede.”

- Sygeplejerske

Delir-præventiv behandling

Art in Health evidens
Se appendix 3

Hen mod den sidste tid af livet oplever mange patienter delir; auditive og visuelle hallucinationer. Disse situationer er ganske hårde for patienten som ikke er ved fuld bevidsthed men nemt bliver påvirket af atmosfærer og sansestimuli og kan blive utrolig angst, hvilket også kan have en stærk påvirkning på personale og i særdeleshed pårørende.

“Det er svært for både pårørende og personale, fordi det kan være voldsomt”

- Læge

Personalet føler en stor magtesløshed, da der næsten ikke er noget, de kan gøre, hvilket skaber en del uro. Pårørende målretter deres frustration mod personalet, og er uforstående over, at deres nære ikke kan hjælpes. Her er der potentiale for at **se rummet som et instrument for delir-prævention**, og skabe en sanseoplevelse som kunne fungere delir-præventiv. Der er evidens for at stimuli af forskellige art kan have en beroligende og afskrækkende effekt på delir-patienter. Dette kunne minimere et følelsesrum af:

Frustration, magtesløshed, angst, sorg og håbløshed.

“Det er de hjemlige ting, det der er genkendeligt, som skaber ro”. (...) Det ideelle sted er hjemme i dagligstuen”

- Ergoterapeut

Den eksistentielle samtale

Afdelingen som helhed drager omsorg for patienter med mange følelser under et kræftforløb og stærkest af alt er dødsangsten, og hvad der skal ske når de er døende og efter:

“Hvordan vil det ske?” “Gør det ondt?” “Vil jeg blive kvalt?”

Frygten og angsten associeret med at være tæt ved døden, både for patienter og pårørende, kan være svær at rumme og udtrykke. Initiating af denne eksistentielle samtale er en af personalets fornemste og vigtigste opgaver for at skabe tryghed og ro. Dog er den svær at skabe rum for, både fysisk og atmosfærisk, da stuer og opholdsrum er sterile og upersonlige, der er ikke fysisk plads eller der ikke kan skabes et privat atmosfærisk rum. Tilmed er der potentiale til at muliggøre egen-refleksion hos patienter og pårørende på de eksistentielle spørgsmål, og det at **“være i sorgen”**.

Pause fra krisen

Art in Health evidens
Se appendix 2

“At man kan distancere sig fra situationen, og det er rigtig vigtigt”

- Psykolog

At befinde sig i en konstant **dødsangst** og **ventesorg** kan være en stor psykisk **belastning** og tynde tilværelsen. Der kan opstå et behov for **at kunne træde ud af sorgen** og ind i en fjern verden, hvor andre emner er i fokus. Som en del af bearbejdningsprocessen bidrager det til, at man lettere kan være i de mange følelser, når man **træder ind i sorgen igen**. Patienten kan føle sig **træt** fysisk og psykisk af hverdagen på en-mands-stuen og identificere rummet med sygdom, tests og behandling. De har behov for et afbræk i hverdagen og **skabelsen af smukke minder**, som får kontakt til nogle underliggende følelser.

“Da koret sang der sad jeg jo og stor hylede, fordi jeg kom til at tænke på at jeg kan ikke selv længere synge. (...) Det gjorde noget mere dybtliggende følelsesmæssigt ved mig at høre koret
(...) Den følelse fik de lokket op til overfladen.”

- Kræftpatient (uhelbredelig syg)

I et ventesorgs-forløb skaber de pårørende et behov for at distancere sig og distrahere bl.a. børn, således at der kan skabes et **åndehul** hvor sorgen kan glemmes en smule, og i stedet skabes rum for: **Lettelse, leg, glæde og fællesskab**.

“Der mangler et sted hvor børnefamilier kan gå hen. Bare et lille pusterum hvor man kan gå ned og lege og så vende tilbage”

- Pårørende (til uhelbredeligt syg patient)

Tænk hvis vi kunne ...

”

Tænk hvis vi kunne lave en delir-præventiv patientstue. Stuen skal tale til sanserne og det parasympatiske nervesystem - patienten og pårørende skal let kunne indrette den og skabe personlige fixpunkter med vigtige billeder, breve, en personlig pude med dufte hjemmefra - det er dét sanselige der er vigtigt - lydene fra livet i dagligstuen eller den personlige smag af musik om morgenen - det skal være "just right", duften af kaffe og fornemmelse af tid, temperatur, frisk luft og lys.

Stuen skal hjælpe patienten med at navigere mellem dag og nat med nedsat kognitiv funktion - Måske kan man tage patienten med til havet med lyd eller i den friske bøgeskov.

Tænk hvis vi kunne dele glæden ved en smuk rød solopgang på stuen eller bringe stemningen fra deres egen dagligstue ind på hospitalet. Måske også noget inspirerende, det behøver ikke være sødt det hele, dødsangst og døden er noget vi gerne vil snakke om, det skal ikke være fremmed, men kan kunsten åbne denne dimension? Som en slags samtale starter?

Alle sygeplejerskerne nikker; solopgangen kl 5 om morgenen er et smukt sted/øjeblik.

Tænk hvis vi kan skabe et rum for flere **små, skønne øjeblikke** (sygeplejerskebegreb), et rum som hjælper os med at nå 'ind' til patienten.

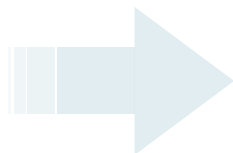
I venteværelset skal vi mødes med ro, en god stemning og farver, det skal være en velkomne atmosfære måske med noget mere "hygge", der må gerne være en lyd eller en klang, sådan som mindfulness, måske et akvarie med fisk, boblende lyde - noget levende der kan lade tankerne flyve. Måske som på et spa med en velkommende duft.

”

- Rapportens forfatter

Atmosfæren og stemningen nu

Steril
Kold
Hvid
Uinspirerende
Som en barriere
Død
Stille



Ønske til atmosfæren og stemningen i fremtiden

Farverig
Tryk
Inspirerende
Vækker en trang for at gå på opdagelse
Kaotisk og livlig
Stimulerende på flere sanseparametre: lyd, duft, føle
Intim
Samtalestartende
Døgnrytme understøttende interventioner

Just don't

- Passe på det ikke er for mørkt, dystert
- Det skal ikke kun være blomster, sol og sommerfugle
- Kunsten må gerne bidrage til dialoger om dødsangst
 - Særligt svært for patient når pårørende er der - der kunne kunsten være med til at starte dialogerne
- De er interesserede i dufte, fordi det kan understøtte nervesystem
- Kunsten må gerne skabe fornemmelsen af 'naturlig tid'; altså nat/dag, vinter/sommer, osv: hjælpe med
- at grounde patienten

Det er svært at håndtere en delirøs patient for pårørende og personale, fordi det kan være meget voldsomt - Nogle patienter skal have sat stimuli ned, mens andre skal 'groundes' i en oplevelse.

Målinger og KPI

Målingerne afhænger af hvilken tematik der arbejdes med, denne liste er ikke fyldestgørende, men et udsnit af mulige metoder til inspiration. Generelt mener vi, at der kan måles på trivsel for patienter. Trivsel inddeles i fire dimensioner; psykisk, social, åndelig og fysisk lindring.

Vi forudser at alle disse forslag kan have positiv påvirkning på arbejdsmiljøet, arbejdsglæde og trivslen på afdelingen.

Delir præventiv behandling, skærmning og hjemliggørelse af patientstue

Baseret på eksisterende studier, er det vores hypotese, at en skærmning af sanserne på afdelingen og kendt/hjemlig og beroligende indretning på patientstuen vil nedsætte intensiteten af delir. Dette vil kunne registreres ved hjælp sammenligning af data fra interventionsgruppe og normal patientgruppe ved hjælp af CAM eller DSM IV score.

- Antal delir tilfælde
- Intensiteten af delir jf. CAM eller DSM IV score
- Livskvalitet EORTC
- Advanched Care Planning, ACP
- Smertestillende og angstdæmpende medicin før og efter intervention.
- Antal af kald fra stuerne - kan indikere patienternes følelse af tryghed.
- Psykologisk evaluering af intervention ved hjælp af: Feedback Informed Treatment (FIT) evidensbaseret dialog- og evalueringsredskab
- Tilfredshed
- Mestring
- Følelse af at blive set
- Feedback på hvad der er nyttigt (forskelligt fra pårørende til pårørende)
- Måle på oplevelsen af lindring
- Smerte (fysisk, psykisk, åndelig, social)
- Færre / mindre delir
- Følelse af at være kompetent som plejer → arbejdsglæde

Vært for døden, personalet og ritualer

En evaluering af ritualer må tage udgangspunkt i pårørende og personale. Effekten kan evalueres i et før og efter semistruktureret interview studie. Der skal tages etiske hensyn.

Livet i stolen

Sanseoplevelsen i stolen vil kunne undersøges med etnografiske metoder, ex. observationer og situerede interviews samt suppleres med spørgeskemaer samt smerte- og kedsomheds-score.

Den eksistentielle samtale

Interview med personale, patienter og pårørende.

At finde plads til samtalen vil give et radikalt forbedret arbejdsmiljø, da eksistentielle samtaler er en stor del af arbejdet som læge og sygeplejerske, hvor der i dag er begrænset mulighed for dette.

Pause fra krisen

Specielt vigtigt for pårørende og patienter, som får en positiv distraktion. Måles i trivselmålinger eller interview.



”It is not exactly the presence of a thing but rather the absence of it that becomes the cause and impulse for creative motivation”

- Alexander Archipenko, Ukrainsk skulptør -

WP2

Urinvejskirurgisk behovsafdækning

Formål

Dette dokument indeholder resultater af observationer samt semi-strukturerede interview med læge, ergoterapeuter, psykolog, sygeplejersker, afdelingsleder samt patient og pårørende, udført af Esben Bala Skouboe & Anne-Sofie Udsen, februar 2023, som del af behovsafdækning til projektet “Art in Health Biennale 2025, et forprojekt”.

Dokumentet bygger videre på principper om Art in Health udført af WHO i rapporten: Health evidence network synthesis report 67: What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?, som er vedlagt som bilag 1.

Formålet med dokumentet er at skabe en initierende behovsafdækning for kunst og sundhedsbehov og potentialer i afdelingen for urinvejskirurgi på Regionshospitalet Gødstrup. Resultaterne præsenteres af personlet til Designworkshoppene WP4 og kommunikere de sundhedsfaglige ønsker og krav.

Materialet er udarbejdet af

Esben Bala Skouboe, Projektleder, Studio Poesis

Anne-Sofie Udsen, Research, Studio Poesis

Sofie Bush, Research, Studio Poesis

Nikoline Sander, Research, Studio Poesis

Urinvejskirurgisk

Maiken Milly Howard, Cheflæge

Carsten Christoffer Petersen,

Betina Lund-Nielsen, chefsygeplejerske,

Overlæge Merete Haubjerg Sørensen,

Oversygeplejerske Dorit Hoffmann, Sekretær

Birgit Møller, Fysioterapeut

Peter, Patient

Else, Pårørende



Indholdsfortegnelse

Fakta: Urinvejskirurgisk afdeling

Patienttyper

Pårørerende-typer

Patienthistore

Ankomst til Urinvejskirurgisk

Kort over Urinvejskirurgisk afdeling

Venteværelset i stueetagen

Klinikrum i stueetagen

Gangareal på 6. sal

Enden af gang v. terrasse på 6. sal

Opholdsrum på 6. sal

Sengestue på 6. sal

Tematikker

Det tunge med det lette

På gennemrejse

At byde naturen ind

Oplevelsen af “noget andet”

Vært for døden

At skabe trygge rammer

Tænk hvis vi kunne ...

Just don't

Målinger og KPI

— Potentielle kunstzoner —

Fakta: Urinvejskirurgisk afdeling

Kort beskrivelse

Urinvejskirurgisk afdeling på Regionshospitalet Gødstrup er opdelt i to overordnede afsnit: *Klinikken og Sengeafsnit*

Klinikken ligger på niveau 0 og består af ventearealer, kontorer, arbejdsrum, 12 klinikrum/ambulatorie og personalerum. Der er her patienter kommer til for at modtage svar på prøver, og potentielt planlægge deres videre forløb i afdelingen.

Sengeafsnittet befinder sig på niveau 6 og består af arbejdsrum, en-mands-stuer og et opholdsrum. Det er her patienter befinder sig i, når de skal indlægges i forbindelse med deres forløb. På sengeafdelingen har de plads til 22 indlagte.

Et døgn i klinikken

- 07.45 Sygeplejersker møder ind
Forberedelser til dagen
Gennemgår patientlister
- 10.00 Læger modtager patienter i ambulatoriet
Snakker om behandlingsmuligheder
Ca. 30 min pr patient
Taler med patienter over telefon
- 17.00 Dagen slutter

Et døgn på sengeafsnittet

- 7.00 Personalet møder ind
Patienter fordeles
Morgenkonferencer
Stuegang fordeles
går ud på stuerne
- 14.00 Travlhed
- 15.00 Aftenvagt
Sørge for mad
Giver medicin
Varetager udskrivelser
Aftensmad
- 23.00 Nattevagt
Lægger patienter til ro
Færdiggøre småopgaver



Gangareal



Arbejdsrum for ansatte



Klinikrum

Patientforløb

Et typisk patientforløb i hver afsnit kan beskrives således:

Klinikken i stueetagen

Patienter som besøger klinikken bruger den første tid i venteværelset, hvor den tilbragte tid kan afhænge af travlheden. Herefter har de konsultationer på ca. 30 min i ambulatoriet, hvor de diagnosticeres af lægen. Nogle målinger på patientens vandladning kan dog forlænge tiden, da dette afhænger af hvornår patienten er klar - hvor der derved kan opstå yderligere ventetid.

Sengeafsnittet på 6. sal

Patienter på sengeafsnittet er der primært for kortere behandling og er der i gennemsnit ca. 1-2 dage.

På afsnittet for lindrende behandling kan de ligge i længere tid, op til ca. 1 uge, få ligger der lidt længere. I få tilfælde ligger patienter der længere endnu, hvilket er fordi de afventer at blive forflyttet til et andet sted, f.eks. på vej på hospice.

Der er forskel i indlæggelsestid afhængig af patientens situation:

- Nyreoperations-patienter ligger her længst, op mod en uge
- Sten-patienterne er ude i løbet af et døgn

Typer af behandlinger

Urinvejskirurgisk-afdeling beskæftiger sig hovedsageligt med sygdomme i urinvejene og de mandlige kønsorganer i alle aldre.

Sygdomme og behandlinger

Kræft i urinvejene
Sten i urinvejene
Vandladningsgener
Sygdom i de mandlige kønsorganer
Forsnævring af urinlederen
Behandling for rejsningsbesvær
Børn med sygdomme i penis og pung

Hyppe palliative symptomer

Smerte
Kvalme / opkast
Dyspnø
Obstipation
Fatigue
Angst
Delir
Depression
Sociale eller psykosociale udfordringer
Eksistentiel eller åndelig lidelse
Malign tarmobstruktion



Klinikrum



Sengestue



Vinduespartiet for enden af gangen på sengeafsnittet

Patienttyper

Afdelingen har patienter i alle aldre som spænder fra helt unge til ældre - dog ingen børn. Størstedelen af patienterne er mænd 60+ hvilket personalet vurderer udgør omkring 75% af deres patienter

Patient-personligheder:

Fornægteren

Patienter som ikke vil erkende situationen.
Ønsker ikke den eksistentielle samtale
Er utålmodig
Tror ikke på at problemet er der

De rolige

Forstår processen
Er lyttende og stoler på personalet
Er nysgerrige på eget forløb
Viljestærke

De vrede

Sure på alt og alle
Har kontroltab
Oplever angst
Skaber en anspændt stemning

Den opsøgende

De stiller mange krav til personale
Stille mange spørgsmål
Tvivler
Har høje forventninger til personale

Patienttyper:

De der bliver raske

De har et problem som kan løses
Nyresten f.eks.

Kroniske sygdom

Infektioner der skal behandles flere gange
over perioder
Blæreproblematik f.eks.

Kræftpatienterne

Bliver som udgangspunkt raske
Skal til jævnlige kontroller
Primært ældre

Gynækologiske

Problematikker i underlivet
Aborter
Cancer-sygdomme (mest ældre kvinder)

Pårørerende-typer

Den pårørendes adfærdsmønster og emotionelle stadie afhænger hovedsageligt af patientens tilstand og behandlingstype, men følgende temaer kan tydes:

En hjælpende hånd

De er nervøse for at gøre eller sige det rigtige/forkerte
De ønsker at hjælpe og være til assistance for personale og patienten
De er nysgerrige på behandlingen og situationen og ønsker at forstå omfanget så vidt som muligt.

Undertrykkelse af følelser

De ønsker helst at tage deres bekymringer op i enerum med sygeplejersker/læger, således det ikke påvirker patienten
De underminere deres egne følelser og behov for eksistentielle samtaler:
“Det er jo ikke mig der er syg”

Vidnet

Særligt i de korte indlæggelser ser man at en primær pårørende (ofte partner) bliver hos patienten under hele indlæggelsen. De er to ekstra øre når der gives informationer, er med til at skabe hjemlig rytme, de fordriver tiden - og hjælper til - med patienten indtil de kan komme hjem

Den fornægtende

Den pårørende kan, ligesom patienten, være i en tilstand af fornægtelse over at deres kære er syge. Dette kan ofte være hårdt både for patienten og personale, hvis den pårørende ikke vil acceptere situationen.

Den krævende/fortvivlede

Nogle er pårørende til mennesker, der har været dårlige over en længere periode, og når mennesket så ‘endelig’ bliver indlagt, så søger den pårørende at personalet skal agere bindeled mellem instanser, såsom at skaffe en plejehjemsplads. Her er personalet nødt til at sætte grænser

Patienthistorie

Vi skal nu møde en patient og en pårørende på urinvejskirurgisk. De er et par i 70'erne - manden er patient, kvinden er pårørende. Patienten er en mand med mange interesser; han går i læseklub, går til skydning og cykling, er med i en kortklub, ordner hus og have, **“og så tid med de kære børnebørn selvfølgelig”**. Vi får indtryk af et par med en masse interesser, og som den pårørende siger så **“nyder vi vores otium”**.

Patienten havde nyresten og skulle derfor på hospitalet. Nyresten kan i nogle tilfælde udskilles naturligt gennem urinvejene, men hvis de bliver for store til at komme den vej, så skal man på hospitalet og have laserbehandling der bryder stenene op i mindre stykker. I den forbindelse fandt lægerne en gevækst, og han fik konstateret en lille kræftknode i nyren.

På førstedagen fik han fjernet kræftknuden, så grunden til at han stadig er indlagt er pga. problemer med at få vandladningen i gang igen, og så skal man have lagt et kateter op, hvilket kræver narkose. Så om han skal være indlagt i 1 eller 2 dage afhænger af hvordan den procedure går.

Patienten er her sammen med sin kone (pårørende), og da vi kommer ind, ser vi at sofaen er slået ud som gæsteseng. De fortæller at det er rart at kunne være her sammen:

“Lige fra vi kom ind, og indtil vi skal hjem. Det er rart. Helt sikkert” - Pårørende

“Det nyder jeg da også. I fulde drag. (...) det er godt at have fire ører i stedet for to. Det er jo den der er i behandling der har sværest ved at lytte. Også hvis man har lidt ondt og sådan.” - Patient

Parret har været på sengestuen i ét døgn, og beskriver at de primært har brugt tiden på at læse, samtale med hinanden og snakke i telefon med venner og familie. De har også set lidt nyheder på fjernsynet - tabletten ved sengen har de kun brugt til at bestille mad. De beskriver, at det er lidt ligesom at være på hotel, hvor man kan bestille og få leveret mad på værelset. Derudover har de gået ture på gangen. Vi spørger hvor de så går hen, og de siger at de bare stille og roligt vandrer rundt i afdelingen og hen for at nyde udsigten ved vinduerne for enden af gangen. De har ikke brugt opholdsstuen under deres besøg, men de er enige om, at hvis patienten skulle være der i f.eks. 14 dage, så ville det nok være rart at komme ud af sengestuen og måske få en lille snak med andre i afdelingen.

Vi spørger ind til hvad de synes om sengestuen, og den pårørende beskriver at der er en del der forstyrrer herinde:

“Det der kæmpe skab, og alt den der teknik. Det skal jo være der, men det har jeg tænkt på. Og dem der i loftet, ja det er jo en lift, og det skal der jo være. (...) Det er nok også det der gør at jeg føler jeg skal ud. Der er sådan en trykkende .. der er stille og indelukket.” - Pårørende

Patienten tilføjer, at han egentligt befinder sig godt på stuen selvom der ikke er mange (forskellige) materialer herinde. Han nævner dog træpladen bag sengen:

“Den har sådan et behageligt lys, der ikke er forstyrrende når man skal sove. Og hvis man så skal op om natten, så skal man ikke til at tumle med lyset. Det synes jeg er godt”

Vi taler om deres respektive bøger der ligger på klappbordet og gæstesengen, og vi spørger hvad læseklubben gør for patienten, og han beskriver at de jo snakker om mange ting og at han havde fortalt dem om at han skulle på hospitalet:

“Og så var de sådan ‘det har jeg også’ og ‘det har jeg også prøvet’, og så blev det sådan ligesom .. en samhørighed i det. At vi havde haft de samme problemer. (...) Der er mere i det end bare lige det der med bogen, der er en masse socialt i det også. Det slapper jeg sådan af ved. Det giver noget.”

Vi spørger dem afsluttende om de har nogle gode råd til os:

“Jamen måske noget musik, lyd, noget man selv kunne styre.” - Patient

**“Dørene kunne males forskellige farver, gulvene kunne være forskellige. Det er altid sådan noget grå linoleum.”
- Pårørende**

“Der kunne godt være mere herinde der gav sådan lidt varme” - Patient

“Det er noget med at nogle farver gør godt. Her er det jo meget sterilt. (...) noget med nogle blomster, skulpturer. Noget der hænger ned fra loftet rundt omkring” - Pårørende

Ankomst til Urinvejskirurgisk afdeling



Ankomsthallen



Ankomsthallen

Ankomsthallen på Gødstrup føles familær, som en lufthavn med masser af liv og til tider lettere kaotisk. Der er en strøm af mennesker, indtryk, stemninger og stimuli - her virker ikke trist eller som et sygehus og der er ingen beskrivelser, som indikerer sygdom.

Det føles lidt som at bevæge sig rundt i en utopisk verden - et lille økosystem, hvor hele sygehuset virker afskåret fra resten af virkeligheden. Man kan gå på opdagelse blandt farverige kunstværker eller sætte sig i de små indhak væk fra strømmen af mennesker og blot observere dem eller synke ind i egne tanker.



Venteværelse



Arbejdsstation



Gangen på klinikken

Ved ankomst på urinvejskirurgisk føles der både stille og hektisk på samme tid. Der er hvide vægge, grå døre og sorte skilte. Personale der går rundt mellem gange og klinikrum. Alle farverne og livet fra ankomsthallen er væk. I venteværelset sidder pårørende og patienter med tomme blikke og uden noget fordybe sig i, end tiden der langsomt går. Her dufter af medicin og sprit.

Herfra bevæger man sig hen mod urinvejskirurgisk afdeling, hvor de hvide vægge begynder. Der sker et skift i stemningen, og pludselig sker mødet med sygehusets alvor.



Trappen til urinvejskirurgisk



Foyer på sengeafsnit



Gangen på sengeafsnit



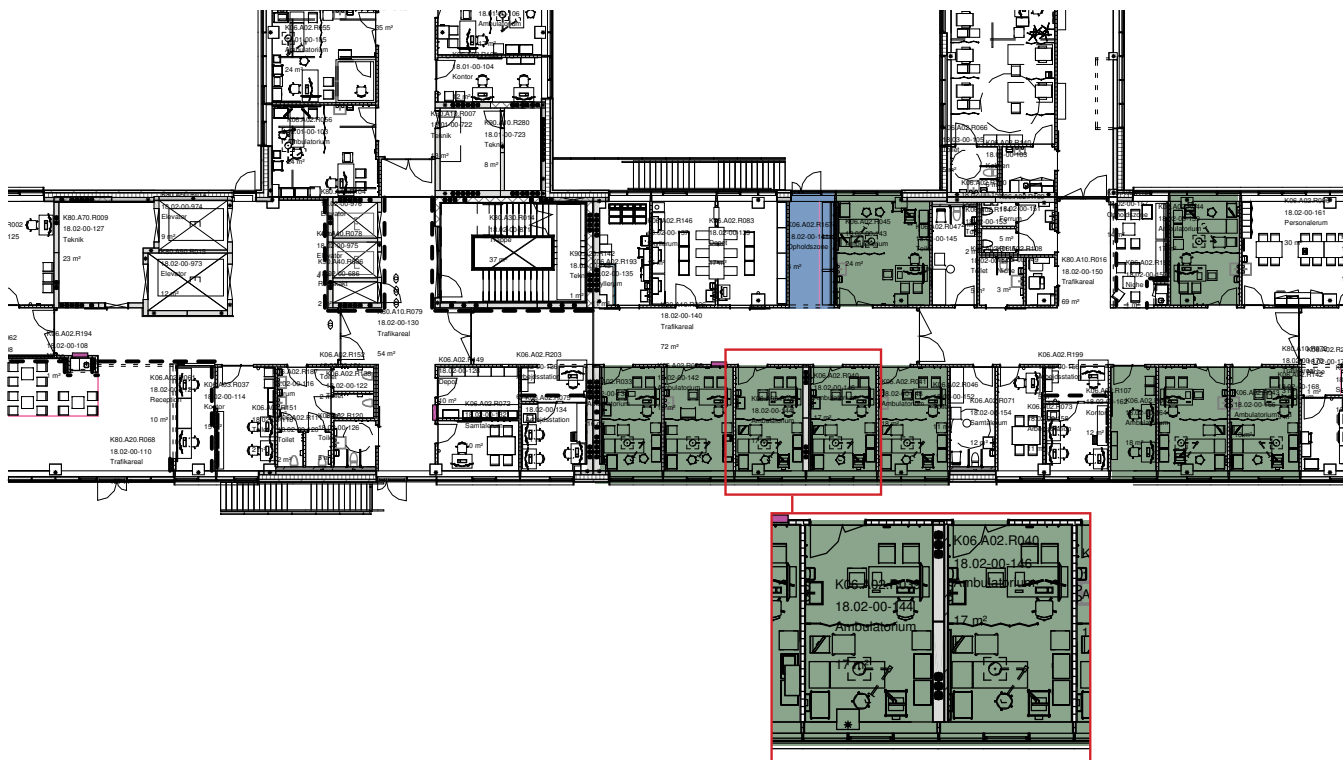
Gangen på sengeafsnit

Når man går videre op på sengeafsnittene, kan det være svært at lokalisere det levede liv inde på sengestuerne. Gardinerne er rullet ned på alle stuer, lyset er mere dæmpet og der er dæmpet og stille udover en dør, der smækker hist og her og hiver i bygningen.

Kort over Urinvejskirurgisk afdeling

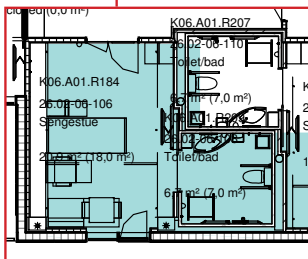
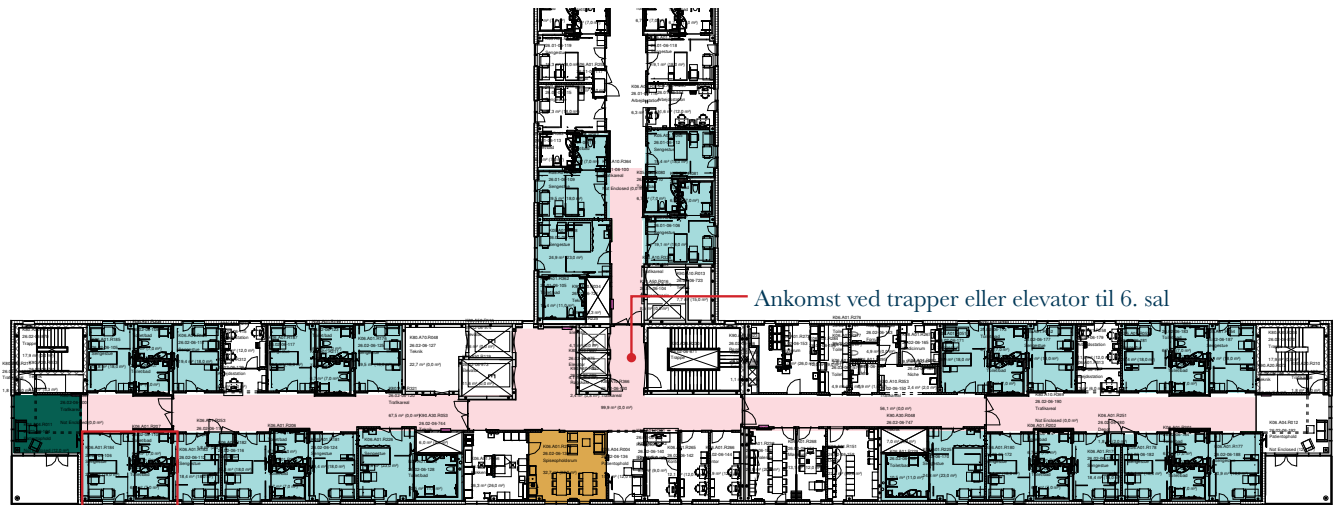
- Venterørelse
- Klinikrum
- Gangareal
- Enden af gang v. terrasse
- Opholdsrum
- Sengestue

Klinikken i stueetagen



- Venteværelse
- Klinikrum
- Gangareal
- Enden af gang v. terrasse
- Opholdsrum
- Sengestue

Sengeafsnittet på 6. sal



Foyer på sengeafsnittet



Sengestue

● Venteværelset i stueetagen

Rum og atmosfære

Når man skal ind og undersøges eller have svar på prøver i klinikken, så tager man plads i et lille venteværelse på niveau 0, som man henvises til af personalet. Venteværelset er i et lille indhak med vinduer for enden, der står en lille plante, den ene væg er malet i en grå nuance, mens der på den modsatte væg hænger to malerier. Der er 7 stole på en række i venteværelset, der alle vender mod den grå væg. Der er meget stille herinde, og man har som patient ikke noget at kigge på mens man venter. Det er ambitionen at patienterne ikke skal vente mere end 10-15 minutter før de hentes, men i Urinvejskirurgisk-klinik har man den udfordring at patienterne skal lade vandet inden de kan undersøges - så ventetiden afhænger af om man kan 'træde af på naturens vegne' indenfor denne tidsperiode.

Jævnlig ophold

Venteværelset er et sted patienterne møder hver gang de skal ind i klinikken. Det er her man sidder inden man skal have foretaget blodprøver, CT-scanninger, ultralydsscanning og andre relevante undersøgelser. Venteværelset er også rummet hvor patienten sidder inden de skal ind til lægen og have svar på prøver, herunder i forbindelse med mistanke om kræft. Stemningen kan derfor også være anspændt og urolig herinde.

Visionerne om et indbydende venteværelse

Et personalemedlem nævner at patienterne helst ikke skal sidde for længe i venteværelset - både fordi personalet selvfølgelig er interesserede i at patienterne ikke skal spilde deres tid, men også fordi der ikke er meget plads i venteværelset. Der beskrives at klinik og ambulatorie er lidt ligesom en banegård - det er intenst og der er ikke meget plads/tid til fordybelse. Personalet nævner her også at der er problematikken med at patienterne skal lade vandet inden de kan undersøges, hvortil de griner og siger at man måske kunne arbejde med lyden af rindende vand i venteværelset.

Travlheden i afdelingen, svarene på om man har kræft eller ej, og stressen over at man ikke kan komme til før man har ladet vandet, er alle faktorer der kan skabe en urolig stemning i venteværelset.



Smalt venteværelse



Venteværelse

● Klinikrum i stueetagen

Rum og atmosfære

Når man træder ind i klinikrummet er der meget sterilt - væggene er hvide og der er meget teknisk udstyr, såsom skærme og ledninger. I rummet er der et arbejdsbord med en computerskærm hvor lægen sidder, samt en stol til patienten. Overfor er der en blå briks, som patienten kan sidde eller ligge på når de skal undersøges. Ved siden af briksen er der en afskærmning, der kan trækkes for under undersøgelsen - den bruges primært for at skærme patienten hvis lægen skal ud og hente noget, eller hvis en kollega stikker hovedet ind under undersøgelsen.

De store spørgsmål

Klinikrummet er der, hvor man får svar på sine prøver, og er samtidig også rummet for de efterfølgende store spørgsmål: Hvad så nu? Skal jeg opereres? Kan jeg blive helbredt? Det er her vigtigt for lægerne at kommunikationen med patienten er klar, og de nævner ofte tingene flere gange, så de er sikre på at patienten er tryk ved og forstår situationen. Personalet forklarer at samtalerne kan være ret intense; både fordi snakkende er alvorlige og har stor betydning for patientens liv, men også fordi der er meget der skal nås og patienten skal have en klar fornemmelse af hvad der skal ske når de starter deres videre behandling.

Et rum med flere funktioner

Klinikrummet danner både ramme for undersøgelser, samt svar på prøver - hvad end disse indeholder gode eller dårlige nyheder. Som undersøgelsesrum kan det sterile udtryk være en fordel - som patient kan man fornemme at der er styr på tingene og der er de remedier lægen skal bruge i lokalet. Som samtalerum er det sterile udtryk måske en ulempe - lægen skal udover at sørge for at patienten er velinformeret også skabe trygge rammer for patienten, hvilket rummet i sin nuværende form ikke understøtter.



Afskærmning i klinikrum



Klinikrum

● Gangareal på 6. sal

Rum og atmosfære

Gangarealerne på urinvejskirurgisk beskrives som hvide, sterile - og lange. Der er enkelte steder hvor væggene er malet i rødlige nuancer; gul, orange, beige, brun. Hver sengestue har en mørkegrå dør, hvor der står værelsesnummer noteret, væggene er hvide, gulvet er lysegråt linoleum, loftet er hvidt med sorte loftslamper. På Urinvejskirurgisk er der udover loftlamperne også lidt naturlig belysning, da der i begge ender af gangen er store vinduespartier.

Gangarealerne kan beskrives som hovedvejen i afdelingen - her mødes alle hospitalets instanser, fra patienter og pårørende der går en eftermiddagstur, personalet der kommer løbende pga. akut-opkald fra patient, maden der leveres ud på stuerne, senge der køres ned til operation.

De akutte situationer

Personalet beskriver at der på gangene er flere 'kaldelyde' som de skal forholde sig til i forbindelse med en vagt. Den første type er det almindelige patientkald, som patienterne bruger til at få hjælp med diverse opgaver; komme på toilet, tænde fjernsynet, få medicin, stille et spørgsmål, eller blot hvis patienten er ensom og vil snakke.

“Det kan godt bimle-bamle rigtig meget i løbet af en vagt”

- Sygeplejerske

Den næste kategori af kald er ABC-kaldet; dette bruges af patienter der har akut behov for hjælp, men som stadig trækker vejret. Den sidste kategori er nødkaldet, som bruges af sygeplejersker i tilfælde hvor en patient har fået hjertestop.

“Man er ikke i tvivl om hvornår man skal løbe”

- Sygeplejerske

I både ABC og nødkaldet smider sygeplejerskerne hvad de har i hænderne og løber mod sengestuen - her kan der hurtigt samles op til 10 personalemedlemmer der kommer løbende på gangene, mens der også blinker en rød lampe uden for den pågældende sengestue. Disse akut-hændelser sker cirka 0,5 gang pr. vagt.



● Enden af gang v. terrasse på 6. sal

Rum og atmosfære

For enden af gangen på sengeafsnittet er der et stort vinduesparti, der nærmest drager en til sig på grund af det naturlige lys. På højre side er væggen malet gul, mens man til højre og lige ud har vinduer fra gulv til loft. Kigger man ud af vinduet, kan man i horisonten se et landskab af grønne marker. I indhakked står der to lænestole i lys træ med et lille bord, en gulvplante, og overfor er der endnu to lænestole i sort læder hvor der foran den ene står et personalemedlems 'dokumentationsbord' som består af et bord på hjul med en computer stillet ovenpå som de kører rundt med når de har stuegang så de kan dokumentere de samtaler de har med patienterne. Dokumentationsbordet giver en fornemmelse af at de lyse træstole bruges af patienter og pårørende, mens de sorte læderstole bruges af personalet. Rummet har således en dobbeltfunktion, da det både bruges af personale og patienter.

Mellem lænestolene er udgangen til terrassen hvor personale og patienter kan trække ud for at få lidt frisk luft. Personalet mener selv at de har en af de bedste udsigter på hospitalet.

Gåturen på gangen

Personalet beskriver, at deres patienter efter operationen skal op og bevæge sig og få kroppen igang igen. Gåturene for patienterne er derfor vigtige for deres fysiske helbred, men også det psykiske, da gåturen også kan være et afbræk fra sengestuen samt være med til at skabe nogle rytmer i hverdagen. Her kan enden af gangen fungere som et stop på gåturen, hvor man sætter sig og puster ud - både fysisk og mentalt. Rummet må derfor gerne indbyde til fordybelse og afslapning. Derudover er udsigten og det naturlige lys med til at skabe en lille lomme på afdelingen hvor det sterile udtryk kommer i baggrunden og de gule farver på væggene og udsigten ud over de grønne marker træder frem.



Udgang til terrasse



Opholdshjørne



Vinduesparti for enden

● Opholdsrum på 6. sal

Rum og atmosfære

På sjette sal i foyeren mellem sengeafsnittene ligger opholdsstuen. Opholdsstuen har vinduesparti ud mod foyeren, og når man træder ind, bliver man mødt af et stort bord med 6-8 stole. På højre hånd ligger køkkenet, der er åbent ud mod opholdsstuen, så man over skranken kan hente sin mad. Til venstre står fire lænestole omkring et lille sofabord med en plante på, og så er der et klaver og en massagestol. Der står en kommode der er fyldt med vaser - måske til de blomster som pårørende tager med til deres kære, og til de blomster der efterlades på sengestuerne, når patienten ikke skal være der mere? Opholdsrummets funktion er lidt diffust; er det et opholdsrum, en kantine, en dagligstue? Det er her, patienter og sygeplejersker henter den bestilte mad, som oftest spises på sengestuerne. Patienterne kan bestille mad når det passer dem, og der er således ikke nogle faste spisetider, der kan indbyde til at man mødes på kryds og tværs i opholdsstuen. Personalet på urinvejskirurgisk opfordrer kraftigt patienterne til selv at hente deres mad i kantinen (hvis de er mobile), da det er godt for dem at komme op og gå efter operation.

Et øde sted

Vi taler både med sygeplejersker og køkkenpersonale om hvor meget patienterne bruger opholdsstuen, og det virker ikke til at den bruges ret meget. Vi får også en fornemmelse af at rummet virker tilfældigt indrettet, og selvom rummet er forholdsvist stort føles det "indtaget" hvis der blot sidder en lille gruppe af pårørende. Opholdsstuen er samtidig det eneste rum, som pårørende kan trække sig ind i, hvis der f.eks. netop er sket et dødsfald. Her står de pårørende ofte i klynger ude i foyeren (måske fordi der allerede sidder nogen i opholdsrummet)

Visionen om samvær

Personalet nævner at det er godt for patienterne at komme ud og gå, og at social stimuli kan være en god ting for deres heling, men måske er det ikke måltidet, der skal være omdrejningspunktet for de sociale interaktioner. Måske kan rummet indbyde til fordybelse og samvær, der ikke altid behøves at være centreret om samtale?



Opholdsrum, lounge



Opholdsrum

● Sengestue på 6. sal

Rum og atmosfære

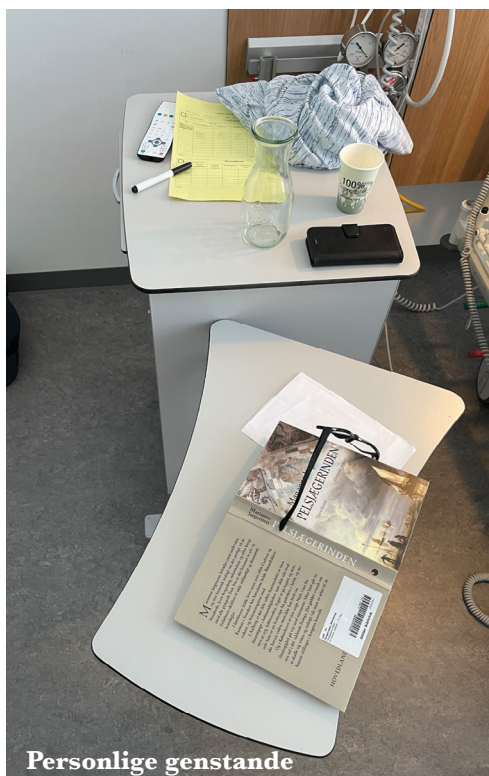
På Gødstrup har man en-mands-stuer, der består af en seng med tilhørende klapbord og tablet-skærm, en sofa der kan trækkes ud til gæsteseng, en lænestol, et bord med to stole, et skab, et fjernsyn, og et separat badeværelse/toilet. Bag sengen er et vægparti af træ hvor der bagved er indsat lamper, der giver et svagt behageligt lys om natten.

Hjemmeliggørelse af stuen

Patienterne har i form af en-mands-stuen mulighed for at 'indrette' sig; der kan være blomster i vaser fra pårørende, medbragte billeder af familie og venner, en bog på klapbordet. På stuen kommer læger og sygeplejerskerne "på besøg" - der bankes på døren, og de træder ind i et midlertidigt hjem. De fleste patienter spiser deres måltider på stuen, og det er også her størstedelen af samværet med de pårørende foregår. Patienten har således agens i rummet, de har en mening om hvordan det skal se ud og dette ønsker personalet også kommer mere frem. Personalet beskriver her, at det er vigtigt at man ser mennesket frem for patienten - både som fagligt personale, men også for patienten selv - man skal kunne se identiteten bag sygdommen, også kaldet patientautonomi.

Når alarmer går

Udover at sengestuen er patientens midlertidige hjem, så er det selvfølgelig også en hospitalsstue. Hvis patienten får det dårligt og der laves et nødkald, så ringer sygeplejerskernes alarm og en lampe lyser uden for sengestuen, og i løbet af kort tid er stuen fyldt med personale, der skal hjælpe patienten. Sengestuen indeholder således mange dimensioner der skal kunne ændres efter behov, men hvor det også er vigtigt at huske at sengestuens hjemlighed ikke må spænde ben for det professionelle virke fra personalet.



Personlige genstande



Sengestue

Det tunge med det lette

Art in Health evidens
Se appendix 1

“En døende har stadig brug for at grine”

- Sygeplejerske

På urinvejskirurgisk ses der hyppigere indlæggelser af alvorligt syge patienter, da de i høj grad får flere kræftpatienter i afdelingen. I den forbindelse påvirkes og ændres atmosfæren i afdelingen til en af mere tyngde, som også rummer de dybere eksistentielle følelser, såsom **nervøsitet, sorg og dødsangst**, der f.eks. medfølger det at være uheldeligt syg. Dog rummer afdelingen patienter på forskellige stadier og forsøger derved at skabe en glædelig stemning hvor der også er plads til smil og grin:

På afdelingen skal personalet rumme mange forskellige følelser; fra de lette til de svære:

“Det er hele paletten. Nogle folk kommer ind og har pisse ondt, råber og skriger. Når det går over, så er de glade og lettede. Andre er i dybe eksistentielle kriser - de skal måske dø, nogle ved at de skal dø”

- Læge

Der er mulighed for at arbejde på hvordan **alle følelser bliver tilladt** på afdelingen, og dermed skabe rum for forskellighederne som der mødes i løbet af en hverdag mellem alle parter. Skabelsen af en balanceret og harmonisk atmosfære, som understøtter patienternes ophold, kan medvirke til at skabe en højere arbejdsglæde hos personalet.

På gennemrejse

Patienter som blot er indlagt med mindre problemer og har kortere behandlingsforløb har en stor tiltro til at de hurtigt kommer hjem igen, og en opfattelse af at alt er midlertidigt. De er på sin vis blot på gennemrejse/transit på hospitalet og har nødvendigvis ikke behovet for at skabe hjemlige rammer, men i stedet fokus på at blive raske.

“Jamen og så kom det her (sygdom) jo oveni, og det havde vi jo ikke lige regnet med, men det skal der jo også være plads til”

- Patient

Mulighederne for at kunne hjælpe med at skabe et behageligt ophold, som opbygger en **drømmende forventningsglæde**, og det at glæde sig til at komme hjem igen. Det handler om at skabe trygge rammer, der indbyder til at personalet hurtigt kan opbygge en relation til patienten, så de kan arbejde sammen om at få patienten gjort rask hurtigst muligt.

At byde naturen ind

Både sygeplejersker, patienter og pårørende snakker om jævnlige besøg på altanen og de smukke øjeblikke associeres med at observere naturen udenfor. Den smukke udsigt og den anderledes, friske og rolige stemning. Atmosfæren på stuerne kan opfattes som tung og trykket og med en klinisk duft tilhørende hospitaler. Der eftersøges ofte en flugt derfra - at man kan kigge ud og **drømme sig hjem igen**.

“Det er duften .. det er ikke sådan forfærdeligt. Det er bare duften, der er sådan trykket herinde. Og så er det jo også det der med at man er i stilstand. Det er vi jo ikke vant til”

- Pårørende

At skabe en forbindelse til naturen giver **grobund for drømme** og en fornemmelse for **verden udenfor**. Forhåbentlig kan dette bidrage til at opbygge en motivation til at blive frisk og give energi til at **“gå ind i kampen”**.

Oplevelsen af ”noget andet”

Art in Health evidens
Se appendix 4

“Alle stuer er ens (...) At kunne drømme sig et andet sted hen. Altså man skal ikke have indtrykket af at det er hospital”

- Sygeplejerske

Særligt personalet giver udtryk for, at hverdagene på hospitalet og på afdelingerne let kan flyde sammen med mange gentagelser, atmosfære og fysiske udtryk gennem dagens faste faser. Dette kan skabe en **tidløshed** og **ensartethed**, som virker **uinspirerende og kedsommelig**. Personalet har stærke drømme om at skabe rum for at **‘hospitalet ikke opleves som et hospital’**.

“Og når man går ude på gangene, hvis der var sådan en dæmpet, rolig musik. Det er godt for alle, særligt hvis man sidder med nogle trælse tanker”

- Pårørende

Mindre afbræk fra den kliniske åndelighed kan have en stor indvirkning på alle. Herunder nævnes traditioner som **fællessang** i december måned, og besøg af håndværkere med radio på gangen. Stemningen brydes og ‘hyggen’ indtræder, hvilket skaber en anden ånd på afdelingen. Disse situationer opbryder og farvelægger hverdagen, samt skaber **en ‘flugtvej’ fra hospitalet**. Personalet drømmer om at kunne iklæde sig en ny rolle på afdelingen og være med til at skabe aktiviteter, både passive og aktive, som kan bygge disse rum til glæde for patienter og pårørende.

Vært for døden

Art in Health evidens
Se appendix 1

Døden er ikke hyppig på afdelingen, men sker af og til, hvilket altid fylder meget. Her står personalet som **vært for døden**, både op til og efter. Med denne rolle bærer de et stort ansvar og indflydelse på den sidste tid og eftermælet deraf, hvilket skaber et erindringsbillede hos de pårørende og personalet selv. Her er mulighed for at skabe et værdigt rum for ritual-skabelse af **“det sidste farvel”**, og dermed knytte et smukt minde til denne - ved siden af alt det praktiske omkring et dødsfald.

Personalet beskriver dødsfaldene som alvorlige og respektfulde øjeblikke, og at de påvirkes af de pårørendes sorg, og ønsket er at give dem en respektfuld og værdig afsked med deres nære. At gøre dette er en drivkraft for dem i deres arbejde, da man her kan være med til at gøre en forskel.

“Når man er der i nattevagten og der er nogen, der dør.
(...) Og når de dør alene. Det er meget specielt.”

- Sygeplejerske

Her er personalets rolle som bindeled mellem det spirituelle og det menneskelige essentielt for at skabe dette rum, som kan favne alle de følelser i lokalet blandt personale og pårørende: **Lettelse, sorg, taknemmelighed, accept, afsavn.**

“Vi åbner altid vinduet, fordi sjælen skal have lov til at flyve ud”

- Sygeplejerske

At skabe trygge rammer

Art in Health evidens
Se appendix 2

Personale skal ofte favne de pårørende og deres spørgsmål, tvivl og frustrationer, som opstår, når de oplever deres nære i kritisk tilstand. At have de pårørende hos patienten giver patienten en stor støtte og ekstra omsorg, men deres tilstedeværelse kan både være på godt og ondt.

”Af og til oplever vi også pårørende som har en anden opfattelse af virkeligheden, end f.eks. patienten har og vi har - så nogle gange er det vanskeligt.”

- Sygeplejerske

De pårørende er ofte meget utrygge ved situationen og stemningerne på hospitalet, samt den uvidenhed og hjælpeløshed de kan stå med. Det kan medføre stærke følelser og krav som stilles til personalet, og dermed ønske om at tale med personale i enerum. Sygeplejerskerne ønsker at hjælpe så vidt muligt, uden at kompromittere patienterne og andre opgaver. De oplever derfor, at der ofte ikke er rum eller tid for de vigtige samtaler med de pårørende, og der er risiko for misforståelser mellem dem. Det er vigtigt at der skabes mulighed for at klargøre hvad personale og hospitalet kan tilbyde og sætte i værk for at hjælpe, men også en forventningssamtale og realisme ift. forløbet, for netop at eliminere følelserne af: **Magtesløshed, frustration, fortvivlelse og bekymring.**

“Jeg synes faktisk det er noget af det sværeste ved mit fag, nemlig at være i og takle de pårørende. Du har patienten som den ene part, og så er der andre som også sætter krav.”

- Sygeplejerske

Tænk hvis vi kunne ...

”

Nogle gange ville jeg bare gerne drømme mig væk til noget smukt, væk fra hospitalets sterilitet og ensformighed. Det er som om de hvide vægge og grå døre gør det svært at navigere og mærke stedet, hvad nu hvis der var flere farver og stemninger. Tænk hvis vi kunne få naturen mere ind ligesom da vi fik planterne tilbage på gangene, det skal være vedkommende og inspirerende, og så skal kunsten nogle gange kradse, så det sætter svære eksistentielle samtaler i gang, det ville være fantastisk.

Tænk hvis vi kunne skabe en varieret og foranderlig sanseoplevelse på afdelingen og skabe inspirerende oplevelser der flytter fokus fra patientens smerte, så patienterne ikke fokuserer på hvad der måske kan gøre ondt - som et instrument til distraktion. Måske kan man skrue op og ned for det, så det kan tilpasses den enkelte patients humør?

Det er så hyggeligt når håndværkerne er på besøg med deres radio, det fylder hele venteværelset med liv, normalitet, håb og glæde - det er som om det er en usynlig sky der siver ind over mit kontor, det er rart.

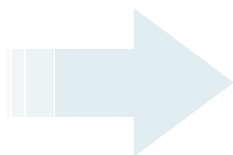
Tænk hvis man arbejdede på et hospital hvor vi sang sammen - ligesom til julen. Det spreder så god energi, når vi gør det i julen - patienterne elsker det. Sådanne tiltag vil flytte fokus fra den kliniske stemning, og det vil samtidig styrke vores sammenhold på afdelingen - det skal selvfølgelig være frivilligt, men vi sygeplejersker vil meget gerne være værter.

- Rapportens forfattere

”

Atmosfæren og stemningen nu

Steril
Kold
Hvid
Uinspirerende
Som en barriere
Indelukket
Trykket
Stille



Ønske til atmosfæren og stemningen i fremtiden

Farverig
Tryk
Inspirerende
Kunsten skal kradse lidt - må gerne være provokerende
Kaotisk og livlig
Stimulerende på flere sanseparametre: lyd, duft, føle
Intim
Samtalestartende

Just don't

Lad være med ikke at turde noget, kunsten skal ville noget og turde noget, den skal sætte vigtige samtaler i gang. Samtidig skal vi ikke tvinge et tungt sind og stærke symboler ind på patientstuerne. Når patienterne ikke er livstruede og indlæggelserne er 1-3 dage, så kan større initiativer være acceptable.

Målinger og KPI

Målingerne afhænger af hvilken tematik der arbejdes med, og denne liste er ikke fyldestgørende, men et udsnit af mulige metoder til inspiration. Generelt mener vi, at der kan måles på trivsel for patienter og personale. Der er mange trivselsmålinger, men generelt deler vi dem i fire dimensioner; psykisk, social, åndelig og fysisk lindring. Der findes forskningsbaserede trivselsmålings-metoder. Vi forudser at kulturforslag kan påvirke arbejdsmiljøet, arbejdsglæde og trivslen positivt. Der skal laves en samlet målingsstrategi for effekten af indsatserne.

- Smerteoplevelse, pain score
- Arbejdsmiljø og trivsel ved personalet
- Personalets oplevelse af stuen, inerview.
- Randomiseret måling af to forskellige stuer, det bliver subjektiv, med interview/oplevelse?
- Tryghedsmåling - antal kald
- "Måske kan man dæmpe symptomerne på delir?" hvordan kan dette registreres? Intensiteten af delir jf. CAM eller DSM
- IV score
- Livskvalitet EORTC
- Fænomenologisk analyse af stedet, har de en fornemmelse af at det hjælper patienterne



”It is not exactly the presence of a thing but rather the absence of it that becomes the cause and impulse for creative motivation”

- Alexander Archipenko, Ukrainsk skulptør -

WP2.1

Patienthistorier Feeling Human

Materialet er udarbejdet af

Esben Bala Skouboe, Projektleder, Studio Poesis

Jeffrey Serio, Letktor, VIA Aarhus

Marie Højlund, komponist og co-koordinator

19 studerende fordelt i 5 grupper

Formål:

Personalet fra Kræft- og Urinvrjkirurisk afdelinger

Det er formålet med initiativet at stille skarpt på væsentlige psykologiske, eksistentielle og sansebarne dimensioner set fra patientens- og den pårørerendes perspektiv.

Videoerne har givet stor værdi i internt brug og forstærket kommunikationen mellem kunst- og sundhedsprofessionelle.

Videoerne er ikke offentliggjort og bruges kun i udviklingsprojektet.

Beskrivelse:

Resultatet af Feeling Human-projektet er en samling af film, lavet ud fra interviews, videoer og lydoptagelser, der giver patienthistorier liv, så de kan udforskes og mærkes af publikum. Disse historier udtrykker patienternes oplevelser og følelser.

At udforske og opdage patienters erfaringer kan dog være udfordrende, da følelser kan være forvirrende og overvældende. Nogle gange ved folk ikke, hvad de føler, hvorfor de føler på den måde, eller de kan have svært ved at udtrykke det. Derfor er det afgørende at hjælpe patienter med at udforske og udtrykke deres følelser og emotioner vedrørende deres situation.

Ord alene kan nogle gange ikke helt fange og udtrykke folks følelser. Visuelle og lydoptagelser kan fange nuancer, kropslige udtryk og lydene fra miljøet. Desuden kan film, video og digitale teknologier hjælpe mennesker med sikkert at udforske følelsesmæssige tilstande, de ikke er bekendt med, eller som de måske aldrig vil opleve selv.

Ved at fange og formidle patienters livserfaringer på film, gennem interviews, video og lydoptagelser, kan hospitalets personale bedre forstå patienter, der kæmper med deres følelser, eller hvis følelser kan være for overvældende eller svære at udtrykke. Patientens følelser og efterfølgende emotioner kan inspirere kunstnere til at skabe mere autentisk og følelsesmæssigt påvirkende kunst, der forbinder med patienter på et dybere niveau.

Dokumentationsvideoer

De studerende fik tildelt et af temaerne udviklet i AGA for Kræftafdelingen eller Urinvejskirurgisk afdeling:
Vært For Døden, Hjemliggørelse af Sengstue Livet i Stolen, Delir-præventiv behandling, Den Eksistentielle Samtale og Pause fra Krisen



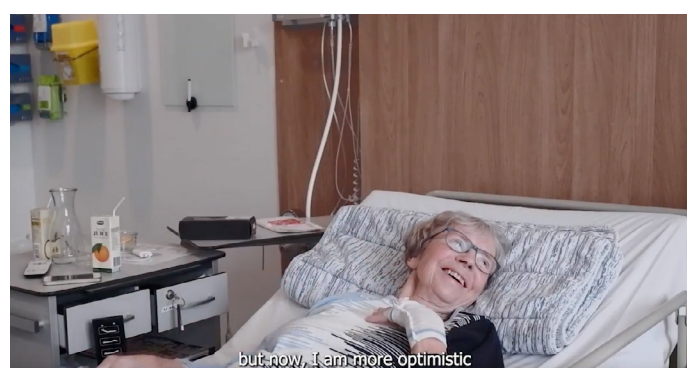
Patienthistorie fra Urinvejskirurgisk afd. (5:40) Gr. 1



Livet i Stolen (5:49) Kræft afd. Gr. 3



Hospitalspræst: Den Eksistentielle Samtale: . (7:10) Gr. 2



Livshistorie fra Kræft afdelingen (6:52) Gr. 4



Livet i Stolen, (5:08) Gr. 5

WP3

Inspirationsoplæg fra kunstens verden

Formål

Som forberedelse til workshoppen skulle alle kulturaktører forberede et 15 inspirations indlæg, som repræsenterede deres arbejde og interesse feltet kultur som sundhedsfremme.

Resultatet var 11 korte og præcise indlæg på workshoppen, som præsenterede et snit igennem Region Midt's kulturinstitutioners aktiviteter og kompetencer.

På baggrund af disse blev der senere indgået en designworkshop hvor kunst- og sundhedsprofessionsle mødes.

Deltagere

Kultur som sundhedsfremme Ditte Svendsen & Rakel Nåvik.

Billedkunst v. Brigitte Mors & Birgit Pedersen, AROS

Animation v. Jacob Sabra Animationsskolen Viborg

Arkitektur v. Esben Bala Skouboe

Naturfotograf v. Morten Hilmer

Instruktør & Skuespil v. Thure Lindhardt

Teater v. Per Kap Bech Jensen, Nordisk Teaterlaboratorium

Lydkunst v. Marie Højlund, Aarhus Universitet

Musik v. Margrethe Langer Bro, Det Jyske Musikkonservatorium

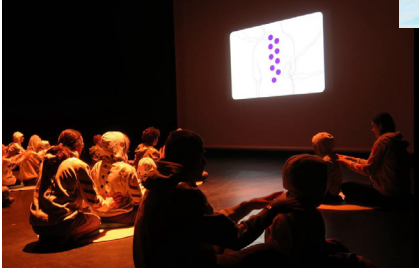
Musik v. Kåre Wulf

Hvordan kunstbiennale på et hospital? En kurators perspektiv



Kultur som sundhedsfremme

Oplæg v. Ditte Svendsen & Raket Nåvik
Art in Health Biennale, Workshop 4/5-23,
Højhuset, Herning



g Lab



27



32



NORDISK
TEATERLABORATORIUM 4 MAJ 2023

HOSPITALITY

Arts in Health Biennale 2025

WP4

Arts in Health: Workshop I Samarbejdet

Formål

Som forberedelse til workshopen skulle alle kulturaktører forberede et 15 inspirations indlæg, som repræsenterede deres arbejde og interesse feltet kultur som sundhedsfremme.

Resultatet var 11 korte og præcise indlæg på workshopen, som præsenterede et snit igennem Region Midt's kulturinstitutioners aktiviteter og kompetencer.

På baggrund af disse blev der senere indgået en designworkshop hvor kunst- og sundhedsprofessionelle mødes.



“Tænk hvis vi kunne lave en workshop hvor vi samlede sundheds- og kulturaktører ...”

- Marie Højlund og Esben Bala Skouboe



Art in Health Biennale 2025



Et forprojekt

Workshop program 4. Maj

Højhuset
Højskolevej 11 7400 Herning

9.15

Velkomst v. Pia Wiborg Astrup, Vicekontorchef Region Midt
Arts in Health Biennale 2025 v. projektleder Esben Bala Skouboe, Studio Poesis

9.45

Inspirationsoplæg I [15 min pr oplæg]

Biennale på et hospital, Kurator v. Jacob Lillemose
Kultur som sundhedsfremme v. Ditte Svendsen & Raket Nåvik
Billedkunst v. Brigitte Mors & Birgit Pedersen, ARoS
Animation v. Jacob Sabra Animationsskolen Viborg
Arkitektur v. Esben Bala Skouboe
Naturfotograf v. Morten Hilmer

11.15

Pause

11.30

Inspirationsoplæg II [15 min pr oplæg]

Lydmiljø v. Marie Højlund, Aarhus Universitet
Instruktør & Skuespil v. Thure Lindhardt
Teater v. Per Kap Bech Jensen, Nordisk Teaterlaboratorium
Musik v. Margrethe Langer Bro, Det Jyske Musikkonservatorium
Musik på fødemiljøer v. Kåre Wulf

12.45

Frokost

13.15

Metode: Kortlægning af behov

Præsentation af sound-walk på Gødstrup Regionshospital v. Anne Sofie Udsen
Kræftafdeling [25 min.] v. Chefsygeplejerske Lene Høgsberg, & Esben Bala Skouboe
Urinvejskirurgisk [25 min.] v. Cheflæge Maiken Milly Howard & Esben Bala Skouboe

14.15

Eftermiddagskaffe

14.35

Design Workshop: v. Anne Sofie Udsen

16.30

Opsamling af Design Workshop

17.00

Afslutning



Art in Health Biennale 2025

Et forprojekt

Deltagerliste

Region Midts sundhedsinnovation

Ditte Svendsen, Konsulent
Rakel Nåvik, Konsulent
Regionshospital Gødstrup
Randi Nedergaard-Hansen, Chefkonsulent

Kræft afdeling

Lene Høgsberg, Chefsygeplejerske
Martin Steiner, Overlæge
Mai-Brit Olesen, Psykolog
Randi Østergaard, Ergoterapeut
Anne Maria Høj Væggemose, Sygeplejerske

Urinvejskirurgisk

Maiken Milly Howard, Cheflæge
Carsten Christoffer Petersen, Overlæge
Merete Haubjerg Sørensen, Oversygeplejerske
Dorit Hoffmann, Sekretær
Birgit Møller, Fysioterapeut
Anette Vinter Hedensted, Hospitalspræst

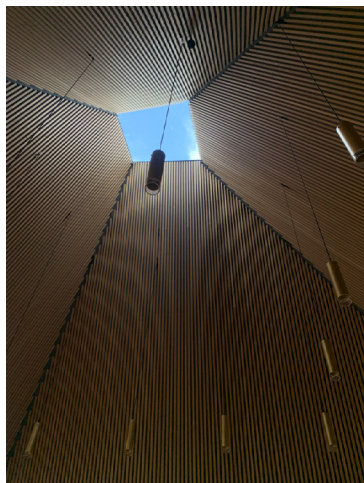
Kulturaktører

Brigitte Mors AROS
Birgit Pedersen, AROS
Keld Hosbond Det Jyske, Musikkonservatorium
Margrethe Langer Bro, Det Jyske Musikkonservatorium
Jacob Sabra, Animationsskolen Viborg
Laura Isaksen, Animationsskolen Viborg
Hanne Pedersen, Animationsskolen Viborg
Thure Lindhardt, Instruktør & Skuespil
Per Kap Bech Jensen, Nordisk Teaterlaboratorium
Marie Højlund, Aarhus Universitet
Morten Hilmer, Naturfotograf
Stephan Skov, musikterapi
Kåre Wulf, Musik
Jeffrey Serio, Digital Design
Kim Møller, Research, Studio Poesis
Esben Bala Skouboe, Studio Poesis
Anne-Sofie Udsen, Research, Studio Poesis
Nikoline Sander, Research, Studio Poesis
Sofie Bush, Research, Studio Poesis
Per Thorgaard Specialkonsulent, Aalborg Universitetshospital

Tema 1: Vært for døden

“Livet er der indtil det sidste åndedrag” - Læge

På sengeafsnittet er dødens indtraf et hverdagsfænomen, og personalet står dertil som **vært for døden**, både op til, og efter. Med denne rolle bærer de et stort ansvar og indflydelse på den sidste tid og eftermælet deraf, hvilket skaber et erindringsbillede hos de pårørende og personalet selv. Her er mulighed for at skabe et værdigt rum for ritualskabelse af **“det sidste farvel”**, og dermed knytte et smukt minde til denne - ved siden af alt det praktiske omkring et dødsfald. Her er personalets rolle som bindeled mellem det spirituelle og det menneskelige essentielt for at skabe dette rum, som kan favne alle de følelser i lokalet blandt personale og pårørende: **Lettelse, sorg, taknemmelighed, accept, afsavn.**



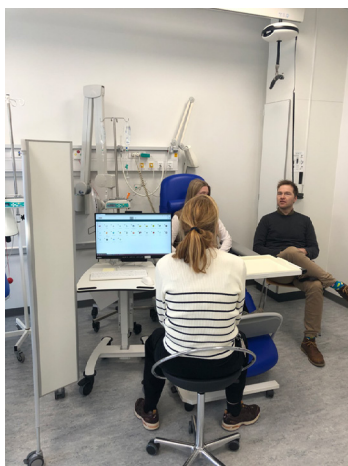
“Det er ikke kun familien der har behov for ritual og afslutning, det har medarbejderne også” “(...) til de dage hvor personalet må stå sammen og sige ‘vi gjorde vores bedste’ “

- Sygeplejerske

Tema 2: Livet i stolen

“I Herning var der huller i loftet som de kunne tælle mens de fik kemo, men de er fjernet nu. Så de har simpelthen ikke noget at kigge på“ - Sygeplejerske

Patienterne går ind i en anden livstilstand under kemoterapien, hvor den blå stol udgør det nye verdens centrum og de næste 3-5 timer kan føles uden ende. Ud over en fastmonteret tablet, byder terapirummet ikke på andre umiddelbare distraktioner eller aktiviteter bortset fra at initiere samtale med andre patienter, pårørende eller sygeplejersken. Rummet inviterer ikke til privatliv eller personlig eksistentiel samtale mellem personale, patient og pårørende, da alt let kan overhøres. Ønsket er at **få tiden til at gå hurtigere** og få en **flugtmulighed fra rummet** og frygten associeret med kemoterapi og tilhørende risici. Rummet er meget sterilt, koldt og funktionalitetspræget med potentiale for at inkorporere stimuli som kunne udgøre en ”flugtvej” fra stolen og oplevelsen af: **Nervøsitet, anspændthed, utryghed og identitetskrise.**



“Jeg mærker bare, at når der kommer børnebørn her, og man hører et børne-skrig (positivt) i gangen, det gør bare noget ved stemningen, at man hører, at der er et barn til stede.“

- Sygeplejerske

Tema 3: Delir-præventiv

“Det er svært for både pårørende og personale, fordi det kan være voldsomt” - Læge

Hen mod den sidste tid af livet oplever mange patienter delir; auditive og visuelle hallucinationer. Disse situationer er ganske hårde for patienten som ikke er ved fuld bevidsthed men nemt bliver påvirket af atmosfærer og sansestimuli og kan blive utrolig angst, hvilket også kan have en stærk påvirkning på personale og i særdeleshed pårørende.

Personalet føler en stor magtesløshed, da der næsten ikke er noget, de kan gøre, hvilket skaber en del uro. Pårørende målretter deres frustration mod personalet, og er uforstående over, at deres nære ikke kan hjælpes. Her er der potentiale for at **se rummet som et instrument for delir-prævention**, og skabe en sanseoplevelse som kunne fungere delir-præventiv. Der er evidens for at stimuli af forskellige art kan have en beroligende og afskrækkende effekt på delir-patienter. Dette kunne minimere et følelsesrum af: **Frustration, magtesløshed, angst, sorg og håbløshed.**

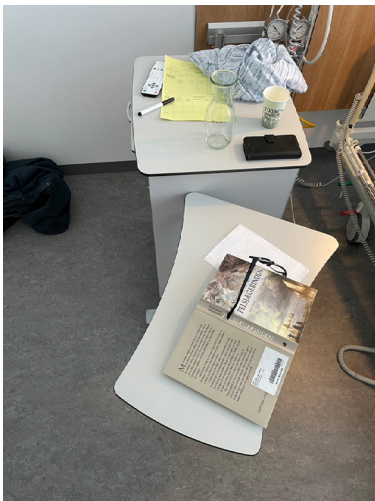


“Det er de hjemlige ting, det der er genkendeligt, som skaber ro. (...) Det ideelle sted er hjemme i dagligstuen” - Ergoterapeut

Tema 4: Hjemliggørelse af sengestue

“Det er et maskineri du bliver puttet ind i” - Patient

Patienterne tilbringer deres sidste tid på sengeafdelingen i en-mands-stuen, som derfor re-defineres til deres nye permanente hjem. Stuens atmosfære opleves som tidsløs og uden personlighed og narrativ, hvor patienten derfor kan have svært ved at mærke egen krop og identitet. Det er her de skal føle sig hjemme og hertil også invitere gæster på besøg. Rummet mangler **tegn på hverdagslivet** og **jordnære forbindelser**, hvilket kan blive udgangspunkt for samtaleemner og trygge rammer for den eksistentielle snak. Dette ville tilmed være en mulighed for at bygge et vindue ind til det tidligere liv og den værdi, som den enkelte patient har med sig, hvilket vil give personalet mulighed for at forstå dem bedre og skabe de rette rammer for deres lindring. Der er mulighed for at skabe en hjemliggørelse og en familiær atmosfære, således at patienterne ikke føler sig som et produkt af et hospitalssystem, men kan danne en ejerskabsfølelse over deres livssituation og tilstedeværelsen i et følelsesrum af: **Håb, nysgerrighed, tryghed, identitetsskabelse og familie-kærlighed.**



“Det er en hjælp i hverdagen, til at kunne se lidt lysere på det hele. På ens tilværelse, og ... håb, måske også, for at det bliver bedre på et tidspunkt. At kunne se lyset forude” - Pårørende

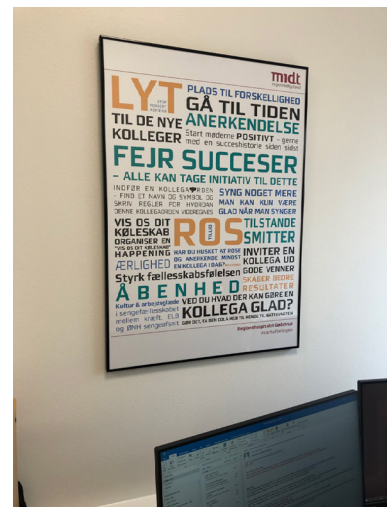
Tema 5: Pause fra krisen

“Da koret sang der sad jeg jo og storhylede, fordi jeg kom til at tænke på at jeg kan ikke selv længere kan synge. (...) Det gjorde noget mere dybtliggende følelsesmæssigt ved mig at høre koret (...) Den følelse fik de lokket op til overfladen.”

- Patient

At befinde sig i en konstant **dødsangst** og **ventesorg** kan være en stor psykisk **belastning** og tynde tilværelsen. Der kan opstå et behov for **at kunne træde ud af sorgen** og ind i en fjern verden, hvor andre emner er i fokus. Som en del af bearbejdningsprocessen bidrager det til, at man lettere kan være i de mange følelser, når man **træder ind i sorgen igen**. Patienten kan føle sig træt fysisk og psykisk af hverdagen på en-mands-stuen og identificere rummet med sygdom, tests og behandling. De har behov for et afbræk i hverdagen og **skabelsen af smukke minder**, som får kontakt til nogle underliggende følelser.

I et ventesorgs-forløb skaber de pårørende et behov for at distancere sig og distrahere bl.a. børn, således at der kan skabes et **åndehul** hvor sorgen kan glemmes en smule, og i stedet skabes rum for: **Lettelse, leg, glæde og fællesskab**.

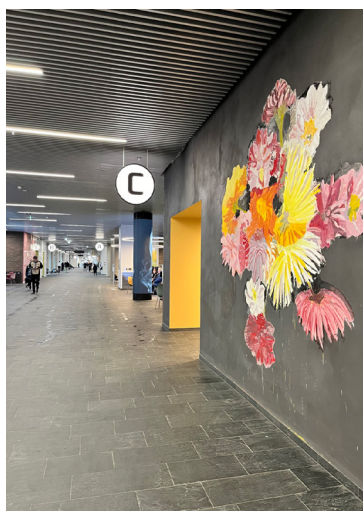


“At man kan distancere sig fra situationen, og det er rigtig vigtigt” - Psykolog

Tema 6: Oplevelsen af 'noget andet'

“Alle stuer er ens (...) At kunne drømme sig et andet sted hen.
Altså man skal ikke have indtrykket af at det er et hospital”
- Sygeplejerske

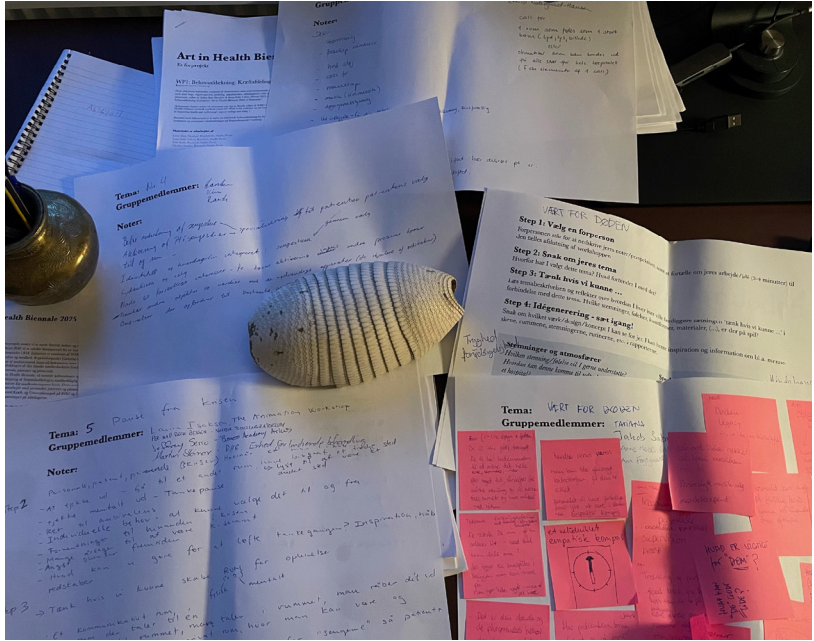
Særligt personalet giver udtryk for, at hverdagene på hospitalet og på afdelingerne let kan flyde sammen med mange gentagelser, atmosfære og fysiske udtryk gennem dagens faste faser. Dette kan skabe en **tidløshed** og **ensartethed**, som virker **uinspirerende og kedsommelig**. Personalet har stærke drømme om at skabe rum for at **'hospitalet ikke opleves som et hospital'**. Mindre afbræk fra den kliniske åndelighed kan have en stor indvirkning på alle. Herunder nævnes traditioner som **fællessang** i december måned, og besøg af håndværkere med **radio på gangen**. Stemningen brydes og **'hyggen'** indtræder, hvilket skaber en anden ånd på afdelingen. Disse situationer opbryder og farvelægger hverdagen, samt skaber en **'flugtvej' fra hospitalet**. Personalet drømmer om at kunne iklæde sig en ny rolle på afdelingen og være med til at skabe aktiviteter, både passive og aktive, som kan bygge disse rum til glæde for patienter og pårørende.



8 “Og når man går ude på gangene, hvis der var sådan en dæmpet, rolig musik.
Det er godt for alle, særligt hvis man sidder med nogle trælse tanker” - Pårørende









WP5

Pilot I: Minderitual - Enhed for lindrende behandling

Dette dokument indeholder resultater og evaluering af implementeringen Prototype I: Pilotprojekt på Enhed for Lindrende Behandling, stue 521, Regionshospital Gødstrup (RHG). Evalueringen er bygget på semi-strukturerede interviews med sygeplejefagligt personale og relevante afdelingsledere involveret i projektet, samt patienter og pårørende som har oplevet det nye tiltag på stuen. Denne evaluering er udført af Studio Poesis v. Esben Bala Skouboe & Sofie Busch, udviklingssygeplejersker Anne Maria Høj Væggemose og Anita Ahle-Kallesøe Jessen Regionshospital Gødstrup, december 2023, som del af WP5: Pilot, Enhed for Lindrende behandling til projektet "Art in Health Biennale 2025, et forprojekt".

Formålet med dokumentet er at opsamle på de erfaringer der er gjort siden pilotens start, og derfra identificere potentialer og refleksioner på hhv. kunst- og sundhedsbehov, metode og anbefalinger til videre arbejde, for dette sygdomsspecifikke kunsttiltag på Enhed for Lindrende behandling på Regionshospitalet Gødstrup.

Materialet er udarbejdet af

Esben Bala Skouboe, Projektleder, Studio Poesis

Sofie Busch, Research, Studio Poesis

Anne Maria Høj Væggemose, udviklingssygeplejerske RHG

Anita Ahle-Kallesøe Jessen, udviklingssygeplejerske RHG



Foto af Paolo Impagliazzo

Executive summery

”

Som del i “Art in Health Biennale 2025, et forprojekt”, blev en strategisk realisering af projekt-temaet ”Minderitual” i pilotprojekt WP5, implementeret på enhed for lindrende behandling, i august 2023. Realiseringen blev kurateret af Studio Poesis i samarbejde med chefsygeplejerske Lene Høgsberg. I piloten undersøges hvordan udvikling, træning og implementering af et minderitual til afskedsprocesser kan bidrage til at skabe et smukt efterbillede hos pårørende, og tilbyde personalet en bredere palette af værktøjer, som udfordrer den eksisterende praksis og bidrage til at skabe en kulturændring på afdelingen. Dette udforskes via dramaturgiske og indretningsarkitektoniske virkemidler som skaber et æstetisk baggrundstæppe for afskeden. Piloten er udviklet af instruktør Thure Lindhardt, skuespiller Kai Bredholt og arkitekt Esben Bala Skouboe, i et tæt samarbejde med personalet i en co-creative proces.

Den forholdsvis korte implementerings- og prøveperiode har kun muliggjort en begrænset interview- og datamængde. Derfor er følgende udtagelser udlagt som potentialer, anbefalinger og refleksioner på den tilførte værdi. Baseret på semistrukturerede interviews med udvalgte ansvarlige, personale, patienter og pårørende, er følgende refleksioner udledt:

Ritualets implementering på afdelingen har haft en mærkbar effekt og værdi for personalet og pårørende på enhed for lindrende behandling og kræft. Implementeringen har bl.a. bidraget til at skabe resiliens og en øget innovationskraft på afdelingen, samt en tillidsfuld og værdig bro til de pårørende i deres afsked med en afdød patient.

Realiseringen har skabt en nysgerrighed hos personalet som kan stimulere et udviklende idé-rum internt i afdelingen, og har potentialerne til at øge arbejdsglæden. De oplever at kunne tilbyde en særlig omsorg, hvor de føler at de lykkedes, hvilket kan øge selvtillid og mod til at springe ud i flere udviklingsprojekter og svære problemstillinger. Dermed kan det argumenteres at implementeringen kan bidrage til at skabe en enhed med høj resiliens, som tager ansvar for den faglige kompetenceudvikling i relation til den emotionelle og menneskelige pleje og omsorg. Et tæt samarbejde med kunsteksperter og inklusion i udviklingsprocessen har styrket ejerskab- og ansvarsfølelsen, som kan være med til at sikre en dyb og succesfuld implementering. Kunsten har opsat et fælles eksperimentelt og kreativt rum, som har skabt nysgerrighed på tværs af afdelinger, som potentielt kan styrke sammenhængskraften.

For de pårørende bidrager ritualet til at skabe en omsorgsfuld atmosfære, som gør afskeden personlig og mindeværdig. Den professionelle og ansvarsfulde værtsskabsrolle, som personalet iklæder sig, kan skabe en stærk tillid og tryghed til systemet. Ritualet bidrager til at bygge personlige mindebroer til livet der var, som potentielt kan fungere som en positiv distraktion ved at skabe et værdigt og respektfuldt efterbillede, hvilket dermed kan blive en start på rehabilitering og sorgprocessen.

Baseret på denne evaluering kan følgende anbefalinger til fremtidig udvikling af projektet udlægges: Udviklingen af en udvidet køreplan og implementeringsplan for ritualet, som indarbejdes i deres nuværende systemer for at sikre en vedvarende implementering lant ind i fremtiden. Piloten har udvist yderligere store potentialer på dette tema og behovet for afsked (og afskeds-type) kan variere afhængigt af flere faktorer. En umiddelbar hypotese bygger på, at behovet for minderitualt ofte er stærkere i tilfælde med pludselige og uventede dødsfald, i kontrast til længerevarende og udmattende sygdomsforløb. Dette ønskes at undersøges dybere, hvilket kræver yderligere randomiserede og etnografiske indsatser med relevant, klinisk og sygeplejefaglig forskning.

”

- Rapportens forfattere

Indholdsfortegnelse

— Evaluering og udtagelser —

Strategi og baggrund

Fokus

Pilot: Et Minderitual

Vision

Kunstnernes bidrag

R521 - Et Minderitual

Evaluering

Personale

Leder

Patient og pårørende

Refleksion

Udviklingsprojekter

Strategi og baggrund

På baggrund af resultater fra WP 1: Behovsafdækning på Kræftafdelingen & Deltagelse i WP4: Arts & Health Workshop I 'samarbejdet', har den tværfaglige arbejdsgruppe ønsket at realisere flere projekter i følgende prioriterede rækkefølge:

1. **Ritualet ved dødstilfælde**
2. Delir nedsættende miljøer på patientstuer
3. Refleksionsrum for patienter og personale

Der blev sammensat tre grupper til at bistå udviklingen af ritualet ved dødstilfælde.

Arbejdsgruppe:

Lene Høgsberg, Chefsygeplejerske
Mette Skadhauge, Oversygeplejerske
Martin Steiner, Overlæge
Mai-Brit Olesen, Psykolog
Randi Østergaard, Ergoterapeut
Annette Vinter Hedensted, Hospitalspræst
Kristina Skarshaug Jacobsen, Sygeplejerske
Anne Maria Høj Væggemose, Sygeplejerske
Else og søn, Patient og pårørende
Hans Lindøe, Patient
Hans og Gunhild, Patient og pårørende

Kuratorgruppe:

Jakob Lillemose, Kurator
Marie Højlund, Musiker
Esben Bala Skouboe, Arkitekt

Eksterne kunstnere:

Thure Lindhardt, Skuespiller og instruktør
Kaj Bredholt, skuespiller
Teatergruppen Nordisk Teater Laboratorium

Sponsorater

House of Finn Juhl
Garant Aalborg
Region Midt

Opgaver

T5.1 Der udvælges en strategisk retning for prototype på afsnit for lindrende behandling

T5.2 Der udarbejdes en prototype og prøvehandling på afdelingen.

T5.3 afrapportering af prøvehandling.

Aflevering

D5.1 Afrapportering af resultater fra prototype

D5.2 Præsentation af proces og Fundings 15 min

Fokus

På baggrund af WP4 Arts & Health Workshop I – samarbejde, blev følgende fokus valgt.

Vært for døden

“Livet er der indtil det sidste åndedrag”

- Læge

På sengeafsnittet er dødens indtræden et hverdagsfænomen, og personalet står dertil som **vært for døden**, både op til, og efter. Med denne rolle bærer de et stort ansvar og indflydelse på den sidste tid og eftermælet deraf, hvilket skaber et erindringsbillede hos de pårørende og personalet selv. Her er mulighed for at skabe et værdigt rum for ritual-skabelse af **“det sidste farvel”**, og dermed knytte et smukt minde til denne - ved siden af alt det praktiske omkring et dødsfald. Her er personalets rolle som bindeled mellem det spirituelle og det menneskelige essentielt for at skabe dette rum, som kan favne alle de følelser i lokalet blandt personale og pårørende (Fancourt & Finn, 2019): **Lettelse, sorg, taknemmelighed, accept, afsavn.**

“Det er ikke kun familien der har behov for ritual og afslutning, det har medarbejderne også” “(...) til de dage hvor personalet må stå sammen og sige ‘vi gjorde vores bedste’ “

- Sygeplejerske

D. Fancourt, and S. Finn, (2019). HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review [Online]. www.apps.who.int. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf> (Accessed: 14 dec 2023). pp. 49

Pilot: Et Minderitual

Den sidste afsked

På afdeling for lindrende behandling varetages specialiseret palliativ indsats med fokus på at fremme livskvalitet, de problemer der er forbundet med livstruende sygdom samt forebygge og lindre lidelse. Sengeafsnittet er tildelt patienter med livstruende sygdom, som har behov for palliativ behandling. Derfor er døden en forventelig del af den pleje der udføres – med særlig fokus på de pårørende og efterladte.

Personalets pleje rækker derfor særligt ud til denne gruppe, hvor de står som 'vært for døden', og har en indflydelse på det efterbillede som de pårørende tager med sig fra hospitalet, og

den forløsning de får i deres afskedsproces. Personalet beskriver at denne proces kan være meget hård for mange efterladte, som har svært ved at tage afsked og holder på en stor blanding af forskellig uforløste følelser herunder; sorg, vrede, frustration, lettelse og afsavn. Disse følelser kan have en afsmittende effekt på personalet, som ønsker at kunne tilbyde en bredere pleje, der bl.a. hjælper med at skabe forløsning ved at favne både det spirituelle, menneskelige og psykologiske aspekter.



Det sidste levedøgn

I det sidste levedøgn og tid bliver mistet den klare kontakt med patienten, og de er særligt udmattede. I denne tid kontaktes de pårørende og inviteres til at tilbringe den sidste tid på stuen hos den døende. Denne tid kan være svær og langtrukket, med mange tanker og følelser.

Døden indtræffer

Når døden er indtruffen, får de pårørende den alene tid de har brug for til at være hos den afdøde og sørge deres tab.

Overdragelse

Efter alenetiden overdrages afdøde til personalet som klargøre afdøde ved at rengøre, pleje og påklæde dem som pårørende ønsker det, så de er klar til at skulle forlade hospitalsgrunden. Herefter kan pårørende igen få muligheden for at se afdøde og få taget den sidste afsked.

Farvel

Sidst forlader pårørende hospitalet og afdøde transporteres til lighuset, obduktion, eller kapellet.



Sengestue på lindrende behandling sengeafsnit



Sengestue på lindrende behandling sengeafsnit

Vision

Pilot beskrivelse

Piloten Minderitual har til formål at undersøge hvordan udvikling, træning og implementering af et minderitual til afskedsprocesser kan bidrage til at skabe et smukt efterbillede hos pårørende, og tilbyde personalet en bredere palette af værktøjer i netop denne del af deres job. Derudover undersøges hvordan minderitual kan udfordre den eksisterende praksis og bidrage til at skabe en kulturændring på afdelingen som favner de menneskelige og spirituelle dimensioner i nærvær med døden.

Piloten er udviklet af instruktør Thure Lindhardt, skuespiller Kai Bredholt og arkitekt Esben Bala Skouboe, i et tæt samarbejde med ledelse på afsnit for lindrende behandling, chefsygeplejerske Lene Høgsberg, og personalet i en co-creative proces.

I piloten udforskes der hvordan minderitual, med forskellige dramaturgiske elementer og rekvisitter, i sammenspil med arkitekturen og indretningen kan bidrage til at skabe et æstetisk baggrundstæppe for afskeden. Til formålet indrettes sengestue 521 med inventar fra Finn Juhl og Garant, mens ritual designes så det kan udspille sig på samtlige stuer på afdelingen.

Konkret vil der i sengestuen integreres interiør-løsninger; e.g. en lounge stol, sofabord, ophæng af gardiner og spiseområde. Til minderitualen udarbejdes rekvisitterne: blomster, kort til blomstertryk, stearinlys, smykkepose, kam og poesihæfte.

I processen optil og efter døden indlægges minderitual sidst som skal markere det sidste farvel og efterbillede.



Ritualer er et menneskeligt grundvilkår

Ritualer kan kort sagt beskrives som et fællesmenneskeligt sprog udenfor personligheden, men hvor der er plads til følelserne, hvor sorg og smerte, velkomst og afsked kan blive et "tredje rum", der giver det enkelte menneske mulighed for fællesskab og individualisme på en og samme tid.

Ritualer har vi haft med os fra tidernes morgen, fra neandertalernes tidligste begravelsesritualer og homo sapiens' gudelignede dyrebilleder på klippehulers vægge. Langt senere kan vi finde fødselsritualer over hele verden, bedst kendt i det gamle Egypten hvor jordemoderen altid ledsagedes af en præst, en til at byde kroppen velkommen og en til at byde sjælen velkommen til planeten. Over hele verden findes ritualer til at indramme livet - fra oldgammel tid indvielsesritualer for overgangen mellem barn og voksen, i dag kendt i Danmark som konfirmation eller nonfirmation, vi finder bryllupsritualer, aldersritualer og dødsritualer, ofte ledsaget af gaver.

Vi kender til båden der skal fragte den døde fra denne verden til den næste, altså ikke død men som en del af en nødvendig kontinuerlig rejse. Som eksempel bærer sømænd ofte en guldring i øret, så de havde guld på sig i tilfælde af at skibet kæntrade, således kan de kunne betale færgemanden der skulle fragte dem til den anden side - et ritual der går tilbage til de gamle grækere. I Danmark italesætter vi stadig denne kontinuitet, ofte i form af at afdøde lever videre i vore hjarter og aldrig vil blive glemt og lignende. Tager man epigenetikken alvorligt er det rituelle ikke bare en del af vor kulturelle arv, men måske ligefrem vort i vores DNA, og i hvert fald genkender ethvert barn med stor

selvfølgelighed ritualer, så snart de er blevet bevidste. Ritualer er et eksistentielt menneskeligt grundvilkår, for at livet og refleksionen kan fungere. For at illustrere dette kan vi låne fra geometriens verden. Euklid, geometriens stamfader beskrev, det vi alle kender som en linje, som noget uendeligt. Først når der sættes to punkter på en streg, har vi det der kaldes et linjestykke, altså et afgrænset stykke. Afgrænses linjen ikke er den i princippet uendelig og energien fiser ud til begge sider. Sættes der derimod to punkter, vil al energi forblive indenfor disse, der opstår hermed et rum, et kraftfuldt mellemrum, og det er netop dette kraftfelt der kendetegner ritualer.

Ritualer er en ceremoni der hjælper os med at være nærværende sammen når vi nærmer punkterne. Ritualer er socialt og udført i et frirum, hvor personalet tilbyder sit nærvær og trøst, det kan ikke gå galt. Det er vores intention at ritualer beskrives i en støttende ramme, som pårørende og personale kan fylde ud sammen, dens stramme struktur er en start for at give plads til poesien, sangen, musikken, symbolet, æstetikken til vores minde om et liv der en gang var. Under ritualer er der plads til usikkerhed, tvivl, magtesløshed, lettelse, alt hvad der giver ritualer menneskelighed og liv. Vi kender alle det modsatte, døde ritualer der mekanisk udføres, oplæses eller handles på, og vi må huske på at det er mennesket og alt hvad mennesket indeholder i det øjeblik ritualer udføres der giver det mening.

Kunstnerens bidrag



Thure Lindhardt
Skuespiller og instruktør



Kai Bredholt
Skuespiller



Foto af Paolo Impagliazzo



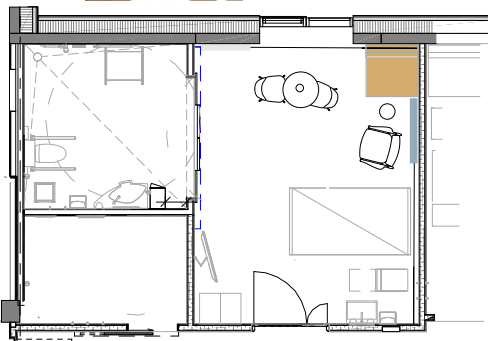
Foto af Paolo Impagliazzo



Gardiner:
Air 4, 823 vindue
Time 300, 733 langsvægpanel

Council Family
Salon Chair
Eller
Lounge Chair

m i grå/blålig nuancer
grå/gullege nuancer



Forberedelse

Forstå og udvikle

Personale behov
Konteksten og rummet
Udvikle ritualets indhold

Workshop

Træning af personale

Rollespil / undervisning
Fælles idégenerering
Overlevering af ritualet



Udvikling af ritualet

Co-creating

I forbindelse med udarbejdelse af mineritualet var det afgørende at personale og kunstnere mødtes på hospitalet, for at skabe en forståelse for centrale behov, sansoplevelser og praksis og eksistentielle behov forbundet med døden på afdelingen.

For at forstå hvordan ritualet skal passe ind på afdelingen blev der iværksat tre processer: 1. Samtale med alle fagligheder på den udvalgte patientstue, 2. Rollespil 3. Samtale med præst.

Personale behov og fagligheder

Gennem samtaler fik kunstnerne en forståelse af i talesat og bevidste behov, samt et overblik over hvordan forskellige fagligheder ser forskellige problematikker på afdelingen. Det var meget brugbart at have alle fagligheder til stede på samme tid (psykolog, læge, ergoterapeut, sygeplejerske og senere hospitalspræst). Mødet gav lejlighed til at etablere samtaler som ikke ellers var skabt i gruppen

Rollespil

Personalet havde forberedt et rollespil af en hvor en "normal" død, som blev gennemspillet. Rummet kom i spil og personalet viste de handlinger i en arbejdsdag. Dermed blev teori til praksis og funktionalitet, som gjorde det naturligt for udefrakommende at stille konkrete spørgsmål og iscenesætte rummet, hvor personalet kunne bruge kroppen til at vise handlinger. Dette gav et større helhedsindtryk der var afgørende i implementeringen.

Samtale med hospitalspræst

På mødet mødte kunstnerne en specialist i menneskets eksistentielle behov, denne samtale kunne nuancere den praksis forbundet med personalet praksis. Præsten kunne også beskrive ritualets rolle i vores i liv og i rammesætte ritualet i et historisk perspektiv. Præsten kan senere være en stor kapacitet i træning af ritualer i praksis – fordi de har erfaringer i at løfte stemning op på et åndeligt plan.

Personalet deltog aktivt og efterspurgte udfordringer, de påtog sig ansvaret for at navigere input tilbage til praksis - men det var vigtigt at forslaget udfordrede eksisterende praksis.

En stor del af arbejdet med udarbejdelse af ritualer bestod i at lytte til dem der bruger rummene til daglig, og at lade dem tale med hinanden, og at det blev udviklet på stedet.

Mødet med hospitalspræsten var afgørende, da denne har kendskab til de sjælelige behov, ritualer, sorg. De kan generelt være en samarbejdspartner for personalet.



Ritualets indhold

Forskellige muligheder

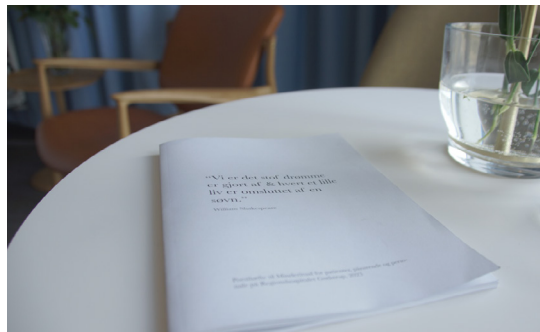
Der blev udformet forskellige ideer og initiativer som personalet kunne gøre brug af ifm. dødsfaldet og for at skabe et smukt minde. Formålet var at give et bredere spænd af muligheder som kunne dække forskellige pårørende-behov baseret på personalets erfaringer og fornemmelser af den specifikke familie.

Samtale med pårørende

I forbindelse med samtalen om patientens sidste levedøgn præsenteres brochuren "De sidste levedøgn" om ritualets betydning og muligheden for at tilvælge den, samt et poesihæfte med sange og digte (bilag 1). Minderitualet, introduceres på mødet som personalet føler det meningsfuldt.

Personalet tilbyder pårørende/patient en kop nymalet kaffe. Pårørende introduceres til ritualet og tankerne bag samt indholdet i hæftet, valg af tekst, musik og lys.

"Umiddelbart efter døden plejer vi at lave en lille ceremoni, hvor vi læser et vers og spiller et stykke musik til minde for navn"



Gøre afdøde pæn

Her istandsættes afdøde og stuen så pårørende kan sige det sidste farvel.

Pårørende tilbydes at hjælpe med at gøre patienten "pæn" en sidste gang.

"Hvis i har lyst til at hjælpe med at gøre navn i stand, er i meget velkomne, det kunne ex. være at kæmpe hendes hår en sidste gang"

Forberedelse af stuen:

Vinduet åbnes, Blomst placeres ved afdøde, Hvid dug lægges på bordet, Stearinlys og stager på dugen, Gardiner rulles for ved teknik, Rummets lyset dæmpes, Musik forberedes.

Mindepose:

Mindeposen får pårørende med hjem efter ritualet, her samles den valgte tekst og afdødes personlige ejendele (eg. ring)



Minderitual

Pårørende kalder på personale når "alenetid er slut", Personale går med ind på stuen.

Ankommer med et varmt smil, evt. en hånd på skulderen

Personalet tager Mindeposen med ind på stuen og sætter den på bordet.

Personalet står med ryggen mod vinduet og ansigtet mod afdød og pårørende



Personalet igangsætter ceremonien, når alle er klar.

eg. *"Er I klar til at starte minde ceremonien"*

eller

"Er i klar til at høre et stykke musik til minde om navn"

Den valgte musik startes

Herefter finder personalet mindeposen og holder den valgte tekst frem:

"Nu vil jeg gerne læse et vers til ære for navn"

Teksten læses op, langsomt og med ekstra pauser.

eg. Sig Nærmer tiden af Sten Steensen Blicher

Personalet blæser roligt lysene ud. To ens blomster fra vasen fjernes, én ved afdøde, og en i Mindeposen.

eg. *"Den kan i tørre når i kommer hjem"*

Mindeposen gives til pårørende.

Personalet siger pænt farvel til pårørende kapel.

eg. *"Pas godt på jer selv og hinanden"*.

R521 - Et Minderitual



Foto af Paolo Impagliazzo



Foto af Paolo Impagliazzo



Foto af Paolo Impagliazzo

Evaluering

Formål

Formålet er at skaffe begyndende dataindsamling på Pilotprojektet Kræft: Minderitual, som led i udviklingen frem mod Arts in Health Biennale 2025. Piloten analyseres først som en case, hvor metode og effekt på personale og pårørende evalueres, og holdes op mod processen bag udarbejdelsen af piloten. Dette bliver grundlaget for vigtigheden af inklusionen af kunst og kultur på hospitaler. Dette gøres via semistruk-

turerede interviews med udvalgte specialister, personale som har arbejdet med ritualet og pårørende som har oplevet et dødsfald på afdelingen. Målet er at identificere gode metoder og en række anbefalinger, som vil kunne tages i brug frem over – som potentielt kan udforskes i en forskningsartikel udarbejdet af hospitalet.

Interesseområder

Evalueringen har tre researchspørgsmål:

1. Hvilken oplevelse og efterbillede er der skabt hos de pårørende som har lidt et tab?
2. Hvilken effekt har piloten haft på sygeplejen og sygeplejerskerollen?
3. Hvordan har metoden og processen bag påvirket innovationen i afdelingen?

Disse undersøges via semistrukturende interviews i tre led:

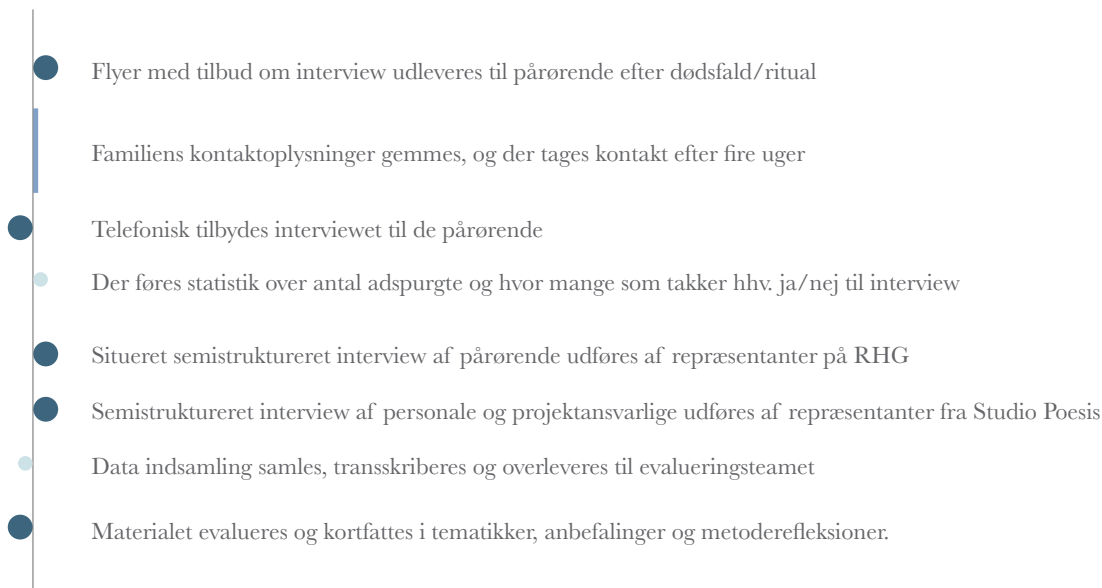
1. Interview af pårørende. (1)
2. Interviews af personale. (3)
3. Interviews af udvalgte projektansvarlige. (1)

Prioriteringområder

Evalueringen blev udarbejdet med følgende dataindsamlings prioriteter:

1. Pårørende som har takket JA til ritualet, uanset stue lokation.
2. Pårørende som oplevede dødsfaldet på Stue 521.
3. Pårørende som takkede NEJ på en anden stue.

Dataindsamlings proces



Interview af personale

Baseret på interview af personalet fra Enhed for lindrende behandling og Kræft er følgende observationer identificeret, hvilket summerer oplevelserne og erfaringerne med minderitualet siden implementeringsdagen. Disse hovedpunkter er opsat tematiske og underbygget med citater fra det adspurgte personale (4) og pårørende (1).

At lykkes med sit arbejde

Minderitualet har været med til at give personalet en større tilfredshedsfølelse ved deres arbejde og lykkedes bedre på nogle områder, hvor de ellers kunne være mere udfordrende. **Der er faciliteret et redskab som hjælper med at kunne afrunde sygdomsforløbet med patient og pårørende** og ved at skabe en god afslutning for de efterladte og personligt tage afsked med både dem og den afdøde.

”Den situation hvor det blev muligt for mig at hjælpe dem med at sige farvel til afdøde – der synes jeg jo at jeg lykkedes med mit arbejde, fordi jeg ser de pårørende der hvor de har det sværest og får dem hjulpet med at tage afsked. Og det havde jeg ikke kunnet hvis ikke jeg havde lært det her, og havde fået lov til at reflektere over hvad det egentlig er vi plejer at gøre i situationen.”

Udviklingssygeplejerske, Anne Maria Høj Væggemose

”Det er en fornemmelse af en tilfredshedsfølelse, og at jeg har været med til at facilitere et eller andet godt, og en god afslutning. På en eller anden måde kan man slutte kreds om sygdomsforløbet og de pårørende og kan skabe et rum hvor de kan være i.”

Sygeplejerske, Marianne Munksgaard

Keywords: *Resiliens, arbejdsglæde, faglig udvikling, stolthed*

Mod til at teste grænser

Under og efter workshoppen er personalet blevet mere bevidste om deres personlige og faglige grænser og udfordringer – og styrken i at udnytte denne bevidsthed. De nye tiltag i har været grænseoverskridende til tider, men den faglige værdi, som det kan bidrage til at skabe for de pårørende, **har givet dem modet til at overkomme det og se sig selv i en ny rolle som følger det at iføre sig deres titler.**

” Det var godt. Det var grænseoverskridende. Jeg fik lov til at spille en af rollerne, som jeg faktisk synes var sjovt at prøve. (...) Jeg er ikke så meget til sådan noget, men jeg gjorde det, og jeg synes faktisk det var stærkt. Jeg synes det kunne noget.”

Sygeplejerske, Rita Nørgaard

”Det er det der med, at når man har sin kittel på, så er man en fagperson, og hvis jeg ved, at det her er en del af den behandling jeg skal give, så er det dét. Og så føler jeg ikke at det er grænseoverskridende for mig.”

Sygeplejerske, Marianne Munksgaard

Keywords: *Udviklingsproces, ejerskab, initiativ, dyb implementering*

Et større fokus på afskedsprocessen

Pilotprojektet om minderitualet har skabt skærpet fokus på afskedsprocessen og afslutningen på et patientforløb. En innovations- og refleksionsproces er blevet igangsat internt, hvor personalet er mere opmærksomme på værdien af en god afsked og som derfor tilskynder dem indtænke lignende tiltag i løbet af sygdomsforløbet og udvikle det igangværende ritual. Det er blevet en daglig rutine for mange, og succesoplevelserne har skabt nysgerrighed for yderligere udvikling.

”Seancen er jo ikke kun op til den dag de dør. Der er jo mange patienter, der bruger flere dage på at dø. Jeg synes vi har fået mere fokus derhen på, og om det vi gør vi det optimale? Kan vi putte mere ind på det her? Kan vi optimere det, så det bliver en god oplevelse? Det synes jeg at det her helt klart har gjort.”

Sygeplejerske, Rita Nørgaard

”Det er jo en del af vores arbejde at kunne være med til at skabe et godt minde, og det er ligegyldigt, om patienten er indlagt med feber og skal have antibiotika, for der er også enormt meget relationsdannelse og minder forbundet med, hvordan vi møder patienterne. På samme måde er det, når de ligger for døden, og når vi som sygeplejersker er til stede for de pårørende. Det er også minder, vi er med til at skabe. Så på den måde er det jo ikke anderledes, og jeg tænker derfor, at det også er meget vigtigt. Det er jo argumentet for, at vi ikke må have for travlt til det.”

Sygeplejerske, Marianne Munksgaard

Keywords: *Underbygger fagligheden, nysgerrighed, fastholdelse, udviklende miljø*

Sammenhængskraft

Pilotprojekt har potentialet til at styrke det interne fællesskab på afdelingen, ved at bryde den initiale skepsis og skabe en platform, hvor erfaringer deles og bruges aktivt. Der er en fælles bevidsthed om, at ritualer ikke blot er en opgave, men en måde at udveksle omsorg og medmenneskelighed. De oplever initiativet som en øjenåbner for vigtigheden af performance i mødet med alvorligt syge og har skabt samarbejde på tværs af afdelinger, hvilket samlet set har styrket samhørighedsfølelsen på arbejdspladsen.

”Når vi altså har haft mulighed for at bruge det, så fortæller vi om det og siger ”Jeg brugte det!” Så det ligger jo i alles bevidsthed. Jeg tror det er fordi, at det gør noget ved os også, som gør at vi har lyst til at komme ud og fortælle det. Det er ikke bare en opgave – det er den der omsorg og medmenneskelighed der udveksles.”

Sygeplejerske, Marianne Munksgaard

”Vi er fælles om at være nye og usikre i det, og det er her, hvor erfaringer eller noget spiller ind, for det er nyt for os alle sammen. Og der har været en stor villighed fra ledelsen af, og det giver noget godt. Det er en fælles ting, vi kan snakke om på tværs af afdelingerne og i kaffestuen. Så det er jo en samhørighedsfølelse, at vi gør noget sammen.”

Udviklingssygeplejerske, Anne Maria Høj Væggemose

Keywords: *Positiv kultur, fastholdelse, tværfaglighed, aflastning, resiliens*

Skræddersyet ritual til familien

Personalets arbejde indebærer en dyb relationsdannelse til de pårørende, hvorfra de kan tilbyde dem relevante rituelle elementer, og skræddersy det til den enkelte familie. De understreger vigtigheden af træning og åbenhed for at tilpasse ritualen, og for hvornår man skal følge mavefølelsen og tage chancer, som kunne skabe uventede følelser og oplevelser hos pårørende. Samlet set viser disse erfaringer, at en individualiseret tilgang til minderitualen er central for at støtte pårørende på en meningsfuld måde.

”Jeg kan mærke at det kræver træningen, det der med at finde ud af hvornår de er klar til at blive spurgt om det hvor meget skal man tilbyde familien. At fornemme lidt inden om de er til tekster der skal læses højt eller er de til den kam i håret eller hvad er det der gavner dem, og det er oftest noget der opstår i øjeblikket.”

Sygeplejerske, Marianne Munksgaard

”Der er også nogle steder, hvor det ikke passer ind. Vi har nogle pårørende, som har siddet en hel uge, og ventet, og så siger de: ”Endelig skete det, hvis du lige vil komme og gøre ham i stand, så kiggede vi ind, og så går vi.”. Og det tænker jeg ikke at jeg skal røre ved.”

Sygeplejerske, Rita Nørgaard

”Man skal være åben over for, at det kan være noget helt andet de faktisk har brug for end hvad man lige tænker. For eksempel kan det være en familie som ikke synger, men så er der lige pludselig tilbuddet om den her sang, som skaber nogle andre følelser.”

Udviklingssygeplejerske, Anne Maria Høj Væggemose

Keywords: *Positiv kultur, arbejdsglæde, patientnær, relationsdannende*

Den mærkbare værdi for de pårørende

Personalet har personligt mærket værdien, som de har givet til de pårørende i deres afskedsproces, og har allerede indsamlet succes historier. De pårørende bliver særligt rørte og sætter stor pris på den opmærksomhed der er på dem som familie og afdelingens interesse i give omsorg og støtte helt til enden. Nedenstående beretninger fra personalet beskriver specifikke situationer, hvor de har oplevet netop dette:

”Det var en familie som ikke rigtig kunne komme fra afdelingen, de kunne ikke rigtig få sagt farvel. Og vidste ikke helt hvordan de skulle gå ud efter dødsfaldet. De havde stået derinde i nogle timer faktisk og kunne simpelthen ikke få taget afsked. Og så spurgte jeg dem om de havde sunget meget i hjemmet, og det havde de, så fandt jeg det hæfte til dem og foreslog, at de kunne synge en sang. Men det mente de ikke de kunne selv og så tilbød jeg at synge sammen med dem. Og det endte jo med at jeg stod og sang helt alene fordi de også blev så bevæget af det. (...) og så virkede det meget naturligt at de gik fra afdelingen bagefter og følte sig hjulpet på vej hjem.”

Sygeplejerske, Marianne Munksgaard

”Det var en ældre herre, som havde haft et længere sygdomsforløb, og så snakkede jeg med hustruen om det, og at der var nogle børnebørn som skulle ind og sige farvel. Så lavede vi den aftale, at da børnene kom ind kunne de presse en blomst fra buketten af og tage med. Og det var superfint at gøre det på den måde. (...) De var ikke der hvor de havde brug for en hel seance derinde, men det var mere vigtig for dem, at de kunne få lidt med derfra hver især – og særligt børnebørnene.”

Udviklings sygeplejerske, Anne Maria Høj Væggemose

De får jo en reaktion, en krisereaktion, når de kommer ind og ser ham. Her præsenterer jeg det for dem, helt konkret, og siger at vi har muligheden for at skabe et smukt minde med en salme eller sang eller vi kan læse en tekst. Det var de ikke interesserede i, indtil jeg sagde at vi har faktisk også muligheden for at afspille noget musik. Så lyste de op. Enten Elvis Presley eller Kim Larsen, hvis jeg kunne det så ville de blive glade. Det var hans yndlingsangere. Så vi afspillede 'Om lidt bliver her stille' og det rørte dem, rigtig meget.

Sygeplejerske, Marianne Munksgaard

”Det med blomsten, da jeg foreslog det, synes de pårørende at det var en rigtig god ide og blev meget glade over tilbuddet, og at der blev tænkt på dem. Min oplevelse var, at det sender et signal om, at vi ser den patient og de pårørende som et unikt menneske, og med et unikt liv, og ikke bare en patient i en seng.”

Udviklings sygeplejerske, Anne Maria Høj Væggemose

Keywords: *Tilfredsstillende, stolthed, patientnær, positiv distraktion, 'små skønne øjeblikke'*

Interview af leder

Arbejdsglæde og kreativitet

”Det betyder rigtig meget for mig, fordi jeg tænker, at for det første er det noget der giver arbejdsglæde for medarbejderne, at de er med i sådan nogle projekter, men jeg tænker også, at det giver gavn for patienter og pårørende, og at det er rigtig vigtigt at inddrage kulturen i sundheden, fordi der er så meget evidens for at det har en værdi.”

Chefsygeplejerske, Lene Høgsberg

Ifølge chefsygeplejerske Lene Høgsberg, har deltagelse i pilotprojektet ikke kun øget arbejdsglæden hos personalet, men også tilført værdi for både patienter og pårørende. Projektet ses som en kilde til fremme det kreative miljø på afdelingen og muligheden for transformation og introduktion nye perspektiver og ideer, i en ellers rutinepræget hverdag. Lenes erfaringer er at deltagelsen har en dybtgående indvirkning på både arbejdsmiljøet og afdelingens udvikling fremadrettet.

”I forhold til transformation i afdelingen, så tænker jeg at sådan et projekt her kan være med til at få det den der kreative idé-rum frem i personalet, frem for at man går hver dag i sine vante rutiner, så er det godt nogle gange at få nogle nye vinkler ind.”

Chefsygeplejerske, Lene Høgsberg

Keywords: *Stolthed, kulturændring, visionær ledelse, inspirere, variation*

Tværfagligt samarbejde

”Da Thure og Kai var her, der kom vi til at snakke om det der med når man går ind på en stue, uanset ens fagrolle, så indtager man et rum og har en bestemt rolle, og det har man også som sygeplejerske, når man kommer ind. Så kommer man ikke ind som den man er, men man kommer ind som sygeplejerske, og det sætter nogle ting i gang.”

Chefsygeplejerske, Lene Høgsberg

I piloten er der sat stor pris på de tværfaglige samarbejde med kunstnere og den gensidige respekt mellem de to faggrupper. Særligt værdsættes muligheden for at integrere det kunstneriske arbejde i deres faglige ekspertise, hvilket kan bidrage til at højne de faglige aspekter. Samarbejdet har givet mulighed for refleksion på den rolle sygeplejerskerne har i patientrummet og understreger vigtigheden. Generelt opleves det tværfaglige samarbejde som berigende for sygeplejerskernes faglige praksis og opfattelse af deres rolle på afdelingen.

”Jeg synes det der med at arbejde med kunstnere, så fornemmer jeg at der har vært en stor gensidig respekt fra begge faggrupper, og det jeg særligt kunne lide ved det, var at man kunne tage sit fag med ind i det kunstneriske. Og så på den måde højner nogle af de faglige ting man normalt gøre”.

Chefsygeplejerske, Lene Høgsberg

Keywords: *Ejerskab, eksperimenterende perspektiver, tværfaglighed, sammenhængskraft, co-creation*

Ejerskab og kulturforandring

Den aktive deltagelse i workshops og andre kreative processer har nedbrudt barrierer og åbnet op for nye tanker blandt personalet. Lederen understreger, at denne inddragelse har resulteret i, at medarbejderne ser projektet som deres eget, hvilket har en positiv indvirkning på kulturforandringen. Samlet set viser lederens udtalelser, at aktiv deltagelse i processen har skabt ejerskab, glæde og åbenhed for innovation hos personalet.

”Den gang vi var i processen, der gav det personale en glæde og et ejerskab. Det med at de har være inddraget, det har gjort at de tænker det er deres projekt. Også det at der var nogen med i go-morgen Danmark og fortælle om det, og når der er nogle udefra der ringer ind i afdelingen og spørger om det, så sender jeg bolden videre til personalet.”

Chefsygeplejerske, Lene Høgsberg

”Jeg tænker at alt det der de har deltaget i op til, den workshop som var både lidt skør, spændende, kreativ, øvende med alligevel meget seriøs, det var med til at slippe nogle barrierer for mange, og specielt til at få os til at tænke nogle nye tanker.”

Chefsygeplejerske, Lene Høgsberg

Keywords: *Kulturændring, innovationsproces, ejerskab, co-creation, resiliens*

Innovationskræft

Evalueringen tyder på at pilotprojektet har udløst en innovationsproces i afdelingen, og der er en klar ambition om videreudvikling på flere områder. Der lægges vægt på æstetik, indretning og nærvær som afgørende for patienters sidste tid. Desuden ønskes der mere inddragelse af pårørende og patienter samt tværfaglig tilgang til fremtidige initiativer. Anerkendelse af vigtigheden i at integrere specifikke fagligheder i kulturprojekter understreger behovet for en afbalanceret tilgang i fremtidige initiativer.

”Specielt i en afdeling som vores hvor det er patienter, som er her den sidste tid, her er der jo masser af evidens for at æstetik, indretning og det at være der og tør våge nogle ting har en rigtig stor effekt. Der er rigtigt meget man kan arbejde med i sådan en afdeling i forhold til det kulturelle og hvordan man kan bringe det ind i afdelingen. ”

Chefsygeplejerske, Lene Høgsberg

”Og hvis man skulle gøre det endnu bedre, skulle man have haft nogle flere pårørende og patienter med i workshoppen, og de skulle være med hele vejen, så vi får mere af den dimension. Men jeg tænker også særligt til fremtidige projekter, til det videre projekt.”

Chefsygeplejerske, Lene Høgsberg

”Jeg kan megagodt lide det der med at vi arbejder i emner og kobler kulturen op på emner som man ved at der giver det mening at arbejde med det. (...) Jeg tænker det er megavigtigt at tage de specifikke fagligheder med ind i det. Jeg er helt sikker på, at i nogle af de der kulturprojekter kunne man godt gå ind og kigge på de faglige komponenter inden man besluttede sig for hvordan man skulle arbejde med det.”

Chefsygeplejerske, Lene Høgsberg

Keywords: *Kulturændring, innovationsproces, problemløsning, fremtidens sundhedsvæsen*

Interview af pårørende

En særlig omsorg

Den pårørende, i dette tilfælde, oplevede dagen som noget helt særligt, hvor tilbuddet om minderitualet gav dem muligheden for en personlig og meget smuk afsked. Selvom dødsfaldet skete pludseligt, og de ikke havde haft tid til forberedelse, skabte minderitualet i sammenspil med personalets opmærksomhed og omsorg et anderledes emotionelt rum med stor personlig værdi for familien med udgangspunkt i afdødes sind og person.

”Jeg kan huske, at hun siger, at vi kunne synge en sang for ham, eller vi kunne læse et vers fra en af de samlinger, der findes, eller et digt eller et eller andet. Og vi får egentlig stukket sådan en bog i hånden, hvor der er lidt forskelligt, vi kan vælge imellem. Vi bliver enige om sammen med sygeplejersken, at vi egentlig gerne ville have sangen spillet på højttaler. Og det var helt perfekt, for det var jo Kim Larsen, så min far fik jo et ordentligt farvel med en af dem, han elskede at høre allermost på anlægget derhjemme.”

Pårørende, Charlotte

”Det var så turbulent det hele. Ingen forberedelse på, at det skulle gå så stærkt med min far. Men egentlig, da hun satte os ind i tingene, sygeplejersken, så synes jeg egentlig, at det var meget dejligt, at der var noget, i stedet for at man bare kom ind og så ham ligge der og gik igen. Så det var rart at sige farvel til ham, med noget som betød noget for os, og som også rørte os. Og sikkert også havde rørt vores far, hvis han stadigvæk havde været her.”

Pårørende, Charlotte

”Og så følelsen af at se min mor, som bare sad og holdt min far, og så sang til ham, fordi hun jo også kendte sangen. Så det var simpelthen så dejligt at se.”

Pårørende, Charlotte

Keywords: *Omsorgsfuldt, respektfuldt, professionelt, tryghedsskabende, handlemuligheder*

Atmosfæren i rummet

Minderitualet foregik ikke på stue 521 i dette tilfælde, men der kan alligevel reflekteres over rummets atmosfære og betydning i afskedsprocessen. Den pårørende beskriver, hvordan mindre detaljer som lystager, bamser og småpynt bidrog til en hjemlig atmosfære, samt at instrumenter og udstyr var delvis ude af syne. Generelt opfattes rummet som meget hjemligt, varmt og imødekommende. Denne opfattelse kunne tyde på, at den personlige musik, der blev afspillet, og sygeplejerskens rolle i rummet, havde afgørende betydning for den samlede oplevelse af seancen og rummet.

”Jeg synes faktisk, at det var lyst og varmt, for at beskrive det på en anden måde end altid det kliniske. Man følte sig velkommen, og det var ikke sådan, at man følte sig på et sygehus. Også bare det, at der var blevet sat nogle lys og sådan op, og nogle bamser ovre på bordet der ved siden af. Det gjorde et eller andet hjemligt, hvis man skal sige det sådan.”

Pårørende, Charlotte

”Jeg synes helt ærligt, det var så perfekt den dag. Det kunne ikke laves anderledes omkring ham i hvert fald. Hende sygeplejersken, som var inde sammen med os, hun var simpelthen så sød og rar, og hun skabte virkelig en god stemning omkring os ift. vores far. Hun fortalte også, hvordan hun havde grint lidt med min far, mens han stadigvæk var der - og det var perfekt.”

Pårørende, Charlotte

Keywords: *Tryghed, lindring, borgernært, æstetisk, ansvarligt, respektfuldt*

En mindeværdig afsked

Musikken havde en personlig betydning og værdi for familien, da den havde haft det samme for den afdøde. Det frembragte nogle gemte minder, som de ikke havde tænkt på længe, men som bidrog positivt til atmosfæren ved at skabe nye hyggelige samtaleemner omkring familien og den afdøde. Musikken støttede familien i at mindes den afdøde, dele oplevelsen sammen og sikre, at de kunne gå derfra med en varm og rolig start på deres afskeds- og sorgproces.

”Altså, for mig personligt satte det nogle følelser og tanker i gang omkring min far, som jeg ikke havde tænkt på længe. Det er sjovt, hvordan nogle af de minder, der kommer væltende frem, ikke. Ja, men altså, det var sådan helt, en varm oplevelse og en god måde at sige farvel til ham på. Igen, at det ikke bare var sådan en stille stund, hvor man sad og kiggede på ham og snakkede hen over ham, men at man faktisk et eller andet sted havde ham med i det.”

Pårørende, Charlotte

”Vi sad og snakkede lidt frem og tilbage, mig og min mor og søster, og snakkede om nogle af de ting, som sangen egentlig satte skub i, med nogle minder, og det var det, der gjorde, at vi kom til at sidde og snakke lidt og grine lidt også. Det er ikke alt sammen kun hundrede procent sørgeligt.”

Pårørende, Charlotte

Keywords: *Relationsbyggende, sansebåren, mindebro, tillidsfuldt, tryghedsskabende, værdigt, rehabiliterende*

Refleksioner

På baggrund af statements fra interviews af personale, pårørende og patienter (s. 13-20) udført fbm. pilotprojektet på Enhed for lindrende behandling, er der udledt følgende refleksioner den tilførte værdi.

Personale

Der opleves en øget innovationskraft i afdelingen, hvor personalet er blevet mere **nysgerrige** i udviklingen af deres faglighed.

- En **højere autonomi** hvor de selv tager ejerskab for udviklingsprocesserne på et internt, men fælles, niveau. Denne attraktive kulturforandring kan **stimulere rekruttering og fastholdelse af personalet**.

Personalet er blevet mere bevidst om deres rolle som sygeplejersker og **betydningen af at være ikklædt kitlen**. Dette kan give en **robusthed** og styrke dem i deres arbejde. Det bidrager til at skabe en **resiliens afdeling**, som er mere **modstandsdygtig** og forberedt på svære situationer.

- De lykkedes i deres arbejde, som kan **styrke selvtillid, nysgerrighed og mod** til at modtage andre faglige problemstillinger. Det stimulerer en **positiv arbejdskultur** som potentielt øger **arbejdsglæden** og skabe uforudsigelige **positive tendenser**.
- Der potentiale for en **styrket sammenhængskraft** i de to afdelinger, som kan stimulere en højere arbejdsglæde, **solidaritet** og et fælles mål. Denne vilje til fællesskab kan sikre en stærk opbygget **resiliens enhed**, som støtter hinanden i sin faglighed.
- Tiltaget **udfordrer** den enkelte individs faglighed, på særligt **relationsdannelse** med pårørende, på en ny måde. Dette er en stærk **faglig kompetenceudvikling**, som kræver træning for at opretholde et agilt arbejde med det implementerede værktøj.
- Personalet **tager ansvar** for og skaber af en professionel atmosfære som understøtter deres praksis. De tager **værtskab** for familien som skaber, som kan være med til at understøtte de **”små skønne øjeblikke”**.

Leder

- Afdelingens deltagelse en **kreativ udviklingsproces** kan øge personalets kompetencer og evner til at skabe arbejde i et kreativt **idé-rum** internt i enheden. Dette kan også øge arbejdsglæden ved at bringe **variation i jobbet**.

Det er anerkendt at denne udvikling skal inkludere **tværfaglige perspektiver** og samarbejder. Lederen gøres i stand til at skabe et **trede ligeværdig og professionelt udviklingsrum** mellem personalet og kultur aktører, som udvider det eksperimenterende miljø og øger **innovationskraften** i afdelingen.

- Ved at involvere afdelingen i udviklingsprocessen, har de følt **ejerskab** og ansvar over det. Dette er et essentielt punkt for at sikre en **dyb implementering** og kan udvise en **visionær** og ansvarsfuld ledelsesform.
- Implementeringen tapper ind i topledelsens visioner og kræver **mod på forandringer og styrken til at implementere dem i afdelingerne**. Dette kan have en **afsmittende effekt** på andre afdelinger, som kan gøre arbejdspladsen mere attraktiv.

Pårørende

- De pårørende **værdsætter** sygeplejerskernes kompetencer og evner til at skabe en **omsorgsfuld atmosfære** til at tage afsked. Det kan **nedsætte patientlignelsen** og opleves som **højt professionelt, værdigt og respektfuldt** miljø.

- Det antydes at tiltaget har haft den ønskede effekt i at skabe et **personligt og borgernært fokus**, som kan øge **patienttilfredsheden**. De adspurgte pårørende føler sig set i deres sorg, og de øger **trygheden og tilliden** til hospitalet i fremtiden.

- Delelementerne i minderitualet, herunder særligt musikken, kan **bygge broer** til fortiden og de gode minder fra det liv som var levet, der kan fungere som en **positiv distraktion**. Dermed kan ritualet give de pårørende flere **handlemuligheder**, som en del i **starten på rehabiliteringen**.

Udviklingsprojekter

På baggrund af resultaterne fra pilotprojektet på Enhed for lindrende behandling, kan de følgende anbefalinger til fremtidig udvikling udlægges. De består af en kombination af ny-identificerede muligheder, gode råd og forslag til forbedringer.

Køreplan og implementeringsplan

Udførelsen af ritualer i sundhedsfaglige miljøer kræver meget af personalet og kan være udfordrende at implementere, så det bliver vedvarende på en agil måde. Det er derfor vigtigt at udarbejde en naturlig integration af ritualer, som er tilpasset den givne enheds arbejdsform.

”Det der med at have en mere fast arbejdsbeskrivelse ind i det. Det tænker jeg kunne være gavnligt, også for vore yngre og nye, altså nytillkomne kollegaer. Det der med at sige: ”Det er sådan her vi gør”. (...) Sådan en handling, så kan den lægges derind [eg. e-dok] og så kan den tilgås i hele regionen.”

Sygeplejerske, Marianne Munksgaard

Personalet foreslår derfor udviklingen af en udvidet køreplan og implementeringsplan for ritualer, som indarbejdes i deres nuværende systemer. Ritualerets udførelse afhænger i stor stil af den individuelle sygeplejerskes og familiens situation, og det vil ikke direkte kunne udføres efter en køreplan. Der ses derimod potentialer i at dokumentere ritualerne som processer, der tilhører afdelingen:

- Gavne nytillkommende til afdelingen
- Personale som oplever udfordringer med at anvende det
- Til refleksion og udvikling af ritualer i fremtiden.
- Sikre at ritualer anvendelse ikke svinder ud med tiden.

Udbredt fokus på hele forløbet

Pilotprojektet har vist, at der har været muligt at bygge en bro mellem kultur- og sundhedsfaglig ekspertise i udviklingen af projekter, som skal understøtte afskedsprocessen og rehabiliteringen af pårørende ved dødsfald.

Piloten har udvist yderligere store potentialer på dette tema og på netop denne strategiske lokation på hospitalet. Det er bemærket og videre antaget, at behovet for afsked (og afskeds-type) kan variere afhængigt af flere faktorer, herunder pårørendetyper, sygdomsforløb, sygdomslængde og afdeling på hospitalet. I samarbejde med afdelingsledere og udviklingssygeplejersker på afdelingen er der opstillet en umiddelbar hypotese om, at behovet for minderitualer ofte

er stærkere i tilfælde med pludselige og uventede dødsfald, i kontrast til længerevarende og udmattende sygdomsforløb. Dette ønskes at undersøges dybere, hvilket kræver yderligere randomiserede og etnografiske indsatser med relevant, klinisk og sygeplejefaglig forskning.

Kan de have noget at gøre med at de pårørende vi har berøring med har været i det her sygdomsforløb længe, så måske har de nået at gøre sig mange tanker omkring afskeden inden, og er ikke i noget som sker særligt pludseligt. Måske er disse pårørende et andet sted – mentalt.”

Udviklingssygeplejerske, Anne Maria Høj Væggemose

Personliggøre rummet

Siden ritualerets implementering har personalet udvidet deres fokus på afskedsprocessen og særligt på hvordan man skal skabe en værdig og personlig atmosfære tilpasset familien og deres relation.

En særlig videreudvikling bygger på at muliggøre, at familien kan personliggøre stuen endnu mere, og har en bestemt plads i rummet til personlige genstande og minder fra livet derhjemme. Dette forventes at kunne inkluderes i og understøtte ritualer og afskedsprocessen ved at skærpe fokus på den enkelte liv der var levet.

”Jeg mangler de to hylder hvor de kan sætte personlige ejendele på. Så vi kan arbejder derinde, men det gøres lidt mere til deres. Så de også føler sig set i at de gerne må tage noget med til afdøde.”

Sygeplejerske, Marianne Munksgaard

”Det skal emme af familien, der har været her hos dig. Og det er også det, der skal være her, når vi siger farvel til dig.”

Sygeplejerske, Rita Nørgaard

Intern vidensdeling

Fremadrettet ønskes det at forbedre den intern videns- og erfaringsdeling mellem personalegruppen på afdelingen på struktureret vis. Piloten har vist, at information og læring som tilegnes undervejs, kan gå tabt på afdelingen i en travl hverdag med mange hyppige vagtskifte. Dette kan forhindre den intern fælles udvikling og innovationsmulighed på området, samt forventeligt gøre det svære for nytillkomne personale at overtage og byde ind på. Ritualer er særligt en del af erfaringsbaseret viden, som med stort gavn til afdelingen, skal deles indbyrdes.

Personalegruppen på Enhed for lindrende behandling og Kræft har udvist en stor nysgerrighed til hinanden og andres erfaringer med og brug af ritualer, og der ses en god mulighed for at styrke fællesskabet og skabe mulighed for et fast

kreativt rum med plads til at udvikle og udveksle kompetencer. Afdelingens ledere ser netop et stort potentiale i denne værdi og trivsel og øget arbejdsglæde.

”Det er også det vi bruger hinanden til som kollegaer. Det er at reflektere sammen over vores praksis, fordi der er rigtig meget erfaringsbaseret viden, som man ikke kan læse sig til, og det tror jeg også der er med mindritualet. Der er meget af det som kommer til at blive bygget på de erfaringer vi gør os, og derfor er det også meget vigtigt, at vi skaber rum til at kunne evaluere på det sammen og dermed blive bedre til det.”

Udviklingssygeplejerske, Anne Maria Høj Væggemose

Værdien i krydsfeltet mellem kunst og sundhed

Det er vores anbefaling at der fortsat arbejdes eksperimentelt i krydsfeltet mellem sundheds- og kunsteksperter for at sikre en høj arbejds kvalitet og dyb implementering.

I processen er der arbejdet on-site og co-creative med personalet, som har givet transparens i processen og eksperimenterne, og kommunikeret resultaterne deraf synligt på gangene på afdelingen, hvilket har bidraget til at stimulere personalets nysgerrighed. Det gør os i stand til at invitere personalet ind i udviklingsrummet og give dem et medejerskab – samt give kunstnerne forståelse og indsigt i de faglige processer og mennesker bag.

Således er de eksterne partnere med til at støtte personale og ledere i at inspirere til en nysgerrig og eksperimenterende udvikling på tværs af fagligheder, og sikre at hovedansvaret ikke ligger hos hospitalet, med risiko for at skabe unødigt pres og i deres daglige virke.

”Den lydhørhed og enorm åbenhed der var hele vejen fra Thure, Esben og Kai. Der var en stor lydhørhed over for hvordan vi gjorde det og plejer, og vi var det den anden vej også. Det gjorde at vi, der var derinde, var meget åben for at gå ind i det.”

Udviklingssygeplejerske, Anne Maria Høj Væggemose

Implementering på hospitalet

Sidst må vi reflektere på det at arbejde sammen med et hospital i drift er en ekstrem krævende opgave, hvor implementerings udfordringer som ex. komplicerede krav fra hygiejne-sygeplejersker, og lange svar tider samt manglende fleksibilitet fra hospitalets IT har været til stor frustration for arbejdsgruppen, dette har resulteret at opgaverne er landet på afdelingslederens bord til gene for en allerede presset afdelingsledelse. Det er en anbefaling på baggrund af dette

projekt der etableres en lokal task force som kan aflaste afdeling ledelsen. Ydermere, har vi lært at kontekstens kompleksitet og mange aktører gør kalendere ufleksible og ændringer betyder store udskydelser i implementeringen, hvilket gør at projekterne mister energi. Det anbefales at alle interaktioner med personale udføres i meget intensive processer for at styrke energien i udviklingsprojekterne.

WP6

Pilot II: Urinvejskirurgisk

Dette dokument indeholder resultater og evaluering af implementeringen Prototype II: Pilotprojekt på urinvejskirurgi stue 618, Regionshospital Gødstrup (RHG). Evalueringen er bygget på semi-strukturerede interviews med sygeplejefagligt personale og relevante afdelingsledere involveret i projektet, samt patienter og pårørende som har oplevet det nye tiltag på stuen. Denne evaluering er udført af Studio Poesis v. Esben Bala Skouboe & Sofie Busch, i samarbejde med udviklingssygeplejerske Mette Saagaard Olesen, RHG, december 2023, som del af WP6: Pilot, Afsnit for urinvejskirurgi til projektet "Art in Health Biennale 2025, et forprojekt".

Formålet med dokumentet er at opsamle på de erfaringer der er gjort siden pilotens start, og derfra identificere potentialer og refleksioner på hhv. kunst- og sundhedsbehov, metode og anbefalinger til videre arbejde, for dette sygdomsspecifikke kunsttiltag på afsnittet.

Materialet er udarbejdet af

Esben Bala Skouboe, Projektleder, Studio Poesis

Anne Sofie Udsen, Projektleder, Studio Poesis

Sofie Bush, Research, Studio Poesis

Mette Saagaard Olesen, udviklingssygeplejerske, RHG

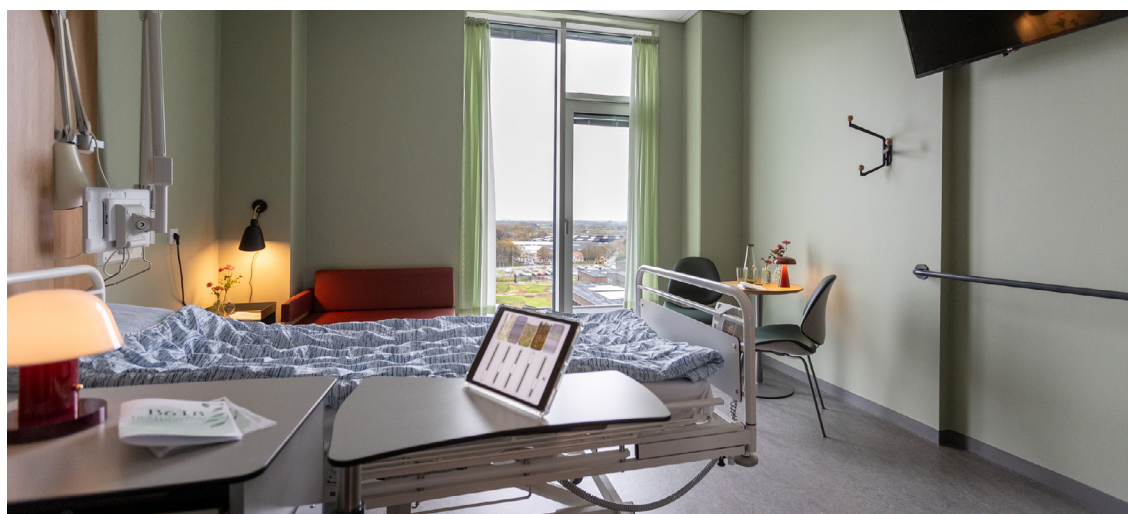


Foto af Soren Braad Andersen

Executive summery

”

Som del i “Art in Health Biennale 2025, et forprojekt”, blev en strategisk realisering af projekt-temaet ”Delir-nedsættende miljøer på patientstuer” i pilotprojekt WP6, implementeret på afsnit for urinvejskirurgi, i november 2023. Realiseringen blev kurrateret af Studio Poesis i samarbejde med cheflæge Maiken Milly Howard og oversygeplejerske Merete Haubjerg Sørensen.

I piloten udforskes hvordan lyd og interiør kan bidrage til at skabe hjemlighed på sengestue B618. Pilotens mål er at bidrage til at skabe tryghed og ro for patienten samt omdanne sengestuen til et instrument, hvorfra personale kan tilføre eller afskærme strategiske sansestimuli hos delir-patienter. Der arbejdes med to begreber for hjemlighed: Genkendelighed og gentagelighed. Indretningsarkitekt Mette Risbæk, lyddesigner Asger Bruun Hansen, og lydforsker Anne-Sofie Udsen er skaberne bag stuen.

Den forholdsvis korte implementerings- og prøveperiode har kun muliggjort en begrænset interview- og datamængde. Derfor er følgende udtagelser udlagt som potentialer, anbefalinger og refleksioner på den tilførte værdi. Baseret på semistrukturerede interviews med udvalgte ansvarlige, personale, patienter og pårørende, er følgende resultater og refleksioner udledt:

Strategiske implementerede sansestimuli har vist første tegn på effekt og skabt værdi for patienter, pårørende og personale på urinvejskirurgisk sengeafsnit. Implementeringen har bl.a. udvist potentialerne til at skabe stolthed og en øget innovationskraft på afdelingen, samt ro og tryghed for patient og pårørende som oplever delirium i forbindelse med sygdomsforløbet.

Realiseringen kan have en stressnedsættende effekt på personalet og dermed potentialerne til at øge arbejdsglæden, rummet ses som et instrument, der underbygger sygeplejen, stimulerer nysgerrighed til fagligheden og intern kulturforandring. Succesen har øget tilfredsstillelsen ved arbejdet, som kan styrke selvtilliden og modet til at modtage fremtidige komplekse problemstillinger.

Et tæt samarbejde med kunsteksperter og inklusion i udviklingsprocessen har styrket ejerskab- og ansvarsfølelsen, som bidrager til at sikre en dyb og succesfuld implementering. Kunsten har opsat et fælles eksperimentelt og kreativt rum, som har skabt nysgerrighed på tværs af afdelinger og fagligheder.

Lydmiljøerne kan bygge bro til pårørende og patienters sanseerfaringer og minder, som antyder at have øget tryghedsfølelsen og positive associationer. I sammenspil med rummets indretning og farvevalg er rolige og afslappende rammer med til at understøtte det faglige mål om at skabe hjemlighed og behag for at lindre delirium. For at yderligere lindre traumen efter delirium viser piloten potentiale for at fokusere indsatsen på de forbyggende og rehabiliterende faser også, som giver flere handlemuligheder og positive distraktioner til de pårørende og kan styrke tilliden til afdelingen.

Baseret på denne evaluering kan følgende anbefalinger til fremtidig udvikling af projektet udlægges: Der kræves en udvidelse af modellen for screening af delirium for at kunne præcisere en målbar effekt af de forskellige lydmiljøer og indretning under delirium. Dette kan bringe os nærmere en hypotese på om specifikke lydmiljøer har forskellig påvirkning, og om lyd i nogle tilfælde kan lindre i samarbejde med eller som alternativ til medicin. Dertil ønskes det også at udvide repertoiret yderligere med flere miljøer. Det skal dertil afsøges at forstå delir-typerne og stimulus betydning via en kombination af randomiserede kliniske studier og etnografiske kvalitative metoder, hvorfra de forskellige kvaliteter kan opfanges.

”

- Rapportens forfatter





EFTER

Foto of Simon Reed Anderson

Indholdsfortegnelse

Strategi og baggrund

Fokus

Pilot: En delir-lindrende stue

Vision

Kunstnernes bidrag

B618 - En delir-lindrende stue

Evaluering

Personale

Leder

Patient og pårørende

Refleksion

Udviklingsprojekter

— Evaluering og udtagelser —

Strategi og baggrund

Piloten var udviklet under WP6 Prototype II: Urinvejskirurgisk afd. i forbindelse med Arts in Health Biennale 2025 et forprojekt. Initiativet af bygget på WP4 Arts & Health Workshop I – samarbejdet, hvor relevante emner og fokus, identificeret i WP2 Urinvejskirurgisk behovsafdækning, har den tværfaglige arbejdsgruppe ønsket at realisere flere projekter i følgende prioriterede rækkefølge:

1. Delir-nedsættende miljøer på patientstuer
2. Ritualet ved dødstilfælde
3. Refleksionsrum for patienter og personale

Der blev sammensat tre grupper til at bistå udviklingen af en delir-lindrende sengestue.

Arbejdsgruppe:

Maiken Milly Howard cheflæge
Anne Mette Eriksen, Overlæge
Merete Haubjerg Sørensen: Oversygeplejerske
Dorit Hoffmann, Sekretær
Birgit Møller, fysioterapeut
Nicoline Jespersgaard, Sygeplejerske

Kuratorgruppe:

Jakob Lillemose, Kurator
Marie Højlund, Komponist
Esben Bala Skouboe, Arkitekt
Anne Sofie Udsen, lydforsker

Eksterne kunstnere:

Asger Bruun Hansen, Lyddesigner
Mette Risbæk, Indretningsarkitekt
Anne Sofie Udsen, lydforsker

Sponsorater

House of Finn Juhl
& Tradition
Garant Aalborg
Region Midt

Opgaver

T6.1 Der udvælges en strategisk retning for prototype på Urinvejskirurgisk afd.

T6.2 Der udarbejdes en prototype og prøvehandling på afdelingen.

T6.3 Afrapportering af prøvehandling.

Aflevering

D6.1 Afrapportering af resultater fra prototype.

D6.2 Præsentation af proces og findings

Fokus

På baggrund af WP4 Arts & Health Workshop I – samarbejde, blev følgende fokus valgt.

Delir-præventiv behandling

Hen mod den sidste tid af livet oplever mange patienter delir; auditive og visuelle hallucinationer. Disse situationer er ganske hårde for patienten som ikke er ved fuld bevidsthed men nemt bliver påvirket af atmosfærer og sansestimuli og kan blive utrolig angst, hvilket også kan have en stærk påvirkning på personale og i særdeleshed pårørende.

“Det er svært for både pårørende og personale, fordi det kan være voldsomt”

- Læge

Personalet føler en stor magtesløshed, da der næsten ikke er noget, de kan gøre, hvilket skaber en del uro. Pårørende målretter deres frustration mod personalet, og er uforstående over, at deres nære ikke kan hjælpes. Her er der potentiale for at **se rummet som et instrument for delir-prævention**, og skabe en sanseoplevelse som kunne fungere delir-præventiv. Der er evidens for at stimuli af forskellige art kan have en beroligende og afskrækkende effekt på delir-patienter (Fancourt & Finn, 2019). Dette kunne minimere et følelsesrum af:

Frustration, magtesløshed, angst, sorg og håbløshed.

“Det er de hjemlige ting, det der er genkendeligt, som skaber ro”. (...) Det ideelle sted er hjemme i dagligstuen”

- Ergoterapeut

D. Fancourt, and S. Finn, (2019). HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review [Online]. [www.apps.who.int](http://apps.who.int). Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf> (Accessed: 14 dec 2023). pp. 45

Pilot: En delir-lindrende stue

Beskrivelse af delirium

Patienter med delirium er et tilbagevendende problem på Urinvejskirurgisk Afdeling, Gødstrup. Delir er ikke en sygdom, men derimod en midlertidig tilstand, der kan udløses af bl.a. kritisk sygdom, søvnmangel, stress, organsvigt, m.m. Man taler derfor ikke om behandling, men om lindring af delir.

Personalegruppen beskriver, at når patienterne går i delir, så fylder det meget i afdelingen; patienterne kan blive urolige, voldelige, utrygge, samt at de kan blive rastløse og nogle gange forlader sengestuen. Delir-tilstanden er også svær i forbindelse med de pårørende, da det kan være følelsesladet at se en nær gå i delir, samt at det udadtil kan ligne at personalet ikke kan gøre noget.

Dette er også en svær situation for personalet, da de nu både skal

tage hånd om patienten, samt yde omsorg for den pårørende, der måske føler sig hjælpeløs i situationen.

I forbindelse med delir yder personalet både medicinsk og ikke-medicinsk pleje. Den medicinske pleje består i at give patienten beroligende medicin, mens den ikke-medicinske behandling fokuserer på sansestimuli. Her kan der være forskel på hvilken type af delir patienten oplever, og om de skal have øget eller dæmpet sansestimuli. Personalet må derfor afprøve, hvad der virker for den enkelte patient, såsom at slukke lyset eller spille rolig musik.

Symptomer ved intensiv delirium

- Ændret opførsel i løbet af dagen
- Koncentrationsbesvær
- Problemer med at huske, hvad der lige er sket
- Skiftende uro i løbet af dagen, ofte om natten
- Manglende sammenhæng mellem tale og handling
- Auditiv og visuelle hallucinationer
- Manglende initiativ eller rastløshed
- Angst, vrede eller tristhed
- Problemer med at træffe beslutninger
- Mistillid og utryghed ved andre mennesker

Tre typer af intensiv delirium

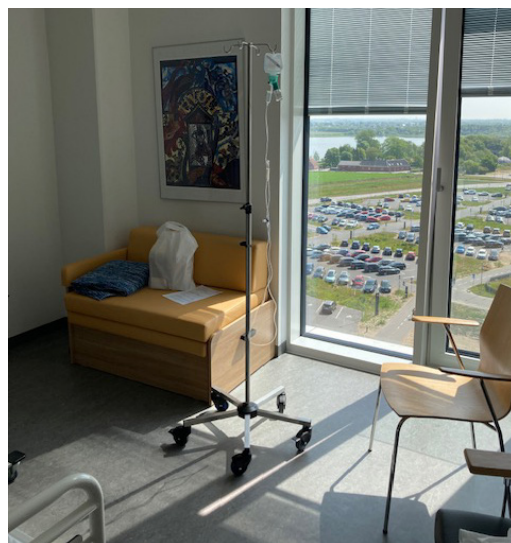
Hyperaktivt delirium, hvor patienten bliver urolig, rastløs eller aggressiv

Hypoaktivt delirium, hvor patienten bliver stille og indadvendt

Blandet delirium, der viser sig som en vekslen mellem de to nævnte



Sengestue på urinvejskirurgisk sengeafsnit



Sengestue på urinvejskirurgisk sengeafsnit

Vision

Pilot beskrivelse

Piloten En delir-lindrende sengestue har til formål at undersøge hvordan sengestue B618 kan indrettes således at sengestuen bliver et instrument til ikke-medicinsk lindring af delir. Piloten udvikles af arkitekt Mette Risbæk, lyddesigner Asger Bruun Hansen og tovholder Anne-Sofie Udsen, i et samarbejde med urinvejskirurgisk personale med ledelse af oversygeplejerske Merete Haubjerg Sørensen og cheflæge Maiken Milly Howard.

I piloten udforskes der hvordan lyd og interiør-elementer kan bidrage til at skabe hjemlighed på sengestue 618. Pilotens mål er at bidrage til at skabe tryghed og ro for patienten samt udforske

hvordan sengestuen kan fungere som et instrument for personalet til at øge eller minimere sansestimuli hos delir-patienten.

Konkret vil der i sengestuen integreres 2-3 interiør-løsninger; e.g. maling af væg, spejl-uro og ophæng af gardiner, samt en lydinstallation med komposition af natur og instrumental-lyde, der kan skrues op og ned for, efter behov.

Konceptet: Hjemlighed

I forbindelse med interviews med afdelingens personale fortæller de, at det bedste sted at være under delir-tilstanden ville være hjemme. Alle hjem er selvfølgelig forskellige, og sengestue 618 skal således ikke søge at efterligne en bestemt type hjem - i stedet arbejder vi med **hjemlighed som koncept**.

Antropolog Ida W. Winther beskriver, at om man føler sig hjemme eller ej, handler om en stemning/atmosfære. Følelsen af hjemlighed kan rette sig både mod selve rummet eller de mennesker man er sammen med. Når man føler sig inkluderet i et rum eller en gruppe, så kan følelsen af hjemlighed indtræffe (Winther,

2014). Følelsen af hjemlighed er således ikke nødvendigvis bundet sammen med at være i sit eget hjem (derhjemme), **derimod er det er noget vi kan skabe ved at støtte følelsen af inklusion i rummet for patienten og dens pårørende**. Personalet arbejder allerede med inkluderende pleje, altså at patienter og pårørende inddrages i helingsprocessen. **Pilotens formål var således at udforske hvordan sengestuen kan bidrage til inklusion, og herved gøre stedet mere hjemligt.**

Hjemlighed som...

Genkendelighed: at give rummet identitet

Ikke om man har været indlagt før, men om vi kan genkende materialer, dufte, lyde, m.m. Placering af objekter; et bord at sidde ved ligesom derhjemme, et sted at hænge sin jakke ligesom derhjemme, en god stol at sidde i ligesom derhjemme.

Gentagelighed: at give patienten et holdepunkt

Bevægelser og mønstre der hjælper patienten med at opretholde hverdagens rutine. Både tid og rytme, men også gentagelighed i materialer, farver, lyde, teksturer, etc.

I piloten udforskes der hvordan lyd og interiør-elementer kan bidrage til at skabe hjemlighed på sengestue B618. Pilotens mål er at bidrage til at skabe tryghed og ro for patienten samt udforske hvordan sengestuen kan fungere som et instrument for personalet til dæmpning eller hævning af sansestimuli hos delir-patienten.

I mødet mellem lyd og interiør vil vi arbejde med taktilitet (det rørbare), auralitet (det hørbare) og visualitet (det synlige) og hvordan disse kan støtte sansestimuli på sengestue B618 ud fra tre tematikker: teksturer, bevægelser og toner. Vi arbejder i mødet mellem det hjemlige og det naturlige, hvilket vi både forbinder med naturen (skoven, stranden, dyrelivet) men også med kroppens naturlige rytmer (hjerteslag, bevægelse) og døgnets rytme (tid og flow).

Winther, I. (2004). Hjem og hjemlighed: En kulturfænomenologisk feltvandring. (Udgivet som Ph.d afhandling udg.) Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

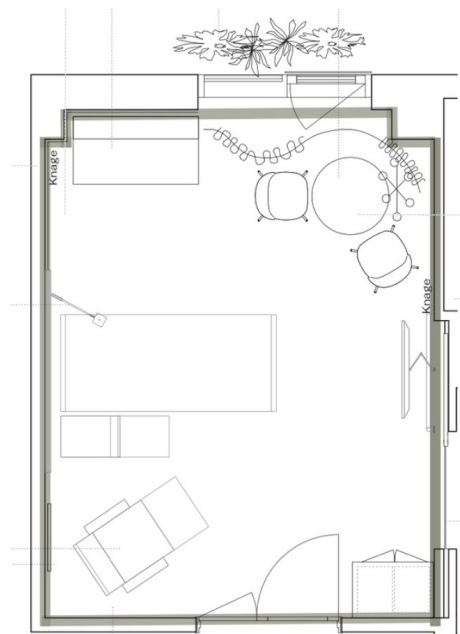
Kunstnernes bidrag



Mette Risbæk
Indretningsarkitekt



Asger Bruun Hansen
Lyddesigner



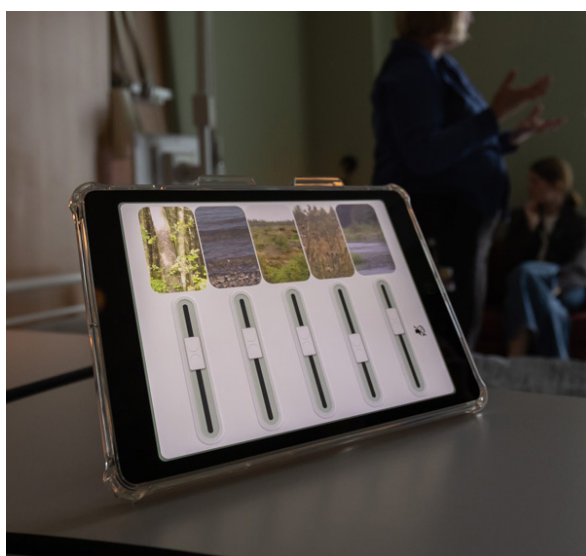
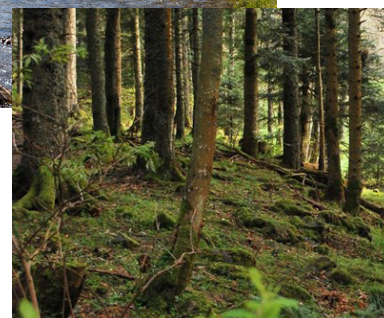
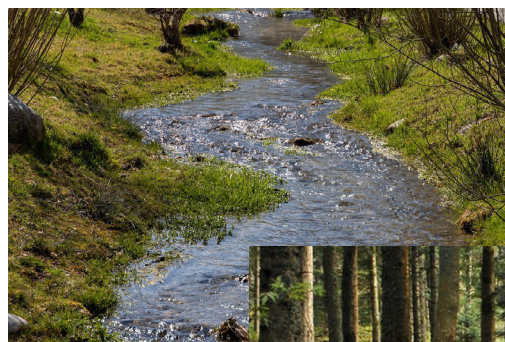
Gentagelighed - at give patienten et holdepunkt

Arkitektur

Komplimentere det der er
Gentagelser i farvetoner og materiale
Spejling
Bevægelse

Lyddesign

Trioler, hjertets rytme
Langsom fremdrift
Rolige bevægelser
Gentagende melodier



Genkendelighed - at give rummet en identitet

Arkitektur

Skabe flere dybder i rummet
Fokus på zoner og funktioner
Æstetisk funktionellitet
Varierende teksture

Lyddesign

Kroppens resonansfrekvens
Kendte lyde/instrumenter
Naturlige teksturlyde; vind, træer, vand
Ingen store udsving

B618 - En delir-lindrende stue



Foto af Soren Braad Andersen



Foto af Soren Braad Andersen



Evaluering

Formål

Formålet er at skaffe begyndende dataindsamling på Pilotprojektet Urinvejskirurgisk: Delir-lindrende stue, som skal indgå som forprojekt til Arts in Health Biennale 2025. Piloten analyseres først som en case, hvor metode og effekt på personale og pårørende evalueres, og holdes op mod processen bag udarbejdelsen af piloten. Dette bliver grundlaget for vigtigheden af inklusionen af kunst og kultur på hospitaler. Dette gøres via semistruktu-

rerede interviews med udvalgte specialister, personale som har arbejdet med på og med stuen, samt patienter og pårørende som har oplevet et delir-anfald på afdelingen.

Målet er at identificere gode metoder og en række anbefalinger, som vil kunne tages i brug frem over – som potentielt kan udforskes i en forskningsartikel udarbejdet af hospitalet.

Interesseområder

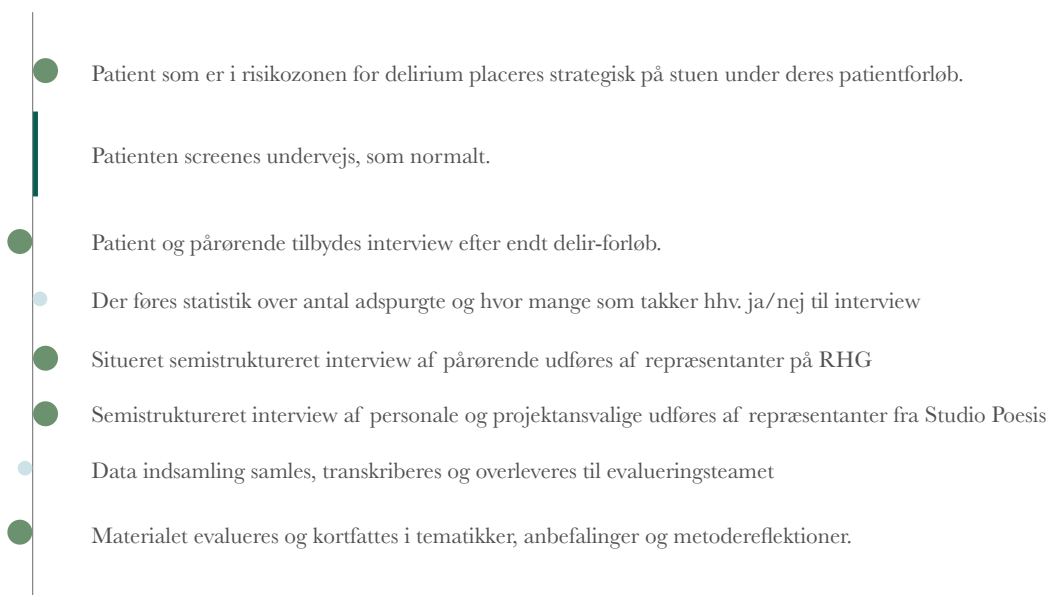
Evalueringen har tre researchspørgsmål:

1. Hvilke delir-lindrende tendenser har kunsten vist, og hvilken betydning har det haft for de pårørende/patienter?
2. Hvilken effekt har piloten haft på sygeplejen og sygeplejerollen?
3. Hvordan har metoden og processen bag påvirket innovationen og kulturtransformation i afdelingen?

Disse undersøges via semistrukturerende interviews i fire led:

1. Interview af pårørende (1) og patient (1)
2. Interviews af personale (3)
3. Interviews af udvalgte projektansvarlige (1)
4. Screening af delir

Dataindsamlings proces



Interview af personale

Baseret på interview af personalet fra Afdeling for Urinvejskirurgi er følgende observationer identificeret, hvilke summere oplevelserne og erfaringerne med stue 618 siden implementeringsdagen. Disse hovedpunkter er opsat tematiske og underbygget med citater fra det adspurgte personale (4), pårørende (1) og patienter (1).

Et rart sted at være

Stuens indretning og lydværk opleves af personalet som et meget rart og godt miljø. Personale har gjort længerevarende ophold på stuen, samt anvendt lydværkerne under pleje og deres journal-arbejde. Udbredt er det rart at have arbejdsgang på stuen, og den fortrækkes over de resterende stuer. **Det gode arbejdsmiljø har en beroligende effekt på dem, og håber det kan afsmittes på patient og pårørende i fremtiden.**

”Jeg har siddet inde ved [patienten] og brugt computeren (...). Jeg har brugt lydene, og jeg ved ikke om det fungerede eller ej, men fungerede rigtig godt på mig. Det har givet en ro.”

Sygeplejerske, Lisbet Fly

”I og med at den [stuen] også gør noget ved os, og at vi synes at der er en anden ro derinde, kan man jo håbe, at det også kan smitte af på patienterne.”

Sygeplejerske, Gurli Jeppesen

Keywords: *Positiv kultur, arbejdsglæde, stressnedsættende*

Bredere fokus på delir-lindring

Personalet er blevet mere opmærksomme på rummets funktion og rolle som et delir-lindrende instrument. Dertil også den indvirkning arkitekturen, indretningen og medfølgende stimuli i samspil med hinanden kan have af effekt på patienten i delirium. Siden stuens implementering har de både arbejdet innovativt og reflekteret på netop tilføjelse og beklædning af auditive og visuelle input for at skabe de bedste rammer for patienten.

”Som personale er man jo målrettet og ved hvad man går ind efter på en stue, så går jeg ind og hen til patienten, og så er det jo egentlig der jeg har mit fokus. - Men når jeg kommer ind på dén stue [stue 618], så kan jeg godt mærke, at så breder det fokus sig.”

Sygeplejerske, Gurli Jeppesen

”Jeg tænkte at når man kommer til en stue med fjernsyn der kører, og der er flere der snakker kan forvirre patienten, men de der [natur]lyde gør jo at der kommer mere ro på, og der er noget andet, og kun én slags lyd - som jeg tænker kan være med til at lindre, da der ikke er mange lyde de skal forholde sig til.”

Sygeplejerske, Judit Canut

Keywords: *Underbygge faglighed, nysgerrighed, stimulere fastholdelse, udviklende miljø*

Beroligende effekt på patienten

Personalet har erfaret de først effekter rummet og lydværket har haft på en delir-patienter. Støjende og forvirrende elementer er blevet minimeret fremfor tilføjelsen af strategiske stimuli fra rummet og lydværket, som viste sig at berolige patientens ekspressive uro. Ydermere skabte det et bagvedliggende lydmiljø som ikke generede pårørendes eller personales færden på stuen.

”Han synes det var hyggeligt, i stedet for fjernsynet hvor der var enormt meget lyd, og han faldt faktisk til ro lidt, blev lidt forvirret igen, men så bad jeg ham lytte lidt til lydene, så faldt han helt til ro, så det har virket på ham. (...) jeg har fornemmelsen af at han faldt til ro af – jeg tror, at det var vand-lydende jeg spillede.”

Sygeplejerske, Judit Canut

Keywords: *Selvtillid, mod, co-creation, kulturforandring, innovationskraft*

Et redskab for tryghed

Personale oplever rummet som et godt redskab som hjælper til at skabe et trygt miljø, hvor den tomme stilhed kan fjernes frem for et mere livligt og aktivt miljø, som de vurderer er bedre for denne patientgruppe. Ved tilføjelsen af forskellige lydmiljøer kan der skabes liv omkring delir-patienten, som støtter personalet i at skabe en tryk stemning, hvor der typisk gøres ophold på stuen eller snakkes med patienten. **Lydmiljøerne kan være med til at gøre det mere behageligt for patienten at være alene på stuen.**

”Jeg synes det er et godt alternativ, at man kan prøve noget andet. Jeg tror nogle gange at vi som plejepersonale har en tendens hvor vi føler vi skal snakke meget, der ville de virke mere naturligt at vi har lydende som vi kan give, så er det ligesom dem der er baggrundsstøjen og lyden herinde.”

Sygeplejerske, Gurli Jeppesen

Keywords: *Aflastning, professionel støtte, erkendelse af kunstens rolle*

Ejerskab og aktivt initiativ

Det ses at personalet er inspireret til at tage ejerskab og aktivt initiativ til at skabe og bibeholde de hyggeligere rammer på stuen. Når lydværkerne blev afspillet, tog de ansvaret for at skabe en hjemlig helhed med rummets arkitektur i spil. Rummets funktioner blev hyppigt anvendt, som at tænde lys-zoner, trak gardinet for, fjernede unødige forstyrrelser. De skabte naturligt en hjemlig helhed og var bevidste om rammernes betydning for delir-lindring. De arbejder eksperimentelt med rummet og har mod på at afprøve teknikker og ideer af.

”[Patienten] lå og var urolig i sengen med mobiltelefon og fjernsynet tændt på fuldt drøn, så tænkte jeg – Nej, det forstyrre – Så nu slukker jeg for tv og dæmper lyset og tænder for naturlydene, tog telefonen fra ham og bad ham lytte til lydene.”

Sygeplejerske, Judit Canut

Keywords: *Udviklingsprocess, ejerskab, ansvar, dyb implementering, initiativ, co-creation*

Interview af leder

Ro og stolthed i afdelingen

”De skal også ligesom huske muligheden i den der travle hverdag, og de skal turde at bare gøre det, selvom de godt ved at ’det her har jeg da ikke nødvendigvis læst noget evidens om’. Vi lever i sådan en meget evidens præget virkelighed, så derfor er jeg egentlig meget stolt af, at de har turdet.”

Oversygeplejerske, Merete Haubjerg Sørensen

Personalet har udvist meget mod og vilje gennem processen for at så etableret og afprøvet piloten. Selvom tiltag med videnskabelig evidens der ligger uden for personalets kompetencer kan være fremmede og ubekvemt, eller ligger over en personlig grænse, så har afdelingsledere set stort mod og ejerskab i afdelingen. Stuen har tilmed vist at være et rart rum at arbejde i, som kan berolige nerverne i en travl hverdag – til gavn for hele afdelingen, kollegerne og patienterne.

”Det hjælper ikke kun patienter. Jeg tror faktisk, at det er godt for personalets nervesystem også. Altså det er jo fedt!”

Oversygeplejerske, Merete Haubjerg Sørensen

Keywords: *Stolthed, kulturændring, visionær ledelse, inspirere*

Kunst-og-sundheds samarbejde

Afdelingen har gjort sig særligt gode erfaringer med det eksterne samarbejde med kunstnerne. Samarbejdet har været bygget på et højt niveau af gensidig respekt mellem partnerne, som har medført at afdelingen føler sig stærkt repræsenteret i det endelige resultat på stuen.

”Jeg føler virkelig, at der er taget udgangspunkt i, hvad patienter og pårørende har sagt, og hvad vi har sagt under interviews. Det er faktisk noget af det jeg synes er det allervigtigste.”

Oversygeplejerske, Merete Haubjerg Sørensen

Afdelingen har haft stor glæde og værdi af de indledende workshops og behovsafdækning, hvor de kunne dele deres faglighed med kunstnergruppen og kuratorteamet. De har kunne italesætte problematikker og udvikle mulige løsninger og potentialer i samarbejde med eksterne fagpersoner, hvorfor de har følt sig set og hørt i projektprocessen. Det har været vigtigt den interne ejerskabsfølelse og eksekvering af stuen siden hen.

”Der er blevet lyttet til os. Det synes jeg virkelig har være godt, og det er vigtigt, for ellers kommer vi aldrig til at tage ejerskab over det. Vi kommer aldrig til at bruge det som det måske var tiltænkt, hvis ikke det er noget, der stammer fra dét vi går i.”

Oversygeplejerske, Merete Haubjerg Sørensen

Keywords: *Ejerskab, eksperimenterende perspektiver, sanseligt, tværfaglighed, sammenhængskraft, co-creation*

Intern innovationskraft

Piloten har medvirket til en påbegyndt intern innovations proces på tværs af og i sammenspil med andre afdelinger. Et eksperimentelt rum er blevet skabt, som inkluderer bl.a. hygiejneafdelingen, som, trods brud på retningslinjerne, så mulighederne i at afprøve teorier og opsøge ny viden til gavn for fremtidige tiltag.

”Det er i hvert fald den erfaring jeg har gjort mig nu: At når nogen står stejlt på det, de er ansat til at stå og stejlt på, så skal man udfordre dem med, - i hvert fald på det her - at det er et forprojekt. Og her kan vi turde afprøve noget også, og så må vi jo sadle om, hvis det er helt galt.”

Oversygeplejerske, Merete Haubjerg Sørensen

Oversygeplejerske Merete Haubjerg Sørensen har være begejstret for muligheden for at arbejde i det eksperimentelle og kreative rum, som nu har skabt nogle nye rammer og muligheder for lignende tiltag i fremtiden. Denne værdi har været særlig vigtig som leder da slut resultatet skal skabe en tilsvarende stor værdi og motivation hos personalet i afdelingen. Det har derfor været en succes at samarbejde med eksperter uden for hospitalet som har bidraget med potentialer og forslag til at tænke innovativt og udfordre grænserne.

”Jeg synes egentlig, at det har været fedt at stå med det kreative, men også med op mod retningslinjerne. Man har selvfølgelig lige været den der stod for skud, fordi jeg var godt klar over personalets reaktion, hvis vi kom ud med en udgave der var sådan halvgående.”

Oversygeplejerske, Merete Haubjerg Sørensen

Keywords: *Kulturændring, innovationsproces, tværfaglig, udfordre grænser, problemløsning, fremtidens sundhedsvæsen*

Et pusterum

Stuens atmosfære har også en afsmittende effekt på det lægefaglige personale, som oplever det som et hjemligt og imødekommende pusterum i en travl og ofte intens hverdag. Rummets kontrast til de andre områder af hospitalet er mærkbar og personalet løsner intuitivt i skuldrende og slapper af i denne en meget anderledes positiv oplevelse.

”Man sænker intuitivt skuldrene og trækker vejret lidt dybere, når man opholder sig på den stue. Tidsforfølelsen er ikke så stærk, man sænker tempoet og glemmer at holde øje med uret, fordi der er rart at være.”

Overlæge, Anne Mette Eriksen

”Jeg skulle have en nyremedicinsk lægekollega på tilsyn hos patienten på stue 618. Kollegaen kom farende direkte fra et hjertestop. Jeg briefede kollegaen udenfor stuen, fordi patienten var svært delirøs. Da kollegaen havde tilset patienten og kom ud fra stuen udbød han spontant: det var en meget anderledes oplevelse at være på den stue.”

Overlæge, Anne Mette Eriksen

Keywords: *Positiv kultur, arbejdsglæde, stresnedsættende*

Interview af patient og pårørende

Genkendelige lydmiljøer

Lydmiljøerne skaber resonans og genkendelighed for patienter og pårørende. Naturlydene kan associeres med hjemlige omgivelser, som giver en rar følelse når der gøres ophold på stuen. Patient og pårørendes umildbare respons til lydene var denne genkendelighed og frembragte minder hvor lydene oprådte. **Dialog mellem pårørende og patient;**

”Jeg kan godt lide farven for jeg elsker grøn. Jeg tror første gang, at jeg var herinde, der var der rislende vand over fra iPad’en af.”

Pårørende, Gitte

”Og den var dejlig at have i baggrunden”

Patient, Anders

”Ja, der er ikke noget så dejligt som rislende vand. Vi bor oppe i Skive og hvis man går nede ved fjorden, så er det så skønt at gå og lytte til det vand der kommer ind over.”

Pårørende, Gitte

”Ja det er det...”

Patient, Anders

Keywords: *Tryghed, lindring, sanseerfaring, genkendelighed*

Hjemlighed på stuen

Det bemærkes tydeligt at farven på væggen er anderledes og giver varme og associationer til en stue og hjemlighed. Særligt er harmoni og gentageligheden på stuen til glæde for patient og pårørende, som synes de skaber en rolig atmosfære, og at det derved har hjulpet dem med at slappe af. Patienten som har gjort ophold på forskellige stuer, under sit sygdomsforløb, bemærker farvevalget som det han erindre stærkest efter sin delir, selvom andre dele af rummet, som inventar mm. står mindre klart.

”Beroligende og afdæmpet. Der er ikke nogen voldsomme kontraster – så gennemgående behageligt. Lige så snart at man kommer ind slapper man af.”

Patient, Anders

”At der er kommet lidt farve på, det giver mere farve så det ikke føles så koldt at være herinde”

Pårørende, Gitte

Keywords: *Hjemlighed, ro, rar atmosfære, gentagelighed, tyghed,*

Deliriumdrømmen og kunstens rolle

”Delir-tilstanden, den ved jeg ikke hvordan jeg skal forholde mig til. Jeg følte mig uden for love og ret.”

Patient, Anders

Delirium-tilstanden er en traumatisk oplevelse for både patient og pårørende. Der er meget fokus på patientens tilstand, og for dem falder meget stimuli fra omverdenen hurtigt i baggrunden. Under delirium havde patienten svært ved at huske hvad der er hændt, og dermed også vurdere om lydmiljøerne eller rummet har haft en direkte påvirkning. Delirium drømmen står stærkest frem i erindringen.

”Jeg ved ikke om jeg direkte registrere det altid, men ubevidst, den der baggrund måske.”

Patient, Anders

Det har være ubehageligt at gennemleve for patienten, som har være meget desorienteret efter sit delirium, og usikker på hvad der er virkeligt og uvirkeligt.

”Jeg har i nogle perioder været ude i noget, hvor jeg ikke anede hvad det var jeg var ude i, som jeg overhoveder ikke anede hvad det havde med min sygdom at gøre. Der var en masse med nogle racerbiler som drønedede forbi, masse millioner af dem. Og det var i døgndrift.”

Patient, Anders

”Det er svært det delir, jeg synes det er uhyggeligt, for hvor lang tid bliver det ved”.

Pårørende, Gitte

Denne refleksion har været med til at præcisere kunstens rolle i delirium-lindrende processer. Implementeringen har stort potentiale for at kunne danne rammen omkring delirium, særligt i rehabiliterings- og forebyggelsesprocesser. Det er kendt, at sanseoplevelsen har stor betydning for rehabiliteringen, og skabelsen af et æstetisk og værdigt ”rum”, der kan omfavne patienten både før og efter delirium, kan bidrage til at gøre overgangene fra det uvirkelige til det virkelige mindre kontrastfyldte, men derimod mere genkendeligt. Dette kan hjælpe patienterne i deres bedring og efterbehandling af traumet.

Keywords: *Rehabiliterende, forbyggende, handlemuligheder, tillidsopbyggende, positive disktrationer, traumelindring*

Refleksioner

På baggrund af statements fra interviews af personale, pårørende og patienter (s. 12-17) udført fbm. pilotprojektet på Afdeling for Urinvejskirurgi, er der udledt følgende refleksioner på den tilførte værdi.

Personale

- Det er et rart sted at have arbejdsgang, som kan virke **beroligende** og **stressnedsættende**, hvilket potentielt kan reducere antallet af sygedage. Tilmed kan det bidrage til at stimulerer en god kultur på afdelingen og **øger arbejdsglæden**, hvilket kan skabe **positive uforudsigelige tendenser**.
- Rummets atmosfære opleves som et **instrument til at underbygge sygeplejen**, som gør dem **nysgerrige** og **undersøgende** i udviklingen af deres faglighed. Dette kan være med til at **stimulere fastholdelse og rekruttering** af personalet og gøre arbejdspladsen mere **attraktiv**.
- Følelsen af at lykkes succesfuldt med sit arbejde bidrager til at styrke **selvtillid, nysgerrighed og mod** til at modtage komplekse problemstillinger i fremtiden. Det kan skabe en **kulturforandring som øger innovationskraften** på afdelingen.
- Der er opnået en **erkendelse** af at kunsten og rummet **støtter personalet** i deres daglige professionelle virke som sygeplejersker, som derved kan bidrage til at **aflaste personalet**.
- Ved at personalet har været **involveret i udviklingsprocessen** gennem projektet, har de følt **ejerskab** og **ansvar** over det. Dette er et essentielt punkt for at sikre en **dyb implementering** og et initiativ som står stærkt.

Leder

- Lederen er **stolt** over personalet og innovationskraften på afdelingen. En **visionær ledelsesform** kan styrke lederens position og **inspirere** sine ansatte og andre ledere til at bære forandringer igennem.
- Kunstens verden har åbnet op for et **bredere og mere eksperimenterende perspektiv**, som er de sanselige og eksistentielle dimensioner, ledet af eksperter med rod i forskning. Lederen sættes i stand til at **inkludere personalet i kunstens rum**, hvor de kan arbejde **strategisk, sanseligt og underbevidst** med sundhed. Derved kan lederen skabe et fællesskab på afdelingen på **tværs af fagligheder** og potentielt øger **sammenhængskraften** derimellem.
- Når dette lykkes, kan der stimuleres en **kulturændring** som kan have en **afsmittende effekt** på andre områder af hospitalet. Projektet er lykkedes med at bringe andre fagligheder i spil for at løse komplekse problemstillinger, hvilket både er højt **tilfredsstillende** for lederen, men også vigtig kompetence i **fremtidens sundhedsvæsen**.

Patient og pårørende

- Det antydes at stuen har haft den ønskede effekt på pårørende og patienter ved at bidrage til at skabe **tryghed**. Lydmiljøerne har og kan skabe **bro til deres sanseerfaringer og minder** - og vi skal undersøge lydmiljøernes videre potentiale for hvordan man kan lindre delirium-symptomer, delirium-tilstanden og typer af delirium som en alternativ strategi.
- Rummet atmosfære påvirker patienten og pårørende og skaber **rolige og afslappende rammer**, som understøtter den behandlingsstrategi man har. Dette resonerer med det **faglige mål** om at skabe tryghed og hjemlighed for at lindre delir.
- Delirium er en traumatisk oplevelse for både patienter og pårørende. Piloten peger på behovet for at fokusere indsatsen på de **forebyggende og rehabiliterende faser**, hvilket giver pårørende flere **handlemuligheder** og styrker **tilliden** til professionelitet i afdelingen. At mærke det faglige niveau og den energi, der bliver lagt i omsorg og lindring af patienten, kan dermed virke tryghedsskabende, give handlemuligheder og **positive distraktioner** for at fjerne fokus fra sygdommen.

Udviklingsprojekter

På baggrund af resultaterne fra pilotprojektet på Afdeling for Urinvejskirurgi, kan de følgende anbefalinger til fremtidig udvikling udlægges. De består af en kombination af ny-identificerede muligheder, gode råd og forslag til forbedringer.

Udvidelse af model for screening

Den sædvanlige screening af delirium, som plejepersonalet foretager sig, kunne ikke retvisende bidrage til evalueringen med transparente målbare effekter af lyd miljøerne og stuens indretning. Mette Saugaard Olesen, som er udviklingssygeplejerske på afdelingen, mener at den nuværende screening er for snæver, da den kun måler på om delir er tilstede og på hvilket niveau, og den skal derfor kombineres med yderligere screeninger for at kunne give målbare effekter.

Det anbefales derfor at kombinere screeningen med yderligere to målinger, så samlet set screenes der for:

- Tilstedeværelse af delir og niveau
- Lydmiljø (tændt/slukket) og tid afspillet
- Lindrende medicin til patienten (ja / nej)

”Hvis man kontinuerligt observerede patienten i delirtilstand, mens man afprøvede de forskellige tiltag (lyd, lys mv.), så ville man få et mere reelt billede af, hvilken effekt det havde på tilstanden. Hvis man medicinerer patienten imens, kan det godt give et misvisende billede af lydenes og lysenes effekt. Men her skal man nok bare turde at prøve tabletten, inden man medicinerer patienten med delir.”

Udviklingssygeplejerske Mette Saugaard Olesen

Det forventes at dette vil kræve en del ekstra tæt kontinuerlig observation, da sygeplejerskerne skal have tiden og roen til at sidde inde på stuen og observere effekten af det. Derfor kunne en realistisk mulighed være at den dataindsamling udføres af kræfter udefra hospitalet.

Udvide repertoire

Efter implementeringen ses en mulighed for at udvide repertoire af mulige lyd miljøer for at ramme et bredere patient-felt.

”Jeg tror da også at der er forskel på hvor meget man er vandt til at bruge naturen, om det er nogle lyde som siger en noget. Det er jo mindfulness der kan være i det, hvor man skal finde ro i det der vedvarende.”

Sygeplejerske, Gurli Jeppesen

Hypotesen var at arbejde med genkendelige lyd miljøer som skulle appellere til patienter og pårørendes underbevidsthed og skab association til hjemlige omgivelser. Da det er ganske forskelligt hvad individuelle mennesker identificerer med ”hjem”, kunne der tilføjes flere lyd miljøer af eg. byliv, dagligstue, regnvej eller havet. For yderligere inddrage pårørende i lindrings-, forebyggelses- og rehabiliteringsprocessen kunne personale indgå dialog om hvilket lyd miljø ville passe den enkelte patient, her også med muligheden for at afspille eget miljø eller musik hjemmefra, som pårørende har med.

Studier på delirium typer og lindring

Evalueringen af piloten har udvist at ikke nødvendigvis alle sansendeindtryk har en påvirkning på patienten og lindring af delirium. Der er grobund for refleksion og videre undersøgelser af de forskellige deliriumtyper for at kunne estimere hvordan sansestimuli perciperes af patienten. **Det skal derfor afsøges at forstå delir-typerne og stimulis betydning via en kombination af randomiserede kliniske studier og etnografiske kvalitative metoder, hvorfra de forskellige kvaliteter kan opfanges.**

En foreløbig hypotese 1 bygger på at strategiske sansestimuli kan være forbyggende for patienter i risikozone for delir, og

være rehabiliterende for det videre forløb.

En fortsat hypotese 2 bygger på at strategiske sansestimuli kan lindre delir-tilstanden hos patienten.

For at afsøge dette skal der laves fokuserede indsatser og interventioner på hhv. forebyggelse, rehabilitering, og under delir-tilstanden. Det kræver en struktureret indsats med flere forskellige patientgrupper og fagligheder i spil. Forslag hertil inkluderer men er ikke-begrænset til: Afsnit for ældresygdomme, kræftbehandling, lindrende behandling og intensivbehandling.

Intern vidensdeling

Fremadrettet ønskes det at forbedre den intern videns- og erfaringsdeling mellem personalegruppen på afdelingen på struktureret vis. Piloten har vist, at information og læring som tilegnes undervejs, kan gå tabt på afdelingen i en travl hverdag med mange hyppige vagtskifte. Dette kan forhindre en den intern fælles udvikling og innovationsmulighed på området, samt forventeligt gøre det svære for nytillkommende personale at overtage og byde ind på.

Personalegruppen på urinvejskirurgi har udvist en stor nysgerrighed til hinanden og andres erfaringer med og brug af stuen, og der ses en god mulighed for at styrke fællesskabet på afdelingen og skabe mulighed for et fast kreativt rum med plads til at udvikle og udveksle kompetencer. Afdelingens ledere ser netop et stort potentiale i denne værdi og trivsel og øget arbejdsglæde.

Værdien i krydsfeltet mellem kunst og sundhed

Det er vores anbefaling at der fortsat arbejdes eksperimentelt i krydsfeltet mellem sundheds- og kunsteksperter for at sikre en høj arbejdskvalitet og dyb implementering.

I processen er der arbejdet on-site og co-creative med personalet, som har givet transparens i processen og eksperimenterne, og kommunikeret resultaterne deraf synligt på gangene på afdelingen, hvilket har bidraget til at stimulere personalets nysgerrighed. Det gør os i stand til at invitere personalet ind i udviklingsrummet og give dem et medejerskab – samt give kunstnerne forståelse og indsigt i de faglige processer og mennesker bag.

Således er de eksterne partnere med til at støtte personale og ledere i at inspirere til en nysgerrig og eksperimenterende udvikling på tværs af fagligheder, og sikre at hovedansvaret ikke ligger hos hospitalet, med risiko for at skabe unødigt pres og i deres daglige virke.

”Måske er det mere det der er svært var, at jeg stod som sygeplejerske leder midt i det kreative, som prøver at bryde nogle af de regler vi har herinde. Det er jo også et sygehus og ikke hjemme i en stue, så der er nogle kliniske retningslinjer der skal overholdes.”

Oversygeplejerske, Merete Haubjerg Sørensen

Implementering på hospitalet

Sidst må vi reflektere på det at arbejde sammen med et hospital i drift er en ekstrem krævende opgave, hvor implementerings udfordringer som ex. komplicerede krav fra hygiejne-sygeplejersker, og lange svar tider samt manglende fleksibilitet fra hospitalets IT har været til stor frustration for arbejdsgruppen, dette har resulteret at opgaverne er landet på afdelingslederens bord til gene for en allerede presset afdelingsledelse. Det er en anbefaling på baggrund af dette

projekt der etableres en lokal task force som kan aflaste afdeling ledelsen. Ydermere, har vi lært at kontekstens kompleksitet og mange aktører gør kalendere ufleksible og ændringer betyder store udskydelser i implementeringen, hvilket gør at projekterne mister energi. Det anbefales at alle interaktioner med personale udføres i meget intensive processer for at styrke energien i udviklingsprojekterne.

WP7

Indledende dialog med fonde

Marie Koldkjær Højlund og Esben Bala Skouboe, har understøttet Region Midts sundhedsinnovation og bidraget med udvikling af one-pager, budgetter og præsentationsmateriale til de første fonds præsentationer. Ydermere har eksperterne fra gruppen bistået i udvikling af fondsstrategi for: Arts in Health Biennale 2025, med realisering af mere end 10 værker fordelt på flere kunstarter. .

Oplæg til one-pager

Arts In Health 2026

- rum for livets store
øjeblikke



På baggrund af WHO's anbefalinger, vores egen erfaring og en dyb passion for at skabe støttende miljøer for mennesker, der har brug for hjælp, forslår vi en ambitiøs strategisk investering i krydsfeltet mellem kunst og sundhed, som starter med skabelsen og afholdelsen af begivenheden "Arts in Health biennale 2026". Formålet er at skabe en række konkrete sundhedsfremmende værker og viden til glæde for patienter, pårørende og personale på regionens hospitaler. Vi vil udnytte vores innovative førerposition til at skabe et af verdens kunst- og sundhedsbrændpunkter, som præsenterer konkrete state-of-the-art værker, som støtter mennesker i livets store øjeblikke. Det er ambitionen, at Arts in Health skal blive en tilbagevendende begivenhed, der kan samle positiv opmærksomhed omkring en ny udvikling i sundhedssektoren og støtte den mellem menneskelige synergi, som er grundlaget for god pleje og behandling.

Arts in Health biennale 2026 skaber konkrete tiltag, der flytter kunsten fra gangene og helt ind i rummet for vores livs store øjeblikke – helt ind til sengekanterne på patientstuerne. Samtidig giver realiseringen af den første Arts in Health-begivenhed mulighed for udvidelse af partnerskaberne og videreførelse til andre hospitaler, når Arts in Health – hver andet år – vil bevæge sig ind på nye hospitaler og afdelinger fremadrettet.

Gennem realisering af 10 kuraterede, sundhedsstøttende værker, der realiseres helt inde i hospitalets hjerte, vil initiativet skabe grobund for nye alliancer og synergier i samfundet, hvor centrale aktører i Region Midt bakker op om initiativet, herunder Aarhus Universitet, ARoS, Det jyske musikkonservatorium, Animationsskolen i Viborg mfl. Udover at værkerne kommer til glæde for patienter, pårørende og personale på afdelingerne vil værkerne også blive indhold i en international Arts in Health konference, samt bidrage til udgivelsen af et special issue i det Internationale tidsskrift Nordic Journal of Arts, Culture and Health.

Hospitalerne i Region Midt støtter alle op om dette initiativ, og ser dette som en unik mulighed for at skabe en positiv fortælling til gavn for de danske borgere. Det er med denne dybe forankring i lokalsamfundet, at vi tillader os at søge partnerskaber, der kan hjælpe os med at realisere dette ambitiøse projekt. Dette kan være en samslutning af fonde, som kan være interesseret i at deltage i dette projekt.

Baggrund: Verdenssundhedsorganisationen (WHO) fastslår, at kunst har et stort sundhedsfremmende potentiale gennem sin evne til at facilitere og støtte pleje og behandlingsaktiviteter. I Region Midt har vi arbejdet med kultur som sundhedsfremme som en strategisk satsning. Vi ønsker at bygge videre på disse aktiver, dog er der stadig mangel på initiativer, der udforsker dette potentiale fuldt ud. Derfor mener vi at der er behov for flere projekter, der systematisk undersøger synergien mellem sundheds- og kunstsektorerne bredt. Vi har allerede arbejdet med denne ambition på RHG, hvor alle fødestuer er omdannet til sansestuer, der integrerer kunst og sundhed, hvilket har resulteret i stor tilfredshed hos personalet, familier og pårørende. Desuden har vi det sidste år arbejdet med at udvikle et for projekt for at kvalificere denne ansøgning og skabe viden om implementering på afdelingerne, herunder Uro- logi og Onkologi i Gødstrup hvor kulturaktører og sundhedsaktører har arbejdet sammen for at skabe pilotprojekter på afdelingerne.

Formål: Etableringen af en tilbagevendende international kunst- og sundhedsfestival vil få uvurderlige konsekvenser for dansk sundhedspraksis. Den øgede aktivitet og fokus vil forbedre miljøet omkring behandlinger, vurderinger og diagnoser og potentielt følge patienten i rehabilitering. Denne internationale interesse vil markant styrke hospitalernes position i samfundet. Den kulturelle nysgerrighed vil skabe et forskningspotentiale inden for sundhedsfremme der vil tiltrække og fastholde personale til hele landets hospitaler.

WP8

Arts in Health Workshop II - Mod Biennalen

Formålet med workshop II dele de umiddelbare erfaringer siden implementering af de to pilotprojekter på Afsnit for urinvejskirurgi og Enhed for lindrende behandling. Tilmed var det forventet at den forudgående proces har dannet grobund for at kunne skærpe visionen og kurratering for den endelige ansøgning til Arts In Health Biennalen 2025. Workshoppen inkluderede derfor de relevante afdelingsledere, kunstprofessionelle, regions ansvarlige og kuratorer. Formålet var dermed at krystallisere projektet overfor relevante partnere (Region Midt) og udearbejde en eksekveringsplan.

Workshoppens bestod af tre dele:

1. Erfaringsudveksling
2. Visioner for fremtiden
3. Udvikling materiale til ansøgning

Kuratorgruppe bidrog med oplæg på organisering, tidsplan og one-pager, som udgangspunkt for diskussionen. Efterfulgt af erfaringsudveksling fra de to pilotprojekter og visioner for fremtiden.



Visionær tværfaglig dialoger fra workshop II

Program for Workshop II

Arts in Health Biennale 2025

Et forprojekt

Sted: NIDO rum L128

Tid: 2. Oktober kl. 13.00 - 16.00

Deltagere: Rikke Degn, Merete Haubjerg, Lene Høgsberg, Ann Fogsgaard, Marie Koldkjær Højllund, Jacob Lillemose, Ditte Svendsen, Raket Nårvik, Jonas Flintegaard, Sofie Busch & Esben Bala Skouboe

13.00 Velkomst v. Sygeplejefaglig direktør Rikke Degn

13.10 Dagens program v. projektledere Esben Bala Skouboe og Marie Koldkjær Højllund

13.20 Status på Arts in Health Biennale 2025, v. Esben Bala Skouboe

13.30 Status Pilot I: Kræft afd. for Lindrende Behandling v. Chefsygeplejerske Lene Høgsberg

13.40 Status Pilot II: Urin Vejs Kirurisk afd. v. Oversygeplejerske Merete Haubjerg Sørensen

13.50 Pause

14.00 Region Midt og Visioner for Funding process v. Konsulent Regional Udvikling Ditte Svendsen

14.10 Anbefalinger til organisering v. Kurator Jacob Lillemose

14.20 Introduktion af funding workshop I v. Esben Bala Skouboe

15.00 Pause

15.15 Workshop del II, v. Esben Bala Skouboe

16.00 Afslutning



Billede fra træning på Afd. for Lindrende Behandling

Materiale til ansøgningen

Erfaringer fra piloterne

- Værdi i at arbejde i sprint med detaljerede tidsplaner
- Vigtigt at sikre en høj tværfaglig repræsentation internt op hospitalet
 - Pleje, læge, ergoterapeut og psykolog
 - Pårørende og patienter
 - Teknisk afdeling og hygiejne afdeling
- Skal være åben for muligheder, ikke beslutte fokus på forhånd.
- Kunstnerne skal kunne opnå en dyb forståelse for det valgte område.
- Udarbejde plan for evaluering og evt. randomiserede studier.

Visioner for Biennalen

For hospitalet

At øge evnen til at tænke uden for rammerne, og skabe en stærkere innovationskraft internt. Øges stoltheden og give mod på innovation. Det skal øge tiltrækningskraften og rekrutteringskraften for hele hospitalet. Det skal give en afsmittende effekt på andre områder at hospitalet (også de afdelinger som ikke deltager i projektet)

”Vi er mulighedernes Hospital”, det kan lade sig gøre at prøve noget nyt, være nysgerrig og implementere Arts in Health. Hospitalet kan være et fyrtårn som kan vise vejen, som styrker deres fælles identitet

For personalet

Styrke fællesskabsfølelse på tværs af generationer. Tillade nytænkning, som er tiltrængt hos de yngre generationer. Øge trivslen og nysgerrighed, så medarbejderne bliver gode og passioneret i deres virke. De skal kunne lykkes bedre i deres arbejde, som giver mod på at tage større udfordringer en anden gang. Skabe noget som personalet kan identificere sig med, så de kan agere til deres potentiale. Projekterne skal virke identitetsskabende, give mod og styrke selvværdet.

For pårørende og patienter

Det skal give dem en større tillid og tryghed ved hospitalet og sundhedssystemet generelt. De skal føle de får en professionel og personlig hjælp og behandling. De skal føle sig set der hvor de er, og skal kunne mærke at de er første prioritet. Det skal kunne styrke relations dannelsen til personalet, og bidrage til at lindre og fjerne fokus fra sygdom, sorg, angst eller smerte.

De besøgende skal føle sig set, tillidsfulde og stolte af vores sundhedssystem.

For Danmark

Innovationen kan styrke vores forskningsfællesskaber og øge videns udveksling på verdensplan. Det styrker hospitalets rolle som venskabs-hospital. Skaber mulighed for at inddrage strategier fra andre hospitaler med lignende visioner. Hvis vi lykkes er det med til at give mod til transformation.

Danmark kan sætte et eksempel for fremtidens sundhedsvæsen i verden, og vær et fyrtårn og vise de muligheder som er at finde, og hvordan vi kan forbedre vores gamle og stolte praksis.

Anbefalinger til Arts in Health aktiviteter

Rum (type)	Afdeling	Motivation
Room	Børneafdeling /Animation, /Analog interaktiv kunst	Der arbejdes med animation og positive distraktioner samt smertehåndtering for kronisk syge børn. Med "analog interaktiv kunst" refereres der til værker, der tillader de syge børn at lege kreativt, fx skabe deres egne kunstværker (til hinanden?) ud fra en række remedier konceptualiseret af kunstnere. Kunne også have en musisk dimension En adspredende og undersøgende form for leg.
Room	Kræftafdelingen /Billedkunst & Arkitektur /Performativ samtale og afslapningsrum /Arbejde med indretning af multisensorisk rum; rummet skal kunne facilitere aktiv og passiv kunstterapi	Kunst og kunst terapi har vist sig støttende i palliativ eller livets afslutning pleje, især ved at tilbyde psykologisk og fysisk støtte, muligheder for kommunikation og følelsesmæssig udtryk, kognitiv omstrukturering af sygdomsoplevelsen, forbedret social interaktion og følelse af fællesskab (928). Kunst er forbundet med lavere niveauer af tristhed, angst og depression samt højere trivsel, emotionel funktion og livskvalitet (929-932). Kunstaktiviteter giver også muligheder for at udvikle et fællesskab inden for en palliativ plejesituation og forbedre forhold og kommunikation med familiemedlemmer (933-935). Kunstengagement er blevet forbundet med større åndelig tilfredshed (932,936), herunder gennem at give eksistentiel trøst og mening (937,938) og hjælpe med mod, styrke og at sige farvel (939). Kunst er også blevet brugt til at forbedre miljøet i livets afslutning pleje, hvor patientproducerede fotografier fremhæver, hvordan omgivelserne understøtter eller hæmmer følelser af forbindelse, identitet og værdi (945).
Room	Afdeling for ældre sygdomme /Design, arkitektur, billedkunst	"Delir, er et stort problem på denne afdeling og vi ved at strategisk brug af sansestimuli kan skabe en beroligende atmosfære og dermed nedsætte intensiteten af delir."
Room	Psykiatrisk afdeling /Arkitektur /Billedkunst "Få naturen ind på stuerne" Lyde, lys, billeder, materialer	At bringe naturen ind i rummet har flere fysiologiske, kognitive og følelsesmæssige effekter, fx nedsættelse af blodtryk og puls ved visuel forbindelse til naturen (Yin et al., 2018; Harting et al. 2003), forbedring af stressrehabilitering (Determan et al., 2019) og forbedret opfattelse af sikkerhed (Petherick, 2000). og Kognitivt ved vi at interaktion med naturen og biophilic designede rum øger mental engagement/opmærksomhed (Lee et Al. 2015), øget kreativitet (Haapakangas et al., 2011) og læring (Determan et al., 2019), samt øget selvrapporert produktivitet (Shen, Zhang & Lian, 2020). Følelsesmæssigt påvirker indretningen og interaktionen med naturen og rummet os positiv følelse og lykke (Barton & Pretty 2010), reduceret tankemylder (Bratman et al. 2015), forbedret livskvalitet og smertebehandling (Alvarsson et al., 2010) osv. Med disse hypoteser ønskes det at arbejde med at bringe naturen ind på patientstuerne.
Room	Intensiv / Lydmiljøer+akustiske materialer	Angst, puls, blodtryk og åndedrætsfrekvens kan reduceres ved at lytte til musik hos patienter, der er mekanisk ventilerede (674-677), og det kan forbedre daglig afgiftning for patienter på langvarig mekanisk ventilation (678), hvilket reducerer tiden brugt på en ventilator og forkorter opholdet på intensivafdelingen (679). Musik kan også reducere behovet for beroligende midler (675) og hjælpe med at reducere udsving i cortisolniveauer, samt formindske niveauerne af adrenalin og inflammatoriske markører (680,681)...
Public Space	Fællesområder /Billedkunst /Arkitektur (lys, lyd, materialer) "Et æstetisk pauserum"	"Det er beskrevet hvordan patienter og pårørende ønsker et eksistentielt frirum fra sygdommen, når der er indlagt på hospitalet. Dette rum skal repræsentere, velkommen og fejre de kulturer der befinder sig omkring regionens hospitalet. Rummet skal være et inkluderende opholdsrum hele året og indeholde sanses-stimulerende, overraskende og underholdende dimensioner.
Public Space	Fællesområde /Teater, performance, musik	Ekstraordinære events som sang, performance eller musik er beskrevet som Positive Distraktioner () og vil kunne bidrage til at skabe en pause fra sygdommen og samtidig styrke sammenhængskraften på hospitalet.
Public Space	Psykiatrisk afd. /Musikterapi /Performance /Litteratur	Kunsten kan give supplerende støtte til traditionelle farmakologiske og psykologiske tilgange til personer med alvorlig mental sygdom. Størstedelen af forskningen har fokuseret på kunstterapi, der ledes af en uddannet terapeut og kombinerer kreativ deltagelse med individuelle eller gruppebaserede diskussioner (543). For eksempel har kunst- og musikterapi vist sig at forbedre global tilstand, generelle symptomer, negative symptomer, depression, angst og funktion hos dem i samfundet og inden for indlagte indstillinger (544-547), og nogle studier antyder god omkostningseffektivitet (548). Mere specifikt er det blevet rapporteret, at både musikterapi og musiklytning for patienter med psykose forbedrer symptomer på generel psykopatologi, psykotisme (aggressivitet og interpersonel fjendtlighed), paranoid ideation, fobisk angst, somatisering, angst og depression, samt katatoniske symptomer som manglende deltagelse, samarbejde, afslapning, interaktion og psykosocial funktion (549-551). Det antages, at disse ændringer kan skyldes modulation af neurokemiske interaktioner, forbedret hjernefunktion og øget neuroplasticitet (549,552)
???	Neurologisk afdeling /Dans	Dans er gentagne gange blevet fundet med at skabe forbedringer i motoriske scores for personer med Parkinsons sygdom (773-775). Dans involverer basalgangliens strukturer, aktiverer lignende neurologiske veje som almindelig motion og understøtter også den psykologiske tilstand ved at forbedre koncentrationen af serotonin (776). Forbedringer er blevet fundet inden for balance, ganghastighed og funktionel mobilitet (774, 777-779)

WP9

Udvikling af kortlægningsmetode

At bringe kunsten helt ind i hjertet af hospitalet bygger på en centralt forudsætning om, at kunstner og sundhedsprofessionelle ser, at hver enkelt afdeling har særlige psykologiske og eksistentielle behov og barriere. Denne erkendelse forudsætter at disse kan kortlægges deles i et fælles udviklingsrum hvor kunst- og sundhedsprofessionelle kan mødes om at udvikle, teste og diskutere mulige løsninger.

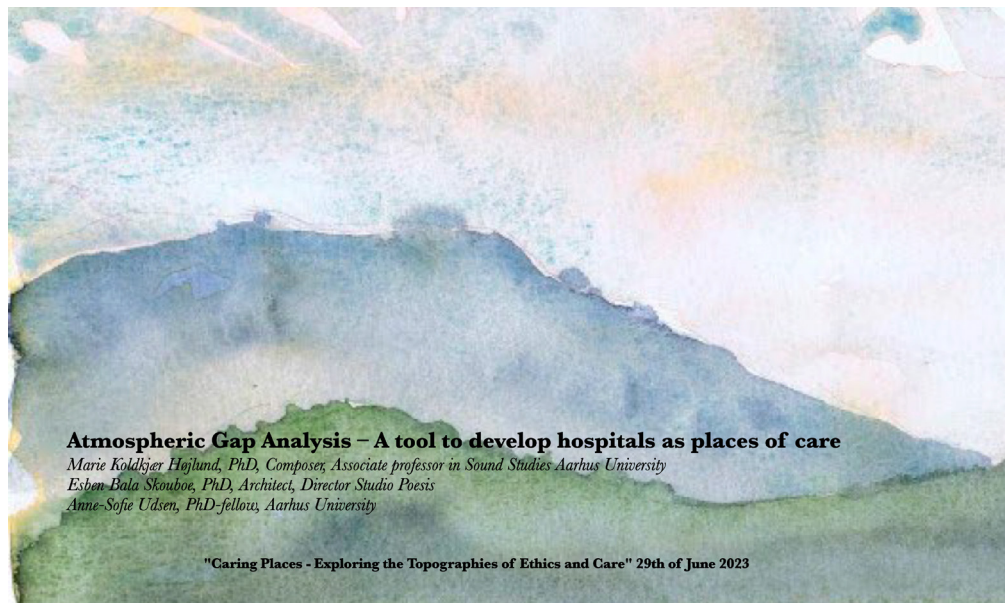
På baggrund af erfaringerne fra projektet har forfatterne udarbejdet anbefalinger for hvorledes en A-Gap analyse kan udføres i fremtiden, dette inkludere tidsestimater, ekspertise forudsætninger samt detaljerede anbefalinger til setup baseret på vores erfaringer.

Dokumentet består først af et abstract som blev præsenteret på Den Internationale konference; Caring Places: Exploring the Topographies of Ethics and Care, i Aarhus, efterfulgt af den detaljerede beskrivelse af A-Gap analysen. Denne anbefales udført på hver afdeling, der går ind i Arts in Health Biennale projektet, dels pga. onboarding af personale og dels for at skabe en bedre forståelse af de sundheds potentialer som ligger på afdelingen.

Caring Places

Exploring the Topographies of Ethics and Care

International conference June 28-29 2023, Aarhus University



“Atmospheric Gap Analysis” - a tool to develop hospitals as places of care

Marie Koldkjær Højlund (Aarhus University), Esben Bala Skouboe (Studio Poesis) and Anne-Sofie Udsen (Aarhus University)

A hospital is a strange micro-world; a public place that we only enter with reason. It is a place of birth and death, of happiness and sorrow - it is the scene for the greatest memories of our lives. It is a vulnerable and private place where time stands still, and at the same time it is a fast-paced workplace. All these dimensions and interests makes a complex entangled atmosphere in this caring place. In this paper we present an exploratory methodology for performing what we call an Atmospheric Gap Analysis (AGAP) aimed at understanding the interplay of cultural, social, and environmental sensibilities that makes a hospital into a caring place. In close collaboration with the oncology and urology departments at Gødstrup Hospital, Denmark, we have created an exploratory framework for understanding the departments as place. The methodology contains in-depth interviews with patients and relatives, group interviews with nurses, doctors and other staff members, atmosphere-observations, soundwalks, sound- and video recordings, object-interviews, and photo observations. The AGAP-analysis is aimed at producing situated knowledge about the department as place; what is now, what is needed and what is wanted. The aim is to create a framework that can be applied to more departments in the future and contribute to conversations on how healthcare and artistic practice can break-down the knowledge silos and utilize artistic practice to understand and support health-caring places. The paper presents the results of our studies, the AGAP-reports, which gives in-depth knowledge about the different atmospheres, people and places that are part of the hospital departments. Furthermore, we discuss how the AGAP-reports were used in a shared design-workshop where doctors, surgeons, designers, nurses, playwrights, healthcare decision makers, curators, and more, were gathered to discuss how to develop a new type of art that support patients, relatives, and personnel in healthcare.

link: <https://events.au.dk/caring-places-conference-2023>



Tidslinje

Jan 2023	Indledende tanker Bevilling fra RegionMidt
Feb 2023	Projekt start-up Indledende møder med afdelinger
Mar 2023	Indledende kontakt med kulturaktører Atmospheric GAP-analysis
Maj 2023	Atmospheric GAP-reports Art in Health Workshop: De første skridt
Jun 2023	Opsamling på workshop Piloter på Kræft og Urinvej defineres Kulturaktører udvælges til piloter
Jul 2023	Pilotforslag præsenteres til afdelingerne Piloter udvikles Piloter installeres og tages i brug Evaluering af piloter
Okt 2023	Workshop 2: Arts in Health Biennale ansøgning Udarbejde fondansøgning Netværk og alliancer
Dec 2023	Aflevering af fondsansøgning Art in Health Biennale 2025 Afrapportering og dokumentation til bidragsyder, RegionMidt



Atmospheric Gap Analysis

Et hospital er et helt særligt offentligt rum, som vi kun træder ind i når der er grund til det - hvadend vi skal på arbejde, eller når vores nære, eller vi selv, bliver syge. Ja, hospitalet er et helt særligt sted. Hertil kommer, at hver af hospitalets afdelinger har sine egne udfordringer, rytmer og stemninger, og på hver sin måde faciliterer de livets store øjeblikke - både de smukke og de sørgelige.

Med et mål om at skabe nytænkende og stærke relationer mellem kunst/kultur og sundhed, vil vi i Art in Health Biennalen 2025 skabe sundhedsfremmende kunst der kommer helt ind i livets store øjeblikke. Vi vil skabe kunst der er stedsspecifik - altså, at hvert værk forholder sig til, og bliver del af, afdelingens DNA.

Fire forskellige afdelinger

På baggrund af analyser af fire afdelinger på hhv. to fødeafdelinger, en kræftafdeling og en urinvejskirurgisk afdeling, konkluderer vi, at de er radikalt forskellige miljøer med vidt forskellige behov. Her så vi eksempelvis forskellen mellem kræftafdelingens kemoterapi-rum, hvor fokus er på at støtte patienten i processen, hvor mange store identitetsspørgsmål kan melde sig: taber jeg håret? bliver jeg mere syg? bliver jeg rask? Samtidig kan tiden mens man modtager kemoterapi i den blå stol føles meget lang - en sygeplejerske fortæller at patienterne f.eks. sidder og tæller huller i loftpladerne. På fødegangen kommer nyt liv til, men for nogle par slutter det nye liv før det når at begynde - her var fokus på at skabe en specialstue til par med dødfødte børn. Afdelingen skal her være vært for døden og hjælpe parret med at skabe et smukt minde med deres barn. Hertil skulle der sørges for at parret var trygge ved at efterlade deres barn hos personalet.

A-GAP analyse og rapport: Formål

Art in Health Biennale 2025 kræver derfor bred kuratering der kan favne den enkelte afdelings udfordringer og ønsker. Som led i forprojektet har vi derfor afsøgt hvorledes der kunne skabes en metode der kan give et holistisk billede af hver afdeling. Vi har derfor udviklet metoden Atmospheric GAP Analysis, hvis overordnede formål er:

- 1) Onboarding af sundhedsfaglig personale
- 2) Information til kunstnere og samarbejdspartnere
- 3) Forskningsempiri til effektmåling af værkerne

Der er på baggrund af analysen blevet lavet to A-GAP rapporter for hhv. Kræftafdeling og Urinvejskirurgisk afdeling på Gødstrup. Rapporterne kan sendes ved efterspørgsel til info@poesis.dk



Atmospheric Gap Analysis

Metode-outline

Interview m. personalegrupper Antal interviewere: 2 Varighed: 1 time pr. interview Rolle 1: interviewer Rolle 2: live-transkribering	Der afholdes to gruppeinterview med hhv. lægefagligt og sundhedsplejefagligt personale. Formålet er at lære personalet at kende, samt få indblik i afdelingens hverdag: døgnhjul, patienttyper, pårørendetyper, arbejds gange og opgaver. Personalet giver indblik i udfordringer, bestemte situationer og steder. Der spørges ind til 'de små skønne øjeblikke' og personalets ønsker til kunst og kultur i afdelingen.
Situeret interview m. patient og pårørende Antal interviewere: 2 Varighed: 0,5-1 time *flere patienter interviewes	Der afholdes interviews med patienter og pårørende med fokus på at få indblik i deres oplevelser, erindringer og refleksioner om tiden de er indlagt: de daglige rytmer, relationer til personalet, gode opholdsteder, sengestuen som midlertidigt hjem. Vi anbefaler at der afholdes situerede interviews i sengestuen med indlagte patienter, da vi herved kan spørge ind til hvordan de har indtaget sengestuen og herfra tale om stemning og atmosfære. Her kan med fordel også trækkes på metoden 'objekt-interview' hvor der stilles spørgsmål med udgangspunkt objekter i rummet: sengen, bordet, personlige ejendele.
Rundvisning og atmosfære observation Antal observatører: 2 Varighed: 1-1,5 time Rolle 1: Spørgsmål til rundviser Rolle 2: Fotografering	Observatørerne vises rundt i afdelingen af et personalemedlem. Hele afdelingen gennemgås og personalet forklarer de forskellige steder og rums funktioner. Rundviseren gøres opmærksom på at rundvisningen skal foregå i et stille tempo, så der kan tages billeder og stilles spørgsmål undervejs. Observatør 1 stiller spørgsmål: rummets funktion, apparaterne, patienterne, osv. Her anbefaler vi at observatørerne indtager rummet: ligger sig i sengen, sætter sig ved briksen - herved åbnes samtaler som ellers kan virke som trivielle rutiner for personalet og vi ser rummet fra nye vinkler. Observatør 2 tager billeder og dokumenterer. Herved fastfryses situationen og billederne kan afsløre ting vi ikke først lagde mærke til. Billederne bruges endvidere i rapporten.
Feltspecifik dokumentation	Som led i analysen kan der udføres feltspecifik dokumentation der kan understøtte de ovenstående metoder. Disse afhænger af baggrunden den enkelte researcher der udfører A-GAP analysen har og herved hvilke metoder der er tilgængelige. Endvidere kan der inviteres eksterne researchere ind til at udføre analyser der støtter projektet.
Videodokumentation af livet i afdelingen Rolle 1: interview Rolle 2: kameraføring Filmvarighed: 5-8 minutter	I samarbejde med Erhvervs Akademi Aarhus udførte et hold studerende videodokumentationer af afdelingen hvor de interviewede patienter og indfangede stemning. Videoerne gav personalet et nyt blik på deres arbejdsplads og blev en direkte kilde til empati og forståelse for patienterne. Endvidere giver videoerne samarbejdspartnere mulighed for at observere en ellers lukket situation.
Lydvandring i afdelingen Antal lydvandrerere: 1 Udstyr: Binaural headset & Binaural 'dummy head'	Med to lydforskere i forprojektet udførtes der lydvandring på hospitalet. Lydvandringen udførtes med binaural headset der optager vandringen så tæt på som de høres i den vandreendes ører. Endvidere fik vi lov at placere et binaural 'dummy head' i sengen på en sengestue, så vi kunne opfange hvordan der lyder på sengestuen når patienter ligger derinde alene: samtaler fra gangene, biplyde fra apparater, osv.



Atmospheric Gap Report

Del-elementer

Fakta om afdelingen	Fakta om afdelingen baseres primært på interviews med personalegruppen. Indledningsvist beskrives afdelingen kort med fokus på hvilken type patienter og behandling der uddybes. Dernæst beskrives afdelingens forskellige afsnit og deres funktion, f.eks. består en kræftafdeling både af klinik, afsnit for lindrende behandling og afsnit for kræftbehandling. I denne sektion beskrives der også et døgnhjul i afdelingen, samt det typiske patientforløb. Afsluttende beskrives de forskellige typer af patienter og pårørende som man kan møde i afdelingen.
Beskrivelse af afdeling og afsnit behandling, patienttyper, pårørendetyper, døgnhjul	
Patienthistorien	Patienthistorien tager udgangspunkt i interview med patient og pårørende og har til formål at give indblik i hvordan det er at være patient i afdelingen, med alt hvad det indebærer. Patienthistorien skrives i biografisk stil, hvor der sammenfattes information om patient og sygdomsforløb. Endvidere bruges der citater fra patienten selv. Formålet er at give samarbejdspartnere et vindue ind i afdelingen og forstå mennesket bag patienten.
Sygdomsforløb, indlæggelse, mennesket bag patienten	
Fremvisning af afdelingen	Baseret på billedmateriale fra atmosfæreobservation gives der en 'visuel rundvisning' i afdeling, fra ankomsthallen og helt ind i afdelingen. Der bruges korte beskrivelser, der understøttes af billeder, således at samarbejdspartnere hurtigt kan danne sig et overblik over afdelingens elementer. Endvidere farvemærkes de enkelte afsnit og rum på en plantegning over afdelingen.
Billeder og beskrivelser af afdeling Markering på plantegning	
Potentielle kunstzoner	På baggrund af interviews med personale og patienter, samt atmosfære-observation udvælges der bestemte rum eller steder i afdelingen. Disse kan udvælges på baggrund af potentialer og/eller udfordringer, eller hvis de i særlig grad bliver omtalt i interviewene. Hver potentielle kunstzone beskrives ift. atmosfære og stemning, funktion, udfordringer og muligheder. Hver zone understøttes af billeder og farvekode så den kan let kan lokaliseres på plantegningen.
Udvælgelse af potentielle kunstzoner. Beskrivelse af stedet	
Tematikker	På baggrund af de ovenstående analyser udvælges 4-6 tematikker der på hver sin vis forholder sig til afdelingen, hvad end det er et bestemt rum, en stemning eller en tilstand. Dette kunne eksempelvis være temaer som 'at være vært for døden' eller 'delir-lindring på sengestue'. Temaerne har to overordnede funktioner; 1) personalet får indsigt i analyse og kan fremhæve temaer af særlig interesse, og 2) kunst/kulturaktører kan finde inspiration og navigere i rapporten ud et valgt tema.
Formulering af afdelingens væsentligste tematikker på tværs af kunst og sundhed	
Afrunding	Rapporten afrundes ved at forfatterne sammenfatter et afsnit som vi har valgt at kalde 'tænk hvis vi kunne' hvor der reflekteres over muligheder for sundhedsfremmende kunst i afdelingen. Endvidere sammenfattes et 'Just Don't' afsnit der beskriver hvad kunsten ikke skal/må i afdelingen - her kan tilføjes retningslinjer fra serviceafdeling hvis muligt. Slutteligt kan der inkluderes nuværende målinger som udføres af afdelingen, som kan indhentes til evaluering ifbm. effektmåling før/efter.
Tænk hvis vi kunne .. Målinger og KPI Anbefalinger	



Atmospheric Gap Analysis

Praktiske anbefalinger I

<p>Hvem skal udføre A-GAP Analyse?</p> <p>2 researchere Humanistisk forskning</p>	<p>På baggrund af piloterne anbefaler vi at A-Gap analysen udføres af to researchere, for at få optimal empiri ud af metoderne. Eksempel oplevede vi at atmosfære observationen blev mangelfuld da denne eksperimentelt blev udført af én researcher; her manglede information og billedmateriale da researcheren ikke både kan have fokus på samtale-interview med rundviser og samtidigt fokusere på dokumentation. Valget af to researchere beror således både på optimering af processen, mens det samtidig skaber dybde i interviews da den ene kan føre samtale (f.eks. med patient i sårbar situation) mens den anden kan stille opfølgende spørgsmål og sørge for at der bliver stillet alle de relevante eller vigtige spørgsmål.</p> <p>Derudover anbefaler vi at teamet består af mindst én humanistisk forsker. Dette for at sikre at mødet mellem kunst/kultur og sundhed reelt opstår. Den humanistiske forskers rolle er, med afsæt i baggrund, at stille kritiske spørgsmål og se afdelingen med friske øjne. Herved åbnes et rum for kritisk dialog mellem kunst og sundhed, da humanisten ikke kommer med forudindtaget viden om sundhedspraksis.</p>
<p>Hvor længe tager A-GAP empiri indsamling</p> <p>8-12 timer</p>	<p>Selve indsamlingen tager en fuld arbejdsdag på hospitalet. Den største indsats ligger i forberedelsen og koordinering med afdelingen, der bl.a. på forhånd skal finde patienter der er villige til at deltage i interview. En plan kan se således ud:</p> <p>8:30 Ankomst 8:45 Interview med lægefagligt personale 10:00 Interview med sundhedsfagligt personale 11:00 Rundvisning i afdeling (atmosfære observation) 12:30 Frokost 13:30 Interview med patient 14:30 Interview med patient 15:30 Interview med patient 16:30 Opfølgning på rundvisning (dokumentere ny viden fra interview)</p> <p>Researcherne må udvise stor fleksibilitet ift. travlhed i afdelingen; akutte patienter, dødsfald, etc. og det kan derfor være nødvendigt at udsætte dele af empiriindsamlingen, f.eks. patient-interview, til en anden dag. Dette aftales med afdelingen.</p>
<p>Transkribering af interviews</p> <p>Cirka 5-6 timers lydfile 3 timers transkribering pr. 1 time lydfile = 15-18 timers transkribering</p>	<p>Transkribering af de enkelte interviews gøres i deltaljeret noteform. Interviewet er reduceret til en række detaljerede noter, der giver hurtig og nem adgang til de oplysninger, der er brug for, uden at der skal gennemgås store tekststykker. Vigtige citater skrives ordret.</p>



Atmospheric Gap Analysis

Praktiske anbefalinger II

Udformning af A-Gap Rapport 40 timer	<p>Vi estimerer at en A-Gap rapport kan udformes på 40 timer, hvor den primære opgave er analyser af empirien. Analyserne målrettes efter de 6 del-elementer: 1) Fakta om afdeling, 2) Patienthistorie, 3) Fremvisning af afdeling, 4) Potentielle kunstzoner, 5) Tematikker, og 6) Afrunding.</p> <p>Det tiltænkes at alle rapporter skal vi være ens i deres udformning og udtryk, og vi har således lavet en InDesign-template som skal følges. Opsætningen kræver en medarbejder med basale InDesign skills.</p> <p>Den færdige rapport har en længde på 20-25 sider inkl. billeder.</p>
Indhentning af information fra afdeling	<p>I samarbejde med afdelingen udvælges der en kontaktperson som bistår researcherne med information, herunder manglende information, plan-tegninger, eller hvis der skal tages få opfølgende billeder. Derudover skal interne målinger og KPI'er også indhentes gennem kontaktpersonen.</p>
Gennemgang af rapport	<p>Når rapporten er færdig sendes den til gennemgang hos personalet i hospitals-afdelingen. Herved tjekkes der om researcherne har forstået den givne information rigtigt og der tjekkes om fakta om afdelingen er korrekt.</p> <p>Eventuelle rettelser tilføjes og den færdige rapportopsætning tjekkes igennem.</p>

WP10

Udvikling af open-call formater

På baggrund af dialog og anbefalinger fra Kurator Jacob Lillemose, samt en drøftelse i styregruppen, er det denne rapport og styregruppens anbefalinger at en kuratering af projektet til en Arts in Health Bienanle udføres som en fokuseret invitation til udvalgte kunstnere.

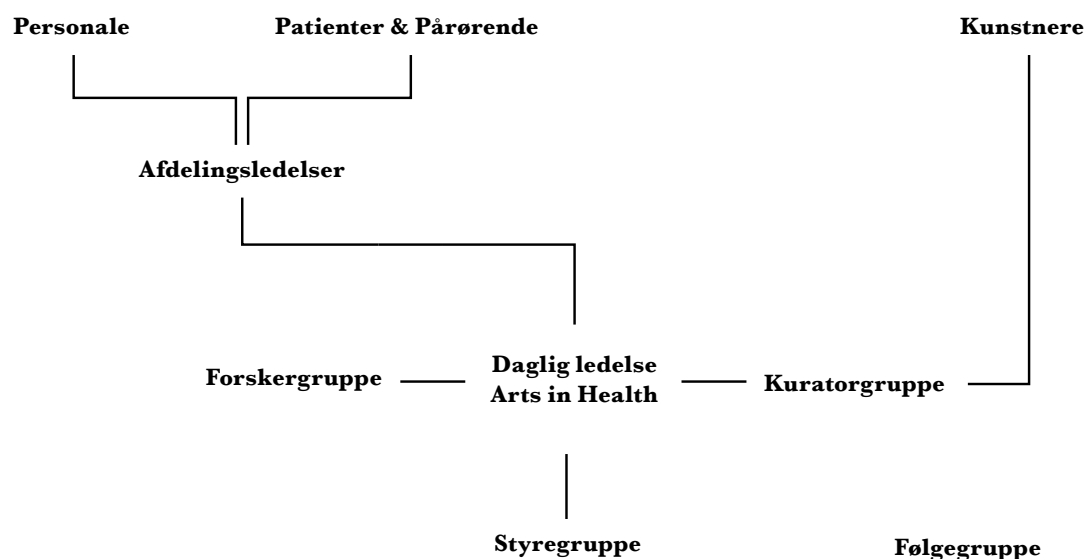
Dette er begrundet i:

1. Opgaverne er meget anderledes end de opgaver kunstnerne kender, hvilket vil kræve en større dialog og investering i at skabe et seriøst skitseforslag til opgaven.
2. Opgavernes kompleksitet vil være større end traditionelle kunstprojekter, da der er mange krav og ønsker fra patienter, pårørende og personale. Dette kræver en særlig indsats af kunstnerne, som ikke kan opnås i et open-call format.

For at sikre at skitseprojekterne overholder de ovennævnte kliniske krav og samtidig har et høj kunstnerisk niveau, bør der laves en organisering som beskrevet på de følgende sider. Denne sikre forankring på hospitalet, et højt kunstnerisk og sundhedsfagligt niveau samt åbner op for forsknings samarbejder.



Oplæg til organiserings forslag til Arts in Health Biennale 2025



Dette dokument gennemgår den anbefalede organisering bag initiativet Arts in Health Biennale 2025, udviklet af Projektleder Esben Bala Skouboe, Marie Koldkjær Højllund og Kurator Jacob Lillemose.

For at realisere verdens første Internationale Kunst og Sundhedsbiennale med et højt kunstfagligt niveau og realisering af 20 sundhedsintegrerede kunstværker, en international conference, samt udvikle viden publiceret i et special Issue af Journalen Nordic Journal of Arts, Culture and Health, foreslås følgende organisering og proces.

De enkelte grupper er beskrevet på næste side.

Styregruppen

Styregruppen sikre fremdrift og god ledelse af projektet.

[Styregruppen sammensættes af repræsentanter fra Region Midt HL i Gødstrup, måske en fondsperson mf.]

Daglig ledelse

Daglig ledelse består af en organisation som sikre daglig drift, kommunikation eksternt, og internt. Daglig ledelse skal opererer på hospitalet og sikre at værkerne kan etableres og tager hensyn til alle faktorer ex. Brand, IT, mf.

[Daglig ledelse er Projektansatte ansatte der er støttet af Hospitalet sekretariat]

Personale

Personalegruppen af en gruppe specialiser udvalgt af afdelingsledelserne. Denne gruppe er vigtig at involvere fra starten for at sikre en god implementering, samt at give kunstnerne indblik i de sundhedsfaglige problemstillinger der er i den konkrete opgave. Her er der også mulighed for forskningsaktivitet på afdelingerne i samarbejde med forsker gruppen.

[Afdelings læger, sygeplejersker, psykologer, ergoterapeuter, hospitalspræst, jordemødre mf.]

Kuratorgruppe

Styregruppen nedsætter en kuratorgruppe som skal etablere kontakt til kunstnere, samt støtte kunstnere og sundhedspersonale i udviklingen af sundhedsfremmende kunst.

[Kuratorgruppen består af specialister inden for deres fag, ex. Fra ARoS, AU, Viborg Animationskole, Thure Lindhardt, Nordisk Teater Laboratorium osv.]

Forskergruppe

Gruppen består af forsker der kan udføre initierende Atmospheric Gap Analysis som forberedelse af personalet og dels følgeforsknings eksperter.

Denne gruppe skal også etablere en konference samt et special Issue i Nordic Journal of Arts, Culture and Health.

[Aarhus Universitet & Aalborg Universitet & Musik Konservatoriet, Kunstakademiet mf.]

Patienter & Pårørende

Patienter og pårørende udvælges af afdelingsledelsen og inviteres med indledende analyse arbejde, samt i sparring om kuretaring. Dette sikre patientens perspektiv, patientforeninger ønskes inviteres i en følgegruppe

[Udvalgte patienter og pårørende]

Kunstnere

Der udvælges en basispulje af udvalgte kunstnere som vil kunne indgå i et Biennale projekt.

[Billedkunst, Musik, Teater, Film, Digital Kunst, Lydkunst]

Afdelingsledelse

Udføre faglig og organisatorisk støtte til projektet. De sikre god kommunikation og forankring i Sundhedsfaglige miljøer og er behjælpelig med interviews med personale, patienter og personale.

[Afdelingsledelserne]

Følgegruppe

Følgegruppen består af vigtige interessenter i projektet

[Patientforeninger, fonde, sponsorer, politikere mf.]



Proces for Arts in Health __ 2025

Fase 1 Forberedelse	Nedsættelse af styregruppe og kuratorgruppe (Styregruppe)	WP1	
	Infomøde om processen med hospitalspersonale og andre partnere.		
	Udvælgelse af 6+4 steder på Regionshospitalet Godstrup (Styregruppe)		
	Gennemførelse af Atmospheric Gap Analysis på de udvalgte steder (Forskergruppen)		
	Udvælgelse af en basispulje kunstnere (Kuratorgruppe)		
	Endelig udvælgelse af kunstnere og steder [2 mdr.] (Kuratorgruppe)		WP2
	Invitation af kunstnere [1 mdr.] (Kuratorgruppe)		
Eventuel anden runde af udvælgelse [+1 mdr.] (Kuratorgruppe)			

Fase 2 Skitseforslag	Workshop på hospitalet [1 mdr.] (Kuratorgruppe)	WP3	
	1. Skitserunde [3 mdr.] Præsentation af første skitse, inkl. dialog (Kuratorgruppe)		
	2. Skitserunde [3 mdr.] Anden skitse, inkl. dialog og tentativt budget (Kuratorgruppe)		
	Endelig præsentation og projektgodkendelse (Styregruppe)		

Fase 3 Realisering	Endelig budgettering (Daglig ledelse)	WP4	
	Godkendelse af budget (Styregruppe)		
	Installation [4 mdr.] (Daglig ledelse)		
	Test [2 mdr.] (Daglig ledelse)		
	Endelig godkendelse af installation (Styregruppe)		

Fase 4 Formidling Forskning	Åbning af Caring Places 2025 , International Arts in Health initiative, Præsentation af værker til International konference Special Issue Journalen Nordic Journal of Arts, Culture and Health	WP5	

	Drift og eksperimenter	WP6	
	Forskning (Forskergruppen)	WP7	

WP11

Ansøgning Arts in Health Biennale

Studio Poesis har deltaget aktivt i udviklingen af 1. draft af projekt ansøgningen Arts in Health Biennale 2025. Dette arbejde inkluderer udarbejdelse af en one-pager, præsentationer, budgetter, organisation-splaner og projektbeskrivelser.

Dette materiale er udviklet i tæt samarbejde med Udviklingsteamet fra Region Midts Sundhedsinnovation, hvor ejerskabet til projektet også er forankret. Materialet er under videre udarbejdelse og deles ikke i denne rapport.



Forelskede @ Madsformidlet for forelskede, påske- og påske
uker på Rejseplanlægningen i København, 2022

William Shakespeares
"Vi er det stof drømme
er gjort af & hvert er lille
søvn."

WP12

Evaluering og dokumentation

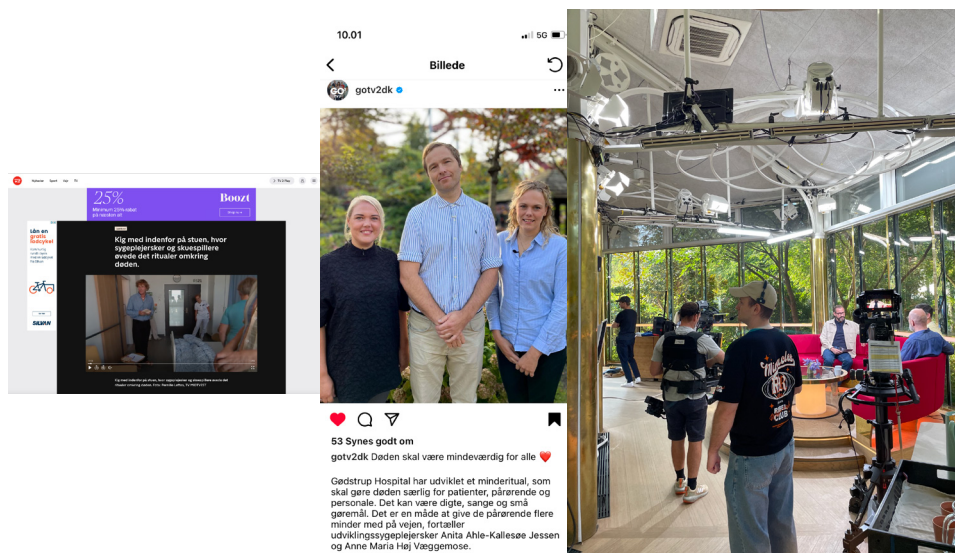
Holdet bag projektet har gennem hele forløbet udarbejdet dokumentation og justeret processen i tæt samarbejde med afdelingsledere fra Regionshospitalet Gødstrup.

En systematisk og analytisk tilgang til dokumentation muliggør en højt detaljeret afroapportering. Evaluering af piloterne er udført i et tæt samarbejde mellem forskere fra Studio Poesis og Regionshospitalets udviklingssygeplejesker. Se detaljeret beskrivelser i ”WP5 Pilot I: Minde ritual” s. 76 & ”WP6 Pilot II: Urinvejkirurgisk” s. 100

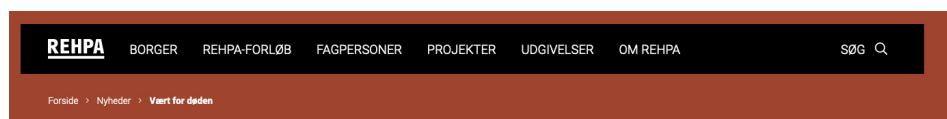
Ud over denne dokumentation har projektet bidraget til den internationale konference *Caring Places* med et abstrakt og præsentation af *Atmospheric Gap Analysen*, og sidenhen er der afholdt flere oplæg om projektet rundt om, både på konferencer og diverse arrangementer. Projektet er yderligere skildret i den kort dokumentar: *Kunst og Sundhed*, et samarbejde for mennesker, af Paolo Impagliazzo, samt i andre populære og faglige fora.



Kort dokumentarfilm af Paolo Impagliazzo, [Link](#)



Projektet er omtalt i go' morgen Danmark



Vært for døden

27. nov. 2023

På Enhed for Lindrende Behandling på Regionshospitalet Gødstrup har medarbejderne været med til at udvikle et minderitual, der hjælper de pårørende til at være i rum med døden.

Hvide vægge, institutionelle rammer, steril indretning med overflader, der er nemme at tørre af og vaske. Sådan ser mange hospitalsafdelinger ud. Et ret upersonligt rum, der ofte er præget af et højt aktivitetsniveau, elektroniske lyde og måske endda alarmer, der hylér eller bipper. Det kan være svært at skabe en rar stemning i sådan et rum.

Initiativet blev præsenteret på Videncenter for Rehabilitering og palliation

WP13

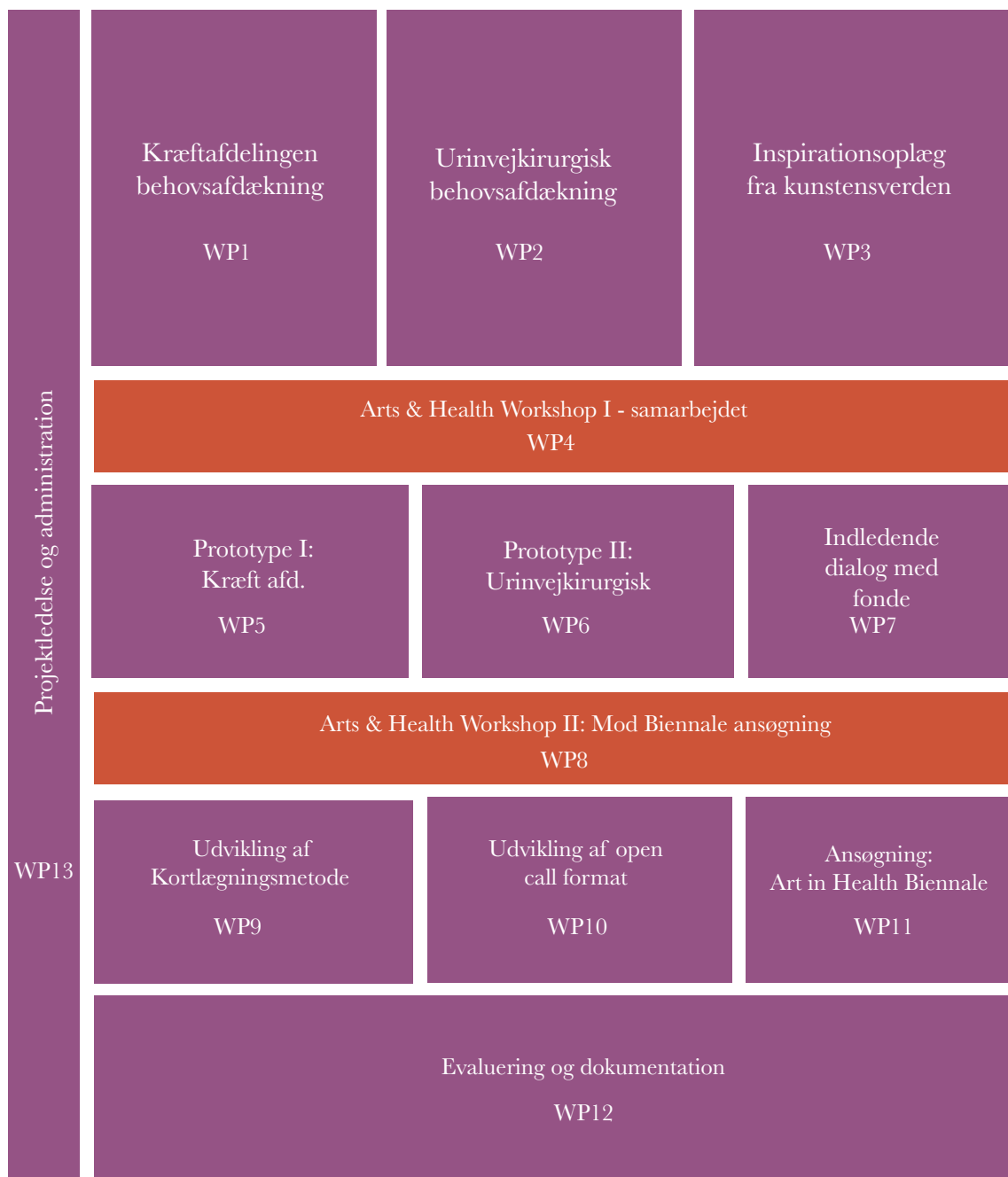
Projektledelse

Projektet Arts in Health 2025, Et forprojekt, involvere mere end 30 forskellige sundhedsprofessionelle, 20 kunstprofessionelle, patienter, pårørende, ledere og eksterne leverandører som alle mødes i et tværfagligt udviklingsrum.

Projektets fremdrift er sikret gennem 3 møder i styregruppen bestående af: Rikke Degn, Pia Astrup, Ann Fogsgaard Lene Høgsberg og Merete Haubjrg. Her har projektleder Esben Bala Skouboe redegjort for projektet progression og udfordringer.

Denne kompleksitet har stillet store krav til den daglige projektstyring for at sikre fremdrift i projekterne. Denne daglige ledelse har været udført af Esben Bala Skouboe i tæt samarbejde med afdelingslederne: Lene Høgsberg og Merete Haubjerg Sørensen. For at kunne styre processen er der fra starten udviklet en process-organisering som illustreret på modsatte side. Denne model har dannet grundlag for den daglige styring og prioritering af opgaver i projektet samt sikre progression. Hver enkelt arbejdsopgave har inkluderet veldefinerede mål, opgaver og arbejdsbeskrivelser.

Projektorganisering



Organisering af forprojekt

Projektleder og ansøger:

Esben Bala Skouboe, PhD. Studio Poesis Aps.

Medansøger:

Marie Koldkjær Højlund, PhD. v. Kh Marie Studio

Styregruppe:

Rikke Degn Sygeplejefaglig Dirktør

Ann Fogsgaard, cheffjordemoder & repræsentant afdelingsledelse,, (RHG)

Pia Wiborg Astrup, Sundhedsinnovation, RM

Maiken Milly Howard, cheflæge Urinvejskirurgisk, RHG

Lene Høgsberg, chefsygeplejerske, Kræftafdelingen RHG

Kultur og forsknings-samarbejdspartnere

Pernille Taagaard Dinesen, Head of public engagement, ARoS, Århus

Per Kap Bech, Direktør, Odin Teatret, Holstebro

Jacob Boris Sabra, Viborg Animationsskolen, Viborg

Keld Hosbond, Det Jyske Musikkonservatorium, Århus

Thure Lindhardt, skuespiller og instruktør, København

Stephan Skov Musikterapi, AAU

Kaare Wulff, Lyddesigner

Randi Nedergaard-Hansen, Innovations konsulent, RHG

Metodeudvikling og Forskning

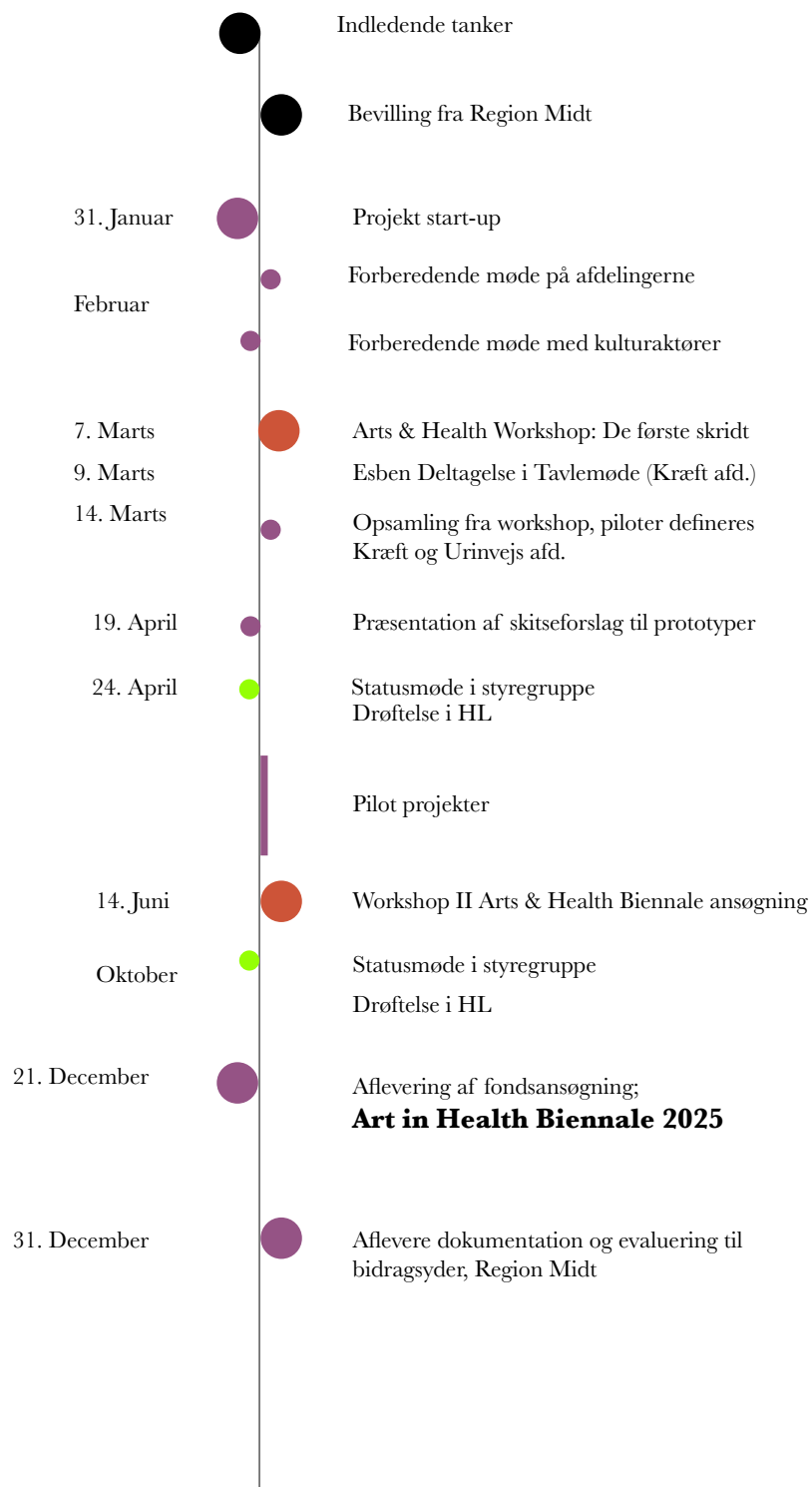
Marie Koldkjær Højlund, Aarhus Universitet (AU)

Anne-Sofie Udsen, Aarhus Universitet (AU)

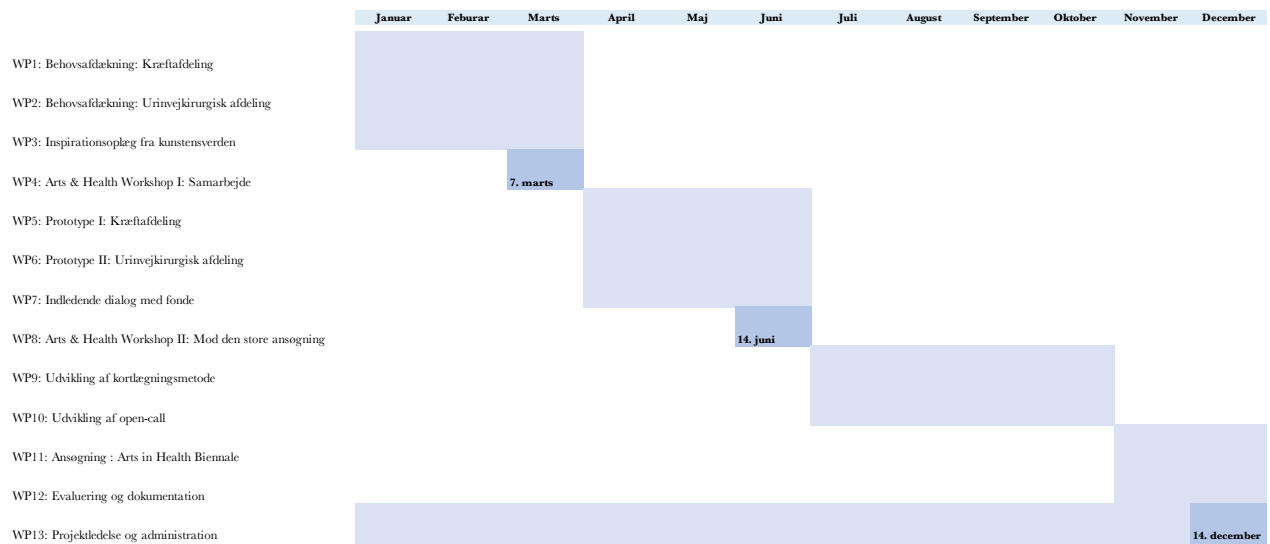
Patienter

Brugere fra Urinvejskirurgisk og Kræftafdelingen

Tidslinje



Tidsplan



Arbejdspakker

WP1: Behovsafdækning: Kræftafdeling

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Repræsentanter fra afd. (max. 10)
Esben Bala Skouboe
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen
Brugere fra Kræftafdelingen

Opgaver

T1.1 Kortlægge mulige medicinske potentialer, behov og barriere for Sundhedsintegreret kunst på afdelingen
T1.2 Kortlægge essentielle funktionelle krav og ønsker til atmosfære i et udvalgt rum
T1.3 Kortlægge essentielle Æstetiske krav og ønsker til atmosfære i et udvalgt rum
T1.4 Udarbejd en samlet dokumentation og præsentation af dette til kunstnere.

Afløring:

D1.1 Afrapportering af kortlægning potentialer, behov og barrierer på kræftafdelingen
D1.2 Præsentation af D1.1.

1. Marts
7. Marts

WP2: Behovsafdækning: Urinvejskirurgisk afdeling

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Repræsentanter fra afd. (max. 10)
Esben Bala Skouboe
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen
Brugere fra Urinvejskirurgisk

Opgaver

T2.1 Kortlægge mulige medicinske potentialer, behov og barriere for Sundheds integreret kunst på afdelingen
T2.2 Kortlægge essentielle funktionelle krav og ønsker til atmosfære i et udvalgt rum
T2.3 Kortlægge essentielle Æstetiske krav og ønsker til atmosfære i et udvalgt rum
T2.4 Udarbejd en samlet dokumentation og præsentation af dette til kunstnere.

Afløring:

D2.1 Afrapportering af kortlægning potentialer, behov og barrierer på Kræftafdelingen
D2.2 Præsentation af D2.1

1. Marts
7. Marts

WP3: Inspirationsoplæg fra kunstens verden

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Pernille Taagaard Dinesen, Head of public engagement, ARoS
Per Kap Bech, Direktør, Odin Teatret, Holstebro
Jacob Boris Sabra, Viborg Animationsskolen
Thure Lindhardt, skuespiller og instruktør
Formanden for RHGs kunstvalg samt Kunst konsulent
Kasper Ehlers, Musikterapi, Sonic College Kaare Wulff, Lyddesigner
Keld Hosbond, Det Jyske Musikkonservatorium
Morten Hilmer Naturfotograf
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen

Opgaver

T3.1 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer på RHG.
T3.2 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Billedkunsten [ARoS].
T3.3 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Teatret [Odin Teater]
T3.4 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Lyde [Marie Højlund]
T3.5 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Musikken [Sonic Collage].
T3.6 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Filmen og instruktion [Thure Lindhardt]
T3.7 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Digital kunst og Animation. [Viborg Animation workshop]
T3.8 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Naturfotografiet. [Morten Hilmer]
T3.9 Inspirationsoplæg: Sundhedsintegreret kunst [Esben Bala Skouboe]

Afløring:

D3.1 Oplæg på ., Slides afleveres med manuskript til videre publikation.

7. Marts

WP4: Arts & Health Workshop I: Samarbejde

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Pernille Taagaard Dinesen, Head of public engagement, ARoS
Per Kap Bech, Direktør, Odin Teatret, Holstebro
Jacob Boris Sabra, Viborg Animationsskolen
Thure Lindhardt, skuespiller og instruktør
Formanden for RHGs kunstudvalg samt Kunst konsulent
Kasper Ehlers, Musikterapi, Sonic College Kaare Wulff, Lyddesigner
Keld Hosbond, Det Jyske Musikkonservatorium
Morten Hilmer Naturfotograf
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen

Lene Høgsberg, chefsygeplejerske, Kræftafdelingen RHG
Maiken Milly Howard, cheflege Urinvejskirurgisk, RHG
Personale grupper fra afdelingerne
Per Brøndsted Høllsberg
Ann Fogsgaard
Pia Wiborg Astrup, RM
Sygeplejefaglig Direktør Rikke Degn
Formanden for brugerrådet Godstrup
Brugere fra Urinvejskirurgisk og Kræftafdelingen
Anne-Sofie Udsen, Aarhus Universitet (AU)
Formanden for brugerrådet

Opgaver

T4.1 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer på RHG.
T4.2 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Billedkunsten [ARoS].
T4.3 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Teatret [Odin Teater]
T4.4 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Lyde [Marie Højlund]
T4.5 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Musikken [Sonic Collage].
T4.6 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Filmen og instruktion [Thure Lindhardt]
T4.7 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Digital kunst og Animation. [Viborg Animation workshop]
T4.8 Inspirationsoplæg: Kunst & Sundheds potentialer i Naturfotografiet. [Morten Hilmer]
T4.9 Inspirationsoplæg: Sundhedsintegreret kunst [Esben Bala Skouboe]

Afl levering:

D4.1 Oplæg på 15 min., Slides afleveres med manuskript til videre publikation.

7. Marts

WP5: Prototype I: Kræftafdeling

Ansvarlig:

Lene Høgsberg, chefsygeplejerske, Kræftafdelingen RHG

Team:

Repræsentanter fra afd. (max. 10)
Esben Bala Skouboe
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen
Brugere fra kræft afd.

Opgaver

T5.1 Der udvælges en strategisk retning for prototype på Kræftafdelingen
T5.2 Der udarbejdes en prototype og prøvehandling på afdelingen.
T5.3 afrapportering af prøvehandling.

Afl levering:

D5.1 Afrapportering af resultater fra prototype
D5.2 Præsentation af proces og Findings 15 min

1. Juni
14. Juni

WP6: Prototype II: Urinvejkirurgisk afdeling

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Repræsentanter fra afd. (max. 10)
Esben Bala Skouboe
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen
Brugere fra Urinvejkirurgisk afd.

Opgaver

T6.1 Der udvælges en strategisk retning for prototype på Urinvejkirurgisk afd.
T6.2 Der udarbejdes en prototype og prøvehandling på afdelingen.
T6.3 afrapportering af prøvehandling.

Aflevering:

D6.1 Afrapportering af resultater fra prototype
D6.2 Presentation af proces og findings 15 min

1. Juni
14. Juni

WP7: Indledende dialog med fonde

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Pia Wiborg Astrup, RM
Esben Bala Skouboe
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen
Pernille Taagaard Dinesen, Head of public engagement, ARoS
Ann Fogsgaard

Opgaver

T7.1 Udarbejd fondsstrategi for større fondsansøgning
T7.2 Gennemfør indledende møder med udvalgte fonde.
T7.3 udarbejd anbefalinger til fundraising gruppen

Aflevering:

D7.1 Anbefalinger til Funding team.

1. Juni
1. Juni
14. Juni

WP8: Arts & Health Workshop II: Mod den store ansøgning

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Pernille Taagaard Dinesen, Head of public engagement, ARoS
Per Kap Bech, Direktør, Odin Teatret, Holstebro
Jacob Boris Sabra, Viborg Animationsskolen
Thure Lindhardt, skuespiller og instruktør
Formanden for RHGs kunstudvalg
Stephan Skov, Musikterapi, AAU & Kaare Wulff, Lyddesigner
Keld Hosbond, Det Jyske Musikkonservatorium
Morten Hilmer Naturfotograf
Anne-Sofie Udsen, Aarhus Universitet (AU)
Formanden for brugerrådet
Flere interessenter inviteres:
Struer Lydensby
Art music Denmark
Anne-Marie Pahuus AU Kultur og Sundhed
Aarhus Symfoniorkester
Heart

Bemanding fra RHG planlægges ved Styregruppemøde 1

Opgaver

T8.1 Udvikling af open-call format til forskellige kunstarter
T8.2 Udvikling af Arts in Health Biennale konceptet til hele RHG

Aflevering:

D8.1 Materiale til inkludering af ansøgning samt input til WP9, WP10 og WP11

01/Sep

WP9: Udvikling af kortlægningsmetode

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Esben Bala Skouboe
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen
Lene Høgsberg, chefsygeplejerske, Kræftafdelingen RHG
Maiken Milly Howard, chef læge, Urinvejskirurgisk, RHG
Ann Fogsgaard
mf.

Opgaver

T9.1 Pga. WP1,WP2, WP5,WP6 og WP8 udvikles en kortlægningsmetode til sundhedsintegreret kunst. Hygiejne, arbejdsmiljø og patientsikkerhed, skal være en del af denne kortlægning

Afløring:

D9.1 Metode til kortlægning af potentialer, behov og barriere for sundhedsintegreret kunst til hele hospitalet.

01/Oct

WP10: Udvikling af open-call

Ansvarlig:

Marie Højlund

Team:

Pernille Taagaard Dinesen, Head of public engagement, ARoS
Per Kap Bech, Direktør, Odin Teatret, Holstebro
Jacob Boris Sabra, Viborg Animationsskolen
Thure Lindhardt, skuespiller og instruktør
Formanden for RHGs kunstudvalg samt Kunst konsulent
Kasper Ehlers, Musikterapi, Sonic College Kaare Wulff, Lyddesigner
Keld Hosbond, Det Jyske Musikkonservatorium
Morten Hilmer Naturfotograf

Esben Bala Skouboe
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen
Ann Fogsgaard
Formanden for RHGs kunstudvalg
Kunst konsulent
Formanden for brugerrådet

Opgaver

T10.1 Pga. WP1,WP2, WP5,WP6 og WP8 udvikles en skabelon for pencil til de forskellige kunstarter.

Afløring:

D10.1 Open-call til en bred sundhedsintegreret kunst på hele hospitalet.

01/Oct

WP11: Ansøgning : Arts in Health Biennale

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Formanden for brugerrådet
Esben Bala Skouboe
Marie Højlund og Anne Sofie Udsen
Ann Fogsgaard
Formanden for RHGs kunstudvalg
Kunst konsulent

Opgaver

T11.1 Udarbejde fondsansøgning med tilhørende bilag. (projekt beskrivelse, budget, tidsplan osv.)

01/Dec

Afløring:

D11.1 Fondsansøgning med tilhørende bilag

WP12: Evaluering og dokumentation

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Esben Bala Skouboe

Marie Højlund og Anne Sofie Udsen

Opgaver

T12.1 udarbejdelse af en afsluttende rapport

Aflevering:

D12.1 Afsluttende rapport.

01/Dec

WP13: Projektledelse og administration

Ansvarlig:

Esben Bala Skouboe

Team:

Esben Bala Skouboe

Marie Højlund og Anne Sofie Udsen

Opgaver

T13.1 Afrapportering til styregruppe 31 januar, april, oktober

T13.2 Koordinering og kommunikation med partner

T13.3 Projektstyring

T13.4 Regnskab

Aflevering:

D12.1 Afsluttende rapport og regnskab

14/Dec