

# AKADEMISKE SYGEPLEJERSKER

---

SYGEPLEJERSKER  
AKADEMISKE

# Indhold

## Leder:

*Af Bestyrelsen* Side 4

## Tema-artikler

**Kan leaningen gå op på sygehusene**

*Af Henriette Pedersen* Side 6

**Model for behandling af kronisk syge**

*Af Helle Schnor og Helle Timm* Side 14

**Humanistisk sygeplejes vilkår eller vilkårlighed set i lyset af den nye struktur- og kvalitetsreform**

*Af Grete Kirketerp og Anne Holm Nyland* Side 19

## Mindeord:

**Merry Elisabeth Scheel**

*Af Birthe D. Pedersen og Erik Elgaard Sørensen* Side 23

**Elna Krogh Nielsen**

*Af Kari Martinsen* Side 25

## Netværksseminar:

**Att tänka med Foucault och Klinikens födelse**

*Af Kerstin Blomqvist* Side 28

## Indlæg:

**Kommentar til kommentar**

*Af Jens Bydam* Side 30

**Farvel fra en afgang formand**

*Af Stinne Glasdam* Side 31

## Anmeldelser:

**Rettspsykiatri: et felt fyldt av uutholdelige motsetninger?**

*Anmelder: Christine Øye* Side 32

**At være døende hjemme - hverdagsliv og idealer**

*Anmelder: Arne Kolsum* Side 36

**Når trætheden får mening**

*Anmelder: Anne Prip* Side 39

**Interaktioner i hjerterehabilitering**

*Anmelder: Maj Siercke* Side 42

**Sygeplejerskens samarbejde med ældre patienter i genoptræningsforløb efter hoftebrud**

*Anmelder: Gitte R. Husted* Side 44

**Døden på 1. eller 2. klasse**

*Anmelder: Helle R. Linderoth* Side 48

**Grounded theory til undersøgelse af patientoplevelser**

*Anmelder: Ida Lærke Nielsen* Side 51

**Patienter og pakkeløsninger**

*Anmelder: Ingrid Egerod* Side 52

**Er sygeplejerske-patient relationer vigtige?**

*Anmelder: Lisbeth Hybholt* Side 56

**Om Ytringsfrihed**

*Anmelder: Helle Mathar* Side 59

**Legitimering af Pleje**

*Anmelder: Niels S. Larsen* Side 63

**Professionalitet contra rutinisering og ensretning**

*Anmelder: Jens Bydam* Side 65

**Er der forskel på sygeplejersker og maskiner?**

*Anmelder: Rolf E. Nikula* Side 68

**"Hent lige Kaffen!"**

*Anmelder: Johnny Lauritsen* Side 70

**Om forholdet mellem erfaringer og forventninger**

*Anmelder: Kirsten Frederiksen* Side 73

<b>En perspektiverende inspirasjonskilde</b> <i>Anmelder: Bengt Karlsson</i>	Side 75	<b>Generalforsam- ling i FASID:</b>	
<b>Med feltarbeid som varemerke?</b> <i>Anmelder: Frode Jacobsen</i>	Side 77	<b>Indkaldelse til general- forsamling</b>	Side 83
<b>Arrangementer:</b>		<b>Andet:</b>	
<b>Kurser og konferencer i ind- og udland</b>	Side 81	<b>Valg til Bestyrelsen i FASID</b>	Side 84
<b>Akademisk Kritik - Hvad er meningen?</b>	Side 82	<b>Medlem af FASID</b>	Side 85
		<b>FASID's Bestyrelse</b>	Side 86
		<b>Redaktionsgruppen</b>	Side 87

# Leder

De sidste år har FASID's bestyrelse intensiveret udgivelsen af tidsskriftet med artikler, anmeldelser mv. Desuden har vi arrangeret workshops, inviteret medlemmerne til at tage initiativer til oprettelse af studiekredse/workshops med praktisk og økonomisk støtte fra FASID og afholdt en konference i marts 2006 med emnet "Videnskab, politik, klinik". Denne linie vil vi fortsætte i 2008. Bag dette ligger et oprigtigt ønske om at stimulere den akademiske og videnskabelige debat i og om sygepleje ved bl.a. at anlægge forskellige typer af meta-perspektiver på forskning og videnskab i relation til sygepleje samt ved at lægge op til drøftelser af metodiske problemstillinger.

I bestyrelsen har vi igen diskuteret den strategiplan, som blev vedtaget i september 2005, og som siden har været styrende for FASID's arbejde. (se [http://www.fasid.info/havd\\_er\\_fasid\\_text.html](http://www.fasid.info/havd_er_fasid_text.html)) Visionsdelen lyder således:

"FASID ser det som helt afgørende for en fortsat udvikling af en stærk, kvalificeret videnskabelig tradition i og om sygepleje, at der vedvarende stilles krav til os selv og hinanden om at være med til at stimulere og kvalificere de videnskabelige og akademiske aktiviteter omkring dette. Der findes allerede mange gode og vigtige initiativer og miljøer samt fora, hvor resultater af udviklings- og forskningsarbejder kan formidles. Vi mener imidlertid, at det er værdifuldt at udvikle en række mere værkstedsprægede fora inden for forskning i sygepleje i Danmark, hvor tanker kan vokse, hvor tvivlen kan finde rum, hvor akademisk tænkning kan stimuleres og kvalificeres, hvor eftertænkning kan udfoldes. FASID vil tage aktiv del i at skabe sådanne værksteder for inspiration og tænkning i relation til sygepleje og videnskab."

Et andet ønske, som ikke fremstår så eksplicit i planen, har været at arbejde for rummelighed og respekt i den akademiske debat. Som vi tidligere har slået fast her i tidsskriftet (Oktober 2007), ser FASID det som sin opgave at skabe rum for, at alle paradigmer og positioner kan komme til orde og til debat. Vi ønsker at "arbejde for at stimulere akademisk og videnskabeligt arbejde generelt gennem seriøs, kvalificeret og kreativ kritik." (Tidsskrift for Akademiske Sygeplejersker, oktober 2007: 38)

Bestyrelsen har de sidste måneder modtaget en del reaktioner på en anmeldelse, som blev bragt i juli-nummeret samt på vores håndtering af de efterfølgende reaktioner. I bestyrelsen har vi gjort vores bedste for at håndtere dette værdigt og seriøst og har grebet anledningen til at hæve debatten op på et generelt niveau ved bl.a. at sætte begrebet akademisk kritik til diskussion her i bladet samt til konferencen "AKADEMISK KRITIK - HVAD ER MENINGEN?" onsdag den 12. marts 2008. Hermed håber vi, at kunne bidrage til at belyse fænomenet og dets rolle og funktion generelt i akademisk arbejde - såvel inden for det specifikt sygeplejevindenskabelige som mere generelt. (se omtalen af konferencen samt indkaldelse til den efterfølgende generalforsamling andetsteds i tidsskriftet)

Desværre har episoden også givet dønninger internt i bestyrelsen, således at Stinne Glasdam i december valgte at trække sig som formand. Det er med beklagelse, at vi har modtaget denne beslutning, idet Stinne har gjort et meget stort arbejde for FASID både som formand og som medlem af redaktionen.

Vi har endvidere den sidste tid fået nogle henvendelser fra medlemmer, som ønsker mulighed for en mere direkte dia-

log og meningsudveksling mellem akademiske sygeplejersker. Det vil vi meget gerne imødekomme. Derfor undersøger vi i øjeblikket muligheden for at etablere en blog på hjemmesiden.

I dette nummer bringer vi ud over en række artikler og anmeldelser også to korte indlæg, som vi i første omgang havde afvist. Det ene (indlæg af Stinne Glasdam), havde bestyrelsen afvist, fordi vi ikke mener, at tidsskriftet er det rette forum for en diskussion af vores forskellige opfattelser af det hændelsesforløb, som førte frem til, at Stinne Glasdam valgte at trække sig. Det andet indlæg (Jens Bydams) blev afvist, fordi vi ikke fandt at det umiddelbart levede op til de krav, redaktionen stiller til indlæg, hvorfor redaktionen, som det så ofte sker i redaktionelt arbejde, opfordrede forfatteren til at udvikle indlægget til en mere generel, analytisk artikel. Vi er efterfølgende blevet udsat for et massivt pres fra begge skribenters side samt fra andre af FASID's medlemmer. Derfor har vi valgt at bringe indlæggene alligevel. Det betyder ikke, at vi i fremtiden ændrer på vores holdning om, at tidsskriftet er reserveret til faglige artikler. For at medlemmerne kan

deltage i diskussionerne om, hvordan bladets linje skal være fremover, vil dette blive taget op som et punkt på dagsordenen til generalforsamlingen den 12. marts 2008.

Vi kan glæde os over, at vi fortsat har medlemstilgang, således at FASID nu har i alt 213 medlemmer. Det er dejligt at så mange engagerer sig i arbejdet for at udvikle dette akademiske forum i tilknytning til udviklingen af sygeplejeforskning i Danmark. I bestyrelsen ser vi fortsat mange udfordringer og spændende opgaver, der kan tages op til støtte for dette. Derfor opfordrer vi igen alle interesserede til at melde sig enten til at skrive et indlæg, arrangere en workshop eller stille op til bestyrelsen. I marts måned er der som tidligere omtalt generalforsamling og valg til bestyrelsen. Vi opfordrer hermed alle til at deltage i generalforsamlingen og til at overveje at melde sig som kandidat til et spændende bestyrelsesarbejde.

Opstilling til bestyrelsen skal være meddelt Vibeke Lorentzen (vibeke.lorentzen@sygehusviborg.dk) senest den 12. februar 2008.

Bestyrelsen

# Kan leaningen gå op på sygehusene?

## - Hvad kan Lean tilbyde og hvad kan det ikke tilbyde de danske sygehuse?

*Af Henriette Pedersen, adjunkt, cand. scient.soc., sygeplejerske, Sygeplejerskeuddannelsen København, Den flerfaglige Professionshøjskole i Region Hovedstaden (hep@sud.regionh.dk)*

Denne artikel søger at belyse, hvad Lean kan tilbyde sygehusene, og hvad det ikke kan. Derudfra problematiseres og diskuteres Lean i relation til sygehusvæsenet. Først ses der på Lean som et konkret arbejdsredskab, hvad er det, og hvilken historie er der bag Lean. Efterfølgende diskuteres det, hvorfor Lean synes at være blevet et populært styringsværktøj ud fra sygehusledelsen og regeringens niveau. Dette niveau holdes op imod niveauet på sygehusene de fagprofessionelle repræsenterer. Synes Lean også at være en succes for dem? Hvilke implikationer medfører Lean for disse to forskellige niveauer? De forskellige måder at anskue verden på, det målelige og det umålelige, sættes i spil, diskuteres og problematiseres i forhold til at indføre Lean i sygehusvæsenet.

Særligt er der fokus på de psykiske implikationer set ud fra patientperspektivet og personaleperspektivet, der står i modstrid til de målbare aspekter som det øverste niveau har fokus på.

Som sygeplejeelev for 20 år siden lærte jeg at samle alt, jeg skulle bruge fra linnedrummet sammen på en gang og tage det hele med ind til patienten; lagen, stiklagen, benklæder, skjorte m.m., for at undgå at skulle rende unødigt frem og tilbage mellem patientstuen og linnedrummet. Dengang kendte jeg intet til Lean, men det, jeg gjorde, er præ-

cis det samme Lean handler om: At fjerne eller minimere spild af ventetid og unødigt ressourceanvendelse med henblik på at skabe mere tid til patienterne og personalet til mere værdifulde opgaver. Ved at have alle ting med mig ind til patienten på én gang kunne jeg bruge tiden på at tale med patienten samtidig med, at jeg havde relativ god tid til at hjælpe ham. Ud fra et sådan eksempel er Lean ganske almindelig sund fornuft.

Siden min elevtid er der sket mange ændringer f.eks. i form af dannelse af større enheder, kortere patientforløb samt større patientflow (Sundhedsstyrelsen, temarapport, 2007:5). Og dermed flere arbejdsopgaver for personalet. Derfor er det altid en god idé at se på, hvad der kan gøres mere rationelt uden at arbejde hårdere, selvom det fagprofessionelle sygehuspersonale er uddannet til at agere konstruktivt qua de kompetencer deres respektive uddannelser og faglige erfaring har givet dem.

Rationalet bag dette er, at der ikke er nok ansatte til de mange flere opgaver sygehusvæsenet er underlagt i dag, og dermed kan Lean være en mulighed for sygehusledelsen til at opfylde de krav befolkningen og politikerne stiller. Derfor er det hensigtsmæssigt, at vi forholder os til Lean, der netop er kendetegnet ved udsagnet: "Works smarter not harder"

Der er fremkommet mange udtalelser og meninger om Leans relevans for sygehusene, både positive og negative. De positive går ofte på, at Lean kan øge patientens og personalets tilfredshed (Birch & Krogboe, 2006) samt reducere ventetid bl.a. ved at se på de udfordringer, der ligger i overleveringerne mellem afdelinger og de forskellige faggrup-



per (Christiansen et al, 2006:244). De negative går på, at Lean er top-down styret, og således ikke integrerer medarbejderne på en hensigtsmæssig måde (Albæk, 2006;168(51):4550). I det danske sundhedsvæsen er Lean ved at blive et kendt begreb. Mange afdelinger både i primær og sekundær har stiftet bekendtskab med Lean. Tre ud af fire sygehuse har været eller er i gang med Lean-projekter (TV Lorry, 2006).

Jeg vil gennem denne artikel argumentere for tre pointer i forhold til Leans indtræden i sygehusvæsenet, nemlig:

1. Leans succes afhænger af, hvilket niveau styringsværktøjet anskues ud fra
2. Lean er ikke gearet til at inkludere omsorgen og sygeplejen
3. Som styringsredskab har Lean sine begrænsninger i sygehusvæsenet

### Hvad er Lean?

Lean begrebet er opfundet af to forskere, amerikaneren Jim Womack og britten Daniel Jones, på baggrund af de styringsprincipper, man brugte på Toyota fabrikkerne i Japan i 1950'erne, hvor alt havde fokus på at minimere spild (Christensen et al, 2006:24ff). Forventningerne til Lean er, at hvis Lean anvendes i produktionsvirksomheder og i virksomheder med produktionslignende processer og rutiner, vil det være muligt at trimme virksomhederne, dvs. at optimere det daglige arbejde. Under organisationer med produktionslignende processer og rutiner medtænkes sygehusvæsenet, hvor ventelister kan være meget lange på grund af komplekse processer og arbejdsgange (Due, 2005).

Lean bygger på fem principper:

1. Finde ud af, hvad der skaber værdi for kunden
2. Identificere det, der ikke skaber værdi for kunden

3. Skabe flow i produktionen med henblik på færrest mulige stop og ansvarsskift
4. Trækstyring, dvs. at det er kundens behov, der bestemmer, hvad der skal produceres og hvornår
5. Gennemføre løbende forbedringer (benævnt kaizen) på baggrund af 1, 2,3 og 4 (Due, 2005; Christiansen, 2006:37ff)

Efterhånden er Lean blevet et succesfuldt koncept i mange private virksomheder, og i de senere år er det offentlige kommet med, heriblandt mange sygehuse (Christensen, 2006:244, TV Lorry, 2006). Leans relevans for sygehusvæsenet ud fra ovenstående principper handler om at fjerne eller minimere forskellige typer af spild, undgå eller fjerne flaskehalse samt uhensigtsmæssige arbejdsgange og rutiner. Forestillingen er, at der kan frigives ressourcer og tid til opgaver, der giver mere værdi for patienterne og personalet og dermed samlet til sygehuset. Der udføres løbende forbedringer (kaizen), hvor personalet er den aktive part. Personalet kommer med idéer til, hvad der er spild, herunder uhensigtsmæssige arbejdsgange, og hvordan der kan skabes forbedringer. Herefter vurderes, hvilke idéer der er vigtigst, og hvor hurtigt idéerne kan iværksættes. Herefter implementeres idéerne. Alt dette foregår i et samarbejde mellem personalet på den enkelte afdeling og den lokale leder (TV Lorry, 2006).

Lean implicerer bl.a. at måle på alting. Sammenhængen med Taylors Scientific Management (Bakka & Fivelsdal, 2004 :21) er tydelig, idet Lean er udviklet som et styringsredskab med rødder i Scientific Management, hvor kontrol, tidsstudier og opsplætning i små processer er de bærende elementer. Enkelte Leanfolk har da også kaldt Lean for neo-taylorisme (Fischer 2, 2007). Hensigten med Lean er, at få alt beskrevet, dokumenteret og standardiseret, hvilket ikke er

ukendte begreber i sundhedsvæsenet. Da sundhedsvæsenet i dag er underlagt vilkår som et stadigt politisk pres og begrænsede ressourcer, ser det ledelsesmæssige og politiske niveau Lean som en metode til at blive bedre og mere succesfuld i en stadig hyppigere omskiftelig verden med konstante nye krav. At definere Lean som en succes afhænger dog af, hvilket niveau styringsværktøjet anskues ud fra.

### Populært blandt ledelser

Ses der på forskellige sygehuses hjemmesider, fremgår det tydeligt, at mange af dem arbejder med Lean. I forbindelse med Kræftplan II, arbejdes der på alle hospitaler i region hovedstaden med at indrette patientforløb i pakker. Patientforløbene er endvidere flere steder optimeret med Leanmetoden som omdrejningspunkt for at nedbringe ventetider. (RegionH, 2007). Men Lean anvendes også ved konkrete procedurer i den enkelte afdeling (Paludan, 2006), som led i at øge patientsikkerheden, sikre en bedre udnyttelse af de begrænsede ressourcer og sikre bedre vidensdeling (IndenRigs, 2007). Desuden har både Odense Universitetshospital og Rigshospitalet været inspireret af - og samarbejdet med private virksomheder som Danfoss og Radiometer (Tholstrup, 2007; Bech 2007).

Professor ved Syddansk Universitet Keld Møller Pedersen udtaler, at Lean ikke blot er en smart trend, men er kommet for at blive (TV2Lorry, 2007). I og med at Lean er et styringsredskab udviklet til at optimere processerne uden at være ekstra ressourcekrævende økonomisk, er det et interessant styringsredskab set ud fra et ledelsesmæssige og politiske niveau. Metoden kan være med til at sikre bedre udnyttelse af de begrænsede ressourcer, der er til rådighed inden for sundhedsvæsenet.

En af forklaringerne på Lean popularitet blandt ledelser kan være de politiske vinde, der blæser over Danmark.

Der tales bl.a. om ventetidsgarantier og kvalitetsreform. Lean er et meget konkret redskab, som det ledelsesmæssige og politiske niveau anser, at såvel personale, patienter, ledelse og politikerne bør forholde sig til, og som ifølge teorien skaber mere værdi for kunderne (her primært patienterne, men også personalet) ved at skære overflødige processer væk. Der kan jo umiddelbart kun være tale om en win-win situation, set ud fra et ledelsesmæssige og politisk niveau. En situation hvor alle vinder, både patienter, personale og sygehusvæsenet.

Da Lean udover at blive betragtet som et effektivitetsstyringsredskab også betragtes som et kvalitetsstyringsredskab, kan det være med til at legitimere Lean i sygehusvæsenet, for som Andersen & Thygesen påpeger, hvem vil sige nej til at forbedre kvaliteten (Andersen & Thygesen, 2007:73)

Hvordan kan man stille sig kritisk over for denne legitimering af Lean som styringsværktøj, som det ledelsesmæssige og politiske niveau fremkommer med? Niels Åkerstrøm Andersen og Niels Thyge Thygesen fra Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, Copenhagen Business School, skriver, at der ligger en begrænsning i det udsyn, ethvert styringsværktøj stiller til rådighed. Styringsværktøjet afsætter bl.a. muligheden for, hvad der kan ledes på. (Andersen & Thygesen, 2007:72) Hermed opstår et dilemma omhandlende - hvad er spild? - hvad er ikke spild? - hvem definerer, hvad spild er? Set i det perspektiv bliver det mere synligt, hvorfor dilemmaet opstår, når Lean bruges i sygehusvæsenet, hvor det ikke kun er mekaniske processer, der er i spil, men også en organisk verden der implicerer mennesker, tavs viden og humanistisk forståelse. Det er præcis i dette "gab", dilemmaet opstår med at kunne skelne mellem, hvad der er spild, og hvad der ikke er spild. At alle overflødige processer ikke er overflødige, fordi de anskues ud fra et andet para-



digme, end det mekanistiske Tayloristiske perspektiv, som Lean er funderet på. At stoppe op, give sig tid til at lytte til patienten og blot være til stede, ville Taylor formentlig anse som spild. Men anser det fagprofessionelle personale det også som spild? Næppe. Et stort spørgsmål er, hvad der sker, hvis man altid er effektiv og styret målrettet, når mennesker arbejder med mennesker? Det kan have den implikation, at effektive og målstyrede mennesker, der arbejder med mennesker, nemt kan komme til at have fokus på målet og, måske i deres iver for at opnå målet, fraviger det mellem menneskelige, plejen, omsorgen, det implicitte. Dette trækker Andersen og Thygesen følgende frem som en fare:

"Hver gang man forholder sig til indførslen af nyt værktøj, forholder man sig derfor til endnu en begrænsning i måder at iagttage sig selv i forhold til en omverden.... Forøgelsen af selvstyring sker gennem begrænsning af styring" (Andersen og Thygesen, 2007:72)

Spørgsmålet er, om lederne bevidst forholder sig til de begrænsninger, indførslen af Lean medfører i deres syn på sygehusvæsenet.

På trods af de positive tilkendegivelser, der er fremkommet om Lean, er der samtidig grund til at være skeptisk. Anskues Lean ud fra de fagprofessionelles niveau, forekommer der andre perspektiver.

### **Skepsis blandt fagprofessionelle**

Mange af sundhedsvæsenets medarbejdere er fagprofessionelle højtuddannede. Det er et krav, at de har kvalifikationer og kompetence til at tage selvstændige beslutninger samt agere akut i kritiske situationer. Hvordan harmonerer det med den meget topstyrede og detaljerede planlægning af Lean? Kan Lean, selv med tilpasning, overføres fra den japanske kultur til den danske? Den japanske kultur er præget af stor magtdistance, dvs. mere autoritære traditioner mellem leder og medarbejder (Bakka &

Fivelsdal, 2004;178). Lean er udviklet til ansatte på en fabrik med en anden uddannelse end de fagprofessionelle ansatte i sundhedssektoren. Samtidig har danskerne en anden opfattelse af deres arbejdsplads end japanerne. I Japan er der måske en mere udbredt opfattelse af, at man er sit arbejde. Sikkerhed i arbejdet er vigtigt for medarbejderen og Toyotas medarbejdere blev garanteret livslang ansættelse. Lignende forhold er ikke aktuelle i Danmark, og der er næppe nogle ansatte i sundhedsvæsenet eller i vores del af verden, der anser livslang ansættelse som eneste mulighed i arbejdslivet, modsat fabriksarbejderne ved samlebåndet hos Toyota.

### **Hvad med et menneskeligt aspekt?**

Hvis Lean skal anskues ud fra et patientperspektiv, er det nødvendigt at stille sig spørgende til, om det er alle afdelinger, der er lige velegnede til at indføre Lean? Umiddelbart er kirurgiske afdelinger oplagte, idet der her er tale om en bestemt "produktion". Lean ligger tæt op ad tankerne bag accelererede patientforløb. Her er der tale om standardiseringer, som minimerer ventetid og tilfører patienten en kortere indlæggelsestid og færre postoperative komplikationer. Derudover er der ikke mindst en økonomisk gevinst i et samfundsmæssigt perspektiv (Kehlet, 2001). Således arbejdes der allerede med Lean, uden at metoderne nødvendigvis benævnes sådan.

Hvis sundhedsvæsenet bliver så dygtigt og effektivt, at ventelisterne kan reduceres kraftigt bl.a. ved hjælp af Lean, hvilke psykiske konsekvenser vil det så have for patienterne? Med hensyn til kort ventetid på operationer af livstruende sygdomme som f.eks. cancer, kan metoden umiddelbart kun være en gevinst. For de typer af operationer, som ikke er akutte og ikke livstruende, og som patienten i givet fald kan komme meget hurtigere til end i dag, vil patien-

terne måske opleve, at de ikke er psykisk parate endnu? Det kunne være interessant at belyse dette perspektiv yderligere. Oplever patienterne med en kortere eller slet ingen venteliste for ikke akutte og ikke livstruende sygdomme mere eller mindre kvalitet ved en hurtigere "sagsbehandling"? Fremkommer der herved et paradoks: Et krydspres mellem fysisk kvalitet samt effektivisering i forhold til den psykiske kvalitet? At minimere ventetiden samt en kortere indlæggelse er vel ikke nødvendigvis i sig en kvalitet. Hvad med de patienter der føler sig utrygge ved de hurtige forløb? Der er på den baggrund nogle psykiske påvirkninger og konsekvenser, der skal tages hensyn til, når Lean flyttes fra bilfabrikkerne til sundhedsvæsenet, hvor det er levende mennesker, der er "sagen". Psykiske hensyn er ikke umiddelbart medtænkt i Lean konceptet.

Anskues det menneskelige aspekt ud fra et personaleperspektiv, kan det tænkes, at personalets psyke sættes i spil over for det stramme styringssystem. Kim Leck Fischer, der ejer firmaet Etika og som har mange års erfaring som udviklingskonsulent og udviklingschef, særligt inden for det offentlige, fremhæver, at grundlæggende sættes "det effektive arbejde" lig "det gode arbejde" i Lean. Men arbejde handler ifølge Fischer om andet og mere end at være effektiv. I det gode arbejde skal der være plads til friheden, de bløde værdier, tid til refleksion, tid til samvær med andre mennesker. Der skal være tid til at stoppe op og reflektere. Meningen med ens arbejdsliv betyder meget (Fischer 1, 2007). Hvor stor betydning får det for meningen med ens arbejdsliv, når der trækkes en fast styringsramme ned over jobbet? Man kunne være nervøs for, at Lean blev indført med det politiske formål at presse sygehuspersonalet til at arbejde mere effektivt, end det allerede gør. Her er spørgsmålet, hvordan effektivt defineres? I denne sammenhæng har politi-

kerne produktionsbrillerne på, og det ser ud til, at de ser mest på kvantiteten. Dermed bliver det også tydeligt, at sundhedsvæsenet bliver fremstillet mere og mere produktionsvirksomhedsagtigt, hvilket er med til, at legaliserer Lean som styringsværktøj. Der kan ligeledes virke som en selvforstærkende effekt på Lean's fremmarch, at metoden ofte optræder i den offentlige debat. Men er eksponeringen af Lean det samme som at kvalitetsstemple Lean i alle kontekster?

"Mange offentlige institutioner vælger desværre på stemningen og især på, hvad der føles moderne. Men man diskuterer sjældent, hvad valget af styringsværktøj betyder.... Det synes som om, at eksponeringen af styringsværktøjer er ved at blive nye legitimeringsformer i det offentlige. At vise dem frem bliver vigtigt, men det tilsidesætter desværre en sans for de konsekvenser værktøjet har for en styringspraksis". (Andersen & Thygesen, 2007:72f)

### **Begrænsninger i sundhedsvæsenet**

Med erfaringer fra tidligere rationaliseringer kan det tænkes, at de fagprofessionelle medarbejdere i sundhedssektoren forholder sig skeptisk til Lean, når begrebet introduceres og diskuteres.

Forestillingen kunne være, at hvis spild bliver skåret væk, er der mere værdifuld tid til patienterne. Det er umiddelbart positivt, for det kunne f.eks. betyde mere tid til omsorg og pleje. Men er det det, der vil ske? Kunne man ikke forestille sig, at flere ansatte vil være bange for, at den tid, der frigives, i stedet skal bruges til flere opgaver, uden at der følger yderligere ressourcer med. Dermed vil der ikke blive frigivet mere værdiskabende tid til den enkelte patient. For hvordan skulle det næsten være anderledes, hvis politikerne øjner mulighed for at skære ventelister ned og få flere patienter igennem systemet.

Hvordan sikres, at den frigivne værdiskabende tid til den enkelte patient ikke

bortrationaliseres? Hvis værdiskabende tid bliver betragtet som sygepleje og omsorg, er det så ikke muligt at komme ud i situationer, hvor presset på den enkelte afdeling er så stort, at sygepleje og omsorg i stedet bliver reduceret til spildtid?

De fagprofessionelle repræsenterer et andet niveau end sygehusledelserne og politikkerne. Dermed har de en anden vinkel at anskue Lean ud fra. I sundhedsvæsenet er begrebet sygepleje og omsorg til stadighed til debat. Hvordan er sammenhængen mellem Lean og sygepleje og omsorg? Fører Lean ligefrem til omsorgssvigt, som Fischer skriver? (Fischer 3, 2006) Eller er der plads til sygepleje og omsorg i Lean konceptet? Ifølge Andersen og Thygesen bliver:

"omsorgen i kvalitetsstyringens blik et spørgsmål om at følge en fastlagt standard, og overalt hvor standarden breddes ud, er der risiko for, at omsorgen fortrænges til fordel for ensartet og standardiseret service." (Andersen & Thygesen, 2007:73)

Det betyder for sygehusvæsenet, at personale og patienter skal passe til standarden i forhold til, om der skal fjernes spild. Men i stedet bør det være patienternes behov, der i samspil med det fagprofessionelle personale styrer, om det er nødvendigt at se på, om der er tale om spild. Således kommer endnu en konflikt på spil, idet sygehuspersonalet qua deres kvalifikationer, kompetencer og autonomi ikke vil lade sig underlægge Lean, hvis alt bliver standardiseret, og dette ikke kan fraviges. Dermed kan Lean ikke grundfæstes men synes med Scheins kulturbegreb at blive skueværdier, dvs. blive en overfladisk del af kulturen i sygehusvæsenet, som blot er retorik men ikke anvendes på rygraden i praksis (Schein, 1994).

Kan omsorg og sygepleje overhovedet harmonere med et stramt styringsystem som Lean? Kim Leck Fischer sæt-

ter spørgsmålstegn ved, hvordan man analyserer produktionen af omsorg. Han spørger til, hvordan man finder ud af standarden for omsorg. Han forholder sig undrende til, at man tager et styringskoncept fra en mekanisk privat virksomhed og bruger i det meget komplekse offentlige sygehusvæsen. Det at arbejde i meget komplekse miljøer og standardisere kan formentlig kun lade sig gøre i begrænset omfang (Fischer 1, 2007).

### En svær leaning

Det ser ud som om, det ledelsesmæssige og politiske niveau betragter Lean som en succesfuld metode og et værktøj i en travl og omskiftelig verden, hvorimod medarbejderne betragter Lean som endnu en af mange topstyrede forandringer, der til stadighed kræver deres engagement og arbejdsindsats.

Den offentlige sektor undergår i disse år store forandringer, ikke mindst som en følge af strukturreformen (Kommunalreformen kort fortalt, 2006; Pedersen, 2004) og kvalitetsreformen (www.kvalitetsreform.dk). Spørgsmålet er, om indførelsen af Lean er på sin plads oven i alle de forandringer, der pågår? Samtidig har den offentlige sektor, ikke mindst sygehusvæsenet, været voldsomt præget af besparelser og ressourcemangel særligt i form af mangel på læger og sygeplejersker (Sundhedsministeriet; DSS; Kruckow, 2007). Hvilken betydning har det for implementering af Lean? Ved implementering er det ud fra Lean konceptet bl.a. nødvendigt, at medarbejderne er stabile, for at implementeringen kan blive en succes. Med den udskiftning af medarbejdere og mangel på medarbejdere der er i sundhedsvæsenet i dag, må man spørge, om det mon ikke er utopi at tro, at præmissen for at få Lean implementeret succesfuldt er til stede?

Dette understreges også af, at Niels Arhengot fra konsulentvirksomheden



Implement i Berlingske d. 18. april 2007 udtaler, at Lean i virkeligheden ikke egner sig særligt godt til virksomheder i krise.

Han skriver, at virksomheder i krise kan have svært ved at leve op til Lean princippet om, at udviklingen af Lean er medarbejderdrevet. Hvordan kan udviklingen af virksomheden være medarbejderdrevet, når sygehusverdenen er præget af massiv mangel på arbejdskraft og samtidig er underlagt stadig hyppigere udefrakommende krav med at leve op til bestemte kvalitets- og kvantitetskriterier? Samtidig understreger Steen Hildebrandt, professor i organisations- og ledelsesteori ved Handelshøjskolen i Århus, at en kortsigtet Lean strategi ikke er Lean. Dvs. at der skal opnås forståelse og involvering fra medarbejdernes side for, at der er mulighed for at indføre en Lean kultur, der holder på længere sigt. Det understreges yderligere af, at hvis der arbejdes for mekanisk med Lean, glemmer man nemt de mere menneskelige sider, repræsenteret af medarbejderne og patienterne (Bech, 2007).

Lean kan som koncept kun fungere, hvis medarbejderne lader sig styre. Men de fagprofessionelle medarbejder i sundhedsvæsenet er i høj grad præget af autonomi og vil ikke lade sig styre. Dermed er det problematisk at anvende og indføre Leankonceptet generelt i sygehusvæsenet. Hvis Lean skal fungere skal det tilpasses opgaverne og medarbejderne, i stedet for at det er opgaverne og medarbejderne der skal tilpasses Lean. Derfor skal kompetenceudvikling og human ressource synspunkter inddrages i Lean implementeringen, hvis det skal virke.

Spørgsmålet er, om der fra øverste politiske og ledelsesniveaus side foreligger grundige analyser og overvejelser om fordele og begrænsninger for styringsværktøj Lean, og hvilke implikationer det har, før det indføres på sygehusene

generelt og på de enkelte afdelinger. Eller er det isomorfi (Mejlby et al, 1999 :99f) der er på spil, hvor de enkelte sygehusledelser lader sig påvirke af de øvrige sygehusledelser til at indføre Lean, blot fordi det er populært at lade sig måle og rate, men uden at kende de reelle konsekvenser. Som Andersen og Thygesen skriver, så må styringsværktøjer vælges med udgangspunkt i den enkelte organisations egne visioner og strategier (Andersen & Thygesen, 2007 :73). Er der i sygehusledelsernes valg taget højde for sygehusvæsenets visioner og strategier i relation til de bløde værdier som pleje, omsorg og individuel hensyn? Går leaningen op i sygehusvæsenet?

#### Litteraturliste:

Albæk, Jens. DSI Institut for Sundhedsvæsen, kronik i Ugeskrift for læger, 2006;168(51):4550

Andersen, Niels Åkerstrøm og Thygesen, Niels Thyge. 2007, Styring af styringsværktøjer i Greve, Carsten (red) Offentlig ledelse og styring, 2007, Jurist og Økonomforbundets Forlag

Bakke, Jørgen Frode og Fivelsdal, Egil. 2004, Organisationsteori - Struktur, Kultur, Processer, 4 udgave, Handelshøjskolens Forlag

Bech, Randi. Ledere på vej ud i slankemisbrug, Lean er utopi og Ildsjæle indfører Lean på Riget, d.18. april 2007, Berlingske Karriere

Birch og Krogboe, 2006, Lad lean forbedre afdelingen - et inspirationsværktøj til lean på sygehuse, Birch og Krogboe A/S,  
<http://www.birch-krogboe.dk>

Christiansen, Thomas B.; Ahrengot, Niels og Leck, Michael. 2006, Lean - implementering i danske virksomheder. Børsens Forlag

Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet(DSS), [www.dss.dk](http://www.dss.dk)

Due, Peter, 2005, Lean forklaret for sjukehoveder.

[www.kommunikationsforum.dk](http://www.kommunikationsforum.dk)  
[26.11.2007]

Fischer 1, Kim Leck, 2007, uge 35 Radio-programmet Apropos,  
[www.dr.dk/P1/Apropos](http://www.dr.dk/P1/Apropos)

Fischer 2, Kim Leck, 2007, Taylor - den sande vej,  
<http://www.etika.dk/data/media/Taylor.pdf>

Fischer 3, Kim Leck, 31 juli 2006, Inden vi hopper på lean-pinden, Berlingske Tidende

Kehlet, Henrik, 22 januar 2001, Accelererede operationsforløb - en faglig og administrativ udfordring,  
[http://www.dadlnet.dk/ufl/ufl10104/v\\_p/32154/htm](http://www.dadlnet.dk/ufl/ufl10104/v_p/32154/htm) [01.09.2005]

Kommunalreformen - kort fortalt,  
[http://www.im.dk/publikationer/kommunalreformen-kort\\_fortalt/Kommunalreformen.pdf](http://www.im.dk/publikationer/kommunalreformen-kort_fortalt/Kommunalreformen.pdf)

Kruckow, Connie.2007, Stor mangel på sygeplejersker i Sygeplejersken nr. 9/2007

Kvalitetsreform,  
<http://www.kvalitetsreform.dk>

Mejlby, Peter; Nielsen, Kasper Ulf og Schultz, Majken.1999, Introduktion til organisationsteori- med udgangspunkt i Scotts perspektiver, Samfundslitteratur

Nyhedsbreve for Rigshospitalets medarbejdere "Inden Rigs", 15 januar 2007; Rigets ledere klædes på til lean,14 maj

2007; Lean - sund husmoderfornuft,nr.2 2007 og Projekt Lean - sund fornuft, også for skeptikere, nr.3 2007.

Paludan, Katinka. Feb/marts 2006, Mere tid - mindre spild, Personalebladet "Nyt fra BBH",  
[http://www.hosp.dk/bispebjerg.nsf/pics/BBH\\_feb06.pdf/\\$FILE/BBH\\_feb06.pdf](http://www.hosp.dk/bispebjerg.nsf/pics/BBH_feb06.pdf/$FILE/BBH_feb06.pdf)

Pedersen, John Storm. 2004, Nye rammer - Offentlig opgaveløsning under og efter strukturreformen, Børsens Forlag.

RegionH, 21. august 2007, Notat Kræfteredegørelse,  
<http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/937F4DFE-0A50-477A-A12E-848C82E19A8E/0/Kr%C3%A6ftredeg%C3%B8relse218076.pdf> [15.12.2007]

Schein, Edgar H. 1994, Organisationskultur og ledelse, 2 udgave, Forlaget Valmuen

Sundhedsministeriet.  
<http://www.im.dk/publikationer/rekruttering/kap1.htm> [15.12.2007]

Sundhedsstyrelsen, temarapport 2007 Utsigtede hændelser ved blod og vævsprøver samt billeddiagnostiske undersøgelser

Tholstrup, Susanne.15. juni 2007, Lean ved et tilfælde, Børsen Executive

Tv2Lorry indslag om lean på OUH, 13/10 2006,  
<http://www.tv2fyn.dk/modules/tv2fyn/arkiv.php?keyword=toyota> [5.09.2007]

#### Noter:

1: Jævnfør oplægget til kvalitetsreformen ([www.kvalitetsreform.dk](http://www.kvalitetsreform.dk))



# Model for behandling af kronisk syge:

## En udfordring (også) for akademiske sygeplejersker.

*Af Helle Schnor, cand.cur., klinisk oversygeplejerske, SIKS projektet, Bispebjerg Hospital &*

*Helle Timm, ph.d, mag. art., leder af Videncenter for sammenhængende forløb, CVU Øresund*

### Indledning

Antallet af mennesker med kronisk sygdom er stigende og den nuværende indsats er ikke god nok, hverken i Danmark eller internationalt. Konsekvenserne er, at sygdomsforløb ofte får et alvorligere forløb med flere komplikationer og behov for hyppige indlæggelser end det ville være tilfældet med en mere hensigtsmæssig indsats.

Antallet af mennesker med kroniske sygdomme anslås at ligge mellem 1 og 1½ million i Danmark, og gruppen benytter ca. 75 % af de samlede sundhedsudgifter. De væsentligste (i betydningen mest udbredte og mest ressourcekrævende) kroniske sygdomme er defineret som hjerte-kar sygdomme, kræft, psykiske sygdomme, diabetes, kroniske lungesygdomme, muskel- og skeletsygdomme, sygdomme i nervesystemet m.fl. (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Med stigningen i antal af kronisk syge og mere effektive behandlingsformer er der sket en ændring i sygdoms- og behandlingsmønstret, hvor der i stigende grad skal sættes på, at iværksætte forebyggelse frem for at afvente manifest sygdom og behandling. Kronisk syge patienter har ikke så stort behov for, at blive mødt af et akut sygehusvæsen; snarere af et sundhedsvæsen, hvor de professionelle møder patienterne i et

planlagt og interaktivt forløb med fokus på forebyggelse af ekscerbationer og komplikationer.

Både mennesker med risiko for at udvikle en kronisk sygdom (= rigtig mange af os) og mennesker, der har symptomer på eller er diagnosticeret for en kronisk sygdom er altså målgrupper for den sundhedsfaglige indsats. Parallelt med fokus på de kroniske sygdomme øges fokus på den manglende effektivitet i forhold til at forebygge sygdom og behandle syge mennesker i sen-moderne samfund. Kroniske sygdomme beskrives ydermere som komplekse med mange følgevirkninger - og dermed behov for mange forskellige former for indsats. Både internationalt og nationalt arbejdes der på at optimere og effektivisere patienters vej igennem sundhedsvæsenet = mere sammenhængende patientforløb. Ligesom forsknings- og udvikling for kronisk syge mennesker er i stigende fokus.

I bestræbelsen på at forholde sig til kronisk syge som et særligt udfordrende (udbredt og ressourcekrævende) problem for sundhedsvæsenet (samfundet!) er der udviklet forskellige modeller, der skal bidrage til en mere effektiv indsats. En udbredt model er The Chronic Care Model, der er udarbejdet i USA. Den er anvendt som ramme af den danske Sundhedsstyrelse og her udviklet som Model for behandling af kronisk syge i en dansk kontekst (Sundhedsstyrelsen 2005).

I artiklen præsenteres modellen kort og der gives eksempler på forhold, som vi

mener sundhedsprofessionelle, herunder akademiske sygeplejersker, bør forholde sig til i relation til anvendelse og evt. videreudvikling af modellen.

### Model for behandling af kronisk syge

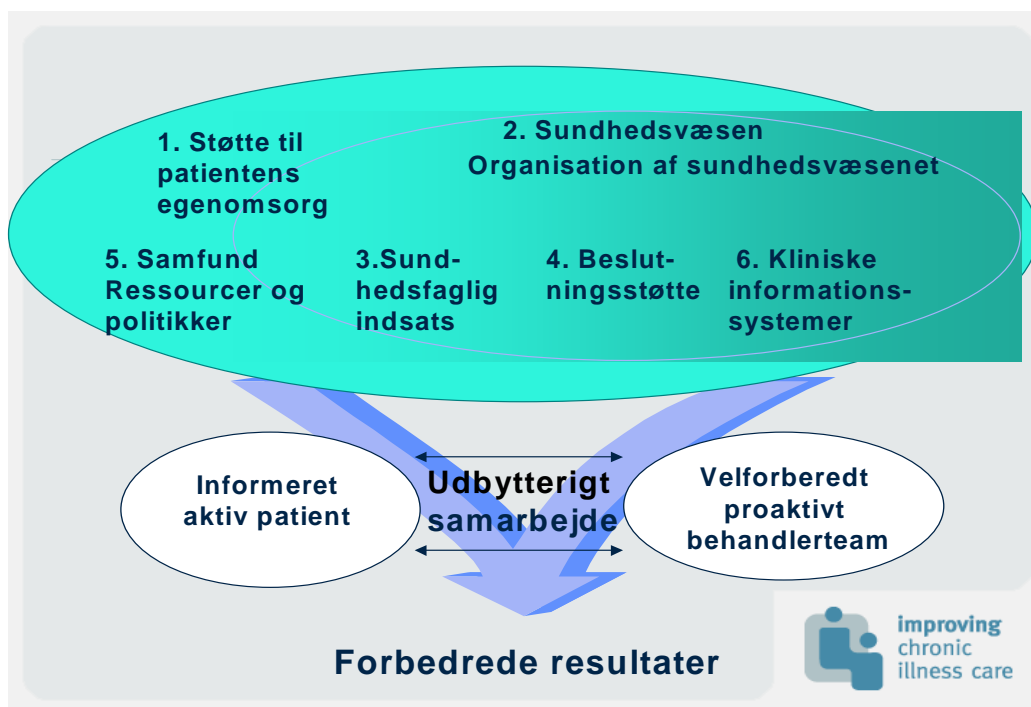
Om den amerikanske model

The Chronic Care Model (CCM) er udviklet af Edward Wagner, direktør ved MacColl Institute of Healthcare Innovation, USA. Udgangspunktet var et program, som en række ledere af amerikanske organisationer havde udviklet sammen: Improving Chronic Illness Care. CCM er udviklet med afsæt i, at den aktuelle indsats i forhold til kroniske sygdomme i USA ikke var tilstrækkelig og at en egentlig udvikling af indsatsen ville kræve strukturelle forandringer (Bodenheimer 2003).

der er beskrevet som det udbytterige samarbejde. En indsats, hvor den informerede, aktive patient har et udbytterigt samarbejde med den velforberejede behandler.

De to områder (2 og 5), som indeholder samfund, ressourcer, politikker og organisering af sundhedsvæsenet beskriver involveringen af det samlede sundhedsvæsen, som i USA ofte kan være samlet i et Medical Center med tilhørende hospital. Ideelt set skal organisationen sætte mål og udarbejde politikker, som støtter implementeringen af CCM. Politikker kan f.eks. være belønningssystemer. (Bodenheimer, 2003) Når det er danske forhold handler det om opgavefordelingen mellem det regionale og kommunale sundhedsvæsen og at der er kontinuitet på tværs af sektorgrænser samtidig med de omgivende ressourcer

## Model for behandling af kronisk syge



Figur 1 Model for behandling af kronisk syge (Sundhedsstyrelsen 2005)

Modellen er bygget op som en helhed, hvor både sundhedsvæsenets organisering samt det omgivende samfund er medtænkt. Modellen er bygget op af 6 essentielle områder, der skal udvikles og implementeres for at nå til den indsats,

som f.eks. familien, lokalsamfundet og patientorganisationer medtænkes (Sundhedsstyrelsen 2005). De fire andre områder ses som den reelle eller den indre komponent til at opnå succes på de to overordnede områder.

Støtte til patientens egenomsorg (1) inkluderer patientuddannelse og træning i evnen til problemløsning, i at kunne sætte mål og udarbejde handleplaner. Dette anses som den vigtigste komponent i CCM (Bodenheimer, 2003). Set i en dansk kontekst svarer dette til at inddrage patienten i beslutninger om behandling og fastlæggelse af planer med mål for indsatsen, som gøres ud fra en deling af informationer mellem patient og sundhedsprofessionelle. Foruden dette skal der etableres og afprøves patientuddannelse og mulighed for at aktivere patientens egne ressourcer (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Sundhedsfaglig indsats (3) indebærer en klarere skelnen mellem den akutte og den planlagte indsats og hvilke patienter, der har behov for hvad. F.eks. anvendelse af case-manager til højrisiko patienter og planlagte konsultationer og dannelsen af primære sundhedsteams, som har det formål, at patienten bliver set i et forebyggelses øjemed og ikke først når sygdommen har udviklet sig (Bodenheimer, 2003). På dansk vil det sige at der fastslås diagnose og stadiet inddeles og derfra udarbejdes en individuel forløbsplan, som skal være i overensstemmelse med de faglige retningslinier og samtidig indeholde individuelle mål (Sundhedsstyrelsen 2005).

Beslutningsstøtte (4) indebærer at alle sundhedsprofessionelle har adgang til den bedste evidensbaserede viden og de vigtigste redskaber er kliniske retningslinier og undervisning (Bodenheimer, 2003). I Danmark betyder det, at der skal arbejdes med implementering af kliniske retningslinier, hvor der sikres sammenhæng mellem videnskabelig evidens, patientens egne præferencer og sundhedsvæsenets indsats (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Ved kliniske informationssystemer (6), er der tale om IT værktøjer, der også kan fungere som påmindelsessystem, så patienterne altid er sikre på en opfølgning.

Et andet punkt er at de indsamlede data kan anvendes både som en kvalitetsdatabase og til brug for statistiske undersøgelser (Bodenheimer, 2003). I Danmark forstås dette på samme måde som i den amerikanske model og samtidig fremhæves den elektroniske patientjournal som et værktøj (Sundhedsstyrelsen, 2005).

I Danmark er arbejdet bl.a. konkretiseret i Sundhedsaftalerne, hvor opgavefordelingen mellem det regionale og det kommunale sundhedsvæsen bliver beskrevet. Der bliver ligeledes på regionalt og tværfagligt plan udarbejdet forløbsprogrammer for KOL og diabetes, hvor der sikres sammenhæng i forløbet for patienten og videnskabelig evidens. Og der bliver etableret og afprøvet patientuddannelse, både regionalt og kommunalt samt diagnosespecifikt og generelt med henblik på at aktivere patientens egne ressourcer

### Diskussion og perspektiver

I det følgende problematiseres kort nogle udfordringer forbundet med at arbejde med CCM og vi skitserer nogle perspektiver for akademiske sygeplejersker i det videre arbejde med modellen og ambitionen om at skabe mere sammenhængende forløb for patienter.

Overordnet er det måske vigtigt at nævne, at Sundhedsstyrelsen (2005) i sin præsentation definerer målgruppen for CCM som planlæggere og beslutningstagere. Det kan forklare, hvorfor de overordnede dimensioner i modellen: Samfund, ressourcer, politikker – og sundhedsvæsen, hverken internationalt eller nationalt er konkretiseret i arbejdet med modellen. De overordnede dimensioner forbliver så at sige „bagvedliggende vilkår“ for arbejdet med konkrete patientforløb.

For akademiske sygeplejersker med forskellige videreuddannelser bør det imidlertid være en udfordring at forholde sig kritisk og reflekterende til de samfunds-

mæssige og sundhedspolitiske betingelser for arbejdet med CCM.

Eksempler på udfordringer forbundet med Sundhedsstyrelsens introduktion til CCM:

- *Modellen er udviklet med udgangspunkt i det amerikanske sundhedsvesen, der er organiseret på andre vilkår end det danske.*

Overordnet må man spørge, hvad det betyder for hele ideen om at skabe sammenhængende forløb - og for hvem. Det er en udfordring at skabe sammenhængende forløb i det danske sundhedsvesen. En særlig udfordring er at skabe sammenhæng for de svageste patienter; mennesker med særligt belastende og komplekse sygdomsbilleder og stor afhængighed af professionel støtte.

- *Kronisk syge, konkret diagnosebestemte undergrupper, beskrives som om de er homogene grupper.*

I hvor høj grad giver det mening at beskrive mennesker med kroniske sygdomme som én gruppe? Der er meget stor forskel på at få/lide af fx kræft, diabetes eller skizofreni, og på patienters forløb og samarbejde med sundhedsprofessionelle alt efter lidelsens karakter. Der er også meget stor forskel på, hvad sygdom og lidelse betyder indenfor den samme diagnosegruppe, afhængigt af blandt andet sygdomsstadie og symptomernes betydning for den enkelte syges hverdagsliv.

- *Kronisk sygdom forstås først og fremmest som betinget af individuel livsstil, og individuelle livsstilsændringer er et centralt sundhedspædagogisk omdrejningspunkt.*

Men hvad er grundlaget for at definere kroniske sygdomme som først og fremmest bestemt af individuel livsstil? Og hvad er grundlaget for valget af de dominerende metoder (primært kognitiv adfærdsteori/forandring) til ændring af

livsstil? Kroniske sygdomme er ulige fordelt på forskellige sociale grupper i samfundet og måden vi lever på er bestemt af socio-økonomiske vilkår og kulturelle betydnings- og meningsdannelser, der knytter sig til disse vilkår.

- *Sundhedsprofessionelle forstås først og fremmest som enkeltmedlemmer af homogene professioner med en overordnet fælles interesse i at skabe gode forløb for patienter.*

Men hvor findes denne homogenitet i konkret-empirisk praksis? I sundhedsvesenet indgår de sundhedsprofessionelle, deres kompetencer og deres magt/indflydelse i et hierarkisk og meget arbejdsdelt fællesskab. Der er mange, mange andre interesser for professionerne og den enkelte professionelle at varetage, end at skabe sammenhængende forløb for udvalgte diagnosegrupper.

Akademiske sygeplejersker - hvad enten de arbejder som vejledere, undervisere, udviklere, forskere, administratorer eller andet - har et ansvar for at videreudvikle modeller som CCM på et kritisk og sagligt grundlag. Med det mener vi først og fremmest på et afklaret og dokumenteret grundlag: Hvad er formålet, for hvem - og hvad er argumenterne for at gøre, som vi gør? Det kan gælde udviklingen af kliniske retningslinjer, forløbsbeskrivelser, uddannelsesforløb - både for patienter, pårørende og professionelle. Det kan også gælde små og store forsknings- og udviklingsprojekter, hvor der skabes viden om patienters eller professionelles erfaringer med at være en del af sundhedsvesenet, med patientforløb og med samarbejde.

I Videncenter for sammenhængende forløb, CVU Øresund (fra 1. januar 2008 flerfaglig professionshøjskole i Region Hovedstaden) arbejder vi med disse spørgsmål både i uddannelser og i Forsknings- og udviklingsprojekter, [www.forloeb.dk](http://www.forloeb.dk).

Er du interesseret i at udveksle viden, ideer eller tanker er du velkommen til at henvende dig!

**Litteratur**

Bodenheimer, Thomas (2003): Interventions to Improve Chronic Illness Ca-

re: Evaluating Their Effectiveness. *Disease Management*, Vol.6, No. 2.

Sundhedsstyrelsen (2005): Kronisk Sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb.



# Humanistisk sygeplejers vilkår eller vilkårlighed set i lyset af den nye struktur- og kvalitetsreform

*Af Grete Kirketerp, oversygeplejerske, cand.cur., MPM og Anne Holm Nyland, udviklingssygeplejerske, cand. cur.*

## Indledning

Siden midten af 80'erne har sundhedsvæsenet været på den politiske dagsorden. Det har medført flere politiske reformer i den offentlige sektor. Hensigten med reformerne har været en modernisering af sundhedsvæsenet med henblik på øget effektivisering og fleksibilitet samt resultatorientering. (Klausen 1999, Jespersen 2005).

Aktuelt er strukturreformen under implementering og kvalitetsreformen står for døren. Sigtet med disse reformer er at gøre Danmark til verdens bedste sundhedsvæsen (Bydam 2007). I forlængelse heraf har Kvalitetsinstituttet IKAS til hensigt at rekruttere 100 personer, såkaldte "surveyrer", som skal stå for løbende kvalitetsvurdering på sygehusene ud fra standarder i Den Danske Kvalitetsmodel (Dagens Medicin 07).

Vores fokus i denne artikel er at pege på nogle paradokser, der skaber udfordringer for den humanistiske sygepleje i paradigmeskiftet med strukturreformen og kvalitetsreformen som styrende redskaber.

Artiklens overskrifter er inspireret af Ph.d., cand. scient. adm. Dorthe Pedersens forskning om de styringspolitiske paradokser i de aktuelle reformer (Pedersen 2004).

Paradokset mellem statslig styring og kommunal autonomi

Er der et paradoks mellem statslig styring og kommunal autonomi på sundhedsområdet?

Hvis der er et paradoks, mener vi, at det skal findes i samarbejdsfladen mellem kommunerne og regionerne. Det sekundære sundhedsvæsen er i dag statsligt og regionalt styret. Både regioner og kommuner er underlagt politisk og økonomisk styring. Til forskel fra regionerne har kommunerne ret til autonomi i aftalerne med det sekundære sundhedsvæsen. Man kan således være bekymret for, om det bliver kommunernes autonomi i form af en økonomisk rationel tænkning, der dominerer frem for patientens tarv i de patientforløbsaftaler der indgås. I Region Syddanmark er der fx 22 kommuner at samarbejde med. En af fremtidens udfordringer bliver at bevare fokus på patientperspektivet frem for kommunernes autonomi. Er der 22 forskellige måder at tilrettelægge tværsektorielle forløb på, eller er det overvejende faglige hensyn, der dominerer i tilrettelæggelse af disse patientforløb? Hvordan tilrettelægges ordentlige og gode patientforløb med afsæt i evidensbaseret sygepleje, når den kliniske praksis er domineret af forskellige sundhedsaftaler med de enkelte samarbejdende kommuner?

Hvis et succesfuldt patientforløb vægtes i forhold til opfyldelse af diverse sundhedsaftaler kan man frygte, at pa-

tientens tarv, værdier og livshistorie vægtes i mindre grad. Det vil få betydning for indholdet i den sygepleje, der udøves. En sygepleje der overvejende er funderet i et positivistisk menneskesyn.

### **Paradokset mellem politisk styring og virksomhedsgørelse**

"Gør det du er bedst til - det gør vi" er et slogan man møder i en dansk virksomhed. I en privat virksomhed kan man gøre det, man er bedst til og hermed regulere sit kundeunderlag i forhold til de kompetencer, der er til stede. Fx kan privathospitaler regulere sit kundeunderlag i relation til aktuelle kompetencer og økonomiske incitamenter. I en reformtankegang betragtes *sygehuse som virksomheder* - der tales ligefrem om "firmatisering" (note 1). Men er sygehuse nu også det? Vi mener ikke, at sygehuse har reguleringsmekanismer, der svarer til de mekanismer en virksomhed har. Der er fri og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser og sygehuse forventes kontinuerligt at levere en ydelse af høj kvalitet. I et sygehusvæsen kan man således ikke frasige sig opgaver, selv om der er misforhold mellem opgavernes karakter og de tilstedeværende kompetencer. Hvilken betydning har dét for den humanistiske sygepleje, når det ikke er muligt at regulere aktiviteten, i takt med varige eller midlertidige ændringer i kompetence-sammensætning.

Virksomhedsgørelse af sygehusvæsenet efterspørger nogle generelle ledelseskompetencer af økonomiske og driftsmæssig karakter. Danske undersøgelser viser, at de færreste sygeplejefaglige ledere formår at orientere sig både mod sygeplejefagligheden og ledelsesfagligheden. Skønt sygeplejefagligheden opfattes som meget væsentlig, er det økonomiske - og ledelsesmæssige dimensioner der prioriteres. (Jespersen 2005, Elgaard Sørensen 2006, Kirketerp 2007). Hvilke konsekvenser har dét for den humanistiske sygepleje, når den fag-

lige leder ikke prioriterer faget og dets udvikling?

### **Paradokset mellem standardisering og lokal profilering**

Tidligere kunne en afdeling profilere sig på en specifik god sygepleje indenfor et givet område. Tendenserne i dag går mod standardisering af sygeplejeydelser. Hvad betyder dét for den humanistiske sygepleje? Hvad sker der med den humanistiske sygepleje i de til stadighed skærpede patientforløb?

Et skrækscenarium er, at den humanistiske sygepleje ikke længere tager afsæt i patientens værdier. Vi mener, at det bliver en udfordring at medtænke patientens perspektiv og specifikke omstændigheder i den standardiseringstendens som struktur- og kvalitetsreformen er et udtryk for.

Den Danske Kvalitetsmodel skal anspore sundhedspersonalet til at standardisere diverse ydelser, som siden kan indgå i en akkreditering. Dette gælder også for udøvelse af sygeplejefaget, hvor man opererer med begreber som Dokumentations Råd, Clearing House og Guidelines. Initiativer som på sin vis er gode og som forudsætter en bestemt optik i forhold til faget sygepleje. Nemlig en optik hvor faget anses som noget objektivt, der kan måles og vejes. Det relationelle aspekt der kendetegner humanistisk sygepleje synes således at have trange kår. Hvordan kan humanistisk sygepleje fx standardiseres og blåstemples i et Clearing House?

### **Paradokset mellem økonomisk effektivitet og faglig bæredygtighed**

Konsekvenserne af en ensidig økonomisk rationalitet i et sygehusvæsen er dokumenteret i en amerikansk sammenhæng. I USA er der gjort rede for, at den økonomiske ramme styring af sundhedsvæsenet op gennem 90'erne har haft store konsekvenser på det sygeplejefaglige område. Forud for de økonomi-

ske stramninger havde "sygepleje professionen gjort store fremskridt ved udviklingen af stærke ledere og etableret en eksemplarisk klinisk ledelsesmæssig praksis...." De økonomiske stramninger indebar mange omstrukturingsinitiativer, som blandt andet medførte en indskrænkning af sygeplejerskens ledelsesrolle og ansættelse af færre sygeplejeledere. Erfaringerne herfra er, at der blev anvendt mindre tid på den direkte sygepleje, at sygepleje-patientrelationerne blev nedprioriterede, at der var dårligere vejledning af sygeplejerskerne, og der skete en underminering af sygeplejeledelsens kliniske ledelse. Det resulterede i utilfredse sygeplejersker og personaleflugt med rekrutteringsproblemer til følge (Joint Commission 2002). Man kan med de nye reformer spørge sig selv, om ikke det kommer til at gå ligesådan i en dansk sammenhæng. For os at se, er der ikke umiddelbart nogen mekanismer, der trækker i modsat retning.

Ph.d cand.scient.adm. Dorte Pedersen (2002) spørger: "Hvad bliver der mon af ressourcer til de varme hænder?" Tilsvarende spørger vi: "Hvad bliver der af ressourcer til den humanistiske sygepleje i en tid med fokus på stordrift, tilsidesættelse af faglige kompetencer og fagligt selvstyre til fordel for virksomhedsledelse?" Andre spørgsmål der rejser sig er: Hvad sker der med sygeplejen, hvis man udelukkende skal være økonomisk effektiv? Hvordan sikres bæredygtig faglighed?

At der er orden i økonomien er ikke et entydigt udtryk for, at kvaliteten i sygeplejen er høj. De nyeste reformer, både strukturreform og kvalitetsreform, er i princippet udgiftsneutrale. Alle ved, at der bruges mange ressourcer på reorganisering og nyorientering samt udvikling og implementering af kvalitetsstandarder og kvalitetsmålinger. Hvis man fastholder, at disse tiltag skal være udgiftsneutrale kan tiden kun tages et sted - nemlig fra den kliniske praksis.

Det har man erfaringer med i en amerikansk sammenhæng, hvor det er vist, at manglende tid pga. kvalitetssikring og akkreditering, medfører at forskningsinitiativer bremses (Joint Commission 2002). I forlængelse heraf kan man frygte, at implementeringsstrategier relateret til udviklings- og forskningsresultater i klinisk sygepleje nedprioriteres. Herved vil udviklingen af faget gå i stå, interessen falder, motivationen falder osv. Hvor blev visionen for faget af? Hvor er den humanistiske sygepleje?

Denne problematik er Dansk Sygeplejeråd også opmærksom på. 2. næstformand i Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg udtaler: "*Vi agerer i et komplekst sundhedsvæsen med flere kritiske forhold. Et væsen der er svært at være ansat i og svært at være leder i. Det kan få katastrofale konsekvenser for udvikling af sygeplejen og fagets kerneområde*" (note 2)

Fortællinger fra sygeplejersker og sygeplejestuderende rundt i landet handler om et sundhedsvæsen, hvor der ikke er midler og rammer til at udføre de sygeplejeopgaver, der presser sig på. Fortællinger om, hvordan sygeplejersker ikke kan få tiden til at række og er nødt til at prioritere mellem de opgaver, der anses som grundlæggende pleje- og omsorgsopgaver - bl.a. fordi dokumentation og administrative opgaver fylder mere og mere. Der tales om et dehumaniseret sundhedsvæsen (Holen og Steenberg 2006). Hvis den indre mening med fagets kernekompetencer forsvinder, understøttes tanken om et dehumaniseret Sundhedsvæsen. Så hvordan kan sygeplejens kerneområder som omsorgsrelationer og omsorgsetik italesættes, så disse begreber bliver styrende for en høj fagidentitet og dermed (måske) medvirker til en kritisk forholden til og udmøntning af struktur- og kvalitetsreform?

Der er rejst flere spørgsmål, som ikke har entydige svar. Vi håber at spørgs-

målene kan være med til at problematisere og skærpe refleksioner over den nuværende og kommende praksis i det danske sundhedsvæsen.

Som afslutning citeres professor Patricia Moccia, som i 1988 skrev forordet i bogen *Humanistic Nursing* af Paterson og Zderad. Citatet er forsat meget aktuelt:

*"Perhaps it is time for us to turn away from the exchange between buyers and sellers, providers and consumers; and turn back to an exchange between two people trying to understand the space they share. Perhaps it is time for a shared dialogue with patients for whom the questions are most vital? Perhaps we need to hear their call and respond authentically - perhaps they need to hear us? For only then will our lived experiences in health care have any real meaning"* (Moccia 1988).

### Referencer

Bydam J. Reformen der blev væk. Synspunkt. Fagligt tidsskrift for akademiske sygeplejersker 2007;3:8-9

Dagens Medicin. Uafhængig nyhedsavis om sundhedssektoren; 11.10.07

Elgaard Sørensen E. Sygeplejefaglig ledelse - en empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen. Ph.d. afhandling. Afdeling for sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2006

Holen M, Steenberg D. Sygeplejersken 2006;13:25

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; USA 2002

Kirketerp G. Florence Nightingale - fremtidens hybridleder" en teoretisk empirisk undersøgelse af oversygeplejerskers ledelsespraksis i Danmark, Afdeling for sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2007

Klausen KK. Offentlige organisationer, strategi og ledelse. Odense Universitetsforlag, Odense 1999

Kragh Jespersen P. Mellem profession og management. Ledelse i danske sygehuse. Handelshøjskolens Forlag 2005

Moccia P. Preface in: Paterson JG, Zderad LT. *Humanistic Nursing*. National League for Nursing; New York 1988

Pedersen D. (red.). Offentlig ledelse i management staten. Forlaget Samfundslitteratur; København 2004

Pedersen D. Pas på det pæreformede bureaukrati. Administrativ debat april 2007

### Noter:

1: Karina Sehested, seniorforsker, KVL. Ph.d., cand. scient.soc. Forelæsning over temaet "Leder mellem profession, management og demokrati". Landskonference for udviklingssygeplejersker og kliniske oversygeplejersker 9.10.07.

2: Dorte Steenberg. 2. næstformand i DSR. Forelæsning over temaet Sygepleje og fagidentitet. Landskonference for udviklingssygeplejersker og kliniske oversygeplejersker 8.10.07



# Mindeord om Merry Elisabeth Scheel

*Af Birthe D. Pedersen og Erik Elgaard Sørensen*

Tidligere undervisningsleder ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole Merry Elisabeth Scheel døde den 2. november efter kort tids sygdom, 78 år gammel. Med Merry Scheels død har sygeplejen mistet en centralt placeret person, der med ildhu og stort engagement arbejdede for og med sygeplejens udvikling i teori og praksis.

Merry Scheel var uddannet sygeplejerske og videreuddannede sig indenfor sygeplejen både i Danmark og USA. I 1981 blev hun undervisningsleder ved 2. dels studiet ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet, og var en central person i videreudvikling af 2. dels studiet til SA-studiet (sygeplejefaglig afgangseksamen). Senere blev Merry Scheel én af hovedkræfterne bag opbygning af Kandidatuddannelsen i Sygepleje (cand.cur.), der begyndte i 1991. Scheel var livet igennem konstant i gang med at dygtiggøre sig. I arbejdet med at udvikle sygeplejens vidensgrundlag, blev interessen for filosofi en vigtig inspirationskilde for hende. Hun studerede filosofi ved Aarhus Universitet, blev cand. phil. i 1989, mag art. i 1991. Efter at være gået på efterløn og på trods af sygdom, blev hun tildelt ph.d. graden i filosofi i 2003.

Merry Scheel var et dybt engageret og meget vidende menneske med en stærk og varm personlighed. Endvidere meget ærlig, retskaffen og trofast. Tro mod sine venner - og tro mod sit fag og fremtrædende værdier i sygeplejen. Hun gik ikke på kompromis, når det handlede om at udvikle viden og kundskab, der kunne støtte patienten og dennes pleje på bedst

mulig måde. Merry Scheel udviklede teorien om sygepleje som en interaktionel praksis. Teorien er enestående, idet den medtænker såvel det situationso-rienterede som det samfundsorienterede perspektiv på sygeplejen. Teorien ses i dag anvendt i klinisk praksis, indenfor ledelse, uddannelse og forskning.

Merry Scheel var en meget eftertragtet foredragsholder. Hun var en ildsjæl, der var meget flittig og utrolig omhyggelig i sit arbejde. Det handlede for hende om at sikre at kvaliteten var i orden, når noget udgik fra hendes hånd. Merry Scheel var en flittig skribent i såvel sygeplejefaglige som filosofiske tidsskrifter, ligesom hun har udgivet flere bøger. I 1985 udkom bogen "Vidensgrundlag - etik og sygepleje", og i 1993 publiceredes hendes cand.phil. speciale og magisterkonferens "Hvad er et menneskes "selv" og en analyse af Habermas' diskursetik set i forhold til sygeplejefagets teori og praksis". Året efter udkom bogen "Interaktionel sygeplejepsiksis", og i 2004 udkom bogen "Viden, tavs viden og sandhed - set i en sygeplejefaglig kontekst.", som var en bearbejdning af Scheels ph.d. afhandling. Ud fra den viden, der var fremkommet i arbejdet med afhandlingen, blev bogen "Interaktionel sygeplejepsiksis" udbygget og udkom i nyrevideret 3. udgave i 2005. Scheel ønskede at teorien også skulle blive kendt ud over de nordiske grænser, og hun fik i samarbejde med kolleger udarbejdet en artikel på engelsk. En artikel som i september 2007 blev accepteret i et internationalt tidsskrift til udgivelse i begyndelsen af 2008. Merry Scheel nåede således desværre ikke at se artiklen på tryk, inden hun døde.

Mange danske sygeplejersker og stude-



rende kender og har arbejdet med teorien om interaktionel sygeplejepraksis. Lige til det sidste fik Merry Scheel henvendelser fra både sygeplejersker og også andre faggrupper, der arbejder med teorien, som ønskede at drøfte denne med hende, hvilket hun satte meget stor pris på. Således vil hendes arbejde med sygeplejens vidensgrundlag og udvikling af sygeplejen række langt ind i fremtiden.

Merry Scheel var altid nærværende, lyttende og til rådighed, når der var brug for det, hvad enten det drejede sig om faglige spørgsmål eller spørgsmål af

mere personlig art. Hun var altid klar til diskussion og drøftelse af både sygeplejens anliggender, filosofiske eller politiske spørgsmål. Hun var ligeledes meget interesseret i og optaget af livet og livets vilkår. Merry Scheels fantastiske sans for humor og hendes utrolig smittende latter vil mange mindes med glæde.

Merry Scheel var meget afholdt og en stor personlighed og hun vil fremover være dybt savnet.

Æret være Merry Elisabeth Scheels minde.

# Minneord om Elna Krogh Nielsen

*Af Kari Martinsen, professor  
(kari.martinsen@isf.uib.no)*

## **Søster Elna Krogh Nielsen (1910 - 2007)**

Søster Elna Krogh Niensens døde 22. november 2007. Med henne har Sankt Lukas Stiftelsen mistet en kjær, omtenk- som og klok søster, dansk sykepleie har mistet en tenkningens frontkjemper gjennom flere tiår, - og familie og ven- ner har mistet et omsorgsfullt og sjene- røst medmenneske. Søster Elna Krogh Nielsen var diakonisse først, sykepleier så, - men alltid et medmenneske med omtanke og interesse for de hun møtte.

### **Diakonisse først, sykepleier så ...**

Søster Elna vokste opp i Brønderslev i et indremisjonsk hjem som den eldste i en søskenflokk på åtte. Hennes far var indremisjonær, landssekretær for arbeid- dernes bibelkreds og sosialdemokrat. Som 18-åring søkte søster Elna om op- ptagelse ved Diakonissehuset Sankt Lu- kas Stiftelsen, som var fundert i Indre Misjon. Her gjennomgikk hun først søsterutdannelsen, dernest sykepleier- utdannelsen, og ble innviet som diako- nisse i 1937. Søster Elna tok videreut- danning i undervisning på Kursus ved Århus Universitet for sunnhetssyke- pleiere og ledende og undervisende sy- kepleiere i 1939-40, og var en kortere tid ansatt som underviser på Rødkilde Højskoles Sygeplejeforskole der hun og- så møtte andre markante danske syke- pleielærere (som Maria Madsen, Mar- grethe Kruse). For å dyktiggjøre seg vi- dere foretok søster Elna flere studier- eiser til de nordiske landene og England. I 1958-59 studerte hun Educational pro- gramme in nursing på Boston Univer- sity, USA, og i 1962-64 leste hun pedago- gikk og psykologi ved Danmarks Lærer-

højskole. På sine eldre dager i 1985-1989 gjennomførte hun kurs i teologi for leg- folk på åpent universitet i Århus, og i 1996 begynte hun å lese teologi ved å- pent universitet i København. I teolo- gistudiene var det spesielt de ulike lesin- ger og tolkinger av den barmhjertige samaritan som opptok henne, og som hun tenkte videre med inn i diakonisse- og sykepleiegjerningen. Denne fortellin- gen ble fundamentet for søster Elnas rike arbeidsliv, et arbeidsliv som ikke sluttet da hun fratrådte sin stilling som skoleforstanderinne i 1981. I sin aktive pensjonisttilværelse brant søster Elna spesielt for hospicesaken, en sak hun tidlig på 1970-tallet lanserte ideen om. I 1983 var hun medforfatter av en rap- port om etablering av et hospice på Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftel- sen. Det åpnet i 1992, som det første hospice i Danmark.

Søster Elna vil bli husket for sitt arbeid for diakonissegjerningen, for hospicear- beidet og for sitt arbeid for dansk syke- pleie. Hun var mangeårig skoleforstan- derinne ved Diakonissehuset Sankt Lu- kas Stiftelsens Sykeplejeskole (1959 - 1981, uformelt fungerte hun som skole- leder helt fra 1940), og leder for flere utvalg i Dansk Sygeplejeråd i 1960- og 1970-årene der sykepleieutdanningen var på dagsorden. I Dansk Sygeplejeråds utvalg arbeidet hun i flere år sammen med sin gode venninne, den katolske or- denssøsteren Benedikte Ramsing. Sø- ster Elna var også medlem av Indenrigs- ministeriets utdanningsnevn for revi- sjon av sykepleierutdanningen 1970-72, deretter dets særlige konsulent til 1974. Utdannelsesnevnsens resultater kom i 1975 med Betænkning nr. 730, også kalt den røde betenkning, der forslaget var at sykepleieutdanningen skulle være et

studium, og ikke lærlingeutdanning. Forslaget ble av økonomiske grunner ikke gjennomført, i første omgang. I perioden 1974- 77 var søster Elna medlem av Indenrigsministeriets sunnhetsprioriteringsutvalg. Søster Elna var aktiv og engasjert skribent og en skarp debattant i tidsskriftet *Sygeplejersken* gjennom flere år. Slik gjorde søster Elna diakonissegjerningen kjent i dansk sykepleie med sitt utadrettede faglige engasjement, der hun også la en solid grunnsten for sykepleieutdanningen i Danmark, med visjoner som nådde langt ut over landets grenser, og som ennå i dag er høyst aktuelle.

Ikke uten grunn er derfor søster Elnas arbeid beskrevet av historikere, sykepleieforskere og teologer i flere bøker og Ph.D.-avhandlinger, og det er skrevet flere biografier om henne. Noe av dette kan nevnes: Da Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen, som er det hjem søster Elna tilhørte, rundet 100 år i 2000, utga stiftelsen to bøker. Teologen Felix Olafsson beskriver i boken *Lukassøstre* (1997) søster Elna som den visjonære skoleleder, dyktige underviser og omsorgsfulle søster. I boken *Med glæden som verktøy. Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen 1900-2000* forfattet av teologen Liselotte Malmgart som ledd i hennes ph.d.-avhandling er det spesielt søster Elnas arbeid med hospicesaken som er trukket frem, men også naturligvis hennes arbeid som skoleleder. Da Dansk Sygeplejeråd var 100 år i 1999 skrev historikeren Wingender boken *Firkløveret og ildsjælene*. I boken er søster Elna avbildet flere steder som en engasjert taler, og i teksten er hun behørig omtalt som en utrettelig frontkjemper for sykepleie som et kall, håndverk og som en akademisk disiplin. Sykepleieforskeren og historikeren Susanne Malchau har skrevet en biografisk artikkel om søster Elna i *Dansk Kvindebiografisk leksikon*, og i *Sykeplejeleksikon* som i disse dager utgis på Munkegaard Danmark har sykepleielektor

Bente Sigvaldsen en artikkel om søster Elna. I Susanne Malchau ph.d.-avhandling *Kærlighed er tjeneste. Søster Benedikte Ramsing. En biografi* (1998), kan vi lese om et vennskap mellom to ildsjeler, og deres visjonære tanker om sykepleierutdanningen gjennom deres mangeårige samarbeid i Dansk Sygepleieråd. I sykepleieforskeren Birthe Hedegaard Larsens ph.d.-avhandling: *Anerkendelse og krænkelse* (2006) blir søster Elnas engasjement i sykepleiesaken diskutert. Søster Elna blir blant annet sitert fra en artikkel hun har skrevet i *Sygeplejersken* i 1974: "Når der i dag tales om fag, menes bl.a. et fag med en selvstendig forskning, og det er der også et påtrengende behov for." Dette utlegges slik: "Man har normalt ifølge Nielsen sagt, at sygepleie var et erhverv, men man måtte i stedet begynde å betrakte sygeplejen som et "fag". ... Nielsen slo sterkt til lyd for at sygeplejerskeuddannelsen skulle være en universitetsutdanning, at grunnvidenskabelig viden var vesentlig... men på tross av dette ga hun ikke køb på kaldet og heller ikke på sygeplejehåndverket" (s. 74-75). Med dette var søster Elna forutseende når hun allerede i 1974 slo til lyd for sykepleie som et selvstendig fag. For selv om det i 1990 kom en utdanningsreform som gjorde dansk sykepleie til et studium, synes det å være langt igjen før sykepleien er et selvstendig fag. Diskusjonen om sykepleien som et fag, og et selvstendig fag, er ikke kommet ordentlig i gang ennå.

Diakonisse først, sykepleier så, - men alltid et trofast medmenneske

Jeg ble kjent med søster Elna Krogh Nielsen da jeg for snart 20 år siden ble ansatt ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet (nå Afdeling for sygeplejevidenskab) for sammen med danske fagkolleger å være med til å bygge opp en kandidat og ph.d.-utdanning i sykepleie i Danmark. Den gangen hadde Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved

Aarhus Universitet en filial i København, og det ble mange reiser til hovedstaden. En av mine daværende kolleger, Karin Anna Petersen, - som hadde fått sin sykepleierutdanning ved Sankt Lukasstiftelsens sykepleieskole og som hadde hatt søster Elna som en omsorgsfull og myndig skoleforstander-inne og lærer - fikk ordnet det slik at jeg fikk en søsterstue på stiftelsen. Den-ne stue hadde jeg de nesten seks årene jeg bodde fast i Danmark. Det ble starten på vennskapet med søster Elna, et vennskap med utallige samtaler om Grundtvig, Kierkegaard, Løgstrup og om livet. For meg var søster Elna en

omsorgsfull og trofast venn, alltid opptatt av det jeg arbeidet med, og som hun fulgte nøye med i helt til en uke før hun døde.

Søster Elna var alltid undrende, åpen, vendt utover - opptatt av sine medmennesker. Hun var ydmyk og beskjeden, midt i sitt brennende engasjement for sine medmennesker, diakonissegjerningen, og sykepleien som kall og fag. I dyp takknemlighet over alt hva søster Elna Krogh Nielsen har gitt og betydd for diakonissesøstrene, for sine medmennesker og for dansk sykepleie lyser jeg fred over hennes minne.

# Att tänka med Foucault och Klinikens födelse

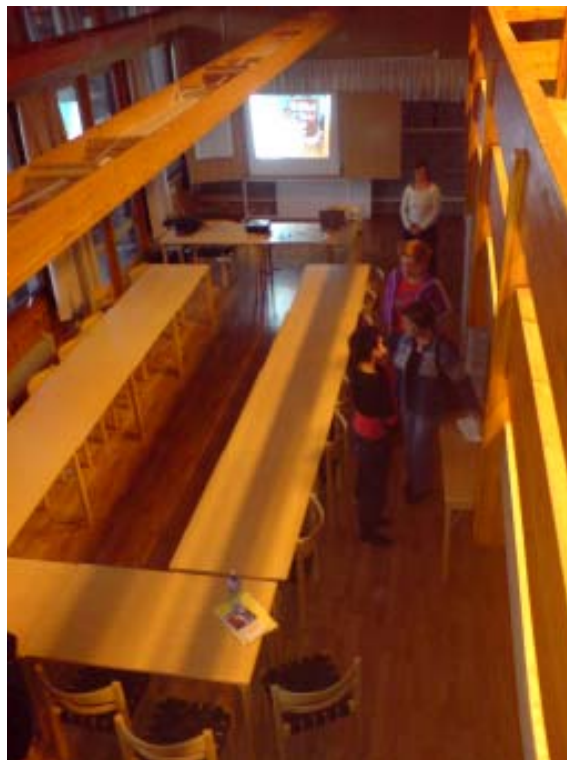
- ett nordisk nätværksseminar i  
Telemarken, september 2007

Af Kerstin Blomqvist, Leg. sjuksköterska, Dr med vet, Forskare vid forskningsplattformen för närsjukvård, Högskolan Kristianstad, Sverige, kerstin.blomqvist@hv.hkr.se

En äldre kvinna läggs in på sjukhus med svåra smärtor. Kvinnan genomgår ett antal undersökningar utan att någon diagnos blir säkerställd. Antibiotika sätts in och byts ut. Kvinnan får dropp, blir förvirrad, flyttas till en annan avdelning, blir ännu mer förvirrad, slutar äta, flyttas igen, blir orolig, skriker om nätterna och flyttas igen. Mitt i detta kaos ringer personal från avdelningen och meddelar kvinnans närstående hon är medicinskt färdigbehandlad och ska skickas hem.

Hur kommer det sig, att man ville skicka hem denna svårt sjuka och döende människa från sjukhuset? Denna och liknande situationer var något som diskuterades flitigt i en forskningscirkel för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och socialarbetare där jag deltog som cirkelledare. Målet var att vi skulle skaffa oss en djupare förståelse för helhet och helhets-syn. Vi arbetade med del-tagarnas egna berättelser om situationer som präglats av splittring och fragmentisering men som i någon del av förloppet vänt och övergått i vad vi tolkade som helhet. Berättelsen ovan fick ett "lyckligt slut" efter att de närstående krävt att kvinnan skulle få avsluta sina dagar på ett enkelrum på sjukhuset. Ett ljust och lugnt rum som möjliggjorde för dem att få finnas med och bidra till att ge kvinnan ett värdigt slut.

Med denna berättelse i färskt minne åk-



te jag till Raulandakademin i Telemark för att under en veckas tid få vistas i en vacker och inspirerande miljö och läsa och diskutera Michel Foucaults *Klinikens födelse* tillsammans med nordiska vårdforskarkollegor. Aldrig hade jag väl drömt om att veckan skulle ge mig ett nytt sätt att förstå händelser som den ovan.

Klinikens födelse kom ut första gången 1963. Bokens undertitel är *Den medicinska blickens arkeologi*. Undertiteln syftar på Foucaults strävan efter att, med hjälp av den strukturella historiebegränsningens principer, blottlägga de sociala, kulturella, politiska, ideologiska och ekonomiska förhållanden som lett fram till lasarettsväsendet och den moderna synen på sjukdom, läkarvetenskap och sjukvård.

I en föreläsning om Foucault gav Karin Anna Petersen<sup>1</sup> oss en god inblick i Mi-



chel Foucaults oppvåxt og levnad, baserad hovudsakligen på Eribons<sup>2</sup> biografi över Michel Foucault. I sann Foucault-anda stråvade Karin Anna efter att ge oss en inblick i de sociala, kulturella, politiska, ideologiska og økonomiska förhållanden under vilka Foucault våxt opp og verkat. Förhållanden som påverkat honom og hans författarskap.

Klinikens födelse ger alltså, genom att beskriva läkarvetenskapens framvåxt, förutsättningar för att förstå dagens läkarvetenskap og sjukvård. Boken ger en grund för att förhålla sig kritisk till dagens sjukvård og sjukhusvård. Via Klinikens födelse, med stöd från Karin Johannessons<sup>3</sup> medicinhistoriska texter og med Karin-Anna Petersen som reseledare fick jag under veckan nya insikter. Att sjukhusen inte i första hand hade uppstått som ett medel för att lindra sjuka människors lidande. Sjukhuset som institution fyllde istället oppgiften att skapa möjligheter för blivande läkare att se og lära diagnostik. Genom att samla många sjuka på en avgränsad plats underlättades för blivande läkare att se og jämföra många "fall", ställa diagnos og initiera medicinsk behandling. Sjukhuset oppstod också som en oppgift att skydda samhället från smittsamma sjukdomar og att värna samhällets behov av friska og arbetsdugliga medborgare.

Veckan i Rauland gav möjlighet till diskussioner i mindre og større grupper. Hur kommer det sig att vi en bit in på 2000-talet kan skicka hem en svært sjuk og döende kvinna under förvåndningen att hon är medicinskt färdigbehandlad? Hur kommer det sig att vårdvetenskap, i bemärkelsen att ge omsorg og bidra till lindring, fortfarande är underordnet utredning og medicinsk diagnos?

Men Raulandveckan innebar inte enbart läsning, diskussion, eftertanke og reflektion. Som svensk fick jag prova på norska specialiteter og norsk husmanskost tillagad og serverad med stor omsorg. De norske fjällen og den traditionella norske bebyggelsen stannar kvar i minnet. Og sis men inte minst fick jag, genom att träffa kollegor från Norge og Danmark, en grund för att skapa relationer og utveckla nätverk.

#### (Noter)

- <sup>1</sup> Karin Anna Petersen är gästprofessor vid Högskolan Kristianstad. Karin Anna har intresserat sig för förhållandet mellom praxis og teori inom sjuksköterskefältet
- <sup>2</sup> Didier Eribon (1991), Michel Foucault.
- <sup>3</sup> Karin Johannisson (), Medicinens öga. Sjukdom, medicin og samhälle - historiska erfarenheter.

# Kommentar til kommentar

*Af Jens Bydam redaktør, cand.phil.*

I oktobernummeret af dette tidsskrift skrev lederen af Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet en kommentar møntet på Karin Anna Petersens anmeldelse af Elisabeth Halls doktorafhandling, bragt i julinummet.

Det står mig ikke helt klart, hvad kommentaren går ud på.

Er synspunktet at en anmeldelse skal være neutral og refererende? Eller skal den skrives for at være diskuterende, oplysende og skabe nysgerrighed?

Som akademisk sygeplejerske ved jeg godt, hvad jeg foretrækker. Gennem den akademiske uddannelse er vi blevet trænet til at forholde os kritiske til såvel skriftlige afhandlinger som til artikler.

Det kan derfor ikke undre, at Karin Anna Petersen, i en i øvrigt sober gennemgang af Elisabeth Halls afhandling, forholder sig kritisk til dennes "cirkulære selvforståelse, begrebsforvirring og sammenblanding af teoretiske og praktiske niveauer".

Den kritiske tilgang stimulerer læseren til at forholde sig kritisk ikke blot til afhandlingen, men også til anmeldelsen. Vi afvejer for og imod, og på den måde skabes der mulighed for ny indsigt.

Måske retter kommentaren sig i stedet imod, at Karin Anna Petersen problematiserer, at fænomenet Doktorgrad i Sygepleje optræder i afhandlingens kolofon. Men Karin Anna Petersen har da ret i problematikken. Skal det Sundhedsvidenskabelige Fakultet nu til at gradbøje Doktorgraden i Medicin med en underordnet Doktorgrad i Sygepleje? For det bliver jo sådan, resten af den universitære verden vil opfatte det, og

det kan næppe være til gavn for sygeplejerskerne, der atter vil fremstå som anden rangs.

Eller kommentaren skyldes måske, at Karin Anna Petersen får indflettet en kritik af Afdeling for Sygeplejevidenskab, som man skal være meget positivt indstillet for overhovedet at kunne se relevansen i forhold til afhandlingen.

Hvis det sidste er tilfældet, ville det have klædt Kirsten Lomborg - i stedet for på lillepigemanér at stampe i gulvet og råbe: "hvis I ikke gør som jeg siger, så får I ikke lov til at lege med mine dukker" - at komme med en sober redegørelse og på den måde tilbagevise Karin Anna Petersens påstand.

For det er udelukkende gennem udveksling af forskellige synspunkter, at der skabes grobund for faglig udvikling, og det må være vejen, hvis målet er, på et tidspunkt at kunne frembringe en konstruktion, der kan benævnes sygeplejevidenskab.

Tilføjelse d. 21. december 2007

Nu ser jeg til min store undren at planlægningsgruppen for FASID's konference d. 12. marts 2008 "Akademisk kritik - hvad er meningen?" har valgt at lade Kirsten Lomborg afslutte konferencen med indlægget: "Akademisk kritik - sku det være noget særligt?"

Min undren går på, at planlægningsgruppen har tiltro til, at en person, der på en kritik reagerer snarere på børnehaveniveau end på et akademisk, kan komme med et vægtigt indlæg om akademisk kritik som afslutning på sådan en konference.

# Farvel fra en afgang formand

*af Stinne Glasdam, ph.d., cand. cur., lektor (stinne\_glasdam@hotmail.com)*

Den 18. december 2007 valgte jeg at trække mig som formand for FASID og overlade formandsposten til Kirsten Beedholm. Helle Mathar overgik dermed fra at være suppleant til at være

ordinært medlem af bestyrelsen. Grunden til min beslutning var - og er - en illoyal forvaltning af et bestyrelseskompromis vedrørende konferencen "Akademisk kritik", som afvikles marts 2008.

Jeg siger hermed tak for mange gode og arbejdsomme år i FASID og ønsker forummet lykke til frem over.

# Rettspsykiatri: et felt fylt av uutholdelige motsetninger?

Anmeldelse af: Charlotte Bredahl Jacobsens phd. afhandling: "Paradoksal psykiatri" - Etnografiske analyser af samspillet mellom plejepersonalet og pasienter i dansk rettspsykiatri". Ph.d. -række nr. 40. Københavns Universitet, Institut for Antropologi 2006.

af Christine Øye, phd.-student, Universitetet i Bergen, stipendiat Høgskolen Stord/Haugesund  
(christine.oye@hsh.no)

Avhandlingen til sosial antropolog Charlotte Bredahl Jacobsens er en etnografisk studie av dagliglivet på et lukket rettspsykiatrisk avsnitt. Hovedfokus er konstituering og håndtering av farlighet og fremmedhet og dets påvirkning av samspillet personalet og pasientene imellom. Samspillet presenteres som både komplekst, motsetningsfylt og preget av indre spenningsforhold; hvordan rettspsykiatrien både skapes av og fanges i de paradokser som konstituerer rettspsykiatrien slik den fremstår. Avhandlingen har hentet sin inspirasjon særlig av mikrososiologiske teorier á la Goffman om hvordan betydninger skapes, forhandles og håndteres og Batesons kommunikasjonsteori om paradokser.

## Et ambisiøst mål

Jacobsen har et ambisiøst mål med avhandlingen, der hun ikke bare tar mål av seg til å si noe om samspillet pleiepersonalet og pasientene imellom spesielt, men også fordrer å si noe om interaksjon generelt. Det er noe uttydelig hvordan avhandlingen kan bidra til å si noe om interaksjon generelt, da samspillet som belyses forankres i den kontekst samhandlingen utspilles i - en kontekst som er svært spesiell både når det gjelder

fysiske, sosiale og kulturelle rammer. Dette til tross, så er avhandlingen et vesentlig bidrag for å forstå noe mer om mikrososiologiske prosesser i en helse-tjeneste kontekst der dørene er lukket, og de som skal hjelpes er plassert i samfunnets nedre - og ytterkant. Pasientene har en historie preget av koblingen mellom psykisk sykdom, kriminalitet og ofte etnisk fremmedhet. Forfatteren trekker gjennomgående i hele avhandlingen frem spennvidden i interaksjonen mellom pleiepersonalet og pasientene. På den ene side en interaksjon preget av forsøksvis innlevelse, kjennskap, nærhet og forståelse, og på den annen side et samspill farget av fremmedhet, avstand og kategoriseringer. På mange måter er det ytterpunkter i mellommenneskelig interaksjon som belyses i denne avhandlingen; et påtvunget nærvær til pasientene og samtidig en avstandstagen gjennom farlighets, usikkerhets - og uforståelighetsopplevelser.

Spennvidden i interaksjonen pleierne og pasientene imellom kobles i kapittel 4 til pleiepersonalets dobbeltrolle - der pleiepersonalet både skal være hjelper og samtid være samfunnets vokter og derav utøver av kontroll. Jacobsen setter særlig et skapt blikk i dette kapitlet på den tvetydige - og dobbelt rolle man skal utøve som pleier og samfunnsaktør, der man som sykepleier både skal drive terapi i form av å gjøre de farlige pasientene i stand til et liv utenfor institusjon og samtidig beskytte samfunnet mot de samme mennesker. Avhandlingen går med denne analysen helt inn på klingen i ett av psykiatriens hovedspørsmål og dilemma: Hvem er psykiatrien for og hva er dens mest sentrale oppgave - beskytte samfunnet eller den enkelte



pasient? Skal det bedrives hjelp og støtte eller kontroll? Disse to posisjoner; hjelp versus kontroll analyseres ikke som gjensidig utelukkende, men som gjensidig betingende. Den støttende hjelp inngår som en del av den kontroll som skal utøves og det arbeidet pleiepersonalet er satt til å utøve.

### Sykepleiens humanistiske idealer

I kapittel 5. videreføres noe av de tve-tydigheter og paradokser som ble diskutert i kapittel 4, der forfatteren tar for seg sykepleiens humanistiske idealer; å inngå i medmenneskelige relasjoner til pasienten i en kontekst der pasientene er lagt inn på tvang og ofte ikke ønsker å være der. Søkelyset rettes derfor både mot personalets strategier og pasientstrategier; hvordan pleiepersonalet søker å inngå i en relasjon med pasientene i den hensikt for å få de til å åpne opp og samtidig hvordan pasientene av ulike grunner er redd for å åpne opp. For personalet vil det å danne en relasjon til pasienten ble ansett som helt vesentlig for å få fremgang i et behandlingsforløp og av sikkerhetshensyn. For pasientene derimot, ville de vegre seg mot å slippe personalet for nær, da de kanskje vil oppdage noe som gjør at de blir holdt lengre tilbake på institusjon. Søken etter kontakt og dybder hos "den farlige" blir analysert i lys av kulturelle forestillinger om mennesket, og menneskets beskaffenhet; bestående av både å ha en fasade og noe inne i. Dette er forestillinger som både personalet og pasienten ville kunne kjenne seg igjen i, der pasienter "kalkulerte" med det å ikke vise frem sitt indre men en fasade, og personalet en idé om at det man kan lære å kjenne pasientenes indre gjennom å bli kjent med pasienten.

### Fremmedhet

I kapittel 6 belyses sykepleiers håndtering av fremmedhet, samt en diskusjon om grensene for forståelse av denne fremmedhet. Jacobsen beskriver hvor-

dan pleiepersonelt søker å overskride fremmedheten de møter; hvordan de gjør forsøk på å overgå det ugjenkjenne- lige gjennom søken etter å forstå. Pleie- personalet søker en større sikkerhet gjennom en søken etter å forstå, og dermed blir det å forstå en forutsetning for kontroll. Samtidig blir pasientene kate- gorisert gjennom farlighet og det ufor- ståelige, slik at det skapes en avstand. Disse kategoriseringer og tolkninger av pasientene preges av en sykdomsforstå- else; de farlige forstås som syke, noe som gjør dem forskjellig fra andre mennesker og dem selv. Avslutningsvis i dette kapitlet retter Jacobsen en betimelig kritikk mot sykepleie praksisen; at pleiepersonalet kommer for kort med kun å anvende forklaringsrammer i for- tolkninger av pasientene og ikke forstå- elsesrammer som innebærer innlevelse og empati - en prospektiv viten til for- skjell fra forklaringer som er retrospek- tive.

### Kime til frustrasjon

I kapittel 7 diskuteres hva pleiepersona- let selv opplever som kime til stor fru- strasjon; pasientenes bruk av illegale stoffer. I dette kapitlet løftes frem ulike forklaringsrammer som anvendes i forklaring av stoffmisbrukeres atferd; skal ansvaret for misbruket ligge hos misbruker selv som en intensjonell handling *eller* som en sykdom, og derav fravær av eget ansvar? Videre løftes frem hvordan disse ulike forklarings- rammer preger samspillet mellom pleie- personalet og pasientene; hvordan per- sonalet hele tiden søker å finne ut om pasientens anses som mer ansvarlig enn uansvarlig. Grader av ansvarlighet og selvstendighet viser seg i normbrudd, der det gies av pleiepersonalet et visst rom for normbrudd som anses som et tegn på handlekraft.

I de siste to kapitler rettes søkelyset på hvordan pleiepersonalet forholder seg til grenseoverskridende atferd og norm- brudd som f.eks kriminelle handlinger i

en kontekst der personalet primært er satt til å forvalte den "syke" siden ved pasienten, og ikke den kriminelle. Likevel må personalet forholde seg til den kriminelle siden av pasienten, særlig i forhold til spørsmål om frihet, utgang, besøk etc. I dette kapitlet trekker hun frem hvordan personalet nøye diskuterer og overveier hva som kan ligge bak en pasients kriminelle handlinger. Det blir vesentlige vurderinger i den hensikt å kunne bedømme en persons farlighet, for egen og andres sikkerhet. I den forbindelse lager personalet i rettspsykiatrien seg ulike forklaringsmodeller for å overkomme disse utfordringene.

Tre ulike forklaringsmodeller løftes frem når forholdet mellom sykdom, kriminalitet og moral diskuteres.

Det ene modell dreier seg om en amoralisk kriminalitet, der personen ikke kan stilles til ansvar for sine gjerninger grunnet sykdom i gjerningsøyeblikket. Disse pasienter har ofte vært psykotiske, men det er ikke koblet til en del av deres personlighet; det er sykdommen som handler.

Det andre dreier seg om umoralisk kriminalitet, som ofte forbindes med personlighetsforstyrrete pasienter, der det ikke er mulig på samme måte å skille mellom hvem man er og hva man gjør.

Den siste modell som diskuteres er basert på forestillinger om pasienter som har begått æresdrap, der det utspilles en tvil om det er snakk om moral eller umoral knyttet til kulturelle kodekser forbundet med pasienter fra midt-østen. Hos disse pasientene er man i tvil om det i det hele tatt er snakk om sykdom. Jacobsen knytter forholdet mellom kriminalitet, sykdom og person til vestlige forestillinger om mennesket; mennesket som essens - at man kan skille en persons handlinger fra hans væren. Det blir derfor vesentlig for vestlige terapeuter å endre subjektet; hva pasienten *er* og ikke hva pasienten *gjør*

i denne sammenheng forstått som sosial kontroll av væren, og ikke av handlinger.

### Styrker og svakheter

Jacobsen får på en overbevisende måte belyst hvordan pleiepersonalet i dansk rettspsykiatri "åler seg frem" i feltets komplekse irrganger. Pleiepersonalets store plass i avhandlingen, gjør at man sitter ned et inntrykk at pasientene blir noe oversett. Pasientenes diskusjoner, oppfatninger og livsanskuelser bringes ikke like utførlig på banen som pleiepersonalets. Det kan både ha noe med tilgang og hvem man har blitt identifisert med å gjøre, og ikke nødvendigvis som en forsømmelse.

Avhandlingens styrke ligger i dens mikrososiologiske analyser av dagliglivets finurlige samspill preget av paradokser, spenninger, selvmotsigelser og kongruenser som dette felt rommer. Skal det først pekes på noen svakheter i denne avhandling, savnes det en større grad av kobling mot makroprosesser. Avhandlingen kunne ha profilert på en tettere kobling, ikke bare mot kulturelle forestillinger om mennesket (særlig det "farlige syke mennesket"), men også analyser koblet mot byråkratiske rammer. Her kunne Jacobsen ha trukket inn paradokser i sentrale danske byråkratiske føringer, og forankret dette helt ned på praksisnivå.

Jacobsens avhandling er ikke en studie av psykiatrisk sykepleie med påfølgende teoriutvikling, men avhandlingen kan likevel bidra inn på utvikling av feltet psykiatrisk sykepleie. Avhandlingen har ikke bare relevans for en videre diskusjon om betraktninger om farlighet, psykisk sykdom og fremmedhet og ulike koblinger mellom disse, men i enda større grad kan avhandlingen være et vitalt og vesentlig bidrag i en videre diskusjon om humanismens plass i sykepleiefaget. Det være seg både humanismens muligheter, men også ikke

minst humanismens begrensninger i kontekster der dører er lukket, og pasientene er fratatt helt basale muligheter for livsutfoldelse. Er det mulig både å være "løpejente" for samfunnets kontroll av moralsk og fysisk farlighet, og samtidig ivareta humanistiske idealer? Og ikke minst, er det for sykepleiere

mulig å holde ut et hverdagsliv i rettspsykiatrien i lengden med så mange utfordringer og motsetninger? Dersom man tenker at livet på en rettspsykiatrisk institusjon er uutholdelig, hvordan kan man som sykepleier arbeide byråkratisk og politisk for å endre de rammer man omgies av?

# At være døende hjemme - hverdagsliv og idealer

Anmeldelse af Mette Raunkiærs afhandling *At være døende hjemme – hverdagsliv og idealer* er udgivet af Lunds Universitet, Socialhøgskolan, Box 23, 221 00 Lund, Sverige

*Anmeldelse af Arne Kolsum, Cand. cur., forstander, tidligere hospiceleder*

Sygeplejerske, cand. scient. soc. og ph.d. Mette Raunkiær har med sin ph.d. afhandling med ovenstående navn, bidraget værdifuldt til viden om døende menneskers og deres pårørendes oplevelse af hverdagen i hjemmet.

I en tid, hvor der er stor interesse for og megen fokus på uhelbredelig syge og døendes vilkår i det danske samfund og sundhedsvæsen, giver Mette Raunkiærs forskningsarbejde et kvalificeret indblik i og forståelse for, hvordan mennesker med en uhelbredelig sygdom og deres pårørende oplever tiden i hjemmet op til og i forbindelse med døden.

Den sundhedsvidenskabelige og sundhedsteknologiske udvikling i den vestlige verden har gennem flere årtier resulteret i en tiltagende mangel på accept af døden. Man forventer, at videnskab, teknologi og medicin skal kunne kurere sygdom og dermed udsætte livets afslutning. Konsekvensen heraf har været fremmedgørelse overfor og til tider fornægtelse af døden. Følgevirkningerne har bl.a. været, at uhelbredelig syge og døende i en vis grad er blevet fagligt uinteressante, tilsidesat og til dels glemt.

Fra en gang at være en naturlig afslutning på den jordiske tilværelse er døden blevet noget fremmed, som mange mennesker har svært at forholde sig til, håndtere og at tale om. Denne tendens

har på den ene side sat sit præg på befolkningens og de fagprofessionelles holdning til døden, men på den anden side givet grundlag for en modreaktion i form af f.eks. hospicebevægelsen, etablering af interessegrupper, politiske målsætninger, uddannelse i palliation m.m..

Det er interessant at bemærke, at på samme tid som døden er blevet et tabubelagt emne, er den også et emne, som tiltrækker megen opmærksomhed og tillægges status. F.eks. er det attraktivt for både sygeplejersker og frivillige at virke i hospiceverden. Livets afslutning og den uhelbredelige syge og døende er et populært og ofte valgt tema i eksamens-, udviklings- og forskningsprojekter.

Mette Raunkiærs afhandling må kunne betegnes som en del af denne modreaktion i og med, at afhandlingen er skrevet "*med henblik på at give os mere viden om døendes hverdagsliv hjemme og de udfordringer familierne står over for, når et familiemedlem er uhelbredeligt sygt og døende*".

Mette Raunkiærs arbejde består af følgende tre dele:

## Del I Baggrund

- en beskrivelse og diskussion af afhandlingens videnskabsteoretiske tilgang, som er socialkonstruktionisme
- gennemgang af tidligere forskning og teoretiske perspektiver på døden og døende med fokus på sociologiske, psykologiske og filosofiske perspektiver
- en beskrivelse af det palliative felt i Danmark



## Del II Aktørperspektiver

- en feltstudie i forhold til ni døende personer og deres familier i perioder fra 5 uger til 13 måneder, samt interview med ni hjemmesygeplejersker og en social- og sundhedsassistent
- en præsentation af feltstudiets resultater vedr. forhold, som har betydning for den døende, herunder:
  - hverdagslivet med døden (familien, hjemmet, at dø til tiden, hverdagens rutiner og kontinuitet)
  - de vanskelige emner (at tale om døden, den døendes opholdssteder, de intime situationer)
  - hjemmesygeplejerskens opgaver og forestillinger herom (medicin og
  - medicindosering, kliniske opgaver, om at tage, have og afbryde kontakt)
  - konklusion af feltstudiet

## Del III Samfundsmæssige perspektiver

- beskrivelse af analysestrategi for diskursanalyse af sundhedspolitiske konstruktioner om "den gode død"
- præsentation og analyse af seks danske sundhedspolitiske rapporter fra perioden 1985 til 2006 indeholdende konstruktioner om "den gode død"
- diskussion og konklusion af "den gode døds" diskurser

## Del IV Afslutning

- diskussion af resultater fra feltstudie og diskursanalyse

Afhandlingens opbygning er overskuelig og logisk i den forstand, at den starter i afsnit I med at indføre læseren i forskerens videnskabsteoretiske ståsted og afsæt. Herefter følger gennemgangen af de forskellige perspektiver på døden, hvilket giver en fornemmelse af hovedtemaets kompleksitet. Efterfølgende får man en kort indføring i palliationens forholdsvist korte historie i Danmark.

I afsnit II, som er den mest omfattende del af arbejdet, når man frem til det, som afhandlingen primært handler om - at indkredse og beskrive hvordan hverdagslivet er for studiets ni uhelbredeligt syge og deres pårørende. Tekstens citater fra de syge, de pårørende og omsorgspersonalet bidrager til at levendegøre personer og situationer, som reelt er gået over i historien.

Efter afhandlingens afsnit III, hvor man får gennemgået de seks sundhedspolitiske rapporter fra henholdsvis Sundhedsstyrelsen og DSI, føres læseren videre til afsnit IV, som lidt dristigt må betegnes som arbejdets højdepunkt. Diskussionen af feltstudiets resultater i forhold til rapporternes politiske målsætninger vedr. "den gode død" er spændende læsning. Enhver, som interesserer sig for hvorfor man behandler døende, som man gør i dagens Danmark, bør og vil have glæde af at læse dette afsnit.

At læse Mette Raunkiærs afhandling er både en udfordring og en glæde. Udfordringen består i, at for at få det fulde udbytte af læsningen, kræver det erfaring med at læse videnskabelige arbejder og rapporter samt, at det fordrer tålmodighed og vedholdenhed i forhold til ønsket om at nå frem til resultater og konklusion.

Jeg har mødt sygeplejersker og studerende på både bachelor og diplom niveau, som er meget optaget og betaget af Mette Raunkiærs arbejde, men som har haft svært ved at tygge sig igennem afhandlingen. Mange giver udtryk for, at de kunne ønske sig en "light udgave" og/eller høre Mette Raunkiær live, fortællende om sit arbejde. Som sygeplejersker er vi trænet i at hurtigt søge frem til problemløsninger. Der skal jo handles!

Hos Mette Raunkiær findes der ikke anvisninger til lette og hurtige løsninger. Man bliver nødt til at give sig god

tid, til at tænke og forstå, inden man kan omsætte hendes viden/forskningsresultater til praktisk handling.

Glæden ved at læse afhandlingen opstår, når man gir sig tid til at dvæle ved detaljerne og nyde kvaliteten. Arbejdet er et glimrende eksempel på et feltstudie og et videnskabeligt arbejde indenfor den valgte videnskabsteoretiske tradition. Formen er klar og stringent, og kan bruges som forbillede for andre forskere

og opgave/specialeforfattere. En forstærkende faktor er, at man som fagperson med erfaring i feltet både får bekræftet og dokumenteret noget man vidste i forvejen, og man får tilført ny viden.

Mette Raunkiærs ph.d. afhandling bør læses af fagfolk og lægfolk, som beskæftiger sig med, interesserer sig for eller ønsker at forstå mennesker, som står overfor livets afslutning og døden.

# Når trætheden får mening

Anmeldelse af: "Velværeoplevelser hos motionerede kræftpatienter med træthed". Af Gitte Sylvester Jensen. Kandidatspeciale, nr. 125/2007, Århus Universitet

Af Anne Prip, *cand.mag.*, adjunkt ved Sygeplejerskeuddannelsen København, CVU Øresund.  
(*anp@sud.regionh.dk*)

Gitte Sylvester Jensen har, som afslutning på sit *cand.cur.studie*, lavet en kvalitativ undersøgelse af, hvilken betydning det har for kræftpatienter at dyrke motion i sygdoms- og behandlingsforløbet. Formålet med undersøgelsen er at beskrive og udvikle viden om, hvorledes velværeoplevelser manifesterer sig hos motionerende kræftpatienter. I her-værende anmeldelse er der særligt lagt et analytisk blik på afhandlingens tema og metode.

"Trætheden var der hele tiden, det er som om leddene ikke kan bære dig, det er arme og ben... ja hele kroppen er træt" (s.36). Således skildrer en af informanterne, hvorledes trætheden sætter sig i hele kroppen som influenzalignende symptomer. For mennesker med kræft er træthed en af de mest invaliderende bivirkninger til sygdommen og behandlingen af denne. Derfor er det et meget vigtigt emne, Jensen sætter fokus på. Der er de senere år lavet flere undersøgelser, som konkluderer, at motion har positive effekter på både fysiske og psykiske funktioner. Jensen påpeger, at disse undersøgelser hovedsagligt har fokus på fysiske gevinster ved at dyrke motion, som eksempelvis muskelstyrke og kondition. Jensen argumenterer for, at der mangler viden om på hvilken måde, velværefølelsen og en øget livskvalitet kommer til udtryk hos patienter, der dyrker motion. Hun ønsker således at undersøge, hvordan motion på-

virker kræftpatienters *hele* liv i positiv retning.

## Teoretisk og metodisk ramme

Undersøgelsen tager videnskabsteoretisk afsæt i en fænomenologisk forskningsgang, som den udlægges af Edmund Husserl og særligt af Maurice Merleau-Ponty. Den amerikanske sygeplejeteoretiker Katharine Kolcabas' velværemodel er valgt som afhandlingens sygeplejefaglige ramme til belysning af, hvorledes velværeoplevelsen kommer til udtryk og manifesterer sig hos de motionerende kræftpatienter. Kolcabas' model indeholder to dimensioner. Den første dimension indeholder tre velværestilstande: *Relief* (at føle lindring), *ease* (at føle glæde og tilfredshed) og *transcendence* (at føle sig psykisk styrket). Den anden dimension indeholder fire forskellige sammenhænge, hvori velværestilstandene kan forekomme (en *fysisk*, en *psykisk og åndelig* og en *socio-kulturel* sammenhæng samt en sammenhæng, der har med de *ydre omgivelser* at gøre, som eksempelvis lyd og støj). Modellen kommer således til at bestå af et skelet af 12 celler, der ifølge Jensen hver især repræsenterer en tilstand af velvære, men samtidig danner de 12 tilstande en indbyrdes sammenhæng.

Det empiriske materiale udgør fire kvalitative interviews. Jensen er i sin analyse af sit materiale inspireret af den norske professor dr. med. Kirsti Malteruds analysemodel. Malterud er i sin analysemetode inspireret af fænomenologien, særlig den amerikanske psykolog Amedeo Giorgi, som netop baserer analysemetoden på Husserl og Merleau-Pontys idéer, hvilket således stemmer godt overens med Jensens videnskabsteoretiske udgangspunkt.

## Undersøgelsens resultater

Undersøgelsen viser, i tråd med tidligere

undersøgelser, at trætheden ikke forsvinder eller bliver mindre ved, at kræftpatienter dyrker motion, *men* at den beskrives som en anden og mere positiv træthed. En væsentlig pointe i afhandlingen er således, at trætheden gennem motionering transformeres til en mere positiv form og skildres, af de interviewede, som en motionsrelateret træthed og opleves derfor mere meningsfuld.

Undersøgelsen peger på, at kræftpatienterne oplever kropsligt velvære ved at dyrke motion. De finder stor glæde ved at *mærke* kroppen, og at den fungerer, på trods af kræftsygdommen. Jensen fremhæver, at motionen kan være med til at genskabe noget af den tabte kontrol, som sygdommen uvilkårligt bringer med sig. Undersøgelsen viser, at motionen har en symbolsk betydning for de kræftramte i forhold til at bevare herredømmet over livet og håbet om, at livet vil bestå.

Jensen skildrer i sin undersøgelse, hvorledes motion kan skabe et *frirum* samt skabe en *forglemmende tilstand* omkring sygdommen for kræftpatienterne. For mig rejser der sig spørgsmålet, om kræftpatienterne i en vis forstand "løber" fra konfrontationen med de eksistentielle grundvilkår, og dermed skaber et tiltrængt "frikvarter" fra sygdommen og "sygerollen"? Jensen fremhæver netop i sin afhandling, hvorledes motionen kan nedtone sygerollen og give kræftpatienten en følelse af normalitet og raskhed, ligesom motion kan give en følelse af struktur og kontrol over hverdagen. En vigtig pointe er, at det at motionere betyder, at kræftpatienterne kan mere, end de har forestillet sig, og undersøgelsen bryder således med vores forforståelse om, at (kræft)syge skal have ro og hvile.

### Diskussion af undersøgelsen

Jensens argumentation for at vælge Kolcabas' velværemodel var at anlægge et holistisk syn på velværefænomenet,

som rummer både fysiske, psykiske samt sociokulturelle aspekter. Nogle aspekter belyses dog i højere grad end andre. Et aspekt, der ikke direkte er undersøgt, er sammenhængen mellem angst, træthed og velvære. Jensen beskriver, hvordan flere kræftpatienter fremhæver, at angstfølelse, magtesløshed, uvished og spekulationer over fremtiden opleves som væsentlige faktorer for graden af trætheden. Informanterne fremhæver især psykologiske faktorer, som årsag til trætheden. Trætheden bliver således i mindre grad forbundet med selve sygdommen og behandlingen af denne. Jeg mener således ikke, at motion kan være *hele* svaret i forhold til at lindre kræftpatienternes træthed, men at der også er nødt til at sættes ind i forhold til angsten.

Hvorvidt angst og depressive tanker kan lindres som følge af den fysiske aktivitet, er ikke direkte undersøgt, men det fremhæves af Jensen at have en vis indflydelse på kræftpatienternes humør og sindsstemning.

Kolcabas' velværemodel retter opmærksomheden på, at velværeoplevelser er komplekse og mangfoldige. Modellen har inspireret Jensen i udformningen af hendes forskningsspørgsmål. Ligeledes ekspliciterer Jensen, at Kolcabas' model er *sat i spil* i analysen, og opmærksomheden i analysemodellen netop er skærpet i forhold til Kolcabas' tre tilstande af velvære. Dette har antageligt hjulpet Jensen i hendes strukturering af hendes materiale, men har uundgåeligt influeret på hendes udvælgelse af materiale, samt hvad hun har spurgt ind til samt forfulgt i interviewene. Som læser kan man have oplevelsen af, at der i analyseprocessen mistes væsentlige nuancer, når Jensens ni umiddelbare temaer, der fremkommer af materialet, opdannes til seks koder, der alle er transformeret til Kolcabas' kategorier. Eksempelvis kan man være nysgerrig på, hvordan motionen påvirker kræftpa-



tientens sociale relationer og deres mulighed for deltagelse? Det er selvfølgelig ikke muligt for Jensen, trods en stor gennemsigtighed i analysen, at explicitere hele analysen. Alligevel mener jeg, at det kan diskuteres, hvorvidt Jensen har arbejdet stringent med den fænomenologiske metode, idet faren ved en model unægtelig vil være, at man kan komme til at overse nuancer, der ikke passer ind i en given model. Spørgsmålet er, mener jeg, i hvor høj grad det har været muligt at sætte modellen (den teoretiske forforståelse) i parentes, og om hun, som Husserl udtrykker det, er *gået til sagen selv*. Jeg mener, Jensen snarere har ladet sig inspirere af fænomenologien i hendes undersøgelse af velværeoplevelsen hos motionerede kræftpatienter.

Fokus i afhandlingen er, hvilken indflydelse motionen har, på hvordan de kræftramte oplever trætheden, deres (syge) krop, deres sygdomsopfattelse, samt hvorledes motion har betydning for deres mestring af sygdommen. Man kan være nysgerrig på, hvilken betydning motion har for de kræftramtes hverdagsliv, herunder motionens indflydelse på de sociale relationer. Ændrer motionen de kræftramtes mulighed for at deltage i livet omkring dem? De sociokulturelle perspektiver er således i

mindre grad blevet belyst.

Jensen konkluderer i sin undersøgelse, at selv om motionerende kræftpatienters oplevelse af velvære er unikke og situationsbestemte, rummer de nogle kendetegn, der kan kategoriseres inden for rammen af Kolcabas' velværemodel: Velvære som lindring, velvære som glæde og tilfredshed samt velvære som psykisk styrke. Undersøgelsen bekræfter ligeledes, i tråd med foreliggende litteratur, at træthedssyndromet er et udbredt problem hos kræftpatienterne. Hun peger på motion, som sundhedsfremmende sygeplejeinterventioner, der kan øge velværet, og bryder således med tidligere forestilling om, at kræftpatienterne skal aflastes og have ro og hvile. Hvor der tidligere har været fokus på begrænsningerne ved trætheden, fremhæver Jensen det væsentlige ved at se motion ud fra et sundhedsfremmende perspektiv, idet fysisk træning har stor betydning for kræftpatienters oplevelse af velvære. Afhandlingen kan, som Jensen fremhæver, være med til at rette opmærksomheden mod etableringen af sundhedsfremmende sygeplejeinterventioner, der kan øge velværet. Trætheden kan altså lindres og blive lettere for kræftpatienterne at leve med, hvilket er en meget vigtig pointe i Jensens afhandling.

# Interaktioner i hjerterehabilitering

Anmeldelse af: "Sygeplejerskers samspil med patienter under hjerterehabilitering - en grounded theory inspireret undersøgelse" af Helle Enggaard Pedersen. Kandidatspeciale, Århus: Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. 2007.

af Maj Siercke. *Master i sundhedspædagogik, underviser, Hillerød Sygeplejeskole*

(*Maj.Siercke@sygeplejeskolen-Hillerod.dk*)

Som afslutning på cand.cur studiet har Helle Enggaard skrevet speciale om samspillet mellem sygeplejersker og hjertepatienter under rehabilitering i hospitalsregi. Udgangspunktet er en grounded theory inspireret undersøgelse, hvor hensigten er at beskrive sygeplejerskers intentioner for og strategier i samspillet.

Formålet med undersøgelsen er ikke at beskrive, hvordan hjerterehabiliterings-sygeplejersker bør interagere med patienter, men hvordan interaktionen reel er i praksis. Sygeplejerskers interaktion i patient- sygeplejerske samspillet under hjerterehabilitering i hospitalsregi et bredt og åbent undersøgelsesfokus, der via litteraturgennemgangen viser et område, som fordrer yderligere afdækning.

Afhandlingen indleder med en beskrivelse af de medicinske og epidemiologiske forhold ved hjertekarsygdom. Der henvises til den nyeste udgave af Hjertestatistik (Videbæk & Madsen 2004) udgivet af Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed. Det kan derfor undre, at der senere i afhandlingen henvises til Hjerteforeningens publika-

tion "Rehabilitering af Hjertepatienter" fra 1997 i stedet for den nye udgave i 2004: "Hjerterehabilitering på Danske Sygehuse", udgivet af Netværk af forebyggende sygehuse, Dansk Cardiologisk Selskab & Hjerteforeningen.

Helle Enggaard udfolder baggrunden for grounded Theory og argumenterer for de valg der gør det til en grounded theory inspireret undersøgelse. Hendes hensigt er at udvikle viden der beskriver ovennævnte samspil. Metoden er kvalitative interviews med rehabiliterings-sygeplejersker og deltagerobservation i hjerterehabiliteringsmøder.

Gennem interview og observation kommer der interessante udsagn frem fra patienter og sygeplejersker, som er oplagt at se på i en sundhedspædagogisk kontekst. Selvom det ikke er afhandlingens intention at se på disse begreber, vil jeg alligevel gerne kommentere visse udsagn, som det ville have været oplagt at inddrage i en sundhedspædagogisk kontekst og med relevant sundhedspædagogisk litteraturinddragelse. Enggaard inddrager relevant litteratur i forhold til strategier, der skal fremme refleksion og forståelse og i forhold til intentionen om at anvende patientrelateret viden. Perspektiveringen rummer dog tanker om at inddragelse af effektiv hjerterehabilitering og interaktive undervisningsmetoder. Sygeplejerskerne taler om ...*"forskellene mellem patienterne kan blive for store... og bliver for komplekst"* (s.35). Hvis en rehabiliteringsenhed ikke sørger for at sammensætte rehabiliteringsgrupperne ud fra alder køn og diagnose vil det give vanskeligheder som beskrevet ovenfor. Den fysiske træning, der tilbydes i en rehabiliteringsenhed, skal f.eks. både kunne tilgodese den

midaldrende mand, som har behov for at vise maskulin styrke, og den ældre dame som ikke kan lide at svede. Den fysiske træning, som er beskrevet, lader ikke til at leve op til disse krav, hvilket får betydning for, hvorvidt patienter fortsætter med den fysiske træning, når rehabiliteringsforløbet er slut. En af patienter fortæller, at han får dækket behovet for fysisk aktivitet gennem hårdt arbejde.

Sygeplejersken forsøger i dialogen at overbevise patienten om at der er forskel på motion og hårdt arbejde. Sygeplejersken siger:..."*jeg var lige ved at komme op at køre. Det er nok fordi jeg selv er optaget af, at motion skal være på den rigtige måde... hårdt arbejde er ikke motion for mig, jeg går også mange skridt på arbejde, men det er ikke motion*" (s.38). Set i lyset af Sundhedsstyrelsens definition af fysisk aktivitet/motion er det ikke den professionelle tilgang, som er højsædet i relation til hjerterehabiliteringspatienten. Patientens daglige fysiske aktivitet bør derimod opmuntres, og den faglige argumentation er yderligere effekt af effektiv kredsløbs-træning, og de dokumenterede effekter af dette er f.eks. en positiv stigning i det kolesteroltal HDL efter tre måneders træning. Her analyserer Enggaard dialogen om hårdt arbejde og motion, hvor det ses som en udfordring for sygeplejersken at tage afsæt i patienternes erfaring, og ifølge Zoffmann er det i spændingsforholdet mellem folk, at forandringspotentialer ligger, og i overensstemmelse med Løgstrups magtanalyse. Det peger på betydningen af ikke at undgå modsætninger og uenighed, men tåle, udholde og udforske disse sammenhænge sammen med patienterne. Det lader også til, at sygeplejerskerne har den holdning, at viden i sig selv gør, at patienterne træffer de rigtige valg, og at man ikke skal blande sig i patientens livsstil.

Det konkluderes, at sygeplejerskerne i

samspillet med patienterne anvender tre generelle strategier:

- Det at lære patienten at kende relateres til måden, hvorpå der opnås kendskab til de enkelte patienter, hvilket sker ved at tale til, med eller om patienterne
- Formidle viden gennem dialog eller undervisning
- At hjælpe patienten, hvilket viser sig ved at hjælpe patienten til selvhjælp eller hjælpe patienten mod bestemte mål

Enggaards undersøgelse bidrager med et øget refleksionsgrundlag for andre sygeplejersker i forhold til at skabe bevidsthed om egen funktion under hjerterehabilitering i hospitalsregi.

Imidlertid indeholder afhandlingen så mange spændende aspekter, at der er rige muligheder for andre og videregående analyser f.eks. i et sundhedspædagogisk perspektiv, eller såfremt perspektivet og intentionen havde været at se på, hvordan sygeplejersker kan motivere hjertepatienter til livsstilsændringer. Udsagn fra sygeplejersker og patienter i undersøgelsen viser med alt tydelighed, at der fortsat er behov for efteruddannelse inden for feltet.

Enggaard har løftet et lille flig af et stort, komplekst og yderst relevant område inden for hjerterehabiliteringen.

# Sygeplejerskens samarbejde med ældre patienter i genoptræningsforløb efter hoftebrud

Anmeldelse af Marianne Nybro Grum's kandidatspeciale ved Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Århus Universitet nr. 127/2007

*Anmeldt af Gitte Reventlov Husted SD, cand.cur. forskningssygeplejerske, Forskningsenheden ved Kvalitets-, Forsknings- og Udviklingsafdelingen, Hillerød Hospital.*

Det fremhæves i specialet, at der sundhedspolitisk, sundhedsprofessionelt og fra flere patienters side stilles krav om større patientdeltagelse og indflydelse i samarbejdet mellem patienter og sundhedsprofessionelle, men at det ikke er tydeligt defineret, i hvilken udstrækning patienterne vil, kan og må deltage i samarbejdet med de sundhedsprofessionelle.

Marianne Nybro Grum undersøger, hvilken viden der aktuelt foreligger om begrebet sygeplejerske-patient samarbejde og hvilke muligheder og begrænsninger, Guidet Egen Beslutning har, i relation til et samarbejde mellem sygeplejersker og ældre patienter indlagt i et genoptræningsforløb efter hoftebrud.

Formålet med specialet er at undersøge, hvordan en mulig samarbejdsrelation kan se ud, hvis patienternes deltagelse og indflydelse skal indgå som en væsentlig del i samarbejdet mellem sygeplejersker og ældre patienter, der er indlagt til genoptræning efter hoftebrud i et medicinsk sengeafsnit. Specialets problemformulering er:

- Hvilken viden foreligger aktuelt om begrebet sygeplejerske-patient samarbejde?
- I hvilken udstrækning har samarbejdsmetoden Guidet Egen Beslutning potentiale til udvikling af samarbejdet mellem sygeplejersker og ældre patienter i genoptræningsforløb efter hoftebrud?

Til at besvare første del af problemformuleringen har Marianne Nybro Grum valgt at foretage en litteraturbaseret udredning af begrebet sygeplejerske-patient samarbejde. Dernæst foretager hun en analyse af Guidet Egen Beslutning (GEB) som samarbejdsmetode. Til sidst diskuteres problemformuleringens to spørgsmål ud fra Marit Kirkevolds guide til vurdering af forskningsrapporter med henblik på klinisk relevans og afdækning af kontekstuelle faktorer, der har indvirkning på samarbejdet mellem sygeplejersker og ældre patienter indlagt med hoftebrud.

Specialet er stringent i opbygningen, og forfatteren gør meget ud af at tage læseren ved hånden, hvilket gør, at man hele tiden er orienteret om forfatterens processer gennem hele specialet.

## **Sygeplejerske- patient samarbejdet**

Marianne Nybro Grum redegør for den litteraturbaserede udredning af sygeplejerske-patient samarbejdet og analysearbejdet hertil er foregået på baggrund af følgende områder:



- Historisk udvikling
- Anvendte begreber i forbindelse med sygeplejerske-patient samarbejde
- Sygeplejerskers opfattelse af samarbejde og ansvar
- Beskrivelse af samarbejdsformer
- Mål for samarbejdet
- Barrierer for sygeplejerske-patient samarbejde i klinisk sygeplejerspraksis

Marianne Nybro Grum giver en meget grundig og spændende gennemgang af sygeplejerske-patient samarbejdet ud fra international sygeplejelitteratur. Udredningen afdækker udvikling og kompleksitet i begrebet sygeplejerske-patient samarbejdet, der giver stof til eftertanke i forhold til muligheder og begrænsninger for udvikling af klinisk praksis. Marianne Nybro Grum udleder, at der ikke findes en entydig, afgrænset definition af sygeplejerske-patient samarbejdet, men at dette er en aktiv proces, der involverer patienter i kliniske og dagligdags aktiviteter, og som deltager i beslutningsprocesser, der vedrører patienternes sundhed og velvære.

Forfatteren udleder, at der er tale om en ny trend både sundhedspolitisk, i den internationale sygeplejelitteratur og i klinisk sygeplejerspraksis. Der ses et ønske om et historisk skifte i filosofi og tænkning, der i højere grad styrker den enkelte patients autonomi og retten til at bestemme over eget liv og sundhed, herunder øget patientdeltagelse og selvbestemmelse i plejen. På trods af ønsket om at styrke den enkelte patients autonomi og selvbestemmelse i plejen skriver Marianne Nybro Grum bl.a., med afsæt i Saras Hendersons grounded studier, at dette ikke er lykkedes ud fra patienternes oplevelser. Patienterne oplever samarbejdet således "*You have no choice as you are sick and dependent on them*", og "*At være en god patient*" indbefatter at "*adlyde uden at give sin mening tilkende*".

Fra samme undersøgelser refereres til sygeplejerskers opfattelse af samarbejdet med patienterne. Et samarbejde der er kendetegnet ved, at et fåtal af sygeplejersker arbejder målrettet for at opnå patienternes fortrolighed. Flertallet af sygeplejersker inviterer ikke patienterne til at samarbejde, men holdningen er: "*We are in control, we know best*". Med denne tilgang til samarbejdet med patienterne får sygeplejerskerne kontrol og magt over patienterne, og de afskæres fra at kunne træffe beslutninger, idet de ikke involveres eller får grundlag for at kunne foretage beslutninger. Opsummerende skriver Marianne Nybro Grum, at patienterne ønsker deltagelse og indflydelse, men sygeplejersker har svært ved at afgive magt og kontrol. Det er ikke nok at ændre sproget og erstatte ord med nye, der tilsyneladende giver patienterne større indflydelse, hvis sygeplejerskerne ikke er parate til at afgive magten.

Guidet Egen Beslutning som samarbejdsmetode

Marianne Nybro Grum præsenterer og analyserer derefter metoden GEB, der er udviklet af sygeplejeforsker, MPH, Ph.d. Vibeke Zoffmann på baggrund af hendes ph.d. studie blandt voksne med vanskelig diabetesomsorg.

Analysen af GEB er foretaget på baggrund af følgende analysespørgsmål:

- Motiv for udvikling af GEB
- De „groundede“ teorier bag GEB
- Supplerende teorier bag GEB
- Beskrivelse af hvordan metoden guider samarbejdet mellem sygeplejersker og patienter
- Beskrivelse af den patientgruppe, hvortil GEB er udviklet og anvendt
- Vurdering af undersøgelsens videnskabelige kvalitet

Marianne Nybro Grum præsenterer

Zoffmanns teorier og gengiver de udviklede modeller i specialet, hvilket er med til at give en god indsigt i og forståelse af de grounded fund, der synliggør muligheder og barrierer i sygeplejerskepatientsamarbejdet. Analysen af GEB giver en grundig indsigt og forståelse for metodens bagvedliggende filosofi og sammenhængen med de udviklede grounded teorier. Lifeskills theory (Mullen) og Self-Determination theory (Deci og Ryan), empowermentfilosofien (Anderson og Funnell), the model of dynamic judgement building (Bos) og trans-theoretical stages of change theory (Prochaskas) præsenteres og sammenhængen til GEB tydeliggøres. Motivet for udviklingen af GEB var, at udvikle og implementere en ny samarbejdsmetode, der er i stand til at bryde et ineffektivt mønster i samarbejdet mellem sygeplejerske og patienter. Metoden faciliterer en systematisk måde at tænke på, så den enkelte patients livsdygtighed udvikles, patientens autonomi fremmes og begge parter støttes i løsning af patientens problemer. Essensen i GEB er, at det er patienten, der er problemløseren. Endvidere præsenteres de konkrete arbejdsark, der anvendes ved brug af GEB (er vedlagt som bilag i specialet), samt hvilke kommunikative kompetencer de sundhedsprofessionelle skal besidde for at kunne anvende GEB i praksis. Marianne Nybro Grum kalder arkene for arbejdsark, men Zoffmanns egen benævnelse er reflektionsark, der henviser til den aktive indre proces, der foregår i patienten ved brug af arkene i samspillet mellem sygeplejerske og patient. Marianne Nybro Grum skriver, at Guidet Egen Beslutning og livsdygtighed ikke er mundrette termer, men gennem præsentationen af de bagvedliggende teorierne og de konkrete virkemidler, bliver ordene alligevel mundrette og forståelige.

### Diskussion

Marianne Nybro Grum anvender Martinsen, Parse, Kirkevold samt natio-

nale og internationale artikler i diskussionen. Diskussionen er bygget op ud fra nedenstående punkter med henblik på at svare på problemformuleringen:

- GEB som en relationel problemløsningsmetode
- Muligheder og begrænsninger i GEB i forhold til viden om sygeplejerskepatient samarbejdet
- Muligheder og begrænsninger i GEB i forhold til et samarbejde mellem sygeplejersker og ældre patienter indlagt med hoftebrud
- Diskussion af specialets metodetilgang

Diskussionsafsnittet behandler mange spændende perspektiver på muligheder for udvikling af samarbejdet mellem sygeplejersker og ældre patienter i genoptræningsforløb efter hoftebrud. Bland andet diskuteres organiseringen af plejen i en travl hverdag, muligheder for samarbejde i det accelererede patientforløb og begrebet tid. Marianne Nybro Grum problematiserer, om der overhovedet er tid til at lade være med at inddrage patienterne, og tid er der ifølge forfatteren, men den udnyttes *ikke* til at inddrage patienterne.

I forhold til anvendelse af GEB skriver Marianne Nybro Grum, at Zoffmann lægger vægt på sygepleje og samarbejde som en problemløsningsproces, hvilket adskiller sig fra Martinsens og Pareses udlægninger, hvor samarbejdsrelationen i højere grad ses som omsorg og etablering af en omsorgsrelation mellem patient og sygeplejerske. Marianne Nybro Grum argumenterer for, at Zoffmanns systematiske tilgang til problemløsning ikke udelukker en omsorgsrelation mellem sygeplejerske og patient. Tværtimod er det netop her, udviklingen af de grounded teorier giver indsigt i det potentiale, der ligger i relationen, og som giver mulighed for forandring og løsning af sundhedsrelaterede problemer.

Marianne Nybro Grum diskuterer endvidere, hvorvidt GEB er anvendelig til ældre patienter med hoftebrud, idet metoden er udviklet og tilpasset patienter med kronisk sygdom der er yngre. Situationen for de ældre er præget af akut sygdom, efterfulgt af en postoperativ periode på gennemsnitlig 20 dage, hvor funktioner skal genvindes, med risiko for varig funktionsnedsættelse og krise. Men forfatteren argumenterer for, at målet med den professionelle støtte kan siges at være den samme. Hvor det for ældre patienter med hoftebrud, som for yngre patienter med diabetes, handler om at hjælpe med at håndtere, at lære at leve med, at overkomme eller afhjælpe den aktuelle situation og konsekvenser af sygdom. I forhold til ældres evner til at anvende arbejdsarkene i samarbejdsrelationen problematiserer Marianne Nybro Grum dette. Den normale aldringsproces medfører mindre ændringer i de kognitive funktioner, men indlæring af nyt stof kan tage længere tid, abstraktionsniveau og hukommelse kan være nedsat. Marianne Nybro Grums forbehold overfor metodens anvendelighed på baggrund af ovenstående er forståelig, men i Zoffmanns studie viste metoden sig også at være anvendelig hos en patient med malersyndrom, der havde svært ved at huske.

### Konklusion

Marianne Nybro Grum konkluderer, at der på baggrund af den litteratur baserede udredning ikke kan gives en entydig og afklaret definition af sygeplejerske-patient samarbejdet. Hun konkluderer endvidere, at der både er muligheder og begrænsninger i metoden Guidet Egen Beslutning i forhold til ældre patienter i genoptræningsforløb efter hoftebrud. Mulighederne er, at metoden er relevant, idet den beskriver

en problemløsningsmetode, der tager udgangspunkt i det, der betyder noget for den enkelte patient uanset diagnose. Begrænsningerne er, at metodens arbejdsark er udarbejdet specifikt til patienter med diabetes. Marianne Nybro Grum konkluderer ikke overraskende, at arkene ikke er direkte overførbare til ældre patienter i genoptræningsforløb efter hoftebrud, men mangler en tilpasning til hendes valgte patientgruppe.

Afslutningsvis forholder Marianne Nybro Grum sig kritisk til valg af analyse af én konkret samarbejdsmetode, GEB frem for at vælge flere tilgange. På baggrund af problembeskrivelsen med fokus på de accelererede patientforløb og patienters oplevelse af manglende deltagelse i egen pleje, samt den efterfølgende litteraturudredning, der konkretiserer u hensigtsmæssige magtstrukturer i sygeplejerske-patientsamarbejdet, er jeg enig med forfatteren i, at det netop kan være en styrke, at vælge én metode, der netop har vist at u hensigtsmæssige samarbejdsrelationer kan bryde. Det ville derfor også have været interessant, hvis Marianne Nybro Grum havde valgt at afprøve metoden hos akut syge ældre i genoptræningsforløb efter hoftebrud, idet metoden er udviklet og afprøvet i pilotprojekter til patienter med skizofreni, depression, overvægt og hjertelidelser med god virkning.

Specialet er anbefalelsesværdigt, idet det giver indsigt i kompleksiteten i sygeplejerske-patient samarbejdet og viser behovet for udvikling af klinisk praksis, med fokus på sygeplejerskers bevidste og ubevidste handlemåder, der kan få u hensigtsmæssige konsekvenser for patienters møde med sundhedsvæsenet. Samtidig får man en god indføring i Zoffmanns udviklede grounded teorier og metoden, Guidet Egen beslutning.

# Døden på 1. eller 2. klasse

Anmeldelse af: Pia Rung Mahler: "Nærvær i samtalen" - Sygeplejerskens møde med den døende i et sygehusvæsen. Kandidatspeciale nr. 130/2007. Århus: Institut for Folkesundhed, Afdelingen for Sygeplejevidenskab., Aarhus Universitet.

*Af Helle Rose Linderoth, cand.cur., adjunkt, Den flerfaglige Professionshøjskole i Region Hovedstaden, Sygeplejerskeuddannelsen Herlev*

Gennem en årrække er flere og flere hospicer skudt op i landskabet - og gudske lov for det - men man kan efterhånden få indtryk af, at "den gode død" er noget, et hospice har patent på. Altså forestillingen om, at man kun på et hospice kan være døende på 1. klasse. Fakta er, at hospicet ikke er en realistisk mulighed for alle, og at langt de fleste dødsfald fortsat sker på hospitalet (Sundhedsstyrelsen 2004). Det er derfor særdeles spændende og yderst relevant, at Pia Runge Mahler i sit publicerede speciale sætter fokus på døden, som foregår på en ganske almindelig medicinsk afdeling på et ganske almindeligt hospital.

## Specialets fokus

På baggrund af specialet, hvis emne er inspireret af forfatterens egen kliniske erfaring fra en medicinsk afdeling, har hun undersøgt, hvordan sygeplejersker oplever, forholder sig til og varetager fænomenet "nærvær i sygeplejen" i mødet med det døende menneske. Mahler beskriver, at en del af hendes kompetence og forforståelse ligger i hendes egen erfaring inden for det kliniske felt, som hun har fokus på i specialet. Her savner jeg dog en beskrivelse af, hvilken betydning Mahler mener, denne forforståelse har i undersøgelsen og hvordan. Mahler begrundes i indledningen sit valg af emne med en undren over, hvorfor palliativ sygepleje varetages på

forskellige måder i det moderne samfund.

## Selve undersøgelsen

Mahler angiver, at undersøgelsen er grebet an ud fra en hermeneutisk-fænomenologisk videnskabsteoretisk forståelse. Undersøgelsen falder inden for det kvalitative forskningsfelt, nærmere betegnet feltforskning, idet undersøgelsen er baseret på deltagerobservationer af sygeplejersker, der plejer døende mennesker på et medicinsk afsnit. Efterfølgende har Mahler interviewet de sygeplejersker, som hun foretog feltobservationer af.

Mahler var to uger på en medicinsk afdeling, hvor hun fulgte syv sygeplejersker. Jeg undrer mig i denne forbindelse over, hvorfor undersøgelsens empiri bygger på kun fem sygeplejerskers plejesituationer af i alt fem døende mennesker. Hvorfor er to sygeplejersker, som hun har fulgt i felten, ekskluderet i undersøgelsen? Dette er ikke synligt for mig.

I forhold til at foretage feltobservationer har Mahler overordnet anvendt den etnografiske forskningscirkel med inspiration af Spradley (1980). I særlig grad har Mahler anvendt Spradleys begreber "Grand Tour Observations" og "Mini Tours Observations" til henholdsvis at beskrive de overordnede observationer af udvalgte sociale situationer mellem sygeplejersken og den døende og efterfølgende at nuancere de beskrivende observationer ud fra løbende nedskrevne detaljerede notater. De beskrivende observationer har udgangspunkt i Mahlers overordnede feltspørgsmål i relation til sygeplejerskens møde med den døende:

- Hvad tales der om?
- Hvordan foregår det og hvordan opstår kontakten?



- Hvordan handler sygeplejersken og i hvilke kontekster?
- Hvor står sygeplejersken i forhold til den døende?
- Hvor længe er sygeplejersken sammen med den døende?
- Hvilke følelser opleves og kommer umiddelbart til udtryk hos sygeplejersken?

Der blev under deltagerobservationerne fravalgt at skrive notater af etiske grunde, hvilket Mahler ikke nærmere diskuterer, ligesom hun heller ikke ekspliciterer, hvilken betydning hun mener, at dette valg kan have haft for feltarbejdet. Mahler skriver et sted at "hun ikke ønsker at skille sig ud fra plejekulturen", trods sin rolle som feltforsker, og har derfor optrådt i felten med sygeplejerskeuniform og sygeplejenål. Men spørgsmålet er, når man, som Mahler forsøger at "sætte to kasketter på hovedet" ved både at agere som sygeplejerske og feltforsker, risikerer at gå på kompromis med sin rolle som observatør?

I forhold til at interviewe de observerede sygeplejersker, har Mahler gjort sig nogle velbegrundede overvejelser ved at foretage interview umiddelbart efter feltobservationer, for som Mahler siger: ".. Fordi det var sygeplejerskens forholdsvise spontane oplevelser og tanker i forhold til at pleje døende, jeg gerne ville fokusere på". Også i forhold til interviewspørgsmål har Mahler arbejdet med Spradleys teori. Endvidere er interviewdesignet inspireret af Kvaales metode om kvalitative interview.

Undersøgelsens empiri analyseres på tre analyseniveauer: "Det kategoriserende analyse niveau", "Det meningsfortolkende analyseniveau" og "Det diskuterende og meningsudviklende analyseniveau". I analyseprocessen udleder Mahler tre overordnede kategorier:

- Rutiner og tid

- At hjælpe og gøre en forskel
- Balancen mellem nærhed og afstand

Inden for hver af disse tre kategorier har Mahler udledt nøgleord, der opfattes som omdrejningspunkter for den videre analyse og diskussion, ud fra centrale udsagn fra sygeplejerskerne. Nøgleord som eksempelvis "afbrydelser", "gøre og burde gøre", "sætte sig selv på spil", "dårlig samvittighed" og "være åben".

I diskussionsdelen inddrager Mahler i særdeleshed Martinsens omsorgsfilosofi som sygeplejefaglige referenceramme, men analysefundene diskuteres også med andre teoretikere. I denne del af specialet, som må siges at være tankevækkende læsning, afdækkes ud fra forskellige perspektiver, hvordan der ydes sygepleje til døende mennesker på et medicinsk afsnit. Eksempelvis fremgår det, at sygeplejersken kan have en afventende holdning, og til tider undvigende holdning, til at føre en samtale med den døende om dennes situation. Sygeplejerskens møde, samtale og nærvær med den døende synes oftest at foregå i forbindelse med en instrumentel sygeplejehandling. Hjerteskrærende er det også at blive konfronteret med, at samtaler med en døende om dennes situation kan foregå med tilstedeværelse af medpatienter, blot adskilt med et gardin - og som oftest med åben dør ud til gangen.

### Spontane kommentarer

Mahlers analysearbejde er meget synligt og meget grundigt. Mit umiddelbare indtryk er, at diskussionsdelen i bogen er uforholdsmæssigt kort i forhold til selve analysen, men dette er kun et udtryk for, at jeg synes, at diskussionsdelen også er spændende at læse.

Undervejs i min læsning går jeg lidt „til og fra“ i oplevelsen af, om jeg helt ved, hvad forfatteren mener med "nærvær i samtalen". Et tvivlsspørgsmål, der bekræftes af at læse forfatterens udarbej-

dede interviewspørgsmål til sygeplejerskerne. Det er ikke tydeligt for mig om henholdsvis forfatteren, de interviewede sygeplejersker og jeg som læser nødvendigvis har samme kontekst i forhold til forståelsen af begrebet "Nærvær i samtalen". Eksempelvis får jeg en fornemmelse af, at interviewguiden lægger op til, at informanterne kan opfatte "nærvær" i forbindelse med instrumentelle sygeplejehandlinger som "nærvær". Ligeledes konkluderer Mahler, at det tilsyneladende er vanskeligt for sygeplejerskerne at varetage fænomenet "nærvær i samtalen", men det bliver ikke uddybet, hvad det egentlig vil sige. Jeg synes, at bogen i højere grad handler om, hvordan sygeplejerskerne generelt oplever det at pleje døende mennesker på et alment hospitalsafsnit, end den handler om "nærvær i samtalen". Men én ting er sikkert, og det er, at man får en for-

nemmelse af, at der i sygehusvæsenet ikke altid er rum og rammer for en optimal sygepleje til døende mennesker.

Tak til Mahler, fordi hun med sin undersøgelse synliggør, at trods gode intentioner, såvel samfundsmæssigt, fagpolitisk som sygeplejefagligt, om at yde pleje og omsorg af høj professionel kvalitet til vore døende borgere, så kan der være forskel på, om denne pleje og omsorg foregår på hospice eller på hospital, på 1. eller 2. klasse. Kan det virkelig være rigtigt?

#### Referencer:

Spradley, James P. (1980). *Participant observation*. Orlando, Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers

Sundhedsstyrelsen 2004 *Dødsårsagsregistreret*. København; Sundhedsstyrelsen

# Grounded theory til undersøgelse af patientoplevelser

Anmeldelse af Tina Wang Vedelø's kandidatspeciale "Patienttilpasset hjælp til kropspleje - kan det ændre patienters oplevelse af at modtage hjælp til kropspleje?". Afdelingen for sygeplejevidenskab, institut for folkesundhed, Århus Universitet. Nr. 149/2007. 80 sider.

*Af Ida Lærke Nielsen, sygeplejerske, MPH, lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen København, CVU-Øresund.*

Dette speciale omhandler en grounded theory undersøgelse af 4 hospitalsindlagte patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL). Undersøgelsen tager afsæt i plejekonceptet "patienttilpasset hjælp til kropspleje", beskrevet af Kirsten Lomborg i hendes PhD-afhandling fra 2004: "Nurse-patient interactions in assisted personal body care" også omfattende KOL-patienter. Vedelø undersøger, om der for patienterne i forhold til tidligere opleves forskelle i hjælp til kropspleje, når plejepersonalet er specifikt trænet i plejekonceptet.

Undersøgelsen viser, at patienterne faktisk oplever en forskel, når kropsplejen udføres som "patienttilpasset hjælp til kropspleje", fordi de oplever, at plejen foregår på deres præmisser, og de oplever, at de "har noget at skulle have sagt". Det er altså muligt at give KOL-patienter hjælp til kropspleje således, at integriteten opretholdes og beskyttes, og ubehag så vidt muligt undgås.

Baggrunden for undersøgelsen er, at tidligere forskning viser, at KOL-patienter, der får hjælp af plejepersonale til kropspleje, ofte oplever situationer, hvor deres integritet trues, og hvor det at være afhængig og modtage hjælp kan føles uværdigt.

Vedelø's undersøgelse viser, at det, som KOL-patienter er mest optagede af i forbindelse med konceptet "patienttilpasset hjælp til kropspleje" er at bevare og beskytte deres integritet og som led heri anvender de tre strategier. 1) dagligt at gennemgå kropsplejen, 2) at opnå balance mellem at gøre det de kan og få hjælp til det de ikke kan, og 3) at fortælle plejepersonalet om oplevelser, erfaringer og behov, så plejepersonalet kan tage udgangspunkt heri under kropsplejen.

Specialet rummer foruden selve undersøgelsens resultater og diskussion af disse også en meget lang og grundig redegørelse for metoderne i undersøgelsen. Her forklares grounded theorys metodologi generelt, samt hvordan grounded theory er anvendt i denne undersøgelse, ligesom den konkrete tilrettelæggelse og gennemførelse af undersøgelsen er meget grundigt beskrevet.

Det i øvrigt meget velskrevne speciale kan således være interessant at læse af mindst to årsager. Man kan være interesseret i det videnskabsteoretiske udgangspunkt og den metodiske tilrettelæggelse og gennemførelse af en grounded theory baseret undersøgelse, og her er der meget at hente til eksemplarisk læring. Man kan desuden have et fagligt ønske om større indsigt i KOL-patienters specifikke oplevelse af hjælp til kropspleje og deres behov i den sammenhæng, samt indsigt i de strategier disse patienter anvender i samarbejdet med plejepersonalet, og på den måde opnå kundskaber om aspekter af sygeplejerske-patient samarbejdet

# Patienter og pakkeløsninger

Anmeldelse af: "Patienter og sygeplejersker i det hoftede accelererede patientforløb" af Anette Have. Kandidatspeciale, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, nr. 132/2007

Af Ingrid Egerod, seniorforsker, ph.d. (ie@ucsf.dk)

## Accelererede patientforløb

Anette Have har skrevet et kandidat-speciale om "hvad patienter og sygeplejersker finder betydningsfuldt i det accelererede patientforløb på ortopædkirurgisk afdeling". Med dette brede formål indledes specialet ved en gennemgang af principperne bag det accelererede forløb ud fra litteraturstudier. Det accelererede forløb beskrives som en behandlingspakke, der reducerer patienternes gener og fremskynder udskrivningen, idet patienterne påvirkes mindre i det accelererede forløb end konventionelle forløb.

Det fremgår af den valgte litteratur, at der er evidens for at accelererede operationsforløb har en positiv effekt i forhold til reetablering af organfunktioner og reduktion af komplikationer. Herudover fordrer accelererede forløb et nyt menneske- og samfundssyn, hvor patienterne betragtes som essentielt raske. Det eksisterende menneskesyn beskrives ikke, men det fremgår, at indførelsen af accelererede forløb medfører en adfærdændring hos patienter såvel som sygeplejersker. Patienterne forvandles til aktive medspillere med ansvar for egen træning, mens sygeplejerskerne ændrer deres rolle fra udøvere af somatisk [kropslig] til kommunikativ [kognitiv] praksis.

I specialet bestrides effekten af accelererede operationsforløb ikke, mens betydningen for patienter og sygeplejer-

sker søges belyst gennem kvalitative interview med fire patienter og tre sygeplejersker. Analysen er inspireret af Ricoeurs fænomenologiske hermeneutik, hvor følgende temaer viser sig at have betydning for patienter og sygeplejersker: *Tid, autonomi og information*. Informanterne betoner yderligere vigtigheden af nærvær, egenomsorg, medindflydelse, forståelse og menneskelig opmærksomhed, hvor patienterne er i centrum. I det følgende vil jeg knytte nogle kommentarer til specialets temaer.

## Det store dilemma

Accelererede patientforløb skriver sig ind i et paradigme baseret på evidensbaseret praksis, hvor standardiserede regimer skal integreres med individuelle hensyn (Sackett et al. 1996). Der har længe hersket skepsis over indførelsen af generelle regelsæt i klinikken; ja helt tilbage til Platons tid (Hurwitz 2000). Standardiseret praksis er blevet mere påtrængende i nyere tid, dels på grund af it-revolutionen og den medfølgende systematisering af evidensbasert viden, dels fordi sundhedsvæsenets brugere ikke accepterer slendrian og fejl. Der er opstået forventning om at få den bedste, og mest opdaterede behandling og pleje ud fra internationale standarder, og samtidig modtage individualiseret pleje og menneskelig anerkendelse.

Der er altså lagt i kakkellovnen til en næsten umulig opgave. Helle Ploug Hansen betegner det som et dilemma, der ikke kan løses, men som kan italesættes og undersøges (Hansen 2004, s.44). Andre hævder, at det er muligt at navigere i feltet og drage nytte af den viden, der er udvundet om den „generelle patient“ og anvende den reflekteret i forhold til den "individuelle patient" (Egerod et al. 2006). Specialet berører den



skepsis, der eksisterer hos bl.a. patienter og sygeplejersker i forhold til indførelsen af nye regelsæt udformet som accelererede forløb. Der er også skepsis i lægegruppen, men dette diskuteres ikke i denne omgang.

### Det temporale paradoks

Det første tema, der identificeres i specialet, som har betydning for patienter og sygeplejersker, er begrebet "tid". Dette tema byder på nogle interessante modsætningsforhold: Patienter klager over ventetid [overskudstid], når de mangler viden om, hvor længe de skal vente, eller hvad de venter på. Sygeplejersker klager på den anden side over manglende tid [underskudstid], når de føler, at de ikke kan nå at løse deres opgaver. Denne ubalance er ikke ny, men den træder måske særlig tydeligt frem, fordi accelererede forløb er så strukturerede og velbeskrevne, at man forventer en bedre temporal styring. Det temporale paradoks er, at ventetid kan opleves længere, jo kortere forløbet er.

Patienter har altid været underlagt en eller anden form for venten, bl.a. fordi patientens tid er mindre kostbar end lægens (Frankenberg 1992). Selve ordet "patient" stammer fra den latinske betegnelse "patiens", som betyder den lidende, eller den tålmodige. Ordet indebærer en form for passivitet, som ikke stemmer overens med nutidens aktive patienter. Moderne mennesker kræver tidsmæssig indflydelse, da tiden er blevet en kommoditet for os alle. Folk er blevet mere travle og dermed mindre tålmodige.

Sygeplejersker har travlt, og det har de tilsyneladende altid haft. Dette fænomen er velbeskrevet, f.eks. i Helle Ploug Hansens studier om travle sygeplejersker (Hansen 1995). Agneta Franssén har også beskrevet travlhed, hvor sygeplejersker på den ene side ønsker mere tid til at drage omsorg for patienterne, og på den anden side fravælger patienterne og tager kaffepause hver gang mu-

ligheden byder sig (Franssén 1997). Man kan ikke konkludere, som Anette Have gør i dette speciale, at travlhed knytter sig specielt til accelererede forløb, som eksponent for effektivitet i det postmoderne samfund. Det er almindeligt at opleve modstand mod forandring ved indførelsen af en ny teknologi, og det er en naturlig følge, at det eksisterende huskes som bedre end det nye.

Den tvetydige tidsforståelse træder allerede frem i specialets titel "patienter og sygeplejersker i det hofte accelererede forløb". Det ville være mere korrekt at skrive "hofteaccelererede forløb", men indholdsmæssigt er det stadig problematisk, da det ikke er hofterne der accelererer, men forløbet. Den sproglige forbiistring videreføres i det engelske resumé som "hip accelerated patient procedure" [sic]. Disse betragtninger kan muligvis virke noget pedantiske, men den uklare titel giver alligevel et praj om, at fidusen ved accelerationen ikke helt fornemmes.

Accelererede forløb henviser til kortere hospitalisering i forhold til konventionelle forløb. Ikke fordi personalet løber hurtigere, eller patienten sendes blødende hjem med ulidelige smerter, men fordi patienten skånes for tidligere tiders ineffektive metoder. Det er resultatet af, at videnskabelig evidens implementeres på en hensigtsmæssig måde. En vigtig pointe er, at patienten udskrives efter nøjagtig de samme kriterier som før, men at denne tilstand opnås tidligere. Det er derfor ikke et mål i sig selv at afkorte hospitaliseringen, men der er på den anden side heller ikke noget, der tyder på, at patienterne i det konventionelle forløb følte sig mere trygge ved hjemkomsten.

I denne sammenhæng skal acceleration forstås figurativt. Der er ikke tale om at komme hurtigere (fra 0-100 på 10 sekunder), men om at undgå behandlingselementer der kan forhale processen. Begrebet acceleration kan give as-

sociationer til overspringshandlinger og sjuksket praksis, hvorfor man nogle steder har valgt at tale om "optimerede forløb", for at fremhæve forbedringerne. På engelsk taler man om "fast-track surgery", som henviser til det hurtige spor på en væddeløbsbane. Begrebet "fast-track" bruges også i andre sammenhænge, hvor man slipper for en masse unødvendigt bøvl. Disse fartmetaforer har tilsyneladende ikke været velvalgte, da de sætter de forkerede associationer i gang hos sygeplejersker. Fart og tempo strider mod sygeplejerskers idealer om ro, renlighed og regelmæssighed.

Der er andre talemåder, der fremhæver forskelle på den lægelige og sygeplejefaglige indsats: "Doctoring a drink" betyder at tilsætte en drik et virksomt stof, f.eks. sprut, som har en stimulerende effekt og sætter festen i gang. "Nursing a drink" betyder derimod at drikke meget langsomt, at pleje den samme drik hele aftenen, at bevare fatningen og undgå at blive fuld.

### Autonomi

En central diskussion i forhold til accelererede forløb er, om regimet truer "patientens autonomi". I denne sammenhæng er det problematisk at slå patienter og sygeplejersker sammen i analysen, da de har forskellige ståsteder. Det er en central diskussion, i hvor høj grad sygeplejersken skal individualisere plejen i det standardiserede forløb. Det er en balancegang, hvor patienten på den ene side bevarer trygheden ved et struktureret og forudsigeligt forløb, og på den anden side bevarer indflydelse i forhold til personlige valg. Dette er grundstenen i evidensbasert praksis, hvor patientens personlige valg integreres med ekstern evidens.

I specialet fremføres det, at patienternes autonomi kompromitteres i det "komprimerede forløb", og at patienterne skal overtales til at deltage i mobiliseringen. Denne problematik rejser følgende spørgsmål: Er patienten kompetent til

at vurdere, hvornår mobiliseringen skal begynde?, Er det forsvarligt at lade patienten forblive i sengen, hvis der foreligger evidens for at dette øger risikoen for komplikationer? Skal hospitaliseringen forlænges efter patientens ønske, selv om dette beviseligt øger risikoen for kvalme, smerter, liggesår, tromber, infektioner og obstipation?

Anette Have fremhæver, at patienterne i accelererede forløb tvinges over i en mere aktiv rolle. De fleste sygeplejeteorier har gennem tiderne lagt op til, at patienterne skulle indtage en mere aktiv rolle i forhold til deres sygdomsforløb, og det ser ud til, at accelererede forløb kan befordre dette ønske. Kunsten er at bevare principperne i behandlingspakken (det accelererede forløb) og samtidig give patienten medbestemmelse der, hvor det er relevant, f.eks.: Skal mobiliseringen vente til familiebesøg? Er patienten tilstrækkeligt smertedækket til at gå på trapper? Hvilken type laksantia foretrækker patienten?

### Information

Det tredje centrale begreb, der afdækkes i dette speciale, er begrebet "information", hvilket ikke er overraskende, da information er blandt de fem centrale begreber i forbindelse med accelererede forløb: Information, stressreduktion, smertedækning, mobilisering og ernæring (Egerod et al. 2006). Da information er en grundsten i det accelererede forløb, er det ikke indlysende, hvorfor patienterne i dette speciale anbringes i en situation, hvor de venter i uvished om, hvad der skal ske. Det fremgår desuden, at nogle patienter udskrives for tidligt, hvilket betyder, at patienterne angiveligt er udskrevet, før de har opfyldt udskrivningskriterierne. Anette Have forlader sig på en undersøgelse i Randers, der viser en faldende patienttilfredshed fra år 2002 til 2004 (før og efter indførelsen af accelererede forløb). Det drejer sig om en lille stikprøve, og der er ikke angivet p-værdier, så det er ikke muligt at vurdere, om fundene er

signifikante, men andre undersøgelser har vist det modsatte.

På baggrund af disse fund kan det ikke konkluderes, at der er noget galt med accelererede operationsforløb som koncept, men derimod ser det ud til at konceptet er suboptimalt implementeret i Randers (specialets undersøgelsessted).

### Konklusion

Anette Haves speciale rører ved sygeplejerskers selvforståelse som omsorgsydere til lidende mennesker. Accelererede regimer truer denne traditionelle rolle, som er ved at være obsolet i forhold til accelererede forløb. Patienterne er ikke længere syge og lidende, men i princippet raske og medansvarlige. Sygeplejersker antager en ny rolle, som ikke er mindre ekspressiv end tidligere, men som fordrer forvaltning af information på en ny måde. Anette Have skal roses for at fremhæve, at informationen går begge veje, og at det drejer sig om dialog. Dette glemmes alt for ofte i diskussionen af accelererede regimer.

Det er nok lidt skuffende, at den ekstensive fænomenologisk-hermeneutiske analyse egentlig ikke giver adgang til ny viden. Mange af de fænomener der fremhæves i litteraturgennemgangen i indledningen genfindes i analysen, hvilket bestyrker tidligere forskning, men egentlig ikke bringer os videre. Dette er bl.a. resultatet af, at de rå data diskuteres op mod den eksterne litteratur, hvilket fører til overfortolkning af data og forplumring af budskaberne. Kvaliteten af undersøgelsen kunne have været bedre, hvis undersøgelsens data havde været underkastet en grundigere granskning i sig selv, inden de blev dis-

kuteret i forhold til ekstern forskning. Når dette er sagt, er der mange gode refleksioner, som er med til at beskrive og perspektivere denne nye teknologi.

### Referencer

Egerod, I., Rud, K., & Jensen, P. S. 2006b. "En pakkedløsning til patienten. Accelererede operationsforløb og kliniske vejledninger". *Sygeplejersken*, vol. 106, no. 17, pp. 42-48.

Frankenberg, R. 1992. "'Your Time or Mine': temporal contradictions of biomedical practice," in *Time, Health and Medicine*, R. Frankenberg, ed., Sage Publications, London, pp. 1-30.

Franssén, A. 1997. *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i våren* Arkiv förlag, Lund.

Hansen, H. P. 1995. "Det travle sygeplejepersonale," in *I grænsefladen mellem liv og død*, Gyldendal Undervisning, København, pp. 55-76.

Hansen, H. P. 2004. "Evidence-based nursing. Must or mantra?" in *Evidence-Based Medicine*, I. S. Kristiansen & G. Mooney, eds., Routledge, London, pp. 33-49.

Hurwitz, B. 2000. "Clinical practice guidelines: legal, political and emotional considerations," in *Clinical Guidelines. From Conception to Use*, Eccles M. & J. Grimshaw, eds., Radcliffe Medical Press Ltd., Oxon, pp. 69-84.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. 1996. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't", *BMJ*, vol. 312, no. 7023, pp. 71-72.

# Er sygeplejerske-patient relationer vigtige?

Anmeldelse af: "Skizofreni og relationer. En grounded theory undersøgelse af sygeplejerske-patient forholdets betydning for patientens udvikling". Kandidatspeciale nr. 129. Jens Peter Hansen. Århus. Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. 2007.

*Af Lisbeth Hybholt, cand.cur., klinisk udviklingssygeplejerske, Psykiatrisk Center Rigshospitalet lisbeth.hybholt@rh.regionh.dk*

I kandidatspecialet "Skizofreni og relationer. En grounded theory undersøgelse af sygeplejerske-patient forholdets betydning for patientens udvikling" tager Jens Peter Hansen udgangspunkt i et feltstudie, han har lavet tidligere i sit uddannelsesforløb. Feltstudiet indikerede, at nogle patienter ikke kunne indgå i tætte relationer med personalet, og at disse patienter forblev i periferien af fællesskabet i aktivitetstilbudets opholdsstue. Der argumenteres derfor for en undersøgelse af, hvad der inviterer alvorligt psykisk syge ind i en proces, der giver flere sociale kompetencer. Derudover tages der i specialet udgangspunkt i to artikler. Den ene viser, at patienter ofte oplever sig alene og sat udenfor. Den anden viser, at et flertal af patienter mener, at sundhedspersonale har haft negativ indflydelse på deres recovery-proces, forstået som den subjektive dimension af patienternes rehabilitering. Formålet med specialet er på den baggrund at afdække, hvordan relationen mellem sygeplejersker og patienter med diagnosen skizofreni kan fremstå så meningsfuld for patienterne, at disse bliver interesseret i at udvikle sig." (p. 3).

Der er som afsæt for studiet foretaget

en bred litteratursøgning, der sammenlagt gav 1300 referencer. Det er kun de artikler, der giver et bud på, hvordan relationen mellem sygeplejersker og patienter kan fremstå meningsfuld og udviklende for patienten, der er inkluderet som afsæt for studiet. Hansen vælger at beskæftige sig med de relationer, der har haft positiv indvirkning på patienternes udvikling, ved at stille følgende tre spørgsmål:

- Hvad identificerer patienter, der har fået det bedre trods et liv med sygdommen skizofreni, som betydningsfuldt i relationer med professionelle?
- Hvordan kan sådanne relationer fremme en positiv udvikling for den syge person?
- Hvad vækker interesse for et samarbejde, der skaber forandring?

Undersøgelsen er designet ud fra grounded theory, og spørgsmålene besvares ved en induktiv analyse af semi-strukturerede interview med personer, der lider af skizofreni, og som har fået det bedre gennem deres liv med denne sygdom, samt en diskussion af analysens resultater i forhold til Joyce Travelbee og Kari Martinsens tekster, samt teori af den franske psykoanalytiker Jaques Lacan og teori om recovery.

I det skriftlige informationsmateriale til informanterne, der er vedlagt som bilag i specialet, står, at informanterne vil blive stillet spørgsmål som „hvilken rolle professionelle har haft på det, at du har fået det bedre“ (bilag nr. 1). Således søges der efter informanter, der har oplevet, at professionelle har haft betydning for, at de fik det bedre. Gennem kontakt til tre forskellige tilbud til psykisk syge (distriktpsikiatrisk tilbud, social-



psykiatrisk botilbud og et social psykiatrisk aktivitetstilbud) blev der inkluderet fem informanter. Det viste sig, efter interviewene var gennemført, at to ud af de fem informanter måtte ekskluderes, da deres diagnose var depression og ikke skizofreni. Hansen problematiserer selv, at han ikke har opnået teoretisk mætning i analyserne med på baggrund af, at datamaterialet ikke var stort nok, og han anbefaler, at resultaterne undersøges yderligere.

Hansen fremanalyserer ud fra interviewene følgende to kernekategorier, der hver især har indflydelse på patienternes mulighed for at få det bedre:

- Udgangspunkt i mig
- Det der rykker

Kategorierne bliver i undersøgelsen diskuteret og sammenholdt med andre undersøgelser på området og med de tidligere nævnte tekster og teorier. Diskussionen bekræfter Hansens resultater, og Hansens svar på spørgsmålet, om hvorvidt relationen mellem sygeplejerske og patient er væsentlig for, at patienter, der lider af skizofreni, kan få det bedre. Relationen kan være betydningsfuld, hvis patienten har følt sig som noget særligt og har oplevet, at personalet har taget udgangspunkt i vedkommende. Samt hvis patienten har oplevet, at relationen har skabt større interesse i omverdenen.

Hansen har fokus på det patienter har oplevet som godt, hvilket jeg synes er et både interessant og relevant perspektiv, der kan gøre sygeplejersker klogere på egen praksis. I det følgende vil jeg dog beskæftige mig med spørgsmålet: Hvordan kan det være, at sygeplejersker, ofte mener, at relationer til sygeplejersken *er* vigtigt for patienterne? Og udsprunget heraf spørgsmålet om "Hvordan man både kan anvende den viden, man har som sygeplejerske og samtidig være åben og undersøgende i forhold til patienters oplevelse af sygeplejereleterede

fænomener som udforsker af sygeplejerskepraksis?". Der er tre faktorer i specialet, der er grunden til denne overvejelse.

For det første den måde litteratur og undersøgelser, der fungerer som et studies baggrund, udvælges på. Hansen har udvalgt artikler, der giver et bud på, hvordan relationen mellem sygeplejersker og patienter kan fremstå meningsfuldt og udviklende for patienten. Denne udvælgelse kan være med baggrund i et relevant ønske om, at gøre litteraturen håndterbar, og at holde den inden for undersøgelsens formål. Men kan det ikke betyde, at de artikler, der måske kunne nuancere og problematisere den implicite antagelse om, at det faktisk *er* vigtigt for mennesker, der lider af skizofreni at indgå relationer med sygeplejersker ikke er inddraget? Ved ikke at inddrage disse artikler, er der måske risiko for, at der ikke stilles spørgsmålstegn ved den forforståelse, man kan have som psykiatrisk sygeplejerske. En forforståelse om at relationen til sygeplejersken *er* vigtig for patienterne.

For det andet argumenterer Hansen for, at der bliver stillet åbne deskriptive spørgsmål, der skal undgå at lede patienterne i en bestemt retning. Spørgsmålene var f.eks. "Hvad gjorde eller sagde personalet, der var godt for dig?", "Hvordan kom samtalerne til at handle om dit liv og dine problemer?", "Hvordan kom personalet til at forstå dig og det, du havde brug for?" men også kontrastspørgsmål som "Hvilke negative erfaringer har du med at tale med personalet?", og "Hvordan adskiller en god samtale sig fra en dårlig?" (p. 19). Min undring går på, hvad nu hvis informanten ikke har en oplevelse af, at det, der blev sagt eller gjort, var godt for vedkommende? Kan disse spørgsmålsformuleringer betyde, at informanterne svarer på noget, der egentlig ikke har været væsentligt for dem. Dog viser det sig, at informanterne reelt svarer ved at holde deres positive oplevelser op imod de negative, og der-

med skabe deres eget rum for at fortælle, om det der ikke fungerer godt for dem.

For det tredje synes jeg, det er tankevækkende, at det viste sig, at informanterne kun kunne nævne højst to professionelle, der havde haft betydning for dem. Specielt set i forhold til, at det kan formodes, at det er patienter, der har haft mange professionelle kontakter gennem deres sygdomsforløb. Det er det ikke tydeligt, om de betydningsfulde professionelle, informanterne omtaler er sygeplejersker eller har en anden uddannelsesmæssig baggrund. Dette faktum kunne give anledning til at stille spørgsmål til antagelsen om, at relationen til sygeplejersker er vigtig for patienterne. Det virker mere som undtagelsen end reglen, at den faktisk opleves som vigtig for patienterne. Set i forhold til en induktiv tilgang kan det overvejes om kernekategorierne "udgangspunkt i mig" og "Det, der rykker" repræsenterer hele datamaterialet.

Antagelsen om, at relationen til sygeplejersken er vigtig for patienten, får i undersøgelsen den betydning, at der er fokus på de relationer, som informanterne oplever, har haft en positiv betydning for deres udvikling. Det giver den

begrænsning, at det netop er noget bestemt, der ønskes belyst og ikke andet. Det kan tænkes, at der kan være aspekter, der ikke kommer frem eller aspekter, der kunne analyseres og forstås anderledes.

Et eksempel kunne være, at Hansen konkluderer, at det, at personalet presser informanterne til samvær med andre, f.eks. i forhold til fællesmåltider, var en positiv oplevelse, fordi patienten egentlig havde et ønske om at være sammen med andre, men ikke turde. Dette placeres under kernekategorien "Det der rykker" og egenskaben "Pres", fordi informanten blev presset til at handle på en måde, der ville forbedre deres forhold til omverdenen. Jeg er ikke overbevist om, at det nødvendigvis er relationen til personalet, der her er afgørende. Kunne det ikke i ligeså høj grad være de forventninger og den struktur, der er i miljøet, der rykker?

På trods af overvejelserne om specialets fremgangsmåde, synes jeg at det er interessant som fagperson, at læse om og få yderligere indblik i hvad patienterne siger om deres oplevelse af relationen mellem professionelle og dem selv, da det er et perspektiv, der kan være med til at skabe refleksion over sygeplejepraksis.

# Om Ytringsfrihed

Anmeldelse af Connie Berthelsens kandidat speciale: "Sygeplejerskens oplevede betydning af ytringsfriheden". Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Århus Universitet. 2006

*Af Helle Mathar, lektor, cand. mag i filosofi, Sygeplejerskeuddannelsen København, CVU Øresund*

Ytringsfriheden er det meget aktuelle og interessante emne for dette kandidat speciale. Ytringsfriheden er retten til fri tale, en rettighed der i Danmark blev givet med grundloven, og en rettighed vi måske har taget for givet i mange år, indtil muhammedtegningerne i Jyllandsposten bragte emnet på alles læber inden for og i særdeleshed udenfor den danske grænse. Ytringsfriheden er ikke ubegrænset. Hvor grænserne går, var og er diskussionsemnet, men for sygeplejersker begrænses ytringsfriheden bla. af tavshedspligten, som er pligten til ikke at udlevere personlige oplysninger om patienten til uvedkommende. Dårlige patientforhold er dog ikke omfattet af tavshedspligt og rejser det spørgsmål, om sygeplejersker så udnytter deres ytringsfrihed?

Udgangspunktet for dette speciale er, at det er nødvendigt, at sygeplejersker benytter sig af deres ytringsfrihed og deltager i den offentlige debat, da dette kan have betydning for udvikling og forbedring af konkret sygeplejepraksis. Formålet er: "*at redegøre for hvordan sygeplejersken oplever ytringsfriheden, i et sundhedsjuridisk og politisk dannelses perspektiv, som mulighed i konkret sygeplejepraksis, og hvilken betydning benyttelsen af ytringsfriheden kan få for sygeplejersken i konkret sygeplejepraksis*".

Specialets metodeafsnit er grundigt, meget grundigt beskrevet. Her er rede-

gjort for specialets fænomenologiske tilgang, for Amedeo Giorgi's fænomenologiske analysemetode og for forfatterens tre valgte teoretiske perspektiver, der senere skal diskuteres med empirien (der udgøres af interview med fire sygeplejersker). De tre perspektiver udgøres af:

- *Sundhedsjura* som her er de regler og pligter der er i forbindelse med ytringsfrihed, politisk dannelse, og sygeplejekulturen.
- *Politisk dannelse*, der skal afklare og begrunde politisk dannelse, herunder ytringsfrihed som en betingelse og mulighed i demokratiet.
- *Sygeplejepraksis som teoretisk perspektiv* bliver belyst ud fra ni mindre kilder; fx Merry Scheels teori om interaktionel sygeplejepraksis, Torunn Hamrans teori om plejekultur, og et kønsperspektiv af Janne Lyngaa.

Det kvalitative forskningsinterview ud fra Steinar Kvale er ligeledes beskrevet, de etiske overvejelser der er gjort og overvejelser over og selve udvælgelsen af fire informanter.

Der præsenteres otte temaer, der er fremkommet efter analysen af interviewene:

- *Man kan sige hvad man vil - bare ikke altid*, som dokumenterer det faktum, at sygeplejerskerne kender til ytringsfriheden og dens begrænsninger, her tavshedspligten i forhold til fortrolige oplysninger.
- *Den usynlige censur*: som er det forhold, at da sygeplejersker ikke har mulighed for at se alle sider af sagen, bliver de i mindre grad stand til at tage kritisk stilling til politiske tiltag, herunder også uaccep-

table forhold og problemstillinger i samfundsdebatten. En sygeplejerske beskriver det som "*manipulation på højt plan*".

- *Kommandovejen er gennem ledelsen:* som beskriver det forhold, at den traditionelle vej med kritik i afdelingen læres allerede som studerende og bærer præg af, at man i uddannelsen får vist, hvordan systemet ønsker at vi handler i forhold til at udvise respekt og loyalitet overfor ledelsen. Selvom sygeplejersken, traditionen tro, går til ledelsen først ud fra deres tillærte respekt og loyalitet, tyder udsagnet på, at deres opfordringer om ændringer af plejen samt kritik af forholdene på afdelingen ikke altid bliver hørt og handlet på af den sygeplejefaglige ledelse.
- *Dialogen dør mellem sygeplejerskerne:* hvor sygeplejersker beskriver, at problemer og kritik bliver diskuteret internt på afdelingen mellem kollegaer, og derved uddør kritikken.
- Temaet *Tid, lyst og mod til ytringsfriheden* belyser årsagerne til, at sygeplejerskerne ikke deltager i den offentlige debat. Det angives at være manglende tid, lyst og mod. Udsagnet tyder på at lysten og interessen ikke eksisterer for sygeplejersken. De overvejelser hun gør sig, munder ud i en ugidelighed og dermed tanker om hvorvidt sagen er det værd og interessant nok, og sygeplejersken siger at hun ønsker at bruge energi på noget andet. Derimod fremhæver hun det positive i at andre ytrer sig. Når andre står frem og taler sagen, føler hun sig måske ikke nødsaget til det.
- *De pæne piger og moderrollen:* hvor det beskrives, at evnen til ytringsfrihed kan være kønsbestemt. Selvtilliden opfattes som større hos mænd, hvor kvinder opdrages til at

være stille og pæne. Moderrollen viser sig i sygehushierarkiet, hvor lægen er far og man lytter til ham. Alligevel lytter offentligheden til mor, sygeplejersken, som er omspundet af en anden autoritet, der taler de svages sag.

- De svages sag og patienternes tarv beskrives i temaet *Det sociale mandat*.
- Temaet *Reelle, hypotetiske og ideelle konsekvenser* belyser fx de faktiske angreb og anklager en sygeplejerske blev udsat for, da han ytrede sig

Alle temaer er omhyggelig præsenteret, analyseret og diskuteret ud fra de udvalgte teoretikere og hver tema afsluttes med en sammenfatning. Men specialet rejser alligevel flere interessante spørgsmål eller diskussionspunkter.

Connie Berthelsen diskuterer fx den fænomenologiske metode med en artikel fra Torben Andreasen. Hun skriver, at Torben Andreasen ikke helt anerkender "*fænomenologien som videnskab, idet han ses at definere videnskab ud fra den positivistiske overbevisning*" (s.80). Betyder det mon, at Torben Andreasen kun anerkender den mere positive videnskab? Jeg er af den opfattelse, at det Torben Andreasen diskuterer i den anvendte artikel, er den fænomenologiske metode. Han skriver, at den fænomenologiske tilgang ikke er en særlig forskningsmetode, men er et særligt perspektiv på verden, nemlig det subjektive perspektiv. Det subjektive perspektiv handler om menneskets livsverden, hvordan det oplever at være syg, hvordan det oplever ytringsfrihed mv. Hvordan man så kan få fat i dette subjektive perspektiv, mener Torben Andreasen ikke beskrives i den fænomenologiske opfattelse. I en efterfølgende artikel i samme tidskrift ironiserer Torben Andreasen over beskrivelser som fænomenologiske interview, hvordan de gennemføres etc.



Han skriver: *hvordan ser et ikke-fænomenologisk interview ud? Hører det ikke under alle omstændigheder til interviewets væsen at søge at trænge ind i det pågældende menneskets univers? Hvad kan ellers være ideen med et interview? Hvis det er tilfældet, findes der kun en slags interview: man taler spørgende med et menneske for at få noget at vide om dette menneskes liv. Det er, fordi interviewet har dette væsen, at det er en mulig metode, hvis man anlægger et fænomenologisk perspektiv* (Andreasen, s.20). Og Andreasen skriver videre side 22: *Fænomenologien er nemlig end ikke en videnskabsteori men en metafysik. Men det er vel ikke det samme som at definere videnskab ud fra en positivistisk overbevisning.*

Dette fører videre til det næste spørgsmål, jeg finder interessant i forhold til dette speciale. Hvorfor er det interessant at skrive om, og undersøge 4 sygeplejerskers oplevede betydning af ytringsfriheden? Er det ikke mere interessant at undersøge om sygeplejersker benytter sig af ytringsfrihed, om hvad, og hvis ikke, hvorfor så ikke? Det ville formentlig lægge op til andre metoder. Det hænger formentlig sammen med, at det netop er et speciale og derfor formentlig skal løses inden for givne rammer. Men ville resultatet ikke blive mere interessant?

Dette fører igen videre til endnu et interessant diskussionspunkt, der vedrører generalisering af resultater, der bygger på interview med 4 sygeplejersker. Det er i specialet beskrevet: *"at der ikke kan generaliseres over fire informanternes beskrivelse i forhold til totalgruppen af sygeplejersker"* (s. 40-41). Det er jeg fuldstændig enig i, men så beskrives det senere i specialet, at i forhold til undersøgelsens generaliserbarhed, ses lignende resultater i en nyligt offentliggjort undersøgelse fra Funktionærernes og Tillidsmændenes Fællesråd FTF. Resultaterne viser, *"at offentlig ansatte, her-*

*under sygeplejersker, i de fleste tilfælde ikke benytter deres ytringsfrihed, selvom de oplever uholdbare situationer, i frygt for konsekvenser, som at blive opfattet som illoyale af ledelse og kollegaer, samt at blive fyret"* (s.82). Og så kommer det interessante: *"I kendskab af, at informanternes udsagn kan være gemt hos flere grupper af sygeplejersker med tilsvarende job indhold, er undersøgelsens resultater ikke kun valide og reliable, men kan også overføres til sygeplejerspraksis generelt"* (s.82). Det interessante er for mig at se på trods af materialets få informanter alligevel at søge dækning for en generalisering.

Jeg finder det også interessant at diskutere selve ytringsfriheden. Godt nok har statsminister Anders Fogh Rasmussen flere gange udtalt, at ytringsfriheden er en menneskerettighed, som i Danmark ikke står til diskussion. Det gør ytringsfriheden heller ikke i dette speciale. Men det er da interessant at diskutere. Menneskerettigheder er vel menneskeskabte konstruktioner, som hvis vi aldrig diskuterer den, kan fremstå som selvindlysende gode. Men hvis vi nægter at diskutere ytringsfrihed for at være politisk korrekte, så kan vi måske overtage uhensigtsmæssige dogmer f.eks. at ubegrænset ytringsfrihed altid er godt. Ytringsfriheden er ikke ubegrænset. Tavshedspligt, injurielovgivning og racismeparagraffer er eksempler på, at jeg ikke kan ytre mig frit om hvad som helst. At der er goder der står over ytringsfriheden (Goldman). Og begrænsningerne er værd at diskutere, fordi ytringsfrihed eller begrænsninger på ytringsfrihed skal være med til at sikre, at mennesker har mulighed for at leve et godt liv. Menneskerettigheder herunder ytringsfrihed skal ses som instrumenter, vi har til at fremme, at mennesker lever et godt liv. Det er muligt som det er beskrevet i specialet: *at sygeplejerskerne arbejder forpligter dem til at udtale sig i den offentlige debat om sundhedssystemets vilkår, med deres*

*store viden om befolkningens livsbetingelser og synspunkter* (s.7), men en metadiskussion om ytringsfriheden kan alligevel efterlyses. Generelt kan det vel også diskuteres om mulighederne for at ytre sig i samfundet er tilstede, eller om *usynlig censur* medvirker til, at kun sensationseksempler på ytringsfrihed ser dagens lys. Et gammelt socialistisk ordsprog siger, at kun dem der ejer medierne, har reel ytringsfrihed.

**Litteratur:**

Andreasen, Torben. Fænomenologi og videnskab. Del I: fænomenologiens væsen. I: *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2/2006.

Andreasen, Torben. Fænomenologi og videnskab. Del II: Gives der „fænomenologisk videnskab“. I: *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 3/2006.

Goldman, Alvin I.: *Knowledge in a Social World*. Clarendon Press, Oxford 1999.

# Legitimering af Pleje

## Kan en klinisk vejledning til pleje af patienter, der bliver elektivt opereret for aortaaneurisme, være med til at forbedre det postoperative forløb?

Masterprojekt indleveret af Dorthe Hjort Jakobsens til Afdeling for Sygeplejevidenskab ved Århus Universitet.

*Anmeldelse af Niels Sandholm Larsen, Sygeplejerske, sociolog og Ph.d.-studerende, Institut for Pædagogisk Sociologi, Danmarks Pædagogiske Universitet, nsl@dpu.dk*

I masterprojektet beskrives de forskellige faser i og resultater fra et klinisk udviklingsprojekt hvor interessen er at undersøge eventuelle effekter af at implementere en klinisk vejledning til pleje af patienter som opereres elektivt for aortaaneurisme.

Der argumenteres for, at man indenfor kolonkirurgien kan iagttage en stigning i effektivitet og produktivitet efter indførelse af accelererede principper for pleje og behandling. Forfatteren ræsonnerer at man må kunne formode at indhøste tilsvarende resultater ved indførelse af tilsvarende kliniske standarder inden for den elektive aortakirurgi.

Forfatteren er ansat i Enhed for Perioperativ Sygepleje og det er med afsæt i erfaringer fra denne arbejdsplads, at projektet har taget sin form. Der er næppe tvivl om, at forfatteren har investeret særdeles meget arbejdskraft i projektet og at den investerede arbejdsindsats langt overstiger det som normalt investeres i et afsluttende masterprojekt.

Projektet består af to overordnede dele, en litteraturgennemgang af eksisterende klinisk forskning på området, beskrivelse, præsentation og implementering af projektet, samt en præsentation og

diskussion af de kliniske resultater fra undersøgelsen.

Den overordnede tilgang til projektet er det klinisk kontrollerede forsøg og masterprojektets teoretiske gods er baseret på en systematiseret litteraturgennemgang med afsæt i forskellige kliniske databaser.

Indenfor denne genre går forskningsstrategien går ud på at udsætte to relativt identiske grupper af patienter for forskellige typer af pleje- og behandlingsregimer. Efterfølgende foretages en sammenligning af kliniske data fra de to grupper for at påvise eventuelle effekter som følge af de forskellige regimer. Inden for den kvantitative del af denne forskningstradition er det derfor afgørende at holde styr på grupper, variable, sandsynligheder og signifikans, ligesom det er centralt at redegøre for beslutninger og overvejelser vedrørende sammensætningen af de to grupper der skal indgå i forsøget og den efterfølgende sammenligning. Forfatteren redegør for forskellige metodiske faldgrupper indenfor denne gren af den kliniske forskning og det er interessant at få indblik i overvejelser og procedurer, der knytter sig til denne tradition. Der er en udførlig og inspirerende litteraturgennemgang, som anskueliggør centrale positioner indenfor det man kunne kalde "den accelererede kirurgi".

Nedenstående skema er hentet fra masterspecialet og viser de to regimer som sammenlignes.

Tabel 2. Plejeprogrammer før og efter implementering af en klinisk vejledning (POD = postoperative dag)

	<b>Konventionel pleje (før intervention)</b>	<b>Klinisk vejledning (efter intervention)</b>
Smertebehandling	Kontinuerlig epidural analgesi - seponeres efter skøn (Bupivacain 0,2% Morfin 50ug/ml 4-6 ml/t).  Morfin i.n eller i.v ved gennembrudssmerter	Kontinuerlig epidural analgesi i 3 døgn (Bupivacain 0,25%/Morfin 50ug/ml 4-6 ml/t). Paracetamol 1 g x 4 i 8 dage Gabapentin 1200 mg som præmedicin Garbependin 300 mg x 2 i 5 dage Ibuprofen 600 mg x 3 fra POD 3-8 VAS-score i hver vagt og p.n
Ernæring	Ingen standardprogram for plejen Sonde p.n	Normal kost fra operationsdøgnet 2 Proteindrikke POD 0 4 Proteindrikke POD 1-5
Mobilisering	POD 0: Op og sidde i seng på ITA POD 1: Mobilisering ved måltiderne. Gangtræne (50 m) x 3 POD 2: Mobilisering ved måltiderne. Gangtræne (50 m) x 3 POD 3: Mobilisering ved måltiderne. Ude af sengen 3 x ½ time 4: Ude af sengen 8 t	POD 0: Op og sidde i stol 2 t på ITA POD 1: Ud af sengen 4 t. Gangtræne (50 m) x 3 POD2: Ude af sengen 6 t. Gangtræne (100 m) x 3 POD 3-5: Ude af sengen 8 t. Gangtræne (100 m) x 3
Væskebehandling	Ingen standardprogram for plejen I.V Furix ved TD < 100 ml	Balanceret væskeindgift efter vægt. Sep I.V væske 1.postop dag Vægt dagligt 1 liter per os POD 0 2 liter per os POD 1-5
Blærekateter	Ingen standardprogram for plejen	Sep. POD 1
Mave-tarm funktion	Ingen standardprogram for plejen	Laxoberaldråber 5 dr x 2 fra POD 0
Udskrivelseskriterier	Patienten accepterer udskrivelse Sufficient smertedækket med tbl. Sufficient indtag af kost og væske Cicatrissen reaktionsløs Afføring og fri vandladning Kan varetage vanlige ADL-funktioner	Patienten accepterer udskrivelse Sufficient smertedækket med tbl. Sufficient indtag af kost og væske Cicatrissen reaktionsløs Afføring og fri vandladning Kan varetage vanlige ADL-funktioner
Udskrivelse	Mål: 7.-12. postoperative dag	Mål: 5. postoperative dag

Der er store forskelle i mellem de to plejeregimer og dermed er der mange variable i spil, det er tydeligt at det nye regime er inspireret af den accelererede kolonkirurgi..

I masterprojektet er overvejelser i relation til selve implementeringen af de nye kliniske retningslinjer hovedsagelig baseret på litteraturstudier. Det kunne have været særdeles interessant hvis der



var fundet plads til en nærmere beskrivelse af de forskellige aktørinteresser, der er i spil, når der implementeres nye kliniske retningslinjer. Indførelse af nye kliniske vejledninger er at bede mennesker om at foretage markante ændringer i relation til rutiner i deres arbejdsliv. Derfor må man forvente, at der opstår konflikter og kompetencestridigheder. Uanset at det ligger i periferien af masterprojektets fokus, så er erfaringer med implementering af nye regimer og produktionsmåder i sundhedsvæsnets aktuelle områder, som med stor fordel kunne løftes frem.

Resultaterne fra undersøgelsen viser, at i den gruppe af de patienter der eksponeres for den nye kliniske vejledning, kan der spores en gunstig effekt. Patienterne kommer sig tilsyneladende hurtigere, de har færre smerter, færre komplikationer og kortere indlæggelse. Det forekommer således relevant at implementere den kliniske vejledning indenfor aortakirurgien.

Evidensbaseret medicin herunder det klinisk kontrollerede forsøg sætter i den grad dagsordenen indenfor klinisk forskning. Det kan derfor ikke undre at metoder og forskningsstrategier hentet fra denne tradition i høj grad influerer på den måde hvorpå sygeplejersker studerer sygepleje. Det er imidlertid centralt at holde sig for øje, hvad der er muligt at undersøge ved hjælp af metoder inspireret fra denne tradition, ligesom det er relevant at reflektere over, hvilke an-

dre relevante dimensioner af sygepleje til aortaopererede patienter som ikke kan undersøges og afdækkes ved hjælp af disse strategier for erkendelse, man vil derfor med en vis ret kunne hævde, at videnskabssteoretiske overvejelser forekommer underbelyst i masterprojektet.

Der er en tendens til at evidensbaseret medicin herunder evidensbaseret sygepleje ikke nødvendigvis i sig selv producerer ny viden. Der er måske snarere tale om allerede eksisterende viden som systematiseres og præsenteres i en ny indpakning.

I forlængelse af forsøget med de to grupper af patienter kan man fx konkludere, at tidlig og systematisk mobilisering er hensigtsmæssig for nyopererede patienter, at sufficient ernæring og væsketerapi fremmer rehabiliteringen, samt at adækvat smertebehandling har en gunstig effekt, når patienter er nyopererede. Imod denne lidt udfordrende udlægning kunne man hævde, at den viden som er genereret i forlængelse af undersøgelsen i højere grad handler om hvordan man sikrer tidlig mobilisering, sufficient smertebehandling, ernæring og væsketerapi osv. Det djævelske spørgsmål til dette synspunkt må så være: Hvordan kan det være, at sygeplejersker i år 2007 skal bedrive denne type af undersøgelser for at dokumentere og legitimere gyldigheden af de erfaringer som sygeplejersker og læger har akkumuleret igennem generationer?

# Professionalitet contra rutinisering og ensretning

Boganmeldelse af: Professionel viden. Professionelt liv. Studier i uddannelse og forandring. Af Ivor F. Goodson København, Frydenlund 2007

*Af Jens Bydam, Sygeplejerske, redaktør, cand.phil*

Ivor Goodson viser i denne bog, hvorledes der verden over er bestræbelser på at ændre den offentlige sektor og specielt uddannelsessektoren, så der fokuseres mere på erhvervslivets udtalte behov på bekostning af professionernes autonomi og status.

Bogens første del indledes med at se på sammenhænge mellem vidensmønstre og forskellige versioner af lærerprofessionalisme. Det slås fast at: "I forbindelse med udviklingen af læreres professionelle viden er sammenkædningen af "fortællinger om aktion" og "kontekstteorier" bydende nødvendig. Uden denne form for viden bliver undervisning en teknisk formidling af andres målsætninger" (s. 27).

Dernæst fokuseres der på, hvorfor en stor del af uddannelsesforskningen virker irrelevant for lærernes daglige arbejde. Der advares imod, at lærer-forsker samarbejdet hovedsageligt kommer til at fokusere på praksis, på bekostning af en bredere tilgang i et sådant samarbejde, der fokuserer på kritiske begivenheder i undervisningen, hvilket kunne genetablere og udvikle den teoretiske målsætning.

Det belyses, hvorledes eksterne krav og påbud bevirker, at læreres arbejde bliver teknikgjort og begrænses og hermed hindrer læreres professionelle udvikling gennem refleksion og forskning.

I det efterfølgende kapitel beskrives, hvorledes narrativer som ny undersøgelsesform kan være grundlaget for fremtidens forskning. Men narrativer indebærer også faren for, at forskningen begrænses til fortælling om fasttømrede normer og herved fører til social lukning og fordummelse.

Bogens første del munder ud i en afdækning af og begrundelse for at anvende livshistoriearbejde i studiet af lærere, og der argumenteres for, hvorledes denne indfaldsvinkel kan kaste nyt lys og andre perspektiver på fænomener som udbrændthed og lærerfrafald.

Bogens anden del indledes med at introducere begrebet uddannelsesforandring. Det beskrives, hvorledes eksisterende forandringsteorier viser sig utilstrækkelige og sparsomme i forhold til studierne af læreres holdninger og målsætninger.

Det afdækkes, hvordan personlige holdninger og målsætninger spiller en rolle i uddannelsespraksis, og det vises, hvorledes fraværet af personlige perspektiver fejlvrider forandrings- og reforminitiativer samt forandrings- og reformteorierne. Uddannelsesmæssige forandringsteorier sættes ind i deres historiske sammenhæng og nye perspektiver for forandring analyseres.

Bogen afsluttes med at belyse, hvorledes mange aktuelle uddannelsesforandringer påvirker den status lærernes professionelle viden har, hvilket i sidste ende truer med at undergrave lærernes professionalisme.

Hvis lærerne fortsat skal betragtes som professionelle, skal de besidde et "korporus af professionel viden" og udforske

den moralske dimension af undervisning som håndværk.

"Når først det moralske og etiske lærerkald er blevet ophøjet til en prioritet, bliver det klart, at import af forretningsmetoder i forskning, afrapportering/ansvarlighed og præstationslønninger vil være særdeles uhensigtsmæssig. Etik og moral har aldrig været af større vigtighed i forretningsprocedurer: her er det legitime hensyn at tjene penge. Af denne grund, frem for alt, har en rehabilitering af en ny form for principledet professionalisme et tilknyttet behov for mere lydøre modeller for forskningsstudier og teoridannelse" (s.159).

At bogen har interesse også inden for de danske professionsuddannelser, illustreres klart gennem de politiske bestræbelser med at etablere praksistilknyttede videregående uddannelser, der afskærer træning i den kritiske akademiske tilgang, som kunne trække disse professioner ud af rutinepræget og ind i en professionel udvikling. Bogen kan give et hip til de moderne uddannelsesledere, der i dag sætter management i højsædet på bekostning af den fagligt professionelle udvikling, for de politiske ansvarlige kan jo ikke råbes op på disse sider.

# Er der forskel på sygeplejersker og maskiner?

Anmeldelse af: Casper Bruun Jensen, Peter Lauritsen og Finn Olesen (2007). "Introduktion til STS. Sciences, technology, society". København: Hans Reitzels Forlag.

Af Rolf E. Nikula, ph.d., MI  
(rolf@nikula.dk)

Det finns en historia om första gången p-pillret beskrevs i en vetenskaplig artikel. Den spanske forskaren/läkaren framhöll alla fördelar, som till exempel minskade smärtor vid menstruation och bra effekter för kvinnor med rikliga blödningsar. Däremot, skrev han, hade medicinen en *negativ* biverkan, nämligen den att möjligheten att bli gravid minskade radikalt! Detta som ett sätt att säga att detta är en bok som behövs. Forskarvärlden behöver ifrågasätta sina perspektiv. Dessutom är det en riktigt bra bok.

## En utförlig lärobok

Boken framställs som en introduktion till Science, Technology, Society (STS) och är mycket riktigt en utförlig lärobok i STS. Centrala begrepp och frågeställningar beskrivs med utgångspunkt från de viktigare perspektiven inom STS. Varje perspektiv eller tema presenteras med en kort historisk tillbakablick på vilket sätt, det förhåller dig till andra teman och vilka som är de typiska problemställningarna.

De nio kapitlen bildar en exposé över STS som helhet, framväxten och inte minst aktuella problemställningar. De sammanlagt nio kapitlen behandlar bland annat Social Construction of Technology (SCOT), Actor Network Theory (ANT), feministisk STS och posthumanitet. Boken blir på så sätt en introduktion och en uppmaning till ett

nytt eller vidare perspektiv på forskning inom bland annat sundhedssektoren och framför allt inom områden där teknologi möter sundhedsprofessionelle som inom sundhedsinformatik. Ett område som idag i allt för hög grad präglas av medicinens och datavetenskapens forskningstradition/paradigm. Det finns en uppenbar risk att forskare inom sundhedsvidenskaberne, en domän där vi av tradition är naturvetenskapligt inriktade, där den gyllene standarden är Randomised Clinical Trials har ett alltför naturvetenskapligt synsätt.

## Inspiration til forskere

För att lyfta fram några delar som direkt eller indirekt kan inspirera forskare inom sundhedsvidenskaberne så vill jag peka på några exempel. Etnometodologin ger oss verktyg för att studera vilka metoder människor använder för att göra gemensamma situationer förståeliga för varandra. Metoden används inom två riktningar, dels i konversationsanalys, dels i studier i konkret arbetspraxis. Genom studier av människors interaktion blir det möjligt att få en annan förståelse för bland annat teknologiska praksisdomäner. Något som kan användas i studier av hur sundhedsprofessionelle adopterar och integrerar teknologi inom sitt arbetsområde.

Det sägs ofta att implementering av informations- och kommunikationsteknologi (IKT) är en organisatorisk fråga snarare än en teknisk. I detta spänningsfält kan symbolisk interaktionism bidra med verktyg för att genomföra studier av hur teknologin samspekar med organisationen inom sundhedssektoren. På så sätt kan vi få en rikligare bild av hur implementeringen av ny teknologi



interagerar med de organisatoriska förändringar som ofta, ibland endast implicit, är målet.

Förhoppningsvis kan beskrivningen av posthumanism och cyborgs inspirera till att studera hur människor samverkar med teknologier ur nya perspektiv. Inte minst kommer detta att gälla för studier av IKT, ett område där gränsen mellan teknologi och människa är i hög grad ifrågasatt. Var slutar eller börjar interaktionen med ett beslutsstöd för behandling med cytostatika? Som det står skrivet i kapitlet om posthumanismen så ger oss STS och dess perspektiv anledning att ställa oss kritiska till hur genomförs olika forskningsstudier, vilka ämnen är det som vi undersöker och inte minst varför?

### Nyttig läsning

Vem skall då läsa boken? Svaret blir för min del enkelt. Boken bör läsas av alla forskare som studerar områden där teknologi möter människor. Där människan förväntas använda teknik som ett "enkla verktyg". Teknologier är inte enkla verktyg. Teknologier innehåller kultur och förväntad praxis som är inskrivet (inscribed) i till exempel applikationer. Problemen ökar då teknologin förväntas fungera i en komplex social värld. Här behöver forskare ta till sig och problematisera med bland annat STS som utgångspunkt. Vad jag möjligen saknar är en mer ingående förklaring av begreppen teknik kontra teknologi. Alla försök att reda ut den flora av begrepp som används är viktiga. Till exempel används begrepp som installation, införande och implementering synonymt liksom applikation och system. Något som ofta bidrar till förvirringen.

Boken syftar till att vara en introduktion av STS som ett vetenskapsteoretiskt område. Vilket naturligtvis präglar till exempel val av referenser och språk. Språket i sig är inte svårt, tvärtom, författarna har lagt vinn på att skriva en bra och (till och med för mig) lättför-

ståelig danska. Men innehållet tyngs med naturlighet ner av den domän som beskrivs. Varje kapitel i sig innehåller en redogörelse för respektive perspektivs historia och framväxt. Dessa avsnitt är fyllda med begrepp och termer som säkerligen inte alla tycker är lättförståeliga. Samtidigt, som sagt tidigare, så har man lagt möda på att varje perspektiv också beskrivs med klargörande "fall" vilket gör att man utan problem kommer vidare.

Jag tror att många även utanför forskarsamfundet skulle ha nytta och behållning av STS-områdets perspektiv. Inte minst vore det nyttig läsning för ledningspersoner på olika nivåer som beställare av teknologi, projektledare för både utveckling och implementering av till exempel IKT. Vi kan hoppas att de orkar ta till sig boken, eller att författarna kommer med en mer populärvetenskaplig variant.

På samma sätt som författarna boken vill jag ge förlag till fortsatt läsning. För att sätta in en del av bokens teorier i konkreta forskningssituationer skulle jag vilja rekommendera en avhandling av Signe Svenningsen (2003). Avhandlingen tar upp de effekter som övergången från en pappersbaserad patientdokumentation till IT-stödd sådan medför. Svenningsen använder bland annat ANT för att analysera fenomenet. Svenningsens fynd kan ses som en illustration av vad som står i STS-bokens avsnitt om posthumanismen: "...at bygge verdener er en kollektiv opgave. Kollektivet består ikke bare af sociale væsner, men også af mange andre teknovidenskabelige og materielle aktører". Spännande läsning!

### Litteratur:

Svenningsen, S., *Electronic Patient Records and Medical Practice - Reorganization of Roles, Responsibilities and Risks*. Copenhagen: Copenhagen Business School, Department of Organization and Industrial Sociology. p. 346.

# "Hent lige Kaffen!"

Anmeldelse af: Axel Honneth (2003). "Behovet for anerkendelse" (oversat af Mogens Chrom Jacobsen og med indledning af Rasmus Willig) og Axel Honneth (2006). "Kamp om anerkendelse" (oversat af Arne Jørgensen). Begge Hans Reitzels Forlag, København

*Af Johny Lauritsen, Udviklings- og kvalitetschef, mag.art., Professionshøjskolen Sjælland (jol@cvusj.dk)*

Antropologen og socialfilosoffen Axel Honneth (f.1949) har overtaget Jürgen Habermas' professorat i socialfilosofi ved Wolfgang Goethe Universitet i Frankfurt, og i Danmark har sociologen universitetslektor Rasmus Willig (RUC) introduceret Aksel Honneths forfatterskab med foreløbig to centrale tekster. Først bogen "Behovet for anerkendelse" (2003) og dernæst "Kamp om anerkendelse" (2006), med underteksten "Sociale konflikters moralske grammatik", begge er udkommet på Hans Reitzels Forlag. Sammen med andre centrale tekster af f.eks. Alfred Schutz, Erving Goffman og Georg Herbert Mead er forlaget åbenbart i gang med at opruste mikro-sociologien på en mere fænomenologiske klangbund, over for de mere dominerende og makro-orienterede systemteoretiske civilisationsociologer som f.eks. Luhmann, Beck, Baumann med Bourdieus strukturerende konstruktivisme tværs gennem hele feltet.

## Kritisk teoris arv

Aksel Honneth bekender sig til sin arv fra den Kritiske teori med Horkheimer, Adorno og Habermasorkheimer, men i en kritisk udgave, der bl.a. rekapitulerer Hegels Jena tekster og hans tætte analyse af forholdet mellem herre og slave. En analyseform man i øvrigt kan genfinde også hos Bourdieu som forholdet mellem dominerende og dominerede. Disse mangeartede tråde kan man løsne op for gennem læsning af Rasmus Wil-

ligs fremragende indledninger til begge bøger, der sætter Aksel Honneths teoretiske bestræbelser ind i en sociologisk kontekst med alle de moderne kultur teoretikere, som Honneth har analyseret gennem sin lange rent akademiske karriere. Punktet for de kritiske bestræbelser er, hvordan dette forhold mellem den bestemmende og den, der bestemmes over konstitueres teoretisk og praktisk og lader sig gøre uden mere modstand eller obstruktion end, at forholdet fortsætter sin magtrelation ufortrødent! Og spørgsmålet omvendt stillet: Hvordan lader social forandring sig overhovedet gøre, når så mange kræfter bestræber sig på at reproducere den magtfulde relation - økonomiske, juridiske, politiske, kulturelle og interpersonelle mellem mennesker?

## Anerkendelse

Overskriften "*Hent lige kaffen!*" skyldes det netop overståede folketingsvalg, hvor en ældre mandlig partileder fra et borgerligt parti uvidende herom kom til at bestille ovenstående service hos en yngre kvindelig person under den afsluttende partilederrunde i TV.

Hun satte sig senere i én af partilederstolene, idet hun var én af de andre partiledere, der skulle interviewes på lige fod med den servicekrævende! Sådanne situationer forekommer overalt i det sociale liv, i institutionslivet, på hospitaler, mellem behandlere og klienter, mellem vejledere og elever, mellem voksne og børn, mellem mand og kvinde, ja mellem høj lav i alle hierarkier. Den generelle problemstilling med anerkendelse er også stærkt aktualiseret med de igangværende forhandlinger om kvalitetsreform og løn for især offentlige ansatte.

Det er præcist sådanne situationer Aksel Honneth forfølger begrebsligt, hvor en socialt set mindre betydende person

"ses igennem" af en anden socialt set mere betydende person, i hvert fald i sine egne og måske i andres øjne. I kapitlet om "Synlighed" (ss. 98-110) i bogen "Behovet for anerkendelse" (2003) med underteksten "Om 'anerkendelsens' erkendelsesteori", gennemgår han på eksemplarisk vis, hvad der sker mellem to personer, når den ene ikke anerkender den andens tilstedeværelse gennem f.eks. gestik, gebærder, nik med hovedet, håndtryk eller talen til, og samtidig i en form der er ikke-vedkendt af den, der i situationen naturligt burde vedkende den førstes eksistens. For Honneth er denne naturlighedens fundament det, der gør, at alle andre vurderer, at den bestemte (overlægen) "burde" have set den anden "ubetydelige" person (rengøringsassistenten), det moralske grundlag for hans normative teori, der udvikler sig over tre sfærer (ss.14-15):

1. Den private
2. Den retslige
3. Den solidariske, der dækker henholdsvis:
  - a. Det kulturelle
  - b. Det politiske
  - c. De arbejdsmæssige fællesskaber.

På et ontogenetisk plan bliver dette til tre relationer i forholdet til sig selv:

1. Kærligheden, der skaber forudsætningen for fundamental selvtillid.
2. Den almene agtelse i form af rettigheder, skaber forudsætningen for selvagtelse som borger.
3. Den sociale solidaritet i form af normer og fællesskab, skaber forudsætningen for selvværd.

Disse tre praktiske måder, som subjektet forholder sig til sig selv på, er teoretiske begreber, der ikke nødvendigvis korresponderer med den empiriske virkelighed. Den enkelte person forudsættes i en art epigenetisk forløb (jvnf. Erikson, Piaget) at skulle gennemløbe disse faser i deres ideal for at nærme sig idéen om det gode liv.

Udstyret med disse begreber kan Honneth gå til angreb på den manglende anerkendelse i samfundslivet som sådan og dermed påvise de individuelle og sociale "krænkelser", der systematisk foregår i det moderne samfund med den underliggende dagsorden, at skulle man mindske disse krænkelser, så skal der mere ligeværdighed, respekt for den enkelte og social anerkendelse til. En tankeform han henter inspiration til hos bl.a. Mead ("to take the role of the other") og Winnicotts spejlteori mellem spædbørn og deres mødre.

#### **Intet empirisk afsæt**

Tværs gennem Honneths tekster lyser en dybdegående teoretisk viden om hele det moderne sociopsykologiske og kultursociologiske tekstunivers, som bygger på en idealisme om menneskenaturens godhed, hvis blot den ikke blev overlejret af alle disse krænkelser, asymmetrier og magtsystematikker. Kritikken af overmagtformernes symbolske arbejdsformer er massiv, men man sidder stadig tilbage med en fornemmelse af, at hvis denne analyse om behovet for anerkendelse er det rigtige svar, så mangler der stadig nogle handlingsmæssige skridt, der måske kræver mere demokratisk magt end, hvad anerkendelsen kan levere. Skulle sagen med tiden

Honneths Tænkning			
Det private	Kultur	Selvtillid	Kærlighed
Det retslige	Politik	Selvagtelse	Rettigheder
Det solidariske	Arbejde	Selvværdsættelse	Fælles værdier

*Tabel 1: Honneths tænkning skematisk illustreret ved Johnny Lauritsen*

stille sig anderledes med slaven, de dominerede, de krænkede, de der bestemmes over som demokratisk valgte magthavere, hvad man jo undrer sig over ikke realiseres hver gang, der er et politisk valg et eller andet sted i verden, så kan man blot håbe på, at den modsatte part anerkendes i sin ret som menneske. Har vi set det realiseret til dato?

De to bøger kan anbefales, hvis man ønsker at blive ajourført med den seneste udvikling inden for den Kritiske

Teori og hvis man har brug for gode argumenter til at få anerkendt sin professionsfaglighed i en social kontekst. Endvidere kan det stærkt anbefales at læse Rasmus Willigs to indledninger, der på fornem vis demonstrerer, hvorfor Aksel Honneth er en vigtig teoretisk begrebsstærk figur i det sociologiske felt. Men man skal ikke læse bøgerne, hvis man søger efter empiriske undersøgelser af anerkendelse i praksis, så bliver man slemt skuffet!



# Om forholdet mellem erfaringer og forventninger

Anmeldelse af Reinhart Koselleck: *Begreber, tid og erfaring*, Hans Reitzels Forlag 2007

*Af Kirsten Frederiksen, cand.pæd. ph.d. postdoc ved Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet*

Da jeg blev spurgt, om jeg ville anmelde en oversættelse af tekster, skrevet af Reinhart Koselleck i perioden 1969 til 1994, svarede jeg ja, uden egentligt at vide, hvad jeg gik ind til. Det ved jeg til gengæld nu. Reinhart Koselleck er ikke en herre, hvis eksistens har fyldt meget i min bevidsthed, men det har vist sig, at jeg ikke er alene om mit ukendskab til hans tekster, da teksterne netop er blevet oversat for at give en større kreds af læsere mulighed for at stifte bekendtskab med Kosellecks univers. For det er nok de færreste uden for historie-, statskundskab- og jurastudierne, som magter at tygge sig igennem det leksikon i syv bind, *Geschichtliche Grundbegriffe*, der udkom mellem 1972 og 1997 og havde Koselleck som både forfatter til programmet for værket og som en af værketets 109 forfattere. Men med bogen "Begreber, tid og erfaring" er det altså blevet muligt at læse nogle af Kosellecks mest centrale tekster oversat til dansk.

I det følgende vil jeg dele nogle af de tanker, som læsningen af teksterne har givet anledning til. Allerede ved at læse Jeppe Nevers og Niklas Olsens forord til bogen blev jeg nysgerrig. Ikke mindst fordi det viser sig, at Koselleck skriver sig ind i diskussionerne om forholdet mellem historieskrivning og virkeligheden i sine teser om forholdet mellem begreber og virkelighed. Altså i diskussionerne om virkelighedens beskaffen-

hed og forholdet mellem tale og ting, som vi også i sygeplejen har været optaget af. Koselleck gør altså i lighed med f.eks. Michel Foucault op med teleologisk historiefilosofi og forestillingen om en iboende mening i historiens gang.

Koselleck peger nemlig på, at der ikke nødvendigvis er sammenhæng mellem historiske begreber og nutidige erkendelseskategorier. Både mennesker og historie rummer i sig en tidslighed, som gør, at ingen af delene er uforanderlige. Dette forhold har indflydelse, når vi undersøger de begrebsliggørelser, der træder frem af historiske undersøgelser af sagsforhold, som tidligere er blevet sprogligt artikulerede. Med det mener Koselleck, at vi undersøger forhold, hvor der allerede har fundet en begrebsliggørelse sted, i modsætning til når vi undersøger sagsforhold, der ikke har været artikulerede tidligere ved at undersøge de af fortidens levninger, som er overleverede uden at være sprogliggjorte. Derfor mener Koselleck, at det er nødvendigt at udføre en begrebshistorie forstået som en undersøgelse af forskellen mellem betydningen af gamle begreber i forhold til en nutidig erkendelse af dem.

For Koselleck skal historien ikke forstås som en lineær bevægelse, men derimod som flere lag af tidslige strukturer, som griber ind i hinanden, og det er Kosellecks hensigt at formulere en historisk teori, som rummer både strukturer og begivenheder. Koselleck ønsker at formulere en teori om "betingelser for mulig historie". Historie bliver i den sammenhæng til spændingsfeltet mellem erfaring og forventning, og det store brud i verdenshistorien bliver for Koselleck det tidspunkt, da forventningen

ikke længere er bundet af erfaringen - hvor man ikke længere forventer at møde det kendte, det erfarede, men tværtimod forventer at møde noget nyt, noget utopisk eller ideelt.

Kosellecks ærinde i teksterne er at pege på, at vores måde at tænke om fortid og fremtid har forandret sig, sådan at vi i perioden mellem 1750 og 1840 har fået indlejret en forventning om fremskridt og forandring i vores forventning til fremtiden. I denne periode begyndte vi at tro på historiens gang som et fremadskridende projekt med demokrati som et selvstændigt politisk projekt med snarlig frigørelse som udkomme. Vores forventninger til historiens gang, mener Koselleck altså, blev ændret fra, at vi forventer det samme, til at vi forventer forandring, og at der med vores forventning om forandring samtidigt bliver skabt en forventning om fremskridt. Koselleck forbinder disse ændringer i indholdet i begreberne, altså de ændringer, som en begrebshistorie kan fremanalysere, med de ændringer, der i perioden sker i politiske, sociale og økonomiske strukturer. Koselleck mener, at sociale strukturer og begreber både betinger og påvirker hinanden og bruger konkrete eksempler som f.eks. Karl Is henrettelse, den franske revolution og det tyske folkeforbund til at underbygge sine teser. Disse eksempler er med til at gøre teksten spændende at læse og letter også forståelsen af teksterne, som ikke er helt lette at gå til.

Det betyder for mit vedkommende, at en enkelt gennemlæsning af teksterne

ikke gør det muligt for mig at tilbyde et samlet, dækkende overblik over dem. Og det betyder også, at jeg tror, at det ligesom det har været for mig, vil det være nødvendigt for mange af bogens læsere at læse nogle introducerende tekster om Koselleck for at kunne placere ham i en større sammenhæng. Så udover mine noget sporadiske nedslag i teksterne, som gerne skulle vise lidt om deres tyngde og indhold, er det ikke muligt for mig at give en sammenhængende og dækkende beskrivelse af indholdet i bogens 270 sider.

Til gengæld har mit forsøg på en dechifrerung af de forskellige tekster har åbnet et spændende univers, som absolut giver lyst til genlæsning og yderligere fordybning i Kosellecks tænkning. Skrivestilen er tysk og tung, lixtallet højt, og der henvises tæt til de store filosoffer som f.eks. Augustin, Heidegger og Gadamer undervejs og hermed også til diskussioner, hvoraf nogle nok vil være bekendte og andre ikke. I den sammenhæng har Jeppe Nevers og Niklas Olsens forord været til stor hjælp, fordi forfatterne formår at indplacere Koselleck i en større sammenhæng samt at give en god indføring i, hvad man som læser har i vente. Og samtidigt er det skrevet så spændende, at det gjorde mig nysgerrig i forhold til at læse teksterne. Så hvis man er interesseret i diskussionerne om historiens gang og om forholdet mellem historieskrivning og virkelighed, kan jeg kun anbefale, at man kaster sig over Reinhart Kosellecks tekster

# En perspektiverende inspirasjonskilde

Bokanmeldelse af "Perspektiver på forskning". Redigert av Kirsten Fredriksen, Kirsten Lomborg, Iben Lovring, Gitte Wind og Ulli Zetler. Århus: JVCU Udviklingsinitiativet for Sygeplejerskeuddannelsen, 2007

*Av psykiatrisk sykepleier, 1. amanuensis og dr.polit. Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag*

Boken "Perspektiver på forskning" er den tredje og siste boken i rekken av utgivelser i antologiserien "Perspektiver på...". I 2004 utkom "Perspektiver på utvikling" og i 2006 utkom "Perspektiver på faglighet". Alle utgivelsene er gjort ved JVCU Udviklingsinitiativet for Sygeplejerskeuddannelsen. Den siste utgivelsen markerer også et farvel til JVCU og ett velkommen til professionshøgskole, VIA University College som skal bære oppgavene og tradisjonen fra JVCU videre.

"Perspektiver på forskning" inngår som nevnt i en antologiserie og boken er i seg selv også utformet som en antologi. Jeg har ikke lest de to forgående antologier og kan følgelig ikke se den siste utgivelsen i sammenheng med de to forgående. Det jeg imidlertid skal gjøre er å si noe om hva antologien har som hensikt, hva den inneholder og hvordan jeg forstår dette.

Boken inneholder 16 ulike kapitler med til sammen 22 forfattere. Den er redigert av en gruppe på fem personer. Redaksjonen skriver at de har tre sentrale målsettinger med boken: 1. Rette søkelyset mot forskning og forskningstilknypning i de mellomlange videregående profesjonsutdannelsene, 2. Presentere en bred vifte av ulike perspektiver på forskning og forskningstilganger og 3. Skape in-

spirasjon og diskusjon om forskning og utdanning i vårt nåtidige samfunn. Hovedbegrunnelsen for boken gis ved at undervisningen i de mellomlange videregående profesjonsutdannelsene skal være forskningstilknyttet ved at det i undervisningen skal inndras resultater fra fagutvikling og forskning, og at studentene skal lære å anvende vitenskapelige metoder.

Jeg liker godt tittelen på boken - "Perspektiver på forskning". Begrepet om perspektiver innebærer for meg at boken har en pretensjon om å beskrive ulike perspektiver på forskning både i form av vitenskapsfilosofiske overveielser, metodologiske refleksjoner og ulike forskningstilganger eller metoder. Jeg tenker at perspektivbegrepet innebærer en inklusjon og anerkjennelse av forskjeller, og at denne ulikheten er et gode og et meget viktig poeng i seg selv. Altså; bare tittelen gjør meg nysgjerrig og forventningsfull. Spørsmålet er hvordan boken responderer på dette. Jeg vil uten forbehold si at boken tilfredsstillende mine forventninger og den pirrer ytterligere min nysjerrighet. Som sagt: boken består av seksten ulike kapitler og er en antologi. Det er krevende å få en helhet i en antologi. Den kan fort komme til å fremstå som fragmentert og mer eller mindre tilfeldig sammensatt.

Det er ikke tilfelle med denne boken. Jeg opplever at bokens struktur; hvordan de ulike kapitlene er satt sammen og følger på hverandre gir både en rød tråd og representerer en grunnleggende ide fra redaksjonens side om hvordan perspektivene på forskning kan fremstilles. De ulike kapitlene tar for seg overordnede perspektiver på forskning; hva det er eller kan være og på hvordan forsk-

ning italesettes og problematiseres både vitenskapsfilosofisk og metodologisk. Flere kapitler beskriver hvordan og hva innebærer en forskningstilknytning i de mellomlange videregående profesjonsutdannelsene med eksempler på hvordan en kan utvikle forskningssamarbeid mellom utdannelsene og det kliniske feltet. Disse eksemplene kommer fra flere fagområder som sykepleie, pedagogikk, sundhetspedagogikk og fysioterapi. Andre kapitler problematiserer kravet om forskningstilknytning og hva det innebærer av akademisering og vitenskapeliggjøring av kunnskaps-grunnlagene i utdannelsene og hvilke utfordringer dette stiller for studenter og utdannere. Noen kapitler diskuterer hva viten er og hvordan et bredd kunnskapsbegrep kan utvikles innefor de mellomlange videregående profesjonsutdannelsene. Det er jo all grunn til å undre seg over om utviklingen innenfor disse (ut)dannelsene er til det bedre eller bringer oss fremover hva angår både (ut)dannelsens innhold og form. Den undringen og usikkerheten mener jeg boken formidler på en inviterende og engasjerende måte.

Boken tar utgangspunkt i endringer i det danske (ut)dannelsessystemet, samtidig er dette endringer som vi ser skjer i hele universitets- og høgskolesektoren i Norden og også internasjonalt. Et meget sjarmerende trekk ved boken er følgende at den har forfattere fra andre land enn Danmark. Faglig sett er jeg direkte begeistret for at forfatterne representerer ulike fag, fagområder og (ut)dannelsesinstitusjoner som nettopp bidrar til å levendegjøre tittelen på boken: "Perspektiver på forskning". Dette gjør at boken både kan leses som en helhet, men den kan også leses stykkevis ved at de ulike kapitlene - gjennom meget talende titler og innholdsrike beskrivelser - inviterer til eksplisitt fordypning. Som leser av denne anmeldelsen kan du nå kanskje lure på når omtalen av hvert enkelt kapittel kommer. Det har jeg ikke tenkt å gjøre fordi en av bokens sentrale målsettinger er å "Skape inspirasjon og diskusjon om forskning og utdanning i vårt nåtidige samfunn". For å bidra til dette må du lese boken selv ved å kjøpe den eller låne den av andre eller på et bibliotek. Min oppfordring til deg er å gjøre det - Nå! La deg inspirere og engasjere!



# Med feltarbeid som varemerke? - Ulike innfallsporter til det antropologiske vitensprosjekt

Anmeldelse af: Kirsten Hastrup: "Ind i verden. En grundbog i antropologisk metode". 1. udgave, 2. oplag. København: Hans Reitzel, 2007

Av Frode F. Jacobsen, *Førsteamanuensis, Dr.Polit., Universitetet i Bergen* (Frode.Jacobsen@isf.uib.no)

"Enhver vil kunne komme i kontakt med eksempler fra sitt eget feltarbeid på det jeg vil kalle en transformasjon fra vitenskapsmannens subjektive og første persons "jeg", til feltarbeiderens opptreden i tredjeperson. Det skal forstås på den måte at man i felten blir innskrevet i, eller blir objekt for, en virkelighet hvor ens "normale" jeg er suspendert. Heri ligger etnografiens konkrete utfordring til dens utøvere; for å få satt begrep på virkeligheten må vi først ha erfart den, og for å erfare den må vi utviske våre begreper" (Hastrup og Ramløv 1988:13)

I denne tidligere nesten 20 år gamle metodeboken fra dansk antropologisk miljø redigert av Kirsten Hastrup og Kirsten Ramløv er det antropologiske feltarbeidet, som mange oppfatter som selve "flaggskipet" for antropologisk metode, som er bokens hovedfokus. Antropologisk feltarbeid fremstilles som en resosialiseringssprosess hvor feltarbeide-*ren*, som en nødvendig del av feltarbeidet "skifter identitet", der hun ikke blir (eller noensinne kan bli) som dem hun studerer men heller ikke kan være den hun vanligvis er i vante omgivelser. I denne prosessen setter felten sine sterke spor i feltarbeideren, som etter feltarbeidet også kommer til å oppleve seg selv i

tredje person, som "feltarbeide-*ren*", som "han" eller "hun" heller enn som "jeg". Denne personen har også gjerne et annet navn; for eksempel ble Kirsten Hastrup "Kristín" på Island.

Både i denne boken, og i en annen viktig metodebok som noen år senere kommer på norsk, Finn Sivert Nielsens (red.) boken "Nærmere kommer du ikke... Håndbok i antropologisk feltarbeid" (1996), får feltarbeidet en karakter som selve varemerket for antropologer og for faget antropologi. Disse to bøkene representerer nærmest unntak i akademisk antropologisk litteratur. Er det noe vi antropologer ikke skriver, så er det bøker om antropologisk metode, ofte implisitt forstått som antropologisk feltarbeid. Så myteomspunnet har feltarbeid vært som et *rite de passage* for å bli en voksen antropolog og så nært har det vært knyttet til antropologers faglige identitet at det så langt har hørt til sjeldenhetene at antropologer som ikke har "vært på feltarbeid", får stillinger i antropologiske universitetsmiljøer. Kanskje den nærmest sakrale karakter som feltarbeidet har hatt i vår fagtradisjon som knyttet til en slags personlig og faglig "gjenfødelse" har gjort at de fleste har vegret seg for å på noen måte beskrive hva som kjennetegner metoden, av redsel for å "dissekere" og essensialisere den.

Også den andre boken fra Kirsten Hastrups hånd om antropologisk metode, "Ind i verden", representerer derfor et modig foretakende. Denne boken, på omfangsrike 431 sider (med litteratur-

lister, stikkordregister etc.), er en type antologi med bidrag fra totalt 17 antropologer, henne selv medregnet, er noe mer enn en samling artikler som bindes sammen ved å ha et felles hovedtema og innledning. Foruten en konsistent bruk av korte, men innholdsrike kapitteloverskrifter og illustrative sort-hvitt bilder av høy kunstnerisk kvalitet som innramming for hvert kapittel, og en rekkefølge av bidragene som i noen grad også reflekterer utviklingen av feltarbeidet som et "svennestykke" fra temaer som "møtet" via "samværet" til "intimiteten" og "hemmeligheten" til "korpsånden" og vitenskapelig disiplinering, så bidrar også redaktørens tilstedeværelse tre egne bidrag til boken til å binde den sammen til en helhet og gi den et særpreg. Som i mye av Kirsten Hastrups produksjon vies språk i bred betydning stor oppmerksomhet, i forhold til dagliglivets språk i feltet, feltefaringers tause dimensjoner, og språkliggjøringen som man uunngåelig begår i den vitenskapelige formidlingen av feltarbeidet.

### Ulik på mange måter

Denne boken er på mange måter ulik Hastrups (og Kirsten Ramløvs) forrige metodebok. En iøynefallende indikasjon på dette er at den faktisk inneholder bidrag fra antropologer som ikke har basert seg på feltarbeid i klassisk forstand, der to av dem, antropologene Cecilie Rubow og John Aggergaard Larsen, har basert seg på intervjuer. Førstnevnte gir for øvrig en spennende og faglig utfordrende metodologisk tilnærming gjennom å utforske intervjusituasjonene som anledninger for deltakende observasjon. Begge disse to sine bidrag er også blant flere bidrag som viser at antropologien for lengst har kommet hjem, og i økende fortsetter med det. Flere av bidragene representerer dermed antropologiske arbeider i Danmark, der kjente miljøer gjøres eksotiske og spennende, og hjemlige miljøer som gjerne er ukjente for de fleste skandinaver, "oppdages" gjennom antropologiske tilnærminger.

Et av de mest stimulerende eksempler på dette er kapitlet "Indlejrningen. Å balansere mellem perceptuelle verdener" av Pia Lundberg, og igjen er språket viet spesiell oppmerksomhet, fra hennes feltarbeid blant blinde barn. Jette og Lone, to av barna, gir henne et av flere eksempler på at det "å lytte" inngår i samme talepraksis som blant hørende, mens det referensielle betydning er forskjellig, når hun forklarer hvordan det høres å gå forbi en stolpe:

Jette: "Altså, hvis du virkelig god vil lære det, så tror jeg altså, at du skal tage bind for øjnene, ellers så tror jeg altså ikke at du...øh...altså ellers virker det ikke! Og så skal du begynde at lytte... lytte efter... altså først lyden..."

Lone: "...det giver sådan en slags ekko..."

Jette: "Ja. Og der er nærmest sådan lidt lukket omkring ekkoet" (s.144)

Samtalen fortsetter, og antropologen lærer stadig nye betydninger av å lytte, og innser også snart at det finnes måter å lytte på blant blinde barn som hun aldri vil kunne lære. Samtidig oppdager hun at hun, som dem, i stadig større grad kommer til å oppfatte noen måter å snakke på som støyfullt og ubehagelig og andre stemmer som dype, fyldige, behagelige og tillitsvekkende. Hun blir, kanskje for alltid, mer bevisst sin egen stemme og måten hun snakker på. Igjen gir dette et eksempel på hvordan feltarbeidet setter sine sterke spor i feltarbeideren, og ikke bare gjennom at feltarbeideren omdannes til en 3.person, i dobbelt betydning.

Men boken inneholder altså ikke bare bidrag fra feltarbeid, noe som også kapitlet "Samlingen" av Esther Fihl eksemplifiserer, der hun analyserer 100 år gamle beretninger fra to danske ekspedisjoner til Sentral-Asia som en innfallsport til å forfølge etnografiske museums-gjenstanders biografi. Og selv om fler-

tallet av bidragsyterne faktisk gjør feltarbeid, sprenger flere av disse arbeidene tradisjonelle rammer for antropologisk feltarbeid, enten det dreier seg om Karsten Pærregaards "multi-sentriske" migrasjonsstudier i Peruanske miljøer fra Japan til USA, eller det er antropologen Perle Møhl som lar kameraet bidra til å "skape felten" i franske bondemiljø og indianske miljøer i Fransk Guiana gjennom at de menneskene hun studerer får anledning til å utforske nye muligheter ved å være "on stage". Det som Hastrup innledningsvis kaller "den antropologiske metode" går følgelig også langt ut over tradisjonelle forestillinger om "felten" og "feltarbeid", og representerer dermed en interessant videre utvikling fra hennes (og Ramløvs) første metodebok, der feltarbeidet klart fremsto som selve varemerket for antropologien. Nå løftes derimot blikket mer mot det særegne ved den antropologiske oppmerksomhet:

"Det særlige ved antropologien er således ikke verken det lille eller det nære samfund, men dens evne til at kaste sit net du på en hvilken som helst dybde og fange sociale fællesskaber af varierende omfang og rækkevidde... [og] den kvalitet ved sociale fællesskaber, som ligger ud over den enkelte, men ikke er sammenfaldende med det universelle..." (ss.21-22).

Det avsluttende kapittel, med Hastrup som forfatter, har da også betegnende nok fått tittelen "Metoden. Opmærksomhedens retning". Hensikten med antropologi blir å "lokalisere de forestillinger, der forbinder kjendsgerninger, erfaringer, handlinger, fortællinger og tavsheder med hinanden, og som skaber en fornemmelse af fællesskab samt et vist mål af forudsigelighed i det sociale felt" (s.403).

Boken er for omfangsrik og rik på perspektiver og etnografiske bidrag til å kunne yte den rettfærdighet i en liten omtale som denne. Avslutningsvis bør det

også nevnes at Kirsten Hastrup selv, i sin dybtloddende og tilbakevendende drøfting av språkets betydning i samfunn som antropologer studerer og i alle stadier av antropologers egen faglige produksjon, også gir en svært innsiktsfull faghistorisk gjennomgang av antropologisk teoretisering omkring forholdet mellom språk og kultur, fra og med grunnleggeren av amerikansk kulturantropologi, Franz Boas kulturantropologi. Nettopp forholdet mellom språk og kultur synes selv er en solid rød tråd som går igjennom de fleste av bokens bidrag.

### Det vanskelige språk

I forholdet mellom språk og kultur kunne man nok etterlyse at enda en skanse kunne brytes i forhold til rotfestede antropologiske forestillinger om feltarbeidet som en radikalt ny sosialisering, som noen ganger i nærmest sakrale vendinger omtales som "å fødes på ny" inn i et nytt samfunn. I slike forestillinger gis det vanskelig rom for språkoversettere og tolker, det er jo en selvfølgelig del av denne prosessen at man i det minste lærer språket.

Likevel, som Pia Lundberg så godt illustrerer det fra feltarbeid blant danske blinde, det å snakke og forstå det samme språket som sine informanter, er noe man ofte bare kan nærme seg. En blind filosof ble da også en viktig tolk for henne i hennes arbeid. Jeg husker godt en gang jeg omtalte det å lære seg arabisk som et livsprosjekt, for en amerikansk kvinne som hadde giftet seg inn i en arabisktalende familie i Sudan, og hun repliserte at "Nå har jeg bodd i Khartoum i 10 år og har hele tiden arbeidet aktivt med å lære meg arabisk. Først nå opplever jeg at jeg kan forstå deres humor og vitser og selv kan slå av en passende vits".

Noen få antropologer "innrømmer" åpent at de bruker tolk. Enda færre gir eksempler på hvordan tolker ikke bare representerer metodiske utfordringer for

mange antropologer, men at de også kan inngå på en meningsfull måte i antropologisk forskning. En av disse er Gerald Berreman, som viser at valg av tolk noen ganger kan stenge viktige dører, men også i andre tilfeller kan åpne dører som ellers ikke ville vært åpne om man hadde snakket språket flytende og operert mer på egenhånd. En annen er Robert Pool, som også benyttet seg av tolk i noen situasjoner der han gjerne kunne klart seg uten, men fordi han blant annet opplevde at det var mer legitimt å spørre "naive" med viktige spørsmål om "selvsagtheter" når han brukte tolk og dermed viste seg mindre kompetent, og også opplevde at tolkene ble viktige medspillere gjennom egne refleksjoner og erfaringer som disse bidrog med, så valgte han ofte å gjøre seg avhengig av tolk likevel.

Jeg kunne nok ønske meg ett kapittel som hadde bruk av tolk som hovedfokus. Likevel, boken inneholder en større bredde av interessante bidrag omkring

antropologisk metode enn noen bok som jeg tidligere har lest. Jeg kommer ikke til å legge den fra meg, men ta den fram mange ganger. Dette er en bok til å bli klok av.

**Referanser:**

Berreman, Gerald D. 1962. Behind many masks: Ethnography and impression management in a Himalayan village. Ithaca, NY: The Society for Applied Anthropology.

Hastrup, Kirsten & Ramløv, Kirsten. 1988. Feltarbejde. Oplevelse og metode i etnografien. København: Akademisk Forlag.

Nielsen, Finn S. Nærmere kommer du ikke... Håndbok i antropologisk feltarbeid. Bergen: Fagbokforlaget.

Pool, Robert. 1989. There must have been something...: interpretations of illness and misfortune in a Cameroon village. Doktoravhandling. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.



# Arrangementer

- hvis du har kendskab til kurser, konferencer og lignende som du ønsker optaget i kalenderen send venligst en mail med relevante oplysninger til: [hma@sud.regionh.dk](mailto:hma@sud.regionh.dk)

29. feb.-1. marts 2008	Center for Urban Ethnography, University of Pennsylvania, USA, 29th Annual Ethnography in Education Research Forum "Going Public with Ethnography in Education". <a href="http://www.gse.upenn.edu/cue/forum.php">http://www.gse.upenn.edu/cue/forum.php</a>
11.-13. marts 2008	Conference, The State and "the Others": Reacting to Xenophobia. <a href="http://www.qualitative-research.net/fqs/conferences/Leipzig07_CfP.pdf">http://www.qualitative-research.net/fqs/conferences/Leipzig07_CfP.pdf</a> (PDF, 194 kb), Leipzig, Germany
12. marts 2008	Temadag i FASID. Emnet er akademisk kritik. Programmet er i dette tidsskrift.
24.-28. marts 2008	New York, USA, 2008 AERA Annual Meeting "Research on Schools, Neighborhoods, and Community: Toward Civic Responsibility". <a href="http://www.aera.net/meetings/Default.aspx?menu_id=342&amp;id=2898">http://www.aera.net/meetings/Default.aspx?menu_id=342&amp;id=2898</a>
4.-11. april 2008	International og tværfaglig uge. Temaet er: The cross border disciplines, gender environment, ethnicity and migration. Sted: Malmø. Læs mere på: <a href="http://www.mah.se">www.mah.se</a>
14.-17. maj 2008	University of Illinois at Urbana-Champaign, USA, 4th International Congress of Qualitative Inquiry "Ethics, Evidence and Social Justice". <a href="http://www.icqi.org/">http://www.icqi.org/</a>
15.-16. maj	Leuven University, Belgium, CfP Conference "Families, Constructions of Foreignness and Migration in 20th Century Western Europe". <a href="http://www.arts.kuleuven.be/onderzoek/oe/geschiedenis/MoSa/families">http://www.arts.kuleuven.be/onderzoek/oe/geschiedenis/MoSa/families</a>
9.-11. juli 2008	Tampere, Finland, 2nd International Conference "Qualitative Research on Mental Health". <a href="http://www.uta.fi/laitokset/sospol/qrmh2/">http://www.uta.fi/laitokset/sospol/qrmh2/</a>
15.-23. juli 2008	16th International Congress of Anthropological and Ethological Sciences "Humanity, Development and Cultural Diversity". Sted: Kunming, China. Læs mere på: <a href="http://www.icaes2008.org/enindex.htm">http://www.icaes2008.org/enindex.htm</a>
5.-8. september 2008	Barcelona, Spain, First ISA Forum of Sociology "Sociological Research and Public Debate". <a href="http://www.isa-sociology.org/barcelona_2008/">http://www.isa-sociology.org/barcelona_2008/</a>
23.-26. oktober 2008	Inbjudan till samarbete rörande session vid 33rd Annual Meeting of the Social Science History Association "It's about time: Temporality and Interdisciplinary Research", Miami, Florida. <a href="http://www.skeptron.uu.se/utbhist">www.skeptron.uu.se/utbhist</a>
13.-14. november 2008	9:e Nordiska Handledarkongressen: "Handledningens frigörande krafter". <a href="http://www.omvardnadshandledning.se">www.omvardnadshandledning.se</a>

# Akademisk Kritik

## - Hvad er meningen?

**Perspektiver på kritik med fokus på det akademiske felt**

**Onsdag den 12. marts 2008, Auditoriet, Bispebjerg hospital**

- 09.30 - 10.00: Ankomst og kaffe
- 10.00 - 11.00: The tail wagging the dog? Scrutinising assumptions about quality and impact in academic writing  
Julianne Cheek, professor, Institutt for Sykepleievitenskap og Helsefag, Universitetet i Oslo
- 11.15 - 12.15: Kritikkens vilkår i dag - fra samfundskritik til selvkritik  
Rasmus Willig, ph.d., adjunkt, Institut for samfund og globalisering, Roskilde Universitetscenter
- 12.15 - 13.15: Frokost
- 13.15 - 13.45: Inde og ude - den kanoniske smag  
Anne Sofie Petersbo Frederiksen, mag. art., Kunstmuseet Aros, Århus
- 13.45 - 14.30: Akademisk kritik i historisk lys  
Helge Kragh, professor, Institut for Videnskabshistorie, Aarhus Universitet
- 14.30 - 15.00: Kaffe
- 15.00 - 16.00: Akademisk kritik - sku' det være noget særligt?  
Kris Bømborg, lektor, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet
- Sted: Auditoriet på Bispebjerg Hospital, Tuborgvej 235, 2400 Kbh. NV
- Pris: Medlemmer: 600 kr./ikke medlemmer: 1000 kr. inkl. frokost og kaffe
- Tilmelding. Bindende tilmelding senest den 1. februar 2007 til Lisbeth Hybholt: Lisbeth.Hybholt@rh.regionh.dk

# Indkaldelse til generalforsamling i FASID

Forum for Akademiske Sygeplejersker, FASID, indkalder hermed til generalforsamling onsdag d. 12. marts 2008 kl. 16.15 i Auditoriet på Bispebjerg Hospital, Tuborgvej 235, 2400 København NV.

Dagsordenen er:

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Forelæggelse af regnskab
4. Forelæggelse af budget, herunder fastsættelse af kontingent
5. Behandling af indkomne forslag
6. Valg til bestyrelsen
7. Valg af revisor og suppleant for denne
8. Eventuelt

Forslag skal være formanden i hænde senest fredag d. 12. februar 2006:

Kirsten Beedholm

Frejasvej 5,

8370 Hadsten

tlf: 8698 3760/ 89273800

kbe@viauc.dk.

# Valg til Bestyrelsen i FASID

I år er der fire bestyrelsesposter på valg. Alle, der er interesseret i at blive valgt ind i bestyrelsen for en kommende to års periode, skal anmelde deres kandidatur senest d. 13. februar 2008. Dette gøres ved at sende et billede og en kort præsentation (navn, uddannelse, adresse, arbejdssted mm), som vil blive lagt

på FASID's hjemmeside.

Sendes (helst pr. mail) til:

Vibeke Lorentzen  
Sekretær for FASID  
J.H. Wesselsvej 33  
8800 Viborg  
[vibeke.lorentzen@sygehusviborg.dk](mailto:vibeke.lorentzen@sygehusviborg.dk)



# Medlem af FASID TILMELDING OG ADRESSEÆNDRING

Hvis du ønsker at blive medlem af Akademiske Sygeplejersker i Danmark, skal du være sygeplejerske og have en uddannelse på kandidat-, master- eller ph.d. niveau. Du kan også blive medlem, hvis du er tilmeldt en af de førnævnte uddannelser. Det koster 250 kr. om året at være medlem. Inkluderet i dette medlemskab er abonnement på forummets elektroniske tidsskrift.

Send en mail til:

[Lisbeth.hybholt@rh.regionh.dk](mailto:Lisbeth.hybholt@rh.regionh.dk)

med oplysning om:

- Fulde navn
- Adresse
- E-mail
- Akademisk uddannelse

# FASID's Bestyrelse

**Kirsten Beedholm (formand)**

Frejasvej 5,  
8370 Hadsten  
tlf.: 86 98 37 60  
kbe@viauc.dk

**Kirsten Frederiksen (næstformand)**

Vestre Altanvej 24, 3. sal  
8900 Randers  
tlf.: 51 86 24 62  
kirsten-fremad@webspeed.dk

**Lisbeth Hybholt (kasserer)**

Moldaugade 11,2.tv  
2300 København S  
tlf.: 35 38 39 15  
lisbeth.hybholt@rh.regionh.dk

**Vibeke Lorentzen (sekretær)**

J.H. Wesselsvej 33  
8800 Viborg  
tlf.: 89 27 33 60  
vibeke.lorentzen@sygehusviborg.dk

**Mette Spliid Ludvigsen (Web-master)**

Flinthøjen 50  
8382 Hinnerup  
tlf.: 86 91 19 12/22 75 97 73  
ms\_ludvigsen@hotmail.com

**Helle Mathar (redaktør)**

Sindshvilevej 6, 3.tv  
2000 Frederiksberg  
tlf.: 38 88 74 84/24 85 04 84  
hma@sud.regionh.dk

# Fasid's redaktionsgruppe

**Helle Mathar (redaktør)**

Sindshvilevej 6, 3tv  
2000 Frederiksberg  
tlf.: 38 88 74 84/24 85 04 84  
hma@sud.regionh.dk

**Jens Bydam**

Dalsvinget 5  
2900 Hellerup  
tlf.: 39 68 10 31  
j.bydam@c.dk

**Ingrid Greve**

Godthåbsvej 105 st.tv  
2000 Frederiksberg  
tlf.: 38 16 18 64/25 37 15 98  
ingridgreve@hotmail.com

**Eline Noisen**

Horsevang 17  
2740 Skovlunde  
tlf.: 44 84 20 89/20 25 18 10  
eline@privat.dk