

# AKADEMISKE SYGEPLEJERSKER

---

SYGEPLEJERSKER  
AKADEMISKE

# Indhold

## Leder

*Af Bestyrelsen* Side 3

## Tema-artikler

Kvalitet i patientkommunikationen skabes i praksis - ikke gennem retningslinjer  
*Af Anja Svejgaard* Side 4

Sygeplejerskers fornemmelser for skriftlighed  
*Af Kirsten Eeg* Side 13

## Anmeldelser

Patientsikkerhed  
*Anmelder: Annette Buskbjerg* Side 19

Samspelet mellem pårørende til svækkede ældre patienter og sygeplejerspersonale  
*Anmelder: Karen Marie Dalgaard* Side 24

Et antropologisk forsøg på at bryde med medicinsk og traditionel kultur- diagnostisk praksis - kan det lykkes?  
*Anmelder: Nelli Øvre Sørensen* Side 27

Dokumentation og kvalitetsudvikling  
*Anmelder: Mari Holen* Side 30

De forbudte følelser  
*Anmelder: Stinne Glasdam* Side 33

Medicinens historie inkluderer ikke sygepleje  
*Anmelder: Stinne Glasdam* Side 35

Om at anvende interview  
*Anmelder: Anders Mathiesen* Side 37

## Orientering

FASIDs hjemmeside har fået opdateret design og nye funktioner  
*Af Mette Spliid Ludvigsen* Side 45

Beretning til generalforsamling i FASID 12. marts 2008  
*Bestyrelsen* Side 46

## Referat

Referat fra generalforsamling i FASID Side 49

## Bestyrelse og medlemskab

Fasid's bestyrelse og redaktionsgruppe Side 51

Medlem af FASID - tilmelding og adresseændring Side 52

# Leder

Hermed forårets nummer af Tidsskrift for Akademiske Sygeplejersker, som denne gang har to artikler om formidling. Tidligere kommunikationsrådgiver på Rigshospitalet Anja Svejgaard har skrevet om patientkommunikation, og den tidligere redaktør på Klinisk Sygepleje Kirsten Eeg har skrevet en artikel om udviklingen af sygeplejerskers skriftlighed. Endvidere bringer vi med dette tidsskrift som vanligt anmeldelser af ph.d.-afhandlinger og bøger. Vi har indtil videre indstillet anmeldelserne af kandidat-specialer. Primært fordi vi har oplevet, at det kan være vanskeligt at anmelde denne type af tekster, der er skrevet ind i en uddannelsesmæssig sammenhæng og ikke med henblik på direkte udgivelse. Dertil kommer, at vi vurderer, at interessen for at læse anmeldelser af specialer er faldende. Skulle der rejse sig en læserstorm med ønsker om at genindføre disse anmeldelser, vil bestyrelsen naturligvis revurdere beslutningen.

Hjemmesiden [www.fasid.info](http://www.fasid.info) er blevet opdateret og fremstår meget snart med tidsskriftarkiv, artikelarkiv, links til andre sider og en gæstebog, som medlemmerne kan skrive i. Dette har webredaktør Mette Spliid Ludvigsen skrevet et lille indlæg om i dette nummer.

Endelig bringer vi referat og beretning fra generalforsamlingen, som blev afholdt den 12. marts. Generalforsamlingen var denne gang forum for en længere, men god og vigtig debat, hvor forskellige holdninger blev fremført og debatteret.

På den baggrund ser den nye bestyrelse sig godt rustet til at tage fat på arbejdet og ser frem til et år med nye faglige debatter og indsigter. En oversigt over den nye bestyrelse findes bagerst i tidsskriftet.

Kirsten Beedholm (formand)  
& Helle Mathar (redaktør)

# Kvalitet i patientkommunikationen skabes i praksis - ikke gennem retningslinjer

*Af Anja Svejgaard, cand. mag. ph.d.-stipendiat, Copenhagen Business School, Institut for Organisation, Center for Health Management, E-mail: as.ioa@cbs.dk*

Patientkommunikation er i dag et gennemgående tema, problem og professionelt felt på hospitalerne. Denne artikel tilbyder et utraditionelt blik på arbejdet med kommunikation - særligt kommunikation med patienter: Hospitalernes kommunikationseksperter skal fokusere på at kaste nye øjne på patienternes møde med den sundhedsfaglige virkelighed. De sundhedsfaglige skal have vejledning og undervisning, så de kan lære at huske, hvad de ikke vidste, før de blev socialiseret i væsnet.

Det danske sundhedsvæsen befinder sig i en særegen transformationsproces. Institutionelt aftegner der sig gennemgribende forandringer i forbindelse med strukturreformen; regionsdannelse med en helt ny sygehusstruktur, centralisering af specialerne, etablering af kommunale sundhedscentre og restrukturering af de sundhedsfaglige uddannelser og karriereveje. Disse strukturelle forandringer reorganiserer sundhedsvæsnets praksisser. Sundhedsvæsnets største fremtidige udfordringer blev dog i 1999 udpeget til hverken at være disse organisatoriske reformer, økonomiske rationaliseringer eller teknologiske nybrud, men i stedet patienternes ændrede værdier, forventninger og adfærd (Mandag Morgen, 1999). I forhold til alle disse forandringer har kommunikationsbegrebet en central placering - og patientkommunikation træder frem som sær-

ligt tema i forhold til forestillingen om "den nye patient".

Aktuelt udtrykker såvel staten, patienterne som omverdenen krav om en tilrettelagt, tilpasset og medinddragende kommunikation i sundhedsvæsnets møde med borgeren. Hospitalsorganisationen forventes at indfri dette krav i en koordinerende bevægelse sammen med øvrige relevante instanser. I medierne bliver det ofte tydeliggjort, at behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet er væsentligt, men ikke tilstrækkeligt i et moderne sundhedsvæsen. Patientforløb skal være individuelt tilrettelagte, sammenhængende og evidensbaserede - og kommunikation er kodeordet i såvel individualisering som organisering. Sundhedsloven (2005: Kap. 5 § 15-16) fordrer, at undersøgelse og behandling baseres på patienters medinddragelse i beslutninger. Rådgivningen i de informerede valg undervejs i forløbet skal være i øjenhøjde, og det kommunikative ideal er empati og medmenneskelighed<sup>1</sup>. "Kommunikation" er blevet et centralt tema både som refleksivt begreb, teknologi og aktivitet - og kommunikation optræder samtidig som mål og middel, strategi og værktøj, problem og løsning.

Når "kommunikation" dukker op som professionelt og ressourcekrævende felt i hospitalets organisation og praksis, stilles der nye krav til alle aktører.

## **Kommunikation dukker op som vidensområde**

Gennem de senere år har kommunika-

tion i bredeste forstand været genstand for megen opmærksomhed i sundhedsvæsenet - både i relation til den enkelte organisations positionering i samfundet, i forhold til organisationsinterne forhold, i retningsangivende strategiske dokumenter om sundhedsvæsenet samt i lokale praksisser og tiltag. Branding er ankommet til hospitalerne, der ligesom den private sektor laver brugerorienterede hjemmesider med nye funktionaliteter, kommunikationsstrategier, informationsmøder og "åbent hus"-arrangementer. Fælles for det kommunikative fokus er, at kommunikation som begreb bliver løftestang for et sundere sundhedsvæsen - ofte med patientrelationen i centrum. I forlængelse heraf er 'kommunikation' blevet en privilegeret positiv diskurs i sundhedsvæsenet - og samtidig hermed har "det kommunikationsfaglige felt" gjort sit indtog i sundhedsvæsenets organisationer: i form af efteruddannelse af personale, oprettelse af kommunikationsstillinger, udvikling af analoge og digitale kommunikationsværktøjer og -materialer. Men kommunikations-udbredelse stopper ikke ved de klassiske iagttagelige kommunikationsmaterialer og aktiviteter. "Kommunikation" kan ikke henvises til en afdeling, der er løst forbundet med organisationens aktiviteter, men kommunikation fremtræder i dag som en forpligtelse og kompetence for alle funktioner og medlemmer af organisationen. Kommunikation er en dimension med uklare grænser (Christensen og Morsing, 2005:21). Det kommunikationsstrategiske fokus gælder ikke kun de traditionelt kommunikationsfaglige discipliner som journalistik, presse- og mediarbejde, men kan ses i relation til andre organisatoriske discipliner som ledelsesudvikling, kommunikationsuddannelse til alle faggrupper, team- og projektarbejde mv. Eksempelvis har Rigshospitalets Juliane Marie Center siden 2003 introduceret nye medarbejdere til kommunikation ved, at en skuespiller laver inddragende optræ-

den med humoristiske eksempler på, hvad der ikke er god kommunikation i mødet med kolleger og patienter.

I hospitalsvæsenet har kommunikationskompetencer traditionelt figureret som sundhedsprofessionelles erfaringsbaserede kunnen. Kompetencen til kommunikation har været betragtet som talent eller "tavs viden" hos den individuelle medarbejder. Konkrete forandringer som ny teknologi fx webkommunikation og mere abstrakte diskursive krav til kommunikation fx målgruppeovervejelser i mundtlig og skriftlig patientkommunikation har skabt rum for et kommunikationsfagligt felt på hospitalet. Med et øget fokus på professionalisering af kommunikation bliver der sat spørgsmålstegn ved sundhedsprofessionelles kommunikative kvalifikationer. Kommunikation opstår som en særskilt kompetence og et uddannelsesobjekt, der ikke selvfølgelig er iboende den sundhedsfaglige rolle. De sundhedsfaglige identiteter påvirkes af det kommunikative temas fremmarch. Uddannelser integreret i hospitalsorganisationen indoptager kommunikation som faglig relevant kompetence. Reformen af speciallægeuddannelsen i 2004 sidestiller eksempelvis speciallægens kompetencerolle som kommunikatør med den traditionelle kompetencerolle medicinsk ekspert (DPU, 2007).

Professionerne og den faglige stolthed i hospitalsvæsenet er stærkt knyttet til den medicinske viden og kunnen. Det er sundhedsvæsenets iboende gave, at den faglige stoltheds styrke flankeres af en lige så stærk åbenhedskultur over for andre former for professionalisme - herunder akademikere med viden om kommunikation. Det kommunikationsfaglige paradigme er således ankommet til en videbegærlig arbejdskultur, hvor der er tradition for at lære nyt og respekt for andre vidensformer. I lighed med øvrige private og offentlige institutioner i samfundet, begynder hospitalerne at anse

kommunikation som ekspertviden. I hospitalets formelle organisationen udvikles et nyt vidensområde; kommunikation, som institutionaliseres omkring nye organisatoriske roller; formelle stillinger som kommunikationsmedarbejder, web-redaktør mv. og kommunikationsfokuserede projekter og kurser om god kommunikation i tale, skriftlighed, formidling, målgruppeorientering mv.

### Patienten i det kommunikationsorienterede sundhedsvæsen

I organisationens eksterne relationer fremvokser nye typer af interaktionsformer og værktøjer i relation til patienterne<sup>2</sup>; eksempelvis webbaseret kommunikation, målgruppeorienterede informationsmaterialer, struktureret tilrettelæggelse af informerede valg fx ved risikovurderinger, og der udarbejdes informationsmateriale, der opfordrer patienter til at gå i dialog (fx den landsdækkende kampagne TrygPatient). Interaktionsformerne er ofte ikke bare informative, men tematiserer kommunikation som et dialogværktøj, hvor patienten opfordres til at stille spørgsmål. Omkring årtusindskiftet bevæger relationen mellem patient og sundhedsvæsen sig væk fra informationsparadigmet, hvor viden er asymmetrisk i relationen den vidende fagperson informerer den uvidende lægmænd. Bevægelsen går mod et kommunikationsregime, hvor viden bør være symmetrisk. Her er ligeværdig kommunikation en mediator og facilitator, som kan udglatte asymmetrien.

Patienterne og deres foreninger stiller krav om viden, indflydelse og medinddragelse, som korresponderer med ovennævnte krav og idealiseringer. Kravene om mere og bedre kommunikation kommer fra mange kanter og interesser i samfundet. I den politiske diskurs, i informationsmateriale og i konkrete møder med sundhedsvæsenet kommunikeres den ønskværdige patient som en engageret aktør.

Gennem publikationer og temadage i Sundhedsstyrelsens regi og i arbejdet med regeringens kvalitetsreform italesættes patienten i særlige aktørpositioner, hvor begreber som egenomsorg, medinddragelse og involvering træder frem i forståelsen af patienten som ressource:

"Patienten skal være ansvarlig for den daglige mestring af livstilsændring, følelsesmæssige belastninger, registrering af symptomer mm. Patienten skal agere som den primære omsorgsgiver og producent af sundhed. De sundhedsprofessionelle skal så til gengæld varetage rollen som professionelle rådgivere og være med til at udvikle patientens færdigheder". Sundhedsstyrelsen, *Egenomsorg* (2006)

Patienten forventes i dag at være aktivt deltagende og ansvarstagende i forhold til egen sundhed, dvs. udvise initiativ og handling. I regeringens rapportoplæg til kvalitetsreformen samles forbilledlige cases fra det danske sundhedsvæsen, hvor den forbilledlige patientrolle er patienten som den aktive medspiller (Juhl, 2007:17-25). Rapporten opfordrer til udbredelse af viden om inddragelse og ansvarliggørelse af patienterne med henblik på at skabe bedre behandlingskvalitet og spare ressourcer:

Etablering af et system til øget egeninvolvering af patienter - til at tage ansvar, initiativ og handling - er et paradigmeskifte i den traditionelle behandling, idet patienter betragtes som ressource og ikke kun som passiv modtager af behandling. Juhl (2007: 19)

Kommunikation står her som implicit medfølgende patientkompetence, hvor patientens "medspiller"-rolle netop fordrer aktivitet, initiativ, handling og udvikling. Patientens indre engagementet træder frem som handling, formet som evnen til at kommunikere og udvise initiativ. I mødet med det kommunikationsorienterede sundhedsvæsen stilles

også patienten over for nye krav og idealiseringer. Sygdom alene kvalificerer ikke til en optimal behandling. Patienten kan ikke passivt aflevere sin krop til de sundhedsprofessionelle og forvente at komme sund og rask ud i den anden ende.

Fokus på kommunikation med patienter, brugere og borgere ser ud til at være blevet en uimodsigelig nødvendighed i velfærdsstatens kommunikation. Patientkommunikation er et tema, der går igen i omverdens krav til sundhedsvæsnets og i hospitalernes egne strategi- og handlingsplaner. I politiske landskaber og blandt sundhedsvæsnets patienter og øvrige interessenter formuleres der krav til hospitalernes kommunikation med samfundets borgere. Patientkommunikation synes at være et fleksibelt begreb, der træder frem både som strategisk mål og konkret værktøj, problem og løsning. I det følgende vil jeg koble disse tendenser tæt til mine praksiserfaringer som kommunikationsrådgiver.

### **Hospitalets sprog som et konstruktivt afsæt for arbejdet med kommunikation**

Hvor kan arbejdet med hospitalets mangesidede kommunikationsopgaver tage fat med et konstruktivt greb?

Kommunikation er en begrebslig silo - og selv om kommunikation er meget mere end sprog, er det min personlige erfaring og overbevisning, at sproget er et konkret og håndterbart sted at gå til kommunikationsopgaven. Ved at yde sproget opmærksomhed, kan hospitalet arbejde med balancegangen mellem den sundhedsfaglige fordring om præcision og patienternes krav om formidlingskompetence i velfærdsstatens møde med borgeren.

De aktører, der arbejder og er i behandling på hospitalet, kommunikerer konstant; på papir, i tale, med krop, gennem teknologier. Sproget et konkret diskussions- og forhandlingssted, der er

indfældet i fag- og organisationskulturer - og sprogbrug er en uomgængelig faktor i arbejdet med kommunikation og forståelse. Det gælder uanset om kommunikationsopgaven handler om branding, at få ørenlyd i medierne, at gøre organisationens værdier synlige og tydelige for nuværende og kommende medarbejdere, eller når fokus er på patientrelationer og patientkommunikation, som er denne artikels omdrejningspunkt.

Klagerne i sundhedsvæsnets er stigende, og de er ofte i en eller anden grad relateret til patientens utilfredshed med kommunikation. I forhold til skriftlighed er det et faktum, at de sundhedsfaglige uddannelser har marginal undervisning i målgruppeorienteret skriftlig formidling og begrænset undervisning i mundtlig patientkommunikation. Efter endt uddannelse fortsætter udviklingen af det faglige sprog gennem oplæring og organisatoriske opgaver som eksempelvis journalskrivning, som er et konkret eksempel på reproduktion af faglige koder. Enhver der har kigget lægen eller sygeplejersken over skulderen ved, at sproget i journalen åbenlyst er langt fra det, som sprogforskere vil betegne som klart sprog. De færreste sundhedsfaglige arbejdspladser kombinerer udviklingen af fagsproget med tilbud om eller krav til udvikling af målgruppeorienterede eller individualiserede formidlingskompetencer. Og det er der et stærkt behov for, ikke fordi sundhedsfaglige er dårlige kommunikatører, men fordi der er meget på spil og mange potentielle barrierer, som let kan få kommunikationen til at gå i hårdknude eller bryde sammen.

Som sprogbruger i hospitalsvæsnets skal man tage hensyn til flere udfordringer (Becker Jensen, 2007: 13-20). Der er problemet med sprogkoden, hvor cancellistil, fagsprog som fx journalsprog skal omkodes til et erfaringsbåret hverdagsprog. Et ofte hørt argument for brug af fagsprog er behovet for præci-

sion, men præcision er et relativt begreb, der afhænger af målgruppen - helt banalt og sat på spidsen har et menneske, der netop har fået stillet en diagnose, ikke nødvendigvis behov for at kende de præcise faglige betegnelser for sygdomme, procedurer, præparater, funktioner, komponenter og komplikationer.

Når "det offentlige" er i kontakt med borgeren, er denne kommunikation endvidere altid udspændt af grader af formalitet og magt, som afspejler sig i sproget. Spørgsmålet er, hvor og hvordan den offentlige kommunikation i den enkelte situation finder en troværdig afvejning mellem myndighed og service.

Parallelt hermed eksisterer en række institutionelle faktorer, som skaber modstand mod klar kommunikation. Her tænker jeg på a) almene vaner: "sådan plejer vi at gøre her", b) specifik organisationskultur: fx den næsten nyklassiske henvisning til ressourceangel: "vi har ikke tid" og c) legitimering af handlinger, som det sker i den defensive medicin, hvor alle mulige bivirkninger opremses og gentages med henvisning til "at så er patienten informeret". Den tavse viden, der akkumuleres, når man er del af en fag- og organisationskultur, er endnu en barriere for vellykket kommunikation. Hospitalshverdagen med dens tal, koder, diagnose, afdelinger og forløb bliver selvfølgelig for sygeplejersken og lægen. For patienten er mødet med hospitalet som udgangspunkt en udsat position i en mere eller mindre presset situation. Patienten træder ind i den faglige og organisatoriske orden og oplever sandsynligvis denne erfaring som ikke-hverdagslig og måske endda afgørende i sin personlige biografi. I patientens oplevelse kan selv banale ting derfor være svære at forstå og huske.

### Sproget som forandringsagent

Hospitalet ønsker i disse år enstemmigt at arbejde med kommunikation, formidling og sprog. Opgaven er stor og

uafgrænset. Et afsæt i sproget vil være en begyndelse på en kulturel forandringsproces, som aldrig slutter. Men hvordan er det muligt at skabe forandring og forbedring af de kommunikative rum i sundhedsvæsenet, så det kommer patienterne til gode og samtidig giver mening for personalet? Min tilgang er støvsuget for hurtige løsninger, og kan vel nærmest betegnes som langsommelig.

Store isolerede kommunikationsafdelinger er ikke en løsning, der forandrer i dybden. Hospitalerne kan i stedet ansætte rådgivere, der integreres i organisationens praksisser. Ressourcerne bør ikke bruges på kommunikationsafdelingens kontorer, men i tæt kontakt med de sundhedsfaglige medarbejdere. Et bud på en løs profil er videbegærlige akademikere med jordforbindelse - og gerne uden særligt sundhedsfagligt kendskab og kundskab. Humanistisk og samfundsfagligt uddannede har ofte den væsentlige spidskompetence, at de kan drive rovdraft på de kvalitative humanistiske og samfundsvidenskabelige metoder, de har lært i løbet af deres uddannelser. Kommunikationsopgaven er et stykke hen af vejen et etnografisk kulturstudium - blot uden at videnskabeligheden nødvendigvis skal følges til dørs med dybtgående analyser. Opgaven er primært, at få organisationens medarbejdere til at stille spørgsmål ved deres faglige og organisatoriske "indfødte" kategorier. Som en antropolog ankommer den gode kommunikationsagent som den fremmede til hospitalsfeltet - ideelt set som patienterne repræsentant. Opgaven er på bedste uvidenskabelige vis at observere og intervenere, være Spørge-Jørgen og stille alle de irriterende og kontraintuitive spørgsmål til faglig praksis, organisation og sprog.

Kommunikationsmedarbejderens opgave er at omvende det organisatoriske og faglige blik med henblik på dels at give organisationen blik for den uafvendelige



asymmetri mellem patienten og de hospitalsansatte aktører og dels at pege på de blinde vinkler i professions-organisationsoptikken. Det kan gøres ved, at de daglige arbejdspraksisser og kommunikationssituationer observeres. Genemlæsning af informationsmateriale - alene eller sammen med patienter kan give en eksplosiv viden, om alt det, der er så selvfølgeligt for den indviede og uforståeligt for den nyankomne. Uformelle interview med patienter om deres forventninger og oplevelser samt opfølgende samtaler med personalet om, hvordan et patientforløb er stykket sammen, kan give den uindviede en uovertruffen indsigt i de bløde punkter, hårde kanter og blinde pletter i kommunikationen. Denne viden kan danne baggrund for at lave afdelingsspecifikke temadage og tilpasset undervisning med afsæt i de sproglige og forståelsesmæssige udfordringer, der eksisterer.

Indkaldelsesbrevet er et eksempel på et ofte oversat kommunikationsmedium af stor vigtighed - for både patienten og organisationen. Det er vigtigt, at brevet skaber så realistiske forventninger som muligt til, hvad der skal foregå ved et fremmøde på hospitalet, og som Anne Katrine Lund påpeger i sin ph.d.-afhandling *Den forsømte kommunikation* er brevet ofte en væsentlig del af førstehåndsindtrykket af en organisation. I mit arbejde som kommunikationsrådgiver stødte jeg på følgende standard-sætning i indkaldelsesbrevet til kvinder, hvor der er mistanke om sygdom i underlivet: "Deres fremmøde betragtes som stiltiende samtykke til de første almindelige undersøgelser". Hos mig personligt er der flere spørgsmål, som umiddelbart trænger sig på ved modtagelsen af brevet: Hvad vil et stiltiende samtykke sige? Hvad mon det er, jeg siger ja til? Hvad er en almindelig undersøgelse monstro? Jeg har aldrig været indkaldt til hospitalsundersøgelse i underlivet før, måske har jeg kræft. Det virker ikke særlig almindeligt for mig.

En ofte hørt pointe er, at den sundhedsfaglige terminologi, som de sundhedsprofessionelle får ind med modermælken via mesterlæren, skal oversættes. Den institutionelle og faglige rolle skal i baggrunden - og det organisatoriske sprog skal sættes i baggrunden, så visitations- og undersøgelsesprocedurer forklares konkret. For den indviede er hospitalets opbygning i afdelinger og underafdelinger indlysende, banal, tavs viden, for den fremmede er tallet 3012 tømt for betydning og Klinik for Føtalmedicin og Ultralydscanning eller Mamma- og Endokrinkirurgisk Klinik er måske ikke de mest mundrette at spørge om vej til.

Tilsammen og uoversat udgør den organisatoriske og faglige viden et forvirrende morads af uforståelige ord og rutiner. For den kommunikationsinteresserede medarbejder er der nok at tage fat på i den skriftlige information i breve, pjecer og på hjemmesider og ved observation og evaluering af kommunikation i konsultationen.

### At løse kommunikationsopgaver tæt på praksis

Kommunikationsopgaven handler om at skabe organisatorisk læring og udvikling gennem undervisning og oplæg med opfølgende fælles diskussioner. Hvis hospitalet bruger midler på at ansætte en kommunikationsspecialist, så ansæt en der kan og vil og tør anlægge et konsulentblik på organisationen. Den klas-siske fejl er at skabe en aflukket kommunikationsafdeling, der drukner i webadministration og endeløse skriftlige oversætteropgaver. Kun hvis de økonomiske midler ikke er uendelige - hvilket de sjældent er - er det indlysende, at det skaber mere kvalitet i dybden, at de begrænsede midler ikke primært bruges på at undgå ridser i lakken ved at pleje medierelationer, nyhedsbreve fra ledelsen til medarbejdere og lignende. Trods tidens løsen og trends er kerneydelsen stadig patientbehandling med alt hvad

det indebærer af undersøgelser, skalpeller og kommunikation.

Kommunikationsopgaven må derfor også tage udgangspunkt i patientbehandling. Medarbejdere med ekspertise i kommunikation kan i samarbejde med sundhedsfaglige medarbejdere identNår målet er at skabe læring relateret til praksis, skal kommunikations- og sprogundervisningen naturligvis også foregå så tæt på praksis som muligt. Den klassiske model med kommunikationsunderviseren som tankpasser, der hælder viden på medarbejdere, er derfor ikke optimal. Min erfaring viser i al sin enkelhed, at læring ikke kan hældes på travle medarbejdere. Opretter man kommunikationskurser for medarbejdere, skal kursusedtagerne naturligvis selv opleve relevans og praktisk anvendelighed. Læring i praksis kræver individualiseret og differentieret undervisning, hvor der gives direkte feedback på tilrettelæggelse og praktisering af kommunikation. Gruppebaserede workshops med eksempelbaserede oplæg om konkrete sproglige problemer om fx "Kort og godt på nettet" eller "De 7 sprogplager" (Becker Jensen, 1991) kan være afsæt for en praksisbaseret læring, hvor deltagerne medbringer opgaver eller udfordringer, der skal løses og følges op på nu og her i deres daglige arbejde i afdelingen. Workshoppen kommer således til at rette sig mod en kontekstafhængig feedback, hvor deltagerne på baggrund af et kort introducerende oplæg fx kan øve sig i at skrive i forhold til et reelt problem og en konkret opgave, de har i hverdagen.

Læringskulturen kan med fordel udvikles med blik for to sammenflettede spor: fokus på forventninger og indhold i kommunikationen samt fokus på den sproglige form og forståelse.

Fokus på forventninger og indhold i kommunikationen handler ikke så meget om ordvalg, men om at få sprogliggjort al den viden der er til stede og afklare, hvilken viden der er relevant i en

given situation til en given målgruppe eller særlige situationer. Forventningsafstemning og forventningsstyring omhandler evnen til også at kunne sætte sig i den andens sted. Kommunikationsopgaven må tilgås med et dobbeltblik, hvor både patienten og organisationens behov tilgodeses. I forhold til patientens perspektiv er spørgsmålene: Hvilke forventninger har denne patient? Hvad er patienten urolig for? Hvad vil denne patient gerne vide? I forhold til det organisatoriske og faglige aspekt er grundspørgsmålene: Hvad mener afdelingen, at patienten *skal* vide? Hvad kræver loven? Ønsker afdelingen at sende særlige budskaber til patienten?

Alt for meget skriftligt informationsmateriale bliver til, uden at brugerne nogensinde bliver spurgt, eller nogen har tænkt på hvad patienten forventer. At spørge patienterne om at læse en pjece et brev eller en hjemmeside igennem og give umiddelbar feedback behøver ikke være en videnskabeligt orienteret spørgeskemaundersøgelse kombineret med fokusgrupper og kvalitative interviews. Mindre kan også gøre det - og mindre gør det måske nogen gange bedre. Inden for emnet kommunikation er evidensbaseret forskning ikke en ufravigelig betingelse, for at skabe gensidig forståelse eller for at vide, at graden af generaliserbarhed i kommunikation er svag. Hvilken sprog tone, der skal anlægges, og hvilket indhold, der skal kommunikeres, er svært at sige noget generelt om: Det afhænger netop af målgruppe, situation, sproglig form og forståelse, kultur og værdi i den enkelte organisatoriske sammenhæng.

At observere og lytte til patienternes spørgsmål kan identificere simple sproglige problemer, som har nemme, men vidtgående løsninger. Dette kan eksempelvis illustreres med en observation, jeg lavede som kommunikationskonsulent i en privat fertilitetsklinik:

Lægen: "*Sædanalysens resultat peger på*

en høj koncentration af abnormale sædceller." Lægen forklarer pædagogisk, at abnormal vil sige, at nogen celler mangler halen, svømmer den forkerte vej, eller mangler bevægelighed osv. og fortsætter med at forklare, hvilken teknologi, der derfor anbefales dette par, for at afhjælpe deres infertilitet. Imens lægen taler, sidder parret forlegent og lytter og kigger på hinanden indtil kvinden lidt tøvende siger: "Men når der er så mange abnormale sædceller, betyder det så, at vi har større risiko for at få handikappede børn". Lægen svarer venligt, at det er der slet ingen risiko for. Begrebet abnormal er bestemt ikke abnormalt at bruge - hverken blandt læger, sygeplejersker eller sekretærer. Observation dannede baggrund for at tage begrebet op med medarbejdere i afdelingen og diskutere andre måder at tale om "abnormalitet".

Sproglige praksisser er nært forbundet med den professionelle identitet, så hvad enten hospitalet ønsker at styre, styrke eller forandre kommunikation og sprog, så kræver det legitimering af utraditionelle metoder gennem ledelsesmæssig opbakning og involvering af alle niveauer i organisationen.

Sprogpolitikker og skrivevejledninger er sjældent forandringsagenter i sig selv. Vejledninger og instrukser egner sig godt til det kliniske arbejde, hvor den professionelle allerede kender proceduren, men lige skal tjekke et problem. I forhold til det kommunikative felt er der rigtig rigtig lang vej fra gode råd i et dokument og hen til praksis. Man slår sjældent op i en bog, før man taler. Idealet i politiske tekster om sprog i den danske offentlighed er, at sproget skal være fællesskab og samfundsberer gennem fx et ligefremt og klart sprog, godt, korrekt, tidssvarende, velfungerende, forståeligt dansk. Men hvad er det i praksis? Patientrettighedsloven siger, at den samlede mundtlige og skriftlige in-

formation skal give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Information skal gives på en hensynsfuld måde. Det sprog, der anvendes i såvel mundtlig som skriftlig information, skal være forståeligt for patienten og uden fagudtryk. Men her mangler en kontekst. Lovgivning og politikker kan ikke forklare, hvad forståelighed er i den enkelte organisation eller situation. Fokus skal være praksis frem for politik - og tålmodighed frem for pres: selv om politikker kan være træge at skabe, er arbejdet med at forandre praksis endnu mere trægt. At ændre menneskers sprog er en erkendelsesmæssig forhandling i meningsskabende interaktion - ikke endnu et hylde-dokument. Det er ikke kommunikationsmedarbejderne, der skaber organisatorisk sprog, det er organisationen som helhed.

*Denne artikel er baseret på et oplæg afholdt i Regeringens Sprogudvalg, Kulturministeriet d. 27. september 2007. Oplægget og artiklen er baseret på mine praksiserfaringer fra Rigshospitalets Juliane Marie Center for kvinder, børn & forplantning, hvor jeg arbejdede som kommunikationsrådgiver i perioden 2003-2007. Aktuelt er Anja Svejgaard ph.d.-stipendiat ved Center for Health Management, Institut for Organisation, Copenhagen Business School. Ph.d.-projektet omhandler patientkommunikation i hospitalsvæsnet. Projektet er forankret i forskningsprogrammet "Patienten i centrum", som har til formål at analysere, hvordan relationen mellem stat, sundhedsvæsen og patienter aktuelt er under forandring. Det fælles tema for delprojekterne i "Patienten i centrum" er nye patientroller og nye former for styring i det danske sundhedsvæsen. Med forskellige teoretiske og metodiske greb vil delprojekterne undersøge, hvordan patienten defineres og involveres som en aktiv part i sundhedsvæsnets styring.*

## Referencer

Amtsrådsforeningen (2003): "Patientens møde med sundhedsvæsenet". Århus: Amtsrådsforeningen.

Becker Jensen, Leif: (2007): *Klarsprog* in Jarvad, Pia og Ida Elisabeth Mørch "Klart sprog er godt sprog" - Rapport fra en nordisk konference om klart sprog. Dansk Sprognævns skrifter 38. København: Dansk Sprognævn.

Becker Jensen, Leif: (1991): På patientens præmisser. København: Det Ethiske Råd.

Christensen, Lars Thøger & Mette Morsing (2004): Bagom corporate communication. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

DPU (2007): "Speciallægeuddannelse i Danmark" - en empirisk undersøgelse af tendenser inden for speciallægeuddannelsen *efter* implementeringen af den nye speciallæge uddannelse. København: DPU.

FLOS (2004): Forskning i sygehuse under forandring: Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003): "Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen" - Et debatoplæg. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Juhl, Erik "Rundrejse i det danske sygehusvæsen", Statsministerens personlige repræsentant Erik Juhl, juni 2007 - findes online på [www.kvalitetsreform.dk](http://www.kvalitetsreform.dk)

Lund, Anne Katrine (2004) Den forsømte kommunikation - Brevet i organisationskommunikationen. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Mandag Morgen (1999): "Når Patienten Vågner", Rapport. København: Mandag Morgen/Strategisk Forum.

Mandag Morgen m.fl. (2006): "Brugerne Sundhedsvæsen" - oplæg til en patientreform. København: Mandag Morgen/Innovationsrådet, 2006.

Sundhedsloven (2005) Lov nr. 546 af 24. juni 2005, København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen (2000): "Fremtidens speciallæge" Betænkning nr. 1384. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2006): "Egenomsorg" - Et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme. København: Sundhedsstyrelsen.

## Websites

[www.kvalitetsreform.dk](http://www.kvalitetsreform.dk)

[www.TrygPatient.dk](http://www.TrygPatient.dk)

[www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk)

## (Fodnoter)

<sup>1</sup> jvf. Anbefalingerne i Patientens møde med sundhedsvæsenet, Amtsrådsforeningen (2003).

<sup>2</sup> Hospitalets eksterne relationer omfatter naturligvis andet end patientrelationen. Medie- og pressekontakt, forskningsformidling, relationer til samarbejdspartnere, politikere, medicinalindustri og øvrig offentlighed udgør andre eksterne relationer for hospitalet. Disse relationer får også et kommunikationsstrategisk fokus gennem intensivering af det kommunikative arbejde.

# Sygeplejerskers fornemmelser for skriftlighed

*Af Kirsten Eeg, sygeplejerske, cand.phil*

I de 11 år jeg har været redaktør af Klinisk Sygepleje, har artiklernes karakter ændret sig på mange punkter: sprogligt, opbygningen af artiklerne og vidensformidlingen.

Artikler kan skrives på mange måder, som hver for sig har deres berettigelse alt efter, hvilket emne forfatteren vil belyse - dog er der én ting, der skal være fælles for alle artikler: sproget skal være klart og grammatisk korrekt. Et uklart sprog er tvetydigt, upræcist og gør det sværere, ja undertiden umuligt for læseren at forstå eller følge fortællingen, beskrivelsen eller argumentationen.

Alt efter hvilken diskurs, der skrives indenfor, er sproget underlagt en række krav, ligesom diskursen sætter grænser for hvilke sproghandlinger, der er tilladelige. De forskellige diskurser har forskellige oplevelsessfærer. Vi oplever noget forskelligt, når vi læser en beskrivelse af noget, en argumentation for noget eller en fortælling om noget.

Denne artiklen er ikke en videnskabelig artikel, den skal læses som en beskrivelse af den udvikling, der har været i sygeplejerskers skriftlighed gennem de 11 år, jeg har været redaktør.

## Gennemgang af artiklerne fra 1997 - 1999

I de første tre år af min tid som redaktør publicerede Klinisk Sygepleje mange rene erfaringsbaserede artikler, artikler, der uden at problematisere, fortæller hændelsesforløb fra forskellige områder inden for sygeplejen. En artikel beskriver en primærsygeplejerskes hverdag (1). En anden artikel fortæller om et plejeforløb i en hjertemedicinsk afdeling

(2). En tredje artikel fortæller om selvstændige sygeplejeopgaver (3).

Fælles for de første to artikler er, at de er skrevet i et indlevende, nuanceret og mangetydigt sprog. Læseren fornemmer stemningen, ser for sig personerne, ja kan næsten se farverne i rummet samt personerne, der fortælles om. Sproget ligger tæt op ad dagligsproget, det fortællende sprog, som indfanger stemninger, oplevelser og de normer og værdier, sygeplejerskerne gør brug af i den daglige praksis. Artiklernes komposition er den narrative diskurs, der er kendetegnet ved, at det altid er en konflikt eller et problem, der er den udløsende faktor. Sygeplejersken bliver sat til - eller hun sætter sig selv for at løse et problem eller udbedre en mangel, hvilket ofte giver mange forhindringer, der alle skal overvindes, undertiden ved hjælp af andre personer, undertiden ved hjælp af "magiske ord eller magiske handlinger". Ofte er sygeplejefortællingerne skrevet i Jeg-form, hvilket gør det let for andre sygeplejersker at identificere sig med fortælleren. Man kan sige, at fortællingen taler til læseren, og det er læserens ansvar at foretage en interpretation af den læste fortælling. Men fortællingen har også en forførelsens kraft, fordi den er i stand til at fremvise samtidighed mellem to usamtidige poler, en samtidighed mellem det vi siger, vi gør, og det vi faktisk gør, en samtidighed, der alene er sproglig, abstrakt og mental (4, 5).

Den tredje artikel er ganske anderledes, nærmest en opremsning af, hvad sygeplejersker beskæftiger sig med på en neurologisk afdeling, og hvad hun bør gøre for at leve op til afdelingens norm om, hvad god sygepleje indebærer.

Artiklen er skrevet inden for den deskriptive diskurs - indirekte siger forfatteren til læseren: Hvis man stiller sig her, ser man det og det, eller hvis du gør sådan, vil du få præcist dette resultat. Det er en normativ måde at skrive artikler på, forfatteren tager udgangspunkt i en kultur, der sætter norm for, hvad der rigtigt og forkert.

Fælles for de tre artikler er: Der er ikke en eneste litteraturhenvisning, og der er meget få refleksioner over de beskrevne handlinger, og de få, der er, har karakter af common sense overvejelser. En artikelform, der ikke giver megen (om nogen) indsigt i sygeplejens kundskabsvidens- og handlingsgrundlag, da det er den enkelte sygeplejerskes fortælling, der uden nogen form for teoretisk bearbejdning fortæller om en hændelse, der har haft betydning for hende. Artiklernes berettigelse er den, at de fortæller en sygeplejefaglig historie, som læseren selv kan reflektere over.

En anden ting, der præger artiklerne fra 1997 og frem til år 2000, er de få litteraturhenvisninger (mellem 5 og 10 til de fleste artikler) og det, at litteraturen kun få steder sættes i spil med anden litteratur eller med de erfaringer, sygeplejerskerne beskriver.

Nævnes skal det også, at der var artikler i hver årgang, hvor indfaldsvinklen var empirisk forskning, og hvor litteraturen var sat i spil med de resultater, forskeren har beskrevet, som for eksempel artiklerne Sygepleje og professionsudvikling (6) og Resume, analyse og kritik af Evaluering af sygeplejerskeuddannelsen (7).

Der var også artikler, der forholdt sig analyserende og kritisk til bestående teorier som for eksempel artiklerne Sygeplejens opståen (8) og Patricia Beners forsknings- og forfattervirksomhed (9). Og der var artikler, hvor indfaldsvinklen var filosofiske refleksioner over sygeplejefaglige emner, som for eksem-

pel artiklerne Det fremmede og vedkommende (10) og Ethiske spørgsmål i vidensudvikling - formål og mål (11).

Disse artikler benytter sig af den argumenterende diskurs. I diskursen flyttes blikket fra udsagn til udsagn. Et argument er et overskueligt antal påstande, som er opbygget på den måde, at ét eller flere af dem fungerer som belæg eller begrundelse for påstandene. Påstanden er det centrale element i argumentationen. Det er et synspunkt, som forfatteren søger at få retfærdiggjort eller fastslået gennem belæg eller begrundelser. I argumentationen holder man sig til sagen, koncentrerer sig om bevisførelse, kendsgerninger og bestræber sig på at være objektiv. Sproget er neutralt, og artiklen er kendetegnet ved klarhed og stringens. Men det er ikke argumenterne alene, der afgør, om man opnår læserens tilslutning eller ej. Forfatterens udtryksform og om forfatteren opfattes som en troværdig autoritet spiller altid ind (12).

Konklusionen af gennemlæsningen af årgang 1997, 1998 og 1999 er: Artiklerne kan inddeles i tre grupper:

- erfaringsbaserede artikler. Dem er der overvægt af, en del uden anvendelse af litteratur, en del med ganske få litteraturhenvisninger
- artikler, der beskrev forskningsresultater
- artikler hvor indfaldsvinklen var filosofiske refleksioner

At der var flest erfaringsbaserede artikler, kan skyldes to ting: Dels var der endnu ikke mange sygeplejersker uddannet efter bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen af 1991, hvor der var større fokus på tekstanalyse og skriftlighed, og dels havde vi i redaktionsgruppen ikke beskrevet krav til artiklernes indhold og niveau.

De artikler, der beskrev forskningsresultater

tater eller hvor indfaldsvinklen var filosofiske refleksioner er alle skrevet af personer med en kandidatuddannelse (ikke alle var sygeplejersker), og hvis det var sygeplejersker, var det typisk deres afgangsspeciale, der var omskrevet til en artikel.

### Gennemgang af artiklerne fra 2000 og 2001

Der er stadig mange erfaringsbaserede artikler, men de adskiller sig fra de ovenfor beskrevne erfaringsbaserede artikler ved, at erfaringerne er sat i spil med teorier eller med andres beskrevne erfaringer, og at der er faglige refleksioner over den beskrevne hændelse.

Der er enkelte artikler om evidensbaseret viden, som for eksempel (13), og om sygepleje som en videnskabelig disciplin (14) og artikler, der er en omskrivning af master- eller kandidatopgaver (15, 16 & 17). Og der er artikler, der beskriver forskningsresultater (18, 19), og en enkelt oversigtsartikel (20). Artikler der alle (til dels) er inden for den argumenterende diskurs.

Lektor Mogens Pahuus gennemlæste artiklerne i *Klinisk Sygepleje 2000*, med det formål at sætte fokus på hvilke grundholdninger, der afspejler sig i artiklerne. Mogens Pahuus skriver: "Det har faktisk været en fornøjelse at gennemlæse årgangen og gå nærmere ind på de artikler, der interesserede mig mest. Artiklerne er velskrevne og overskueligt disponerede" (21 s. 143). Pahuus mener, der er tale om to grundholdninger, den første: "det drejer sig om at udvise menneskelighed, at være medmenneske. At det vigtigste er at kunne være til stede med hele sig selv, være åben og medlevende". Den anden grundholdning: "udvikling og optræning af færdigheder til opgavens løsning. Jo mere de relevante videnskaber udvikler sig, og jo bedre den teknik og de hjælpemidler er, som bruges i problem- og op-

gaveløsning, jo mere effektiv og konstruktiv bliver den sygepleje, som er baseret på disse videnskaber" (21 s. 145-6).

Den ændrede grunduddannelse og det, at flere sygeplejersker har afsluttet en universitetsuddannelse på master- eller kandidatniveau, har sammen med de krav vi i redaktionsgruppen stillede til artiklerne, ændret artiklerne både sprogligt og indholdsmæssigt.

Nævnes skal det også, at vi i redaktionsgruppen begyndte at give de enkelte forfattere vejledning i artikelskrivning, og at vi oprettede skriveværksteder for potentielle forfattere.

### Gennemgang af artiklerne fra 2002 - 2005

Artiklerne fra disse årgange bærer præg af de ændringer, der er sket inden for klinisk praksis. Der er blevet uddannet flere forskere, der er ansat i klinikken, og flere af artiklerne har udgangspunkt i spørgeskema- eller interviewundersøgelser som for eksempel (22, 23).

Hvor der før var overvægt af erfaringsbaserede artikler, er der nu rigtig mange artikler, der er omskrivninger af opgaver på bachelor-, master- eller kandidatstudierne som for eksempel (24, 25, 26), og der er enkelte artikler, der har udgangspunkt i p.hd. afhandlinger (27, 28).

Der er flere artikler, der diskuterer eller reflekterer over filosofiske emner og beskriver filosofiernes indflydelse på sygeplejepsis som for eksempel (29, 30, 31 & 32).

Fælles for (næsten alle) artiklerne er, at det er artikler, der argumenterer med viden, og artiklernes komposition er ændret, så der er bedre overensstemmelse mellem artiklernes opbygning og indhold.

Dog må tilføjes, at der er enkelte artikler, der benytter sig af et pseudovidenskabeligt sprog (33), og enkelte artikler bærer præg af, at det er den første artikel forfatteren skriver. Sådanne artik-

len er kendetegnet ved at argumentationskæderne er brudte af forfatterens ideassociationer, så argumentationen ændrer sig fra at være vidensbaseret til en form for forfatterens ønsketænkning (34).

Fra 2003 blev alle artikler indekseret i CHINAL, hvilket satte yderlige krav til artiklerne, og mange artikler fandt først nåde for redaktionsgruppens blik efter en eller flere omskrivninger, før de kunne publiceres.

### Gennemgang af artiklerne fra 2006 - 2007

Fra 2006 sker der igen et kvalitetsløft af artiklerne i Klinisk Sygepleje. I 2005 blev der etableret referee-panel og fastsat kriterier for refereebedømte artikler, og for artikler, der ikke blev referee bedømt, blev kriterierne strammet endnu en gang.

I de to årgange var der ni refereebedømte artikler - og mange artikler på et højt fagligt niveau.

Måske kan man sige, at kriterierne til artikler publiceret i Klinisk Sygepleje følger den udvikling, der har været i klinisk sygepleje generelt: Ændret grunduddannelse, ændret (bedre) eftervidereuddannelse og det, at der på alle niveauer i uddannelsessystemet krævedes flere skriftlige opgaver og på et andet niveau end, da jeg som sygeplejeelev i begyndelsen af 1960'erne skrev plejeberejnelser.

### Fremtidstanker

I dag og i tiden fremefter står Klinisk Sygepleje overfor nogle helt andre problemer end sproglig formulering, artiklernes komposition og argumentationen: Forskningens kvalitet og troværdighed inden for klinisk sygepleje og spørgsmålet om, hvornår er man berettiget til at stå som medforfatter til en artikel. Er man medforfatter, fordi man har læst artiklen igennem eller er man automatisk medforfatter, fordi man er i det samme

forsker-team? Og hvornår er der tale om videnskabelig uredelighed?

Ifølge ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts skal følgende krav opfyldes, før man kan stå som medforfatter:

1. Ydet et væsentligt bidrag til artiklens ide og planlægning eller indsamlet data eller analyseret og fortolket data
2. udarbejdet afsnit til den indsendte artikel, eller kritisk forholdt sig til væsentlige områder i artiklen
3. godkendt det endelige manuskript

Generel supervision og dataindsamling berettiger ikke til medfatterskab (35).

På sygeplejersker hviler der efterhånden et pres om at forske. Hvis man vil gøre sig håb om en undervisende stilling på universitetet eller opnå en stilling som udviklings-sygeplejerske på et større hospital, skal man have en godkendt p.hd. grad og helst også være i gang med anden form for forskning.

Dette karrierepres gør, at selvom sygeplejersker ikke ønsker at snyde, så kan de falde i den fælde, at de selv tror på, at de har været med i et forskningsprojekt i en sådan udstrækning, at de mener sig berettiget til medfatterskab.

I Danmark er videnskabelig uredelighed defineret som: "Ved videnskabelighed uredelighed forstås en forsætlig eller groft uagtsom adfærd i form af forfalskning, plagiering, fortielse eller lignende, der indebærer en utilbørlig vildledning om egen videnskabelig indsats og / eller videnskabelige resultater" (36 §2)

Til at bedømme om der er tale om videnskabelig uredelighed er der nedsat et udvalg i Videnskabsministeriet, der fungerer som en forvaltningsmyndighed. Men ifølge dr. jur. EM Basse har et sådant udvalg begrænset kompetence, og udvalget bruges ofte som et supple-



rende middel i de indbyrdes magtkampe, der kan være tale om i de forskellige forskningsmiljøer (37).

I slutningen af 2007 havde Klinisk Sygeplejes redaktion en sag, hvor en gruppe sygeplejersker i et forskerteam mente sig berettiget til medforfatterskab, selvom de tre ovenfor beskrevne punkter ikke var opfyldt.

Både artiklens forfatter og redaktøren blev truet med indberetning til Udvalget Vedrørende Videnskabelig Uredelighed.

Selvom forfatteren fastholdt at hun var ene forfatter og der i redaktionen var enighed om, at forskerteamet ikke var berettiget til medforfatterskab, blev artiklen alligevel genpubliceret, og alle fra forskerteamet kom til at stå som medforfattere.

Jeg er sikker på at vi inden for sygeplejefaglig forskning vil opleve flere lignende problemstillinger i de næste år.

Kirsten Eeg sygeplejerske, cand.phil  
Ulfeldtsvej 16  
Stensballe  
8700 Horsens

## Litteratur

1. Moeslund A. Fra en hjemmesygeplejerskes dagbog. *Klinisk Sygepleje* 1999; 13 (1): 43 - 7
2. Stonor L. En fortælling om en anderledes sygepleje. *Klinisk Sygepleje* 1999; 13 (3): 160 - 1
3. Jensen M. Selvstændige sygeplejeopgaver på en neurologisk afdeling. *Klinisk Sygepleje* 1999; 13 (6): 364 - 5
4. Gadamer HG. *Förnuftet i vetenskapsens tidsålder*. Göteborg: Daidalos; 1988
5. Hansen HP. Hvad er en fortælling? *Klinisk Sygepleje* 1994; 8 (1): 53 -9
6. Eeg PS. Sygepleje og professionsudvikling. Sygeplejens udvikling set gennem professionsteoretiske briller. *Klin Sygepl* 1997; 11 (2): 59 - 67
7. Nørholm M. Resume, analyse og kritik af Evaluering af Sygeplejerskeuddannelsen. *Klinisk Sygepleje* 1997; 11 (1): 34 - 43
8. Eeg K. Sygeplejens opståen. *Klinisk Sygepleje* 1998; 12 (2): 67 -72
9. Hougaard L. Patricia Benners forsknings- og forfattervirksomhed. *Klinisk Sygepleje* 1998; 12 (4): 195 -201
10. Martinsen K. Det fremmede og vedkommende - etikk, kultur og aktelse. *Klin Sygepl* 1998; 12 (1): 13 - 19
11. Arndt M. Ethiske spørgsmål i vidensudvikling - formål og mål. *Klinisk Sygepleje* 1998; 12 (6): 329 - 338
12. Eeg K. Etik og klinisk undervisning. I: Brøbecher H & Mulbjerg U.ed. *Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelserne*. København: Munksgaard Danmark; 2005
13. Laustsen S. Evidensbaseret viden i klinisk sygepleje. *Klinisk Sygepleje* 2000; 14 (5): 162 -65
14. Jørgensen KM. Kan sygeplejefaget udvikles til en videnskabelig disciplin? *Klinisk Sygepleje* 2000; 14 (5): 292 - 99
15. Graubæk AM. Madens symbolske betydning. *Klinisk Sygepleje* 2000; 14 (2): 67 74
16. Overgaard D, Møgelhøj B. Livsstilsændringer med vægttab som mål. *Klinisk Sygepleje* 2000; 14 (5): 251 - 56
17. Holch K. I am not whole I have got a hole - om pleje af patienter med skinnebessår. *Klinisk Sygepleje* 2001 15 (4)

18. Hall EOC. Sygeplejersker fortæller om overflytning af det lille barn. *Klinisk Sygepleje* 2000; 14 (4): 219 - 226
19. Bundgaard KM, Christensen BT. En bid af ældres hverdagsliv. *Klinisk Sygepleje* 2000; 14 (6): 315 - 19
20. Jørgensen BB. Åndelig omsorg og sorte sække - en litteraturoversigt. *Klinisk Sygepleje* 2001; 15 (4): 238 - 248
21. Pahuus M. Sygeplejen - medmenneskelighed og kvalifikationer. *Klinisk Sygepleje* 2001; 15 (3):143 - 46
22. Karderly T. Undersøgelse af B12-vitaminadministration. *Klinisk Sygepleje* 2003; 17 (4): 27 - 35
23. Lerdal A. Utmattelse - utbredt men understudert. *Klinisk Sygepleje* 2005; 19 (1): 4 - 10
24. Hoeck B. Evidensbaseret sygepleje - kan evidensbegrebet rumme sygeplejen? *Klinisk Sygepleje* 2002; 16 (1): 4 - 10
25. Petersen J. I et krydspres af tider. *Klinisk Sygepleje* 2003; 17 (1): 4 - 10
26. Sillesen HN. Sundhed eller sundhedisme i sygeplejen. *Klinisk Sygepleje* 2004; 18 (3): 24 - 34
27. Gonge H. Stresshåndtering i ældreplejen. *Klinisk Sygepleje* 2004; 18 (2): 4 - 15
28. Moos I. Livshistoriens form og betydning i demensplejen. *Klinisk Sygepleje* 2005; 19 (2): 12 - 16
29. Bydam J. Dialog med Kari Martinsen. *Klinisk Sygepleje* 2003; 17 (3): 47 - 48
30. Martinsen K. Talens åbenhed og evidens - dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje* 2003; 17 (4): 36 - 46
31. Bydam J. Evidens - dialog med Kari Martinsen. *Klinisk Sygepleje* 2004; 18 (1): 47 - 49
32. Martinsen K. Skjønn - språk og distanse. *Klinisk Sygepleje* 2004; 18 (2): 50 - 56
33. Hybholt L. Det miljøterapeutiske morgenmøde i et patientperspektiv. *Klinisk Sygepleje* 17 (4): 17 - 26
34. Lauritzen J. Whiplash - den usynlige lidelse. *Klinisk Sygepleje* 2005; 19; (2): 66 - 73
35. <http://www.icmje.org/> International Committee of Medical Journal Editors
36. Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling. Lov nr. 45 af 28-05-2003
37. Basse EM. Forskningen kvalitet og troværdighed. *Kronik* d. 30. juli 2007 i *Jyllands Posten*

# Patientsikkerhed

Anmeldelse af "Säker Vård. Patientskador, rapportering och prevention". Synnöve Ödegård's Doktoravhandling vid Nordiske högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg 2006.

*Anmeldt af Annette Buskbjerg, Lektor, Studievejleder.*

*Email: abje@cvu-vest.dk*

"I mötet mellan patienter och dem som utöver vården uppträder mänskliga variationer som inte på förhand kan kontrolleras", således indleder Synnöve Ödegård sin ph.d.afhandling, som er skrevet i 2006. Afhandlingen bygger på delstudier med forskellige metodiske tilgange, der hver især bidrager til det samlede billede af patientsikkerhedsarbejdet i Sverige.

## Formål:

Formålet med afhandlingen er at bidrage til øget viden om faktorer, der må antages at påvirke patientsikkerheden i Sverige, dels på systemniveau, dels på individniveau.

## Baggrunden:

Baggrunden for interessefeltet skal findes i det ændrede sundhedsvæsen, der i Sverige, såvel som i en række andre lande viser sig ved en stor grad af kompleksitet, hvor det bliver sværere og sværere at definere ansvarsgrænser, og hvor f. eks. sygeplejerskernes arbejdsopgaver har ændret karakter.

I Sverige, samt i en lang række andre lande har særligt lægemiddel "hændelser" vist sig som et stort patientsikkerhedsproblem. Medicineringsfejl dominerer billedet af indrapporteringer, og medicinadministration er såvel i Sverige som internationalt et af de områder med de hyppigst forekomne fejl - flere af disse hændelser skyldes manglende viden og kundskaber i medicinadministration.

Samtidig med dette er der i sundhedsvæsenet et behov for risikoinformation, og ikke mindst er det vigtigt med en tydelig styring af sikkerhedsarbejdet. Mange medarbejdere i sundhedsvæsenet frygter repressalier, og indrapporterer derfor ikke de hændelser, som de har viden om. Der mangles tid til at indrapportere, og endelig har flere en oplevelse af, at der ingen opfølgning kommer, og af den grund mindskes motivationen til at indrapportere. Der foregår således en underrapportering, og det er i sig selv problematisk, da det derved bliver umuligt at handle på de fejl og hændelser, der forbliver "usynlige".

Endelig er der ligeledes et økonomisk incitament for at gøre noget ved området, for at blive klogere på hvad der går galt i det komplicerede sundhedsvæsen, og hvad der kan gøres for at hindre dette.

Der mangler undersøgelser, der belyser, hvor omfattende problemet med patient-skader er i Sverige, og ikke mindst hvor store økonomiske konsekvenser, der er forbundet dermed.

Perspektivet i patientsikkerhedsarbejdet har indenfor de seneste 10 - 15 år ændret sig fra et fokus på den enkelte medarbejders ansvar mod et fokus på andre faktorer - fra et individniveau til et systemniveau, og ikke mindst er tilgangen ændret til en mere præventiv tilgang.

Af ovenstående viser sig flere problemstillinger, hvor ikke mindst arbejdsmiljøet på de enkelte afdelinger påvirkes i en negativ retning idet der ikke er en stillingtagen til, hvor ansvaret for sikkerhedsarbejdet er placeret.

## Metode:

Afhandlingen bygger på resultater fra seks forskellige delstudier gennemført i årene 1997 - 2004.

Der er tale om to kvantitative studier, delstudie I og II, hvor samtlige indberetninger til Lex Maria, før og efter ændringen i 1990/91 blev analyseret. Delstudie III er et kvalitativt studie, hvor arbejdet med flysikkerheden i USA blev undersøgt, for at identificere områder, med relevans for det forebyggende arbejde med patienternes sikkerhed. I undersøgelsen stilles der spørgsmål til, om flysikkerhedsarbejdet med fordel kan sammenlignes med arbejdet med patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, og om hvorvidt metoder og tilgange derfra, kan anvendes under svenske forhold.

I delstudie IV, der er et kvalitativt studie, hvor 28 forskellige sundhedspersonaler blev interviewet om deres praksis på et børnehospital, var formålet at belyse den viden og de kundskaber, som sundhedspersonalet har, dels om risikofaktorer, dels om der er en sammenhæng mellem denne viden og de patientskader (fejl og hændelser) der sker.

Endelig er delstudie V og VI, to kvantitative studier, hvor formålet var at belyse den viden og kunnen som plejepersonalet i 15 kommuner har om diabetes, og om den viden så at sige "håndteres" ansvarligt.

I det ene studie besvarede 2966 et spørgeskema om deres praksis i kommunalt regi (15 forskellige kommuner), og i det andet studie var fokus på de ansvarlige sygeplejersker i kommunerne, og på hvordan de varetager deres ansvar i forbindelse med at lede og uddelegere arbejdet.

### Resultater:

Delstudie 1 + 2 viste, at der er sket en ændring, i og med regionaliseringen af socialstyrelsens virksomhed, og dermed indenfor organiseringen af sundhedsvæsenet, hvor indrapporteringen sker til Lex Maria. Man kan tale om Lex Maria før og nu. Ændringerne har vist sig ved

en stigning i indrapporteringerne, men hvor der stadig er en formodning om at der underrapporteres.

Tidligere omhandlede Lex Maria sagerne overvejende individuelle fejl. Individerne i "den skarpe ende" blev holdt ansvarlige, selvom selve systemet faktisk viste sig at have en del af ansvaret. Således blev konteksten ikke medtænkt, og fejlen/hændelsen blev i stedet oversimplificeret, og spørgsmålet om, hvorvidt der skete en fejl blev i socialstyrelsen kun besvaret med et ja eller nej, og der blev ikke spurgt ind til, hvorfor og hvordan fejlen skete.

Der er ingen tvivl om, at sundhedspersonalets motivation til at indrapportere er afhængig af den måde sagerne behandles på, og det er problematisk selv at skulle indrapportere, samtidig med, at der stadig kan forekomme disciplinære følger. Det er dog vigtigt at forstå, at det har en stor betydning, og er af stor vigtighed at fejl og hændelser indrapporteres, både for den enkelte medarbejder, og ikke mindst for patienterne.

Delstudie 3 viste, at når man sammenlignede de foranstaltninger man gør indenfor flysikkerhed med sundhedsvæsenets sikkerhed, så mangler eksempelvis en havarikommission, der kan klarlægge et hændelsesforløb. Desuden savnes der i det svenske sundhedsvæsen også et indrapporteringssystem, hvor hændelser uden patientskade kan indrapporteres. Dette sker i USA, hvor rapporteringen er fortrolig, og den person, der indrapporterer kan efterfølgende ikke strafforfølges.

Plejepersonalet i sundhedsvæsenet oplever et stort psykisk pres i deres daglige arbejde, på samme måde som flypersonalet kan opleve, og det har vist sig at lang arbejdstid udgør et stort risikomoment. Det kunne være interessant, hvis "riskmanagement" i civil flytrafik blev overført til sundhedsvæsenet.

På nogle områder kan sundhedsvæse-

net således lære af arbejdet med flysikkerhed, og f.eks. indrapportere "nærfejl", der har vist sig i flysikkerheden, at give god læring. Det vigtigste sundhedsvæsenet kan lære af flysikkerheden er, at for at kunne modvirke fejl og utilsigtede hændelser, så må der handles på flere områder. Ikke før at dette bliver helt forstået, så vil en fortsat "sikkerheds-samvittighed" ikke kunne udvikles i praksis.

Delstudie 4 viste, at et større og bredere fokus på patienternes sikkerhed er nødvendigt, for at kunne forstå og se "systemets" andel i patientsikkerheden. Det kræver initiativ fra ledelsernes side at fokusere på patientsikkerhed med jævne mellemrum. Resultaterne fra dette delstudie kan danne basis for diskussioner om hvilke forebyggende indsatser, der kan gøres på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet.

Delstudie 5 og 6 viste at jo lavere uddannelse plejepersonalet har, jo mindre teoretisk viden kommer til udtryk, når de bliver spurgt til viden om diabetes. Der er tale om en negativ association. Når man så stillede spørgsmålet om hvorvidt der er sammenhæng mellem den mangelfulde teoretiske viden og den opfattelse af ansvar ifht. personalets viden, som de ansvarlige sygeplejersker i samme kommune gav udtryk for, så viste det sig, at de ansvarlige sygeplejersker bag plejepersonalet forvaltede ledelse og uddelegering uden at opfatte at de havde en andel i ansvaret for, at plejepersonalet havde en mangelfuld teoretisk viden. Jo tydeligere lederskabet var, og jo mere direkte de ansvarlige sygeplejersker påtog sig deres ansvar, jo mere viden og kunnen gav plejepersonalet udtryk for i deres besvarelser i spørgeskemaerne. Sygeplejersker der ved og erkender, at de har brug for, kompetenceudvikling, fortsat uddannelse samt at arbejde mere med patientsikkerhed, påvirker på en eller anden måde det øvrige plejepersonale. Der var

tale om en positiv association. Ansvarlige sygeplejersker har en vigtig nøgleposition i sammenhængen mellem viden, kompetence og ledelse.

### Vurdering af afhandlingen:

Arbejdet med patientsikkerhed er meget komplekst, og ph. d. afhandlingen viser da også at kompleksiteten er med til at der ikke kun er én vej at gå i det videre arbejde. Afhandlingen peger på, at der kræves fortsat arbejde, udvikling og forskning indenfor det der hedder "barrieretænkningen", så frontfigurerne kan udføre en pleje præget af høj patientsikkerhed.

Hvis ønsket om ny viden var begrundelsen for at læse ph. d. afhandlingen, så er det desværre begrænset hvilken ny viden, man som læser bliver præsenteret for. For svenske forhold er der helt sikkert fremkommet ny viden, måske særligt om netop det at forebygge fejl må være vejen frem, for at få synliggjort, hvor indsatser indenfor patientsikkerhed skal gøres.

Vi er kommet længere i Danmark. Vi er klar over at forebyggelse af fejl hjælper, og arbejder bevidst med at forebygge at fejl sker, for det er i forebyggelsen af fejl, at der er "mest at hente". Forebyggelsen viser sig for eksempel ved, at man arbejder bevidst med at informere ledere og personale om risici i kontakten med patienter. Bevægelsen fra et individuelt perspektiv til et systemperspektiv har som formål at ændre sygehusvæsenet organisation til en sikkerhedskultur, og det danske rapporteringssystem er det foreløbige udspil herhjemme. Meningen med rapporteringssystemet, der kan ses som et forsøg med at arbejde ud fra et systemperspektiv, er at organisationen skal lære af de fejl, der sker og efterfølgende forebygge at en lignende fejl sker igen, og det er i sig selv positivt og må i bund og grund være i alles interesse. Alle parter, både patienter, pårørende, professionelle, og politikere kan kun være

interessert i, at der er en høj patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, men hvordan håndteres de fejl, der fortsat vil ske i sundhedsvæsenet; har Danmark løst det problem?

I Region Syddanmark godkendte man i april 2007 en "Handlingsplan for den patientrettede risikostyring på sygehusene i Region Syddanmark 2007 - 2010". Handlingsplanen indebærer at forskellige tiltag indføres på samtlige sygehuse i regionen, bl.a. med kompetenceudvikling. Kompetenceudviklingen tænkes gennemført som uddannelse, undervisning og vejledning, både på et lokalt, et regionalt og et nationalt/internationalt niveau. Man arbejder i handlingsplanen med tre hovedområder:

- Reaktiv risikostyring; der tager sigte på læring af fejl og utilsigtede hændelser
- Proaktiv risikostyring; der omfatter systematisk sikring af, at der anvendes evidensbaserede, effektive og sikre metoder - best practice.
- Sikkerhedskultur; dvs. at turde erkende, turde forholde sig til, og turde ændre på årsagerne til, at fejlene sker.

I handlingsplanen pointeres det, at "patientsikkerhed og risikostyring er et prioriteret område både nationalt og internationalt", og at det er sygehusledelsernes ansvar at sikre udvikling indenfor den patientrettede risikostyring.

Men selvom vi er kommet længere i Danmark i arbejdet med patientsikkerhed, så er det stadig vigtigt at huske på at den enkelte medarbejder der laver en fejl, og den enkelte patient der oplever at der sker en fejl er "ofre". Hvad gør man for den involverede patient og dennes familie, og hvad gør man for det involverede personale, som uanset systemperspektiv eller ej, stadig er "sidste led" inden patienten, inden fejlen sker? Her er der ikke hjælp at hente i rapporteringssystemet.

På trods af kompetenceudvikling vil fejl i sundhedsvæsenet aldrig helt kunne undgås, og fejl skal i stedet kunne håndteres. Det egentlige spørgsmål i hele det komplekse arbejde med patientsikkerhed, er derfor fortsat, hvordan man tackler, når der sker en fejl? Og ikke mindst; hvordan tackler patienten, at der er sket en fejl?, for hvor er patienterne henne i denne diskussion?

Det interessante er, at der er et ønske om at øge patientsikkerheden uden at inddrage patienterne, som det jo handler om - og ingen har indtil nu undersøgt, *hvordan* patienterne kan inddrages og *om* en patientinddragelse vil være med til at øge patientsikkerheden. Ofte sker det nemlig, at når man ønsker at inddrage patienternes perspektiver i diverse projekter og undersøgelser, så spørger man personalet, som så skal komme med forslag om, hvad patienterne mon ønsker og forventer. Helt tilbage i 2002 blev der i forskellige undersøgelser og rapporter anbefalet, at patienternes opfattelser af og syn på patientsikkerhed skulle inddrages aktivt i det videre arbejde med et rapporteringssystem. I afhandlingen peger Synnöve Ödegård også på at netop det område er oplagt at udforske.

Der er ingen tvivl om, at nogle patienter ønsker at være medinddraget i patientsikkerheden og blive informeret når en fejl er sket, men for en patient med alvorlig sygdom, hvor sygdommen svækker patienten kan det være en yderligere belastning at blive inddraget. Om medinddragelse af patienterne er det samme for patienterne, som for personalet må være helt afgørende at få diskuteret, da det er vigtigt i hver enkeltstående situation, at der er klarhed over og en bevidsthed om, hvorvidt der er tale om medinddragelse. Og hvornår mener patienterne mon at medinddragelse i patientsikkerheden er relevant?, er det når fejlen er sket eller er det også interessant for patienterne at

være en del af forebyggelse af fejlene?

Målet for medinddragelse af patienterne i patientsikkerheden må handle om en indsats udfra forskellige perspektiver, som også indbefatter en øget opmærksomhed på den praksis, der foregår på en afdeling - udfra et fagligt og personalemæssigt perspektiv. Det er ikke nok alene at fokusere på kompetenceudvikling indenfor viden om patientsikkerhed, og indenfor den proaktive risikostyring at lade andre se på og observere den praksis der foregår, men det handler også om at den enkelte medarbejder bliver konfronteret med, og gjort opmærksom på, hvad det er man går og gør. Det er meget nærgående og et eller andet sted grænseoverskridende, men det vil helt sikkert gøre os alle klogere på egen praksis, og ikke mindst, så er det afgørende for patienternes sikkerhed.

# Samspelet mellem pårørende til svækkede ældre patienter og sygeplejerspersonale

Anmeldelse af Tove Lindhardt's ph.d. afhandling: "Collaboration between relatives of frail elderly patients and nurses in acute hospital wards - dimensions, prerequisites and outcome".

*Anmeldt af Karen Marie Dalgaard, post. doc. i klinisk sygepleje, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital*

Bogen er baseret på en ph.d.-afhandling af Tove Lindhardt forsvaret ved Det Medicinske Fakultet, Afdeling for Omsorgsforskning ved Lund Universitet, Sverige 2007. Afhandlingens centrale formål er at undersøge samspelet mellem pårørende til svækkede ældre patienter og sygeplejerspersonalet i akutte hospitalsafdelinger i Danmark. Der er fokus på både pårørendes og sygeplejerspersonalets oplevelser af samarbejdet foruden samarbejdets forudsætninger og effekt. Forfatterens konkluderer, at der er plads for forbedringer i samarbejdet samt forbedringer i samarbejdet medføre, at pårørende oplever større tilfredshed med plejeforløbet på hospitalet. Om end et ikke optimalt samarbejde kan henføres til forskellige strukturelle og værdimæssige barrierer på makroniveau, kan etablering af strukturer og procedurer på lokalt niveau, som understøtter samarbejdet føre til konkrete forbedringer.

Afhandlingen er baseret på fire delstudier, som præsenteres i fire selvstændige artikler og en sammenskrivning indledningsvis, hvor afhandlingens overordnede formål og det samlede forskningsdesign beskrives. Her er sammenhængende og grundig redegørelse for

baggrund, mål, metoder, etiske overvejelser, resultater, diskussion, konklusion og stillingtagen til videre forskning på området. De fire delstudier har forskellige formål, perspektiver og forskningsdesign og bidrager således til en nuanceret undersøgelse af afhandlingens overordnede formål.

Delstudie 1 er baseret på dybdeinterview med otte pårørende til svækkede ældre indlagt i en medicinsk afdeling på et universitetssygehus. Formålet er at undersøge, hvordan det opleves at være pårørende. Der er tale om en fænomenologisk undersøgelse med hovedfokus på pårørendes livsverden og i minde grad på pårørendes oplevelse af samarbejde med de sundhedsprofessionelle. To hovedtræk karakteriserer de pårørendes oplevelse, dels den historie de pårørende har med sig relateret til relationen og omsorgen for den ældre, dels deres ansvar for at beskytte den ældre og sikre denne den nødvendige pleje og behandling på hospitalet. Forskellige følelser, roller og erfaringer bringes således med ind i hospitalskonteksten og er med til at forme de pårørendes forventninger, værdier og adfærd i mødet med sundhedssystemet. Det fremføres desuden, at de pårørendes møde med de professionelle kan bidrage til at forstærke de svære følelser, der kan være forbundet med den ældres hospitalsindlæggelse.

Delstudie 2 omfatter otte åbne interview med sygeplejerspersonalet. Formålet er at beskrive sygeplejerspersonalets oplevelse af samarbejdet med de pårørende og identificere fremmende og hindrende faktorer for samspelet. I hovedtemaet "Mø-



det med pårørende - at være fanget mellem idealer og praksis" redegøres for, hvordan to sæt holdninger kommer til udtryk i sygeplejepersonalets samspil med pårørende: Et sæt ideelle baseret på sygeplejefagets etiske og faglige værdier og et sæt som i virkeligheden er styrende for praksis. Der er tale om en værdikonflikt mellem to sæt holdninger, som sygeplejepersonalet tilsyneladende er ubevidste om. For eksempel beskriver sygeplejepersonalet samarbejdet med de pårørende som en planlagt proces, men i praksis er der tale om tilfældige møder med de pårørende. Forfatteren konkluderer, at om end sygeplejepersonalet kan forstås som ofre for konfliktende værdier, så er der mulighed for at forbedre det konkrete samarbejde.

Delstudie 3 sætter fokus på de pårørendes opfattelse af samarbejde med sygeplejepersonalet. Studiet er baseret på en kvantitativ tilgang. Målet er at udvikle og teste et spørgeskema, som kan anvendes til at undersøge samarbejdet med plejepersonalet set fra de pårørendes perspektiv, herunder samarbejdets forudsætninger og effekt. Spørgeskemaet er overvejende udviklet på baggrund af litteraturstudier og efterfølgende valideret af pårørende og eksperter. Spørgeskemaets er baseret på 72 spørgsmål med følgende temaer: Indflydelse på beslutninger, kvalitet af kontakt, tillid og dens forudsætninger, informationsniveau, indflydelse på udskrivelsen. Spørgeskemaet er testet blandt 157 pårørende til svækkede ældre i akutte afdelinger ved to hospitaler i Danmark. Forfatteren konkluderer, at spørgeskemaet er velegnet til at undersøge pårørendes opfattelse af samspillet, men anfører, at det bør testes på en større population i forskellige kulturelle kontekster. Resultaterne viser, at der er betydelig plads til forbedring af samarbejdet, især hvad angår pårørendes indflydelse på beslutninger og informationsniveau, hvorimod kontakten, relationen og tilliden til sygeplejepersonalet blev vurderet noget bed-

re. Sygeplejepersonalets tilgængelighed og de fysiske rammer udgør her de væsentligste problemer.

Delstudie 4 er en videreførelse af delstudie tre. Formålet med dette studie er at undersøge, om der er en sammenhæng mellem samspillet kvalitet og pårørendes tilfredshed med patientforløbet. Studiet er baseret på sammenligning af relevante data fra ovennævnte spørgeskemaundersøgelse baseret på forskellige statistiske analyser. Resultaterne støtter antagelsen om, at pårørendes tilfredshed med forløbet afhænger af samspillet med sygeplejepersonalet. Pårørendes oplevelse af skyld og magtesløshed er forbundet med lav tilfredshed. Et forbedret samarbejde mellem pårørende og sygeplejepersonalet kan imidlertid mindske pårørendes oplevelse af skyld og magtesløshed og øge deres tilfredshed. Derfor er det afgørende, at sygeplejepersonalet kan identificere de pårørende, som befinder sig i en svær følelsesmæssig situation med henblik på at iværksætte støttende interventioner for den gruppe.

Ph.d.-afhandlingen sætter fokus på et meget relevant team og fremstår som et meget kvalificeret bidrag til øget viden om samspillet mellem pårørende til svækkede ældres pårørende og sygeplejepersonalet. Afhandlingen præsenteres i et klart og tydeligt sprog, tilvalg og fravalg er baseret på grundige overvejelser og bevidste valg. Alt i alt formidler det klarhed og tydelighed, som overbeviser læseren om, at der er tale om et omfattende, grundigt og validt forskningsbidrag. Forskeren forholder sig desuden ydmygt til egne resultater og trækker ikke sine konklusioner længere end data giver grundlag for.

Al forskning står til diskussion og således også dette forskningsbidrag. Her vil jeg især sætte fokus på de kvalitative undersøgelser præsenteret i delstudie 1 og 2 og deres sammenhæng med delstudie 3 og 4. For så vidt angår delstudie 1 og 2 savnes mere uddybende viden-

skabsteoretiske overvejelser om kvalitative metoder. For eksempel karakteriseres delstudie 1 som et fænomenologisk studie uden nærmere redegørelse for, hvori det består. Der efterlyses klarhed omkring udlægning af for-skerens forforståelse, som udlægges på en særlig måde indenfor fænomenologien. Så vidt jeg kan bedømme, er udlægning af forskerens forforståelse her baseret på udlægningen indenfor hermeneutikken. Afhandlingen giver desuden anledning til diskussion af generaliserbarhed i kvalitative undersøgelser. Forfatteren fremfører, at den aktuelle undersøgelsespopulation er for lille til at drage generelle konklusioner. Man kan spørge, hvor stor skal undersøgelsespopulationen være for at det er muligt? Er det overhovedet muligt? Hvori består det generelle i kvalitative undersøgelser? Faktisk findes kvalitative undersøgelser baseret på et eller ganske få interviews, som uddrager typiske træk eller mønstre, som udtryk for, at generaliserbarhed i kvalitative undersøgelser sigter på analytisk generaliserbarhed, som ikke kan henføres til undersøgelsespopulationens størrelse snarere til datamæthed.

For så vidt angår sammenhængen mellem de to kvalitative studier (delstudier 1 og 2) og de to kvantitative studier (delstudie 3 og 4) er det ikke helt klar for mig, i hvilken udstrækning resultaterne fra de kvalitative undersøgelser er anvendt til at udvikle spørgeskemaet anvendt i de to kvantitative studier. Det forekommer mig oplagt at bruge disse resultater, da de indfanger et pårørende-perspektiv i en dansk kontekst.

Afhandlingens tema er særdeles relevant, da flere undersøgelser tyder på, at samarbejdet med pårørende i det danske sundhedsvæsen er komplekst, til tider problematisk, ja endog lavt prioriteret. Forfatteren udpeger selv forskningsområder indenfor feltet, som bør gøres til genstand for yderligere forskning. Udover samarbejdet med pårø-

rende, vil jeg tilføje endnu et relevant forskningsområde, nemlig forskning i hvordan sundhedspersonalet kan hjælpe og støtte pårørende som mennesker i sig selv. Denne afhandling viser netop, at både samarbejde med og støtte til pårørende i er tæt forbundne størrelser.

Bogen kan anbefales til både forskere og sundhedsprofessionelle. Herudover vil jeg gøre opmærksom på bogens relevans for ph.d.-studerende og deres vejledere. Bogen fremstår som et meget kvalificeret eksempel på, hvordan en afhandling baseret på artikler frem for monografi kan fremstilles i en sammenhængende og overskuelig form. God læselyst!

# Et antropologisk forsøg på at bryde med medicinsk og traditionel kultur- diagnostisk praksis - kan det lykkes?

Anmeldelse af: Kultur og Psykiatri - En antropologi om transkulturel psykiatri på danske hospitaler 2005. Ph.d.-afhandling. Af Katrine Schepelern Johansen, Institut for Antropologi og Sct. Hans Hospital, København, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.

*Af Nelli Øvre Sørensen, lektor, ph.d., cand.cur., Sygeplejerskeuddannelsen i Herlev, Den Flerfaglige Professionshøjskole i Region Hovedstaden  
Mail: (nelli@besked.tdcadsl.dk)*

Katrine Johansens ph.d.-afhandling er et spændende antropologisk studie af personale og patienters (af anden etnisk herkomst end dansk's) tilgange til kultur. Johansen har studeret på tre afdelingstyper i Danmark: En retspsykiatrisk afdeling, en lukket voksen psykiatrisk afdeling og Justitsministeriet, Retspsykiatrisk klinik. Forfatteren har lagt et stort forskningsarbejde for dagen med studier i felten gennem 18 måneder.

## At studere kultur

Spørgsmålene, som forfatteren stiller i indledningen, drejer sig om at studere kultur blandt personale og patienter i de forskellige afsnits diagnostiske og praktiske arbejde. Johansens arbejde skal bidrage til psykiatrifeltet internt. Johansen selv understreger, at hendes afhandling er den første, inden for dansk psykiatri, der "har kultur og etniske minoriteter som sit område." (side 9). Afhand-

lingens teoretiske afsæt er "indenfor medicinsk antropologi, hvor man anskuer det medicinske system som et kulturelt system." (side 10). Kulturbegrebet sættes overfor Bourdieus praksisbegreb, men dette udfoldes ikke i afhandlingen.

Johansen indtager undervejs flere positioner. Nogle af disse nævnes som vigtige for hendes adgang til feltet. Hun blev ansat på en af afdelingerne som forsker, og hendes position som datter af en tidligere ansat overlæge på samme afdeling gav hende let adgang til feltet, ligesom overlægerne var gode til at skabe kontakter til de øvrige overlæger. Det viste sig at være vanskeligere for Johansen at blive accepteret som deltager i patienternes fællesskab.

Johansen betegner afsnittene som kulturelle fællesskaber, hvor hun er deltager og placerer sig fysisk i disse fællesskaber. Forfatteren beskriver, hvordan hospitalets ansatte handler ud fra essentielle kulturopfattelser i deres relation med patienterne, og hun viser med eksempler, at disse kulturopfattelser mange gange fører til misforståelser mellem personale og patienter. Forfatteren søger ligeledes at forstå, ud fra hvilke kulturopfattelser patienter af anden etnisk herkomst end dansk forstår deres sygdomme.

## Et konstruktivistisk kulturbegreb

Johansens kulturbegreb kan ses som konstruktivistisk, når hun skriver:

"Jeg definerer kultur som værende den fælles betydning, som mennesker i en given social gruppe deler og skaber sammen, samt de praksisser som denne betydning skaber." (side 49)

Derved fremkommer mange forskellige kulturbegreber, som forfatteren må forholde sig til i sine fortolkninger og beskrivelser. Johansen præciserer, at hun vil arbejde med kulturbegrebet i afhandlingen på to måder. Hun vil bruge til distinktioner. Senere medgiver hun, at hun derved har indført et latent dikotomisk kulturbegreb. De kulturopfattelser, der arbejdes med i afhandlingen omfatter:

1. Personalets brug af og henvisning til kultur som årsag til patienters handlinger. Dette betegner hun som et essentielt kulturbegreb
2. Det relationelle kulturbegreb. Den produktion af kultur, der foregår mellem personale og patienter. Johansen siger, at hun: "skriver altså en psykiatrikultur frem, der kan bruges til at skabe en forståelse af de betydningsskabende processer dér, hvor jeg har lavet feltarbejde." (side 63)
3. Ikke markeret kultur-begreb. Dette begreb skriver forfatteren, at hun bruger til mere teoretiske diskussioner.

Forfatteren beskriver behandlerpraksis, sygdomsforståelse og diagnosesystem med særlig vægt på, hvordan kulturelle aspekter inddrages heri. Der er mange beskrivelser af, hvordan diagnosesystem og sygdomme tænkes og forstås. Dette omfatter en forklaring på symptomer på psykose og skizofreni. Johansen angiver at have en kritisk position, men jeg må spørge mig selv, hvorfor disse beskrivelser ikke gør noget andet ved mig, end at virke svært genkendelige, som en der kender systemet indefra. Er det så en intern position eller en udefra kritisk position, forskeren vil fremstille for læseren? Måske ligger det antropologiske sigte i at beskrive på en måde, der viser,

at forskeren har forstået på samme måde, som personalet selv ville have forstået feltets arbejdspraksis?

### Selvlegitimering?

Det kan være sundt at få et udefra blik på hospitalernes behandlingspraksis, og det er interessante iagttagelser af behandlingspraksis, der beskrives i denne afhandling. Og det er al læsning værd. Forfatteren selv angiver, at hun indtager en kritisk position, men af og til tænker jeg, hvilken form for kritisk position, der indtages, da det er svært at vide, hvad forfatterens vurderinger teoretisk bundet i, når det ikke ekspliciteres. Det er i de teoretiske analyser, beskrivelser og anbefalinger, at der anvendes et ikke-markeret kulturbegreb. Der brydes her med det konstruktivistiske kulturbegreb, som, Johansen mener, kan rykke ved den medicinske kulturelle diagnostiske praksis. Derved kommer vurderingerne mere til at virke som personlige normative vurderinger end som videnskabelig eksplicit og teoretisk kritik.

Der er ikke så meget bid i kritikken, som der måske kunne være, fordi det tilsyneladende ikke er det egentlige formål med det antropologiske studie i det medicinske felt for antropologer. Der er flere lande, (f.eks. Holland og Canada), hvor der er ansat medicinske antropologer, der medvirker til at forske i feltet og til at ændre diagnosesystemerne, så kultur får en mere fremtrædende rolle i det medicinske felt (i Bourdieu's feltforståelse).

På baggrund af konklusionsafsnittet kan jeg slutte, at Johansen har som videnskabeligt mål at tilføre og udvide det psykiatriske diagnosesystems kulturelle tradition. Ved at give kritik af dette systems kulturelle opfattelse og diagnostiseringspraksis banes vejen for en række nyskabende anbefalinger til, hvordan psykiatrien kan indtænke et nyt kulturbegreb i den diagnostiske praksis. Gen-

nem disse kritikpunkter og anbefalinger fremkommer forfatterens løsningsforslag: At der ansættes eksterne eksperter, antropologer, til at udføre kulturelle diagnosticeringer - på samme måde som der er på det sociale og psykologiske område (side 290-291).

# Dokumentation og kvalitetsudvikling

Anmeldelse af Ingrid Egerod (red.) (2007) Dokumentation og kvalitetsudvikling. Lærebog for sygeplejestuderende. 2. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Anmeldt af Mari Holen, *cand.cur., ph.d.* studerende [holen@ruc.dk](mailto:holen@ruc.dk)

"Dokumentation og kvalitetsudvikling" er en gennemrevideret andenudgave af en lærebog der første gang udkom i 2000. Også denne gang er det Ingrid Egerod, der står som redaktør for bogen. Lærebogen består af 12 kapitler af forfattere med ekspertise på området. Målgruppen er sygeplejestuderende foruden sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Lærebogen gennemgår en række temaer om dokumentation og kvalitetsudvikling som klinisk epidemiologi, MTV, evidensbaseret praksis, lovgrundlaget for dokumentation, diagnostik i sygeplejen, klassifikation, EPJ og kvalitetsudviklingsredskaber herunder akkreditering, standarder, DDKM, audit osv.

I forordet angiver Egerod bogens formål til at være „(...) ikke at debattere, men at beskrive dokumentation og kvalitetsudvikling i sig selv“. Dette formål er på mange måder problematisk.

Dels kan man diskutere om lærebøger til sygeplejestudiet kan klare sig med blot at beskrive. I nutidens sygeplejerskeuddannelse skal de studerende (både i den „gamle“ og den „nye“ uddannelse) både kunne redegøre og beskrive centrale metoder og modeller for kvalitetsudvikling og kunne analysere, diskutere og forholde sig kritisk til selv samme. Spørgsmålet er om denne lærebog ikke stiler for lavt i forhold til kravene på

uddannelsen. Som underviser (lige nu på orlov) i dokumentation og kvalitetsudvikling på sygeplejerskeuddannelsen finder jeg ikke bogens formål tilstrækkelig i forhold til de læringsmål de studerende skal nå, og vil nok søge andre veje i valget af litteratur.

Derudover kan man diskutere om man kan tale om dokumentation og kvalitetsudvikling "i sig selv". Indenfor feltet kvalitetsudvikling og dokumentation findes der mange diskussioner; det er mange måder at forstå kvalitet på og det er mange måder at forstå udvikling på. Ligeledes er dokumentation i sygeplejefaget ikke entydigt, der findes en række synspunkter på hvad der er god dokumentation og også forskelligartet viden på området, som ikke inddrages i "Dokumentation og kvalitetsudvikling". Således må de mange afhandlinger og tekster i øvrigt der er lavet omkring dokumentation herunder sygeplejeprocessen i Egerods optik ikke være dokumentation "i sig selv"?

Jeg synes som sådan, det er fint nok at lægge ét særligt perspektiv på et emne i en lærebog - i dette tilfælde Sundhedsstyrelsens perspektiv. Det må være op til redaktøren om man ønsker en lærebog som rummer forskellige perspektiver - og dermed stiler bredere - eller om man ønsker et særligt perspektiv uddybet. Min anke er, at jeg synes det er problematisk at kalde et bestemt perspektiv for det eneste ene - hvilket jeg synes ligger som grundlæggende præmis i udtalelsen om at beskrive dokumentation og kvalitetsudvikling "i sig selv".

Forordet er på mange måder illustrerende for lærebogens indhold. På den

ene side beskriver bogen dokumentation og kvalitetsudvikling som det forstås i sundhedsstyrelsens programmer og initiativer. På den anden side er beskrivelserne mange steder samtidig særdeles normative, som fx i dette udsagn, som i udgangspunktet kan læses deskriptivt, men fordi det er omdiskuteret i sygeplejelitteraturen fremstår normativt når det blot konstateres: "Ved en præcis sygeplejediagnose (...) fremgår de sygeplejehandlinger, som kan afhjælpe eller påvirke patientens tilstand klart". (kap 8: 102)

Når det så er sagt, synes jeg bogen på sine egne præmisser er en grundig gennemgang de forskellige tematikker. Det er ingen tvivl om at de forskellige forfattere har stor viden på området, og at nye elementer i temaerne er inddraget. Bogen er præget af en medicinsk tænkning. For eksempel giver kapitlet "litteraturvurdering" alene - og meget overfladisk - anvisninger til hvordan man kan vurdere artikler efter en tænkning som er kendetegnende for videnskabelige artikler fra medicinsk præget forskning. Meget humanistisk og samfundsvidenskabelig forskning har andre artikelformer end det der fremføres her. Derudover findes der vel også viden i bøger mv.? Men det er måske ikke litteratur?

Der findes gode kapitler i lærebogen. Ingrid Poulsen har et udmærket kapitel om "lovgrundlaget for dokumentation" hvor hun gennemgår det komplicerede forhold mellem juridiske, faglige og etiske krav til dokumentation for sygeplejersker. Jeg synes kapitlet på en god måde får skitseret emnet på en forståelig måde. Instrumenterer til kvalitetsudvikling herunder Den danske kvalitetsmodel (DDKM) gennemgås også fint i kapitlet af Jan Mainz og Yrsa Andersen. Dette kapitel lider dog under ikke at diskutere fx akkreditering, audits, patienttilfredsundersøgelser osv. eller at tydeliggøre at det er valgt et be-

stemt perspektiv på kvalitetsudviklingsinstrumenter i kapitlet.

Bogen indledes med et kapitel skrevet af Ingrid Egerod og Finn Collin om forskning og videnskabsteori, som fint gennemgår forskellige videnskabelige retninger som positivisme, fænomenologi, hermeneutik, kritisk teori og konstruktivisme. Kapitlet begrundes med at bogen omhandler viden og ikke mindst anvendelse af ny viden, og at det derfor må være relevant at have et vist kendskab til forskning og videnskabsteori, hvilket det er svært at være uenig i. Det kunne have styrket bogen som helhed hvis dette kapitels indhold blev integreret og diskuteret i de efterfølgende kapitler så læserne kunne se hvordan og hvorfor et vist kendskab til videnskabsteori og forskning er relevant i forhold de forskellige emner.

Mere ambivalent er min læsning af Egerods kapitel om evidensbaseret praksis. Kapitlet gennemgår evidensbegrebet bl.a. ved en gennemgang af opkomsten af evidensbaseret medicin. Egerod inddrager noget af den kritik der har været af den evidensbaserede medicin - bl.a. den såkaldte manglende inddragelse af patienten. Her peger hun relevant på, at evidensbaseret praksis både består af eksterne evidens, klinisk ekspertise og patientpræferencer. Egerod berører dog ikke spørgsmålet om fx det der gælder for de fleste (bevist ved en RCT) kan overføres til alle patienter. Her nøjes Egerod med at diskutere spørgsmålet om patienten skal inddrages i beslutninger, og henviser til forskellige modeller/forståelser af lægepatient forholdet.

Egerod problematiserer endvidere evidenshierarkiet, dog ikke dybdegående. Det er som om formålet med kapitlet er at fortælle om evidensbaseret praksis i et positivt lys, en del kritik indrages, men aldrig på en sådan måde at spørgsmålet om indføring af evidens-

basing (i en medicinsk optik) står til diskussion.

Mere kritisabelt er det dog at Egerod ikke fremlægger den debat der har været om evidens i Dansk Sygeplejeråd korrekt. Debatten, som foregik på en kongres i 2004, resulterede i en omskrivning af et holdningspapir, hvor man valgte at gå fra termen "evidensbaseret viden" til termen "udviklings - og forskningsbaseret viden". Egerod konkluderer: "På den måde gik en systematik, der skulle medtænke patientperspektivet, tabt. Det er ydermere uheldigt, hvis danske sygeplejersker generelt undgår ordet evidens, da det kunne forhindre dem i at deltage i den internationale debat om anvendelsen af kvalitativ og kvantitativ evidensbaseret viden". (s. 65)

Denne udtalelse er på mange måder misvisende. For det første fremgår det tydeligt af det omtalte holdningspapir, at patienternes perspektiv skal høres. For det andet indebærer ændringen af holdningspapiret ikke, at evidens er ude. Blot valgte kongressen en mere overordnet term, "udviklings - og forskningsbaseret viden", som i min optik blandt andet rummer evidensbaseret viden. Det var dét debatten på DSR kongres gik på tilbage i 2004.

Ligeledes er det noget sludder at forestille sig at denne ændring i et holdningspapir skulle medvirke til, at sygeplejersker ikke vil diskutere evidens. Evidens er noget af det mest diskuterede og omdiskuterede i sygeplejefaget de seneste år, hvilket temaserien om evidens i nærværende tidsskrift tilbage i 2006/7 kan være et eksempel på (her var både danske og internationale bidrag). Min pointe er, at Egerod her fremstår som interessant snarere end lærebogsforfatter - og at de tiltag der er på at lufte problemstillinger vedrørende evidens ikke rigtig får den sammen dybde og placering som positive sider ved evidens.

Opsummerende vil jeg hævde, at bogen er en solid gennemgang af centrale elementer i den sundhedspolitiske og -ledelsesmæssige prioriterede indsats for at "optimere sundhedsvæsenets ydelser for patienterne" (s. 9). Dermed har jeg også antydnet bogens ståsted; den indskriver sig i én bestemt forståelse af dokumentation og kvalitetsudvikling – som vi bl.a. kender den fra Den Danske Kvalitetsmodel. Når det i forordet står at bogens formål er at give sygeplejestuderende, og færdiguddannede sundhedsprofessionelle en *metode- og opslagsbog* hvor de kan *orientere sig om principperne bag* dokumentation, klassifikation, evidensbaseret praksis, litteraturvurdering osv. skal man som læser altså først og fremmest bide mærke i ordet opslagsbog. Den er mere opslagsbog end lærebog. Principperne bag skal læses i samme ånd; bogen ønsker ikke at diskutere det ontologiske eller epistemologiske grundlag for de herskende opfattelser af dokumentation og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenets i dag, men at være et hjælpemiddel (opslagsbog) for effektiv opgaveløsning (orienteret i principperne). Bogen forsvarer sit ståsted ved, som jeg skrev indledningsvis, at henvise til at den ikke er en debatbog men ønsker at beskrive "dokumentation og kvalitetsudvikling i sig selv". Spørgsmålet for mig er; findes dokumentation og kvalitetsudvikling i sig selv?



# De forbudte følelser

Anmeldelse af "Passion og paranoia. Følelser og følelseskultur i Akademia" af Charlotte Bloch. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2007.

*Af Stinne Glasdam, lektor og videncenterkoordinator, ph.d., cand.cur. Mail: stinne\_glasdam@hotmail.com*

Akademia var navnet på den have i Athen, hvor Platon underviste sine elever. Ofte bruges begrebet i dag i poetiske sammenhænge som en samlebetegnelse for højere uddannelsesinstitutioner med forskning. Akademia har sine særegenskaber udover forskningen. Hver gang man behandler en kollega positivt, styrker man nemlig samtidigt en potentiel konkurrent. Og omvendt, hver gang man er kritisk over for en kollega, kan man mistænkes for at ville bremse en potentiel konkurrent. I Akademia findes ingen overdommere, trods alt og alle rangordnes i, hvilke tidskriftet man har publiceret i, antal af artikler man har skrevet, antal af studerende man vejleder, hvor man er ansat, hvilket universitet osv. Dette betyder, at følelser hele tiden sættes på spidsen, fordi man i sin ansættelse ganske enkelt hele tiden vipper på en høj trappestige.

## At udforske noget så følsomt som følelser

Fireoghalvtreds personer blev interviewet. Udvalgt på baggrund af køn, akademisk position (ph.d.-studerende, adjunkter, lektorer og professorer) og hovedområde (sundhedsvidenskab, samfundsvidenskab og humaniora). Deltagerne er rekrutteret fra forskellige afdelinger, institutter og højere læreanstalter i hele Danmark af anonymitetshensyn. Teknisk blev informanterne fundet gennem institutternes hjemmesider og kontakten telefonisk. Frafaldet

angives at være minimalt. Interviewene, dels individuelle interview og dels fokusgruppeinterview, fokuserede på fire grupper af basale relationelle følelser, forstået som 1) stolthed og glæde, 2) vrede, 3) skam/pinlighed/forfjamskelse og 4) latter. Den teoretiske analyseramme er fænomenologisk-hermeneutisk à la Giorgi, uden det dog fremstår særligt tydeligt gennem bogens analyser, hvordan der arbejdes inden for denne ramme. Snarere synes det uklart, hvordan denne fænomenologisk-hermeneutisk analyseramme spiller sammen med Blochs analysemodel, som hun har konstrueret på baggrund af et strukturelt snit med særligt fokus på Bourdieu, Clark, Scheff, Collins og Kemper og et kulturelt snit med særligt fokus på Flam, som er Weber-inspireret.

## De forskellige hierarkiske niveauer

Bloch behandler de forskellige positioner i hierarkiet separat, først de ph.d.-studerende, så adjunkterne og til sidst lektorer og professorer. Hun viser, hvordan ph.d.-studerende, der er placeret lavest i det akademiske hierarki, må gennem et „kæmpestort følelsesarbejde“ for at blive velsocialiseret ind i Akademia. Forskning er en aktivitet, som involverer hele personer, især den ph.d.-studerende dels pga. en begrænset erfaring med forskning, dels pga. ph.d.-livet i særlig grad er rettet mod forskning og kun forskning. Vejlederne bliver en livline til Akademia, og relationelle forhandlinger finder løbende sted, da vejlederen både kan føre den ph.d.-studerende ind i og ud af Akademia. De studerendes projekter bruges aktivt i positionskampe af og mellem de højere positionerede i Akademia. Ph.d.-studerende må hele tiden balancere mellem solidaritet og konkurrence med hinanden, hvilket op-

laves som en konstant spænding.

Adjunkterne har brug for anerkendelse på arbejdspladsen for at komme i betragtning til et lektorat. Anerkendelse bygger dels på faglig dygtighed, dels på moralsk, følelsesmæssig og adfærdsmæssig "korrekt" opførsel. Bloch viser, hvilke strategiske håndteringer af følelser adjunkterne tager i anvendelse for at opnå anerkendelse i Akademia. Det handler om at synliggøre sig på den "rigtige" måde, hvilket kan ske ved brug af forskellige strategier, nemlig "venlighedens politik", "narrespil" og "bugtale". "Venlighedens politik" udøves gennem kontrol af negative følelser eller gennem strategisk at udvise venlighed over for bestemte, betydningsfulde personer. "Narrespil" handler om at etablere en facade, bag hvilken angsten for kollegaers kritik skjuler sig, og „bugtale“ handler om at få sin succes kommunikeret ud ved at integrere den i en morsom historie, som et led i en information, som kollegaerne i øvrigt kan bruge. Det hele handler om at synliggøre eller positionere sig som en sympatisk og faglig kompetent kollega inden for de acceptable følelsesmæssige rammer; altså på en akademisk korrekt måde.

Lektorer og professorer taler om følelser som "bedømmervrede" og "mistro, misundelse og skadefro", der fremkaldes af Akademiets meritokratiske struktur. Følelser, som er velkendte, men forbudte og derfor forsøges skjult udadtil. Forskning er i sig selv forbundet med passion, engagement og personlig værd, hvilket også medfører en særlig sårbarhed i forhold til kollegaers anerkendelse eller mangel på samme.

Bloch viser, hvordan humor kan være en strategi til håndtering af svære, modsatrettede følelser i Akademia, og hvordan humor ligefrem anerkendes som en værdsat kompetence. Humor kræver blot, at man fysisk mødes som kollegaer. Noget de akademiske forskningsmiljøer skorter på, da de ofte er præget af indi-

viduelle arbejdsopgaver, forskning som undervisning. Blochs påstand bliver, at Akademiets sociale bånd er stabile bånd, som fluktuerer mellem solidaritet, isolation og engulfment (forstået som at man identificerer sig med gruppens normer i en sådan grad, at man udelukker sine egne følelser, værdier og vurderinger), med isolation som det dominerende træk. Afslutningsvis bringer Bloch „køn“ på banen og viser med afsæt i Clark, hvordan kønnede følelsesnormer giver mænd adgang til at positionere sig opad i hierarkiet og skabe lige samarbejdsrelationer, mens de bidrager til, at kvinderne gøres usynlige i hierarkiet.

### Suma summarum

En sjov lille bog, som synes teoretisk inkonsistent, men som absolut er værd at læse. Dog undrer det mig, at køn bringes så sent i spil i bogen, når det netop var et af udvalgskriterierne for informanterne. Ligeledes undrer det mig, at analyserne slet ikke forsøges tænkt relationelt eller for den sags skyld fakultetsopdelt. Pierre Bourdieus "Homo Academicus" er brugt i arbejdet - her måtte kunne hentes mere inspiration med henblik på at udfolde en meget mere nuanceret analyse med mere bid i. Idéen med at rekruttere informanter fra Sundhedsvidenskab, Samfundsvidenskab og Humaniora står ubrugt hen. Ærgerligt!

# Medicinens historie inkluderer ikke sygepleje

Anmeldelse af: Kurt Jacobsen & Klaus Larsen. Ve og velfærd. Læger, sundhed og samfund gennem 200 år. Lindhardt & Ringhof, 2007. 536 sider, 399 kroner.

*Af Stinne Glasdam, lektor og videncenterkoordinator, ph.d., cand.cur. Mail: stinne\_glasdam@hotmail.com*

Endnu en historiebog om medicin - endnu en hagiografi, tænkte jeg (Sell, 1987, 1996; Rud 1937, 1953; Godtfredsen 1958, 1969; Fenger 1957). Men jeg skulle hurtigt blive klogere. Forfatterne undgår på elegant vis den, tør man sige, mere traditionelle medicinske måde at skrive historie på med præsentation af det ene heltekvad efter det andet. Skandaler og interne stridigheder inden for det medicinske felt står side om side med store opdagelser og heltegerninger. Endelig en historiebog som også tør give sig i kast med beskrivelser og analyser af de mere mørke side af medicinens historie, som for eksempel Carl Peter Værnets bedrifter under anden verdenskrig.

## Et bestillingsarbejde

Bogen blev udgivet i anledning af Lægeforeningens 150-års jubilæum. Og lægeforeningen har her været både modig og klog. Til trods for at bogen er et bestillingsarbejde, ser det ud som om, at forfatterne har fået frie hænder til at skrive historie. Resultatet er ikke bestilt, kun produktet. Det betyder, at bogen hverken bliver organisationshistorie eller medicinsk historie i snæver forstand, altså mikrohistorie. Derimod bliver den et blik ind i medicinens historie gennem 200 år, hvor forfatterne gør sig anstrengelser for at være i berøring med det omgivende samfund. Det vil sige,

bogen har på den måde gode ansatser til at tænke medicin i den kontekst, den indskriver sig, både politisk, økonomisk, videnskabsteoretisk og standsmæssigt.

## En god struktur

Bogen er kronologisk opbygget og struktureret i seks store dele: "Et spirende opbrud", "Den moderne lægevidenskabs gennembrud", "Mellem to verdenskrige", "Danske læger under besættelsen", "Lægevidenskabens og sygehusenes triumftog" og "Et nyt opbrud". Sproget er levende, og teksten er både indsigtfuld og sjov at læse. Bogen er velillustreret, og det er skønt at se, hvordan også billedkunsten finder plads ind i bogen, som en måde at fortælle historie på. Bogen kan læses fra start til slut eller bruges som opslagsbog. Det er desværre vanskeligt at bruge bogen som opslagsværk, da den ikke indeholder et stikordsregister. Bogen har kun et navnerregister, og det er en stor mangel ved et ellers meget flot værk.

Flere steder gennem de 556 sider sættes medicinens egen selvforståelse til diskussion og gør os alle klogere på, hvad der er sket gennem tiden og sker lige nu. En oplevelse af, at historien blot gentager sig er ind imellem alarmerende truende. En medicin, hvis mission måske aldrig bliver fuldført, ganske enkelt fordi den har skabt grænseløse forventninger om og til sig selv om at kunne og skulle levere velfærd og bidrage til det bedst mulige liv for alle borgere. Forfatterne stiller afslutningsvis spørgsmålet: Hvor går grænsen? I dag er lægen ikke blot sin patients advokat og fortrolige. Han er blevet en central aktør i konstruktionen af det moderne samfund.

Sygeplejen hører ikke til medicinens historie

Forfatterne gør sig klart, at man aldrig kan fortælle "hele historien". De nedslag, de vælger i bogen, synes både relevante, interessante og nuancerede. Valg betyder altid fravalg, og den enkelte læser vil altid kunne sige, hvorfor denne prioritering. Umiddelbart synes jeg valgene virker gode og fornuftige, men det undrer mig voldsomt, at sygeplejersker (sygepleje) tilsyneladende ikke er en del af medicinens historie, når medicin altid er en del af sygeplejerskers (sygeplejes) historie (Beedholm 2003, Glasdam 2003, Frederiksen 2005, Larsen 2006, Petersen 1999). En bog, der er værd at læse til trods herfor. Et godt bud på en befriende historieskrivning inden for medicin.

#### Litteratur:

- Beedholm, Kirsten (2003). *Forandring og træghed i den sygeplejefaglige diskurs*. Ph.d.-afhandling. Viborg, Forlaget PUC, Viborg Seminariet.
- Fenger, V.A. (1957). *Den almindelige danske lægeforening 1857-1957*. København: N. Olaf Møllers Bogtrykkeri.
- Frederiksen, Kirsten (2005). *Uddannelse til ordentlighed - at lære sygepleje gennem 200 år*. Ph.d.-afhandling. Viborg, Forlaget PUC, Viborg Seminariet.
- Glasdam, Stinne (2003). *Inklusion og eksklusion af kræftpatienters pårørende i en onkologisk klinik*. Ph.d.-afhandling. Viborg, Forlaget PUC, Viborg Seminariet.
- Gotfredsen, Edvard & Snorrason, Egill (1958). *Medicinens historie*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Gotfredsen, Edvard & Snorrason, Egill (1969). *Medicinens historie*. 3. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Larsen, Birte Hedegaard (2006). *Anerkendelse og krænkelser - en undersøgelse af diskursive kontrolprocedurer i relation til sygeplejerskers bestræbelser på, at opnå anerkendelse af det verdslige sygeplejefag som et selvstændigt fag*. Viborg, Forlaget PUC, Viborg Seminariet.
- Petersen, Karin Anna (1999). *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed*. Viborg Amt: Center for Videreuddannelse.
- Rud, Einar (1937). *Radiumfondet og Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse 1912-1937*. København: Egmont H. Petersens Kgl. Hof-bogtrykkeri.
- Rud, Einar (1953). *Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse 1928-1953*. København: Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse.
- Sell, Arne (1987). *Dansk Selskab for Onkologi og Radioterapi. 25 år: 1962-1987*. Århus: Dansk Selskab for Onkologi og Radioterapi.
- Sell, Arne (1996). *Stråleterapiens udvikling i Danmark gennem 100 år. Fra radiologi til onkologi*. *Dansk medicinsk årbog*: pp.194-225.

# Om at anvende interview

Anmeldelse af: Livshistorieforskning og kvalitative interview. Redigeret af Karin Anna Petersen, Stinne Glasdam, Vibeke Lorentzen. Viborg: Forlaget PUC (2007).

Anmeldt ved Anders Mathiesen, sociolog, lektor emeritus ved Institut forved Institut for Samfund og Globalisering RUC.

## Samfund og Globalisering RUC.

Denne livshistorie-bog er et ganske spændende bidrag til diskussionen om forskellige måder at anvende kvalitative interview. Den kan ses som et nyttigt supplement til Järvinen & Mik Meyer's bog om anvendelsen af kvalitative interview i et "interaktionistisk perspektiv" (2005). Men det er også en problematisk bog, fordi Viborg-netværket (og Staff Callewaert) ligesom Järvinens metodebog bidrager til at reducere / indsnævre de redigerede interview-fortællinger i *La misère du monde* (1993) til at være en variant af socialkonstruktivisme.

Ved at placere Bourdieus afsluttende metoderefleksioner fra *La misère* i en så klart socialkonstruktivistisk orienteret livshistorisk tradition, og ved alene at fokusere på de "tekniske" ligheder i selve interview-arbejdet med livshistorieforskningen, bidrager PUC-bogen aktivt til at skabe det indtryk, at *Weight of the World* (1999) er en samling livshistoriske fortællinger. Men det er en afgørende mis-læsning, der "usynliggør" bogens og det omfattende sociologiske forskningsarbejdes politiske betydning. *La misère* satte eksplicit fokus på "magtproblematikken" i den igangværende omorganisering og markedsorientering af den offentlige sektors forskellige velfærdsinstitutioner. Den nyliberalistiske "modernisering af den offentlige sektor.

(Det vil jeg uddybe til sidst i anmeldelsen, men først nogle stikordsagtige kommentarer om, hvordan de enkelte tekster forholder sig til socialkonstruktivismen).

1. Indledende har Staff Callewaert opdateret sine "kritiske refleksioner" over livshistorieforskningens subjektivistiske tendenser i anledning af Iver Goodsons deltagelse i et seminar i Viborg (se teksten s. 236-267). Med inspiration fra Jette Steensen og kritisk realisme kritiserer SC også den fænomenologisk-hermeneutiske og de forskellige socialkonstruktivistiske traditioner, der er repræsenteret i bogen.

2. Jette Steensen diskuterer forskellen mellem, hvad der er forskningsobjektet for et sociologisk og et psykologisk analytisk perspektiv (s33). Steensen redegør fint for, hvad Cicourel, Bourdieu, Archer og kritisk realisme har til fælles, men det betyder jo ikke at *Misère*-fortællingerne kan reduceres til "biografisk sociologi" eller det, hun kalder "biografiske interviews" (s45). *Misère*-fortællingerne diskuteres som om det er interviewpersonernes livshistorie, der er forskningsobjektet (se også SC s.105).

3. Herefter følger så Bourdieus metode-refleksioner fra 1993 om "*At forstå*" / *Comprendre* som et eksempel på en sociologisk anvendelse af kvalitative interview og som eksempel på, hvordan sociologiske forskere også kan bruge interview som et redskab / et middel til at sikre en "deltagende objektivisering" - dvs. en måde at producere empirien på (feltanalytiske forskningsinterview), der forudsætter eller samtidig fungerer som en objektivisering af det objektiviserende subjekts (forskerens) synspunkt. Bourdieu redegør her for, hvordan *Misère*-forskerholdet har arbejdet med, og hvordan de analytisk og fremstillingsmæs-

sigt har anvendt interview. At forstå interviewpersonernes "fortællinger" består i denne sammenhæng i at forklare "den sociale betydning" af det, som de omhyggeligt udvalgte interviewpersoner siger; og de feltanalytiske interviewanalyser indgår så i øvrigt som en del af det empiriske grundlag for forskerkollektivets historiserende konstruktion af de specifikke felters modstridende positioner. Det uddybes nedenfor.

4. Men i Staff Callewaerts 1998-"udlægning" af *Comprendre* bliver den feltanalytiske anvendelse af "kvalitative interview" psykologiseret - eller mere præcist: SC indsnævrer perspektivet og Bourdieus tekst til en teoretisk diskurs om at "forstå interviewpersonernes livshistorie" socialpsykologisk (dette punkt uddybes også nedenfor). Måske er netop denne skolastiske "tekst-eksegese" (SC 1998) nøglen til at forstå - og forklare - den reduktion af *La misère du monde* til en samling livshistoriske fortællinger, som PUC-bogen eller i hvert fald en del af bidragyderne helt eksplicit repræsenterer.

5. Fortællingen om de tre gymnasiepigere (en "fortælling" fra *Misère*) er placeret efter SC's livshistoriske indsnævring af det analytiske perspektiv - og ikke som et eksempel på en feltanalytisk interviewanalyse umiddelbart efter Bourdieus originaltekst. Man kan sige, at redaktionen overlader til læseren at "forstå" betydningen af denne rækkefølge. Jeg tror det virker i retning af at gymnasie-fortællingen læses som et billede af de stakkels pigers vanskeligheder med at klare sig i det ekstremt boglige og science-orienterede franske gymnasium. Men i *Misère* tjener denne 'fortælling' altså til at henlede opmærksomheden på gymnasiets sociale funktionsmåde: Det er ungdomsuddannelsernes indretning, opdelingen i hierarkiserede linjer, der er forskningsobjektet i *Misère* - ikke de tre pigers forskellige oplevelser af mindreværd.

6. Stinne Glasdam diskuterer forskellen mellem Kvaales fænomenologisk-hermeneutiske og Bourdieus sociologiske anvendelse af interview. Hun påpeger at den afgørende forskel består i, at Kvale i bedste akademiske tradition forsøger at opstille regler og metodiske retningslinjer for, hvordan forskningsinterview kan/bør udføres (fx s138), mens Bourdieus redegørelse i *Understanding* er nogle efterfølgende refleksioner over systematikken (praksislogikken) i *Misère*-holdets arbejde med interview (fx s133). De begrebsanalytiske definitioner og de metodiske former er i fokus i Stinne Glasdams artikel.

7. I Karin Anna Petersens artikel "Om erhvervskaldet" anvendes kombinationen af interviewpersonernes (individuelle) familiehistorie og den dominerende diskurs om lærernes institutionaliserede "professionsuddannelse" til at forklare, hvordan "den moralske og kulturelle skoling af en hel erhvervsgruppe lykkes" (s167) - dvs. hvordan det lykkes at få lærerne til at påtage sig den dominerende opfattelse (Durkheims konservative definition) af "lærerrollen" i den franske "normal skole". Karin Anna Petersen bruger det livshistoriske perspektiv til at forklare "erhvervsvalget" - til at gøre interviewpersonernes erhvervsvalg "fornuftigt". Hun udlægger Muel-Dreyfus, som om der kun er én *professionspraktik* ("rolle"). Men der er jo altid forskellige måder at gøre arbejdet på, og de forskellige *praksisformer* tilgodeser forskellige interesser. (Ud fra *La misère*'s feltanalytiske perspektiv kan interview-fortællingerne bl.a. anvendes til at synliggøre, hvad det er for interesser, der tilgodeses ved at de lærerstuderende "påføres" et sådant indsnævrende "erhvervskald" - og ved at fastholde "et hierarki af forskellige former for skole").

Karin Anna Petersen præsenterer/anvender m.a.o. et socialpsykologisk professionsbegreb - som en slags fælles gruppeidentitet, der forklares som pro-

duceret af faggruppens interaktion med de "medbragte" forudsætninger og de givne "vilkår" (s162) - herunder den dominerende læreruddannelsesdiskurs, der nærmest får status af en struktur-funktionalistisk rolleteori (jf. Durkheims definition af skolen - s164). Individernes forestillinger og præferencer/forventninger er i fokus i en sådan grad, at det faktisk svarer til et socialpsykologisk feltbegreb á la Kurt Lewin, og Karin Anna Petersen fokuserer alene på den dominerende teoretiske diskurs og dens praksisformer (jf. diskursanalyse á la Foucault).

Francine Muel-Dreyfus har i sit bidrag til *Travailler avec Bourdieu* (2003) med titlen "En sociologisk forståelse for psykoanalysen" mere blik for, at Bourdieus sociologisk reflektive projekt går ud på at konstruere feltets modstridende positioner, og at "professionsidentiteten" løbende (kan) ændres af "..des luttes professionnelles [*institutionsfelternes kampe*], des luttes politiques [*det politiske felts kampe*], des luttes entre disciplines et des avancées de nouvelles disciplines" [*videnskabsfeltets kampe*] (s229). Ud fra et feltanalytisk perspektiv er det den forefundne tilstand i fx feltet for lærerarbejde (skolefeltet), der konstituerer de erhvervsaktive læreres *professionshabitus* - dvs. deres praktiske sans for arbejdet, men de institutionaliserede professionsuddannelser kan i høj grad påvirke de forestillinger, lærerne har "i hovedet", om deres "professionelle identitet".

Et feltanalytisk professionsbegreb sætter (som i *Misère*) fokus på professionens - faggruppens - arbejdsfelt. Professionens forskellige (mulige) praksisformer ansues som en sociologisk problemstilling, hvor analysen så går ud på at fremanalysere og forklare rationalet i de pågående forandringer i arbejdets institutionelle betingelser - fx ændrede reguleringsformer, og hvad det betyde for lærernes arbejde og deres relationer

til eleverne (se hertil evt. også *Effet de champ et effet de corps*. Actes nr. 59, 1985).

8. Søren Gytz Olesen tager udgangspunkt i Karin Anna Petersens professionsbegreb. Han redegør i "En fortælling fra et sted" på grundlag af et livshistorisk interview for en pædagogstuderendes habitus, som et eksempel på "en stille eksistens" (nødvendigheds habitus). Den studerende BB affinder sig med sine beskedne livsbetingelser og det kendte (s191f), og han har en praktisk sans for at omgås børn og unge med tilsvarende forudsætninger. Han har efterhånden fundet sig til rette i arbejdet i en børnehave (s189). Søren Gytz konstruerer pædagoguddannelsen som "en opsamlende funktion på arbejdsmarkedet" (s187), og han forklarer BB's valg af pædagoguddannelsen som et "match mellem livshistorie og erhversvalg" (en kombination af en strukturfunktionalistisk og en socialpsykologisk reduktion af både felt- og habitusteorien - en pessimistisk tendens til determinisme).

Ifølge Gytz Olesen kan de pædagogstuderendes individuelle livshistorie forklare deres erhvervsvalg - og pædagoguddannelsens ringe status. Afsluttende er det lidt uklart, om han tror de igangværende ændringer i det pædagogiske arbejde skal tilskrives de senere års akademisering af pædagoguddannelsen, eller han bare tilslutter sig de politiske og administrative krav om opprioritering af den boglige "kundskabskultur" i daginstitutionernes arbejde - i håbet om at pædagogprofessionen så kan rekruttere nogle studerende, der er mere teoretisk interesserede.

9. Det er bemærkelsesværdigt, at Kvale i sit bidrag bryder illusionen om forskeren som den neutrale iagttagere og den skolastiske forestilling om det ideelle interview som en herredømmefri kommunikation. Kvale gør i sin artikel fra 2006 eksplicit opmærksom på, at også

hans egen kanoniserede grundbog om kvalitative interview (*Inter-Views* 1996) repræsenterer denne skolastiske illusion (s201). Kvale giver en nyttig oversigt over, hvordan kvalitative interview (kan) anvendes som magtmiddel - i interviewsituationen, i videnskabeligt arbejde og i politisk arbejde eller måske mere præcist som led i en politisk anvendelse af videnskabeligt arbejde (202-216). På god hermeneutisk vis klargør Kvale altså her begrænsningerne i den "anerkendte" hermeneutiske anvendelse af kvalitative interview.

Men den skolastiske doxa (Kvale 1996) er fortsat det dominerende synspunkt – også i PUC-bogen, som den efterfølgende artikel i bogen demonstrerer (Holmgaard og Højberg). På denne måde bidrager Kvales tvetydige/ambivalente position til at legitimere livshistorie-bogens misbrug af Bourdieu-teksten (om end redaktionens inddragelse af teksten måske er venlig ment).

10. Goodson og Adair præsenterer med afsæt i erfaringer fra (etnografiske) feltstudier af voksnes "læringsbiografier" nogle helt praktiske råd om, hvordan man kan strukturere sit arbejde med livshistoriske interview. De skitserer en mulig forskningsmæssig fremgangsmåde - dvs. en metodologi. Afsluttende diskuteres spørgsmålet om ... moving from "life story" to "life history" (s260). De anfægter både Kvale (1996) og den udbredte illusion om empowerment-effekten af sådanne interview, og de understreger behovet for en "social and historic location" af de livshistoriske fortællinger (s263) - uden egentlig at komme ud af deres etnografiske/"kulturbeskrivende" diskurs om interviewpersonernes livs- eller uddannelseshistorier.

11. Peter Møller Pedersen begrænser sig i sine interviewanalyser til at forklare de interviewede pædagogstuderendes subjektive fortællinger om deres uddannelseshistorie (deres legiti-

merende forklaringer). Også her er der altså fokus på interviewpersonernes subjektive "identitetskonstruktioner", men først giver han en ganske komprimeret og klar oversigt over nogle meget forskellige positioner inden for "kvalitativ forskning", som han skriver. PMP har faktisk blik for Bourdieus "historiserende konstruktionisme". Med henvisning til "Understanding" (altså den engelske oversættelse af *Comprendre*) skitseres ultrakort *Misère*-holdets feltanalytiske anvendelse af interview til at objektivere de specifikke felters logikker og konflikter (s271). Men denne skitse tjener primært til at klargøre, at det ikke er Møller Pedersens projekt.

Hans livshistoriske projekt er begrænset til at forstå interviewpersonernes fortællinger om deres "uddannelseshistorie". Hans forskningsobjekt er de pædagogstuderendes habitus (som den bl.a. er "produceret og reproduceret" som led i deres læreproces i løbet af uddannelsen - s273 og 280ff). Han redegør udførligt og præcist for denne afgrænsning i relation til en række andre positioner inden for kvalitativ forskning (s274-280). Specielt redegør han for den afgørende forskel mellem at bruge livshistoriske interview/livsfortællinger som det egentlige forskningsobjekt eller at bruge interview som en del af sin metode til analytisk at konstruere nogle processer og sociale mekanismer (s275), der kan "forklare" pædagoguddannelsesdiskursens kønnede struktur, og beskrive hvordan pædagoguddannelsen stadig bidrager til at reproducere "en kønnet arbejdsdeling internt i faget" (s283).

Peter Møller Pedersen bruger m.a.o. den "interne" analyse af de individuelle livshistorier til at forklare den dominerende diskurs og dens selv-reproducerende funktionsmåde. (En forskning, der kun beskriver "elendighedens" selv-reproduktion, kan bidrage til at absolutere "effet de lieu"/ doksisk determinisme - se



WoW s187). PMP insisterer på at analysere interviewpersonernes livsfortællinger i deres egen ret (s284). *Misère*-forskerholdet laver også "interne" interviewanalyser, men herefter bruges fortællingerne som middel til at konstruere de modstridende positioner i det specifikke felts aktuelle tilstand.

12. Sidste tekstafdeling anskueliggør nogle meget forskellige socialkonstruktionistiske måder at anvende kvalitative interview (socialhistorisk kontekstualisering, administrativ legitimering, narrativ performance):

Héctor Pérez Prieto ekspliciterer forskellen mellem "life story" og "life history" (s298 og 304), og at hans analytiske fokus er interviewpersonens habitus (293). Men fortællingen om Mikael's "identitetskonstruktion" relateres til skoleklassen, det lille landsbysamfund og den uddannelsespolitiske diskurs om "en skole for alle" (s298ff), og på denne måde kan hans analyse læses som "en berättelse om moderniseringskampen og lärares ansträngningar för att få sina elever att lämna den gamle kulturen bakom sig och tillägna sig det nya grundat på vetenskapliga kunskaper" (s303).

Joyce Kemuma anvender nærmest de kvalitative interview til en beskrivende administrativ "kategorisering" af interviewpersonerne i henholdsvis "selvstændige" identiteter (initiative-takers) og "slavesjæle" (need-of-guidance) indrammet af en masse uspecificerede litteraturreferencer. Det er en opskrift på administrativ (mis)brug af interview.

Marie Karlssons forskningsinteresse er: hvad de institutionaliserede magtrelationer mellem forældre og daginstitutioner betyder for forældrenes "identitetskonstruktion", men hendes fokus er på interview-situationen som en interaktionsproces - med Anneli-interviewet som eksempel på "storytelling" som en invitation til at "perform par-

ental identity".

### Staff Callewaerts udlægning af "At forstå"

Staff Callewaerts 1998-udlægning af *Comprendre* psykologiserer Bourdieus redegørelse for den feltanalytiske anvendelse af interview. SC fokuserer på interview som en kommunikativ interaktion (96) og på "resultatet" - dvs. interviewudskriften - som en diskurs, der gengiver/synliggør det system af begreber, der organiserer praksis' (interviewpersonernes kognitive strukturer). Denne Foucaultske fokusering på diskursens orden, som det der organiserer de agerendes handlinger, bortleder opmærksomheden fra felternes eller de sociale rums orden - dvs. strukturen af forskelle, der begrænser de agerendes handlemuligheder alt afhængig af deres socialt forskellige dispositioner (deres medbragte præferencer) og de forskellige positioner de aktuelt indtager i de specifikke felter. Bourdieu forklarer, at *Misères* fortællinger og analyser "anvendes til" at synliggøre det sociale rums orden - ikke kun den "diskursive orden" i interviewpersonernes individuelle livshistorier.

Feltanalysens sociologiske refleksivitet markerer en afgørende forskel fra den socialkonstruktionistiske livshistorieforsknings metodologiske interaktionisme og diskursanalysens bevidsthedsteoretiske handlingsteori. Men SC "udlægger" og fortolker *Comprendre* som en teoretisk tekst - han ser væk fra eller miskender det forskningsarbejde (*Misère*), som Bourdieu-teksten er en redegørelse for; og SC fokuserer på relationen til interviewpersonerne, der (ifølge SC) forbliver "objekter for sociologens forståelse" (s105) - dvs. det analytiske perspektiv afgrænses til interviewpersonerne og deres diskurser/fortællinger. Den efterfølgende henvisning til Roland Barthes indikerer SC's semiotiske / diskursanalytiske blik. Han udlægger *Comprendre* som et abstrakt teoretisk metodologisk

ræsonnement, der (ifølge SC) i høj grad er sammenfaldende med det socialpsykologiske/socialkonstruktionistiske livshistoriske perspektiv, og denne "tendens" går som anført ovenfor igen i Karin Anna Petersens professionsbegreb/professionsforståelse og desværre også i Peter Møller Pedersen's fokusering på de pædagogstuderendes subjektive "uddannelseshistorier".

### "Understanding" - At forstå og forklare

Feltanalytisk videnskabeligt arbejde går ud på at konstruere en model (det specifikke felts ensemble af modstridende positioner), der bl.a. kan forklare de forefundne forskellige praksisformers "sociale betydning" i de specifikke felter. Det videnskabelige arbejde går med andre ord ud på at "begrebsliggøre" rationalet eller interesseorienteringen i de forskellige praksisformer, der kan iagttages eller registreres fx i interview med agenter i de specifikke felter. Formålet med at konstruere de specifikke felters "ensemble af positioner" er, at det så bliver muligt at "forstå", i hvilken grad forskellige interesser tilgodeses af de forskellige "praksisformer" - dvs. de forskellige måder at organisere og udføre arbejdet i de specifikke felter.

At forstå og forklare, hvad det, som interviewpersonerne siger, betyder socialt, består med andre ord i at "konstruere det felt (eller måske snarere de forskellige specifikke felter), der har produceret både udtalelserne og de personer, der udtaler sig om de aktuelle "produktionsbetingelser". I *Misère* er (de pågående ændringer i) interviewpersonernes livs- og arbejdsbetingelser i fokus - dvs. forskningsobjektet er "det felt, med og mod hvilket man er blevet til det, man er" for at citere indledningen til Bourdieus "selvanalyse" (2002). Feltanalytiske forskningsinterview tjener derimod ikke til at lave mere eller mindre "dybe" hermeneutiske analyser af de interviewedes subjektive livs-

verden eller tankeverden - eller for den sags skyld deres livshistorier.

Felter er teoretisk konstruerede forklaringsmodeller, der bl.a. også kan forklare, hvordan diskursive repræsentationer af den sociale virkelighed (fx interviewpersonernes fortællinger i *Misère*) viser noget om, hvad det er for forhold, der strukturerer de agerendes sociale praksis, deres forskellige måde at leve, deres forskellige "livsstil" (fx interviewpersonernes måde at forholde sig til de pågående strukturelle forandringer i deres bosteder, deres uddannelsessteder og deres arbejdssteder - som i *La misère*). Men også den forefundne "symbolske orden" (den aktuelt altdominerende nyliberalistiske globaliseringsdagsorden) er én af de handlesammenhænge, som interviewpersonerne indgår i, og som kan påvirke deres praksisformer.

Interviewpersonernes diskursive "repræsentationer" af den sociale virkelighed (fx i form af *Misères* fortællinger) er altså på én gang resultater af de agerendes socialt specifikke livsbetingelser og samtidig en afgørende forudsætning for deres måde at forstå og deres måde at forholde sig til disse betingelser, herunder også deres måde at forholde sig til og fortælle om de pågående ændringer i de specifikke felters institutionelle betingelser. I forhold til livshistoriske interviewanalyser flytter Bourdieus *feltanalytiske* anvendelse af kvalitative interview i *Misère* altså det analytiske fokus fra "individerne" til de "felter", der skaber interviewpersonernes (alt andet end "individuelle") praksisformer, deres "livsstil" og deres selv-legitimerende fortællinger. I *Misère* anvendes/analyseres fortællingerne ikke som individuelle livshistorier, men som historier med gyldighed for hele den "sociale kategori" (se fx s60), der er i en tilsvarende "position" i det specifikke felt (fx ejendomsfunktionærerne i de "forsømte" boligkomplekser, de underordnede politiadvokater, de

forskellige omsorgsarbejderkategorier).

*La misère* er måske primært at forstå som et "fremstillingsprojekt", dvs. som en måde at anvende den "sociologiske viden", som Bourdieu og forskerholdet på *Centre de sociologie européenne* (CSE) havde oparbejdet gennem mange års arbejde inden for deres respektive forskningsfelter. De enkelte forskere kender deres specifikke felters funktionsmåde og har derfor et skarpt "blik" for, hvad de aktuelle ændringer har/får af sociale konsekvenser, og det er denne indsigt i de strukturelle ændringers "sociale betydning", som *Misère*-projektet går ud på at delagtiggøre læserne i - ikke mindst de underordnede velfærdsprofessioner (statens venstre hænder). Interview-fortællingerne er en slags ikke-akademisk fremstillingsform, der helt bevidst er valgt netop med henblik på at gøre det synligt og forståeligt for dem "der deler nogle generelle karakteristika med den talende" (s74 oversat til "åbenbaring" og som SC ligefrem ligestiller med de bibelske lignelser s102). *La misère's* fortællinger er udformet som sociologisk reflektive "øjenåbnere", der "gør de objektive strukturer, som det videnskabelige arbejde stræber efter at afdække, håndgribelige" (s74 min fremhævelse), og de kan på denne måde mobilisere i kraft af en "praktisk" og emotionel forståelse (jvf hertil *Da Capo* i 'Rules of Art').

Interview-arbejdets konkrete former i forbindelse med *La misère du monde* var, som allerede nævnt, begrundet i at forskergruppen havde sat sig for at producere nogle "realistiske hverdagslivsbilleder", der anskueliggør nogle afgørende strukturelle "brud" i interviewpersonernes arbejdsliv, deres specifikke arbejdsfelter (jf. *WoW* s511), og som forskergruppen kunne tage som udgangspunkt for en objektivisering af disse dominerede grupper sociale virkelighed (interview, analyse og fremstilling). Den særlige feltanalytiske måde at lave og anvende interview, som Bourdieu rede-

gør for i *Understanding* var/er simpelthen nogle metodiske teknikker - håndværksmæssige værktøjer, der kan anvendes til at objektivere de på interviewtidspunktet aktuelle samfundsmæssige årsager til interviewpersonernes oplevede "elendighed", altså de grupper som de strukturelle forandringer går ud over - dér hvor de bor, og i deres arbejde. Men det perspektivskifte bortleder den livshistoriske "indramning" i PUC-bogen opmærksomheden fra - ved at begrænse perspektivet til interviewpersonernes "livshistorier". PUC-bogen abstraherer med andre ord den anvendte "interviewteknik" fra dens eksplicit angivne "sociale anvendelse".

Livshistoriske interviewanalyser fokuserer alene på interviewpersonernes historie i kroppen og på den kommunikative interaktion i interviewsituationen (jf. Staff Callewaert ovf. s96). Men de feltanalytiske interviewanalyser i *La misère du monde* - dvs. de "redigerede" fortællinger - anvendes altså derudover/ efterfølgende til at sætte fokus på den konfliktfyldte historie i de felter, der har produceret interviewpersonernes oplevede "elendighed" (fx beboernes materielle usikkerhed i de forsømte områder og velfærdsarbejdernes faglige frustrationer). *Understanding*-kapitlet er netop, som Stinne Glasdam præciserer, en efterfølgende redegørelse for, hvordan forskergruppen havde arbejdet med interviewene, og hvordan de anvendes som led i bogens konstruktion af interviewpersonernes "dominerede positioner" i de specifikke felter:

De redigerede interviewudskrifter bruges i *Misère* til at henlede opmærksomheden på den sociale betydning af de ændrede magtrelationer imellem de modstridende positioner i de specifikke felter repræsenteret ved forskellige måder at indrette og at regulere de sociale institutioner, og repræsenteret ved de forskellige faggrupper og de enkelte professionsudøveres forskellige måder

at udføre arbejdet i de enkelte institutioner ("stederne"). Den aktuelle "elendighed" - tilstanden i feltet - forstås og forklares i *Misère* som resultater af 1980'ernes og 90'ernes "konservativ revolution" og - mere konkret - som konsekvenser af den nyliberalistiske tilbagetrækning af "statens" kollektive regulering af det sociale liv på stadig flere områder ("steder"), der giver dig udtryk i forringelser af de sociale velfærdsforanstaltninger og i statens tilbagetrækning af stadig flere velfærdsinstitutioner fra *de forsømte områder*.

Bourdieu redegør i *Understanding* (som SC korrekt bemærker) meget omhyggeligt for teknikken i den måde de feltanalytiske interview er produceret for at sikre, at de redigerede fortællinger repræsenterer en "realistisk konstruktion". Men det er altså for at sikre den samfundsvidenskabelige validitet - og ikke primært af omsorg for interviewpersonernes "selvrealisering" (se s95 og 100). Frem for Staff Callewaerts henvisninger til middelalder-filosofien og psykoanalysen kunne her henvises til Bourdieus "Habitus - A Sense of Place" (Perth, sept. 2000) og til en note om den afgørende forskel mellem Bourdieus dobbelte historisering af hhv. interviewpersonernes habituelle dispositioner og det analytiske blik og så ... *the "social constructionist" approach to social problems'* (An Invitation ... 1992, s239 note 30), der sjovt nok er udeladt i den danske oversættelse! Endvidere kan henvises til kritikken af "de gængse samtaleanalyser" og den interaktionistiske forståelse af diskurser i kapitlet om symbolsk vold, der ligeledes uddybes i en note med omfattende henvisninger (Refleksiv sociologi. 1996, s129 og note 76).

### At anvende interview

Sammenfattende har jeg fået det ud af at læse livshistorie-bogen, at man overordnet i hvert fald kan skelne mellem tre afgørende forskellige måder at anvende kvalitative interview:

- som subjektive og/eller intersubjektive identitetskonstruktioner eller livsfortællinger [diskursen om det autonome subjekt / en teoretisk professionsidentitet],
- som individuelle socialhistoriske livshistorier [den erfaringsbaserede forestilling om det socialiserede individ / en professionshabitus og historien i kroppen]
- som realistiske hverdagslivsbilleder af tilstanden i de specifikke felter (fx sygepleje- og omsorgsarbejdsfeltet) anskuet fra interviewpersonernes forskellige positioner i et og samme felt [teorien om kulturelle produktionsfelter /modstridende positioner i de sociale rum og i de enkelte faggrupper].

Men der er jo også både psykoanalysens og kritisk sociologis anvendelse af interviewsamtaler.

De redigerede interviewsamtaler i *La misère du monde* er baseret på interviewpersonernes fortællinger om problemer og begrænsninger i deres aktuelle arbejdsliv eller livssituation i øvrigt. Fortællingerne synliggør på denne måde nogle afgørende *strukturelle ændringer* ("brud") i arbejdets organisering og regulering, og eftersom interviewpersonerne indtager/"repræsenterer" forskellige sociale positioner horisontalt (faggrupper) og vertikalt (niveauer i det sociale rums hierarki) i deres respektive felter, så forholder de sig forskelligt til de samme strukturelle ændringer. Men det er ændringerne i styrkeforholdet mellem de specifikke felters modstridende positioner, der er forskningsobjektet i *La misère du monde*.

# FASID's hjemmeside har fået opdateret design og nye funktioner

Med hjemmesidens nye funktioner søger vi at stimulere til faglig dialog og øget kommunikation med medlemmerne imellem. De tre nye funktioner er:

- **Gæstebog.** Her kan foreningens medlemmer kommunikere med hinanden ved at skrive indlæg.
- **Links** til andre hjemmesider, som foreningens medlemmer finder relevante. Send gerne forslag til Web-redaktøren (se nedenfor). De indkomne forslag bliver drøftet og godkendt i bestyrelsen i forhold til FASIDS vedtægter og formål.
- **Artikel arkiv.** Er en database med forfatternavn, emne og titel på pub-

licerede artikler fra foreningens elektroniske tidsskrift, samt et drop-link til arkivet, hvor selve artiklerne kommer til at ligge. Herefter er det muligt at søge på: "Forfatternavn", "Emne" og "Titel".

Vi håber, så mange medlemmer som muligt ser potentialer i de nye funktioner og går ind og udforsker mulighederne, der nu er givet for at vi kan få en mere levende og aktiv hjemmeside. God fornøjelse.

Venlig hilsen  
Mette Spliid Ludvigsen  
Web-redaktør  
ms\_ludvigsen@hotmail.com

# Beretning til generalforsamling i FASID 12. marts 2008

## Medlem-status

*Kirsten Beedholm*

Ved sidste års generalforsamling den 14. marts 2007 havde FASID ca. 180 medlemmer. Det aktuelle medlemstal er på 216, hvilket betyder en forøgelse på ca. 35 medlemmer.

## Bestyrelsen og mødeaktiviteter:

*Kirsten Beedholm*

Bestyrelsen har mødtes fem gange i det indeværende år, henholdsvis i Odense (2 gange), Hadsten, Hinnerup og København. Vi forsøger fortsat både at tage hensyn til de enkelte bestyrelsesmedlemmers rejseaktivitet og FASIDs økonomi i planlægningen af disse bestyrelsesmøder. Øvrig kontakt bestyrelsen imellem har fungeret pr. mail og telefon. Der er fortsat blevet arbejdet med at justere og udmøntet FASIDs strategiplan i praksis. Bestyrelsen har i overensstemmelse hermed fortsat et stort ønske om at aktivere medlemmerne i FASID, så vi bliver et aktivt arbejdende forum. Vi har gennem længere tid i tidsskriftet og på hjemmesiden udbudt økonomisk støtte til, at medlemmerne kan arrangere workshops inden for emner, de finder interessante. Det har imidlertid ikke aktiveret medlemmerne. Derfor har vi fra bestyrelsens side taget initiativ til en skriveworkshop, der afvikles i foråret 2008.

I forbindelse med uoverensstemmelser internt i bestyrelsen om håndtering af konferencen, der skulle have været afholdt den 12. marts 2008, valgte Stinne Glasdam at trække sig som formand i december 2007. Efterfølgende (februar 2008) har Kirsten Frederiksen også valgt at nedlægge sit mandat - nærmere

herom under dagsordnens punkt 5). Som en konsekvens heraf er suppleanterne Helle Mathar og Mette S. Ludvigsen indtrådt som ordinære medlemmer af bestyrelsen. Kirsten Beedholm, som hidtil har fungeret som næstformand, har overtaget posten som formand

## Tidsskrift for akademiske sygeplejersker udgivet af FASID

*Ved Helle Mathar*

Tidsskrift for akademiske sygeplejersker er hidtil udkommet fire gange årligt i elektronisk form. I året 2007/2008 er der således udkommet følgende udgaver: April 2007, juli 2007, oktober 2007 og januar 2008.

Tidsskriftet har i 2007 fået endnu en ny forside, primært pga. elektroniske problemer med størrelse på tidsskriftet. Tidsskriftet har tilknyttet en ekstern konsulent, Vilhelm Kent, med henblik på at give tidsskriftet et mere professionelt look. Dette arbejde pågår stadig.

Bestyrelsen besluttede i 2006 at nedsætte en redaktionsgruppe med ansvar for planlægning og udarbejdelse af tidsskriftet samt udarbejdelse af visioner for tidsskriftet i samarbejdet med FASIDs bestyrelse. Hensigten var dels at aflaste bestyrelsens i dens arbejde, dels at aktivere flere af FASIDs medlemmer.

Vi har imidlertid erfaret, at denne model ikke fungerede. Dels aflastede det ikke i særlig grad de medlemmer af bestyrelsen, som sad med redaktionsansvaret; dels oplevede de øvrige medlemmer af bestyrelsen, at noget af det (tidskrævende men også sjove og 'identitetsgivende' arbejde var trukket ud af bestyrelsesarbejdet. Det blev derfor i januar 2008 besluttet igen at sammen-

lægge redaktionsgruppe og bestyrelsesgruppe. I den forbindelse blev de resterende redaktionsmedlemmer opfordret til fortsætte deres engagement ved at stille op til bestyrelsen i forbindelse med valget i marts måned. Dette har de imidlertid ikke ønsket eller kunnet finde tid til.

Det er endvidere besluttet, at tidsskriftet kun udkommer tre gange i dette år.

På indholdssiden har tidsskriftet haft flere temaer i løbet af året. April nummeret videreførte således temaet *Videnskab, politik og klinik* fra forårets konference. Julinummeret opstartede to temaer: *Politisk styring af sundhedsydelse* og *Formidling*. Disse temaer videreføres i 2008. I oktobermåneden var et større tema om *Mænds sundhed og sygdom*. Derudover har tidsskriftet bragt anmeldelser, og oversigt over aktiviteter.

Vi er blevet opmærksomme på, at der er uoverensstemmelse mellem den meget frie forfattervejledning, der er beskrevet på hjemmesiden, og den måde hvorpå redigeringen af indlæg faktisk er foregået gennem de senere år. Derfor er et af indsatsområderne i det kommende år, at udarbejde en egentlig manuskriptvejledning til hhv. faglige indlæg og anmeldelser.

## Hjemmesiden

*Ved Mette Spliid Ludvigsen*

I det forløbne år er der kommet ny redaktør af hjemmesiden. Der har været en del tekniske problemer, og hjemmesiden har ikke kørt optimalt. Året forinden havde foreningen et samarbejde med ekstern konsulent og i den forbindelse var der blevet indkøbt et særligt program "Flash" til hjemmesider. Planen var, at når installationen af dette var tilendebragt, skulle den daglige vedligeholdelse varetages af web-redaktøren. Dette program viste det sig imidlertid vanskeligt at arbejde med som almin-

delig bruger. Derfor besluttede bestyrelsen, at entrere med nok en ekstern konsulent; Vilhelm Kent. Han konverterede fra "Flash" til det "gamle" format og lige før jul blev hjemmesiden opdateret og relanceret. Imidlertid er der stadig nogle udfordringer mht. bruger-venligheden af siden.

Vi er i øjeblikket ved at undersøge mulighederne for at etablere en blog-funktion mhp. at give mulighed for mere interaktiv kommunikation medlemmer imellem.

## Planlægning af artikel workshop i foråret 2008

*Ved Lisbeth Hybholt*

FASID har arrangeret en artikelworkshop i Antalya, Tyrkiet fra den 18. - 25. maj 2008. Der er 12 deltagere til arrangementet, 10 tilmeldte plus de to workshopledere. Formålet med workshoppen er at skabe rammerne om en form for arbejdslejr, så deltagerne kan få ro til at skrive, samtidig med at der skabes rum for gensidig inspiration og faglig sparring.

## Konference

*Kirsten Beedholm*

Bestyrelsen har gennem tidsskriftet og øvrige aktiviteter de sidste år forsøgt at anlægge forskellige typer af meta-perspektiver på forskning og videnskab i relation til sygepleje. Som led heri ønskede bestyrelsen at følge sidste års succes op med en konference forud for generalforsamlingen. I 2007 var emnet *Videnskab, politik og Klinik*. I år valgte vi emnet *Akademisk kritik*. Begge emner er udtryk for vores ønsker om at tage initiativer, der - i overensstemmelse med vores strategi - stimulere den akademiske og videnskabelige debat i og om sygepleje. Som tilfældet var på konferencen i 2007 var ideen endvidere at invitere oplægsholdere og debattører fra såvel sygeplejeområdet som fra andre

områder, idet begge emner har været af en sådan art, at de er kendt inden for mange andre akademiske miljøer og forskningstraditioner og som sådan ikke er begrænset til sygeplejefaget. Konferencen blev imidlertid aflyst, da der i bestyrelsen blev uenighed om håndteringen af programplanlægningen. (Der henvises igen til dagsordnens punkt 5)

I lyset af dette sidste punkt står det sidste års bestyrelsesarbejde som noget turbulent. Vi håber dog, at der gennem dialog på generalforsamlingen med den del af medlemmerne, som har reageret på konferenceprogrammet, vil kunne genskabes en konstruktiv og tillidsfuld tone, og vi ser således frem til et konstruktivt arbejde i 2008/2009.



# Referat fra generalforsamling i FASID

Referat fra generalforsamling onsdag den 12. marts 2008. kl. 16.15 i Auditoriet på Bispebjerg Hospital, Tuborgvej 235, 2400 København NV.

**Til stede** Lisbet Hybholt, Helle Mathar, Mari Holen, Inga Axelsen, Emmy Brandt, Kirsten Beedholm, Ingeborg Ilkjær, Mette Spliid Ludvigsen, Vibeke Lorentzen, Lis Suhr, Anne Charlotte Hjort og Chanett Simonsen.

## Dagsorden:

### 1. Valg af dirigent

Mari Holen blev valgt som dirigent. Mari takkede for valget og erklærede generalforsamlingen lovligt indvarslet i forhold til foreningens vedtægter

### 2. Formandens beretning

Kirsten Beedholm fremlagde bestyrelsens beretning.

Der var spørgsmål til beretningen vedrørende nuværende praksis med at give tilbagemelding og sparring til forfattere med henblik på at kvalificere deres indlæg, inden de trykkes i tidsskriftet. Af nogle medlemmer kan dette opfattes som "censur". Det blev drøftet, hvor mange eller hvor få "redaktionelle retningslinier", der skal være for indlæg i tidsskriftet. Der var enighed om, at tidsskriftet gerne må trykke "skæve" indlæg og lægge op til debat, men at der skal være en sober og redelig tone i indlæggene.

Bestyrelsen (redaktionsgruppen) har drøftet evt. at "referee bedømme" artikler, men har fravalgt dette for at sikre mangfoldigheden og bredden i indlæggene.

Bestyrelsen vil i den kommende tid diskutere og udarbejde brede guidelines for indhold i artikler og anmeldelser i tidsskriftet.

### 3. Forelæggelse af regnskab

Kasserer Lisbeth Hybholt fremlagde regnskabet, der var underskrevet af revisor uden anmærkninger (regnskab og budget er lagt ind på hjemmesiden).

### 4. Forelæggelse af budget, herunder fastsættelse af kontingent

Kasserer Lisbeth Hybholt fremlagde budgettet, der var godkendt af generalforsamlingen. Kontingentet fastholdes på til 250 kr.

5. Omstændighederne omkring den aflyste konference - herunder drøftelse af linjen i fremtidige aktiviteter

Helle Mathar orienterede på vegne af bestyrelsen om hændelsesforløbet omkring den aflyste konference "AKADEMISK KRITIK - HVAD ER MENINGEN?" den 12 marts 2008.

Ifølge bestyrelsen starter dette med Kari Annas Petersens anmeldelse i sommer 07. Anmeldelsen udløser debat i bestyrelsen. Denne debat starter ideen om en konference om *Akademisk kritik*.

Der nedsættes en gruppe, der skal udfærdige et program. Programmet udfærdiges, forslag indhentes, og kontrakter indgås.

Det endelige program var der ikke 100 % opbakning til, men programmet blev bibeholdt, da et flertal i bestyrelsen gik ind for det. Et forslag om aflysning af konferencen blev dog på dette tidspunkt enstemmigt afvist. Stinne Glasdam går

som formand omkring juletid på grund af dette. Stinne Glasdam og Jens Bydam skrev efterfølgende indlæg, som de ønsker optaget i tidsskriftet. Disse indlæg blev som en del af redaktionsarbejdet diskuteret som alle andre artikler, anmeldelser og indlæg. Det ene indlæg fandt bestyrelsen angik interne forhold/diskussioner i bestyrelsen og afviste indlægget. Det andet indlæg fandt bestyrelsen burde kvalificeres inden trykning. Afvisningen af disse indlæg udløste mails med beskyldninger om "stalinistiske metoder" og censur samt 3-4 andre mails med opfordringer om aflysning af konferencen Akademisk Kritik. Herefter besluttede en enig bestyrelse at aflyse konferencen.

Bestyrelsens forklaring blev accepteret. Enkelte fremmødte havde dog den opfattelse, at konflikten begyndte tidligere og havde rødder lang tid tilbage i tiden. Andre afviste at skulle forholde sig til konflikter, de ikke kendte til mellem personer, de aldrig har set. Men man accepterede forklaringen. Flere beklagede, at konferencen var blevet aflyst, da emnet lige netop kunne være med til at diskutere forskellige tilgange til kritik.

I forhold til den kommende redaktionelle linie blev der peget på, at der ikke skal være for mange redaktionelle krav, men at der nok skal være nogle redaktionelle rammer. Det er væsentlig med skarphed og ordentlig i anmeldelser. Der må gerne være skævhed/kreativitet i indlæggene samt vide rammer og frihed. Indlæggende må gerne sætte spørgsmål og skabe debat.

Bestyrelsen vil oprette i blok på Fasids hjemmeside, hvor medlemmer har hurtigere og lettere adgang til af debattere emner, der ikke egner sig til artikler.

Bestyrelsen vil lægge vægt på at styrke arbejdet workshops i det kommende år.

## 5. Valg til bestyrelsen

Lisbet Hybholt og Kirsten Beedholm forsætter fra den gamle bestyrelse

Nyvalg af Helle Mathar, Mette Spliid Ludvigsen, Anne Charlotte Hjort og Chanett Simonsen.

## 6. Valg af revisor og suppleant for denne

Ulrich Tholstrup blev genvalgt som revisor og Ingeborg Ilkjær blev genvalgt som revisorsuppleant

## 7. Eventuelt

Tusind tak til afgående medlemmer af bestyrelsen Kirsten Frederiksen, Stinne Glasdam og Vibeke Lorentzen for deres store indsats i Fasid.

Venlig hilsen  
Lis Suhr

# Fasid's bestyrelse og redaktionsgruppe

Bestyrelsen valgt ved generalforsamlingen 12. marts 2008.

Kirsten Beedholm (formand)  
Frejasvej 5,  
8370 Hadsten  
tlf: 8698 3760/ 89273800  
[kbe@viauc.dk](mailto:kbe@viauc.dk)

Lisbeth Hybholt (kasserer)  
Moldaugade 11,2.tv  
2300 København S  
tlf.: 2960 5218  
[lisbeth.hybholt@rh.regionh.dk](mailto:lisbeth.hybholt@rh.regionh.dk)

Mette Spliid Ludvigsen (Web-redaktør)  
Flinthøjen 50  
8382 Hinnerup  
tlf.:86911912/ 2275 9773  
[ms\\_ludvigsen@hotmail.com](mailto:ms_ludvigsen@hotmail.com)

Helle Mathar (redaktør)  
Sindshvilevej 6, 3tv  
2000 Frederiksberg  
tlf: 38887484/24850484  
[hma@sud.regionh.dk](mailto:hma@sud.regionh.dk)

Anne Charlotte Hjorth (næstformand)  
Brudedalen 24  
3520 Farum  
tlf: 44 99 24 36 / 20 43 65 26  
[ach@sud.regionh.dk](mailto:ach@sud.regionh.dk)

Chanett Babette Simonsen  
Jomfruvej 9a  
7000 Fredericia  
Tlf: 29605020  
[chanett@jomfruvej.dk](mailto:chanett@jomfruvej.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 an 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:

- fuldt navn
- adresse
- e-mail
- akademisk uddannelse