

**SIDE 5**

FAGLIG  
ARTIKEL

Krisesituationer  
udfordrer sundheds-  
professionelles mentale  
sundhed – og hvad  
kan vi gøre ved det?

**SIDE 11**

VIDENSKABELIG  
ARTIKEL

Sygeplejerskernes  
oplevelser under  
COVID-19-pandemien

**SIDE 17**

FAGLIG  
ARTIKEL

Narrative inspirationer i  
sygepleje til kræftramte  
mennesker og deres  
partner

**SIDE 23**

VIDENSKABELIG  
ARTIKEL

Når magt bliver usynlig

**01**  
**2021**

**SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT**

# forstyrrelsen



Fagligt selskab for  
**SYGEPLEJERSKER**  
der arbejder med  
**UDVIKLING OG FORSKNING**



## Indholdsfortegnelse

Leder .....	s. 3
Nyt fra Bestyrelse .....	s. 4
Faglig artikel: Krisesituationer udfordrer sundheds- professionelles mentale sundhed – og hvad kan vi gøre ved det?.....	s. 5
Videnskabelig artikel: Sygeplejerskernes oplevelser under COVID-19-pandemien.....	s. 11
Faglig artikel: Narrative inspirationer i sygepleje til kræfttramte mennesker og deres partner.....	s. 17
Videnskabelig artikel: Når magt bliver usynlig.....	s. 23
Boganmeldelse .....	s. 29

# Fagbladet Forstyrrelsen

## Redaktionsgruppen



Lotte Evron, *Lektor, ph.d., cand.mag., sygeplejerske*, Institut for Sygeplejerske- og Ernærings- uddannelser, Københavns Professionshøjskole og ekstern lektor, Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet, loev@kp.dk



Gitte Bunkenborg, *Lektor i klinisk sygepleje ved Institut for Regional Sundhedsforskning og Anæstesiologisk afdeling samt Forskningsleder for MVU området*, Holbæk Sygehus, gibu@regionsjaelland.dk



Thora Grothe Thomsen, *Udviklings- og Forskningsleder, Lektor,, Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling*, Sjællands Universitets Hospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, SDU.



Carrinna Aviaja Hansen *Sygeplejefaglig forskningsleder, ph.d., Master in Public Health (MPH), Ortopædkirurgisk Afdeling*, Sjællands Universitets Hospital, carrh@regionsjaelland.dk



Birgitte Lerbæk, *Postdocil klinisk sygepleje ved Klinik Medicin og Akut*, Aalborg Universitetshospital og Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, birgitte.lerbaek@rn.dk

## forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

Fagbladet Forstyrrelsen udgives af overstående redaktørgruppe på vegne af Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning. Bladet udkommer 3. gange årligt – Marts, juni, og november  
Deadline for indsendelse: 1. februar, 1. juni og 1. oktober

### Manuskriptvejledning kan findes på selskabets hjemmeside: [www.dsr.dk/fs32](http://www.dsr.dk/fs32)

Redaktionsgruppen forholder sig ret til at afvise artikler eller bede om revision.  
Artikler skal rettes til bladets målgruppe: Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

Bladet finansieres gennem annoncerer, hvorfor der kontinuerligt er behov for medlemmer byder ind med forslag til annoncører.  
Grafisk produktion: Kosmos Grafisk ApS · Oplag: 380 stk.

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen på ISSUU.com



## LEDER



# Sygeplejersker som game-changers eller superhelte?

Maj 2020 skabte den engelske verdensberømte gadekunstner Banksy et billede af en lille dreng, der vælger at lege med en sygeplejerskedukke med mundbind og supermandskappe frem for en Batmans- og Spidermandsdukke, som han lader blive liggende i legetøjskurven. Banksy kalder billedet for 'Game Changer', og i dag anses værket\* som et symbol for sygeplejerskers (og andre sundhedsprofessionelles) heltmodige indsats under corona-pandemien over hele verden. I Banksys værk ligger der med navnet og tegningen en modsætning, som jeg mener er vigtig, at vi forholder os til. Ifølge den danske ordbog betyder det at være 'game changer' at være innovativ, at tænke og handle anderledes end andre – og gøre en forskel i verden. At være superhelt handler om at udføre heltegerninger og bekæmpe ondskab og uretfærdighed via overmenneskelige kræfter eller superkræfter. Jeg mener, at begge billeder af sygeplejersker under corona-pandemien symbolsk er rigtige. Men nu er tiden kommet til, at vi skal væk fra helterollen, hvor egne behov, helbred, arbejdsmiljø og -vilkår ikke tæller, og over i 'game changer' rollen, hvor vi gennem viden, erfaring og teamwork ændrer systemet til et bedre for patienterne og os selv.

Denne udgave af Forstyrrelsen indeholder fire artikler, som er relateret til game changer rollen. Forfatterne tænker innovativt og bidrager på forskellige måder med udviklings- og forskningsprojekter, der alle sigter mod en forbedret praksis for patienter og/eller personale. To af artiklerne er relateret til corona-pandemien set fra et sygeplejerskeperspektiv, de to andre er relateret til praksis i somatikken og psykiatrien.

Marian Christin Petersen og kolleger beskriver og diskuterer oplevelser og reaktioner fra bl.a. sygeplejersker i forbindelse med at være frontpersonale under COVID-19 pandemien første bølge. Artiklen kommer med konkrete anbefalinger i forhold til at understøtte arbejdsrelateret motivation og trivsel i lignende fremtidige situationer.

Iben Simoni Vestergaard Pedersen og kolleger har undersøgt 49 forskellige corona-dagbøger fra sygeplejersker rundt omkring i Danmark og fandt, at patienternes velbefindende blev oplevet som vigtigere end smittefaren. Sammenhold og teamwork var en anden betydningsfuld faktor for sygeplejerskerne. Der var ønske om mere struktur og mindre kaos fra ledelsens side.

Christel Trøstrup beskriver, hvordan en narrativ intervention bestående af en gåtur med syv poster rettet mod kræfter og deres partner kan styrke parrets fælles mestring under



kræftforløbet. Artiklen er et eksempel på, hvordan man med nye metoder som fx narrativ medicin kan forbedre behandling og pleje for par med alvorlig sygdom i det danske sundhedsvæsen.

Kimie Heine og kolleger belyser gennem en kritisk diskursanalyse, hvordan new public management sprogbrug udfordrer recovery-tanken i en psykiatrisk praksis. Forfatterne anbefaler, at sygeplejersker overvejer, hvilke ord de bruger til at inddrage og understøtte patienter i at bevare håbet og anerkende dem som individuelle personer, der er eksperter i eget liv. Derudover kan du læse fem nye boganmeldelser og Staffen, hvor forskningsassistent og Ph.d.-studerende Stine Gundtoft Roikjær fortæller om sin vej til neurologisk afdeling og forskningsenheden PROgrez på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, Region Sjælland.

\*Bonusinfo:

Banksy efterlod det 1 m<sup>2</sup> store 'Game Changer' maleri på Southampton General Hospital som en hyldest til de engelske (NHS) sygeplejersker. Det har indtil for nyligt hængt på hospitalet. I sidste uge blev det solgt for over 100 millioner DKK. (ca. 23,2 mil. \$). Overskuddet går til hospitalet, som også får en kopi af værket.

Af: Annesofie Lunde Jensen,

Formand for det Faglige Selskab for Sygeplejersker der Arbejder med Udvikling og Forskning



# Nyt fra bestyrelsen

## Spot på forskning i sygepleje



Hvordan kan man være et inspirerende og udviklende selskab for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning? Hvordan gør vi det i denne tid? Vi har gjort det ved at spørge danske professorer om de vil fortælle om deres forskning og hvilke betydninger de tænker den har for sygepleje.

Vi var heldige, for DE SAGDE JA til at fortælle og dele deres enorme viden med os alle. Vi har allerede hørt om Sygeplejerskens unikke funktion i patientens behandlerteam, om Patientdeltagelse og samskabelse af narrativet - om at komme sig under rehabilitering, om 30 års forandring af sygepleje som fag, uddannelse og forskning, samt om Patientperspektiver - fra klinik til metastudier og retur.

Programmet for tiden indtil sommer er offentliggjort. Vi skal høre om usynlig kronisk gig, om perioperativ og intensiv sygepleje, om metaanalyser, om psykosociale aspekter af diabetes og om sundhedsfremme og interventionsforskning.

Jeg nyder at læne mig tilbage i min kontorstol på arbejde eller hjemme på kontoret disse eftermiddage kl. 15.15. Jeg nyder at lade mig inspirere af vidt forskellige perspektiver på sygepleje for det får mig til at reflektere over min hverdag. Jeg nyder roen efter en travl dag. Jeg nyder det gode selskab. Jeg nyder at jeg kan genkende sygeplejersker fra hele landet, som lytter med lige som mig.

Vi har fået mange tilkendelser for hybridseminarerne. Vi har også fået ønsker om optagelse af hybridseminarerne. Dette stiller juridiske krav til vores udstyr og optagelsen som vi p.t. ikke kan leve op, selv om vi synes det er en god ide. Vi

vil arbejde videre med ideen og håber det bliver muligt på et tidspunkt.

Hybridseminar kan man vel egentlig ikke kalde dette tilbud endnu. Det har været virtuelt. Hvornår vi få lov til ikke kun at kalde dem hybrid, ved vi jo ikke. Men vi ved, at vi fortsætter med disse seminarer ikke bare i efteråret 2021, men videre ind i 2022. Efterårets program offentliggøres i april. Her skal vi høre om Humanising ICU, om patient og familie som forskningsfelt, 'Helbredende patientkommunikation, Person-specifik evidens og om kvalitativ evidens, Sårbarhed, kultur og alder og om rehabilitering.

Måske har vi fundet en væsentlig måde at dele viden med hinanden på. Jeg tænker i hver fald at "Vi længes ikke efter at gå tilbage, for vi fandt en måde at gå frem på."

**Forskning, der har betydning for sygepleje og sygeplejefagets udvikling i DK**  
- Deltag i hybridseminarer med professorer

I 2021 sætter Fagligt selskab for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning fokus på forskning, der har eller kan have betydning for klinisk sygepleje og sygeplejefagets udvikling. Du har muligheden for at deltage i hybridseminarer med professorer hvis forskning har betydning for klinisk sygepleje og sygeplejefagets udvikling i Danmark. Fokus for indholdet i de enkelte professorer oplæg fremgår af nedenstående program.

**HVOR OG HVORDAN**  
Seminarerne bliver afholdt fra kl. 15.15-16.45.  
Seminarieret bliver afholdt primært som online seminar og fysisk hvis muligt.

**PROGRAM OG DATA FOR DE FØRSTE 6 SEMINARER**

Dato og sted	Navn	Emne
10/2-2021 København Professionshøjskole	Kirsten Lomborg, Professor ved Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet og seniorforsker ved Steno Diabetescenter Copenhagen (SDCC)	Sygeplejerskens unikke funktion i patientens behandlerteam
25/2-2021 Aarhus Universitet	Sanne Angel, Professor, Afdeling for helse- og socialfag, Høgskolen i Molde og lektor ved Institut for Folkesundhed, Sygepleje, Health, Aarhus Universitet.	Patientdeltagelse og samskabelse under rehabilitering
10/3-2021 København Professionshøjskole	Kristian Larsen, Professor, Københavns Universitet og OsloMet Universitet.	30 års forandring af sygepleje som fag, uddannelse og forskning Mellem standarder & evidens og sundheds sociologi Patientperspektiver - fra klinik til metastudier og retur
25/3-2021 Regionshospitalet Randers	Mette Spliid Luthvigen, Professor, Fakultet for sygepleje og helsevidenskab, Nord universitet, Bodø, Norge og lektor, Institut for Klinisk Medicin-Regionshospitalet Randers, Aarhus Universitet, Danmark.	At leve med usynlig kronisk gig - et partnerskab mellem patient og sundhedsprofessionelle
7/4-2021 Regionshospital Glostrup	Bente Appel Esbensen, Professor og seniorforsker i reumatologisk sygepleje og self-management, sygeplejerske, cand. cur.-ph.d., Afdelingen for rykirurgi, led og bindevevs sygdomme, Rigshospitalet, Glostrup & Institut for klinisk medicin, Københavns Universitet	Rejsen mod et fokuseret forskningsfelt - forskning inden for perioperativ og intensiv sygepleje
20/4-2021 København Professionshøjskole	Thordis Thomsen, Professor ved Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet, Seniorforsker ved Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv Behandling, Herlev og Gentofte Hospital	Er psykosociale aspekter af diabetes stadig diabetesbehandlingsens Aspekt?
3/5-2021 København Professionshøjskole	Ingrid Willaing, Professor i psykosocial sundhedsfremme i diabetes ved Afd. for Sundhedsfremmeforskning, Institut for Folkesundhedsforskning, Københavns Universitet Diabetes og Managementforskning, Sundhedsfremmeforskning, Steno Diabetes Center Copenhagen	Meta-analyser - Guds gave eller noget fanden har skabt?
18/5-2021 Sjællands Universitetshospital	Preben Ulrich Pedersen, Professor og leder af Center for Kliniske Retningslinjer, Klinisk Institut, Aalborg Universitet	Sundhedsfremme og interventionsforskning: Udvikling af en familiedata
31/5-21 Aarhus Universitetshospital	Helle Terkildsen Maindal, Professor, MPH, Ph.d., Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, seniorforsker ved Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC)	Sundhedsfremme og interventionsforskning: Udvikling af en familiedata

**PRIS OG TILMELDING**  
For medlemmerne af det faglige selskab: Seminarerne er gratis.  
For ikke medlemmer: 50 kr. per oplæg, 5 oplæg for 200 kr., 10 oplæg (Hele forårsrækken) for 350 kr.  
For en gruppe (ikke medlemmer) på max 10 personer (en virtuel adgang): 100 kr. per oplæg, 5 oplæg 400 kr. eller 10 oplæg (Hele forårsrækken) for 700 kr.

Link til tilmelding [her](#) eller via det faglige selskabs [hjemmeside](#)



**Af: Marian Christin Petersen, klinisk sygeplejespecialist, adjunkt, DM.Sc. Kirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. Adresse: Lykkebækvej 1, 4600 Køge. Mail: mapete@regionsjaelland.dk**

**Elizabeth Rosted, klinisk sygeplejespecialist, post.doc., Ph.d., Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder, Sjællands Universitets Hospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. Mail: eros@regionsjaelland.dk**

**Mette Kjerholt, forskningsleder, klinisk sygeplejespecialist, Ph.d. Hæmatologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital. Mail: metkj@regionsjaelland.dk**

**Thora Grothe Thomsen, sygeplejefaglig udviklings- og forskningsleder, lektor, Ph.d. Øre-, Næse-, hals-, og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. Mail: thst@regionsjaelland.dk**

## Faglig artikel

# Krisesituationer udfordrer sundhedsprofessionelles mentale sundhed – og hvad kan vi gøre ved det?

### Abstrakt

I februar 2020 blev det første COVID-19 tilfælde bekræftet i Danmark. I kølvandet på et års konstant beredskab, gentagne spidsbelastninger og massive organisatoriske strukturændringer, begynder trætheden og afmagten at melde sig. Samtidig lurer frygten for, at en muteret COVID-19 variant kan forårsage en ny COVID-19 bølge, som igen vil kunne ramme det danske sundhedsvæsen. Alle holder vejret, mens de venter. Men behøver vi udelukkende at vente? Denne artikel beskriver og drøfter nogle af de oplevelser og reaktioner bl.a. sygeplejersker har haft i forbindelse med at være frontpersonale under COVID-19 pandemiens første bølge. Endvidere fremhæves en række anbefalinger i forhold til at understøtte arbejdsrelateret motivation og trivsel i lignende fremtidige situationer.

**Nøglebegreber:** COVID-19, pandemi, trivsel, mental sundhed, sundheds professionelle

### Introduktion

I februar 2020, hvor første COVID-19 tilfælde blev bekræftet i Danmark, var det nok kun de færreste sundhedsprofessionelle, der havde fantasi til at forestille sig, hvilken massiv indvirkning COVID-19 pandemien ville få på alle niveauer i sundhedsvæsenet ikke alene i Danmark, men i hele verden (1). I kølvandet på et års konstant beredskab, gentagne spidsbelastninger og massive organisatoriske strukturændringer, begynder trætheden og afmagten at melde sig.

Samtidig lurer frygten for, at en muteret COVID-19 variant allerede indenfor få måneder forårsager en ny COVID-19 bølge, som igen vil kunne ramme det danske sundhedsvæsen. Alle holder vejret, mens de venter.

Men behøver vi udelukkende at vente? På baggrund af gennemførte nationale og internationale undersøgelser er der allerede nu forskningsbaseret viden til rådighed, som mange i sundhedsvæsenet kan blive inspireret af i forhold til at forstå, hvordan vi effektivt og hensigtsmæssigt forbereder os på en ny bølge – både på det organisatoriske, det ledelsesmæssige og det sundhedsprofessionelle niveau (2–5). Denne artikel beskriver og drøfter nogle af de oplevelser og reaktioner bl.a. sygeplejersker har haft i forbindelse med at være frontpersonale under COVID-19 pandemiens første bølge. Endvidere fremhæves en række anbefalinger i forhold til at understøtte arbejdsrelateret motivation og trivsel i lignende fremtidige situationer.

### Baggrund

Erfaringer fra lignende pandemier viser, at håndteringen af pandemier bl.a. har været afhængig af de sundhedsprofessionelles villighed til at gå på arbejde, trods risici (6). Forskning har ligeledes vist, at det risikobetonede arbejde i disse perioder har været præget af angst, vrede og frygt (7), samt at sundhedsprofessionelle er specielt udfordret, idet de skal håndtere de smittede patienter, men også sikre beskyttelse af sig selv. Yderligere risikerer de at skulle omplaceres og

herved blive udfordret på nye arbejdsopgaver, relationer og barrierer i forhold til de strukturændringer, det må afstedkomme, samt eventuelle medfølgende oplevelser af ikke at besidde de efterspurgte kompetencer (8). Meget forskningsviden er imidlertid hentet fra lande, der kulturelt set ligger langt fra danske forhold. For at komme bedst muligt gennem både den nuværende men også fremtidige nationale sundhedskriser, synes der derfor at være behov for viden, som vi i Danmark umiddelbart kan relatere os til, og som kan være med til at vise vejen for både det kliniske personale og lederne, som står i frontlinjen.

På Sjællands Universitetshospital (SUH) blev der tidligt i pandemien nedsat et beredskabsudvalg, der var ansvarlig for koordinering og ændring af infrastrukturen på hospitalet. Hospitalet er beliggende på to adresser i henholdsvis Køge og Roskilde, og har tilsammen 24 afdelinger og 738 senge. Under COVID-19 pandemiens første bølge blev der oprettet et ikke-intensivt medicinsk afsnit med 40 senge til COVID-19 patienter i Roskilde. Intensivafdelingen i Roskilde, der plejer at have otte intensive pladser, blev udvidet til 24 intensive senge, og intensiv afsnittet i Køge opretholdt ni intensive pladser. De nye COVID-19 afsnit blev bemandet med personale udlånt fra næsten alle afdelinger på SUH. Derudover bemandede hospitalet et regionalt testcenter i Roskilde. Omstruktureringerne betød, at mange sundhedsprofessionelle skulle omplaceres og dermed varetage nye opgaver sammen med nye kolleger og i nye omgivelser.

For at afdække og dokumentere sundhedsprofessionelles erfaringer med at arbejde i frontlinjen under første bølge af COVID-19, blev der i april 2020 iværksat en større undersøgelse på SUH, FRONTLINE, som skulle afdække, hvordan ledere, forskere og sundhedsprofessionelle oplevede og reagerede på de vidtrækkende strukturændringer (3,9,10). En omfattende engelsk undersøgelse har ligeledes belyst sundhedsprofessionelles arbejdsvilkår og oplevelser under COVID-19 pandemiens første bølge (10).

I denne artikel beskriver og drøfter vi sundhedsprofessionelles oplevelser og reaktioner i forbindelse med COVID-19 pandemien. Væsentlige resultater fra de to undersøgelser fremlægges, og efterfølgende drøftes de og sættes i relation til begrebet "kollektiv robusthed". Afslutningsvis præsenteres en række anbefalinger, som kan være med til at guide såvel ledere som sygeplejersker i fremtidige tilsvarende kritesituationer.

## Præsentation af de to undersøgelser

### Den danske undersøgelse FRONTLINE

Empirien i den danske undersøgelse FRONTLINE blev indsamlet på tværs af SUH med deltagelse af 11 forskere fordelt på syv kliniske afdelinger. Klinisk personale, som enten direkte eller indirekte var involveret i udlån til anden afdeling under første bølge af COVID-19, blev inviteret til at deltage i et fokusgruppeinterview, sammen med kollegaer fra deres egen afdeling. Det samlede antal informanter var 62 og fordelte sig på 44 sygeplejersker, 6 læger, 5 lægesekretærer, 4 social- og sundhedsassistenter, 2 fysioterapeuter og 1 psykolog. Kriterier for deltagelse i fokusgruppeinterview var:

- Klinisk personale udlånt til anden afdeling (primært COVID-19 medicinsk eller intensiv afsnit).
- Klinisk personale, som enten var på standby i eget afsnit, eller oplevede ændrede arbejdsopgaver og/eller strukturer i egen afdeling.

Fokusgruppeinterviewene var semistrukturerede og inspireret af Kvale og Brinkman (11).

Interviewene blev optaget og derefter ordret transskriberet. Alle interviewene blev analyseret ud fra en tematisk analysemetode inspireret af Clarke og Braun (12). Analysemetoden er en trinvis proces med seks faser, hvor mønstre i alle interviewene systematisk identificeres og ekstraheres til generiske temaer.

### Den engelske undersøgelse "The courage of compassion"

Den engelske undersøgelse havde til formål at belyse sundhedsprofessionelles arbejdsvilkår og oplevelser under COVID-19 pandemiens første bølge (10). Undersøgelsen byggede på litteratur review, kvantitative analyser og interview undersøgelser. Litteratur reviewet omfattede videnskabelige litteratur studier med søgning i British Nursing Index (BNI), CINAHL, HMIC, Koha og MEDLINE, suppleret med rapporter udgivet af akademiske og kliniske eksperter. Kvantitative analyser omfattede analyse af data fra det engelske sundhedsvæsen. Interview undersøgelserne omfattede 47 semistrukturerede interview udført virtuelt eller telefonisk og tre fokusgruppe interview med i alt 13 sygeplejersker og jordemødre. Data blev indsamlet i hele UK, og analyseret både kvalitativt og kvantitativt.

## Resultater

Resultaterne fra FRONTLINE (9) førte frem til fem temaer, som var omstillingsparathed, organisering, sikkerhed, fagidentitet og personlig investering. Fælles for de sundhedsprofessionelle var en oplevelse af pendulering mellem meningsfuldhed og mental overbelastning. Denne pendulering kom til udtryk hos den enkelte, og bevægede sig mellem polerne: Frivillighed versus Tvang, Pionerånd versus Arbejdskraft, Tryghed versus Utryghed, Stolthed versus Skam, Samfundssind versus Uretfærdighed, se figur 1. Til strukturering af resultater fra de to undersøgelser tages der afsæt i figur 1.



Figur 1 illustrerer de fem temaer med pendulering mellem meningsfuldhed og mental overbelastning

**Omstillingsparathed:** Nogle informanter meldte sig frivilligt og rapporterede en oplevelse af arbejdsglæde, fordi de var en del af fællesskabet, hvilket medførte en solidaritetsfølelse og en styrkelse af deres fagidentitet. Endvidere fik de erfaringer, de kunne tage med sig videre. Andre rapporterede, at de følte sig tvunget ud i arbejdsopgaver, som de ikke oplevede sig kompetente til.

Den engelske undersøgelse rapporterede, at mange sygeplejersker og jordemødre i løbet af pandemiens første bølge har været nødt til at klare yderligere arbejdspress i forbindelse med sygefravær samt radikale ændringer i arbejdsopgaver, der for mange skabte endnu flere nye krav. Også i denne undersøgelse havde sygeplejersker og jordemødre meldt sig frivilligt til nye arbejdsopgaver for at støtte deres kolleger. Desuden viste undersøgelsen, at høje krav med utilstrækkeligt antal ansatte og manglende ressourcer øgede risikoen for udbrændthed, angst og depression, arbejdsrelateret stress og lavt arbejdsengagement hos sygeplejersker og jordemødre.

**Organisering:** Hos nogle sygeplejersker opstod en følelse af pioner ånd og fællesskab – "Vi gør det her sammen". Andre sygeplejersker udtrykte en følelse af at være udelukkende arbejdskraft, som ganske vist udfyldte vigtige funktioner, men ikke i øvrigt havde indflydelse på tilrettelægningen af arbejdsgange eller vagtplanlægning, hvilket kom til udtryk i stor frustration over organiseringen af vagtplaner, samt pludselige ændringer i denne.

Undersøgelsen fra England fandt, at indflydelse og inddragelse i beslutninger vedrørende ens eget arbejde var væsentlig. Oplevelsen af at føle medansvar for at lede og påvirke, hjælpe med at forme beslutninger inden for et team eller en organisation og føle at ens stemme, meninger og forslag høres og respekteres er grundlæggende for de fagprofessionelles følelse af autonomi. Disse faktorer påvirkede sygeplejerskernes og jordemødrenes opfattelse af at blive respekteret, anerkendt og værdsat, og at de var med til at klare arbejdet i pressede situationer.

**Sikkerhed:** Generelt blev der udtrykt to niveauer af tryghed: 1) egen og patientens sikkerhed, 2) tryghed ved at kunne varetage de skiftende opgaver. De konstante skiftende retningslinjer og manglende adgang til værnemidler øgede oplevelsen af utryghed i forhold til egen og patientens sikkerhed. Oplæringstilbuddene blev beskrevet som værende meget varierende. Ansvar for patienterne på de afsnit man var udlånt til kunne, for nogle, opleves som en stor byrde, hvorimod det for andre føltes som en form for frihed, fordi ansvaret således ikke blev oplevet som værende så stort, når man var udlånt til andre afsnit eller udførte andre arbejdsopgaver. Ekspertrollen kunne lægges væk, hvilket deltagerne beskrev som, "det skabte større grad af tryghed ved egen rolle og forventninger til denne".

Den engelske undersøgelse fremhævede, at sundhedsprofessionelle har et behov for at opleve deres arbejdsindsats som effektiv og meningsfuld. En oplevelse af at bidrage havde en positiv virkning på sygeplejerskernes

og jordemødrenes arbejde og de opnåede lettere resultater, såsom at udøve pleje af høj kvalitet. En vedvarende, belastende arbejdsbyrde var en vigtig faktor, der udløste stressrelateret sygdom, fravær og kunne resultere i opsigelser. Det var også en nøgelfaktor, der forudsagde fejl på arbejdspladsen, som kunne skade patienter eller personale. Dermed var det en faktor, som kunne få en betydelig negativ indvirkning på patienttilfredshed.

**Fagidentitet:** Nogle sygeplejersker oplevede en stolthed over at bidrage til og blive aktivt involveret i at løfte en fælles opgave, samt at lykkes med nye og udfordrende faglige opgaver. Andre sygeplejersker oplevede flovhed og skam over, at det ikke lykkedes at løse faglige opgaver på en måde, de selv var tilfredse med. Flere gav også udtryk for, at de adskillige gange kom til at stå i etiske dilemmaer, som gjorde voldsomt indtryk på dem, og som de efterfølgende ikke havde det godt med at have været en del af.

Den engelske undersøgelse fandt, at der under en krise var behov for at give sygeplejepersonale tid til at mødes for at diskutere sygeplejepraksis, finde en balance mellem arbejde og privatliv samt deltage i beslutninger - ligegyldigt hvor ineffektivt det synes at bruge tid på. Et stigende engagement var desuden forbundet med reducerede omkostninger i forhold til fravær og omkostningerne ved vikardækning.

Personlig investering: Samfundssind gav en følelse af at kunne mere, end man troede, og en stolthed over at kunne bidrage med en personlig investering. I den anden ende af spektret blev der oplevet en frustration, hvis den personlige investering ikke længere gav hverken mening eller faglig stolthed. Dette kom ligeledes til udtryk, hvis man slet og ret kørte træet, fordi der ikke var mulighed for at "lade op" – og hvis arbejdsbyrden samtidig føltes ulige fordelt, ændrede oplevelsen af samfundssind sig til en oplevelse af uretfærdighed.

Den engelske undersøgelse fandt ligeledes, at sundhedsprofessionelle følte sig mere autonome og i kontrol, når de trivedes i deres omgivelser og oplevede, at de og andre behandledes retfærdigt. Endvidere var sundhed og trivsel hos sygeplejersker og jordemødre afgørende for kvaliteten af den pleje, de udøvede, idet trivsel påvirkede deres omsorg, professionalisme og effektivitet. Desuden blev det fremhævet, at balance mellem arbejdsopgaver /arbejdsforhold og fysisk velbefindende blandt andet krævede fleksible og forudsigelige arbejdsplaner.

**Mental sundhed og trivsel samt kollektiv robusthed**  
Resultaterne fra begge undersøgelser tegner et klart billede af, hvordan mental sundhed og trivsel – og ikke mindst fravær af samme - kan være med til at forklare den konstante pendulering mellem polerne "oplevet meningsfuldhed" og "oplevet mental overbelastning", som fremstilles i figur 1. Resultaterne taler sit eget sprog i forhold til hvilke konsekvenser, det kan få for den enkelte sundhedsprofessionelle, men også for organisationen f.eks. i form af truet patientsikkerhed, hvis pendulet i for høj grad og for længe svinger i

retning af mental overbelastning (9,10). En konklusion må derfor være, at der i forbindelse med en ny COVID-19 bølge og i fremtidige lignende krisesituationer nødvendigvis skal sættes ind med tidlige tiltag, som sigter på at styrke den mentale sundhed og trivsel blandt de involverede sundhedsprofessionelle - helt på linje med gennemførelse af nødvendige organisatoriske strukturændringer.

Vigtigheden af at have opmærksomhed på sundhedsprofessionelles mentale sundhed og trivsel er langt fra et nyt tema i sundhedssektoren. En dansk rapport fra 2013, som bygger på en stor landsdækkende undersøgelse af psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker, peger på en tydelig sammenhæng mellem omlægninger, sammenlægninger, nedskæringer samt organisationsændringer og negative virkninger for de ansatte. Det viser sig bl.a. i form af sygefravær, psykiske lidelser og hjertekarsygdomme (13). Rapporten konkluderer, at en strategisk fokusering på ledelseskvalitet samt et tydeligt fundament af gensidig tillid, dialog og anerkendelse på alle arbejdspladser og på alle niveauer er afgørende at satse på, hvis arbejdsmiljø, kvalitet og produktivitet i sundhedsvæsenet skal forbedres. Det er derfor ikke som sådan overraskende, at mental sundhed og trivsel viser sig også at have betydning i en organisatorisk spidsbelastningssituation, som COVID-19 pandemien må siges at være. Det overraskende er, hvor stor betydning opmærksomhed på mental sundhed og trivsel synes at have netop i en periode, som er præget af ultrahurtige og massive strukturændringer, ændrede arbejdsopgaver og voldsom periodevis travlhed.

I bogen *Mental sundhed til alle – ABC i teori og praksis*, som er udgivet af SDU, Institut for Folkesundhedsvidenskab (14) beskrives mental sundhed som

*...en tilstand af trivsel, hvor individet kan udvikle sig og udfolde sine evner, kan håndtere belastninger, indgå i positive sociale relationer og bidrage til fællesskabet. Mental sundhed handler om at opleve at have det godt med sig selv og sit liv – og om at kunne fungere godt i dagligdagen i samspil med andre. Mental sundhed er altså langt mere og andet end blot fravær af psykisk lidelse (s. 15 – med henvisning til Sundhedsstyrelsen og WHO)*

En væsentlig pointe i bogen er, at vejen til bedre mental sundhed og trivsel banes, hvis vi som individer formår at gøre noget aktivt, noget sammen og noget meningsfuldt. Samtidig er det nødvendigt, at vi som samfund skaber rammerne for, at de værdier, der ligger til grund for at gøre noget aktivt, sammen og meningsfuldt, kan trives og gro (14). Set i lyset af de undersøgelser, der her er præsenteret, peger samme pointe i retning af, at hvis indsatsen for at styrke mental sundhed og trivsel i en sundhedsfaglig krisetid skal lykkes, så er det afgørende at sætte ind både samfundsmæssigt, organisatorisk og individuelt (9,10). Resultaterne fra både den danske og den engelske undersøgelse viser desværre, at tiltagene ikke er tilstrækkelige. For at undgå udbrændthed, angst og depression, arbejdsrelateret stress og lavt arbejdsengagement i kriseperioder med særlige spidsbelastninger, er vi nødt til at gøre mere. Men kan vi

det, når sundhedssektoren i forvejen er presset helt i bund? På den anden side, kan man spørge: Kan vi tillade os ikke at gøre noget - ikke alene ud fra et moralsk men også ud fra et patientsikkerhedsmæssigt og økonomisk perspektiv?

Som undersøgelser også peger i retning af, så har politiske tiltag, ledelse på flere niveauer samt lokalt forankrede rammebetingelser uden tvivl stor betydning i forhold til at skabe de betingelser, der skal til for at gøre noget aktivt sammen og meningsfuldt. Forskning viser imidlertid, at det ikke alene er faktorer som organisatoriske strukturer, ledelse og kollegial støtte, som sikrer opretholdelse af mental sundhed og trivsel hos den enkelte sundhedsprofessionelle - hverken i en kendt hverdag eller i en krisesituation. Det er derfor også nødvendigt at arbejde med begrebet robusthed (15).

Ifølge psykolog og ph.d. Eva Hertz kan robusthed forstås som en psykologisk færdighed, der hjælper os til at håndtere stress, udfordringer eller svære hændelser. Det er vores evne til at komme videre, når vi møder udfordringer. Dermed kan robusthed sammenstilles med f.eks. livsduelighed eller modstandskraft (16). Flere forhold har betydning for, i hvilken grad en person oplever at besidde mental robusthed eller ej – herunder indsigt i egne styrker; evnen til tænkning og problemløsning; evnen til at fastholde positive følelser; evnen til at opbygge og fastholde positive relationer og kommunikation samt evnen til at berolige sig selv under pres. Et interventionsstudie har vist, at mental robusthed kan trænes og dermed styrke en person i forhold til at beskytte sig selv fra mental overbelastning bl.a. ved at få mod til at respektere egne grænser og dermed blive i stand til at sige fra på en ordentlig måde, før det er for sent (17). En udfordring er imidlertid, at ansvaret for at undgå mental overbelastning i mange situationer vil kunne tillægges den enkelte – ikke mindst i krisesituationer, som f.eks. en COVID-19 pandemi. Derfor giver det god mening at nuancere begrebet robusthed i retning af at arbejde med kollektiv robusthed, som ikke alene refererer til den enkelte persons ressourcer i forhold til at håndtere oplevet sårbarhed, mental overbelastning og konkrete krisesituationer (17). Kollektiv robusthed handler også om at hjælpe hinanden med at forstå, hvad der er på spil i den fælles sag og dermed blive bedre til at udfordre, ændre og overvinde de belastninger, problemer og risikofaktorer, vi møder i vores arbejdsliv. En måde at gøre det på er at opbygge trygge kollegiale samtalegrupper, hvor deltagerne får mulighed for at fortælle hinanden hvilke udfordringer, der er i spil og på den baggrund lære af hinandens måder at reagere og handle på. Erfaringer viser dog, at hvis det skal lykkes, så er det nødvendigt med rimelig faste rammer for, hvordan samtalerne afvikles (18). I mange organisationer er sådanne samtalegrupper allerede etableret – også i sundhedsvæsenet. Bl.a. blev der i 2020 iværksat et forskningssamarbejde mellem en afdeling på Herlev Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som skal gøre det både legalt og almindeligt at tale med kolleger om det, der opleves som svært i hverdagen. Ønsket er over tid at kunne fremme en åbenheds- og læringskultur blandt sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet, som i sidste ende også



vil gavne patientsikkerheden (19). Set i lyset af bl.a. figur 1 er det imidlertid et spørgsmål, om vi kan vente ret meget længere med at skabe flere kollegiale samtalegrupper. Måske er vi et sted, hvor vi bare skal springe ud i det?

### Implikationer for praksis

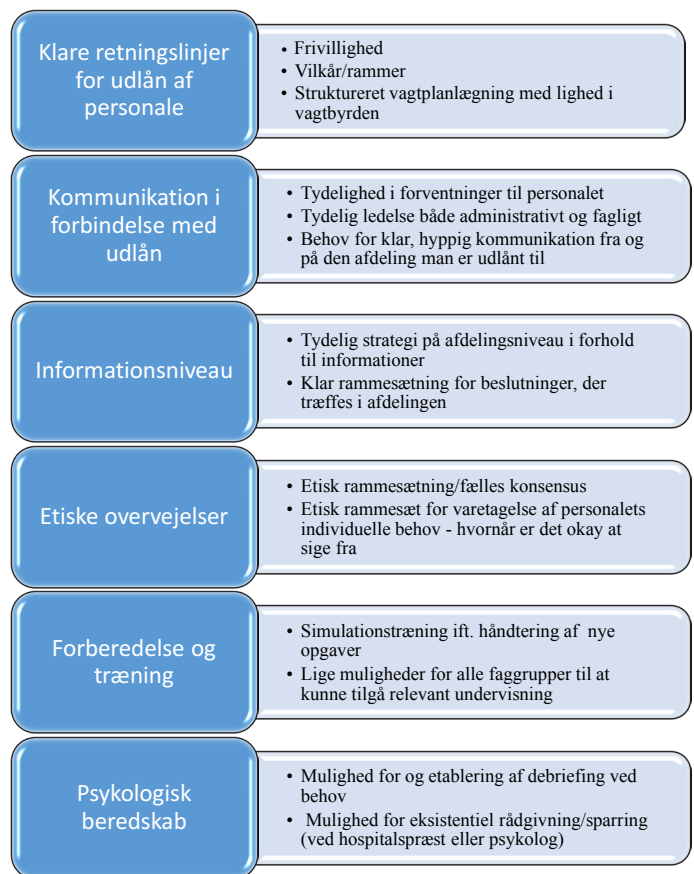
Som beskrevet kan ideen om kollegiale samtalegrupper langt fra stå alene. På baggrund af tilbagemeldinger fra personalet, der deltog i FRONTLINE interviewene er der derfor udarbejdet seks konkrete anbefalinger (Boks 1), som blandt andet omhandler behov for klare retningslinjer for udlån af personale, forberedelse og træning af personale der skal udlånes, etiske overvejelser samt psykologisk beredskab (9). Der er ligeledes udarbejdet anbefalinger fra det engelske review, som overordnet omhandler tre behov hos fagprofessionelle: behov for autonomi, behov for at "høre til" (på engelsk: belonging), samt behovet for at præstere værdsatte resultater (på engelsk: contribution) (10). Set i relation til denne artikels fokus på hvordan man kan understøtte og udvikle sundhedsprofessionelles mentale sundhed og trivsel - både generelt og i krisesituationer - er det tydeligt, at anbefalingerne på forskellig vis understøtter dette fokus. Vores opfordring er derfor, at man både organisatorisk, lokalt og individuelt drøfter anbefalingerne og reflekterer over, hvad der med fordel kan iværksættes af tiltag, som understøtter de sundhedsprofessionelles mentale sundhed og trivsel. En væsentlig pointe i denne sammenhæng er, at det aldrig hverken kan eller må blive udelukkende den enkelte sundhedsprofessionelles ansvar at fastholde arbejdsrelateret mental sundhed og trivsel - heller ikke i en samfundsmæssig krisesituation. Vi er også nødt til at tage et fælles kollegialt ansvar.

### Tak

Vi vil gerne takke den øvrige forskningsgruppe for et godt samarbejde i forbindelse med FRONTLINE projektet. Også tak til alle kollegaer der deltog i fokusgruppe interviewene, hvis deltagelse gjorde undersøgelsen mulig.

### Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. COVID-19 - Risk assessment, strategy and action in epidemics in Denmark [COVID-19 - Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark]. Sundhedsstyrelsen; 2020 s. 22.
2. Daly J, Jackson D, Anders R, Davidson PM. Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership. J Clin Nurs. 20. april 2020;0(0):2751-2.
3. Hølge-Hazelton B, Kjerholt M, Rosted E, Hansen ST, Borre LZ, McCormack B. Health Professional Frontline Leaders' Experiences During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. Journal of Healthcare Leadership. 14. december 2020;2021(13):7-18.
4. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care. 28. april 2020;204887262092279.
5. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, m.fl. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During



Boks 1. Anbefalinger der kan tages afsæt i ved refleksioner over tiltag, som understøtter de sundhedsprofessionelles mentale sundhed og trivsel såvel organisatorisk, lokalt og individuelt

- the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. JAMA Netw Open. 28. maj 2020;3(5).
6. Ives J, Greenfield S, Parry JM, Draper H, Gratus C, Petts JI, m.fl. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. BMC Public Health. 12. februar 2009;9(1):56.
  7. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, m.fl. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. CMAJ. 13. maj 2003;168(10):1245-51.
  8. Suwantarat N, Apisarnthanarak A. Risks to healthcare workers with emerging diseases: lessons from MERS-CoV, Ebola, SARS, and avian flu. Curr Opin Infect Dis. august 2015;28(4):349-61.
  9. Beck M, Busk H, Geisler A, Krogsgaard M, Kjerholt M, Mortensen CB, m.fl. FRONTLINE - et COVID-19-projekt på Sjællands Universitetshospital. <https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/suh/Om/Forskning/Forskningsstoetteenheden/Sider/FRONTLINE-COVID-19-projekt.aspx>: Sjællands Universitetshospital; 2020.
  10. West M, Bailey S, Williams E. The courage of compassion - Supporting nurses and midwives to deliver high-quality care. The King's Fund; 2020.
  11. Kvale S, Brinkmann S. Interview. Introduktion til et

- håndværk. 2. udgave. Bd. 2008. Hans Reitzels Forlag; 2008.
12. Clarke V, Braun V. Successful qualitative research: A practical guide for beginners. SAGE Publishing; 2013.
  13. Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker | Løn og arbejdsvilkår, DSR [Internet]. DSR. 2016 [henvist 28. februar 2021]. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/loen-og-arbejdsvilkaar/arbejdsmiljoe/psykisk-arbejdsmiljoe/psykisk-arbejdsmiljoe-blandt>
  14. Koushede V, ABC-partnerskabet. Mental sundhed til alle – ABC i teori og praksis [Internet]. Odense: SDU Institut for Folkesundhedsvidenskab; 2018 [henvist 18. februar 2021]. Tilgængelig hos: [file:///E:/Roskilde\\_maj2018/%C3%98NHK/litteratur/bog-mental-sundhed-abc\\_ny\\_juni19\\_lowres.pdf](file:///E:/Roskilde_maj2018/%C3%98NHK/litteratur/bog-mental-sundhed-abc_ny_juni19_lowres.pdf)
  15. Hertz E. MENTAL ROBUSTHEDSTRÆNING I LIVGARDEN. Psyke og Logos. 2015(36):219–37.
  16. Robusthed | Bliv bedre til at håndtere kriser og stress [Internet]. Alt om psykologi. 2017 [henvist 15. februar 2021]. Tilgængelig hos: <https://altompsykologi.dk/2017/08/vi-kan-traene-vores-evne-haandtere-stress/>
  17. Robusthed i praksis – individuelt og kollektivt | Forlaget Mindspace [Internet]. [henvist 28. februar 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.forlagetmindspace.dk/udgivelser/de-psykologiske-udgivelser/robusthed-i-praksis>
  18. Bab M, Jakobsen NJ. eBog – 7 principper om udvikling af kollektiv robusthed [Internet]. Gnist. 2018 [henvist 28. februar 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.gnist.com/7principper/>
  19. Nyt initiativ skal styrke medarbejdernes mentale sundhed [Internet]. Patientsikkerhed. 2020 [henvist 28. februar 2021]. Tilgængelig hos: <https://patientsikkerhed.dk/nyt-initiativ-skal-styrke-medarbejdernes-mentale-sundhed/>



**Af: Iben Simoni Vestergaard Pedersen, cand.cur.-studerende, Aarhus Universitet  
HEALTH, Institut for Folkesundhed, mail: Ibensimoni@gmail.com**

**Ulla Gars Jensen, cand.scient.soc, lektor ved Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser,  
Københavns Professionshøjskole, mail:ulje@kp.dk**

**Trine Ungermann Fredskild, cand.cur. ph.d. Chefkonsulent og Projektchef Lærings- og Forskningshuset,  
Sygehus Sønderjylland Aabenraa. Ekstern Lektor ved Århus Universitet  
mail:TUF@rsyd.dk**

## Videnskabelig artikel

### Sygeplejerskernes oplevelser under COVID-19-pandemien

#### Abstract

Formålet med denne undersøgelse var at finde ud af, hvilke faktorer der er vigtige for de sygeplejersker, som har arbejdet under COVID-19-pandemien i Danmark. Til dette er der anvendt 49 forskellige Corona-dagbøger, fra sygeplejersker rundt omkring i Danmark, der er analyseret ud fra et fænomenologisk-hermeneutisk perspektiv. Konklusionen på undersøgelsen viser, at patienternes velbefindende er en af de vigtigste faktorer for sygeplejerskerne. Mindre information, ensretning af informationsstrømmen, tilstrækkeligt med værnemidler, mere struktur, mere fri og en ledelse, der lytter vægtes også højt. Korpsånd er yderligere identificeret som en vigtig faktor for de danske sygeplejersker, som har arbejdet under pandemien.

#### Nøgleord:

COVID-19, pandemi, danske sygeplejersker, Corona.

#### Baggrund

COVID-19-pandemien har på ganske kort tid vendt op og ned på hele verden (1). Danmark har været lukket ned, men sygeplejerskerne har arbejdet videre, da de udfører en kritisk funktion i samfundet (2). Det hele begyndte i januar 2020, hvor verdenssundhedsorganisationen WHO fortalte om flere tilfælde af lungebetændelse i Wuhan i det østlige Kina. Lungebetændelsen skyldtes en helt ny type virus. Denne virus fik senere navnet Coronavirus, og sygdommen kom til at hedde COVID-19. Udbruddet af den nye virus spredte sig i løbet af foråret til resten af verden. I Danmark har vi vores første tilfælde af COVID-19 den 27. februar (3). COVID-19 er en type af Coronavirus som også kaldes SARS-CoV2. Den skyldes en infektion i luftvejene, og de fleste smittede vil opleve forkølelses- og influenzalig-

nende symptomer. Sygdomsbilledet varierer dog lige fra ingen symptomer eller mild infektion af de øvre luftveje til alvorlig infektion af de nedre luftveje. COVID-19 går hen og bliver livstruende, når den medfører lungebetændelse, "Acute Respiratory Distress Syndrome", blodforgiftning eller organsvigt (3). Sygdommen overføres både ved kontaktsmitte og dråbesmitte. Selv personer helt uden symptomer kan være smittede og give smitten videre. Det gør, at sygdommen let har kunnet sprede sig, da denne gruppe af smittede personer ikke er klar over, at de bærer smitten (4). I Danmark har der været perioder med nedlukning af samfundet, men alle sygeplejersker har skullet fortsætte deres arbejde (5).

Der er meget, som har ændret sig for sygeplejerskerne i Danmark under COVID-19-krisen. Risikoen for selv at blive smittet eller for at komme til at smitte andre ligger i baghovedet. Samtidig er nogle hospitalsafsnit lukket midlertidigt ned for at gøre plads til de nye COVID-19-patienter. Det har betydet, at mange sygeplejersker har fået nye arbejdsopgaver eller er blevet flyttet til andre afdelinger. De er blandt andet blevet flyttet til nyoprettede pandemiafsnit, hvor man har skullet stå klar i et akutberedskab til at passe Coronapatienterne. Sygeplejerskerne ude i kommunerne har også oplevet store forandringer. Her er der mange nye tiltag, som hjemmesygeplejerskerne skal følge så som afstandskrav på to meter imellem kollegaerne til morgenmøde. Hjemmesygeplejerskerne kommer ud til ældre og syge borgere og er derfor meget opmærksomme på kun at besøge de borgere, hvor det er mest nødvendigt. For ikke at bringe smitte med rundt er telefonbesøg taget i brug (6). Disse ændringer og denne form for krise er ny. Der mangler viden, og fundene fra nærværende undersøgelse kan

tilføre ny viden og dermed være med til at styrke sygeplejerskerne i deres arbejde under en pandemi.

### Metode

Undersøgelsen tager udgangspunkt i en fænomenologisk-hermeneutisk tankegang. I nærværende undersøgelse er fænomenologien valgt, fordi det handler om at nå frem til essensen af sygeplejerskernes oplevelser. Hermeneutikken er valgt for at skabe mening ved hjælp af fortolkning (7)(8). Empirien for denne opgave er sygeplejerskernes Corona-dagbøger, som er nedskrevne menneskelige erfaringer. Disse er udgivet af Dansk Sygeplejeråd (DSR) og ikke af fortælleren selv. Det betyder, at der i analysen af dagbøgerne fortolkes yderligere på noget, der allerede er nedskrevet og udgivet.

### Empiri

Empirien består af "Sygeplejerske under corona", som er en række dagbogslignende portrætter kaldet "Corona-dagbøger" (6). Disse Corona-dagbøger indeholder danske sygeplejerskers beretninger om deres arbejde under COVID-19-pandemien. Dagbøgerne er dateret fra den 14. marts og frem til den 17. september 2020. De er løbende blevet bragt på DSRs facebookside. Dagbøgerne består primært af direkte tale dog med metatekst, som forklarer om den pågældende arbejdssituation. På DSRs hjemmeside er der på undersøgelsestidspunktet samlet 49 af dagbøgerne (6). Disse 49 Corona-dagbøger udgør således empirien og danner grundlaget for undersøgelsen. DSR bringer fortsat nye Corona-dagbøger og opfordrer sygeplejerskerne til at fortælle deres historier om dét at arbejde under pandemien.

### Etik

Empirien til denne undersøgelse er hentet på Internettet. Sygeplejerskerne har skrevet deres dagbøger til fagfæller. DSR har både udgivet dem på deres facebookside og på deres hjemmeside. Internettet er et grænseland, hvor alt er offentligt tilgængeligt, men alligevel kan det føles meget privat. Fokus i denne undersøgelse har derfor været at behandle dagbøgernes indhold med respekt og ordent-

lighed ved at være tro mod deres oprindelige indhold (9).

### Analysemetode

Empirien blev analyseret med afsæt i professor Pia Dreyers og lektor Birthe D. Pedersens fremlæggelse af en analysemetode inspireret af den franske filosof Paul Ricoeurs fortolkningsteori (10). Dreyers og Pedersens analysemetode tager udgangspunkt i tre analysetrin: Den naive læsning, strukturanalysen, og kritisk fortolkning og diskussion. De 49 dagbøger blev gennemlæst, og der blev gennem de to første analysetrin skabt meningsenheder, betydningsenheder, og til sidst blev der dannet temaer (se tabel 1). Temaerne blev herefter kritisk fortolket og diskuteret.

### Fund

I analysen fremkom der tre temaer. De tre temaer var "En sekssporet motorvej af informationer og ændringer", "Korpsånd i en gyngende båd" og "Sygeplejerskerne indtager en ny rolle overfor patienterne/borgerne." I det følgende udbydes hvert tema ud fra citater fra Corona-dagbøgerne.

### En sekssporet motorvej af informationer og ændringer

COVID-19 -pandemien har ført et hav af forandringer og informationer med sig. Der kommer hele tiden nye anbefalinger, restriktioner eller retningslinjer. Denne konstante informationsstrøm oplever sygeplejerskerne også:

*"Sundhedsfagligt bliver vi tæppebombet med retningslinjer, hvor det kan være en udfordring at sortere i 'need to know' og 'nice to know'. Det er nødt til at være sådan. Men det kommer i så store mængder, som vi ikke er vant til at håndtere. Hvis man følger strømmen af officielle udmeldinger, er det som at stå på en motorvej med seks spor." (Informant 3).*

Informationerne er mange, og sygeplejerskerne har svært ved at følge med. Det kræver tid at sætte sig ind i tingene, og det er tid, sygeplejerskerne ikke har til rådighed. Restriktioner og ændringer fortsætter i privatlivet, hvor COVID-19-informationsstrømmen fortsætter. Dét at slappe af og holde fri er vigtigt for at kunne håndtere arbejdspresset.

Meningsenheder	Betydningsenheder	Temaer
<i>"Sundhedsfagligt bliver vi tæppebombet med retningslinjer, hvor det kan være en udfordring at sortere i 'need to know' og 'nice to know'. Det er nødt til at være sådan. Men det kommer i så store mængder, som vi ikke er vant til at håndtere. Hvis man følger strømmen af officielle udmeldinger, er det som at stå på en motorvej med seks spor. Normalt er der én i en udviklingsposition, der sorterer i det, og hun kæmper en brav for at følge med" (Informant 2).</i>	Sygeplejerskerne får alt for mange informationer og retningslinjer. De får så mange, at det er svært at sortere i dem. De kan slet ikke følge med informationsmængden.	<b>En sekssporet motorvej af informationer og ændringer.</b>

Tabel 1 eksempel på strukturanalysen.

Yderligere opstår nye COVID-19-afsnit ud af det blå, og det oplever sygeplejerskerne som et kaos: "De første dage vidste ingen, hvor noget var. Alle var nye, og der var ingen ledelsesstruktur" (Informant 20) og "Jeg har ikke fortrudt. Jeg er ved godt mod, men jeg håber på lidt mere struktur" (Informant 20). Strukturen er en vigtig faktor for sygeplejerskerne for at få hverdagen til at glide lettere.

En anden vigtig faktor er værnemidlerne. De nye ændringer og retningslinjer har resulteret i et større forbrug af værnemidler både for at beskytte sig selv og patienterne. Problemet er bare, at der ikke er nok:

*"Vi løb tør for mundbind og visirer i løbet af den første uge. En hygiejnesygeplejerske samlede nytårsbriller ind blandt privatpersoner, som donerede deres nytårsbriller, og de første dage måtte vi genbruge vores mundbind. (...) Det var på ingen måde ok, men det var nødt til at være sådan."* (Informant 28).

Sygeplejerskerne er klar over, at de her arbejdsforhold ikke er ok, men der er ikke noget at gøre ved det i en krisesituation. Hverdagen er presset. Alle forandringerne og informationerne gør, at det bliver svært at navigere i for sygeplejerskerne. Det føles som at stå på en seksporet motorvej, hvor informationerne og ændringerne suser forbi. Derfor er struktur og ensretning af informationen vigtig for sygeplejerskerne.

### Korpsånd i en gyngende båd

I Corona-dagbøgerne beskrives en helt speciel stemning blandt sygeplejerskerne. Det er en stemning, som løfter humøret, selvom tingene tilsyneladende ser håbløse ud: "Stemningen var klar: Det HER skulle vi ALLE være sammen om. Hvad end der kom ind af døren, så var vi klar, og vi skulle stå sammen på trods af forskellige kompetencer og fra forskellige specialer" (Informant 10). Dét, at alle arbejder med samme mission og under de samme forhold, gør at sygeplejerskerne befinder sig i samme båd. Uanset hvad den nye COVID-19-sygdom bringer med sig, så er sygeplejeteamet klar. Det er ikke kun sygeplejersker, der er vant til at arbejde sammen, som oplever denne holdånd. Det er også sygeplejersker, som normalt arbejder i andre funktioner eller i andre afdelinger: "De akademiske sygeplejersker tager også del i vagterne, og de hjælper med at organisere, lave instrukser og undervise. Korpsånden er mere tydelig og vi bliver rystet sammen, fordi vi er i en krisesituation" (Informant 34).

Den korpsånd, der bliver beskrevet af flere i Corona-dagbøgerne, kan have indflydelse på sygeplejerskernes måde at tilgå den pressede situation. De kan holde ud at arbejde flere timer, end de plejer og under pressede vilkår: "Der var en helt unik ånd. En positiv vilje til at få det til at fungere. Jeg gik stolt hjem. Det er bare noget, vi sygeplejersker kan rent fagligt. Vi er problemløsende på en effektiv måde" (Informant 22). Dét, at sygeplejerskerne kan gå stolte hjem og se, at deres arbejde nytter noget, er med til at give arbejdsglæde. Det er teamwork og korpsånd, der gør det muligt for sygeplejerskerne at holde situationen ud.

Korpsånden ses også på lederniveau: "Jeg oplever et sammenhold, en hjælpsomhed og fleksibilitet mellem mine lederkollegaer og mellem medarbejderen, som er unik og livs-

bekræftende. Det giver håb" (Informant 26). Ledelsen er en vigtig del for at få sygeplejerskernes hverdag til at hænge sammen. Nogle sygeplejersker beskriver en fraværende ledelse, hvor personalet mangler et skulderklap. Andre beskriver en ledelse, som er lyttende, og som opdaterer personalegruppen løbende. "Vi har en utrolig dygtig, synlig og tilstedeværende ledelse, som sender daglige mails om update og ændringer. Det gør mig tryk. De lytter til personalets bekymring, uden at bortforklare. De har undersøgt alle de spørgsmål, der er kommet..." (Informant 16). En ledelse, der lytter og som undersøger de spørgsmål, der måtte være, gør at sygeplejerskerne kan føle sig mere trygge. Det er samtidig vigtigt, at ledelsen er synlig. Det giver et billede af, at alle er i samme båd i denne specielle krisesituation. Oplæring og sikkerhedstiltag er med til at skabe et godt arbejdsmiljø for sygeplejerskerne. Andre sygeplejersker beskriver dog sparsom oplæring grundet den pludselige krisesituation. "Jeg fik et endags kursus og blev kastet ud i at skulle passe patienter på stuerne. Jeg kunne godt have brugt at være fæl i 1 eller 2 dage. Men jeg ved godt, at der ikke var de ressourcer. Det betyder, at jeg hver dag står i situationer, som jeg aldrig har prøvet før" (Informant 42). Disse sygeplejersker fortæller, at de ikke har følt sig klar til at håndtere det, de har stået i. En sygeplejerske finder det også kritisabelt, at arbejdet er foregået med så mange nye kolleger.

Sammenhold og tryghed viser sig som vigtige faktorer for sygeplejerskerne under COVID-19-pandemien. Udover holdånd i arbejdsteamet blev oplæring, samt en lyttende ledelse således også identificeret som vigtige faktorer for sygeplejersken i denne krisesituation.

Sygeplejerskerne indtager en ny rolle overfor patienterne/borgerne

Patienterne og borgerne kan grundet restriktioner i samfundet ikke få besøg af deres pårørende i samme omfang som tidligere. Det betyder, at sygeplejerskerne skal ind og udfylde en langt større rolle end før: "Vi er meget opmærksomme på, at vores patienter kommer til at blive ensomme, når de ikke længere kan få besøg, og at vi i personalegruppen faktisk er deres nærmeste lige nu" (Informant 3). Situationen i samfundet gør, at sygeplejerskerne skal ind og tage de pårørendes rolle samtidig med, at de skal være professionelle og passe deres arbejde. Sygeplejerskerne finder også plads til at komme med alternative løsninger på de problemer, som COVID-19 har skabt: "Jeg forsøger at tænke lidt ud af boksen, og bruger f.eks. min egen telefon til at Facetime, hvis nogle lige har behov for at se deres børn eller børnebørn - eller bare trænger til at høre deres stemme." (Informant 3). Sygeplejerskerne har fået en ny rolle over for patienterne, og her bliver sygeplejerskerne nødt til at tænke kreativt.

Én ting skinner igennem i alle Corona-dagbøgerne. Sygeplejerskerne tænker på patienterne, før de tænker på sig selv: "Sygeplejerskerne i Akutmodtagelsen er bevidste om risikoen for selv at blive smittede og derved også risikoen for at bringe smitte med hjem til deres familie. Alligevel møder de op og vil gerne gøre en ekstra indsats. Det er både imponerende og rørende" (Informant 12). Sygeplejerskerne trods smitтерisiko, og dag efter dag møder de på arbejde og viser herved, at patienternes velbefindende er en af de vigtigste faktorer for dem.

Under COVID-19-krisen har sygeplejerskerne fået en ny rolle over for patienterne, hvor sundhedspersonalet må tage de pårørendes plads. Det kræver mere af sygeplejerskerne, som må finde kreative løsninger. Sygeplejersken overkommer dette, da patienternes velbefindende er vigtigst.

## Diskussion

De tre fremkomne temaer blev i undersøgelsen diskuteret med fremsøgte internationale artikler.

Natasha Shaukat m.fl. har i en ny artikel *"Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review"* (11) konkluderet, at sygeplejersker, der har plejet COVID-19-patienter, er i risiko for fysiske og mentale problemer. Artiklen foreslår at implementere kortere arbejdsdage, sikre udstyr, så personalet ikke bliver smittet samt tilbyde mental støtte til sygeplejerskerne (11).

I temaet *"En sekssporet motorvej af informationer og ændringer"* nævnes den faktor at holde mere fri. Dette kan sammenlignes med artiklens forslag om kortere dage. I temaet handler det om at få et afbræk fra arbejdet, så man kan hvile sig. Det handler også om at komme fysisk væk fra den konstante informationsstrøm. Nogle af informanterne nævner, at de arbejder lange dage hver dag. De giver udtryk for, at de gerne vil tilbage til normalen, som er kortere dage samt flere fridage. I samme tema findes også vigtigheden af det korrekte udstyr, så sygeplejerskerne har de værnemidler, de skal bruge for at beskytte sig selv og patienterne. Dette er sammenligneligt med Shaukats resultater. I temaet *"Korpsånd i en gyngende båd"* kommer informanterne lidt ind på det, som Shaukats artikel nævner om mental støtte. I temaet er det fundet vigtigt for sygeplejerskerne at have en støttende og lyttende ledelse. På samme måde er det fundet vigtigt, at der er en holdånd i personalegruppen. Det kan tolkes som at sammenhold og tryghed giver en mental støtte. Samlet set er analysens to første fund samstemmende med forslagene i Shaukats artikel.

I den amerikanske artikel *"The impact of the Coronavirus pandemic on the global nursing workforce"* (12) af Sheila Hass m.fl. peges der på, at sygeplejerskerne i USA er så engagerede i at pleje deres patienter under Covid-19-pandemien, at det har konsekvenser for deres eget fysiske og mentale helbred (12). Dette kan sammenlignes med det, som sygeplejerskerne i Danmark beretter om. I analysens sidste tema *"Sygeplejerskerne indtager en ny rolle overfor patienterne/borgerne"* står det meget klart, at patienterne er vigtigere for sygeplejerskerne end den smittefare, de udsætter sig selv for. Det handler om patienternes velbefindende, og sygeplejerskerne sætter sig selv i anden række.

I Alan Glaspers artikel fra England *"Helping nurses to provide optimum care in the second wave of the pandemic"* (13) peges der på tre kernebehov, som vil styrke sygeplejerskerne på arbejdet. Det første kernebehov er autonomi. Det handler om at kunne stå inde for det arbejde, man udfører samtidig med, at sygeplejerskerne har kontrol over det arbejde, de udfører (13). I det første tema *"En sekssporet motorvej af informationer og ændringer"* nævnes behovet for struktur på arbejdspladsen, fordi alt er kaos. Her udtrykkes der også et behov for værnemidler nok til alle. Sygeplejerskerne skal gå på kompromis med deres faglighed og genbruge deres

mundbind. De kan ikke frit bestemme men må indordne sig det kaos, krisen har skabt. Det, at sygeplejerskerne må indordne sig og gå på kompromis med deres faglighed, kan tolkes som mangel på autonomi i krisesituationen. Sygeplejerskerne har dermed ikke den autonomi, som Glasper beskriver i sin artikel.

Det næste kernebehov handler om at høre til. Det betyder, at man føler støtte på arbejdspladsen, at der drages omsorg for én samtidig med, at man selv drager omsorg for andre (13). Dette ligger i tråd med temaet *"Korpsånd i en gyngende båd"*. Her er sammenhold, tryghed og en lyttende ledelse faktorer, som er med til at give sygeplejerskerne en god trivsel på jobbet.

Det sidste kernebehov, som er nævnt i Glaspers artikel, er at bidrage. Det handler om at kunne bidrage på arbejdspladsen og se resultater af ens arbejde (13). Analysens fund peger ikke direkte på, at de danske sygeplejersker oplever en værdi i at se resultater på deres arbejdsplads, men i temaet *"Sygeplejerskerne indtager en ny rolle overfor patienterne/borgerne"* betyder patienterne meget for sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne går ind og tager de pårørendes rolle, når patienterne ikke må få besøg. Det, at sygeplejerskerne påtager sig den nye rolle samtidig med, at de trods smittefaren ved at gå på arbejde, kan sammenlignes med, at de ser stor værdi i at bidrage på arbejdspladsen. Det er på grund af patienterne, at sygeplejerskerne yder en ekstra indsats. Her kan det tolkes, at sygeplejerskerne ser en værdi i at være der for patienterne og hjælpe dem bedst muligt. Dette kan man sammenligne med det sidste kernebehov fra Glaspers artikel.

## Metodediskussion

I undersøgelsen er den anvendte empiri Corona-dagbøger fra danske sygeplejersker. Det er Dansk Sygeplejeråd, som har udgivet dem, og det er uvist, hvor meget en journalist har behandlet dagbøgerne før udgivelsen (6). Det bør man være opmærksom på. Det unikke ved Corona-dagbøgerne er imidlertid, at de er skrevet på sygeplejerskernes eget initiativ, og formentligt om det, der fylder hos dem i denne her krisetid. Det er med til at styrke undersøgelsens troværdighed og pålidelighed.

COVID-19 er fortsat et aktuelt emne, og man kan derfor sætte spørgsmålstegn ved, om det er for tidligt at konkludere på undersøgelsen. Alle Corona-dagbøgerne er skrevet mellem 14. marts og 17. september 2020. Krisen har været lang og er i skrivende stund ikke ovre. Spørgsmålet er, om man først kan se det fulde billede af, hvilke faktorer, som er vigtige for sygeplejerskerne, når COVID-19-krisen er ovre. I det tilfælde kan undersøgelsen ses som en midtvejsevaluering. Det er en opsamling på sygeplejerskernes behov og et fokus på, hvad der er vigtigt for sygeplejerskerne. Undersøgelsen kan give vigtig viden om den situation sygeplejerskerne står i, og resultaterne kan anvendes her og nu.

## Konklusion

Patienterne er en af de vigtigste faktorer for sygeplejerskerne i Danmark under pandemien, og patienternes velbefindende opleves som vigtigere end smittefaren.

Sammenholdet er en anden betydningsfuld faktor for sygeplejerskerne. Teamwork og korpsånd er med til at holde gejsten oppe og at få den enkelte sygeplejerske til at føle, at hun hører til. Sygeplejerskerne har brug for mere struktur og mindre kaos, men med teamwork og korpsånd klarer de situationen, når det nu ikke kan være anderledes. Oplæring og en lyttende ledelse er andre faktorer, som sammen med tryghed er vigtige for sygeplejerskerne. Ensretning af informasjonsstrømmen er også fundet betydningsfuldt for de danske sygeplejersker. Sidst men bestemt ikke mindst, så er det vigtigt for sygeplejerskerne at have tilstrækkeligt af de værnemidler, som de skal anvende. Uden de rigtige værnemidler kan de unødvendigt komme til at sætte sig selv og patienterne i fare for smitte. Ikke alle de nævnte faktorer er lette at gøre noget ved i en krisesituation som COVID-19-pandemien, men de er vigtige, for at passe på de sygeplejersker, vi har.

### Perspektivering

Konklusionen på undersøgelsen peger på nogle faktorer, som er vigtige for sygeplejerskerne i Danmark under COVID-19-pandemien. Resultaterne kan anvendes til at gøre noget ved sygeplejerskernes arbejdsforhold nu, under krisen og i fremtiden. Samtidig kan resultaterne perspektivere til sygeplejerskernes normale arbejdsforhold.

I en undersøgelse fra Storbritannien beskrives det, at inden COVID-19 ramte verden havde sygeplejerskerne problemer med jobtilfredsheden. Globalt set er der mangel på sygeplejersker, og imellem 30-50% af sygeplejerskerne i Storbritannien overvejede at forlade jobbet, blandt andet på grund af mangel på personale og mangel på støtte. I undersøgelsen fremhæves det, at COVID-19-krisen kun har forværret situationen for sygeplejerskerne yderligere (14). Vi ved ikke, hvad fremtiden bringer, men lige nu står verden i en krise, som slider på sundhedspersonalet. Måske bør vi kigge ud over Danmarks grænser og landene imellem inspirere hinanden til nye løsninger til håndtering af sygeplejerskernes trivsel eller blive bekræftet i, at vi alle står med samme udfordringer - i samme gyngende båd.

### Referencer

- 1) Østebø SU. Virkeligheden efter krisen bliver en anden - sådan ændres dine vaner og adfærd. tv2.dk. 3/4/2020. Hentet 1. januar 2021. Tilgængelig hos: <https://nyheder.tv2.dk/2020-04-03-virkeligheden-efter-krisen-bliver-en-anden-saadan-aendres-dine-vaner-og-adfaerd>
- 2) Statsministeriet. Situationen kommer til at stille kæmpe krav til os alle sammen. 11/3/2020 Hentet 1. januar 2021. Tilgængelig hos: <https://www.regeringen.dk/nyheder/2020/statsminister-mette-frederiksens-indledning-paa-pressemoeede-i-statsministeriet-om-corona-virus-den-11-marts-2020/>
- 3) Statens Serum Institut. Om covid-19. 2020. Hentet 1. januar 2021. Tilgængelig hos: <https://covid19.ssi.dk/om-covid19>
- 4) Sundhedsstyrelsen. Sådan smitter ny coronavirus. 1/1/2021. Hentet 1. januar 2021. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/corona/COVID-19-og-ny-coronavirus/Saadan-smitter-ny-coronavirus>
- 5) Sundhedsmonitor. Overblik over historisk corona-indgreb: Offentligt ansatte sendes hjem, men sundhedspersonale skal stadig gå på arbejde. 2020. Hentet 1. januar 2021. Tilgængelig hos: <https://politikensundhed.dk/nyheder/art7700719/Offentligt-ansatte-sendes-hjem-men-sundhedspersonale-skal-stadig-g%C3%A5-p%C3%A5-arbejde>
- 6) Dansk Sygeplejeråd. Sygeplejersker i forreste række under sundhedskrisen. Sygeplejersken. Hentet 1. januar 2021. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyheder/sygeplejersker-i-forreste-raekke-under-sundhedskrisen>
- 7) Friberg F, Öhlen J. Fænomenologi og hermeneutik. I: Henricson M (ed). Videnskabelig teori og metode fra idé til eksamination. 1. udgave, 3. oplag. København: Munksgaard; 2016. s. 333-359.
- 8) Ricoeur P. Explanation and understanding. I: Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning. Texas Christian University Press; 1976. s. 71-95.
- 9) Madsen KH. Selvbiografer som empiri. I: Glasdam S (ed). Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder. 1. udgave, 3. oplag. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2013. s. 83-93.
- 10) Dreyer P, Pedersen BD. Fænomenologisk-hermeneutisk forskningstilgang- inspireret af Ricoeur's fortolkningsteori. I: Gilberg FA, Hounsgaard L (ed). Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning. 1. udgave. Aarhus: Klim; 2018. s. 193-209.
- 11) Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. International Journal of Emergency Medicine. 2020.
- 12) Haas S, Swan BA, Jessie AT. The impact of the Coronavirus pandemic on the global nursing workforce. Nursing Economics. 2020. Vol.38 nr. 5. s. 231-237.
- 13) Gasper A. Helping nurses to provide optimum care in the second wave of the pandemic. British Journal of Nursing. 2020. Vol. 29 nr. 21. s. 1292-1293.
- 14) Senek M, Robertson S, Ryan T, M.fl. Determinants of nurse job dissatisfaction - findings from a cross sectional survey analysis in the UK. BMC Nursing. 2020.

# Stafetten

## –mød en kollega



**Af: Stine Gundtoft Roikjær, Forskningsassistent og Ph.d. studerende. Neurologisk afdeling og forskningsenheden PROgrez, Medicin 3, Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse. Region Sjælland.**

*Hvad er din jobtitel, og hvad består dit job af?*

Forskningsassistent og Ph.d. studerende. Min opgave er at drive patientnær forskning for patientgrupper indenfor neurologi, og hermed bidrage til målsætningen i Sygehuseets forskningsstrategi.

*Hvordan arbejder du med udvikling eller forskning i sygeplejen?*

På sin vis arbejder jeg med begge disse vigtige områder. I min ph.d. havde jeg et mål om at udvikle praksis gennem forskningsbaserede metoder. Helt konkret var jeg inspireret af aktionsforskningsfeltet og med baggrund i dette blev en palliativ indsats til mennesker med hjertesvigt udviklet, afprøvet og evalueret. Både patienter og sundhedspersonale har været inddraget på forskellige måder og tider i processen. Jeg er af den overbevisning at involvering og engagement er vigtige faktorer for meningsfuld udvikling.

*Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?*

Gennem min uddannelse som forsker har jeg anvendt en del forskellige metoder. Dette er ikke ualmindeligt inden for aktionsforskning, som på mange måde forholder sig pragmatisk til det forskningsspørgsmål der stilles. Det følgende er muligvis indlysende for læseren, men jeg vil alligevel nævne, at når man arbejder med forskningsbaseret udvikling af praksis sammen med praktikerne, så er en pragmatisk tilgang med til at skabe en meningsfuld og gennemsigtig proces.

I mit studie anvendte jeg etnografiske metoder som interviews og deltagende observationer. Disse er uden tvivl de metoder, jeg føler mig stærkest i, men jeg kastede mig også ud i workshops med dialog som et kerneelement, feedback møder med af karakter af en fokusgruppe og sågar et integrativt litteraturstudie.

Gennemgående har jeg arbejdet med kvalitativ tematisk analyse med fokus på meningsindhold af data.

*Hvordan har din karrierevej bragt dig til dig nuværende job?*

Jeg er netop kommet retur til Næstved, Ringsted, Slagelse Sygehuse (NSR) d. 1.2.2021 efter en kort ansættelse ved REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Jeg er til at starte med ansat som forskningsassistent, titlen som forsker får jeg først, når jeg har haft mulighed for at forsvare min ph.d.-afhandling.

Min kliniske forankring er i kardiologien og sygepleje til den medicinske patient, men jeg opdagede tidligt, at min interesse lå i forståelsen af patienternes oplevelser og i at styrke vores sygeplejefaglige indsats på baggrund af denne forståelse.

I 2010 blev min mand tilbudt job i udlandet og i den forbindelse tog jeg en folkesundhedskandidat fra London University. Da vi kom retur til DK var man på NSR sygehuse ved at etablere forskningsgruppen PROgrez, og herigennem blev jeg indskrevet på ph.d.-skolen.

*Hvor ser du, at der er brug for mere udvikling og forskning indenfor sygeplejen?*

I løbet af 80'erne og 90'erne blev vi i sundhedsverdenen for alvor opmærksomme på, at patientens perspektiv på sin egen sygdom, lidelse og liv var vigtige elementer for behandling og omsorg. På trods af dekader med denne viden diskuterer vi fortsat, hvordan vi skal få plads til netop dette patientperspektiv.

I min ph.d. har jeg arbejdet med en palliativ indsats med et narrativt element som en del af interventionen. Vi fandt at dette have meningsfuld værdi for både patienter og sundhedspersonale og skabte en bro mellem patientens liv med lidelse og vores professionelle og faglige perspektiv på sygdom. Erfaringer fra projektet viste dog også, at sygeplejerskers ønsker om at inddrage patientens livsverden har svært ved at få plads i vores effektiviserede hospitalsverden.

Vi har derfor fortsat brug for at lave forskning, der kan styrke argumentationen for at inddrage patienten som person i behandling og planer, der vedrører deres liv.

**Jeg giver stafetten videre til**

Jeg giver stafetten videre til Mai Nana Schønau.





Af: Christel Trøstrup, ph.d. i narrativ coaching, narrativ psykoterapeut og lektor, Københavns Professionshøjskole, mail: ct3@kp.dk

## Faglig artikel

# Narrative inspirationer i sygepleje til kræftramte mennesker og deres partner

### Resume

Artiklen er en indføring i et forskningsprojekt, der indebar en narrativ intervention rettet mod kræftramte og deres partner. Recap (rehabilitering for cencerramte og deres partner) blev gennemført i perioden 2015-2018 og var et projekt, der særligt rettede sig mod at styrke dialogen og mestringsen i parforholdet på gåture, der foregik af to omgange i naturen. På gåturen var der syv poster, der alle var narrativt inspireret, og som adresserede det, der skulle styrke parrets fælles mestring under kræftforløbet.

I artiklen diskuterer jeg, hvordan sundhedsvæsenets professionelle kan arbejde med narrativ inspiration i samtaler med mennesker, der er ramt af kræft og andre alvorlige sygdomme, som påvirker hele familien. Narrativ medicin, som er en nyere forskningsbaseret tilgang, kan anbefales som inspiration til en ny måde at arbejde på i sundhedsvæsenet. Narrativ medicin er rettet mod mennesket i stedet for sygdommen. Artiklen henvender sig både til forskere og klinikere, idet narrativ medicin som disciplin søger at favne bredt, således at tilgangen kan indtænkes i flere niveauer i sundhedsfaglig sammenhæng.

**Keywords:** interventionsforskning, parforhold, lidelse, natur, narrativ medicin

### Indledning

I denne artikel vil jeg udfolde, hvordan et innovativt forskningsprojekt (gennemført 2015-2018) blev inspireret af narrative perspektiver ind i et sundhedsfagligt forskningsprojekt, rettet mod kræftramte patienter og deres partner. Mit ærinde er at inspirere professionelle i sundhedssyste-

met – både forskere og klinikere til at arbejde med narrativ medicin, som kan være en frugtbar tilgang i både forskning, udviklingsprojekter og i klinisk praksis. Forskningsprojektet fokuserer særligt på kræftramte – men det narrative ærinde vil også være relevant at arbejde med ift. andre patientgrupper (1).

Et narrativ er en fortælling, som tillægges mening, efterhånden som den fortælles. Et narrativ er ikke en tidlig dokumentation i og over tid, men en personlig forankring af oplevelser, mennesker har (2). Narrativer er konstrueret af flere dele, men de ændrer sig over tid og kan gøres tykkere eller tyndere, afhængig af hvad mennesker har brug for ift. dem selv og deres fortællinger (3–5). I en narrativ tilgang er man fokuseret på, at personen ikke er problemet, men at problemet er problemet. Det vil sige, at man ikke er en kræftpatient (der internaliserer sygdommen), men man er et menneske, der lever med en kræftsygdoms indflydelse på ens liv (4).

I kræftrehabilitering findes der narrativer om stærke fællesskaber for brystkræftramte kvinder og om mænd, der går sammen til fodbold for ikke at blive ensomme i efterforløbet af kræftsygdom (6–9). Det, vi ikke hører så meget om, er, hvordan en families struktur ændres i sygdomsforløb. Den individualiserede tilgang til sygdom og behandling sætter sig igennem i måden, vi forstår, hvordan man kommer igennem kræftsygdom. Denne individualisering er effektiv, fordi det så bliver muligt for systemet og de sundhedsprofessionelle kun at forholde sig til en person, der er syg – og ikke et helt familiesystem, der bryder sammen.

Effektivisering i sundhedssystemet er også en af grundene til, at menneskeligheden har det trangt i dag. Sundhedsvæsenet forandrer sig i disse år. Der er længe taget tilløb til, at vi skal behandles kortest muligt tid på hospitalet, for dernæst at komme tilbage i vante omgivelser. Denne omkalfatring sker, fordi sundhedsvæsenet er knap på penge (10), medicinudgifterne stiger, og vi bliver ældre og ældre (11). Flere og flere lever med multisygdomme (12). Derfor er det vigtigt, at der forskes i, hvordan vi kan få mest muligt ud af pengene. Ofte taler vi om, hvordan de høje udgifter kan mindskes – men hvorfor drøfter vi ikke, hvordan vi for få penge kan støtte de ressourcestærke patienter, så de ikke bliver en større udgift på sigt for sundhedsvæsenet? Vi ved at de, der rammes af kræft, lider eksistentielt (13). Alligevel taler vi i sundhedsvæsenet ikke så meget om, hvordan vi sammen kommer os over sygdom - hvordan vi mestrer den lidelse, vi må gennemleve, når sygdom vælter ind over os.

Flere tidligere patienter beskriver hvilket chok, det var for dem at blive syge, men også hvilken svær øvelse det er at samle sig op bagefter og finde rede i hvilke støttende og rehabiliterende tilbud, der findes (14,15). Der er ikke en tydelig vej omkring den støtte, der også er brug for i relation til at mestre sygdom.

### **Følgeskab**

Når sygdom rammer, er det essentielt, at vi oplever følgeskab ift. vores sygdom (16). Hvordan vi forholder os til mening, håb og fremtid i vores liv. Dette fordrer, at vi som samfund erkender, at det følgeskab, vi har i de nærmeste relationer, er af afgørende betydning for, hvordan vi klarer alvorlig sygdom. Man ved, at stærke nære relationer er afgørende for, at mennesker med kræft lever længere, får færre tilbagefald i sygdommen og får tilstrækkelig behandling (17).

Det er ikke alle, der er så heldige, at de har nære pårørende, og denne del af befolkningen skal vi tage særligt hånd om. Denne gruppe kræver en specialiseret indsats, og her har de professionelle et stykke arbejde at gøre (18).

Men hvad med dem der er lettere at hjælpe? Dem, der har ressourcer, måske job, en partner eller et godt netværk. En familie. Dem er jeg optaget af. Denne gruppe kan vi med fordel kigge på, hvis vi vil forebygge, at de ikke får stress, depression eller behov for psykolog.

Vi kunne forebygge, at relationer går i stykker på grund sygdom og prioritere, at der tages hånd om menneskers psykiske og sociale sundhed under sygdom. Der er mulighed for at arbejde med initiativer, der ikke koster enorme ressourcer. Hverken penge, personale eller plads.

Jeg var i forskningsprojektet optaget af, hvordan relationerne kan bibringe familier og vores allernærmeste en særlig styrke, som er nødvendig, når vi er presset. Tænk over, hvem du selv privat kontakter, hvis du er presset eller er syg. Det er også dem, der gør, at du lever længere. Vi overlever længere i relationer (17). Denne viden er central for både de professionelle og patienter og deres pårørende. Behandling er også vigtigt, og vi ved, at der er senfølger til mange sygdomme, og at næsten 500.000 danskere lever

med kroniske sygdomme. Tallet er stødt stigende (19). Vi kunne med fordel tage hul på drøftelse om, at sundhedsvæsenets ikke kun handler om budgetter, data og medicinudgifter. Vi kunne drøfte, hvad vi kan gøre bedre uden omkostninger for både pengekasse, patienter og pårørende. Vi kunne bevidst adressere, at det ikke er en person, der rammes af sygdom, men et familiesystem. Disse systemers opretholdelse er virkelig vigtige, når vi bliver syge. Vi kan noget sammen. Alle nære relationer er betydningsfulde, når sygdom rammer. En særlig vigtig relation er den, vi selv vælger – nemlig relationen til vores partner (20).

### **Parforholdet**

Et parforhold er en forbindelse mellem to mennesker, der danner par som ægtepar eller faste kærestes (21). I Norden forstår vi denne forbindelse som selvvalgt, og det er interessant at se på parforholdet, fordi det er den største prædikator for en families trivsel (22). Netop trivsel i parforholdet, i familien og de roller, der forskydes, når sygdom rammer, er essentiel som ressource, fordi det er der, hvor parret selv kan mobilisere noget iboende, de allerede kender fra før sygdomsforløbet (20). Lige så vel som der er mange familieformer – Danmarks Statistik optegner 37 forskellige – så findes der mange typer af parforhold. Fælles for de par, vi har mødt i forskningsprojektet var, at de alle boede sammen og levede som par i relation til deres omgangskreds. Nogle havde været i parforholdet i mange år, nogle kortere. I alle forhold var den raske partner med i detaljerne omkring den syges kræftforløb, og parret blev rekrutteret sammen i en kræftafdeling.

### **Det narrative perspektiv på parforholdet**

Narrativer forbindes traditionelt med individer eller kollektive grupper fortællinger (4,23,24). I et individperspektiv anvendes blikket til at se på, hvordan den enkeltes ressource kan tales frem, f.eks. ved at fortykke tynde fortællinger. Når det kommer til kollektive narrativer, forbindes det ofte med "grand narratives", eller metanarrativer f.eks. knyttet til undertrykkelse eller overlevelse på trods af vanskelige vilkår.

Derimellem finder vi mindre grupper, eller par, som jeg interesserer mig for – både klinisk og forskningsmæssigt. Jeg har terapeutisk interesse og er inspireret af parterapi, men grundlaget for forskningsprojektet er den narrative coaching (25), hvor parret agerer samtalepartner for hinanden med en narrativ spørgeramme at støtte sig til. Narrativer støtter par i en fælles vi- fortælling, som de kender fra før sygdom indtræf. Derfor er der i parrenes fortællinger elementer af erfaring fra tidligere svære begivenheder i deres liv. Det kan være sygdom, stress, tab osv. Dette adresse-rede vi bevidst i forskningsprojektet, som handlede om at igangsætte par med at være hinandens dialogiske samtalepartner ift. at støtte deres indbyrdes relation.

### **Hvorfor er narrativt grundlag godt for sundhedsfaglige problemstillinger?**

I sundhedsvæsenet betragtes sygdom hovedsageligt som et individuelt ærinde, der diagnosticeres efter icd-10systemet (26). Det vil sige, at den måde hospitalet registrerer menneskers sygdom på, reduceres til en kode, der refererer

til den måde, sygdommen viser sig på i kroppen. Der findes ikke et kodet system for den belastning, en familie eller et par oplever i forbindelse med sygdom. Det bliver først registreret, hvis en pårørende selv får en ny diagnose, som oftest er stress, depression eller hjerteproblemer (27). I et narrativt perspektiv forstås sygdom anderledes, nemlig som en belastning af et system, hvor rollefordelingen ændres i de tætte relationer. I de tætte relationer har vi det tilfælles, at vi skaber erfaringer og fælles fortællinger om, hvem "vi" er. Og disse forskydninger er i spil, når sygdom rammer en familie. Fortællingen om, hvem vi er som system, bliver rystet og nye måder at forstå sammenhængen og sig selv på er et krævende arbejde (28). Dette kender vi generelt fra sygdom, men også indenfor familiære problemstillinger og parforholdet er dette et kendetegn (3,5,29,30).

Fortællinger står altså centralt, når noget rammer os. Men i den narrative forskning finder vi ikke så meget, der handler om parforholdet. Fortællinger eller narrativer betragtes ofte som et individuelt ærinde (28). Der er heller ikke megen forskning, der viser, hvordan man kan arbejde med narrative fortællingers struktur i klinisk praksis (31). Det er ærgerligt, fordi det narrative perspektiv netop har en force i forbindelse med mestring af liv og død og det indimellem, som er særligt relevant for de par, der lever med kræftsygdom. Sundhedsvæsenet støtter i ringe grad den narrative fortælling, og det er interessant, eftersom det er det, patienter og pårørende efterspørger (14,32).

Med dette som baggrund udviklede jeg en narrativ intervention målrettet kræftframte par, fordi det netop er det, der gives udtryk for, kunne støtte parrene.

### En narrativ intervention

Jeg anvendte det narrative grundlag til at igangsætte par med at være hinandens samtalepartner ift. at støtte parrets indbyrdes fortælling. Med inspiration fra narrativ coaching (25,33) etablerede vi i forskningsprojektet en skovsti med 7 poster, der alle var funderet i en narrativ fortælleramme. Parrene fik præsenteret spørgsmålene, som rettede sig mod en fælles dialog og stærkere fælles mestring, på en gåtur på ca. 1,5 km. Posterne havde en bogstavkode, man skrev ind på en tablet, for så at få et spørgsmål til mundtlig dialog mellem parret. Parret startede og sluttede turen selv og gik ud fra en hytte, hvor projektet havde til huse. Hytten lå i Gribskov, på Københavns Universitets område. Parrene gik turen to gange med tre ugers mellemrum. Posterne varierede fra første til anden gang. Grundlagsspørgsmålet for alle poster er: Hvad er det vigtigste, jeg som din partner, skal vide om dig? Spørgsmålet er både konkret – og blev stillet som et spørgsmål undervejs, men det er også et grundlagsspørgsmål i selve fundamentet for at arbejde inden for en narrativ ramme, der kan anvendes til at støtte par, som har kræftsygdom inde på livet. Det interessante ved denne intervention var, at den narrative coachingramme kunne gennemføres af parrene selv. De deltagende par behøvede kun en introduktion og gik turen selv med hinanden. At etablere en sådan rute med støttende spørgsmål kunne med få midler etableres for eksempel på et nyt hospitals område eller i en kommune (20). Det kræver, at man ser menneskets relationer som altafgørende for at også

sundhedssystemet aflastes, og at mennesker støttes med en samtaleramme, der er bygget på spørgsmål, man forskningsmæssigt finder relevante at drøfte for netop denne type sygdom og relation, de deltagende har. Med andre ord: Ved at adressere spørgsmålene bevidst til den lidelse, de deltagende oplever, bliver det relevant og vedkommende. Og dermed kan en samtaleramme blive relevant at bruge tid, kræfter og engagement på – selvom de deltagende er syge og måske mangler kræfter.

### Den narrative medicin

Jeg er inspireret af narrativ medicin, som er et forskningsfelt på Columbia University med professor Rita Charon i front. Hun arbejder med "narrative medicine", og jeg mødte hende i New York, hvor jeg tilbragte tid for at indsamle inspiration og se narrativ medicin som metode praktiseret. Narrativ medicin er et nyere forskningsfelt, der forudsætter, at klinikerens ønske om at opøve klinisk kompetence også er at arbejde med sig selv som menneske (34). Det synes jeg er helt centralt, når vi arbejder med mennesker, der oplever lidelse. Charon arbejder på tværs af uddannelse, forskning, klinik og konsulentmæssigt for at inddrage flest mulige klinikere i at blive kompetente udi narrativ medicin. Pointen er, at man kun bliver kompetent, hvis man ved, hvad man skal gøre med menneskers historier. Det er gennem fortællingerne, at klinikerer forstår, hvad det er patienten gennemlever (35). Charon arbejder med at publicere narrativer, der er skrevet sammen med patienterne (1,36,37). Dette kan inspirere til, at vi som klinikere og forskere kan fokusere på, at menneskers historier hjælper dem til at gennemleve lidelse og sygdom. Og vi skal dele de fortællinger – også dem, vi gerne vil tisse ned. At fremme historierne, de individuelle og de fælles giver mulighed for, at det stærke narrativ kan binde mennesker sammen og fastholde et hverdagsliv på trods af sygdom (38). I forskningsprojektet foregik dialogerne i naturen, og det er bevidst valgt som en særlig effektiv ramme, der både ved hjælp af sanseindtryk og let motion virkende befordrende for parrenes ønske om at deltage.

### Naturen og narrativer

Jeg er optaget af, hvordan naturen kan støtte vores relationer og gøre dem stærke, når vi oplever problemer i livet. Det er der egentlig ikke noget nyt i. Kierkegaard skrev: "Tab for alt ikke lysten til at gå. Jeg går mig hver dag det daglige velbefindende til og går fra enhver sygdom. Jeg har gået mig mine bedste tanker til, og jeg kender ingen tanke så tung, at man jo ikke kan gå fra den" (39). At gå er en måde at bearbejde sin oplevelser på, og man ved, at der er større effekt ved at gå i naturlige fremfor urbane omgivelser (40–42).

For nylig er Dr. Quing Li's bog om skovens helbredende virkning udgivet på dansk (43). I Japan, som er et land, der er dækket 2/3 af skov, forsker man i skovens og naturens betydning for vores mentale sundhed. Faktisk afsættes mange millioner årligt til denne type forskning i Japan. I Sydkorea har man brugt mere end 14 mio. dollars på et center for skovterapi, og 500 mennesker er i gang med at uddanne sig i skovmedicin. I Danmark forsker vi i at bevise, hvordan naturen kan bibringe mennesker øget livskvalitet,

læring og sund livsstil (44). Vi har også en tradition for at tænke, at naturen skal erobres mhp. en stærkere krop (45).

Vi ved, at det at opholde sig og være tæt på natur, har en stressdæmpende virkning (46). Man grubler mindre og tankerne bliver mere positive, hvis man går i naturen. Vi ved også, at udendørs aktiviteter giver et større udbytte end at motionere indendørs ift. at tænke reflektivt og problemløsende (47). Således kan det virke som om, at man skal langt ud skoven for at få udbytte af at tilbringe tid der.

Men at gå i naturen er ikke at fjerne sig helt fra al by. Ifølge Quing Li er en park nok til at kunne give skovbadets effekt – og dette, mener jeg, burde kunne være muligt i både hospitals- og kommunalt regi. Med denne tankemåde gør vi således også op med, at naturen skal designes på en bestemt måde, når det ikke drejer sig om egentlig terapi. Ærindet er at støtte op om relationer, der er i risiko for at blive skadet, hvis vi ikke adresserer, at der bevidst skal reaktiveres et stærkt "vi", når dette vi er under pres pga. sygdom. Det kan vi gøre ved at gå turen sammen. Vi har haft både nydiagnosticerede og kronisk kræftsyge med i projektet, og dette understøtter pointen om, at dialogen om de fælles narrativer allerede kan starte ved diagnosticeringen. Man kan ikke udskyde psykiske reaktioner, følelsen af tab og rollefordeling. Det sker fra starten, og derfor skal det adresseres bevidst fra start, at de nærmeste relationer, er noget af det vigtigste vi selv kan styrke, når vi bliver syge.

For at kunne skabe rum for en narrativ samtale kræves et rum, der kan være med til at samtalepartnerne ændrer perspektiv. Perspektivskifte er et psykologisk begreb, som det narrative perspektiv benytter sig af, men det er også kendt fra andre sammenhænge (33,48). Dette sker i selve samtalen, men med naturen som baggrund er det muligt også at ændre fysisk perspektiv, f.eks. ved at gå på forskellige underlag, se forskellige farver, bemærke faunaen, lytte på hinanden og høre naturens lyde (49).

### **Det narrative perspektivs potentiale i forskning og udvikling**

For mig står det centralt, at udviklingen af det narrative felt er godt i gang. Der findes "do's" og "don'ts" i feltet, og sundhedsvæsenet arbejder med at forfine de metoder, som særligt White (4) var foregangsmand for. Der ligger en del metoder i det narrative felt, som vi kan støtte os til, hvad enten vi bedriver sygepleje, forskning, terapi eller organisationsudvikling (50). Det, jeg ser muligheder for er, at vi som narrativt inspirerede klinikere, specialister og forskere fokuserer et sted midt imellem det individuelle og det organisatoriske perspektiv. Jeg ved, at nogle arbejder med narrativ parterapi – men en egentlig metodisk udvikling og et blik for det behov i sundhedsvæsenet, mener jeg, vi bør adressere. Der ligger mange ressourcer i at inspirere par til at fortælle om hinanden til dem selv og evt. også med en sygeplejerske. Den faglige viden vi har om fordelene ved at løfte to i stressede livsperioder, er central. Både på narrativ vis og i kvantitativ forskning er det påvist, at når man har en partner, dør man senere, man underbehandles sjældnere medicinsk og får færre tilbagefald (17).

### **Kan man gøre terapi overflødig?**

I processen med dette forskningsprojekt har jeg kontinuerligt forholdt mig til, om det var parterapi eller forebyggelse, jeg bedrev. Dels fordi flere sygeplejersker kommenterede på det – og også fordi der var adspurgte par, der afviste at deltage – og det var ikke alle par, der så ud til at kommunikere ligeværdigt om, hvorvidt denne narrative gåtur kunne være hjælpsom for dem. Fagpersoner har også spurgt mig om, hvad for en kategori forskningsprojektet lander i – og om jeg vil gøre terapeuter arbejdsløse. Til det må jeg svare, at det er min stærke overbevisning, at narrativt inspirerede interventioner kan anvendes til alle par, vi møder i sundhedsvæsenet. De, der vil forebygge, vedligeholde eller hele noget i parforholdet. Hvis massiv stress rammer, hvilket f.eks. en kræftdiagnose er, så er parret i mange henseender henledt til egne mestringsmåder, medmindre de selv opsøger hjælp. Det er selvfølgelig godt – og billigt, hvis parret selv mestrer på en måde, der er konstruktiv ift. sygdom, parforhold, job, familie og netværk. Uden hjælp er flere af disse par i risiko for at blive belastet enkeltvis og som system, hvis ikke den faglige viden vi har om, at fortællinger styrker vores relationer, bringes i spil (16). På den måde kan vi forebygge, at dialogen forsvinder i et presset parforhold – og samtidigt kan vi støtte dem, der har behov for en samtaleramme til at få dialogen i gang. Pointen er derfor, at ikke alle parforhold skal blive ens i en målestok, hvor alle mestrer på en dyadisk konstruktiv måde. Pointen er, at parrene kan flytte sig med støtten – og at det at flytte sig fra et sted til et andet – både i dialog og i naturen – i sig selv er helende for parrene. Dette skal forstås på flere måder. Man flytter sig konkret, fysisk, mentalt i egen forståelse og sammen i relationen. Det er ikke vigtigt, at vi professionelle ved, hvilke bevægelser der sker, blot at vi med en støttende ramme får sat gang i bevægelser, der kan skabe fokus på ressourcer, der ellers let overses i en stressede livsperiode (23,28). På den måde er det narrative ærinde i spil på flere niveauer. Det handler om at kunne overlade en del af processen til parrene selv. Dermed er ærindet ikke egentlig terapi, men en narrativt inspireret støttende dialogisk samtaleramme på en gåtur.

### **Afrunding**

Det er mit håb, at denne artikel kan inspirere narrativt interesserede kolleger til at udvikle metoder og viden om, hvilken betydning det narrative grundlag kan ift. at støtte mennesker i deres lidelse og mestrings. For mig er de narrative forholdemåder kontinuerligt i udvikling – og skal tilpasses de mennesker og den kontekst, der er meningsfuld. At kombinere narrativ interventionsforskning med par og "narrative walking" i naturen er et skridt på vejen til at udvikle metoder, der bliver relevante og vedkommende i netop den kontekst, man arbejder i. Det betyder derfor ikke, at alle vil have glæde af disse narrative gåture i naturen. Det betyder blot, at for denne målgruppe – kræftramte mennesker og deres partner – er der gode muligheder for etablering af dialoger fremover. Med forskningsprojektet som inspiration kan sundhedsprofessionelle derfor kvalificere måden, man støtter par på. Hvis man lader sig inspirere af den narrative grundlagstækning, vil man opdage at tilgangen er yderst velegnet til at give mennesker i tætte relationer mod på frugtbare dialoger med hinanden.

## Referencer

1. Charon R. What to do with stories: The sciences of narrative medicine. *Canadian Family Physician*. 2007;53(8):1265-1267.
2. Gergen KJ. *Social construction in context*. London: SAGE; 2001.
3. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton; 1990.
4. White M. *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton & Co; 2007.
5. White M. Family therapy training and supervision in a world of experience and narrative. I: *Experience, Contradiction, Narrative & Imagination: Selected papers of David Epston & Michael White, 1989-1991*. Dulwich Centre Publications; 1992.
6. McCaughan E, Parahoo K, Hueter I, Northouse L, Bradbury I. Online support groups for women with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017. Doi: 10.1002/14651858.CD011652.pub2
7. D'Egidio V, Sestili C, Mancino M, Sciarra I, Cocchiara R, Backhaus I, m.fl. Counseling interventions delivered in women with breast cancer to improve health-related quality of life: a systematic review. *Qual Life Res*. 2017;26 (10):2573-92.
8. Badger T, Segrin C, Pasvogel A, Lopez AM. The effect of psychosocial interventions delivered by telephone and videophone on quality of life in early-stage breast cancer survivors and their supportive partners. *J Telemed Telecare*. 2013;19(5):260-5.
9. Bruun DM, Krustrup P, Hornstrup T, Uth J, Brasso K, Rørth M, m.fl. "All boys and men can play football": A qualitative investigation of recreational football in prostate cancer patients: Football in prostate cancer rehabilitation. *Scand J Med Sci Sports*. 2014;24:113-21.
10. Møller Pedersen K. *Analyse: Sundhedsvæsenet er underfinansieret med cirka 1 procent per år* [Internet]. April 2019. Tilgængelig hos: [https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/analyse-sundhedsvaesenet-er-underfinansieret-med-cirka-1-procent-per-aar?ref=newsletter&refid=31174&SNSubscribed=true&utm\\_source=nyhedsbrev&utm\\_medium=e-mail&utm\\_campaign=sundhed](https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/analyse-sundhedsvaesenet-er-underfinansieret-med-cirka-1-procent-per-aar?ref=newsletter&refid=31174&SNSubscribed=true&utm_source=nyhedsbrev&utm_medium=e-mail&utm_campaign=sundhed)
11. Danmarks Statistik. *Markant flere ældre i fremtiden* [Internet]. 2018. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=26827#>
12. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. *Hvidbog om multisygdom: dokumentation af multisygdom i det danske samfund: fra silotænkning til sammenhæng*. Fjerritslev: Forlag1.dk; 2017.
13. Pascal J, Endacott R. Ethical and existential challenges associated with a cancer diagnosis. *J Med Ethics*. 2010;36(5):279-83.
14. Thønnings Sandager M. *Kræftpatientes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet: Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2013*. Kbh.: Kræftens Bekæmpelse
15. Mikkelsen TH, Søndergaard J, Jensen AB, Olesen F. *Cancer rehabilitation: Psychosocial rehabilitation needs after discharge from hospital?: A qualitative interview study*. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(4):216-21.
16. Dalgaard KM. *Pårørende til livstruet syge mennesker i palliative forløb: en kortlægning af den professionelle indsats i det danske sundhedsvæsen*. PAVI - Videnscenter for Rehabilitering og Palliation; 2015.
17. Aizer AA, Chen M-H, McCarthy EP, Mendu ML, Koo S, Wilhite TJ, m.fl. Marital Status and Survival in Patients With Cancer. *J Clin Oncol*. 2013;31(31):3869-76.
18. Sundhedsstyrelsen. *Forebyggelse på ældreområdet: håndbog til kommunerne*. Sundhedsstyrelsen; 2015.
19. KL. *Udvikling i forekomsten af kronisk sygdom blandt ældre* [Internet]. 2019. Tilgængelig hos: <https://www.kl.dk/media/21998/udvikling-i-forekomsten-af-kronisk-sygdom-blandt-aeldre.pdf>
20. Trøstrup C. *Recap – rehabilitering for cancerramte patienter og deres partner. Recap – rehabilitation aimed at cancer patients and their partner* [Phd.afhandling]. Københavns Universitet; 2018.
21. *Den Danske Ordbog* [Internet]. 2020. Tilgængelig hos: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=parforhold>
22. Zimet DM & Jacob T. Influences of Marital Conflict on Child Adjustment: Review of Theory and Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2002;4(4)
23. Frank AW. Truth Telling, Companionship, and Witness: An Agenda for Narrative Ethics. *Hastings Cent Rep*. 2016;46(3):17-21.
24. Linklater A. Grand narratives and international relations. *Glob Change Peace Secur*. 2009;21(1):3-17.
25. Stelter R. *Tredje generations coaching: en guide til narrativ-samskabende teori og praksis*. Kbh.: Dansk Psykologisk Forlag; 2012.
26. WHO. *Icd-10* [Internet]. 2020. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
27. Ussher JM, Sandoval M, Perz J, Wong WKT, Butow P. The Gendered Construction and Experience of Difficulties and Rewards in Cancer Care. *Qual Health Res*. 2013;23(7):900-15.

28. Frank AW. The wounded storyteller: body, illness, and ethics. Second edition. Chicago: The University of Chicago Press; 2013.
29. Bodenmann G. Dyadic coping and its significance for marital functioning. I: Couples coping with stress Emerging perspectives on dyadic coping. American Psychological Association; 2005.
30. Ploug Hansen H, Tjørnhøj-Thomsen T. Biografisk brud. I: Johansen C, redaktør. Kræft - senfølger og rehabilitering. Kbh.: Hans Reitzel; 2013. s. 466–77.
31. Riessman CK. Narrative analysis. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1993.
32. Stentebjerg Petersen G, Vindslev Nielsen L, Jensen H, Hvidberg L. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under behandling: Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse 2017. Kbh.: Dokumentation & Kvalitet, Kræftens Bekæmpelse; 2018.
33. Stelter R. Kunsten at dvæle i dialogen: Kvalificering af professionelle hverdagsdialoger gennem tredje generations coaching. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2016.
34. Charon R. Honoring the stories of illness [Internet]. Ted Talk. 2011. Tilgængelig hos: [https://www.youtube.com/watch?v=24kHX2HtU3o&ab\\_channel=TEDxTalks](https://www.youtube.com/watch?v=24kHX2HtU3o&ab_channel=TEDxTalks)
35. Trøstrup C, Dahlager L. Fortællingens sprog. I: Kommunikation for Sundhedsprofessionelle. Gads Forlag; 2021
36. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. Oxford: Oxford Univ. Press; 2008.
37. Charon R, Irvine C. Deliver Us from Certainty: Training for Narrative Ethics. I: The principles and practice of narrative medicine. New York: Oxford University Press; 2017.
38. Ackison C. Strengthening couples through outdoor relationship education (score): An experimental marital group intervention. Regent University; 2008.
39. Kierkegaard S. [Internet] 1847. Tilgængelig hos: <http://sks.dk/b1/txt.xml#k36>
40. Forbes D, Catherine MB, Emily JT, Peacock S, Hawranik P. Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. John Wiley & Sons, Ltd; 2014.
41. Barton J, Pretty J. What is the Best Dose of Nature and Green Exercise for Improving Mental Health? A Multi-Study Analysis. Environ Sci Technol. 15. maj 2010;44(10):3947–55.
42. Bratman GN, Hamilton JP, Daily GC. The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health: Nature experience, cognitive function, and mental health. Ann NY Acad Sci. 2012;1249(1):118–36.
43. Li Q. Ind i skoven: Shinrin-yoku - Den japanske vej til et bedre helbred. Gyldendal; 2019.
44. Mygind L, Kjeldsted E, Hartmeyer R, Mygind E, Bentsen P. Forskningsoversigt over effekter af friluftsliv på mental, fysisk og social sundhed. Friluftsrådet; 2018.
45. Bandoroff S, Newes S. Association for Experiential Education, International Adventure Therapy Conference. Coming of age: the evolving field of adventure therapy. Boulder, Colo.: Association for Experiential Education; 2004.
46. Trøstrup CH, Christiansen AB, Stølen KS, Nielsen PK, Stelter R. The effect of nature exposure on the mental health of patients: a systematic review. Qual Life Res. 2019;28(7):1695–703.
47. Thompson Coon J, Boddy K, Stein K, Whear R, Barton J, Depledge MH. Does Participating in Physical Activity in Outdoor Natural Environments Have a Greater Effect on Physical and Mental Wellbeing than Physical Activity Indoors? A Systematic Review. Environ Sci Technol. 2011;45(5):1761–72.
48. Stelter R. Fremtidsdrømme. Hvilken vej bør coaching gå? I: Gørtz K, og Gaihede T, redaktører. Coaching i nyt perspektiv: en metodebog. Kbh.: Hans Reitzel; 2014.
49. Randrup TB. Natur og sundhed: sammenhæng mellem grønne områders udtryk og brug set i forhold til befolkningens sundhed. Københavns Universitet; 2008.
50. Dahlager L, Trøstrup C. Narrativ metode - arbejdet med lidelseshistorier og fortællingens kraft. I: Undersøgelsesmetoder i sundhedsfagligt arbejde. En grundbog. Samfundslitteratur; 2019.



**Kimmie Heine, Sygeplejerske ungdomspsykiatrien Region Hovedstaden, stud.cur., RN, Aarhus Universitet, [Kimmie.heine@regionh.dk](mailto:Kimmie.heine@regionh.dk)**

**Anne Fugmann, Afdelingssygeplejerske ungdomspsykiatrien Region Sjælland, cand.cur., RN, [annfu@regionsjaelland.dk](mailto:annfu@regionsjaelland.dk)**

**Kim Jørgensen, Postdoc, ph.d., cand.cur., RN, ekstern lektor på Aarhus Universitet og Syddansk Universitet, lektor Diakonissen sygeplejerskole, [kimjo@ph.au.dk](mailto:kimjo@ph.au.dk)**

## Videnskabelig artikel

# Når magten bliver usynlig

En diskursteoretisk analyse af, hvordan recovery sproliggøres i en dansk psykiatrisk kontekst.

### Abstract

Artiklen bidrager med ny indsigt om recovery, og er meto- disk udarbejdet ud fra Norman Faircloughs kritiske diskurs- analyse. Det er påvist, at recovery fremstår med divergeren- de opfattelser blandt sundhedsprofessionelle i psykiatrien, hvorfor formålet er at undersøge, hvilke diskurser recovery er omgivet af, samt hvilke forhold der er rammesættende for sygeplejerskers artikulering af den personlige recovery i praksis. Analysen er foretaget gennem policy papers og to fokusgrupper. Resultaterne taler for, at der er behov for et paradigmeskifte; væk fra new public management diskur- sen, som bliver rammesættende for sygeplejerskers artiku- lering og henimod den personlige recovery diskurs, som er kompleks og individuel.

**Nøgleord** Recovery, personlig recovery, psykiatrisk syge- pleje, diskursanalyse, Norman Fairclough

### Baggrund for studiet

I denne artikel belyser vi, at det psykiatriske sundhedsvæ- sen har behov for et paradigmeskifte, og hvordan new public management (NPM) udfordrer recovery-tanken gennem magtperspektiver i form af blandt andet (bl.a.) målsætninger.

Grundlæggende er der i nyere litteratur tre forskellige per- spektiver på recovery: Den kliniske, den sociale og den per- sonlige recovery (1). Når vi benytter betegnelsen *recovery* eller *recovery tanke*, refererer vi til det brede perspektiv om recovery, som indlejrer de tre ovenstående recovery per- spektiver. Når vi anvender begrebet *recoveryorientering*, henvises til det organisatoriske niveau af recovery, og når

vi gør brug af begrebet den *personlige recovery*, refererer vi til den individuelle recoveryproces. Vi forholder os i den- ne artikel udelukkende til den personlige recovery, som er en kompleks og individuel proces, og som handler om at komme sig over de konsekvenser, som psykisk sygdom afstedkommer. Recoverytanken opstod i 1960ernes ameri- kanske borger- og menneskerettighedsbevægelser som et opgør mod en meget ensidig biomedicinsk tilgang til psy- kiske lidelser (1). Studiet tager afsæt i Region Hovedstaden definition af den personlige recovery, som William Antho- ny formulerede i 1993 (2):

*"Personlig recovery defineres som en dybt personlig, unik for- andringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier og mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstil- lende liv på præget af håb og aktiv medvirken selv med de be- grænsninger, der er forårsaget af sygdom. Recovery indebærer udvikling af ny mening og nyt formål med ens liv."* (2 s. 27)

Recovery er blevet et politisk mål for psykiatrien, og fra politisk side ses et ønske om en mere humanistisk psykia- tri, hvor patienten skal være deltagende i ligeværdige be- handlingsforløb (3). Dét ønske kræver et paradigmeskifte, da flere forskere peger på, at den biomedicinske tilgang i mange år har haft stor dominans i sundhedsvæsenet. WHO pointerer, at psykisk sygdom er et stort folkesundhedspro- blem, og at der er behov for, at vi i en sundhedsfaglig kon- tekst bevæger os i en anden retning end de nuværende tilgange, da disse ikke er effektive i forhold til at reducere den tilknyttede sygdomsbyrde (4). Region Hovedstadens psykiatri ser den recoveryorienterede praksis som væsent- lig, da forskningen peger på, at indflydelse på egen be-

handling styrker den personlige recovery (5). Forskning viser, at den biomedicinske tilgang indenfor psykisk sygdom begrænser fagpersoners evne til effektivt at tackle psykiske sygdomme (4). Ph.d. Anna Waldemar påpeger, at der ses et dominerende medicinsk behandlingsparadigme, hvor beslutninger træffes uden om patienten (6). Dette understøtter Kim Jørgensen ved i sin ph.d. at understrege, at den paternalistiske og biomedicinske forståelsesramme knytter sig til det dialektiske forhold mellem viden og magt, som bliver instruerende for de mulighedsbetingelser, der er for inddragelse og personlig recovery i en psykiatrisk kontekst (7). Samlet set peger den eksisterende forskningslitteratur på, at vi ikke ved nok om, hvordan recoverytanken udfoldes og artikuleres i en dansk psykiatrisk kontekst.

Alt dette medfører, at vores forskningsmæssige resultater er relevante for praksis, fordi det er væsentligt at være bevidst om de diskurser, der taler rundt om recovery, idet diskurserne lægger til grund for den praksis, de sundhedsprofessionelle selv er et produkt af. Ligeledes har forskningen ikke på nuværende tidspunkt et markant kendskab til, hvilke diskurser der kan gavne patientens personlige recovery proces, hvilket vi med dette studie søger at bidrage til en forståelse af.

### Formål

Analysens formål er at undersøge linket mellem sproget brugt i de politiske dokumenter og sprogliggørelsen i den sygeplejefaglige praksis. Artiklens formål er at belyse en kritisk opmærksomhed på den underliggende magt, som det er nødvendigt at være opmærksom på i arbejdet med recovery, der beror på et ligeværdigt samarbejde. Herunder placeres et direkte fokus på retorikken i den valgte kommunikation.

### Metode

Metodisk anvender vi en kritisk diskursanalyse indenfor det socialkonstruktivistiske paradigme. Ordet diskurs betyder 'samtale' eller en 'sammenhængende kæde af udsagn', og dækker over en forestilling om, at sproget er struktureret i mønstre, som vores udsagn følger, når vi agerer indenfor forskellige sociale domæner (8). For at afdække hvordan diskurserne fremkommer rundt om recovery, har vi udarbejdet en analysestrategi, som er inspireret af Norman Fairclough (9). Fairclough har udarbejdet en tredimensionel model, der undersøger forholdet mellem sprogbrug og en bredere samfundsmæssig praksis, hvor han binder sprog, samfund og sociale strukturer sammen (10).

### Modelafklaring

I fokusgrupperne beskrives Tidevandsmodellen og SMART-modellen som en referenceramme for patientsamtalen. Derfor vil disse være gennemgående i analysen og præciseres i det følgende. Tidevandsmodellen er udviklet af professor Phil Barker i England i 1997. Han er Englands første professor i psykiatrisk sygepleje og fungerer aktuelt som professor på University of Dundee i Skotland. Modellen er en patientorienteret recovery model, der betoner det aktive samarbejde mellem patienten og de sundhedsprofessionelle. Tidevandsmodellen er baseret på 10 forpligtelser som bærende grundholdning. De skal sikre, at sygeplejen garanterer den bedste hjælp, så personen igen kan

orientere sig imod vigtige mål og drømme for livet (11).

Begrebet, SMART, er opfundet af George T Doran, der første gang anvendte det i en artikel i 1981. SMART-modellen rummer fem krav, man kan stille til sin målsætning og indebærer: **S**pecifikt, **M**ålbart, **A**ccepteret, **R**ealistisk og **T**idsafgrænset. For at et mål bliver SMART, skal det opfylde alle fem krav i SMART-måls modellen (12).

### Dataindsamling og policy papers

For at give vores empiriske materiale struktur lader vi os inspirere af Jørgensen og Praestegaards tilgang, hvor de anvender følgende tre niveauer (13): Makroniveauet, som er politiske dokumenter svarende til regeringsniveau. Mesoniveauet, som svarer til politiske dokumenter på regionsniveau. Mikroniveauet, som er svarende til indsamling af data fra fokusgruppinterview fra tre åbne psykiatriske afdelinger i Region Hovedstaden (Se boks 1).

### Fokusgrupper

Fokusgrupper er velegnede til at producere empiriske data, der beretter noget om betydningsdannelse i grupper. Vi ønskede at opnå en forståelse for, hvilke betydningsnuancer en gruppe af sygeplejersker kunne blive enige om i forhold til (ift.) recovery og dermed undersøge hvilke diskurser, der ville fremtræde i den proces. Deltagerne bestod i den ene fokusgruppe af syv sygeplejersker og i den anden af to afdelingssygeplejersker. Halkier benævner, at der er set succesfulde fokusgrupper med få deltagere (12), hvorfor vi valgte at anvende resultaterne fra den lille gruppe. Alle deltagerne havde forskellige grader af efter- og videreuddannelse, og der var et bredt spænd i erfaringsgrundlaget. Vi valgte ikke at sammensætte vores deltagere med både ledere og medarbejdere, da dette kunne føre til en indskrænkelse af diskussionerne, som ville kunne påvirke de fremtrædende mønstre (14). De enkelte overvejelser i forbindelse med afholdelse af fokusgrupperne kan ses i nedenstående boks 2.

- Rammer (tid, sted, bordopsætning)
- Rekruttering af deltagere (antal, sygeplejersker og ledende sygeplejersker)
- Forskningsetiske overvejelser
- Moderationsguide ud fra formål
- Moderatorens involvering
- Praktisk (invitation, forplejning, erkendtlighed)
- Gennemførelse af fokusgrupper (pilotfokusgruppe, samtykkeerklæring, optagelse af interview)
- Opfølgning (tilbage melding til personale)

Boks 2: Overvejelser i forbindelse med udførelse af fokusgruppinterview

### Analytiske fund

I det følgende præsenterer vi de vigtigste fund baseret på Faircloughs tredimensionelle model (10). Afsnittet er inddelt i modellens tre dimensioner; tekstanalyse, diskursiv praksis og social praksis, og de præsenterede makro-, meso- og mikroniveauer er rammesættende for analysen.



Titel	Kilde	Indhold
<b>Politiske dokumenter, makroniveau</b>		
Nationale mål for sundhedsvæsenet	Sundheds- og ældreministeriet, KL og danske regioner, 2018	De otte nationale mål
Vi løfter i fællesskab – en samlet handlingsplan frem mod 2025	Regeringen, september 2018	Bygger på de seneste års initiativer for psykisk sårbare mennesker, og iværksætter 3 nye initiativer
Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser	Regeringen, maj 2014	En handlingsplan om at tage det første store skridt ind i en fremtid med ligeværd for psykisk syge patienter
En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser	Regeringen, oktober 2013	Forslag fra regeringsudvalget til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom skal gennemføres
<b>Regionale dokumenter, mesoniveau</b>		
Sammen om psykiatriens udvikling. Treårsplan 2020-2022	Center for sundhed	Sætter fokus på recovery som det bærende fundament for alle indsatser samt forebyggelse af tvang
Handleplan for udvikling og forankring af en recovery kultur i Region Hovedstadens Psykiatri	Region Hovedstadens Psykiatri	Beskriver et redskab til at udmønte visioner om en psykiatri med patienten i centrum
Årsplan for Region Hovedstadens Psykiatri 2020	Region Hovedstadens Psykiatri	Beskriver fem særligt prioriterede områder
Regionsrådets visioner for fremtidens psykiatri	Region Hovedstadens Psykiatri, marts 2011	10 visioner for fremtidens psykiatri

Boks 1: Oversigt over analyserede policy papers.

## Tekstanalyse

I de følgende afsnit belyser vi de vigtigste resultater fra tekstanalysen, som opdeles i to underoverskrifter jævnfør (jf.) udvalgte elementer af Faircloughs analytiske redskaber (10).

## Ordvalg

Ordlyden i de valgte policy papers fremstår ambitiøs, visionær og følger en lineær forståelse, som synes at være baseret på en overordnet forståelse af psykiatrisk behandling. På makro- og mesoniveauet anvendes ordet 'skal' hyppigt, hvilket øger sandhedsværdien men mindsker recoverytanken, som teksterne beretter om, idet recovery er dialogbaseret, og 'skal' er en kommandolignende formulering, som anvendes i forbindelse med magt og tilladelse (10). Ordet 'kan' inviterer i højere grad til ønsket om dialog med inddragelse af borgerens egne synspunkter. Det er påfaldende, idet samtlige tekster har fokus på recovery, og samtidig kompromitterer det recoverytanken, som regionen ønsker at implementere i psykiatrien. På mikroniveau fremtræder der en forskel i ordlyden, som ses ved, at idet sygeplejerskerne italesætter elementer, som er præget af styringsmekanismer, bevæger de sig retorisk over i ordet 'skal', men når samtalen omhandler elementer fra recovery, fremstår de i høj grad mere dialogorienterede med ordet 'kan':

**Deltager 2:** 'De skal jo have et mål (...). For mig er det **meget vigtigt** at få en relation til patienten, så de **kan** opnå tillid.'

Den dialogbaserede tilgang kommer yderligere til udtryk ved, at ledelsen beskriver, hvordan de tidligere har anvendt deres autoritære magt til at pålægge en patient at gå på egen stue, hvorimod de nu er klar over, at de har ageret paternalistisk i deres sygepleje, og nu er bevidste om at anvende en dialogfremmende retorik overfor patienten.

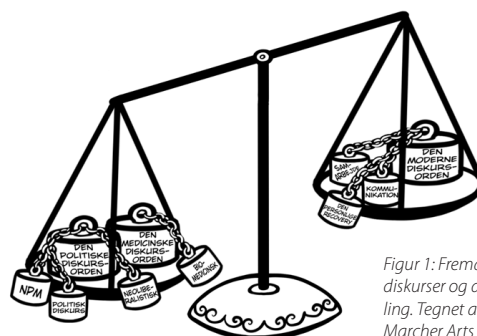
## Ordnes betydning

Den betydning, der tillægges et ord, afhænger af den sociale praksis og kan opfattes som flere potentielle betydninger (10). Producenten vil altid have mulighed for at anvende divergerende ord eller formuleringer. På makroniveau italesættes patienterne bl.a. som svingdørspatienter (2 s. 27), hvilket tillægger ordet en negativ konnotation. Dette ordvalg strider mod recoverytanken, hvor en indlæggelse kan være en sund mestringsstrategi for den enkelte fremfor en økonomisk byrde for samfundet. Der ses en hyppig anvendelse af pronominerne 'dem' og 'os', hvilket skaber en distancering af en bestemt klassificering af mennesker, *de psykisk syge*, og dokumenterne fremstår dermed med en vis afstandstagen for den målgruppe, de søger at hjælpe:

"Mange af **dem** har behov for hjælp og støtte, men har ikke behov for behandling i psykiatrien. (...) **Dem** skal vi være langt bedre til at støtte i deres nærmiljø uden, at **de** bliver revet væk fra (...)" (15 s. 7).

## Den diskursive praksis

Vi belyser her de to mest fremtrædende diskurser i studiet, men følgende figur illustrerer det samlede antal diskurser samt vægten af den tilhørende magtfordeling:



Figur 1: Fremanalyserede diskursordner, diskurser og deres tilhørende magtfordeling. Tegnet af Johanne Marcher, Facebook Marcher Arts

## Hvordan manifesterer New public management diskursen sig?

I takt med den delvise transformation fra velfærdsstat til konkurrencestat blev ledelsesformen NPM indført som den model, der bedst kan styre optimering og effektivisering (16). På makro og mesoniveau ser vi en politisk diskurs manifestere sig i form af NPM-diskursen, hvor kvalitet og effektivitet er styrende. Vi ser en dominerende retorik i form af argumentationen om vigtigheden af at løfte psykiatrien, som sidestilles med vigtigheden af at løfte kvaliteten (17, 18, 19). På mikroniveau udspiller NPM-diskursen sig igennem den moderne ledelsesdiskurs ved at trække på organisatoriske elementer, som tales ind i en NPM-diskurs (20).

## Hvordan manifesterer den personlige recovery diskurs sig?

I tekstanalysen har vi fokus på nøgleord som 'håb' og 'patientens ønsker og behov', som danner rammerne for den personlige recovery, hvilket bidrager til at konstruere en personlig recovery diskurs (8). Denne udspiller sig på mesoniveau ved, at producenten skaber et intensivt fokus på personlig recovery, og gør patienten til erfarings ekspert i eget liv (21), hvilket ses i følgende citat:

*"Region Hovedstaden er fortsat i proces med at udbrede en recoveryorienteret praksis. Det sker bl.a. gennem brugerinvolvering og inddragelse i form af individuelle samtaler og fælles beslutningstagning, som bidrager til medbestemmelse på egen situation" (5 s. 8).*

På mikroniveau konstruerer den personlige recovery diskurs sig ved, at sygeplejerskerne i høj grad har fokus på det enkelte individ:

*Deltager 5: "Jeg tænker, at den enkelte føler sig medinddraget og hørt og føler, at der er tid og respekt og en ligeværdighed, og at de mål vi støtter patienten i at få, jamen de er også realistiske, så der er et håb (...)"*

De har fokus på at anvende patientplanen som et redskab i den personlige recovery, og derved fremme dialogen under indlæggelse gennem en patientsamtale. Det karakteriseres som dialogbaseret kommunikation, som er en teknologi, som anvendes til at gøre op med tendensen til overstyring af behandlingen fra sundhedspersonalets side (22). Det kræver, at sygeplejersken kan afstå fra den traditionelle faglighed og kombinere det med at fremstå reflekset lyttende.

Den personlige recovery diskurs konstrueres på meso- og mikroniveau, men vi har i den fremsøgte litteratur ikke mødt andre forskere, som har fremanalyseret eller italesat denne diskurs.

## New public management diskursens indflydelse på den personlige recovery diskurs

På makroniveau fremsætter regeringen et ønske om at arbejde recoveryorienteret men præsenterer i dokumenterne et hyppigt brug af ord som 'behandling' og 'psykiske lidelser', mens ordet 'recovery' fremstår mindre betydningsfuldt. Recoveryorienteringen fremstår med divergent forståelse, som udspiller sig med en tendens til at være standardiseret

og økonomistyret med et ønske om at opnå bedst mulige resultater for mindst mulige økonomiske ressourcer.

På mesoniveau har regionen et stort fokus på personlig recovery og den gennemgående vision om at arbejde dialogbaseret, som recoverytanken indebærer. Den personlige recovery diskurs overtages af NPM-diskursen igennem en række styringsmekanismer i form af kvalitet og kvalitetsmål:

*"Ligeledes skal implementeringen af en recoveryorienteret kultur og praksis i afsnittet understøttes gennem arbejdet med en modenhedsmodel (...)" (2 s. 18).*

Agenten i citatet er hele NPM-tilgangen, hvor styring fremstår som det elementære fokus, idet en modenhedsmodel er et måleredskab for en samling af flere processer. Eksemplet er gennemgående for alle dokumenterne på mesoniveau, hvorfor det er tydeligt, at der opstår en asymmetrisk magtfordeling mellem den personlige recovery diskurs og NPM-diskursen.

Anvisningerne fra makro- og mesoniveau om at anvende modeller i behandlingen, går igen på mikroniveau, hvor sundhedspersonalet anvender Tidevandsmodellen (11) som en referenceramme for patientsamtalen, og herunder skal patienten præcisere en række mål for indlæggelsen udformet som et SMART-mål (12). Det interessante er, at Phil Barker på intet tidspunkt påpeger, at der i modellen skal gennemføres en række mål. Han påpeger derimod, at sundhedspersonalet kan bidrage til at fremhæve dét, der kan lykkes, og skabe nye kreative løsninger sammen med patienten, mens han ligeså påpeger, at sundhedspersonalet kan bidrage til at motivere og understrege sammen med patienten, at hvert lille skridt kan bidrage til en forandring. Barker anvender udelukkende ordet 'kan', hvilket bevidner om, at der ikke indlejres en række 'skal' opgaver i teorien (11), hvorfor sundhedspersonalets anvendelse af SMART-modellen ikke er adækvat med Barkers teori.

## Social praksis

Da Faircloughs ærinde er afsløre ulige magtforhold blandt sociale grupper i samfundet, inkluderer vi i denne del af analysen magtperspektiver for at finde forklaringer på, hvordan tekstanalysen og den diskursive praksis forbindes med den sociale praksis. For at belyse flere perspektiver af magtperspektivet inddrager vi Foucaults forståelse af magt, hvor han påpeger, at magt er en del af alle forhold, og grundlæggende fremstår produktiv eller konstruktiv (23). Han pointerer, at man ikke kan besidde magt, og at ingen har magt over en anden. Vi inddrager Foucaults begreb *governmentality* som en moderne magtudøvelse i form af en global styring, som i denne sammenhæng drejer sig om at påvirke formelt frie individer, deres handlinger og deres selvopfattelse. Det er en produktiv magt, som sætter individet i stand til at handle på bestemte måder (22). Den anden magtform vi inddrager, er den pastorale magtform, som kan forklares ved en asymmetrisk relation, hvor den enkelte kræves at sige sandheden om, hvem denne er, da magtformen retter sig mod individets indre og tanker (22). Den intertekstuelle analyse viser, hvordan NPM-diskursen rangerer højest som basis for behandling. Et eksempel er, at en deltager i fokusgruppen udtaler "Men hvis vi på et tids-

punkt ikke behøver at arbejde med at nå de her 80-100 % på patientplaner (...)". På den baggrund ser vi, at patientsamtalen fungerer som et NPM-redskab i forhold til at effektivisere indlæggelsen, idet afdelingen indlejrer SMART-målene i patientsamtalen, hvorfor den bliver et målstyringsredskab. Patientsamtalen er dermed en kobling af uddrag fra Tidevandsmodellen og et redskab fra NPM, og deraf ser vi, at patienten via patientsamtalen styres af den pastorale magtform. Det fremkommer ved, at modellens formål er at få mennesket til at italesætte deres tanker og følelser, hvilket bidrager til en intim relation mellem patient og sundhedspersonale. Ved at kombinere patientsamtalen med SMART-målene, binder man individet på dets egne ord via Tidevandsmodellen, hvorved den asymmetriske magtfordeling opstår i relationen. Den pastorale magtform har igennem Tidevandsmodellen til formål at få patienterne til at tale om deres problematikker, mens den bagvedliggende årsag til anvendelsen af SMART-målene bunder i et ønske om effektivisering. I den psykiatriske kontekst sameksisterer den moderne styreform, *global styring*, med den pastorale magtform. Ifølge Foucault opererer den pastorale ledelse ud fra et individualiserende behov, mens vi ser den globale styring som totaliserende, idet den gør alle indlæggelsesforløb til genstand for effektivisering og optimering. På den baggrund er det væsentligt at være bevidst om, at en kombination af disse to magtformer kan være svære at gennemskue i praksis, fordi sundhedspersonalet i høj grad er underlagt organisatoriske krav.

Igen gennem empirien anskuer vi, at den personlige recovery diskurs underlægges en standardisering i den måde, der arbejdes med den personlige recovery. Det bidrager til at gøre den personlige recovery upersonlig, idet de elementer, der indlejres i processen, gøres til en standardisering, hvor alle får tilbudt samme *'opskrift'*. Derved ser vi, at den individuelle proces, som indlejres i den personlige recovery, erstattes af en totaliserende styring, hvor der er højere fokus på bredden end på individet. Patientsamtalen bliver en standardisering, fordi de spørgsmål, som er udarbejdet med inspiration fra Tidevandsmodellen bliver et redskab, som sundhedspersonalet anvender til alle patienter uanset sygdomsgrad, og derved fremstår patientsamtalen normativ.

Vi anskuer gennem empirien, at den gennemgående vision om at arbejde dialogbaseret, som recoverytanken indebærer, undertrykkes af en række styringsmekanismer i form af kvalitet og kvalitetsmål indlejret i en NPM-diskurs, som derved undertrykker den personlige recovery diskurs. Vi vurderer, at sygeplejerskerne i praksis ikke er bevidste om det spændingsforhold, der er inkorporeret mellem styringsrationaler og arbejdet med den personlige recovery. Dette kom til udtryk som frustrationer i form af en italesættelse af manglende tid og undervisning om recovery.

## Diskussion

*Spændingsforholdet mellem NPM-diskursen og den personlige recovery diskurs*

Gennem anvendelsen af SMART-målene i patientsamtalen gøres denne til genstand for et målbart redskab som led i en kvantificeringsproces. Derved opstår en diskrepans mellem sygeplejerskernes artikulering af den personlige

recovery og deres praktiske udførelse. Det kommer bl.a. til udtryk i patientsamtalen, hvor fokus ligger på dialogen, som er en værdi i det recoveryorienterede arbejde. Når sundhedspersonalet i patientsamtalen indlejrer SMART-målene, bliver det et udtryk for en kommando, fordi ordet 'skal' anvendes hyppigt. Det mindsker den recoveryorienterede tanke og øger diskrepansen mellem artikulering og den praktiske udførelse. Patientsamtalen har et ønske om at lade individet fortælle, hvorfor denne er indlagt, og hvad denne har behov for, men ved at inddrage SMART-målene afsluttes samtalen med en paternalistisk tilgang (7). Det kommer til udtryk ved, at patienten ikke får plads til at afvise at deltage i målsætninger. Paternalisme betyder, at plejepersonalet fremstår bedreviden og formynderisk, og i denne sammenhæng lader til at vide, hvad der er bedst for patienten ved at artikulere, at der skal udformes et mål. Dette medvirker til en rammebetingelse for at udfolde den personlige recovery i en sygeplejefaglig praksis. De paternalistiske strukturer artikuleres også i de udvalgte policy papers, hvor der fremtræder et dikterende og hierarkisk sprog, hvor læger, psykologer og behandling rangerer højere end sygeplejersker og patienter. Det bevirker ifølge Jørgensen til, at den personlige recovery kan få svært ved at vinde indpas på et operationelt niveau i en sygeplejefaglig praksis (7). De empiriske fund viser, at sygeplejerskerne i fokusgrupperne er bevidste om de paternalistiske strukturer, og at de rent organisatorisk anvender nye måder at arbejde med den personlige recovery på heriblandt tværfagligheden. På baggrund af analysen placerer der sig et spændingsforhold til den personlige recovery diskurs, fordi diskurserne har forskellige intentioner. NPM rummer ofte kontrollerende og kvantificerende metoder, mens den personlige recovery ønsker at gøre op med sundhedsvæsenets kontrolmønstre. Ønsket er i stedet at lade individet tale for sig selv og opnå personlig recovery i et samspil med sundhedsprofessionelle og sin omgangskreds. Hvis den personlige recovery skal have et stærkere udtryk i praksis, kræver det et paradigmeskifte, hvor de to ovennævnte diskurser bør placere sig mere ligeligt og agere i et gensidigt samspil. Paradigmeskiftet kræver, at tværfaglighed, som er grundlaget for psykiatrisk praksis, bør vinde større indpas, da samarbejde og samarbejdsrelationer med inddragelse af patienten er centrale i en psykiatrisk kontekst, og opfattes som nøglen til effektive arbejds gange (24). Derudover er det væsentligt, at sundhedspersonalet er bevidste om ikke at gøre patientsamtalen og SMART-målene til genstand for organisationens mål og effektiviseringsproces, men derimod at kunne differentiere i brugen heraf for derved at bidrage til den enkeltes personlige recovery proces. De empiriske fund viser, at sygeplejerskerne anvender samme retorik som i policy papers, hvilket leder til en forståelse af, at sygeplejerskerne i et vist omfang påvirkes af den retorik, der indlejres heri, hvoraf den valgte retorik kan have indflydelse på en dialog. Derfor er det væsentligt at være sig bevidst om den magtdynamik, der hersker i den valgte retorik, da ord ikke er neutrale men har indhold og konsekvens. Ved at stille sig uden for den kliniske praksis bliver man i stand til at kunne agere kritisk overfor eksisterende diskurser (24), og for at dette skal kunne lade sig gøre, er det væsentligt, at sundhedspersonalet er bevidste om den sociale praksis, som omgiver dem.

## Diskussion af metode

Vi understreger, at det ikke er diskursanalysens ærinde at finde endegyldige sandheder (25), og studiet fremkommer ikke med konkrete løsninger men skitserer forklaringer, forståelser og belyser de omkringliggende diskurser indenfor recovery. Studiet bidrager til en bevidsthed om de eksisterende diskurser, og kan danne rammen for en diskussion om recovery som et paradigme i en psykiatrisk sygeplejefaglig kontekst, hvor der trækkes på flere forskellige diskurser, hvilket afspejler den kompleksitet recovery befinder sig i. Et deltagerobservationsstudie kan bidrage til at undersøge, hvordan patienter med færre ressourcer eventuelt styres af sundhedspersonalets anvendelse af SMART-mål, som kan være dominerende for patientsamtalens udfald.

## Konklusion

Studiets fremanalyserede fund viser, hvordan recovery er styret af en NPM-diskurs, som bliver rammesættende for den måde sygeplejersker taler om og udfolder den personlige recovery i praksis. Et empirisk fund viser, at SMART-målene i patientsamtalen ikke harmonerer med Tidevandsmodellen, som danner grundlag for patientsamtalen, og som er en del af afdelingernes praksisforståelse af den personlige recovery. Disharmonien ligger i, at SMART-målene er styret af en NPM-diskurs. Sygeplejersker i klinisk praksis anvender samme retorik i artikulationen af recovery, som anvendes i de analyserede policy papers. Dermed konkluderes det, at de eksisterende diskurser, der taler sig rundt om recovery i policy papers, har indflydelse på sygeplejerskernes artikulering af recovery i praksis. Da NPM-tilgangen har så stor en plads i den nuværende måde at arbejde recoveryorienteret på, anbefaler vi at være særligt opmærksomme på den underlæggende magtdynamik, som både kommer til udtryk i den valgte retorik, og også forekommer i recovery arbejdet mellem borger og sundhedspersonale.

## Implikationer for forskning og praksis

I dette afsnit diskuterer vi implikationer for resultaterne i relation til praksis og forskning.

Studiet bidrager til at afspejle skjulte magtstrukturer, og kan skabe grobund for en faglig diskussion om den anvendte retorik. Studiet viser, at den tilstræbelseværdige personlige recovery diskurs ikke er særligt fremtrædende. Den underlægges et strukturelt og markedsorienteret sprog. Studiets bidrag appellerer til anvendelse af et inspirerende sprog, hvor patienterne inddrages og understøttes i at bevare håbet og anerkendes som individuelle personer, der er eksperter i eget liv. Det afspejler en ubetinget tro på den enkeltes potentiale til at leve et liv, der giver mening for dem. Der er i det inspirerende sprog et behov for, at vi bevæger os væk fra den biomedicinske tankegang, og reducerer symptom og diagnoseanvendelse i italesættelsen af patientens adfærd, og i stedet intensiverer patientens narrativ.

I studiet havde vi fokus på sygeplejerskernes perspektiver på recovery, men det kunne med fordel have styrket studiet, hvis patienternes perspektiver var blevet involveret i forhold til, hvorvidt de oplevede, at det anvendte sprog fra personalets side bidrog til at fremme den enkeltes personlige recovery proces. Ligeledes savnes der viden om, hvor-

vidt kombinationen af Tidevandsmodellen og SMART-målene er til gavn for alle patienter i psykiatrisk regi. Yderligere savnes der viden om, hvordan personalet på lukkede psykiatriske afdelinger italesætter recovery, og hvordan den personlige recovery udfoldes her, hvor patienterne ofte er frihedsberøvet.

## Referenceliste

1. Borg, M. Recoveryorienterede praksisser. Dansk selskab for psykosocial rehabilitering, 2014.
2. Hertz, A. Handleplan for udvikling og forankring af en recoverykultur i Region Hovedstadens Psykiatri. Psykiatri RH, 2019.
3. Joergensen, K. og Praestegaard J. Patient participation as discursive practice - A critical discourse analysis of Danish mental healthcare. *Nursing Inquiry*. 2018;25(2), s. 1-11.
4. Jenkins, E. The politics of knowledge: implications for understanding and addressing mental health and illness. *Nursing Inquiry*. 2014;21(1), s. 1-8.
5. Psykiatri, Region Hovedstaden. Sammen om psykiatriens udvikling. Treårsplan 2020-2022. Center for sundhed, 2019.
6. Waldemar, AK. Recovery orientation in clinical practice: How does it unfold in mental health inpatient settings? University of Copenhagen, 2018.
7. Jørgensen, K. Mulighedsbetingelser for patientinddragelse og recovery i psykiatrien. RUC, 2018.
8. Leamy, M. et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(6), s. 445-452.
9. Jørgensen, MW. og Phillips, L. Diskursanalyse som teori og metode. Samfundslitteratur, 1999.
10. Fairclough, N. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press, 2008.
11. Barker, P. og Buchanan-Barker, P. *The Tidal Model: mental sundhed, indsigelse og recovery*. KBH : Munksgaard, 2015.
12. Wikipedia. [Online] 2017. [da.wikipedia.org/wiki/Målstyring](https://da.wikipedia.org/wiki/Målstyring).
13. Joergensen, K., Dahl, BM. og Frederiksen, J. Coherence in intersectoral collaboration between psychiatric centres and community mental healthcare: A critical discourse analysis. *Nordic Journal of Nursing research*. 2020.
14. Halkier, B. *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur, 2008.
15. Regeringen. *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*. Forebyggelse MFSO, 2014.
16. Klitgaard, O. og Pedersen, OK. *Konkurrencestaten*. KBH : Hans Reitzel, 2011.

17. Regeringens Udvalg om Psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2013.
18. Regeringen. Vi løfter i fællesskab. En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025. Ældreministeriet, 2018.
19. Nørby, ET. Nationale mål 2018. Sundhedsminister, 2018.
20. Luscher, L., Stærk, A. Ledelse i det postmoderne - hvordan gør man? [Online] 2009. <https://clavis.dk/wp-content/uploads/2017/08/Ledelse-i-det-postmoderne-hvordan-g%C3%B8r-man-det-2.pdf>.
21. Slade, Mike. 100 idéer til recovery-orienteret arbejde: Et inspirationshæfte til medarbejdere i psykiatrien og socialpsykiatrien. Videnscenter for socialpsykiatri, 2009.
22. Mikk-Meyer, N. og Kaspar, V. Magtens former: sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren. KBH: Hans Reitzel; 2007.
23. Dean, M. Governmentality: magt og styring i det moderne samfund. Frederiksberg: Sociologi, 2006.
24. Freshwater, D., Cahill, J. og Essen, C. Discourses of collaborative failure: identity, role and discourse in an interdisciplinary world. *Nursing Inquiry*. 2014;21(1), s. 59-68.
25. Vallgård, S. og Koch, L. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. KBH: Munksgaard Danmark, 2011
26. Harrow, M. Do Patients with Schizophrenia Ever Show Periods of Recovery? A 15-Year Multi-Follow-up Study. *Schizophrenia Bulletin*. 2005 (31), s.723-34. DOI: 10.1093/schbul/sbi026
28. Mental Health Coordinating Council. Recovery-oriented-language-guide. New South Wales: Mental Health Coordinating Council, 2018.

# Bog anmeldelser

## Opskriften til et vellykket PBL-projekt

“Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser” af Jette Egelund Holgaard, Thomas Ryberg, Nikolaj Stegeager, Diana Stentoft og Anja Overgaard Thomassen. Samfundslitteratur 2. udgave 2020.

Bogen *Problembaseret læring og projekt arbejde ved de videregående uddannelser* er let at læse, pædagogisk opdelt og alle afsnit afsluttes med relevante refleksions spørgsmål. Den kan læses af studerende og undervisere på ungdoms-, mellemlange- og videregående uddannelser, hvor der arbejdes med problembaseret læring og projekter. Flere sygeplejerskoler arbejder problembaseret og her er bogen til de studerende og deres undervisere, der klart og præcist guider og rådgiver om vejen fra projektstart til et vellykket projekt og eksamen.

Bogen er opdelt i 8 kapitler som kan læse sammenhængende og enkeltvis. Skal man vælge, vil jeg anbefale at læse kapitel 3 til 5. Her forklarer og argumenterer forfatterne for, at projektgruppen skal bruge tid og energi på tidsstyringen af projektet og på samarbejdet. Jeg oplever, at studerende og undervisere kan overse denne del af projektarbejdet, med det resultat, at projektet ikke lykkes. Sådanne negative erfaringer med projektarbejde blandt de studerendes, kan skabe modstand mod projektarbejde fremadrettet. I kapitel 4 er der, fem konkrete spørgsmål til samarbejdet i projektgruppen. De kan med fordel bruges aktivt i projektarbejdet.

Som en del af samarbejdet vil der opstå konflikter. Ved at skrive om kon-

flikter og konflikthåndtering i bogen, give det underviser og studerende mulighed for at tage fat om konflikter og arbejde med dem.

Tager man som læser bogens konkrete råd og vejledning om samarbejdet alvorligt er det muligt at skrive et godt projekt, samtidig med at man bliver klogere på at samarbejde.

I bogens sidste del er der fokus på, hvad man som studerende kan lære af at skrive et projekt. Vælger man i projektgruppen at bruge tid på evaluering, giver man sig selv og sine medstuderende mulighed for at afdække, hvilke kompetencer den enkelte har i forhold til at styre en proces og i samarbejde omkring en opgave. Dette er kompetencer, som er relevante i arbejdslivet.

Sidst i bogen trækkes der tråde til arbejdslivet, og forfatterne spørger om PBL-arbejdet giver særlige kompetencer til arbejdslivet. Fra mit perspektiv forudsætter det, at de studerende aktivt bruger tid på evaluering af arbejdsprocessen og projekt.

**Anmeldt af: Mette Flensburg Olesen, sygeplejerske og underviser på Social og Sundhedsskolen FVH**



# Epidemi versus folkesundhed

Peter Ludvig Panum. Det moderne gennembrud i dansk medicin.  
René Flamsholt Christensen, København, 2020, FADL's Forlag.

19. december 2020 var Peter Ludvig Panums 200 års dag. Han har lagt navn til Panum Institutet, og han huskes for sin udredning af mæslinger under en epidemi på Færøerne i 1846. En indsats der giver mening helt op til nutidens epidemiologi og folkesundhed. Bogen handler om de vigtigste aspekter af Panums medicinske bedrifter set fra et nutidigt synspunkt.

Først beskrives dynamikken ved de store infektionssygdomme, som lægerne og andre sundhedsfaglige med skiftende held altid har forsøgt at bekæmpe. Tuberkulose er den mest dødelige infektionssygdom. Ca. 1 mia. mennesker er døde af tuberkulose i de 10.000 år forskerne har fundet tegn på sygdommen i skeletter. De store infektionssygdomme kom tilsyneladende alle et bestemt sted fra: tuberkulose og mæslinger kom fra Mellempøsten, kolera fra Indien, syfilis fra Amerika med Columbus' besætning, og COVID-19 fra Kina. Det vigtigste at huske ved 200-års jubilæet, er indsatsen mod virusinfektionen mæslinger, hvor Panum tilskrives æren af at påvise sammenhængen mellem epidemiologi og mikrobiologi under mæslingeepidemien, hvor smitteopsporing og -stop blev iværksat.

I 1968 blev det 'Det Lægevidenskabelige Fakultet' opført til de prækliniske fag og bygningen fik navnet Panum. Samtidig udskrev man en konkurrence med det formål at vise Panums betydning. Panum indførte en moderne lægevidenskabelig tankegang og praksis i medicinstudiet. Panums bidrag til lægevidenskabens fremgang i Danmark er den eksperimentelle tilgang til fysiologiske spørgsmål om sundhed og sygdom.

Panums forskning havde fokus på respiration, ernæring, stofskifte, forrådnelse og blodtransfusion. Panum og hans efterfølgere skabte en dansk skole for den eksperimentelle fysiologi og patologi, der er fortsat langt op i det 20. århundrede.

Modstanden mod fremskridt af lægekunsten var stor, og gennem Panums beskrivelser ved vi i dag, hvor svært det var at ændre etablerede holdninger især til håndteringen af infektioner. Det betød, at tiltag mod kolera blev ophævet af de danske myndigheder i 1852, året før den store epidemi i København, med den begrundelse, at der ikke var evidens for smittefare. Argumentet var, at kalken i undergrunden ville tillade et 'hurtigt og fuldstændigt afløb' af de legemsvæsker, som ansås for medvirkende til smitten. Panum-biografien er en spændende og indlevende bog om datidens Europa, som beskrives gennem lægevidenskabens øjne med epidemier, intriger, krige og videnskabelige gennembrud. Vigtig viden og en fælles referenceramme for alle sundhedsfaglige grupper.

**Anmeldt af: Britta Hørdam, seniorforsker, ph.d.**



# Ingen skal være alene i sin sygdom. Når et familiemedlem rammes af sygdom, påvirker det hele familien

"Familedialog og refleksion ved alvorlig sygdom – en guide for sundhedsprofessionelle" af Barbara Voltelen og Jette Bjerre. Samfundslitteratur, 1. udgave 2018. 244 sider

"Familedialog og refleksion ved alvorlig sygdom – en guide for sundhedsprofessionelle" af Barbara Voltelen og Jette Bjerre. Samfundslitteratur, 1. udgave 2018. 244 sider.

Bogen handler om, hvordan sundhedsprofessionelle via familiesamtale (dialog) kan hjælpe og støtte familier og patienter der er ramt af svær eller livstruende sygdom. Dette med udgangspunkt i, at sygdom ikke kun rammer den sygdomsramte, men hele dennes familie, og hvor relationer kan blive udfordret. Bogens titel, *Familedialog og refleksion ved alvorlig sygdom*, rammer plet, og afspejler indholdet fortrinligt. Særligt refleksion over den praksis man som sundhedsprofessionel tilbyder patienter og deres familier, og hvordan denne praksis kan udvikles ved hjælp af forskellige teoretiske modeller, der er tilpasset konteksten i mødet med patient og familien.

Bogen er inddelt i 10 kapitler, der udover at beskrive forskellige emner systematisk også inddrager citater for at tydeliggøre hvordan teori og praksis kan kobles og give mening. Det kan være særligt værdifuldt, ikke mindst i relation til klinisk praksis, hvor hverdage ofte er travle og hvor nye tiltag kan virke uoverskuelige.

Afsnittet om "Casefamilier", der bliver beskrevet som noget af det sidste, giver et godt indtryk af hvordan familedialoger kan foregå med afsæt

i forskellige sygdomstilstande og scenarier. Dertil tydeliggøres det, hvordan den sundhedsprofessionelle reflekterer over det patienten og familien udtrykker med afsæt i deres unikke situation og hjælper dem videre i dialogen ved at have en anerkendende tilgang - men også gøre brug af konkrete spørgeteknikker, der ligeledes præciseres ved eksempler. Der henvises også i bogen til: [www.samfundslitteratur.dk/familedialog](http://www.samfundslitteratur.dk/familedialog) for flere eksempler.

Udover bogens faglige indhold, giver det god mening, når en fagbog til egnet sundhedsprofessionelle, tydeligt viser koblingen mellem teori og praksis med eksempler fra "hverdagspraksis" og grundige forklaringer, som forfatterne bag denne bog mestrer det. Dette er ikke kun fordelagtigt for sundhedsprofessionelle, der ønsker at tilegne sig en familiefokuseret tilgang, men det viser også, at der er mening bag og et teoretisk og fagligt funderet ståsted for en familiefokuseret tilgang til gavn for alle involverede.

**Anmeldt af: Karen Frydenrejn Funderskov. Forskningssygeplejerske, cand.cur - MScN. Afdeling for Kæbekirurgi, Rigshospitalet.**



# Opslagsværket til enhver som skriver opgaver på sundhedsuddannelser

"Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne" af Diana Astrup Nielsen, Thea Qvist Hjørnholm og Peter Stray Jørgensen, Samfundslitteratur, 1 udgave 2019.

Bogen er velskrevet og kortfattet, og som læser får en man et godt indblik i dataindsamlingsmetoder, designs og analysemetoder. Bogen vil være et godt opslagsværk til studerende på sundhedsuddannelserne, som skal skrive et gennemarbejdet bachelorprojekt. 'Det gode bachelorprojekt' lider dog under, at bogen vil rumme det hele. Bogen kan derfor også, for mange sygeplejestuderende, være en stor mundfuld, der kræver at de meget kritisk vælger det, som er relevant for deres opgave. Derfor er bogen særlig god, hvis den studerende i forvejen skriver gode opgaver og ønsker at få nogle ekstra nuancer med. Bogen bidrager med en struktur, som kan anvendes trin for trin gennem en opgaveskrivning. Hvert trin indeholder beskrivelse af indholdselementer og hvordan den studerende rent praktisk griber det an; f.eks. at skrive en problemformuleringen. Det særligt gode ved de enkelte kapitler er, at de indeholder boksede som giver eksempler eller rekonstruerer teksten til tabeller eller figurer. Det giver læseren en mulighed for at finde et hurtigt svar eller hjælp under opgaveskrivningen. Bogen giver perspektiver på metoder til indsamling af både kvalitative og kvantitative data, hvilket er særligt værdifuldt både under planlægning af projektet samt udførelsen af em-

piriindsamling. Desuden er disse afsnit relevante for den studerende, som skal forholde sig kritisk til egen indsamling af empiri samt når andres arbejde skal vurderes. Dog mangler bogen at medtænke studerende laver litteraturstudier, hvilket bogen ikke giver et indblik i. Den færdiguddannede sygeplejerske skal kunne arbejde evidens- og forskningsbaseret i sin praksis, og her giver bogen et godt bidrag. Som underviser i sygeplejerskeuddannelsen er bogen netop ikke kun relevant for den skrivende bachelor studerende, men også relevant for den skrivende bachelor studerende, men også relevant for studerende hele vejen gennem uddannelsen. Bogen kan fungere som litteratur i metodeundervisning og er yderst relevant i forhold til litteratursøgningsprocessen. Jeg er ikke i tvivl om, at mange sygeplejestuderende vil kunne bruge "Det gode bachelorprojekt".

**Anmeldt af: Mai-Britt Hägi-Pedersen PhD adjunkt, Professionshøjskolen Absalon.**



# Det sundhedspolitiske aspekt skal medtænkes i sundhedsarbejdet

"Sundhed, menneske og samfund i sundhedsarbejde" af Grit Niklasson (red.), 2. udgave, Kbh.: Samfundslitteratur; 2020.

Denne 2. udgave af *Sundhed, menneske og samfund i sundhedsarbejde* er en opdateret lærebog, som ifølge redaktøren henvender sig til ansatte samt studerende indenfor uddannelser med relation til sundhedsvæsenet. Efter min vurdering, kan andre, der nødvendigvis ikke har foden indenfor det sundhedsfaglige felt, også have gavn af bogen, da bogens 13 kapitler giver et godt indblik i, hvordan samfundet sætter rammerne for den sundhedsprofessionelles møde med borgeren. Disse rammer udgøres af især sundhedspolitiske tiltag såsom lovgivning, fordeling af ressourcer og aktuelle behandlingstilbud fra kommuner samt regioner, hvilket er nogle af de ting, som den sundhedsprofessionelle skal være klar over i mødet med den specifikke borger.

Bogen kommunikerer i et klart og forståeligt sprog i forhold til hjælp til valg og afvejning af metoder, hvor der er konkrete anvisninger til, hvordan metoderne anvendes i praksis.

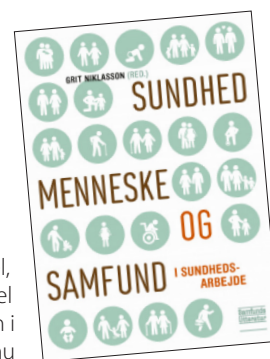
Ligeledes, så vil jeg fremhæve, at et af de kapitler i bogen, som har gjort størst indtryk på mig, er kapitel 4 om *folkesundhed*, hvor der sættes spot på alle de elementer, der påvirker folkesundheden bl.a. ud fra den industrielle udvikling, strategier for forebyggelse af sygdomme, økonomiske interesser og befolkningens sundhedsadfærd. Disse elementer giver et klart billede af at sundhedsvæsenet skal forstås som en hjør-

nesten i den danske samfundsmodel, men at den danske samfundsmodel opfattes forskelligt fra person til person i disse nyere tider. Dette kalder på endnu flere overvejelser i forhold til udviklingen

den sundhedsprofessionelles arbejde i mødet med den enkelte borger – og især også nu hvor COVID-19 pandemien sætter en ny sundhedspolitisk dagsorden.

Afslutningsvis, kan jeg sige følgende: Det er min overbevisning, at bogen kan bruges som opslagsværk, der tager udgangspunkt i en række samfundsvidenskabelige emner indenfor sundhedsområdet. Dette vil give læseren redskaber til at kunne forstå og vurdere, hvad der foregår i sundhedsvæsenet - og hvordan bestemte emner kommer på den sundhedspolitiske dagsorden samtidigt med at emnerne bliver genstand for politisk debat.

**Anmeldt af: Alina Aiesha Khan, Sygeplejerske og Stud.cand.scient i global sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet**



## Nyheder fra redaktionen

Vores dygtige redaktør og gode kollega, Laila Twittmann Bay, har grundet andre arbejdsopgaver valgt at trække sig fra redaktionen. En stor tak til Laila for mange års dedikeret og fornemt arbejde i redaktionen. Vi kommer til at savne dig og dine kompetencer.

Bestyrelsesmedlem Carrinna Aviaja Hansen går ind i redaktionsarbejdet. Carrinna har allerede stor ekspertise fra andet redaktionelt arbejde. Vi glæder os til samarbejdet med Carrinna.

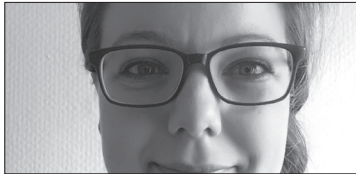


# Bestyrelsen



## Formand

Annesofie Lunde Jensen, RN, ph.d  
Klinisk sygeplejespecialist  
Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA  
Aarhus Universitets Hospital  
[annesjen@rm.dk](mailto:annesjen@rm.dk)



## Næstformand og webansvarlig

Julie Duval Ph.d.- studerende, Cand.Cur.  
Sygepleje og Sundhed, Institut for Folkesundhed  
Aarhus Universitet  
[julieduval@ph.au.dk](mailto:julieduval@ph.au.dk)



## Kasserer

Tina Nielsen  
Afdelingsleder  
Gildhøjhemmet, afdeling D  
Brøndby Kommune  
[tn@jakolex.dk](mailto:tn@jakolex.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Jeanette Rasmussen, RN, cand. cur.  
Udviklingssygeplejerske  
Plejeboliger & Dagcentre Social & Sundhed, Gentofte Kommune  
[jera@gentofte.dk](mailto:jera@gentofte.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Lotte Evron, Lektor, ph.d., cand.mag., sygeplejerske  
Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser, Københavns  
Professionshøjskole og ekstern lektor, Sektion for Sygepleje, Aarhus  
Universitet,  
[loev@kp.dk](mailto:loev@kp.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Laila Twistmann Bay, RN, cand. scient. san  
Ph.d. studerende  
Reumatologisk afdeling  
Odense Universitetshospital  
[laila.t.bay@rsyd.dk](mailto:laila.t.bay@rsyd.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Carrinna Aviaja Hansen, Klinisk sygeplejespecialist,  
sygeplejefaglig forskningsleder i Ortopædkirurgisk  
afdeling Sjællands Universitetshospital, Køge

Find os på facebook



## Suppleant

Gitte Susanne Rasmussen, Klinisk Specialist, Cand. Cur.,  
ph.d. i sundhedsvidenskab på hudafdelingen,  
Aarhus Universitetshospital

Find os på LinkedIn



## Suppleant

Tina Riekehr Bjerre, klinisk  
udviklingsygeplejerske og uddannelsesansvarlig,  
Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitets Hospital i Roskilde

Find "Forstyrrelsen på ISSUU.com

