

**SIDE 6**

FAGLIG  
ARTIKEL

Om at lære at  
anvende digitale  
teknologier  
i sundhedsvæsenet

**SIDE 11**

FAGLIG  
ARTIKEL

Personcentreret  
Praksis for ledere  
- læring fra  
pilotkursus

**SIDE 16**

FAGLIG  
ARTIKEL

Mødregroupe  
for alvorligt syge  
børn – hjælp til  
selvhjælp

**02**  
**2023**

**SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSSKRIFT**

# forstyrrelsen



LANDSKONFERENCE

## Sygeplejersken som knudepunkt

13. OG 14. MARTS 2024 I REGION HOVEDSTADEN

... SE SIDE 5



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



## Indholdsfortegnelse

Leder .....	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen .....	s. 4
Landskonference .....	s. 5
Faglig artikel: Om at lære at anvende digitale teknologier i sundhedsvæsenet .....	s. 6
Faglig artikel: Personcentreret Praksis for ledere - læring fra pilotkursus.....	s. 11
Faglig artikel: Mødregruppe for alvorligt syge børn - hjælp til selvhjælp .....	s. 16
Boganmeldelser .....	s. 20

# Fagbladet Forstyrrelsen

## Redaktionsgruppen



**Thora Grothe Thomsen,**  
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU,  
Institut for Regional Sundheds-  
forskning og forskningsleder ved  
Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk  
Afdeling, Sjællands Universi-  
tets-hospital  
thst@regionsjaelland.dk



**Annette Møllerup,**  
Lektor, ph.d.  
Sygeplejerskeuddannelsen,  
UC Diakonissestiftelsen  
Peter Bangs Vej 3A, Frederiksberg  
amol@ucdiakonissen.dk



**Gitte Bunkenborg,**  
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU,  
Institut for Regional Sundheds-  
forskning og sygeplejefaglig  
forskningsleder, Kardiologisk  
afdeling Sjællands Universitets-  
hospital  
gibu@regionsjaelland.dk



**Kirsten Specht,**  
Sygeplejerske, ansvarlig for  
udvikling og forskning  
Center for KOL  
Københavns Kommune  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Center for Sundhed og Rehabilitering  
tw3v@kk.dk



**Birgitte Lerbæk,**  
Seniorforsker ved Enhed for  
Psykisk Forskning, Psykiatrien,  
Aalborg Universitetshospital  
birgitte.lerbaek@rn.dk

## forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSSKRIFT

Fagbladet Forstyrrelsen udgives af overstående redaktørgruppe på vegne af  
Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning.  
Bladet udkommer tre gange årligt

Artikler modtages løbende til én af følgende tre mailadresser thst@regionsjaelland.dk, birgitte.lerbaek@rn.dk eller gibu@regionsjaelland.dk

### 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 målrettes til bladets målgruppe: Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

Bladet finansieres gennem annoncer hvorfor der kontinuerligt er behov for at medlemmer byder ind med forslag til annoncører.

Grafisk produktion: Kosmos Grafisk ApS · Oplag: 415 stk.

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com



## LEDER

I nogle karrieremæssige sammenhænge går det hurtigt: fx har jeg efter blot et halvt år som medlem af Forstyrrelsens redaktion fået mulighed for at skrive min første leder. Tænk, hvis andre milepæle kunne nås med samme hastighed! Første udfordring har været at finde et passende indhold. Jeg har kunnet høre mig selv stå og docere for studerende: 'Husk at definere nøglebegreberne!' Så jeg lægger ud med at begrebsafklare en journalistisk leder, som ifølge Wikipedia ofte er en reflekterende artikel, som fremstiller redaktionens (min) holdning til et aktuelt emne.

Det aktuelle emne for denne leder bliver det at indgå i netværk af sygeplejersker og værdien heraf. Mange medlemmer af FS32, har formentlig oplevet at have en stilling, hvor man er 'den eneste af sin slags' i en afdeling. Jeg har i hvert fald selv erfaret at være eneste sygeplejefaglige forsker i en hospitalsafdeling og har oplevet betydningen af at netværke med andre i lignende positioner. Det har her været vigtigt at have nogen at spejle sig i og at kunne sparre med, især når vejen til 'milepælene' blev oplevet som en knoldet og tilgroet sti.

Men at være i støttende netværk rækker ud over dette med at have en særlig funktion eller stilling i en afdeling. Det handler også om at møde og reflektere sammen med andre sygeplejersker, der heller ikke kan lade være med at være undrende og nysgerrige på faget og professionen. Jeg er måske mere optaget af netværk nu end til andre tider. At være med i Forstyrrelsens redaktion giver mulighed for netværk med fire andre engagerede sygeplejersker. Derudover er første halvår af 2023 også fyldt med interessante konferencer.

I marts 2023 var vi godt 100 sygeplejersker samlet i Kolding til Landskonferencen for FS32. Tak til arrangørgruppen for at lægge et virkeligt godt og relevant program, der lagde op til både refleksion og diskussion. Nogenlunde samme antal deltagere var i april samlet til Novo Nordisk Fondens årlige Nursing Research Symposium og udover at høre om aktuel og væsentlig sygeplejefaglig forskning, var der rig mulighed for at møde tidligere kolleger og samarbejdspartnere.

Sidst, men ikke mindst, afholdes primo juli ICN Congress 2023 i Montreal med forventelig deltagelse af mange tusinde syge-

plejersker, heraf en større delegation fra Danmark. Jeg er selv spændt på at præsentere egen interventionsforskning om egenomsorg med PEP-fløjter ved Covid-19. Emnet har global relevans, så jeg håber på at få også internationalt netværk og måske ligefrem inspirere til lignende forskning i Polynesien, Portugal eller Peru.

Temaerne for de tre konferencer, Dataeksplosion i en evidensbaseret verden, The importance of caring og Nurses together: a force for global health, viser bredde i sygepleje, men også professionens betydning i sundhedsvæsenet. Det er opmuntrende, at stadigt flere sygeplejersker har mod på at komme med nødvendige og relevante indspark til aktuelle debatter i medierne om vores nuværende og fremtidige sundhedsvæsen.



I Forstyrrelsen debatterer vi ikke så meget, men vi giver plads til at dele viden og faglighed. I dette nummer får I tre artikler. I bladets første artikel fortsætter formidlingen af DISH-projektet, omkring implementering af digi-

tale teknologier i sundhedssektoren, denne gang med særligt fokus på oplevelsen af at tilegne sig nye digitale kompetencer. De to øvrige artikler i dette blad udgår begge fra Sjællands Universitetshospital. Den ene artikel beskriver læring fra et pilotkursus omkring personcentreret praksis for ledere. I den anden artikel beskrives et meget interessant og vigtigt udviklingsprojekt med palliation til børn og unge.

Men der er andet indhold i Forstyrrelsen end artikler. I lighed med tidligere numre af Forstyrrelsen giver boganmeldelser os alle ny inspiration og i dette nummer er der hele syv anmeldelser af bøger, vi måske kan gå ombord i hen over sommeren. Og ikke mindst, så finder I en reklame for næste års landskonference, så 'Save the date'!

I ønskes god fornøjelse med Forstyrrelsen og en dejlig sommer!



Af: Annesofie Lunde Jensen,

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



## Nyt fra bestyrelsen

# Insider og outsider perspektiv på fagidentiteten

Hvad sker der, når man sætter fokus på sygeplejen, og hvad vil det sige? For mig betyder det, at vi har faglige diskussioner om, hvad det er som skal være til stede for at yde den bedste sygepleje for personen, som har behov for dette.

En sådan sygepleje har til formål, at personen oplever velvære. Som der står i de sygeplejeetiske retningslinjer, har vi som sygeplejerske ansvar for at yde omsorg i den hensigt, at patienten oplever velvære.

Derfor er det nødvendigt, at vi vedvarende diskuterer og analyserer de konkrete oplevelser, vi har i klinisk praksis. Vi skal bruge vores teoretiske og praktiske viden til at reflektere og forbedre os. Et eksempel på dette er fx vores evne til at skabe relationer i mødet med en person, som er syg. Det kræver særlige kompetencer at kunne aflæse og kommunikere med et menneske, som måske er i krise eller som faktisk ikke har lyst til at komme på sygehuset, men er nødt til det. At diskutere konkrete oplevelser, som vi har haft i mødet med den syge person, og som gør os i stand til at se på situationen fra en insider- og et outsiderperspektiv. Fik vi handlet på en måde, som kunne bidrage til velvære, og hvis ikke hvilke betingelser var så til stede, som udfordrede os i mødet med personen?

Antropologen F. Barth siger, at "Det er, når man er til stede som medmenneske, at folk får tillid til én og begynder at lære én op i deres verden". Oversat til en sygeplejefaglig kontekst vil jeg tale om nærvær. Nærvær er nødvendig, hvis vi vil arbejde personcentret, og for at kunne gøre det kræver det, at vi optræder tillidsfulde. Jeg vil sige, at disse begreber og teorier om, hvordan man skaber nærvær, arbejder tillidsfuldt og personcentreret er en del af den sygeplejefaglige identitet.

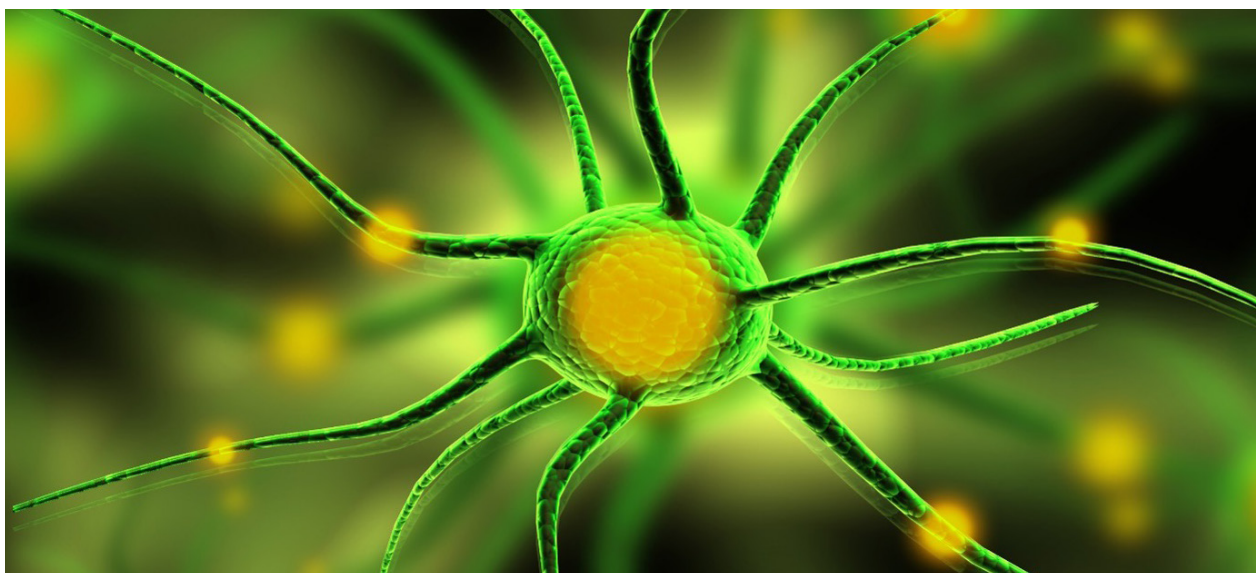
I "Fagligt Selskab for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning" vil vi i den kommende tid sætte fokus på fagidentitet - særligt for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning.



LANDSKONFERENCE

# Sygeplejersken som knudepunkt

13. OG 14. MARTS 2024 I REGION HOVEDSTADEN



Sundhedsvæsenet er præget af forandring og samtidig udfordret af samfundsmæssige forhold som manglende arbejdskraft, ændret befolkningssammensætning, samt ændret og bedre behandling af sygdomme.

Dette kalder på sammenhold og innovation.

Sygeplejerskens faglige kompetencer og arbejdsområder gør sygeplejersken til en central aktør i sundhedsvæsenet, og sygepleje er en synapse, der binder de mange forskellige ydelser sammen.

Fagligheden skal anvendes optimalt, og vi skal se nye veje og muligheder i fremtidens sundhedsvæsen. Derfor er 'Sygeplejersken som knudepunkt' årets tema på landskonferencen, hvor vi undersøger dette med forsknings- og udviklingslinsen.

## Vi stiller bl.a. spørgsmålene

- Hvilke roller har sygeplejersken i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde?
- Kan mangel på sygepleje udfordre fagligheden, og hvordan fastholder vi den?
- Hvad er sygepleje i nutidens og fremtidens sundhedsvæsen?
- Hvordan påvirker nutidens syn på sundhed og sunde kroppe vores sundhedsvæsen, samt sygeplejerskens rolle og arbejdsområder?
- Hvordan bidrager forskning og udvikling til fremtidens sygeplejefaglige identitet?



Af stud.cand.cur Sabine Paasch Olsen, docent, ph.d. Anne Marie Dahler, og chefkonsulent og projektchef, ph.d. Trine Ungermann Fredskild (tuf @rsyd.dk)

## Faglig artikel

# Om at lære at anvende digitale teknologier i sundhedsvæsenet

Erfaringer og anbefalinger fra et EU-projekt (DISH-projektet) om digitale kompetencer på sundhedsområdet.

### Abstract

Sygehus Sønderjylland har sammen med UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole og Danish Life Science Cluster taget del i et EU-projekt, der har til formål at styrke sundhedsprofessionelles digitale kompetencer og kvalificere implementering af digitale teknologier i sundhedssektoren. I denne artikel præsenteres og diskuteres vores erfaringer med det koncept for arbejdspladsbaseret læring, der er udviklet og afprøvet i projektet. Artiklen bygger videre på den faglige artikel: "Hvorfor er det så svært at implementere digitale teknologier? Erfaringer og anbefalinger fra et EU-projekt (DISH-projektet) om digitale kompetencer på sundhedsområdet", (Dahler AM; Olsen SP; Fredskild TU, 2023)

Det udviklede koncept er afprøvet i såvel simulationsfaciliteter som på sygehusafdelinger. Artiklen afsluttes med anbefalinger til tilrettelæggelse af træning i digitale kompetencer.

### Introduktion

Danmark har siden årtusindeskiftet været igennem en digital omstilling af den offentlige service med fælles løsninger som Digital Post, NemID og Mit ID, og senest har vi også fået kørekort og sundhedskort som apps på mobilen. Alt sammen initiativer og løsninger, der gør, at vi i dag skriver vores børn op til daginstitutioner, tjekker svar på blodprøver, får påmindelser om aftaler, læse vores elektroniske post og foretager sikre betalinger hjemmefra – fra computer eller smartphone. Løsninger, der gør hverdagen nemmere for mange borgere og virksomheder, og som hjælper myndighederne med at yde en god offentlig service (Fredskild og Gars 2023). Den digitale udvikling betyder dog også, at der skal arbejdes med de digitale kompetencer, også indenfor sundhedsområdet, hvis teknologierne skal udnyttes optimalt.

Evalueringsinstituttet (EVA) har i 2018 udarbejdet fem pejlemærker, der beskriver det kompetencebehov, som de mener, fremtidens sundhedsprofessionelle skal besidde for fortsat at kunne håndtere den teknologiske udvikling i sundhedsvæsenet (2018 & 2018a).

### De fem pejlemærker er:

1. Den sundhedsprofessionelle skal kunne anvende teknologi sikkert og kompetent i sin praksis.
2. Den sundhedsprofessionelle skal kunne understøtte borgerens teknologianvendelse.
3. Den sundhedsprofessionelle skal kunne omstille sig til teknologiske forandringer.
4. Den sundhedsprofessionelle skal kunne indgå i teknologisk innovation.
5. Den sundhedsprofessionelle skal kunne reflektere etisk og kritisk over teknologianskaffelse og -anvendelse.

Samtidig med ovenstående digitalisering af sundhedsvæsenet, udfordres sundhedsvæsenet i de kommende år også af stigende sundhedsøkonomiske udfordringer, især på baggrund af den stigende aldrende befolkning, den stigende forekomst af kronikere, den forbedrede adgang til information og af fremtidens borger som ny sundhedsforbruger (Højgaard & Kjellberg 2017). Sundhedsvæsenet befinder sig derfor i et dilemma mellem kravene til kvalitetsløft, øget produktivitet og effektivitet, og mulighederne for at indfri forventninger og krav med de forhåndenværende personaleressourcer og de tilstedeværende kompetencer. WHO pegede allerede i 2016 på, at det er påkrævet, at arbejdsstyrken i sundhedssektoren skal have nye redskaber og kompetencer for at kunne imødekomme de forandringer, der finder sted (WHO, 2016), og at forandringerne kræver nye arbejdsformer, herunder kompetenceopbygning og træningsmuligheder i brug af blandt andet digitale teknologier (WHO 2016; Milligan, Roberts & Mort, 2011). I



tråd hermed nævnes det i Region Syddanmarks digitaliseringsstrategier for henholdsvis 2019-2021 og 2020-2024, at der er et vedvarende behov for udvikling af digitale kompetencer, såvel hos medarbejdere som hos ledere (Region Syddanmark, 2020)

Der er imidlertid begrænset viden til rådighed om, hvilken type af træning og hvilke kompetencer medarbejderne har behov for, og forskning i effekten af træning og kompetenceudvikling i digitale løsninger i sundhedsvæsenet er sparsom. Norske forskere (Guise & Wiig, 2017) har blandt andet undersøgt sundhedsprofessionelles specifikke træningsbehov i tilknytning til virtuelle hjemmebesøg og peget på at effektiv træning i telekommunikation handler mere om at tilpasse professionelle roller til nye arbejdsprocesser end om at lære at betjene ny teknologi. De foreslår derfor, at træning i teknologi har fokus på organisatorisk parathed, identifikation af behov i træningen samt patientcentrerede tilgange med sigte på at lykkes med implementering af nye teknologier. Et omfattende amerikansk review af sygeplejerskers holdninger til meningsfuld brug af teknologier (Kaye, 2017) viser da også, at sygeplejersker generelt er positive overfor meningsfuld anvendelse af teknologier, og at negative opfattelser er associeret med forandringer i arbejdsgange og -processer. Studiet viser, at træning i brug af teknologierne forud for implementering bidrager positivt til sygeplejerskernes opfattelse af teknologien, og at peer support spiller en afgørende rolle i forhold til at acceptere og anvende teknologierne i praksis (Kaye, 2017; Lunde, Drachmann & Christiansen, 2017).

Ovenstående forståelser peger på, at udvikling af kompetencer på sundhedsområdet er et væsentligt anliggende i fremtiden, og dette var afsæt for iværksættelse af DISH (Digital & Innovation Skills Helix) projektet. Sygehus Sønderjylland (Lead på projektet) har sammen med UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole og Danish Life Science Cluster indtil april 2022 deltaget i DISH projektet, et EU finansieret Erasmus+ projekt (KA2 Cooperation for innovation and the exchange of good practices – Sector Skills Alliances). Projektet har fokus på udvikling af sundhedsprofessionelles innovative og digitale kompetencer i samspil med den organisatoriske kontekst.

I denne artikel (og i den tidligere artikel (Dahler AM; Olsen SP; Fredskild TU, 2023)) formidles og diskuteres erfaringer fra projektet med fokus på kompetenceudvikling i forhold til digitale teknologier i sundhedssektoren. I det følgende afsnit præsenteres DISH-projektet, og de koncepter, der blev udviklet i projektet. Herefter præsenteres og diskuteres erfaringerne fra DISH-projektet, og på den baggrund fremhæves en række anbefalinger til tilrettelæggelse af træning i digitale teknologier for sundhedsprofessionelle, med sigte på at kvalificere implementering af teknologiske løsninger i sundhedssektoren.

### DISH-projektet

DISH-projektet forløb fra 2018-2022 og var et samarbejde mellem partnere fra Spanien, England, Tyskland, Norge,

Polen. Formålet var at styrke de sundhedsprofessionelles kompetencer med hensyn til at anvende og deltage i implementering af digitale løsninger. Som også beskrevet i rapporterne fra EVA (EVA 2018 & 2018a), går vi ind i en periode med radikale forandringer. Det vil formentligt være forskelligt for hver enkelt sundhedsprofession, hvor meget ændringerne kommer til at betyde for professionens sundhedspraksis. Der er dog nogle fælles centrale områder, som vi må forvente berører alle på den ene eller den anden måde. For sundhedsuddannelserne giver det derfor mening at orientere sig mod et scenarie, hvor sundhedsprofessionelle kan interagere med teknologi på helt nye måder. Fremtidens sundhedsprofessionelle skal kunne begå sig kompetent og sikkert med en forståelse af både kunstig intelligens, Internet of Things (IoT) (Farhan.L. et al 2017) , General Data Protection Regulation (GDPR), globalisering, og en 24/7 virkelighed med nye digitale krav og muligheder. De kompetencebehov, vi står overfor (se tidligere), er formuleret med afsæt i ovenstående tendenser og forventninger til den fremtidige udvikling på sundhedsområdet. DISH-projektet har afsæt heri.

*DISH-projektet udviklede tre koncepter:*

1. **Implementeringskonceptet** bestod af et **Planning and Implementation Tool**. Dette værktøj blev, som det fremgår af titlen, anvendt i planlægningsfasen og indbefatter det organisatoriske perspektiv i kompetenceudviklingen. I arbejdet med dette koncept blev der etableret en form for ad hoc organisering af både kliniske ledere, sundhedsprofessionelle medarbejdere, IT-medarbejdere, udbyderen af teknologien samt andre aktører, som kunne have en aktiv rolle. Formålet med denne organisering var at sikre fælles plan for, hvordan den kommende teknologi kunne anvendes og implementeres bedst muligt med udgangspunkt i såvel teknologien, brugernes kompetencer og organiseringen. Ideen med konceptet er, at der, hver gang en ny teknologi introduceres, skal etableres en gruppe, der skal sikre organisatorisk såvel som teknisk støtte, og brugerstyret kompetenceudvikling i forhold til implementeringen af teknologien.
2. **Arbejdspladslæringskonceptet** består af et **On-the-Job Training process Tool**. Dette værktøj, eller koncept rammesætter det konkrete træningsforløb, der skal styrke sundhedsprofessionelles teknologiske færdigheder gennem træning i et trygt miljø. Her skal den konkrete træning planlægges, læringsmål og konkrete anvisninger skal udarbejdes, og konceptet består således af alle de pædagogisk didaktiske overvejelser, der skal sikre en målrettet og meningsfuld træning for brugerne. Konceptet består således af et komplet praktisk og velstruktureret planlægnings- og træningsværktøj, der guider til at gennemføre en praktisk og velstruktureret træning, der fremmer reel, arbejdsbaseret læring i et sikkert miljø.
3. Efter træningen er det meningsfuldt at vurdere, hvorvidt deltagerne har opnået de krævede kompetencer

med henblik på at kunne håndtere teknologien. Derfor afsluttes hver træningsproces med et *koncept for kompetencevurdering (Assessment and Recognition process Tool)*, med fokus på både den individuelle og den organisatoriske kapacitetsopbygning. Dette koncept er således et vurderingsredskab, der skal sikre, at den enkelte medarbejder får mulighed for at få sine erhvervede digitale kompetencer dokumenteret og vurderet.

De 3 koncepter er udviklet i fællesskab mellem partnerlandene.

### Afprøvning af koncepterne

Koncepterne er blevet testet i hvert af de deltagende lande, dog i varierende grad på grund af Covid-19. Det betød, at der blev mulighed for at få vist fleksibiliteten af koncepterne. I nogle partnerlande er de kun anvendt som online læringsmoduler på grund af Covid-19. I andre lande blev koncepterne anvendt både som online træning og som fysisk fremmødetræning. I nogle lande foregik træningen i simulationsfaciliteter og i andre lande i klinikken.

I Danmark har Lærings- og Forskningshuset på Sygehus Sønderjylland været ansvarlige for at afprøve koncepterne i forhold til træningen i forskellige teknologier. Koncepterne har blandt andet været anvendt i forhold til at implementere videokonference til brug ved udskrivninger. Sygehus Sønderjylland og de fire sønderjyske kommuner (Aabenraa, Sønderborg, Haderslev og Tønder) har deltaget i testen. Deltagerne var udvalgt af deres nærmeste leder, efter afholdelse af det organisatoriske møde med afdelinger og kommuner.

Det første skridt var at etablere tværasektorielle implementeringsgrupper (ad hoc grupperne nævnt ovenfor) i de involverede kommuner og på de involverede sygehusafdelinger, samt at gennemføre planlægningsmøderne. Her deltog typisk afdelingsledere, medarbejdere, evt. IT-ansvarlige samt de ansvarlige for træning af medarbejderne i brug af teknologien. Her var det vigtigt at få de organisatoriske emner drøftet og aftalt, med henblik på at sikre implementeringen efter træningen.

Herefter blev træningen afholdt i simulationsfaciliteter i Lærings- og Forskningshuset, hvor deltagere fra sygehusafdelinger og kommuner afprøvede videokonferencer ved at ringe op til hinanden via computer, iPads mm. Der var således en stor del af praktisk hands-on træning indlejret i træningen. De teoretiske oplæg var placeret ind imellem øvelserne og var baseret på teknologien, sundhedsvæsenets udvikling, forandringsledelse, adfærdsdesign (med henblik på ændring af arbejdsgange), samt korte teoretisk-filosofiske oplæg om fx retorik og diskurs i forhold til digitalisering af sundhedsvæsenet.

Træningen tog udgangspunkt i forskellige praksisnære cases, med sigte på at gøre træningen realistisk i forhold til dagligdagens udskrivningssituationer. Holdene bestod af max. 12 deltagere, så alle fik mulighed for at få hands-on

træning af teknologien og indgå i 'rollespil' med afsæt i cases. I første del af træningen var der fokus på, at deltagerne skulle lære selve teknologien at kende og at anvende den korrekt, mens anden del havde fokus på 'teknologi, der ikke virker'. Her blev deltagerne udfordret i fejlfinding, for på denne måde at opnå succesoplevelser ved selv at finde fejl ved teknologien og få den til at virke igen.

Efter hands-on træningen fik deltagerne små opgaver, som skulle understøtte refleksioner over teknologien og over hvad der skal til, for at videokonferencen skulle komme i anvendelse, når de var tilbage på deres respektive arbejdspladser.

Jf. konceptet for dokumentation af færdigheder, uploadede deltagerne resultaterne af forskellige praktiske øvelser og refleksioner på en læringsplatform. Det kunne fx være en videooptagelse af hvordan teknologien virker, eller refleksioner over etiske problemstillinger. Disse øvelser var grundlag for efterfølgende vurdering og udstedelse af kursusbevis fra Lærings- og Forskningshuset. I alt 94 medarbejdere fra henholdsvis hospitalsafdelinger og kommuner deltog i denne test i projektet.

Der blev i projektperioden løbende gennemført undersøgelser af projektets aktiviteter. I nærværende sammenhæng har UCL dokumenteret og beskrevet projektets aktiviteter gennem observationsstudier af træningsforløb og interviews med medarbejdere. Nedenstående erfaringsopsamling knytter sig til observation af 4 træningsforløb samt opfølgende interviews med 8 medarbejdere fra henholdsvis sygehusafdelinger og kommuner.

### Erfaringer fra DISH-projektet – træning i digitale kompetencer

#### *Digitale kompetencer og erfaringer fra tidligere*

Deltagerne har overvejende engageret sig positivt i træningen i brug af teknologierne, og stemningen har været god. Under præsentationsrunderne har nogle deltagere præsenteret sig som 'gammeldags' eller 'gamle' og 'ikke til det digitale/tekniske', mens andre har præsenteret sig som nysgerrige efter teknologier. Nogle har deltaget i samme undervisning flere gange (fordi de har skiftet arbejdsplads og/eller fordi man tidligere har forsøgt at implementere teknologien på deltagerens arbejdsplads). For nogle deltagere var der udfordringer med overhovedet at logge sig på det anvendte system, men de fleste erfarede, at teknologien/systemet var enkelt at bruge, når de først havde fået adgang til det (hvilket i nogle tilfælde krævede teknisk support). Nogle deltagere kendte systemet i forvejen, men syntes det var givende at få det genopfrisket – især log-in proceduren.

Enkelte deltagere deltog modstræbende i undervisningen og udtrykte usikkerhed ved at anvende teknologien. Det var deltagere, der definerede sig selv som ikke-teknisk mindedede. I interviews ca. en måned efter træningen gav disse deltagere udtryk for ikke at have fået noget ud af træningen, fordi de følte, at deres manglende kompetencer blev



udstillet på kurset, og at 'klappen går ned'. En af deltagerne udtrykte behov for at kunne sidde alene med teknologien med mulighed for support; '... ikke med mange, der kigger'.

Disse erfaringer synliggør en væsentlig pointe om læring, nemlig at opfattelsen af hvad man kan og vil lære, hænger sammen med ens forståelse af, hvem man er, og således også er et identitetsspørgsmål (Bateson, 1972). Deltagerne, der i denne sammenhæng var sygeplejersker, blev udfordret på deres selvforståelse som fagligt kompetente, når de blev sat i en sammenhæng, hvor deres usikkerhed på et konkret område (digitale teknologier) blev synliggjort.

#### *Hands-on / case-baseret undervisning*

Helt overvejende fandt deltagerne dog træningen relevant, blandt andet fordi der har været tale om hands-on undervisning med afsæt i praksisnære cases. Flere gav udtryk for – både under træning og i efterfølgende interviews – at de var positivt overraskede over formen, hvor alle skulle øve sig i at bruge teknologien både hver for sig og med afsæt i øvelserne i samspil med andre deltagere. Nogle angav, at casene var urealistiske, men også at det var lærerigt at øve sig i at mødeindkalde og kommunikere med kolleger med afsæt i casene. Og endelig angav nogle, at den praktiske del af undervisningen var irrelevant, fordi de i forvejen brugte systemerne i andre sammenhænge.

Disse erfaringer er i tråd med forståelser af voksne lærende som personer, der værdsætter læring, som er tæt knyttet til krav og problemstillinger i deres hverdags-/arbejdsliv og som foretrækker problembaserede læringstilgange (Knowles, 2014). I tråd hermed fremhævede deltagere ved undervisning i brug af videokonferencer i udskrivningen, at det var meningsfuldt og positivt, at træningen var organiseret, så der var deltagere fra både sygehusafdelinger og kommuner. Det forhold, at deltagere fra kommuner og sygehusafdelinger deltog i samme træning, afstedkom, at videokonferencen er blevet afprøvet og anvendt i udskrivningssituationer efter træningen blev afviklet.

#### *Teorier om forandring og implementering*

Der var også deltagere, der fremhævede den teoretiske del af kurset, herunder teori om implementering og teori om forandringsprocesser som relevant og givende i forhold til at kontekstualisere træningen. Især blev det fremhævet, at det var interessant og meningsfuldt, fordi der blev sat fokus på praksisudfordringer med hensyn til implementering af teknologier, og at disse udfordringer var genkendelige i egen hverdag. Teori om forandringsprocesser gav anledning til refleksion over, hvad der skal til på forskellige niveauer i organisationen, for at det lykkes at skabe forandringer/sætte teknologier i spil.

#### *Peer-support og support fra underviserne*

I tråd med tidligere nævnte review (Kaye, 2017) fremhævede flere deltagere, at det var en styrke at være flere fra samme enhed/afdeling, så man kunne hjælpe hinanden, både under og efter træningen. Tre sygeplejersker, hvoraf

to havde været til træning sammen, og den tredje havde modtaget undervisning på afdelingen, pegede på, at det var 'vigtigt at de har hinanden' og havde 'et lille fællesskab' om brug af teknologien. De pegede også på vigtigheden af – efter træningen – at kunne få hjælp fra underviserne, som var lettilgængelige, da undervisningsenheden er placeret på sygehuset. En deltager, der var 'alene' afsted fra sin afdeling, beklagede situationen og gav udtryk for, at det ville have hjulpet hende, om der havde været flere fra hendes afdeling med – 'ligesom i xx-kommune, hvor der var tre deltagere med'. Dette tyder på, at støtte fra kolleger og fra undervisere har betydning for, om teknologien kommer til anvendelse i praksis – efter træningsforløbet.

#### *Manglende forventningsafstemning, spildt læring, tidspres og teknologier, der ikke virker*

De fleste af deltagerne gav udtryk for, at undervisningen var vel tilrettelagt, og at de fik udbytte af undervisningen. Interviews med ovennævnte otte deltagere fra forskellige afdelinger/kommuner ca. en måned efter træningen viste dog, at man ikke alle steder var kommet i gang med anvendelse af teknologien. Der blev blandt andet peget på, at det ikke var tydeligt, hvad forventningerne på afdelingerne var efter deltagelse, og at træningen blev oplevet som spildt, når de nyerehvervede færdigheder ikke blev sat i spil umiddelbart efter træningen havde fundet sted. Én deltager nævnte, at hun allerede en måned efter træningen havde mistet de færdigheder, hun havde erhvervet under træningen. Nogle deltagere havde ikke fundet teknologien relevant; den besværliggjorde i nogle sammenhænge arbejdsgange, fremfor at lette dem. Der havde været tekniske problemer med systemer, der ikke var kompatible, og det forhold, der trådte tydeligst frem i materialet, var at der ikke var tid til at bringe nye teknologier i anvendelse. Snævre tidsrammer og konkurrerende projekter udgjorde en barriere for at sætte fokus på nye teknologier.

#### *Opsummering og anbefalinger*

Den overordnede erfaring med træningskonceptet var positiv, både fordi deltagerne fandt den case-baserede træning i simulationsfaciliteter relevant, fordi de overvejende gav udtryk for, at de på baggrund af træningen blev i stand til at *betjene* teknologien. Det var dog en væsentlig erfaring, at deltagernes forudsætninger for at deltage var forskellige, både på den måde, at nogle deltagere kendte og havde erfaringer med teknologien i forvejen, og på den måde, at deres forståelser af, hvem de var, i forhold til at anvende teknologier, var forskellige. Det skal overvejes, om der kan tilrettelægges alternativ træning for deltagere, der definerer sig selv som 'for gamle' / 'ikke-teknisk-mindede', hvor de gives mulighed for at lære i et rum, hvor de ikke føler sig udstillede.

For de fleste af deltagerne havde den case-baserede undervisning med hands-on træning kombineret med teori om forandringsprocesser og implementering fungeret godt, og sammensætningen af deltagere fra både sygehusafdelinger og kommuner var meningsfuld for deltagere, der var involveret i samarbejde der skulle understøttes

af den pågældende teknologi. Support fra både kolleger og undervisere blev fremhævet som vigtigt, og det er væsentligt at bestrebe sig på at tilrettelægge træningen så flere deltager sammen fra samme afdeling/kommunale enhed samt vedvarende at tilbyde support fra fx underviser-teamet.

Endelig viser erfaringerne fra projektet, at de sundhedsprofessionelles digitale kompetencer er en lille brik i forhold til at bringe teknologier i anvendelse. Dels er de fleste deltagere som udgangspunkt digitalt kompetente, og dels er der en række andre forhold, der er væsentlige at medtænke i forhold til at gøre digitale teknologier virksomme; at der er en plan for implementering (forventningsafstemning), at teknologierne er relevante i forhold til arbejdsgange, at teknologierne virker/er kompatible, at der er tid og rum til at bringe dem i anvendelse, og at der er tilstrækkelig støtte fra kolleger i implementeringen.

## Referencer

- Bateson, G. (1972). The logical categories of learning and communication. *Steps to an Ecology of Mind*, 279-308.
- Dahler AM; Olsen SP; Fredskild TU (2023). Hvorfor er det så svært at implementere digitale teknologier? Erfaringer og anbefalinger fra et EU-projekt (DISH-projektet) om digitale kompetencer på sundhedsområdet. FORSTYRRELSEN, Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning · Nr. 1 / 2023 · 8. årgang.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (2016). An OECD horizon scan of megatrends and technology trends in the context of future research policy. [https://ufm.dk/publikationer/2016/an-oecd-horizon-scan-of-megatrends-and-technology-trends-in-the-context-of-future-research-policy/?set\\_language=da](https://ufm.dk/publikationer/2016/an-oecd-horizon-scan-of-megatrends-and-technology-trends-in-the-context-of-future-research-policy/?set_language=da)
- Evalueringsinstituttet (2018), "Pejlemærker for sundhedsuddannelsernes teknologifokus. Teknologi i sundhedsprofessioner og -praksis", <https://www.eva.dk/videregaende-uddannelse/teknologi-sundhedsprofessioner>
- Evalueringsinstituttet (2018a) "Afdækning af teknologifokus i sundhedsuddannelserne. Baggrundsrapport til projektet Teknologi i sundhedsprofessioner og -praksis", <https://www.eva.dk/videregaende-uddannelse/teknologi-sundhedsprofessioner>
- Farhan, L et al (2017). A Survey on the Challenges and Opportunities of the Internet of Things (IoT). Eleventh International Conference on Sensing Technology (ICST). IEEE Xplore.
- Fredskild TU og Gars U 2023 (red). Forord og Kapitel 1; Introduktion til bogen og teknologibegrebet. I: Teknologi og Innovation. Gads Forlag 2023 (Forthcoming)
- Guise, V., Wiig, S. (2017). Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study. *BMC Health Serv Res* 17, 164. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2098-2>
- Højgaard, B., Kjellberg, J. (2017). Fem megatrends der udfordrer sundhedsvæsenet. KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen (vive.dk)
- Kaye, S. P. (2017). Nurses' attitudes toward meaningful use technologies: an integrative review. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 35(5), 237-247.
- Knowles, M. S., Holton III, E. F., & Swanson, R. A. (2014). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. Routledge.
- Lunde, A., Drachmann, A. L., & Christiansen, K. (2017). Sygeplejerskers arbejde med telemedicin i en tværsektoriel kontekst. *Klinisk sygepleje*, 31(2), 80-95.
- Milligan, C., Roberts, C., & Mort, M. (2011). Telecare and older people: who cares where? *Social science & medicine*, 72(3), 347-354.
- Peine A, Faulkner A, Jæger B, Moors E. (2015). Science, technology and the 'grand challenge' of ageing - Understanding the socio-material constitution of later life. *Technological Forecasting and Social Change*; 93:1-9.
- Region Syddanmark (2022): Digitaliseringsstrategien 2022-2024 ([regionsyddanmark.dk](https://regionsyddanmark.dk))
- WHO Regional Office for Europe (2016). *From Innovation to Implementation eHealth in the WHO European Region*. Copenhagen. [https://books.google.dk/books/about/From\\_Innovation\\_to\\_Implementation\\_EHealth.html?id=5HOyDwAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.dk/books/about/From_Innovation_to_Implementation_EHealth.html?id=5HOyDwAAQBAJ&redir_esc=y)



**Af: Mette Kjerholt, forskningsleder, klinisk sygeplejespecialist, ph.d., Hæmatologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Mail: metkj@regionsjaelland.dk**  
**Bibi Hølge-Hazelton, sygeplejerske, forskningschef, professor, ph.d. Sjællands Universitetshospital, Syddansk Universitet**

## Faglig artikel

# Personcentreret Praksis for ledere - læring fra pilotkursus

### Abstract

Nationalt og internationalt er udvikling af personcentrerede praksiskulturer et stadigt større fokusområde. Det gælder også på Sjællands Universitetshospital (SUH), hvor vi arbejder med udvikling af personcentreret praksis (PCP) ud fra en teoretisk ramme, udviklet af to britiske professorer, Brendan McCormack og Tanja McCance. Ledere spiller en afgørende rolle i forhold til at sikre rammer og vilkår for udvikling af praksis – herunder også udvikling hen imod en personcentreret praksis. I artiklen præsenteres baggrund, formål og resultater af et pilotkursus i personcentreret praksisudvikling for sygeplejefaglige ledere. Afslutningsvis drøftes, om, og i givet fald hvordan, et sådan kursus kan understøtte en personcentreret ledelsespraksis.

**Nøglebegreber:** Personcentreret praksis, praksisudvikling, ledelse, læring, pilotkursus

### Indledning

Sygeplejersker med forskellige funktioner på Sjællands Universitetshospital (SUH) og andre sundhedsprofessionelle med en mellemlang videregående uddannelse (MVU) arbejder på forskellige måder og forskellige planer med at implementere hospitalets overordnede visioner for uddannelses-, udviklings- og forskningsvision "Sjællands Universitetshospital i top – vision, mål og strategier for MVU-området frem mod 2025 (1). Visionen anbefaler "en personcentreret tilgang til pleje og behandling samt udvikling af evidensbaserede praksiskulturer" på hospitalets afdelinger (Ibid; 2). Udvikling af PCP ved at have fokus på ledelsesplanen er et specifikt indsatsområde på SUH, da studier viser, at ledere har en afgørende indflydelse på karakteren og kvaliteten af praksis – herunder også på hvilke områder og i hvilken retning udvikling af praksis sker (2-5). Professor i ledelse, Tom Eide fra Norge, og senior lektor, Shaun Cardiff

fra Holland har beskæftiget sig med ledelse i sundhedsvæsenet generelt og specifikt i relation til personcentreret ledelse, og de angiver følgende: "Leadership is important for the quality of healthcare services (...) person-centred values like high quality care and respect for persons' integrity, dignity, security, and rights are at the core of both national policies and professional codes of ethics. Despite this there is evidence of failings within healthcare systems that negatively impacts on the care experiences of patients and staff (6; 95). Dette citat angiver både, at personcentreret ledelse er vigtigt i forhold til at sikre kvaliteten i sundhedsydelserne, men også at der er evidens for, at denne kvalitet ikke altid sikres i sundhedsvæsenet. I deres definition på personcentreret ledelse i sundhedsvæsenet understreges, at der er behov for såvel støtte og oprettelse som fastholdelse af personcentrerede værdier og praksisser (Ibid.; 95). Personcentrerede egenskaber, som lederen skal besidde, er de samme som alle personcentrerede sundhedsprofessionelle skal besidde, nemlig en humanistisk og holistisk tilgang til andre personer, hvor respekt for andre(s) livssituation og præferencer er en kerneværdi, og hvor personer prioriteres før drift, økonomi og produktivitet (Ibid; 95-112, 7).

Denne artikel beskriver baggrund, formål og resultater af et 3-dages kursus i personcentreret praksis-/ kulturudvikling for sygeplejefaglige ledere, men før denne beskrivelse, vil vi (forfatterne) overordnet præsentere den teoretiske ramme for PCP, som der arbejdes ud fra på SUH.

### Den personcentrerede tilgang til udvikling af praksis – en overordnet beskrivelse

Siden 1990'erne har der internationalt været fokus på, hvordan man kunne modsvare et mere og mere dehumaniseret sundhedsvæsen, som var kendetegnet ved ensidigt fokus på behandling, økonomi, produktivitet, og en New Public Management tilgang. Et af modsvarerne var at udvikle en personcentreret tilgang, hvor det humanistiske aspekt og dermed personerne (både dem der havde brug for sundhedsvæsenets ydelser og dem der arbejdede i



sundhedsvæsenet) blev sat i centrum i sundhedsvæsenet (4). WHO støttede ligeledes behovet for en ændring af den eksisterende sundhedsprofessionelle praksis og kultur hen imod en personcentreret tilgang, og i en rapport angives følgende: *"The overall vision for people-centred healthcare is one in which individuals, families and communities are served by and able to participate in trusted health systems that responds to their needs in humane and holistic ways"* (8, 7).

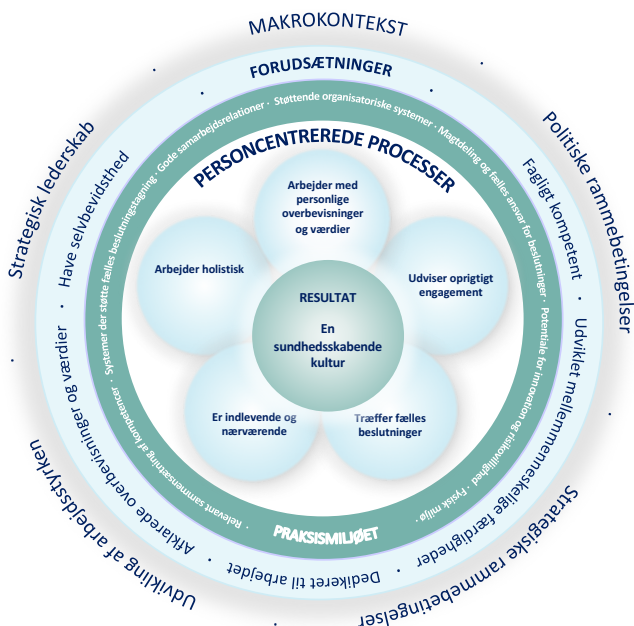
I takt med det stadigt større internationale, nationale og regionale fokus på personcentreret tilgang, er der på SUH også et ønske om at ændre praksiskulturen hen imod en PCP-kultur (9). Et netværk af internationale professorer og andre interesserede - med professor Brendan McCormack som en af initiativtagerne og frontfigurerne - har gennem de sidste 25 år udviklet og videreudviklet en teoretisk ramme i forhold til PCP (10, 4). Det er denne ramme, SUH har valgt at arbejde ud fra. Definitionen på hvad det vil sige at arbejde personcentreret ud fra denne ramme er følgende:

"En tilgang til praksis, der etableres gennem pleje- og behandlingsmæssige relationer mellem alle sundhedsprofessionelle, patienter/borgere og pårørende. Tilgangen understøttes af værdier som: Gensidig respekt og forståelse, respekt for det enkelte individ og rettigheden til selvbestemmelse. Tilgangen bliver mulig, når der er en kultur til stede, som understøtter kontinuerlig udvikling af praksis" (oversat fra 11; 193).

### Kerneelementer i den valgte PCP-tilgang

Den teoretiske ramme for PCP består af følgende fem kernelementer: Makrokontekst, Forudsætninger, Praksismiljø, Personcentrerede processer, Resultater. Kerneelementerne er både hver for sig - men også tilsammen - nødvendige for at sikre en personcentreret praksisudvikling. Kerneelementerne samt delelementerne i disse er indgående beskrevet i adskillige sammenhænge (12, 4, 13). Den teoretiske ramme (kerneelementer og delelementer) fremgår af figur 1.

Figur 1. Dansk valideret oversættelse af model hentet fra McCormack et al. 2021. Valideringen er foretaget af Rosted E., Kjerholt M. og Thomsen T. (13)



### PCP- Ledelseskurset - baggrund, formål og resultater

SUH's vision, mål og strategier for sygeplejen angiver, at denne skal være personcentreret (1). Ledere er helt centrale, hvis en sådan vision skal få muligheder for at folde sig ud i praksis. På den baggrund foranledigede SUH's Forskningsstøtteenhed for MVU-uddannede en række tilbud til mellemledere med MVU-baggrund. Der var bl.a. to konferencer om praksisudvikling samt et 4-dages kursus med titlen: "Afdelingssygeplejerskens rolle i udvikling af en personcentreret kultur". Kursisterne skulle tage udgangspunkt i resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse til alle sygeplejersker på SUH vedrørende deres opfattelse af udviklings, forbedrings- og forskningsarbejdet, samt deres erfaringer med rammerne for at arbejde personcentreret. For at deltage i kurset, skulle kommende deltagere tilkendes, at de 1) forpligtede sig til at deltage alle gange, 2) at afdelingen enten ønskede eller var i gang med at arbejde med en personcentreret tilgang samt 3) at de kunne beskrive en idé til en mindre undersøgelse af potentialer og barrierer for praksisudvikling i egen afdeling. Der krævedes med andre ord en forpligtende, engageret og motiveret deltagelse af den enkelte kursUSDeltager.

Begge konferencer blev overtegnet og afholdt med stor succes. Derimod fik kurset ikke nok tilmeldte på tværs af SUH til trods for, at en enkelt afdeling havde tilmeldt flere afdelingssygeplejersker. Efter vi havde annonceret, at kurset blev udskudt, blev vi kontaktet af den ledende oversygeplejerske fra den afdeling, hvor flere afdelingssygeplejersker havde tilmeldt sig. Hun ønskede brændende, at hele hendes ledergruppe kunne få et tilbud om personcentreret praksis, idet de var i proces med at udvikle deres lokale strategi for sygeplejen og derfor var supermotiverede. Derfor besluttede vi at tilbyde den pågældende afdeling et skræddersyet 3-dages kursus, således forstået, at vi ville anvende samt arbejde ud fra de specifikke data omhandlende personcentrerede aspekter i deres afdeling, som spørgeskemaundersøgelsen havde afdækket. Afdelingens oversygeplejerske takkede ja til tilbuddet på vegne af afdelingens afdelingssygeplejersker samt kliniske sygeplejespecialist, og i alt deltog 7 personer. Der blev planlagt tre halve kursusdage, fordelt med en måneds interval, da det var planen, at deltagerne skulle arbejde med konkrete aktiviteter i deres afdeling mellem hver kursusdag.

Formålet med kurset var:

- At styrke gruppen i arbejdet med at udvikle en personcentreret kultur
- At støtte gruppen til at afdække barrierer og potentialer for praksisudvikling i afdelingen
- At udvikle, afprøve og evaluere et undervisningstilbud i personcentreret kulturudvikling

Vi var både kursusledere og facilitatorer, da vi begge havde årelange erfaringer med personcentreret praksis, opbygning og udvikling af denne samt erfaringer med ledelse og ledere i hospitalsregi. Vi besluttede, at tilgangen til læring

<sup>1</sup> Titlen afdelingssygeplejerske er ændret til oversygeplejerske pr 1.6.2022, men fastholdes i denne artikel da den beskriver forhold før den dato.

på de tre kursusdage var aktionslæring, da denne tilgang passer til en personcentreret tilgang på grund af dens fokus på dialoger med og mellem de berørte parter om deres egne erfaringer fra deres kliniske (ledelses)praksis (14).

Inden første kursusdag fik deltagerne tilsendt en velkomstm-mail, hvor baggrund og formål med kurset blev beskrevet, rapporten med spørgeskemaresultaterne fra deres afdeling, samt en artikel omhandlende personcentreret praksis (13), som deltagerne blev bedt om at læse inden første kursusdag. Efter hver kursusdag fik deltagerne et kort referat tilsendt, som blandt andet opsummerede de aktiviteter, vi havde aftalt, de skulle arbejde med frem til næste kursusdag, samt præsentere for os på den kommende kursusdag. Det fælles omdrejningspunkt på hele kurset var den personcentrerede ramme og figur, og de anvendte metoder/redskaber var ligeledes valgt ud fra denne ramme. Et fast punkt på hver kursusdag var, at alle deltagerne skulle bruge de sidste fem minutter på at evaluere form, indhold og udbytte af den konkrete kursusdag, både for at kunne ændre på indholdet fremadrettet hvis nødvendigt, men også for at kunne reflektere over og svare på de angivne formål.

### Procesforløb:

På første kursusdag deltog seks af de syv kursister, og her præsenterede de deres formål med at deltage i samt forventninger til kurset. Dette gjorde de med udgangspunkt i et billede (evoke card) som de valgte, og som de syntes symboliserede deres forventninger. Evoke cards er en samling af forskellige billeder, som man kan bruge i forskellige gruppesammenhænge. Ideen med billederne er, at kortene vil/kan fremkalde (=evoke) tanker og følelser hos gruppe-medlemmerne, som kan deles og drøftes i gruppen på en kreativ måde.

De kort deltagerne hver især valgte, fremgår af nedenstående billeder.



Billede 1: Evoke cards, som deltagerne valgte.

Forventningerne var meget forskellige, og det gik op for os, at alle deltagerne ikke var helt så motiverede for at deltage i kurset, som vi havde fået at vide. Nogle glædede sig, mens andre åbent fortalte de deltog, fordi deres oversygeplejerske sagde de "skulle".

Dernæst fulgte et oplæg om PCP generelt, og specifikt PCP i relation til ledelse, herunder lederes ansvar, opgaver, egenskaber og kundskaber som personcentrerede ledere. Efter dette havde vi planlagt en fælles drøftelse af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen fra deres afdeling mhp. hvilke refleksioner, disse gav anledning til samt hvilke aktiviteter, deltagerne ønskede at arbejde videre med i afdelingen både på kort og lang sigt. Her viste det sig, at deltagerne havde meget forskellige holdninger til undersøgelsens relevans, og nogle havde slet ikke læst den. Det betød, at vi justerede programmet og i stedet brugte tid på at tale med gruppen om deres arbejde med en fælles vision for sygeplejen i afdelingen, som de fleste af deltagerne fandt mere relevant. Dagen sluttede med, at vi aftalte, at de i den mellemliggende periode skulle arbejde videre med deres vision, og vi så ville relatere den til den personcentrerede ramme på næste møde. Herudover opfordrede vi dem til at få deres medarbejdere til at besvare den undersøgelse, som vi var i gang med at udføre. En høj svarprocent ville betyde, de havde noget konkret - samt helt nye data - fra deres egen afdeling at arbejde med.

På anden kursusdag præsenterede deltagerne resultatet af en visionsøvelse, de havde gennemført i ledergruppen. Derefter blev deltagerne præsenteret for forskellige konkrete metoder og redskaber til at arbejde med PCP, herunder såkaldt 'virtue cards' som bruges til at italesætte værdier, samt et kort spørgeskema, der kunne afdække både lederens og medarbejderens oplevelse af organisationskulturen i afdelingen. Disse øvelser gav anledning til, at hver deltager beskrev et udviklingsområde, som vedkommende gerne ville fokusere på til næste gang.

På den tredje og sidste kursusdag var temaerne 1) organisationskultur med udgangspunkt i deltagernes beskrivelse af, hvordan de havde arbejdet, reflekteret og handlet videre med deres identificerede områder, 2) resultaterne af deres nye undersøgelse og 3) det fremadrettede arbejde med deres personcentrerede praksisudvikling som team og som individuelle ledere.

Det viste sig, at der ikke var stemning blandt deltagerne for at drøfte punkt 2 og det blev sprunget over. Vi kunne efterfølgende se, at der var flere ledere fra afdelingen, der ikke selv havde besvaret skemaet.

Da det var sidste kursusdag, var der tillige afsat god tid til at evaluere kurset i dets helhed. Evalueringen indbefattede blandt andet en drøftelse af, om og på hvilken måde, deres forventninger til kurset var blevet indfriet, ud fra de evoke cards de havde valgt på første kursusdag.

### **Deltagernes evaluering af kurset**

I evalueringen gav alle udtryk for, at de havde fået relevant og brugbar viden i forhold til at udvikle en personcentreret kultur i deres afdeling. De gav også udtryk for, at de havde fået afdækket og drøftet både barrierer og potentialer for en personcentreret praksisudvikling i deres afdeling, og de angav at de havde lært meget om både dem selv og deres ledelseskolleger, som de ikke havde været bevidste om før kurset. Deltagerne gav også udtryk for, at de stadig oplevede sig som famlende i forhold til konkretisering af PCP, og de følte, de havde brug for mere støtte til at komme rigtigt i gang.

### **Perspektivering i forhold til udvikling af personcentreret (ledelses)praksis i en hospitalskontekst**

*"Many leadership theories and styles contain constructs congruent with a person-centred mindset and person-centred leadership"* (6; 112). Ikke desto mindre viser forskning og empiriske studier, at det er svært at praktisere personcentreret ledelse i sundhedsvæsenet (3,4,6,7,15).

Selv om man på SUH de sidste 10 år har arbejdet med at implementere PCP på både et strategisk, taktisk og operationelt niveau, må vi erkende, at det er en både langsom og yderst kompleks proces at ændre på praksiskulturer, og at det kræver mange ressourcer (både tid, økonomi og kompetencer). Vi ved blandt andet, at forskellige professionsforståelser spiller ind og har betydning for, hvordan vi samarbejder både monofagligt, tværprofessionelt og med patienter og pårørende (2). Og vi ved, at der i en stor organisation som SUH er mange indlejrede magtstrukturer og ledelsestilgange, som har betydning for, hvordan forandrings- og implementeringsarbejde foregår (2,3,5).

Selv om deltagerne på dette kursus evaluerede kurset overvejende positivt og angav, at de både havde fået nyttig viden om PCP, dem selv og deres ledelsesstil, og at de havde fået redskaber til at udvikle deres ledelsespraksis, så er det spørgsmålet, om dette er tilstrækkeligt til at omsætte den opnåede viden til deres praksis? Mange studier omhandlende implementering – eller rettere manglende implementering – viser, at nyttig viden ikke nødvendigvis omsættes i praksis af mange forskellige og komplekse årsager. Nogle af disse er f.eks. de rammer og vilkår, en given implementering skal ske indenfor (16). En anden udfordring i forhold til at omsætte viden til praksis kan være, at det er svært at ændre på sine egne grundlæggende vaner, rutiner, mønstre – herunder også ledelsesstil. Cardiff et al (7) beskriver således i deres forskningsartikel omhandlende personcentreret ledelse, at deres dataanalyse afdækkede, at en helhed af attributter/kendetegn, relationelle processer og kontekstuelle faktorer, havde indflydelse på det at være og det at blive en person-centreret leder. Deres konklusion er følgende: *"Person-centred leadership is a complex, dynamic, relational and contextualised practice that aims to enable associates and leaders achieve self-actualisation, empowerment and wellbeing"* (Ibid). Der skal således mere til end et kursus for at sikre personcentrerede ledere og en personcentreret ledelsespraksis.

### **Afsluttende kommentarer**

Deltagerne gav i deres evaluering udtryk for, at de stadig oplevede sig som famlende i forhold til konkretisering af PCP, og at de følte, de havde brug for mere støtte til at komme rigtigt i gang. Dette kursus samt vores årelange erfaringer med at arbejde med PCP har gjort os opmærksomme på, hvor vigtigt det er både at give kursusdeltagerne en grundlæggende viden om PCP's teoretiske fundament og ramme, og kontinuerligt at arbejde med lederes ledelsestilgange og understøtte lederne i at kunne lede ud fra en personcentreret tilgang, både under og efter et sådant kursus. Kurset har tillige gjort os meget bevidste om vigtigheden af at give lederne generel viden om implementeringsprocesser, kompleksiteten i disse samt implementeringsbarrierer.

På baggrund af evalueringen kan vi konkludere, at et kursus for ledere omhandlende personcentreret ledelse ikke nødvendigvis sikrer personcentrerede ledere eller en personcentreret ledelsespraksis, men det kan være startskud-det!

Vi vil derfor slutte denne artikel med følgende citat af den amerikanske forfatter og coach Steve Maraboli:

*"Vælg aldrig ikke at gøre noget, bare fordi du kun kan gøre lidt – du aner ikke hvad det at gøre "lidt" har afstedkommet her i verden"* (17, egen oversættelse)

### **Referenceliste:**

1. Sjællands Universitetshospital (2020). Vision, mål og strategier for MVU-området, frem mod 2025. Sjællands Universitetshospital. Kan hentes fra: <https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/suh/Om/Forskning/Forskningsstoetteenheden/PublishingImages/Visi-on%20for%20sygeplejen%20-%20SUH%20-%202017-2020.pdf>
2. Kjerholt, M. (2011). Sammenhæng i ældre kronisk syges patientforløb – idealer og realiteter. Et aktionsforskningsprojekt. Ph.d.-afhandling. Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet
3. Kjerholt, M. (2020). Opbygning af en personcentreret udviklingskultur i en lokal hospitalskontekst – aktionsforskning med en small-scale tilgang. I S. Winther & D. Høgsgaard (Red.), *Aktionsforskning i sundhedsvæsenet. Idéer til kommunikative og innovative forandringer i en sundhedsfaglig praksis* (s. 174–197). Aalborg Universitets Forlag.
4. McCormack, B., & McCance, T. V. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice*. Wiley Blackwell.
5. McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (Red.). (2021). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. Wiley Blackwell.



6. Eide, T., & Cardiff, S. (2017). Leadership Research A Person-Centred Agenda. I B. McCormack, S. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl & T. Eide (reds) Person-Centred Healthcare Research
7. Cardiff, S., McCormack, B., & McCance, T. (2018). Person-centred leadership: A relational approach to leadership derived through action research. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15–16), s. 3056–3069. <https://doi.org/10.1111/jocn.14492>
8. WHO (2015). Placing People and Communities at the Centre of Health Services. WHO Global Strategy on Integrated People Centred Health Services 2016-2026. Executive Summary. World Health Organization, Geneva
9. Hølge-Hazelton, B., Thomsen, T. G., Kjerholt, M., & Rosted, E. (2021). Implementing a vision of person-centredness across a new university hospital in Denmark. *International Practice Development Journal*, 11(1), s.1–3. <https://doi.org/10.19043/ipdj.111.013>
10. McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Peelo-Kilroe, L., Tobin, C., & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: Nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people: Person-centred practice: nursing outcomes. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2),s. 93–107. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x>
11. McCormack, B., Manley, K., & Titchen, A. (Red.). (2013). *Practice Development in Nursing and Healthcare*. John Wiley & Sons.
12. McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T. E., Porock, D., van Lieshout, F., & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5(Suppl), s. 1–15. <https://doi.org/10.19043/ipdj.5SP.003>
13. Thomsen, TG, Kjerholt, M., Scheuer, P., Rosted, E (2021). Udvikling af personcentrerede praksiskulturer på et universitetshospital: Muligheder og udfordringer. *Tidskriftet Forstyrrelsen* (2)
14. Weinstein, K (2008). *Action learning*. Gower Publishing Limited & Psykologisk Forlag AS
15. Schack B (2022). Ledelse- lad medarbejderne tale og blive hørt. I *Forsknings- og udviklingskultur - Når ledere har vilje og mod*. Forskningsstøtteenheden for MVU-uddannede
16. Kjerholt, M., & Sørensen, OT (2014). Implementerings-barrierer i klinisk praksis - Hvordan kan disse forstås og håndteres? I *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis*. Den regionale Forskningsenhed, Region Sjælland
17. Maraboli S. (2013). *Unapologetically You: Reflections on Life and the Human experience*. A Better Today Publishing, New York



**Kari Friis Larsen, palliations sygeplejerske, Sundhedsfaglig diplomuddannelse, BUPS, Pædiatrisk Afdeling Sjællands Universitetshospital, Sygehusvej 18A, 4000 Roskilde. Mail: Karifl@regionsjaelland.dk**

**Marlene Bondegaard Pedersen, palliations sygeplejerske, BUPS, Pædiatrisk Afdeling Sjællands Universitetshospital.**

**Anita Pedersen, Chefsygeplejerske, MPG, Pædiatrisk Afdeling Sjællands Universitetshospital.**

## Faglig artikel

# Mødregruppe for alvorligt syge børn – hjælp til selvhjælp

### Abstract

I 2017 blev BørneUnge Palliationen Region Sjælland (BUPS) oprettet som det seneste regionale børnepalliative team i Danmark. Disse teams skal styrke livskvaliteten hos børn, unge og familier med alvorligt syge og døende børn samt forebygge indlæggelser og sikre, at børnene kan dø i hjemmet, hvis det er familiernes ønske.

I 2019 oprettede sygeplejerskerne i BUPS en mødregruppe for nogle af teamets mødre. Tiltaget har haft en positiv betydning for mødrene, idet de nu fik ligesindede sparringspartnere. De forstår hinanden og taler samme sprog. Artiklen skal understøtte vigtigheden og forståelsen af, at mødre med alvorligt syge børn også har behov for at være en del af et ligeværdigt fællesskab. Mødrene rådfører sig nu ofte hos hinanden, hvor det før primært var BUPS, som blev benyttet.

**Nøglebegreber:** Børnepalliation, mødregrupper, brugerperspektiv, implementering, livskvalitet

### Præsentation af BUPS

I 2015 blev der afsat midler på Finansloven til at styrke den palliative indsats til børn og unge i Danmark og forbedre den udgående specialiserede palliative indsats. På den baggrund blev der oprettet 5 regionale udgående teams (1). I 2017 blev BUPS oprettet i Region Sjælland, som det sidste af de 5 teams i Danmark. BUPS er forankret under Pædiatrisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital, men dækker hele Region Sjælland. BUPS består af to sygeplejersker på deltid, en læge samt socialrådgiver, psykolog og diætist. Teamet begyndte, ud fra et kommissorium, med at skulle definere sig, promovere sig på børne- og ungeafdelingerne rundt i regionen og ikke mindst finde frem til patienter i målgruppen. På de fem år (2017-2022) BUPS har

eksisteret, har teamet mødt 89 familier, 33 børn er døde og 22 afsluttet, enten pga. alder eller fordi der ikke var et behov længere.

### Mødregruppe idéen

Artiklen beskriver hvorfor og hvordan vi etablerede en mødregruppe for mødre til alvorligt syge børn og unge i Region Sjælland. Derefter beskriver to af mødrene deres oplevelser med at være med i en mødregruppe for børn med særlige behov. Hvilken betydning det har for livskvaliteten, og det at føle sig som en del af et fællesskab.

I 2018 blev der indenfor få måneder henvist tre børn på under et år med alvorlige og livsbegrænsende sygdomme til BUPS. Vi oplevede, at mødrene til de nyhenviste børn følte sig alene og usikre, og to af mødrene var samtidig førstegangs-mødre. Vi havde derfor mange besøg i hjemmene til støtte og vejledning, og ofte kunne det også bare være et lyttende øre. Det er hårdt at stå alene med et alvorligt sygt barn, da livet og hverdagen ofte er usikkert og uforudsigelig.

Idéen om en mødregruppe for mødre til børn med behov for palliativ behandling opstod i 2019, da en af mødrene var ked af ikke at have ligesindede mødre at dele glæder, sorger og bekymringer med. Denne mor havde allerede erfaret, at hun og hendes barn ikke passede ind i en "normal" mødregruppe.

Mødrene udtalte, at de følte sig alene. Venner og veninder, som havde fået børn samtidigt, kunne de ikke spejle sig i. Deres børn var anderledes, og de var slet ikke på samme niveau udviklingsmæssigt. Den kommunale mødregruppe var ikke aktuel for nogen af dem, her kunne de heller ikke sammenligne sig. De manglede kontakt med andre mødre, som havde lignende erfaringer med at få et alvorligt sygt

barn og derfor talte samme sprog, og som man kunne dele hverdagens oplevelser med. Selv om disse børn var bagud udviklingsmæssigt, så udviklede de sig, men bare langsommere. Mødrene har udtalt, at det betyder meget at kunne dele den glæde, især når man har et barn med særlige behov. Dermed opstod idéen om at oprette en mødregruppe for BUPS børn.

BUPS fik i maj 2019 arrangeret det første møde i mødregruppen. Mødrene faldt i en god snak, og hurtigt blev vores tilstedeværelse overflødig. Det begyndte med tre mødre og snart fire, men grundet kompleksiteten af børnenes sygdomme så fandt de hurtigt ud af, at det var svært at planlægge dage at mødes, da der ofte opstod noget uventet som spændte ben for arrangementet. Mødrene blev derfor enige om, at gruppen sagtens kunne rumme flere mødre. De første mødre i mødregruppen havde selv oplevet, hvor meget det havde givet dem at få et ligeværdigt netværk, så det ville de gerne dele med andre.

Nu er der løbende optag i mødregruppen, og det er sygeplejerskerne i BUPS, som henviser til gruppen, og to af de første mødre tager kontakt til de nye mødre. Der er ikke noget decideret alderskriterie for barnet, alle har samme behov uanset barnets alder. De har derimod fundet ud af, at aldersforskelle på børnene kan gøre, at de bedre kan hjælpe hinanden. Eksempelvis i forhold til spørgsmål vedrørende kommunale problemstillinger, der fylder meget hos denne type patienter. Gruppen støtter hinanden i sygdom og død, da døden desværre også er en realitet for denne gruppe. På nuværende tidspunkt har mødregruppen mistet to af de oprindelige børn. Mødrene til de afdøde børn har selv valgt at forlade mødregruppen, da det kan være svært at se de andre dårlige og sammenlignelige børn, når man selv har mistet.

I marts 2020 blev den oprindelige mødregruppe interviewet til avisen Sjællandske, hvor de også fortalte om, hvad det nye fællesskab havde gjort for dem (3). Mødrene har hele tiden håbet, at BUPS initiativ ville sprede sig til resten af landet, så det ville gavne mødre i lignede situation udenfor Region Sjælland. Vi er ikke vidende om, at det på nuværende tidspunkt er sket.

Artiklen beskriver behovet for at dele sit barns udvikling, som andre mødre, snakke om de svære ting (sygdom og død), dele erfaringer omkring for eksempel kommune, institutioner, sygehuse og lignende. Behovet for at føle sig tryk og forstået blandt ligestillede, og dermed af nogen, som forstår de voldsomme oplevelser og følelser, som man kan gå igennem som forælder til et alvorligt sygt barn. Derudover har disse mødre også behov for at dele almindelige dagligdagsting, som alle andre kvinder i "normale" mødregrupper.

### Mødregrupper historisk set

De første mødregrupper opstod i Danmark i 1970'erne. Rødstrømpebevægelsen tog de første initiativer, som senere har udviklet sig til at være et kommunalt tilbud i hele landet. Formålet med mødregrupperne var, at kvinder, der lige havde født, kunne bringes sammen på tværs af per-

sonlige, sociale, kulturelle og religiøse forskelle. Rødstrømperne lagde i 70'erne vægt på, at det ikke måtte være et "myndighedsrum", så der var ingen fagpersoner til stede, alle var lige. Det kommunale mødregruppetilbud, der findes i dag, opstartes af sundhedsplejersken, men er derefter selvstyrende med mulighed for at indkalde faglig ekspertise (2).

### Mødregrupper udbredthed i verden

Vi deltog i maj 2022 i den internationale Børnepalliations Kongres "Maruzza" i Rom, men fik ikke kendskab til at initiativet med mødregrupper til alvorligt syge børn findes andre steder i verden. På kongressen blev der talt meget om at støtte forældrene, men det blev kun set ud fra, at dette skulle varetages af sundhedspersonale og ikke af ligestillede forældre.

Efter kongressen i Rom blev vi mere nysgerrige på mødregrupper til alvorligt syge og døende børn og valgte derfor at lave en litteratursøgning. Der blev søgt i ClinicalKey, Web of Science og PubMed med søgeordene: *Paediatric, pediatric, palliative care, support, mothers group, parent support group* uden at finde relevant litteratur. Den litteratur, vi fandt, havde udelukkende fokus på sundhedspersonalets støtte til forældrene og ikke forældrenes støtte til hinanden. Vores umiddelbare konklusion var, at ingen tidligere havde sat mødre til alvorligt syge børn sammen i grupper.

### Fremtidens tiltag

Vi valgte fra starten, at vores fokus er på mødrene og ikke fædrene. Grunden til at valget faldt på mødrene var, at vi oplevede, at det som udgangspunkt var mødrene, som gik hjemme på tabt arbejdsfortjeneste med det syge barn. I fremtiden kunne det være interessant at oprette tilsvarende grupper for fædrene, da vi på ingen måde negligerer, at de har samme store behov for at dele tanker, følelser og erfaringer med ligestillede.





## Mødrenes historie

Vi har i denne artikel valgt at inddrage to mødre fra mødregruppen, som har været med helt fra starten. Vi valgte, at fremsende nogle spørgsmål skriftligt til de to mødre til henholdsvis en 5-årig pige E og en 4-årig dreng A, som de efterfølgende besvarede. I nedenstående redegøres for mødrenes oplevelser og deres synspunkter på, hvad dette initiativ har betydet for deres liv og livskvalitet.

### *Hvorfor følte I behov for en mødregruppe?*

Når man får et barn med en livsbegrænsende eller livstruende diagnose bryder verden sammen – og i lang tid kan man nærmest kun bære at overleve og lære alt, hvad det nye liv betyder. Man skal som forældre bearbejde følelserne og ikke mindst sorgen over det raske barn, man har "mistet", og det liv, som man havde troet, skulle være. Langsomt og til tider pinefuldt skal man finde sig til rette i det liv, man i stedet fik. I den første tid er der intet overskud til at indgå i relationer. Relationen til ens partner bliver i den grad sat på en prøve, mens venner og familie bliver sat på standby.

Som forældre til et kronisk sygt eller handicappet barn har man meget få forælderroller eller rutiner at spejle sig i. Det bliver meget hurtigt ensomt, og det er svært at finde andre i lignende situationer i nogenlunde nær afstand.

### *Hvad har mødregruppen givet jer?*

Vi ønskede os et netværk gerne med mødre i lignende situation, som man kunne erfaringsudveksle og sparre med. Vi ønskede at blive klogere på at hjælpe vores børn, men ikke mindst at få brudt den ensomhed, som det kan indebære at være hjemme på tabt arbejdsfortjeneste med sit syge barn. Vi håbede at få det samme ud af det, som nybagte mødre får i en "normal" mødregruppe.

Vi var godt matchet fra starten i gruppen, og siden første møde har vores største udfordring været, at vi ikke havde tid nok sammen til alt det, vi havde på hjerte.



Det fedeste ved de første møder var, at det hos os var mere unormalt at sidde og amme sit barn end at give sit barn mad via sonde, og bordet flød med sprøjter og bølter.

Det var en øjenåbner, hvor meget vi havde til fælles. I første omgang så jeg bare gruppen som et sted at erfaringsudveksle og blive klogere på at løse problemer omkring mit barn. Men jeg fik så meget mere. Jeg fik venskab og forståelse. Mødregruppen er et sted, hvor jeg kan læsse af og være åben.

Vi har i gruppen tit talt om, at vi er landet i et job, som vi ikke har søgt. Vi er de bedst egnede til trods for, at vi ingen kvalifikationer havde til at starte med, og vi kan ikke sige op. Samtidig er det en enorm kompleks rolle med mange kasketter: Mor, jurist, sagsbehandler, terapeut, sygeplejerske, læge, diætist m.m. Derfor er det rart og trygt, at have "kollegaer" at kunne spare med. Det kan dreje sig om alt fra saltvandinhalationer til epileptiske anfald og hjemmelavet sondemad.

### *Får børnene noget ud af mødregruppen?*

Børnene får nok mest noget ud af gruppen indirekte. De mærker vores ro eller mangel på samme. Der er en helt anden forståelse blandt mødre, der selv har sondeernæring og anfald inde på livet.

Der er også en anden ro og nærvær blandt de særlige børn. Her er ikke larm og uro, høje uventede lyde.

Jeg fornemmer, at mit barn sanser og lytter og er med på en anden måde. Han fornemmer helt sikkert især ét af de andre børn og vil gerne "snakke med hende".

## Hvad har dødsfald blandt børnene i mødregruppen gjort?

I 2021 mistede gruppen to børn, begge fra den oprindelige mødregruppe. Vi havde efterfølgende mange samtaler i gruppen, men også to og to. Dødsfaldene gjorde vores bånd endnu tættere, begrebet livstruet blev en realitet og kom meget tæt på. Vores rum til at snakke om de store og svære følelser er kun blevet endnu større.

For en mor til en pige i gruppen har det været et barskt møde med det, der venter. Min datter har et sjældent syndrom, og børn med dette syndrom bliver ikke gamle. Så det, at de andre mødre mistede, det var med til at sætte ild i mit nervesystem. Deres død gjorde mig endnu mere bevidst om, at en dag bliver det "min tur". I hverdagen har jeg ellers normalt godt kunne lukke af for dette, men nu var døden pludselig en realitet i gruppen.

For mor til et andet barn var dødsfaldene smertefulde på en anden måde. Til hverdag lever jeg ikke med frygten, idet mit barn ikke er livstruet, men "kun" livsbegrænset. Vi har dog flere gange haft døden til at puste os i nakken, hvor vi som forældre eller sundhedspersonalet ikke troede, at han ville overleve. De andre børn i gruppen er mine hjertebørn. De føles tæt beslægtede, mere end familie og venners børn. Så det var også en sorg for mig, da de døde. Det, at

## Faktaboks

Målgruppen er børn/unge fra 0-18 år med komplekse symptomer af fysisk, psykisk, social og åndelig-eksistentiel karakter, og som har et sygdomsforløb med risiko for tidlig død, samt deres familier.

WHO skelner mellem palliativ indsats til børn og palliativ indsats til voksne. For børn og unge præciseres følgende:

- Palliativ indsats til børn og unge omfatter barnets/den unges fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov, samt støtte til hele familien.
- Den palliative indsats iværksættes på diagnosetidspunktet og fortsætter, uanset om barnet/den unge får behandling med kurativt sigte.
- De sundhedsprofessionelle skal evaluere og lindre barnets/den unges fysiske, psykiske og sociale belastninger.
- Effektiv palliativ indsats forudsætter en tværfaglig tilgang, som involverer hele familien og ressourcerne i familiens lokalområde.
- Den palliative indsats kan ydes på hospitaler og andre institutioner, såvel som i barnets/den unges eget hjem (7)

døden er sådan en stor og ufravigelig del af nutid og fremtid, og har været alt for tæt på børnene i deres første leveår, gør hver dag og hvert øjeblik til noget helt særligt. Små ting, så som udvikling, smil, hverdagens stunder og enorm meget kærlighed får lov at fylde meget mere. Vi bliver nok ikke på samme måde, som mødre til "normale" børn, lullet ind i hverdagens trivialiteter og små irritationer. I mødregruppen er vi gode til at glædes over hinandens små glimt af kærlighed og bitte små udviklingstrin.

Den oprindelige mødregruppe har efter dødsfaldene knyttet et endnu tættere bånd. Vi ses, når vi kan. Vi kan snakke frit og mindes de døde børn. Det er en gave, at kunne det. Den ene bisættelse deltog vi også i.

De to mødre, som har mistet børn, har forladt mødregruppen. Deres liv fyldes nu af andre problemer, og det kan gøre alt for ondt at høre om de "nye mødres" problemstillinger i hverdagen.

Begge mødre udtaler sammenstemmende: *"Hvis mødregrupper til raske børn er vigtige, så er vores oplevelse at mødregrupper for mødre med kronisk og alvorligt syge børn endnu mere vigtige og betydningsfulde."*

BUPS er igennem de år, hvor mødregruppen har eksisteret, blevet bekræftet i, hvor stor gavn vores mødre har af denne, hvilket begge mødres udtalelser i artiklen også underbygger. Vi har erfaret, at vi som sundhedsprofessionelle ikke kan leve op til den tavse kundskab, der er mødrene imellem. Vores håb er som mødrenes, at dette vil sprede sig

til resten af landet, da der findes mange andre mødre, som også føler sig alene og har behov for nogle ligesindede at sparre med. Det er en lille ting, som gør en kæmpe forskel.

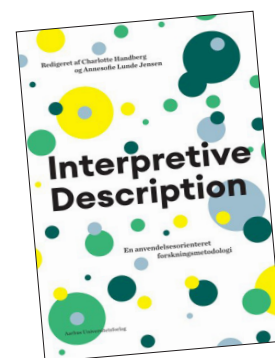
## Referenceliste

1. Evaluering af de fem hospitalsbaserede regionale teams. Sundhedsstyrelsen August 2018. Evaluering-af-regionale-teams\_COWI-2018.ashx (sst.dk)
2. StøtteCompagniet (2019) Evalueringsrapport, Projekt Mødregruppe. Evalueringsrapport for Projekt Mødregruppe (humana.dk)
3. Mødre med svært syge børn holder hinanden oppe - sn.dk - Sjællandske Nyheder (2020)
4. Rienecker L, Jørgensen P, Gandil, M: Skriv en artikel – om videnskabelige, faglige og formidlende artikler. Samfundslitteratur 2008
5. Clancy S, Lord B (2018) Making Meaning After the Death of a Child. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 27 (2018) xv-xxiv
6. Oakley S, Dunbar H, Vries K (2021) Parent-led strategies supporting personal well-being when caring for a child with a life-limiting condition. A scoping review. Journal of Child Health Care, 2021, Vol. 0(0) 1-20
7. Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier. Sundhedsstyrelsen (2018). Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier (sst.dk)



# Boganmeldelser

## Brugervenlig metodebog til alle med interesse i at forbedre praksis



### **Interpretive Description – en anvendelsesorienteret forskningsmetodologi**

Redigeret af Charlotte Handberg og Annesofie Lunde Jensen, Aarhus Universitetsforlag, 1. udgave, 2021, 230 sider

Formålet med bogen er at gøre en nyere kvalitativ forskningsmetodologi forståelig og brugbar for alle med interesse i anvendelsesorienteret forskning på sundhedsområdet, såvel studerende som forskere. Interpretive Description (ID) metodologien er udviklet med det formål at forbedre praksis i sundhedsvæsenet på tværs af sektor- og faggrænser. Men den kan opfattes som sværere at gribe an, da den ikke har den samme form for regelstruktur eller "køgebog" som andre metodologier. Denne opfattelse gør forfatterne op med i bogen gennem en logisk indføring i metodologien, der tydeligt viser både, hvor metodologien har elementer fra andre tilgange såsom hermeneutik og social konstruktivisme, men måske vigtigst også hvordan den adskiller sig fra "de gamle kendinge".

I bogens første 7 kapitler behandler de alt fra analytisk og videnskabs-teoretisk positionering (en meget vigtig del af ID)- og del-elementerne i ID-forskning, over betragtninger om kvalitet, den sundhedsprofessionelle forsker, og oprettelsen af et nationalt netværk. Alt sammen med inddragelse af både original litteratur og udførte ID-studier. Dette for at eksemplificere og tydeliggøre hvordan metoden kan benyttes i praksis. Alle bogens kapitler afsluttes med relevante referencer, som giver læseren mulighed for at dykke ned i specifikke dele af metodologien. Bogens sidste del fokuserer på fem gennemførte ID-studier. Her bliver det tydeligt hvor metodologiens enkelte delelementer hører til i en klassisk videnskabelig artikel. Forfatterne tager dog skridtet videre og uddyber efter hvert studie hvorfor studiet er et ID-studie, hvordan studiet bidrager

til praksisudviklingen, samt hvilke udfordringer der blev mødt undervejs, og hvordan de blev løst. Alt sammen af uundværlig værdi for såvel studerende som etablerede forskere, der skal i gang med et ID-studie. Med bogen viser forfatterne, at ID-forskningsmetodologien er yderst relevant for sygeplejersker, da den netop er udviklet til at håndtere problemer og undren, der opstår i praksis. ID handler ikke om at skabe nye teorier, men om at udfylde videnshuller og forbedre praksis for vores patienter og kolleger. Bogen er læsevenlig og logisk opsat. Den fører på elegant vis læseren gennem de forskellige dele af et ID-studie og tydeliggør potentielle faldgruber. Den indeholder ud over ID-specifikke metodologiske overvejelser også mere generelle diskussioner såsom kvalitativ forsknings plads i evidenshierarkiet, og hvordan novice-forskeren bevæger sig fra "det kliniske blik" til et "forskningsblik". Bogens opdeling gør den desuden nem at benytte som opslagsværk. Bogen formår at finde den rette balance mellem "bare" at være en oversættelse af det originale værk om en forskningsmetodologi, og at være en overfladisk behandling af relevant teori. Ifølge Sally Thorne, metodologiens udvikler, er denne bog "en guldgrube" af metodologisk inspiration, der giver læseren praktisk vejledning til at udvikle og gennemføre kvalitative studier, der kan besvare forskningsspørgsmål med relevans for klinisk praksis. En holdning, jeg kun kan være enig i.

**Anmeldt af:** Vibeke Juul Morrison, projektsygeplejerske, cand.cur – MScN. Urinvejskirurgisk Forskningsenhed, Århus Universitetshospital



# God og sikker infektionshygiejne

## Hygiejne for klinikere

Hans Jørn Kolmos, Munksgaard, 1. udgave, 2021, 217 sider

I 2020 skulle vi have markeret Florence Nightingales 200-års fødselsdag, men fejringen blev aflyst. I stedet lærte alle nye ord som SARS-CoV-2 og Covid-19 pandemi. Derudover tonede en flok af eksperter i form af epidemiologer og infektionsmedicinere frem på forskellige medieplatforme. En af disse var Hans Jørn Kolmos, professor i klinisk mikrobiologi, som har forfattet bogen 'Hygiejne for klinikere' og som i sit forord skriver, at bogen blev til i 'en kort, hektisk periode, hvor Covid-19 satte dagsordenen'. Forrest i bogen citerer Kolmos selv Nightingale, som i 1863 udtalte, at første krav til et hospital er, at det ikke skal skade den syge [at være indlagt]. Og således fik denne pioner udi sygepleje alligevel lidt velvalgt fremhævelse.

Bogens 217 sider er opdelt i 14 kapitler, der alle indledes med en række nøglebudskaber. Relateret til hvert kapitel er der sidst i bogen et afsnit med adskillige multiple choice-spørgsmål med tilhørende svar, så man kan tjekke sin forståelse om emnet. Bogen er fint illustreret med såvel fotos som tabeller og grafer, der understøtter budskabet om vigtigheden i god og sikker infektionshygiejne. Derudover bidrager autentiske beretninger med sygehistorier og hospitalsudbrud til refleksion over praksis herunder, hvor hurtigt og hvor galt det kan gå ved mangelfuld individuelt og organisatorisk fokus på hygiejne.

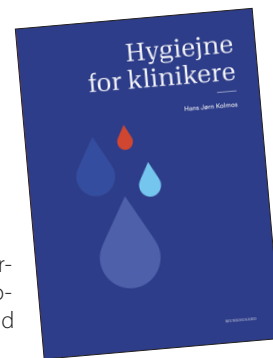
Vi er alle blevet klogere på smittespredning og generelle såvel som supplerende hygiejniske retningslinjer ved at have levet med Corona gennem et par år. Som følge af almenbefolkningens samfundssind opdagede vi, at sygdomme som fx sæsoninfluenza og almindelige forkølelser kan undgås. Kolmos skriver i forordet, at vi har vænnet os til hospitalsinfektioner, som op mod 10 % af patienter udvikler under behandlingsforløb. Bogen giver dybdegående information om hvordan disse infektioner forebygges. Det øger forståelsen, at kapitlernes forskellige cases kobles direkte til emner som smittekilder og smitteveje, specifikke mi-

croorganismer, profylaktisk antibiotika-forbrug som bidrager til hospitalsinfektioner, samt til specifik forebyggelse i forhold til de hyppigste infektionstyper.

I kapitlet om generelle hygiejniske retningslinjer beskrives evidens for håndhygiejnes rolle i forebyggelse af hospitalsinfektioner. Omkring hånddesinfektion med alkoholbaseret hånddesinfektionsmiddel anfører de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer fra Statens Seruminstitut (SSI), at der skal bruges en mængde, der er rigelig nok til at kunne holde hænder og håndled fugtige i 30 sekunder under indgnidning af væske/gel. Her anfører bogen, at der skal anvendes et par ml håndsprit, som indgnides til tørhed, hvilket tager 20-30 sekunder. Det vil være mere hensigtsmæssigt at der er fuldstændig overensstemmelse mellem bogens tekst og SSI. Som forsker i egenomsorg ved håndeksem savner jeg desuden opmærksomhed på, at god og nødvendig håndhygiejne bør følges af generel hudbeskyttelse og god hudpleje for at forebygge arbejdsbetinget sygdom hos personale.

Bogen kan anbefales bredt til såvel studerende som klinikere. Det vil være ønskværdigt i en 2. udgave, at der i højere grad medtænkes om-læggningerne i sundhedsvæsenet, hvorved en større del af vores pleje- og behandlingsaktivitet foregår i borgers hjem. Det kan være en udfordring for mange i hjemmepleje/sygepleje at overholde fornødne infektionshygiejniske principper og retningslinjer ved pleje og behandling af borgere med særligt smittefarlige eller særligt resistente mikroorganismer.

**Anmeldt af:** Annette Møllerup, Lektor, ph.d. Sygeplejerskeuddannelsen, Diakonissestiftelsen



# Nærdødsoplevelser i forskning og levet liv

## Nær død - en opdagelsesrejse i videnskab og liv

Af: Siri Agnes Karlsen, Gads forlag, 2020, 304 sider

*En nærdødsoplevelse er en meget sanselig oplevelse. Som at være helt til stede og uden angst. Man er årvågen og alle sanser er fuldt aktive. Ens forståelse opleves både udvidet og præcis. Tiden forsvinder eller kan være langsom og hurtig på samme tid. Og det bedste er den følelse af indvielse og fuldstændig kontakt, man mærker. Mange nærdødsoplevere kommer ud med en dyb viden om, at den kærlighed, de har oplevet derinde, angår alle.*

Siri Agnes Karlsen skriver fængslende om sine to nærdødsoplevelser da hun var 4 år og ved at drukne i Furesøen, og da hun som 53-årig var i koma med nekrotiserende fasciitis.

I bogen beskriver hun omstændighederne omkring oplevelserne, anvender virkningsfulde poetiske passager og uddyber, hvordan oplevelserne indvirker på hendes liv. Desuden giver hun os indblik i forskning på området, herunder gribende fortællinger fra andres nærdødsoplevelser.

Bogen efterlod mig med et stærkt indtryk, og med refleksioner omkring hvordan det kan være at vågne igen efter at have været død eller i koma, og om livet som sådant. Jeg er overrasket over, hvor meget forskning der faktisk foregår på området og hvor indgribende eftervirkninger, nærdødsoplevelser kan få. Vidste du eksempelvis, at der er udviklet en skala for dybden af en nærdødsoplevelse (Greyson-skalaen), og at prospektive studier af hjertepatienter blev gennemført i 1988? Og så har jeg ikke engang nævnt de omfattende, kvalitative studier om emnet. Jeg lærte

meget om hvordan livet efter en nærdødsoplevelse kan være, og om hvordan mange bliver mødt med mistro og fordømmelse. Karlsen skriver om en vigtig fase, der er nødvendig for at livet kan gå videre, for at meningsfuld integration af nærdødsoplevelsen kan ske. Nogle kan have behov for at tale med en terapeut med erfaring indenfor området, men det er også afgørende at blive mødt med ikke-dømmende holdning fra omgivelserne.

Bogen kan have interesse for alle der ønsker at blive klogere på livet, og specifikt som sygeplejerske kan man, ved at læse denne bog, måske udvide sin forståelse for aspekter i åndelig omsorg og herredømmefri dialog. Sygeplejersker kan være i unik position til at støtte mennesker, der har nærdødsoplevelser, og som forskende og udviklende sygeplejerske kan du, med bogen i hånden, medvirke til læring om emnet. Forsker du indenfor områder med berøring til området, kan du lære mere om emnet nærdødsoplevelser, ligesom nye områder for forskning måske kan åbne sig.

**Anmeldt af:** Ida Kathrine Westh, RN, Cand.scient.san., Neurologisk Rehabiliteringsafsnit, Aarhus Universitetshospital



# En hæmatologi-ekspert i lommen

## Håndbog i sygepleje. Hæmatologi

Af: Pernille Claudius Welinder (red.), FADL'S Forlag, 1. udgave, 2021, 200 sider

Som underviser indenfor bl.a. de naturvidenskabelige samt sundhedsvidenskabelige fag ved jeg af erfaring, at det hæmatologiske speciale kan være svært at navigere i for de studerende. Dette, fordi specialet på den ene side spænder vidt fra akutte, semiintensive og meget komplekse forløb samt kroniske sygdomme, mens det på den anden side samtidig udgør et enormt spændende område, som har virkelig meget at byde på.

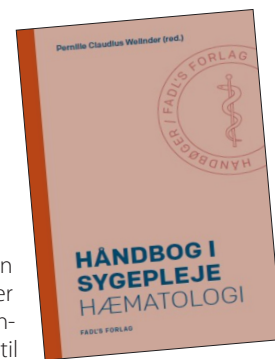
Denne her lille håndbog til kittellommen, indenfor det hæmatologiske speciale, henvender sig således især til sygeplejestuderende, nyuddannede og nyansatte; men kan med fordel bruges af alle indenfor specialet, som et let tilgængeligt og let overskueligt opslagsværk med henblik på at opnå hurtig viden og forståelse indenfor hæmatologi. Herudover kan det lille format måske også samtidig bidrage til nysgerrighed hos læseren og måske endda inspirere til et ønske om yderligere indsigt indenfor dette område og de mest almindelige sygeplejeinterventioner i forbindelse med pleje og behandling af patienter med hæmatologiske sygdomme.

Bogen indeholder praksisviden om specialet og er derfor et godt supplement til lokale kliniske retningslinjer og en grundig introduktion og oplæring til det hæmatologiske speciale. Den er også anvisende og praksisnært opbygget, så læseren indledningsvist får et fint overblik og

konkret viden om knoglemarvens funktion og symptomer ved påvirkning; for derefter at have fokus på de hyppigst forekommende hæmatologiske sygdomme i forhold til symptomer, observationer, behandling, bivirkninger og dertilhørende sygepleje. Herefter bliver læseren præsenteret for relevante undersøgelser og procedurer indenfor det hæmatologiske speciale som f.eks. knoglemarvsundersøgelse, lumbalpunktur, CPAP-behandling, venesection og anlæggelse af venekatetre, som forklares og illustreres i håndbogen. Afslutningsvis er der i håndbogen et kapitel om samarbejde med patient og familie, herunder hjemmebehandling med en høj grad af patientinvolvering, rehabilitering og palliation, samt tværprofessionelt samarbejde.

Håndbogen er skrevet af et dygtigt forfatterhold bestående af i alt seks erfarne sygeplejersker, ansat og fordelt på tværs af landets tre hæmatologiske afdelinger ved henholdsvis Odense, Aarhus og København. Bogen kan varmt anbefales.

**Anmeldt af:** Nausheen Christoffersen, Lektor, cand.cur. ved Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser. Det Sundhedsfaglige Fakultet. Københavns Professionshøjskole.



# Relevant i sygeplejefaget uanset stilling og funktion

## Kommunikation for sundhedsprofessionelle

Redaktør: Kim Jørgensen, Gads forlag, 5. udgave 2021, 318 sider

"Kommunikation for sundhedsprofessionelle" er udkommet i 5. udgave. Bogen er redigeret af sygeplejerske og cand. cur Kim Jørgensen og har bidrag fra 20 forfattere ud over Kim Jørgensen selv. Kapitlerne kan læses enkeltvis eller i forlængelse af hinanden, og bogen kan bruges som opslagsværk.

Bogen anvendes som lærebog på de sundhedsfaglige uddannelser og kan i høj grad også være relevant for uddannet sundhedspersonale og give inspiration til nytænkning af kommunikation.

Det nye i 5. udgave er bogens første del, som præsenterer begrebet kommunikation og fokuserer på nye tendenser i sundhedsvæsnets, såsom velfærdsteknologi og kommunikation i korte kontakter.

Første del har som nævnt fokus på begrebet kommunikation, sundhedsprofessionelles forpligtelse, begrebet dialog og relation. Denne del giver en god baggrund og fælles forståelse for begreber, hvor sundhedsvæsnets bevæger sig hen, og hvorfor kommunikation skal medtænkes i denne udvikling.

Anden del er mere handlingsorienteret. Der er kapitler målrettet egne tanker og ens overvejelser om valg af formuleringer i kommunikation, samt kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionelle, mellem sundhedsprofessionelle, i forskellige situationer og kommunikation i bestemte situationer. Forfatterne forholder sig til kliniske problemstillinger og analyserer kliniske eksempler i kapitlerne. Derudover kommer de med forslag til formuleringer og overvejelser i forskellige situationer.

Særligt to kapitler vil jeg fremhæve, ikke fordi de er bedre eller mere relevante, men fordi det måske er "Fortællingens sprog" og "Den interkulturelle samtale" som kan være svære at prioritere i korte kontakter eller en travl hverdag. Kapitlerne støtter sundhedsprofessionelle i at lytte til fortællinger på en kvalificeret måde og sætte sig ud over sit eget livssyn

for at forstå den andens.

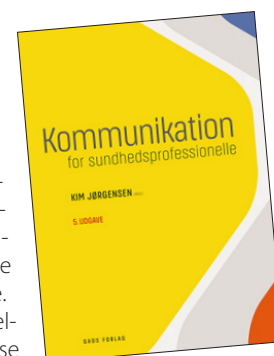
Bogen tilbyder i sit forord mange kommunikative metoder til at løse sundhedsvæsnets udfordringer. Jeg anser nogle af sundhedsvæsnets udfordringer som uløselige med kommunikation, men lad det nu ligge. "Kommunikation for sundhedsprofessionelle" bidrager med grundlæggende forståelse af kommunikation som metode i sundhedsprofessionel sammenhæng og i praksis. Bogen handler også om den viden og de kompetencer, sundhedsprofessionelle skal besidde for at kunne indgå i de kommunikative metoder.

Bogen udvidede min horisont. Selvom jeg har fokus på kommunikation og at kommunikere i mit arbejde med studerende og elever, og jeg altid siger til dem, at kommunikation kan vi altid blive bedre til, så blev jeg meget inspireret til at tænke længere ud end min horisont om begrebet kommunikation og reflektere over, at hvordan kommunikation er omdrejningspunktet i vores arbejde.

Selvom kapitlerne kan læses enkeltvis, så er min anbefaling at læse alle kapitler og få ekstra inspiration og viden til sin praksis.

"Kommunikation for sundhedsprofessionelle" er meget relevant i sygeplejefaget, uanset hvilken stilling og funktion man har.

**Anmeldt af:** Stine Brenøe, Klinisk Koordinerende Uddannelsesansvarlig Sygeplejerske, Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk afdeling, Sjællands Universitetshospital Køge



# Løgstrup i relation til arbejdet med patienter og pårørende

## Løgstrup og lægegerningen

Af: Lilian Zöllner, FADL's Forlag, 2022, 192 sider

Intentionen med bogen er at introducere Løgstrups filosofi og etik til læger og lægegerningen. Forfatteren skriver: *"I den daglige lægegerning møder lægerne patienter og pårørende, og begge disse grupper er lægmænd. De har ikke den faglige viden, som lægerne har erhvervet sig gennem deres uddannelse og arbejde. Patienter og pårørende har en anden viden, nemlig hvordan livet helt konkret ser ud i deres dagligdag. Læger, patienter og pårørende har brug for hinanden. De er afhængige af hinanden på godt og ondt. Hvis lægerne i deres møde med lægmændene ikke får viden om patienternes livssituation, kan lægerne ikke yde deres bedste - og det vil de fleste læger."*

Der kunne lige så godt have stået sygeplejersker, fordi sygeplejersker har brug for at kende patienterne for at kunne yde personcenteret og situationsbestemt sygepleje. Jeg er enig med bogens forfatter, at Løgstrups tænkning allerede er kendt af mange sygeplejersker og sygeplejerskestuderende. Der er dog en tendens i sundhedsvæsenet, at også sygepleje bliver mere opgavecentreret. Derfor er der behov for denne bog, som kan inspirere eller minde sygeplejersker og sygeplejerskestuderende om vigtigheden af mødet med patienter og pårørende. Det er med det udgangspunkt, at jeg har læst bogen.

Bogen starter med en kort introduktion til moral, etik og etiske traditioner, for på den måde at placere Løgstrups nærhedsetik i forhold til andre etiske positioner. Dernæst udfoldes Løgstrups tænkning gennem en introduktion til de suveræne livsyttringer (tillid, talens åbenhed, barmhjertighed og håb), den etiske fordring, magt og interdependens. Bogens sidste del handler om etisk stillingtagen. Her beskrives forskellige udgangspunkter for menneskers etiske stillingtagen, og hvordan disse påvirker læger, patienter og pårørendes stillingtagen til svære spørgsmål.

Det, jeg særligt vil fremhæve ved bogen, er forfatterens evne til at relatere Løgstrups begreber til problemstillinger og situationer, som er almindelige i sundhedsvæsenet. Det gør Løgstrups filosofi og etik vedkommende for sundhedsprofessionelle og studerende. Der gives løbende eksempler på, hvordan Løgstrups begreber kan udspille sig i relation til lægers arbejde med patienter og pårørende. Jeg tror dog, at sygeplejersker og sygeplejerskestuderende kan finde inspiration i bogen, fordi eksemplerne let "oversættes" til sygeplejersker og sygepleje. For eksempel bliver Løgstrups begreb om magt relateret til lægens ansvar for patientbehandling, og hvad det i den sammenhæng vil sige, at der med magten følger et ansvar for at handle til patientens bedste. Sygeplejersker har ikke på samme måde som læger ansvar for patientbehandling, men sygeplejersker har fortsat magt i relation til patienter og pårørende. Derfor er jeg overbevist om, at bogens introduktion til Løgstrups begreber og de mange kliniske eksempler kan fremme sygeplejerskers og sygeplejerskestuderendes refleksioner over etiske spørgsmål i relation til arbejdet med patienter og pårørende.

Forfatteren skriver i et let forståeligt sprog, så det er ikke en forudsætning at læseren kender til Løgstrups tænkning. Bogen anbefales til alle sygeplejersker og sygeplejerskestuderende, der ser relationen med patienter og pårørende som et grundlæggende udgangspunkt for sygepleje.

**Anmeldt:** Helle Enggaard, Postdoc i klinisk sygepleje, Klinik Kirurgi og Kræftbehandling & Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital



# En læseværdig bog om det forrykte og forrykkede sygehusvæsen!

## Det forrykte sygehusvæsen. Om målene, midlerne og magten, der forrykkede sig

Af: Johan Lose og Gunnar Lose, FADL'S Forlag, 2022

Bogens forfattere er henholdsvis læge og filosof med mange års erfaring indenfor både hvert deres felt og indenfor sygehusvæsenet.

Bogen er en debatbog der, som titlen angiver, debatterer mål, midler og magtforskydningen i sygehusvæsenet siden 1960'erne og frem til nu i relation til sikring af kvaliteten i patientbehandlingen.

De angiver bl.a. at kerneydelsen og målet, patienten, er blevet forrykket til at kerneydelsen og målet i stedet er produktivitet, økonomi, forskning, uddannelse. Dette har den konsekvens, at sundhedsprofessionelle også arbejder efter disse mål og dermed ikke (altid) med patienten som mål. Årsagen til denne forrykkelse/forrykthed er, at magten er flyttet fra sundhedsprofessionelle til ikke-sundhedsprofessionelle (djøf'ere og politikere). Denne ikke-faglige ledelse/administration er fremmedgjorte overfor det og dem (sundhedsarbejde og sundhedsarbejdere), de er ansat til at administrere, forvalte og lede. Læge og forfatter Liselotte Højgaard angiver, at det har den konsekvens, at de administrative tiltag er *"konstrueret uden reel indsigt i faglighed, forskning og klinisk patientbehandling, og de virker ikke hensigtsmæssigt i den kliniske hverdag"* (side 162).

Bogens forfattere argumenterer for, at der er behov for en ny måde at fordele magten og dermed mål og midler på i sundhedsarbejdet – det er der ikke noget nyt i, men jeg synes at bogens mange facetter gør at man bliver klogere på hvorfor og hvordan denne forandring skal ske – grundlæggende ved at give magten tilbage/forrykke magten til sundhedsfagligt personale.

Da bogens ene forfatter er læge, og bogen er udgivet på FADL, er udgangspunktet for debatten nærmest suverænt fra et lægeperspektiv, men hvis man kan abstrahere fra dette og tænke sygepleje ind,

er bogen både relevant og interessant for sygeplejersker, sygeplejeudvikling, sygeplejeforskning, samt de rammer og vilkår vi har for at yde sygepleje. Dette kan eksemplificeres ved følgende citat fra bogen *"De kliniske afdelinger ligner mere og mere ekspeditionskontorer. Læger leder – fagligt set – stadig afdelingen, de har ansvaret, men magten er blevet betydelig mindre, magten til at bestemme mål og midler, og måden at lede på er blevet en anden. Man efterligner, ofte føjelystent, de såkaldte 'djøf'ere, universitetsuddannede administratorer og forvaltere (...)"*. Dette er også genkendeligt indenfor sygeplejefprofessionen, og hvis man oven i denne beskrivelse tilføjer den aktuelle sygehuskultur, hvor lægerne stadig har/gives magten til at beslutte på områder, der ikke kun omhandler deres eget fagfelt men også sygeplejersker, så har man et meget nuanceret billede af, hvorfor sygehusvæsenet generelt, og sygeplejersker specifikt, ikke formår at indfri dets kerneopgave, nemlig at hjælpe patienterne med at blive helbredt, lindret og plejet.

**Anmeldt af:** Mette Kjerholt, sygeplejerske, cand.cur, PhD, forskningsleder, Hæmatologisk afdeling, Sjælland Universitetshospital





# Bestyrelsen



## Formand

Annesofie Lunde Jensen,  
*Klinisk sygeplejespecialist, lektor*  
Master i sundhedsantropologi  
Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital  
Mail: annesjen@rm.dk



## Næstformand

Julie Duval  
*Ph.d.-studerende, cand.cur.*  
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet  
Mail: Julieduval@ph.au.dk



## Kasserer

Tina Riekehr Bjerre,  
*Klinisk udviklingsygeplejerske og uddannelsesansvarlig,*  
Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitetshospital  
(SUH) i Roskilde  
Mail: trb@regionsjaelland.dk



## Bestyrelsesmedlem

Medlemsansvarlig / Legater  
Gitte Susanne Rasmussen,  
*Klinisk Specialist, Cand. Cur., ph.d. i sundhedsvidenskab*  
Hudafdelingen, Aarhus Universitetshospital  
Mail: gittramu@rm.dk



## Bestyrelsesmedlem / WEB-redaktør

Helene Heldgaard  
*Anæstesisygeplejerske, Klinisk Sygeplejespecialist*  
Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling  
(MHH). Operationsområde Syd, OUH-Svendborg  
Mail: helene3377@gmail.com



## Bestyrelsesmedlem /

### Kontaktperson til Forstyrrelsens redaktørgruppe

Pernille Langkilde  
*Klinisk sygeplejespecialist*  
Master of Science in Health Care Science in Nursing, Gothenburg University  
Medicinske Sygdomme, Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt  
Mail: Pernille.koelholt.langkilde@rsyd.dk



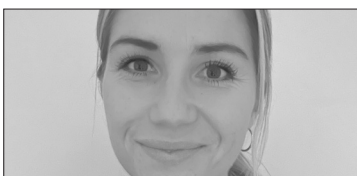
## Suppleant

Tina Nielsen,  
*Afdelingsleder*  
Medicinsk afdeling, Hæmodialyse afsnittet  
på Sjællands Universitetshospital, Roskilde  
Mail: tn@jakolex.dk



## Suppleant

Tine Lumbye  
Klinisk sygeplejespecialist  
Cand. Cur. APN  
Kirurgisk Sengeafsnit  
Sjællands Universitetshospital, Køge  
Mail: tinelt@regionsjaelland.dk



## Suppleant

Julie Mondahl (suppleant)  
Klinisk sygeplejespecialist  
Cand. Cur.  
Øre-, Næse-, Halskirurgisk afdeling  
Sjællands Universitetshospital, Køge  
Mail: jumo@regionsjaelland.dk

Returneres ved varig adresseændring

## Afsender:

FS32, Fagligt selskab for sygeplejersker,  
der arbejder med forskning og udvikling  
DSR, Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K