
VEJLEDNING PÅ DANSK!

Av Eva Just, Sygeplejerske, Sociolog, Ph.d.

Underviser og supervisor ved VIA University College i Århus; www.justeva.dk

Abstract

Artiklen beskriver nogle af de bevægelser af henholdsvis uddannelsesmæssig, teoretisk-metodisk og praksis-relateret art der har præget dansk vejlederpraksis gennem ca. 20 år. Uddannelse af faglige vejledere startede i 1992 i Danmark som en 2 årig efteruddannelse og er nu integreret i en sundhedsfaglig diplomuddannelse. Vejledertitlen er ændret til "sundhedsfaglig supervisor". Vejledning er blevet godt etableret i såvel somatisk som psykiatrisk praksis, men står overfor nye udfordringer, fordi det effektive sundhedsvæsen ofte ikke skaber tid/rum til deltagelse i faglig vejledning. Derfor afprøver de danske vejledere nu ud hvordan vejledernes færdigheder i forhold til dialog og gruppeledelse kan anvendes på andre områder i den sundhedsfaglige hverdag.

Nøgleord: Faglig vejledning, sundhedsfaglig supervision, diplomuddannelse, vejledningsmetoder, ledelse, nyudannede, procesledelse, teamsupervision, dialogmøder, mentor, coaching.

INTRODUKTION

"Vejledning på dansk" var redaktionens udspil til titel på en artikel fra en dansk faglig vejleder. Det var en udfordring, som jeg sagde ja til, fordi det umiddelbart både var en spændende opgave, og fordi det gav god anledning til at reflektere over et fagligt felt som jeg har beskæftiget mig indgående med gennem 17 år, især som underviser på den danske vejlederuddannelse.

Men hvordan kan jeg som dansk vejleder overhovedet få øje på hvad der er særligt dansk vejledning? En uge på klostret Metoxi på Lesbos i august 2012 sammen med danske og mange norske vejledere bragte mig lidt på sporet, fordi ugen både viste små forskelle og rigtig mange fællestræk ved vores praksis som vejledere og bagvedliggende værdier. Disse forskelle og fællestræk vil dog ikke være artiklens fokus, men derimod at beskrive nogle af de *bevægelser* der har været i den danske vejlederuddannelse – og praksis gennem snart 20 år. Måske kan den norske læser så undervejs selv indfange hvad "vejledning på dansk" er og hvilke forskelle der evt. er i forhold til den norske vejlederpraksis. I Danmark har vi fulgt den norske tradition og i mange år anvendt betegnelsen "sygeplejefaglig vejledning" og senere "faglig vejledning". I 1995 ændrede vi imidlertid betegnelsen til "sundhedsfaglig supervision", hvilket jeg senere begrundet. I artiklen anvender jeg overvejende betegnelsen faglig vejledning.

Artiklen er baseret på mine egne erfaringer med faglig vejledning, både som vejleder og som underviser på uddannelse af faglige vejledere fra 1995 til nu 2012. Endvidere har jeg stillet spørgsmålet "hvad er vejledning på dansk" til 9 danske vejledere, som enten har haft undervist på uddannelse af vejledere eller har praktiseret faglig vejledning gennem en årrække. Et uddrag af de umiddelbare kommentarer til spørgsmålet var:

Det er at vi har udpræget metodefrihed!

At vi har arbejdet med det fagligt/personlige under uddannelsen!

At de lærer noget om gruppeprocesser- prøver det der med at være frustreret!

At vi tænker bredt og relaterer det til udviklingen i sundhedsvæsenet og det har noget at gøre med at vi ikke kunnet isolere os – vi laver mange andre ting, fx Lean og kvalitetsarbejde!

Ikke at være for fastlåste på supervisionens rammer.

At vi eksperimenterer med hvad metoderne også kan bruges til i praksis!

Citaterne viser nogle af de holdninger og bevægelser der præger den danske vejlederpraksis, både i forhold til valg af metoder og i forhold til at anvende metoderne i nye sammenhænge. I artiklen beskrives tre former for bevægelser i den danske vejlederpraksis: Uddannelsen til faglig vejleder, teoretiske og metodiske bevægelser samt praksisfeltets udvikling.

BAGGRUND: ET SUNDHEDSVESEN I BEVÆGELSE

Faglig vejledning har udfoldet sig i en periode, hvor der i Danmark er sket nogle omfattende organisatoriske, faglige og uddannelsesmæssige ændringer, især de sidste 7- 8 år. En kommunalreform i 2007 reducerede 13 amter til 5 regioner og 271 kommuner til 98 kommuner. Der er endvidere sket store politisk besluttede faglige ændringer især knyttet til implementeringen af ”Den danske kvalitetsmodel” (IKAS 2012), som har medført at hele sundhedsvæsenet er blevet akkrediteret og nu har meget fokus på evidensbaseret praksis, sikkerhed, brugertilfredshed mv. Uddannelsesmæssigt er en lang række uddannelsesinstitutioner blevet fusioneret i centre for videregående uddannelser, og senere samlet i 7 professionshøjskoler, som delvis følger regionernes geografi. De rummer alle de mellemlange videregående bacheloruddannelser, sundhedsfaglige, pædagogiske, sociale og ledelsesmæssige diplomuddannelser samt forskellige efteruddannelsesaktiviteter. (www.uc.dk 2012)

Der er således blevet ændret meget i såvel de faglige opgavekrav som organiseringen, og geografisk er der rykket rundt på stort set alle de institutioner, som involverer faglig vejledning. Det har været – og er fortsat nødvendigt at være særdeles fleksibel og kreativ for at kunne fastholde uddannelsen og faglig vejledning i praksis.

UDDANNELSESMÆSSIGE BEVÆGELSER

Den danske faglig vejleder uddannelse har bevæget sig i to markante faser. Dels opstarten og etablering af uddannelsen som en efteruddannelse op gennem 90erne, dels ændring af uddannelsen til en diplomuddannelse i 2005. Inspiration fra Norge har haft stor betydning for udviklingen, men også den særlige forankring af uddannelsen tæt på praksis, dannelse af en faglig sammenslutning samt ændring af uddannelsen til en diplomuddannelse.

Inspirationen fra Norge

I slutningen af 80erne var der et stigende antal danske sygeplejersker, bl.a. fra psykiatrien som rejste til Norge og tog moduler i den norske vejlederuddannelse. Mange gennemførte hele uddannelsen og fik den norske godkendelse. Der blev derefter taget flere initiativer til at starte en dansk uddannelse og op gennem 90erne blev der startet ca 10 forskellige uddannelser, som dels var baseret på norske undervisere, undervisere med en norsk vejlederuddannelse samt undervisere som havde andre uddannelser i supervision eller en terapeutisk uddannelse (fx gestaltterapeutisk eller psykody-

namisk uddannelse). Den norske uddannelses opbygning dannede fra starten model for den danske uddannelse, både med hensyn til teoriindhold og omfanget af praktisk træning i et toårigt efteruddannelsesforløb.

Forankring på sygehuse og efteruddannelsesafdelinger

Uddannelserne var i den første fase overvejende tilknyttet efteruddannelsesafdelinger på store somatiske hospitaler eller amtslige efteruddannelsesafdelinger. Den første formelle uddannelse startede på Hvidovre Hospital i 1992. Der var enkelte uddannelsesforløb som blev etableret på initiativ af Dansk Sygeplejeråd samt 2 private konsulentvirksomheder. Der var ingen uddannelser som blev etableret i sygeplejeskoler, videreuddannelsesafdelinger eller psykiatrien, som dog i samme periode startede en 1 årig specialuddannelse, som havde elementer af faglig vejledning.

Denne organisatoriske forankring har formentlig skabt en relativ stærk tilknytning til somatisk praksis, og har haft betydning for en meget bred rekruttering af deltagere fra forskellige faglige specialer. En 11 år gammel spørgeskemaundersøgelse (Olesen 2001) viste, at ca. halvdelen af kursisterne kom fra somatiske afdelinger, ofte fra onkologiske afdelinger og afdelinger for patienter med kroniske lidelser, 1/3 kom fra psykiatrien, 1/4 fra primærsektor heraf en del sundhedsplejersker og resten kom fra undervisningsområdet.¹

Det har formentlig påvirket nogle af de bevægelser der er sket med uddannelsens indhold og forankring, at underviserne har haft andre opgaver og kompetencer end at undervise i faglig vejledning:

Vi var jo ansat til andre ting end at undervise vejledere, fx konsulentopgaver ude i afdelingerne og ledelsesmæssigt var der meget fokus på at uddannelsen spillede godt sammen med praksis. Det gjorde også at der var stor opbakning.(underviser ansat på somatisk hospital)

Faglig sammenslutning og godkendelsesordning

I 1996 blev der i Dansk Sygeplejeråd dannet en faglig sammenslutning for sygeplejefaglige vejledere, og der blev taget initiativ til at etablere en dansk godkendelsesordning via et udvalg med repræsentanter fra såvel praksis (chefsygeplejersker) som uddannelserne og den faglige sammenslutning. Godkendelsesordningen stoppede da uddannelsen blev ændret til diplomuddannelse i 2005. Der var på det tidspunkt ca. 450 vejledere som havde en dansk eller en norsk godkendt uddannelse.

Den faglige sammenslutning hedder nu ”Fagligt selskab for sundhedsfaglige supervisorer” og har en bestyrelse, som dels redigerer en hjemmeside, udgiver et blad og gennemfører et årligt landskursus med 60 – 100 deltagere, et årligt dialogmøde samt deltager i nordisk samarbejde omkring faglig vejledning. (Fagligt selskab 2012) Det faglige selskab har helt sikker haft stor betydning i forhold til, at de danske vejledere har fået skabt en fælles faglig identitet og har endvidere bidraget til formidling nye metoder og diskussion af grænseflader til vejledning.

Diplomuddannelse

¹ Der findes ikke en aktuell samlet dansk opgørelse over vejledernes faglige baggrund.

I 2005 blev hele organiseringen af grund- efter- og videreuddannelsesområdet for de mellemlange videregående uddannelser reformeret, dvs. uddannelse til sygeplejersker, terapeuter, pædagoger, lærere mfl., Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Danmarks lærerhøjskole, samt forskellige andre efter- og videreuddannelses afdelinger blev samlet i centre og senere professionshøjskoler.

Der blev på efter- og videreuddannelsesområdet etableret forskellige diplomuddannelser på 60 ECTS point, som enten kunne have en pædagogisk, sundhedsfaglig eller ledelsesmæssig profil. Diplomuddannelsen er opbygget af grundmoduler, valgmoduler og et afgangsmodulet. Kursisterne kan følge bestemte retninger og tilrettelægge et fleksibelt forløb, dvs kombinere forskellige moduler og kan i princippet vælge at starte med det modul de ønsker, bortset fra afgangsmodulet.

Vi besluttede (undervisere på vejlederuddannelser og ledelsesrepræsentanter) at indarbejde faglig vejlederuddannelse i den sundhedsfaglige diplomuddannelse ved hjælp af to forskellige pædagogiske supervisionsmoduler, som kunne matche den eksisterende toårige uddannelses indhold. Begrundelsen var både at alle efteruddannelsesafdelinger var under omlægning, og at der desuden var et stort ønske fra praksis om, at den toårige faglig vejlederuddannelse kunne give merit i forhold til videregående kandidat- og masteruddannelser. Uddannelsen er således et særligt tilrettelagt forløb med en kombination af sundhedsfaglige og pædagogiske moduler.

Den store udfordring i denne forandringsproces har været at bevare det samme omfang af træningstimer som i den gamle uddannelse, i et overvejende teoriorienteret uddannelsessystem, hvor der lægges vægt på at studere sig til ny kompetencer. Det er lykkedes at fastholde 120 lektioners træning og 40 lektioner i egen øvegruppe, som et særligt tilrettelagt træningsforløb knyttet til de to diplommoduler og med fælles udarbejdede læringsmål -og træningsbevis på landsplan. Træningsdelen afvikles lidt forskelligt på uddannelsesstederne og giver pt. ikke ECTS point.

Nyt navn - sundhedsfaglig supervision

En anden stor udfordring var ændring af navnet. Der fandtes i de nye uddannelsesinstitutioner utallige former for vejledningsmoduler, fx praktikvejledning, studievejledning, opgavevejledning af studerende etc. og der var et klart ønske fra uddannelsesinstitutionerne om at ændre navnet, så det adskilte sig fra den brede vejlederbetegnelse og samtidig knyttede mere an til supervisionsmodulernes studieordninger. Navnet blev "sundhedsfaglig supervision" og var i starten ikke særligt populært blandt vejlederne, som havde skabt en form for identitet som "faglig vejleder". Det nye navn har haft den særlige virkning, at psykologerne er blevet opmærksomme på, at der nu er en stor gruppe supervisorer, som ikke har en psykologuddannelse, og det har skabt lidt grænsestridigheder på nogle institutioner, hvor der er ansat mange psykologer. (Bl.a. psykiatrien) Så nogle steder anvender man fortsat begrebet faglig vejledning.

Ændringen af uddannelsen har haft flere virkninger. Den fleksible model er en pædagogisk udfordring, fordi deltagerne kan have meget forskellige forudsætninger når de starter på et supervisionsmodulet. Deltagerkredsen er mere tværfaglig sammensat og der er en overvægt af deltagere med kliniske undervisningsfunktioner som kobler kliniske vejledningsmoduler med supervisionsmoduler, mens antallet af ledere og undervisere er meget begrænset, formentlig fordi man her stiller andre

uddannelseskraft. (Leder- og masteruddannelser). Kursusmodulerne er blevet mere teoretiske, men stiller samtidig større krav til deltagerne om selvstudier (færre undervisningstimer). Hvert modul afsluttes med en modulopgave, som følger de generelle kriterier i diplomuddannelsen og deraf følgende krav om at leve op til de akademiske opgavekrav. For de studerende som gennemfører en hel diplomuddannelse skal afgangsprøvet også knytte an til sundhedsfaglig supervision.

Uddannelsen gennemføres i dag ved tre professionshøjskoler: Metropol i København, UCN i Ålborg og VIAUC i Århus. Indtil nu har 86 kursister på landsplan gennemført de to supervisionsmoduler og 61 har afsluttet hele diplomuddannelsen. Flere er i gang. Diplomuddannelsen har efter min opfattelse styrket uddannelsens teoretiske grundlag og opgaverne rummer et stort udviklingspotentiale i form af mange interessante analyser af delområder i faglig vejledning, fx supervision af nyuddannede, tværfaglig supervision, ledelse og supervision, brug af supervisionsmetoder i grupper med patienter og pårørende etc. Uddannelsen har bevæget sig lidt væk fra praksis, og det har været nødvendigt at etablere netværksmøder mellem uddannelsessteder og de uddannede faglige vejledere for at sikre at uddannelsen fortsat afspejler de behov og forandringer der sker i praksis.

TEORETISKE OG METODISKE BEVÆGELSER

Litteratur om faglig vejledning og supervision er vokset vældig meget i omfang gennem de sidste 20 år. Det samme gælder forskellige faglige og metodiske perspektiver, hvilket betyder at faglig vejledning i Danmark i dag rummer et bredt repertoire af metoder, men den er også præget af meget forskellighed, fordi uddannelsesstederne kan have forskellige faglige præferencer. Jeg vil beskrive nogle af de teoretiske bevægelser som jeg selv og nogle af de andre undervisere har været en del af. Metoderne afspejler - og følger i realiteten de bevægelser der samtidig er sket i det terapeutiske felt, især familiebehandling, men også den udvikling der er sket på det læringsteoretiske og konsultative område.

Dialogisk læring og kontakt

”Vi har jo især lagt vægt på at de har arbejdet med det personligt/faglige og har især været inspireret af gestaltpsykologien.”

I 90'erne var vejlederuddannelsen præget af teoretiske og metodisk inspiration fra Norge, som på det tidspunkt havde udgivet flere bøger om faglig vejledning (Hermansen, Carlsen, Vråle 1992; Tveiten 1998) og blev anvendt i den danske uddannelse. Der blev skrevet flere danske artikler om sygeplejefaglig vejledning: I 1995 udkom den første danske metodebog om faglig vejledning (Thorning 1995). Men flere uddannelser var også inspireret af bøger om supervision skrevet af psykologer og socialrådgivere, som havde et humanistisk/gestaltpsykologisk udgangspunkt (Hostrup 2002).

Det teoretiske grundlag var fx. Rogers begreb ”den klientcentrede samtale” med begreber som kongruens, empati og accept, koblet med gestaltpsykologiens fokus på opmærksomhed og kontakt, som blev vigtige værdier i forhold til dialogen i vejledning. Alrø & Kristensen (1998) kaldte det for ”dialogiske fødselshjælper samtaler”, dvs. gennem indre og ydre dialoger i en sokratisk dialog, at

hjælpe fokuspersonen frem til ny erkendelse. Vi trænede i min egen praksis kursisterne i aktiv lytning, opmærksomhed og kontakt og lagde vægt på at deltagerne fandt et personligt ståsted og fokus i læreprocessen. Denne tilgang har ikke nødvendigvis haft lige stor vægt i alle de danske uddannelser, men har været betinget af undervisernes forskellige faglige baggrund.

Fokus på gruppen – tuning in

”Hvis jeg får god vejledning så møder jeg en person som tuner sig ind på mit faglige felt og bidrager til at jeg ser potentialer og kan se nye muligheder – noget jeg ikke selv har fået øje på.”

I 1999 udgav Bang & Heap supervisionsbogen ”Skjulte ressourcer” og bragte dermed et særligt fokus på gruppens ressourcer i fokus. I bogen præsenteres forskellige metoder til at bruge gruppen aktivt, fx tuning in når der i fokuspersonens fortælling mangler følelsesmæssig indlevelse, hvor deltagerne i korte sekvenser lever sig ind og taler ud fra den position som én af de personer i fortællingen har. Bang & Heap har meget fokus på at arbejde aktivt med gruppens dynamik, evt. også konflikter og parallelprocesser, dvs. overføring af ubevidste følelser fra klient til behandler og evt. videre til supervisionsgruppen. Bang (2002) skrev senere bogen ”Rørt, ramt og rystet”, som handler om hvordan man arbejder med personer som er blevet meget påvirket af voldsomme hændelser, herunder begreber som der posttraumatisk stress, sekundær traumatisering og modoverføring.

At arbejde med mennesker der er meget følelsesmæssigt berørt og samtidig at have fokus på gruppens indre liv kræver, at vejlederen har mod og opmærksomhed på såvel gruppen - som egne indre processer, dvs. at kunne reagere på og arbejde med stemninger i gruppen, fx tilbageholdenhed, sorg, vrede mv (Just 2008) . At arbejde med sådanne processer i løbet af uddannelsen vil i mange tilfælde medvirke til en personlig udvikling samtidig med at vejlederen erhverver nogle vigtige kompetencer i forhold til at kunne tage lederskab i grupper.

Den systemiske bølge

”Vi har været meget inspirerede af de norske undervisere og teoretikere fx Ejnar Ådland, Per Jensen og Tom Andersen.”

I midten af 90erne blev den systemiske tænkning og tilgang til familiebehandling og supervision/vejledning meget populær i Danmark, især via konsulentfirmaet DISPUK, som selv udbød vejlederuddannelsen i en periode, dels underviste på Rigshospitalets vejlederuddannelse. Kursisterne fik således her en overvejende systemisk orienteret uddannelse, som var meget inspireret af Andersens (2005) beskrivelse af det reflekterende team, Batesons kommunikationsteori og Maturanas begreb selvreference, dvs. at intet kan beskrives uafhængigt af beskriverens måde at se, vide og forstå på (Lund Jakobsen & Wermer 2001).

Det systemiske perspektiv fik efterhånden også stor indflydelse på de andre uddannelser i Danmark. Tom Andersen blev flere gange inviteret til Danmark og det reflekterende team og Karl Tomms spørgsmålstyper er blevet en fast bestanddel af et vejledningsforløb. Den systemiske tænkning har i det hele taget præget mange efteruddannelser af konsulenter, undervisere, psykologer og ledere i Danmark og har derfor også fået stor vægt i organisatoriske – og ledelsesmæssige sammenhænge.

Den kognitive tærte og postkort

”Jeg ved ikke hvad jeg skulle gøre hvis ikke jeg havde min kognitive tærtemodel at trække på - fx når folk oplever de er skyld i andres lidelse.”

I 2008 udkom metodeantologien ” Supervision i sundhedsprofessioner ” som er skrevet af en gruppe undervisere på den sundhedsfaglige diplomuddannelse samt en forsker i supervision. I bogen præsenteres forskellige metoder, herunder en kognitiv supervision og kreative redskaber i supervision (Jutilainen 2008).

Kognitiv supervision har sit afsæt i den kognitive behandlingsmetode, som de senere år blevet meget populær i forhold til behandling af depressioner og angstlidelser og dermed bevæger det sig også ind i supervisionspraksis hos psykologerne. Faglig vejleder og psykolog Morsing (2008) har beskrevet hvordan man kan bruge elementer fra de kognitive behandlingsmetoder i supervision, fx diamantmodellen (tanker, følelser, krop og handling) og bevisførelse som citatet refererer til. Det er en metode hvor der er meget fokus på at tankeprocesserne er det der styrer følelser og handlinger, og kan fx som citatet illustrerer anvendes, når en fokuspersion er meget præget af skyld, fx i forbindelse med kritiske hændelser, forkert medicinering mv.

Kreative redskaber kan fungere som en anderledes måde at samtale på, idet man gennem anvendelse af postkort, sten, figurer, tøjstumper, tegninger etc. gør brug af ” symbolsk eksternalisering” dvs. taler om en problematik gennem en genstand og dermed flytter problemet ud af kroppen. (Jutilainen 2008)

Narrative metoder

Lige nu er den narrative tilgang til supervision/vejledning meget populær i Danmark både blandt vejledere, familiebehandlere og organisationspsykologer. Også denne metode har sit afsæt i familierterapien, med især Michael White som grundlægger af en metode, som bygger på den grundopfattelse at der altid kan fortælles en anden historie end problemhistorien, dvs. ” problemet er problemet – det er ikke personen der er problemet” (Morgan 2000). Det har både betydning for dialogen hvor man fx arbejder med eksternalisering af problemet, herunder at udforske problemets historie og effekter, arbejder med tynde og tykke historier, dvs. at skabe alternative historier til en dominerende problemhistorie. Det reflekterende team arbejder i en mere styret form, som kaldes bevidning, hvor teamet bevidner det de har hørt og fortæller om hvilken resonans fortællingen giver i forhold til egen praksis (Lund Jakobsen 2008). Det har meget ofte den effekt at fokuspersionen føler sig anerkendt og får nye perspektiver på problemet.

Et bredt metoderepertoire som vejleder

Der kunne nævnes andre metodeperspektiver som aktuelt bliver afprøvet, fx filosofisk og eksistentiel vejledning, anerkendelsesperspektivet og der vil sikkert opstå nye metoder i de kommende år. Det er op til den enkelte vejleder at afgøre hvilke metoder hun vil anvende i sin egen praksis og om hun ønsker - og føler sig kompetent til at afprøve nye opgavefelter. Det har været en tilbagevendende diskussion blandt danske vejledere om man nu kan mixe metoder som repræsenterer forskellige

teoretiske perspektiver. I praksis finder det sted, men den enkelte vejleder har formentlig sin særlige metodepræference, både betinget af uddannelsen og personlige interesser.

PRAKSIS-BEVÆGELSER

At blive synlige og accepterede som vejledere – både i psykiatrien og somatikken, sundhedsplejen og primær sektor, har været den store udfordring for faglig vejledning i de første mange år. Men derudover er det en fortsat udfordring at udvikle vejledningspraksis, så den i tilstrækkelig grad følger udviklingen i sundhedsvæsenet. At etablere og udvikle vejlederpraksis handler både om geografi, ledelse, om særlige ildsjæle og det handler om at indarbejde vejledning i særlige jobfunktioner, som har vist sig velegnede at koble med de kompetencer som vejlederne har.

Ledelsesmæssig forankring

”Det er helt afgørende med den ledelsesmæssige opbakning. Hvis ikke de går ind for det, får folk ikke lov til at prioritere det!”

Hvis man kunne se fordelingen af de danske faglige vejledere på et dansk landkort ville man opdage et meget varieret mønster. På nogle hospitaler vil der være mange faglige vejledere (Århus Universitetshospital har pt. 40 vejledere) og på andre hospitaler er der 2 – 3 eller måske ingen. Det skyldes flere faktorer. For det første har den uddannelsesmæssige forankring på en række store hospitaler medført, at der har været mange deltagere herfra. Flere har enten taget det som en form for lederuddannelse eller er senere blevet ledere og dermed er der opstået en ledelsesmæssig forankring og opbakning til at bevilge uddannelsen samt skabe tid/rum til at etablere åbne vejledningsgrupper. Denne udvikling er dog ved at ændre sig på grund af øget tempo, besparelser og mange andre indsatsområder i sundhedsvæsenet.

”En oversygeplejerske sagde forleden til mig - Det der med at mødes hver anden tirsdag i 2 timer i en supervisionsgruppe - glem det! Det har vi simpelthen ikke tid til i sundhedsvæsenet.”

Det er en generel oplevelse blandt danske vejledere at den åbne vejledningsgruppe delvis er på vej væk, men behovet for den støtte og læring som faglig vejledning rummer, er uændret eller snarere forøget, fordi der ikke er meget tid til eftertanke i en travl hverdag. Det er derfor nødvendigt at tænke i nye baner.

De nyuddannede sygeplejersker

”Der har været en bevægelse i forhold til at bruge supervision af nyuddannede sygeplejersker – men hvorfor er det de ikke bider på krogen? De oplever det som kontrol frem for et frirum? Og hvad er så et ungt perspektiv til supervision?”

Mange vejledere har haft som opgave at vejlede nyuddannede sygeplejersker. Flere evalueringsrapporter har vist, at de nyuddannede bachelorer ofte har haft svært ved at finde fodfæste i en meget travl praksis og mange oplever det som et praksischock. Flere danske hospitaler har derfor udarbejdet uddannelsesprogrammer for nyuddannede sygeplejersker og faglig vejledning har været en del af dette - ofte obligatoriske tilbud. Derfor har der været mange grupper af nyuddannede sygeplejer-

sker som har fået et vejledningsforløb på 4- 5 gang med en faglig vejleder. De første evalueringer var meget positive (Bachelor på spring 2007-2009), men med tiden har der også været en del kritik fra deltagerne. Det er derfor en udfordrende opgave for mange vejledere, som nu oplever at de nyuddannede sygeplejersker er kritiske eller usikre overfor at befinde sig i faglig vejlednings åbne arbejdsform og særlige måde at reflektere på. Om der er tale en ny ungdomskultur eller ændret socialisering på skolerne står uklart, men kritikken har medført at der nu eksperimenteres med formen, såvel i grupper og evt. også gives tilbud om individuel vejledning.

Særlige hændelser og procesledelse

Tendensen til at der aktuelt er færre der melder sig – eller kan få fri til at deltage i åbne vejledningsgrupper har medført, at de erfarne vejledere og uddannelsesstederne er begyndt at undersøge om der kunne være andre områder, hvor vejledernes kompetencer i forhold til dialog og ledelse af en gruppesamtale kan anvendes. Og det er blevet klart at der findes mange forskellige ad hoc. møder hvor der er behov for procesledelse. Der sker i en sundhedsfaglig praksis ret ofte hændelser, som har særlig belastende karakter eller indebærer, at det skal indberettes som utilsigtede hændelse og evt. behandles som en klagesag. Det kan for de involverede fagpersoner være belastende og der er i Danmark et særligt beredskab til at håndtere disse hændelser fx i form af krisepsykologbistand og debriefingsmøder (Dyrgrov 2002).

De faglige vejledere er i de senere år blevet introduceret til forskellige metoder til at kunne indgå i nogle af disse opgaver, fx defusion umiddelbart efter en voldsom hændelse (fx hjertestop, selvmord mm), efterfølgende debriefing evt i samarbejde med en psykolog, samt mødeledelse i forbindelse med kerneårsagsanalyser ved utilsigtede hændelser. Erfaringer med disse procesledelsesopgaver er endnu på begynderstadiet, både i forhold til hvilken viden og træning det yderligere kræver, for at gå ind i sådanne specielle opgaver. Pt. varetages det oftest ledere eller psykologer, som ikke nødvendigvis er trænet i disse former for procesmøder.

Teamsupervision

”Vi har udviklet en model vi kalder for ”teamkonsultation”, hvor et team kan bede os om at lede en proces hvor vi sammen undersøger en særlig vanskelig patient- eller pårørenderelation.”

Mens der i den travle hverdag åbenbart ikke er meget plads til at deltage i åbne vejledningsgrupper, er der mere fokus på at få de eksisterende grupper, fx tværfaglige teams til at fungere bedre. Man kan forestille sig at de åbne vejledningsgrupper i fremtiden afløses af grupper der i hverdagen fungerer som teams. Vejledning/ supervision af etablerede teams rummer nogle særlige udfordringer, fordi gruppen til dagligt er kolleger og arbejder sammen før og efter et vejledningsmøde og fordi der måske er flere deltagere der har oplevelser med den patientcase der tales om. Mortensen (2008) kalder det for ”dirty supervision” dvs. man må tage nogle forbudte trin i processen og improvisere, herunder anvende såvel supervisionsmetoder som konsultative metoder.

En neurorehabiliteringsafdeling har udviklet et tilbud, hvor en vejleder kan tilkaldes til en teamkonsultation, fx hvis et team er kørt fast i forhold til en patient eller samarbejdet med en pårørende. Det er ofte kun 1 møde á 1½ til 2 timer og hele teamet + lederen deltager i seancen for at skabe et fælles

billede af situationen og for at sikre, at der kan handles på eventuelle nye erkendelser efter konsultationen. Teamsupervision- eller konsultation kræver erfaringsmæssigt en meget tydelig rammesætning og er udfordrende for vejlederen, fordi det både kan være komplekse fortællinger og fordi der kan være spændinger/konflikter mellem deltagerne indbyrdes. Ofte vil der også være en tværfaglig problematik og særlige magtpositioner på spil. Teamsupervision/konsultation har til gengæld ofte en direkte organisatorisk effekt, fordi alle/de fleste parter i en given problematik får en fælles indsigt og kan handle på denne indsigt.

Facilitering af refleksive møder

”Én af os er processtyrere og vi spørger til hvad den der fremlægger en sag gerne vil blive klogere på. Vi bruger også refleksionspauser i form af 2 minutters stilhed og det betyder at vil lettere får forskellige perspektiver frem.”

Flere danske vejledere afprøver lige nu hvordan delområder fra vejledningsmetoderne kan anvendes ved forskellige former for møder, fx gruppemøder eller behandlingskonferencer. Der er i den sundhedsfaglige praksis et væld af møder, som ofte lever sit eget traditionelle liv, som ikke altid er produktive og udviklende. Helle Nordentoft viste i sit Ph. D projekt (Just & Nordentoft 2012), at en bevidst kobling af metoder fra supervision/vejledning til behandlingskonferencen kan ændre disse møder, så der bliver en mere klar mødestruktur, anvendes reformuleringer, refleksive pauser mm, og bidrager til at der kommer flere perspektiver i spil og hele gruppen inddrages i mødet.

Dialogmøder med patienter og pårørende

”Der er næsten ikke en situation hvor vi ikke bruger uddannelsen – vi bruger det fx i samtaler med patienterne, i familiesamtaler og samtaler med efterladte pårørende – det er den bedst uddannelse i kommunikation man kan tage.”

Endnu et spirende udviklingsområde for vejlederne er tendensen til, at man afholder flere samtaler med grupper af patienter og pårørende. Det kan som beskrevet være samtaler med familier, pårørende grupper og efterladte pårørende, fx børn og ægtefæller til en kræftpatient. Også her har vejlederne gavn af erfaringer med at lede en samtale i en gruppe, at skabe en god ramme og sikre et venligt og anerkendende samtalemiljø. Men også her skal processen tilpasses til det særlige felt og kræver en særlig viden, fx om sorgprocesser mm.

Mentorrolle, coaching

”Der forsvinder det rum hvor den enkelte har mulighed for at gå meget tæt på det personligt/faglige hvis supervision udelukkende foregår i grupper som du arbejder sammen med til daglig - det er mere sårbart når du skal arbejde sammen bagefter.”

Faglig vejledning i grupper har som sagt lidt trange kår for tiden og dermed forsvinder der måske det frirum, hvor den enkelte kan lukke op for noget, som man ikke umiddelbart deler med de nærmeste kolleger. Her kan individuelle samtaler måske blive en ny mulighed, fx i form af en mentor

rolle eller en coachingsamtale. Mange danske vejledere har følt sig udfordret af coaching som er stormet ind på samtalscenen med stor succes.

Coaching har i sit udgangspunkt fokus på den individuelle og målrettede samtale og bevæger sig tydeligvis ind i det samme metodefelt som supervisionsmetoder (Moltke & Molly 2009). Flere vejledere har fx haft en mentorrolle i forhold til nyansatte medarbejdere eller har gennemført et individuelt coachingforløb i forhold til stressramte kolleger, der vender tilbage til arbejdspladsen på deltid efter en sygdomsperiode.

VEJLEDNINGSPÅ DANSK – HVOR ER BEVÆGELSEN LIGE NU?

Hvad er så vejledning på dansk? Det er en 20 år gammel fortælling, som har gennemlevet flere faser, både i forhold til at blive en veletableret uddannelse og i forhold til at finde et solidt teoretisk/metodisk fundament. Vi udgør i Danmark en gruppe på ca. 550 sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter og nogle få diætister, bioanalytikere og radiografer. Vi har kæmpet for at få en stabil position i sundhedsvæsenet og som artiklen illustrerer, er kampen ikke vundet endnu, formentlig fordi vejledning udgør et kompetencefelt, som ikke har så meget status som sygdomsbehandling, forskning/evidens og rationel organisering.

Det har gennem alle årene været min erfaring, at den enkelte deltager i vejledning får meget erkendelse og læring ud af at deltage i en vejledningsgruppe, men det har været mere usikkert hvordan denne indsigt har skabt organisatorisk læring på deltagernes arbejdspladser. Måske kan den aktuelle udfordring være et skub i retning af at eksperimentere mere med hvordan vi kan bruge vores dialogiske kompetencer i mange forskellige former for grupper og individuelle samtaler i den daglige praksis. Vi har i Danmark fået meget inspiration fra norske vejledere og filosoffer og i de senere år har danske psykologer og konsulenter skrevet et væld af bøger om supervision og coaching, som vi også anvender. Vi har ikke selv været særligt formidlende omkring vore kompetencer, fx i form af forskning og litteratur. Det må så også være næste udviklingsfase for danske sundhedsfaglige supervisorer.

LITTERATUR:

1. www. IKAS.dk
2. Professionshøjskolerne i tal 2012. <http://www.uc-dk.dk/da/forside.html>
3. Anne Mette Olesen. Uddannelsen bliver ikke brugt. Sygeplejersken nr 49 2001
4. Fagligt selskab for sundhedsfaglige supervisorer <http://www.dsr.dk/fs/fs30/Sider/Forside.aspx>
5. Hermansen, Carlsen og Vråle. Sykepleiefaglig veiledning Ad Notam Gyldendal 1992
6. Tveiten Sidsel. Veiledning – mer enn ord. Fagbokforlaget 1998
7. Thorning Marion. Faglig vejledning for sygeplejersker. København Gyldendal Undervisning 1995
8. Hostrup Hanne. Supervision på gestalterapeutisk grundlag Hans Reitzels Forlag 2002
9. Alrø Helle og Marianne Kristensen. Supervision som dialogisk læreproces. Ålborg. Ålborg Universitetsforlag 1998
10. Bang Susanne og Ken Heap. Skjulte ressourcer. Supervisionsprocessen og dens arbejdsmåder. Socialpædagogisk Bibliotek. København Gyldendal. 1999

11. Bang Susanne. Rørt, ramt og rystet. Supervision og den sårede hjælper. Socialpædagogisk Bibliotek. København Gyldendal 2002
12. Just. Gruppeprocesser i supervisionsgruppen. I Juutilainen (red). Supervision i sundhedsprofessioner. København. Hans Reitzel 2008
13. Tom Andersen. Reflekterende processer. København. Dansk Psykologisk Forlag 1994 og 2005
14. Lund Jakobsen Dorte & Ane Wermer. Invitation til nysgerrighed- en systemisk tilgang i supervision. Fokus på familien vol. 29. Universitetsforlaget 2001
15. Morsing Annette. Kognitiv supervision.. I Juutilainen (red). Supervision i sundhedsprofessioner København. Hans Reitzel 2008
16. Juutilainen Anne. Kreative redskaber. I Juutilainen (red). Supervision i sundhedsprofessioner København. Hans Reitzel 2008
17. Morgan Alice. Narrative samtaler. København. Socialpædagogisk bibliotek Hans Reitzel 2000
18. Lund Jakobsen. Narrativ bevidning som refleksionsform. I Juutilainen (red). Supervision i sundhedsprofessioner Hans Reitzel 2008
19. 3 år med bachelor på Spring på Århus Sygehus. Evalueringsrapport 200- 2009. Århus Universitetshospital
20. Atle Dyrgrav. Psykologisk debriefing. Gruppeprocesser efter traumatiske hændelser. København Psykologisk forlag 2002
21. Mortensen Annette. Dirty supervision – forbudte trin. I Hassing Pedersen – Perspektiver på supervision. Dansk Psykologisk forlag 2008
22. Just Eva & Helle Nordentoft. Tværfaglig praksis. København Hans Reitzels Forlag 2012
23. Moltke Hanne V. og Asbjørn Molly: Systemisk coaching. København Dansk Psykologisk forlag 2009

Artiklen udgives i Årbok for Veiledernetværket i Agder 2012; Kristiansand/Grimstad forår 2013