

## Kapitel 7

### Opbygning af en personcentreret udviklingskultur i en lokal hospitalskontekst – aktionsforskning med en small-scale tilgang

Mette Kjerholt

*Kapitlet omhandler organisering og kommunikative (styrings)redskaber i forbindelse med kulturobygning i en hospitalskontekst. Kapitlet har således fokus på organisatorisk læring, og har følgende omdrejningspunkter: HVORFOR en nyetableret hospitalsafdeling valgte aktørinvolverende processer, aktionslæring og aktionsforskning som tilgang til opbygning af en personcentreret sygeplejeforsknings- og udviklingskultur i afdelingen, HVAD der kendetegner en small-scale tilgang og HVORDAN denne opbygning konkret er blevet grebet an. De positive resultater af tilgangen og opbygningen, men også udfordringerne, beskrives og diskuteres, og kapitlet afsluttes med en opsamlende og perspektiverende del.*

*Kapitlet følger to spor: 1) Aktørinvolverende processer og aktionslæring samt 2) Aktionsforskning med en small-scale tilgang. Begge spor er i visse sammenhænge indbyrdes forbundne, men mens aktionsforskning i sin natur har indbygget aktionslæring og aktørinvolverende processer, kan aktørinvolverende processer og aktionslæring godt praktiseres uden, at der er tale om aktionsforskning. De to spor beskrives først separat og derefter forenes og eksemplificeres de i en konkret case, omhandlende et aktionsforskningsprojekt med en small-scale tilgang, sådan som det blev udfoldet på en hospitalsafdeling.*

## Indledning

Kapitlet har fokus på opbygning og udvikling af en aktørinvolverende og personcentreret praksiskultur på en dansk hospitalsafdeling. Således bidrager kapitlet til bogens tema ved at beskrive, hvordan aktørinvolverende processer, aktionsforskning og sundhedskommunikation på et strategisk niveau (*hvad* ønskede afdelingen at opnå) og et taktisk niveau (*hvordan* ville afdelingen opnå det) blev omsat i og til praksis.

På den konkrete hospitalsafdeling, som kulturopbygningen foregik på, forstås og defineres praksisudvikling og personcentreret praksis ud fra Manley m.fl. (2008). De beskriver praksisudvikling som en kontinuerlig proces, der består i at udvikle personcentrerede kulturer, understøttet af kompetente facilitatorer, som besidder både personlige egenskaber og faglige kundskaber og færdigheder i forhold til praksisudvikling og personcentrerede processer både på et individuelt og kollektivt niveau (Manley m.fl. 2008). Personcentreret praksis (PCP) forstås ud fra den internationalt anerkendte sygeplejerske, aktionsforsker og professor Brendan McCormacks definition, som angiver, at PCP er en tilgang til praksis, som er kendetegnet ved, at kommunikationen og samarbejdet mellem sundhedspersonale, patienter og pårørende hviler på humanistiske værdier som respekt for andre personer, disse personers individuelle rettigheder til selvbestemmelse, gensidig respekt og forståelse for hinanden (McCormack m.fl. 2013).

Begreberne 'sundhedskommunikation', 'praksisudvikling' og 'personcentreret praksis' er i afdelingens forståelse indbyrdes forbundne således forstået, at den aktørinvolverende tilgang har det mål at udvikle en personcentreret praksis gennem sundhedskommunikative processer. Sundhedskommunikation skal i denne sammenhæng forstås bredt som dialog mellem sundhedsprofessionelle, patienter og deres familienetværk.

Fra både international og national sundhedspolitisk side er der udtrykt behov for en personcentreret og innovativ praksis (WHO 2018, Sundhedsstyrelsen 2016, Sundheds- og Ældreministeriet 2017). Ligeledes er der udtrykt behov for, at sundhedsforskning skal være til gavn for borgere og patienter, at den skal tage udgangspunkt i praksis og kunne omsættes i klinisk praksis. Disse krav har blandt andet betydet, at man på et dansk universitetshospital har en vision og strategi, der beskrives med parolen ”Patienten er alt” og hvor det hedder, at: ”udvikling, forskning og en evidensbaseret praksis skal være personcentreret. Plejen og behandlingen skal således bygge på den bedst dokumenterede viden, der kommer fra forskning, klinisk erfaring samt patienter og pårørende” (Sjællands Universitetshospital, 2018, s. 4). Måden, hvorpå universitetshospitalets vision, strategi og kommunikative praksis skal foregå, er ikke beskrevet i strategien. Det er derfor op til den enkelte afdeling at beslutte, hvordan visionen og strategien skal omsættes i praksis.

Den afdeling, der udgør det empiriske grundlag for kapitlet, er en hæmatologisk afdeling på det omtalte universitetshospital. Afdelingen blev etableret maj 2011. Ved etableringen ønskede den ledende oversygeplejerske, at man i afdelingens sygeplejegruppe skulle opbygge en personcentreret, aktørinvolverende og innovativ lærings-, udviklings-, forsknings- og praksiskultur (McCormack m.fl., 2017). Ønsket var et modsvar til lederens hidtidige erfaringer med hospitalspraksis, hvor behandling og pleje fortrinsvis byggede på et naturvidenskabeligt og biomedicinsk grundlag, og hvor styringsmekanismerne var præget af en New Public Management tilgang (Dalsgaard og Jørgensen, 2015). Lederen ønskede at igangsætte initiativer, der kunne bidrage til udvikling af en humanistisk funderet praksiskultur, hvor det enkelte menneskes (personale eller patienter) egne holdninger, værdier, ønsker og behov blev anerkendt og inddraget i beslutninger vedrørende pleje og behandling.

Samtidig var der ønske om at udvikle en kultur, der kunne virke befordrende for engagerede og dedikerede medarbejdere, som oplevede, at de havde indflydelse på deres arbejdsmæssige rammer og vilkår og som tog ansvar for at udvikle deres egen praksis. Udviklingen af en sådan praksiskultur skulle sikre, at det var aktuelle problemstillinger i den daglige kliniske praksis, der dannede baggrund for igangsættelse af forskningsprojekter. Der var fokus på bottom-up projekter, der havde til formål at udvikle en praksis, som praktikerne fandt relevant. På den baggrund blev der ansat en sygeplejeforsker (forfatteren til dette kapitel), der kunne medvirke til opbygning af den ønskede kultur og havde kompetencer indenfor aktionsforskning (Kjerholt og Sørensen, 2014; Kjerholt, 2018).

## Beskrivelse af afdelingen

Hæmatologisk afdeling varetager udredning, behandling og pleje af patienter med sygdomme i blod og lymfebaner. Patienterne har qua deres sygdomsdiagnose varierende forløb, som både kan være akutte og kroniske og som kan vare fra nogle måneder til mange år. Hvert forløb har både nogle generelle og nogle individafhængige aspekter, hvor førstnævnte er baggrunden for, at man nationalt har udarbejdet standardiserede kræftpakkeforløb (Sundhedsstyrelsen, 2016) og sidstnævnte er baggrunden for, at afdelingen ønskede en personcentreret tilgang til patienterne. Afdelingen, som har landsdelsfunktion og et optageområde på godt 800.000 personer, består af to sengeafsnit med i alt 30 senge, et dagafsnit og et ambulatorium. Der er ansat ca. 140 personer, fordelt på plejepersonale, læger og sekretærer. Plejepersonalet udgør ca. 70% og læger ca. 20 % af den samlede personalegruppe. Sygeplejegruppen udgør således den største andel af personalegruppen og har stor indflydelse på kulturen i afdelingen, herunder også hvordan tilgangen til patienterne konkret udmøntes i praksis.

## Beskrivelse af aktionsforskningstilgangen

Inspireret af Reason & Bradbury (2001) samt McNiff & Whitehead (2002) definerer afdelingen aktionsforskning som en tilgang, der grundlæggende er kendetegnet ved, at praktikere i dialog og samarbejde med forsker(e) gennem forskning i egen praksis udvikler selvsamme praksis. I aktionsforskning er forskning, læring og udvikling således tæt forbundne og sker sideløbende, forstået således, at samtidig med, at der sker læring og udvikling i og af praksis, forskes der simultant på selvsamme udvikling. Inspireret af aktionsforskning med en small-scale tilgang (Ramian, 2009, 2011; Coghlan, 2019) besluttede den sygeplejefaglige ledelse, forskeren og personalegruppen i fællesskab, at de projekter, der skulle igangsættes, skulle udspringe af problemstillinger i afdelingen. Samtidig skulle de være til gavn for afdelingen og kunne implementeres løbende. Populært sagt 'trædes stien, mens vi går den'. Desuden skulle projekterne kunne gennemføres på relativt kort tid (uger til måneder), og projektdeltagerne skulle være afdelingens eget personale og/eller patienter og pårørende. Ambitionen var at gennemføre mange små lokale projekter på relativt kort tid, hvor mange forskellige aktører kunne have en aktiv rolle, og dermed kunne medvirke til en opbygning af en aktørinvolverende praksisforsknings- og udviklingskultur. Derudover bidrog aktørerne til udvikling i og af praksis på mange forskellige områder og niveauer, alt efter hvad personalet/aktørerne ønskede at udvikle. På den baggrund valgte vi, at vores tilgang skulle være en small-scale tilgang.

Ifølge Ramian (2011) er en small-scale tilgang kendetegnet ved, at undersøgelserne er empiriske, de har et tidsforbrug, der tælles i dage, de skal bruges til en lokal dialog om udviklingsmuligheder, og de indebærer kvalitetsudvikling efter '*de små skridts strategi*' (ibid., s. 2). Gevinsterne ved denne tilgang er, at undersøgelserne producerer ny og nyttig lokal viden og udvikler praksis. De føles meningsgivende for både de direkte involverede samt den øvrige

lokale praksis, da de netop tager udgangspunkt i den lokale praksis. De kan styrke samarbejdsrelationerne i den lokale praksis, og resourceforbruget er (oftest) integreret i den daglige praksis (ibid.). Styrken ved at gennemføre lokale aktionsforsknings- og udviklingsprojekter ved en small-scale tilgang er ifølge Ramian (2009):

”(...) at de ikke udtaler sig udover den kontekst, de befinder sig i. De producerer en viden, som beviser sin værdi ved at skabe erkendelse, innovationer og beslutninger, der bidrager til løsninger af aktuelle problemer (...) små (pilot)undersøgelser kan som alle andre undersøgelser producere gyldige argumenter for, om der er brug for mere omfattende forskning.” (Ramian, 2009, s. 24)

Ramians synspunkter vedrørende small-scale tilgangen understøttes også internationalt af anerkendte aktionsforskere. Professor emeritus David Coghlan (2019) skriver således i forordet til sin bog *Doing action research in your own organization*:

“Insider action research is an exciting, demanding and invigorating prospect that contributes considerably to researchers` own learning and contributes to the development of the systems in which we work, we live and with which we have affiliations.” (Coghlan, 2019, preface)

Coghlan suppleres af professor Brendan McCormack, som har udført adskillige aktionsforskningsprojekter i sundhedsfaglige kontekster:

“Without programs of development at the micro level (clinical practice environment), the large-scale and top-down driven change has a negative impact.” (McCormack m.fl., 2013, s. 2).

Betydningen af en small-scale tilgang til udvikling af en lokal praksis understøttes således både nationalt og internationalt. På trods af small-scale tilgangens åbenlyse fordele er den også forbundet med en del udfordringer samt kritik fra øvrige forskere, hvilket vil blive diskuteret senere i kapitlet.

Hvad og hvordan gjorde vi konkret i praksis?

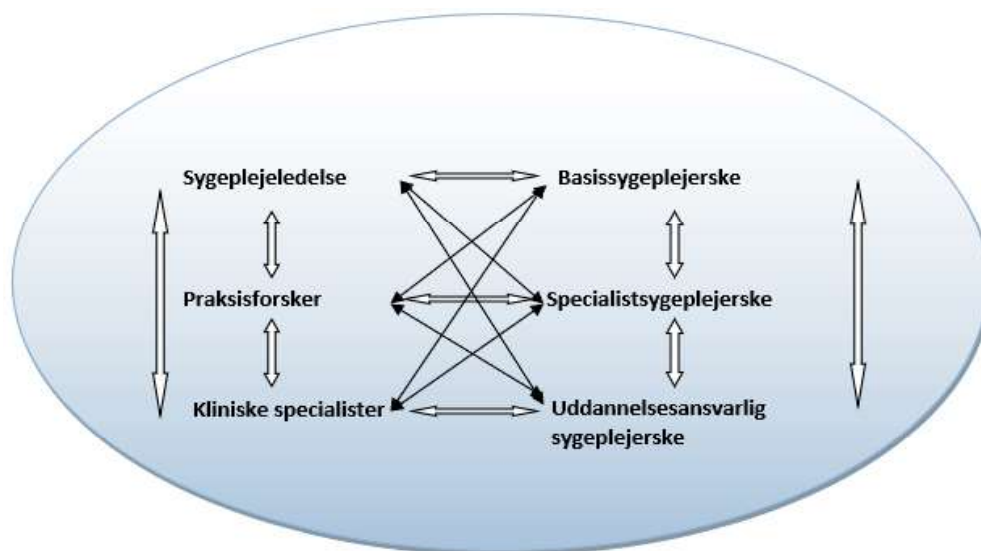
Kommunikationen med og mellem personalet indbyrdes, og med og mellem personale og patienter blev fundamental og essentiel, fordi formålet med vores tilgang til opbygning og udvikling af praksis var aktørinvolverende og personcentreret.

Ved afdelingens etablering blev der afholdt et fælles dialogmøde med hele sygeplejegruppen, hvor både baggrund, formål samt referenceramme for den ønskede praksisudvikling blev præsenteret og drøftet. Denne drøftelse åbnede for konstruktive dialoger i forhold til spørgsmålet ”Hvordan skal vi i fællesskab bygge den ønskede praksiskultur op?” Dialogmødet blev startskuddet til et tæt samarbejde mellem ledelse, forsker og den øvrige plejegruppe, som bestod af basissygeplejersker, social- sundhedsassistenter, kliniske sygeplejespecialister og den uddannelsesansvarlige sygeplejerske (Kjerholt & Sørensen, 2014; Kjerholt, 2018).

Den sundhedsfaglige kommunikation var omdrejningspunktet i og for praksis og praksisudvikling og var derfor ikke kun i fokus i forbindelse med projekter, men var også en integreret del af den daglige kliniske praksis. Nedenfor beskrives de kommunikative fora først i den daglige praksis, og dernæst i forbindelse med projekter.

På det organisatoriske plan sikrede vi, at ledelse, forsker og medarbejdere var i kontinuerlige dialoger om både patientorienterede, faglige og organisatoriske aspekter set i relation til referencerammen. Dette er eksemplificeret i figur 1 (Kjerholt & Sørensen, 2014). På et formelt plan etableredes daglige, ugentlige og månedlige mø-

der med det formål at følge op på beslutninger og afstemme forventninger til de udviklings- og forskningsprojekter, som vi havde besluttet i fællesskab.



Figur 1. Sygeplejefaglig kommunikations-/mødestruktur i forhold til ledelse, læring, forskning og udvikling (Kjerholt & Sørensen, 2014).

Ovenstående beskrivelse er, som overskriften også indikerer, en retrospektiv beskrivelse af, hvad vi gjorde fra afdelingens etablering for 7 år siden, men de angivne kommunikative fora er stadig gældende, og flere er kommet til undervejs. F.eks. afholdes også et fælles strategimøde to gange årligt med deltagelse af afdelings- og afsnitsledere, forsker og kliniske sygeplejespecialister. Formålet med strategimøderne er at drøfte status på planlagte initiativer samt træffe beslutning om fremadrettede initiativer, set i relation til afdelingens referenceramme. Ydermere arbejdes der i den daglige sygeplejepsaksis med makkerpar og mentorer med det formål både at afdække blinde pletter hos hinanden og at udvikle hinandens kompetencer (både viden og færdigheder). Ligeledes afholdes ad hoc møder, når enten lederne, forsker eller plejegruppen



oplever, at der er et behov for en drøftelse, som ikke kan vente eller ligge udenfor rammerne af de formelle møder.

I forhold til patienterne sikrer vi, at deres behov, værdier og ønsker både bliver afdækket og indgår i de beslutninger, der bliver taget i *fællesskab* af personale og patienter omkring deres forløb. Dette gør vi blandt andet ved systematisk at afdække disse områder ved formelle samtaler (indlæggelsessamtale) med patienterne ved deres indlæggelse samt kontinuerligt (opfølgningssamtaler) gennem hele deres forløb. Sidstnævnte samtaler foregår både uformelt i daglig praksis, når patienterne og/eller deres pårørende taler med personalet, og ved formelle opfølgningssamtaler undervejs i patientens indlæggelsesforløb.

### ***Sundhedskommunikative processer i forbindelse med praksisprojekter***

Når der iværksættes og gennemføres lokalt forankrede og aktørinvolverende projekter, er det af største vigtighed, at der er klarhed og gennemsikuelighed i projekt og processer (Coghlan, 2019). Derfor bliver de aktørinvolverende projekter, der igangsættes i afdelingen, gennemført ud fra en lokalt udarbejdet projektdrejebog for både projekt, procesforløb og kommunikationsveje, så man både kan sikre ensartethed samt overblik over både det overordnede projekt og procesforløb for alle ansatte. Derudover bliver der udarbejdet en nuanceret projektbeskrivelse for de direkte involverede, hvor blandt andet rolle-/og ansvarsfordelingen mellem aktørerne er udspecificeret. Aktionsforskeren er overordnet projektleder/mentor/sparringspartner på alle projekter, dels for at sikre den forskningsmæssige kvalitet i de iværksatte projekter, dels for at sikre kompetenceudvikling (teoretisk og praktisk viden) hos aktørgruppen i forhold til small-scale tilgangen. Alle projekter har også en projektleder, der er ansvarlig for projektforløbet på det daglige konkrete plan. Projektlederen bliver valgt ud fra den enkelte sy-

geplejerskes interesse i temaet samt hendes faglige og personlige kvalifikationer.

Patienterne indgår som ligeværdige aktører og medforskere i de praksisprojekter, som har patientplejen og behandlingen som fokus. Måden patienterne indgår på i projekterne, herunder hvor aktiv deres rolle skal være i projekterne, afhænger af det enkelte projekts formål. For at eksemplificere, hvordan ovenstående beskrivelse omsættes i konkrete projekter, præsenteres i det følgende et konkret aktionsforskningsprojekt, kaldet 'Mod!Kræft'. Projektet blev gennemført fra oktober 2017 til januar 2019. I projektet indgik 8 sundhedsprofessionelle og 32 unge patienter med kræft.

En konkret case: Projekt Mod!Kræft



Figur 2. Projektlogo Mod!Kræft.

Projektet Mod!Kræft blev igangsat på baggrund af et lokalt ønske fra personalet i afdelingen om at udvikle kvaliteten i unge kræftpatienters behandlings-/plejeforløb. Personalet havde erfaret, at de unge havde nogle behov og ønsker, som ikke blev indfriet. På samme tid udkom Sundhedsstyrelsens rapport Kræftplan 4 (2016), som opfordrede til, at der blev sat fokus på kræftpatienters egne ønsker og behov. Der blev ansat en ungekoordinator - en sygeplejerske med erfaring indenfor unge med kræft, hvis overordnede opgave var at udvikle kvaliteten i unges patientforløb. Udviklings tiltaget skulle gennemføres som et lokalt tværfagligt aktionsforsk-

ningsprojekt, hvor de unge havde en afgørende og aktiv rolle i både afdækning af deres ønsker og behov, samt i planlægningen og gennemførelsen af de ønskede ændringer/tiltag.

De unge patienter i afdelingen er 18-39 år og fordelt jævnt på begge køn. Deres diagnose er kræft i blodet og/eller lymfesystemet. De er både indlagt på sengeafdelingen, men kommer også i ambulatoriet og har ofte langvarige behandlingsforløb. De unges situationer og forløb er ofte meget intensive og præges af store omvæltninger, kaos og angst qua det forhold, at de netop er unge.

### ***Ungepanel og styregruppe som projektkompas***

Fra projektets start blev der etableret et ungepanel med det formål at sikre, at de unges egne erfaringer og ønsker fik stemme og dermed kunne danne baggrund for konkrete aktioner i praksis. Ungepanelet bestod af unge fra afdelingen, som ønskede/magtede at deltage i formelle ungepanelmøder hver tredje måned sammen med ungekoordinatoren og forskeren. De øvrige projektdeltagere deltog ad hoc. Styregruppen bestod af en repræsentant fra afdelingsledelsen, ungekoordinatoren, ungelægen, tre sygeplejersker og forskeren. Formålet med styregruppen var at sikre et forum, hvor tematikker og problematikker i relation til projektet kunne drøftes, og hvor der kunne tages konkrete beslutninger.

På første ungepanelmøde og styregruppemøde blev baggrund og formål med ungetiltaget og den aktørinvolverende (forsknings) tilgang præsenteret og drøftet, med særligt fokus på vigtigheden af de unges aktive deltagelse fra start til slut i projektet. Alle mødedeltagere gav tilsagn om at ville indgå aktivt i projektet og nedenstående flowdiagram over projektforløbet blev godkendt.

Fase 1 (1-3 måneder)	Fase 2 (1 måned)	Fase 3 (1 år)	Fase 4 (1-2 måneder)
<u>Skabelse af data:</u>	<u>Aktionsplanlægning:</u>	<u>Implementering:</u>	<u>Afsluttende evaluering:</u>
<input type="checkbox"/> Feltstudier <input type="checkbox"/> Samtaler/sparring med interessenter <input type="checkbox"/> Logbogsoptegnelser <input type="checkbox"/> Dialogmøder <input type="checkbox"/> Ungepanel <input type="checkbox"/> Facebookgruppe/sociale medier	<input type="checkbox"/> Startkonference <input type="checkbox"/> Ad hoc feltstudier <input type="checkbox"/> Logbogsoptegnelser	<input type="checkbox"/> Dialogmøder (ad hoc samt formelle møder) <input type="checkbox"/> Samtaler/sparring med interessenter <input type="checkbox"/> Ad hoc feltstudier (bl.a. under de afholdte møder og øvrige aktiviteter) <input type="checkbox"/> Logbogsoptegnelser	<input type="checkbox"/> Feltstudier <input type="checkbox"/> Interviews af aktører <input type="checkbox"/> Slutkonference <input type="checkbox"/> Eventuelt statistiske opgørelser

Figur 3. Flowdiagram af projektforsøg og faser (inspireret af Kjerholt, 2011):  
 Gennem hele processen forløber der en kontinuerlig og dynamisk cyklisk bevægelse mellem faserne – fra skabelse af data til actionsplanlægning til implementering af aktioner, til evaluering af disse.

### **Projekt-/procesforløbet i et personorienteret, fagligt og organisatorisk perspektiv**

Fra projektstart og til projektafslutning er alle aktører – både patienter og sundhedsprofessionelle – gået aktivt og engageret ind i alle faser. De involverede unge har, afhængig af deres sygdomsintensitet, deltaget eller beskrevet deres oplevelser, ønsker og behov på mails eller på sms til ungekoordinatoren. På denne måde har de unge projektdeltagere kunnet deltage i dialogerne med de øvrige unge og/eller de sundhedsprofessionelle, selvom de ikke kunne være fysisk til stede. Alle aktører har kontinuerligt haft indbyrdes dialoger om både den daglige kliniske praksis, de afholdte møder og øvrige planlagte aktiviteter og temaer relateret til de unges forløb.

Undervejs i projektforsøget er der, på baggrund af de unges oplevelser, ønsker og behov, initieret aktioner på både et organisatorisk, fagligt og personorienteret niveau, som det beskrives i det følgende. Organisatorisk blev der etableret et såkaldt 'ungespor' i ambulatoriet, hvor de unge patienter blev booket til at komme til behandling på samme tid en fast ugedag. Dermed kunne vi imødekomme et udtalt ønske fra de unge om at komme til behandling på

samme tid som andre unge, og dermed fik de mulighed for at tale med en velkendt og fortrolig sparringspartner på deres egen alder. Samtidig blev de unges ønske om at være tilknyttet den samme kontaktlæge og kontaktsygeplejerske i videst mulige omfang indfriet således, at de unge havde mulighed for at opbygge en fortrolig og tillidsfuld relation til samme læge og sygeplejerske. De unge udtrykte ligeledes et ønske om at have et fysisk sted eller frirum, hvor de kunne være sammen med andre unge og/eller deres familie og venner, hvad enten de var indlagte eller til ambulantly behandling. Sundhedsfagligt var der ingen kontraindikationer for, at dette kunne imødekommes (bl.a. overvejelser om smitterisiko på grund af lavt immunforsvar) og der blev indrettet et rum med møbler, tv, køkken mm. efter de unges egne ønsker.

### ***Evaluering af projektet og tilgangen***

Efter 15 måneder blev projektet evalueret af de unge patienter og de sundhedsprofessionelle aktører. Evalueringen viste, at både tiltaget, projektet og tilgangen var en positiv oplevelse for alle aktører. På spørgsmålet til de unge om deres oplevelser af den aktørinvolverende projektilgang angav de, at det havde været godt, interessant og meningsfuldt at samarbejde på denne måde. De havde oplevet, at de var blevet hørt og taget alvorligt og dermed var ligeværdige samarbejdspartnere i projektet. De unge lagde vægt på, at det havde været *deres* udfordringer, ønsker og behov, der havde været i centrum for de beslutninger og handlinger, der blev taget, som nedenstående uddrag fra de unges evaluering viser:

”I Mod!Kræft er der altid plads og forståelse for, hvad vi hver især har været igennem eller går igennem - der er rummelighed og plads til alle.”

”I har skabt et forum, hvor alle kan komme og hvor man mærker, at I er der, fordi I vil os det bedste og ikke kun fordi, det er jeres job.”

”(...) hvor ville jeg ønske, at dette tilbud havde været der, da jeg startede mit forløb hos jer, for så havde det på alle måder været meget lettere for mig at komme igennem.”

De sundhedsprofessionelles evaluering af projektet havde særligt fokus på tilgangen og den læringsmæssige værdi, hvilket kommer til udtryk i følgende citater:

”Den her aktørinvolverende tilgang gør, at vi føler, projektet giver mening og sikrer ejerskab, og at vi har været åbne for andres perspektiver og har lært noget af hinanden – både os sundhedsprofessionelle indbyrdes men også af de unge (...) det er ikke altid vi er enige, men så får vi også snakket om det, og det er så godt og lærerigt.”

”Det, vi har lært i dette projekt, kommer også andre til gode i afdelingen – for eksempel evnen til kritisk refleksion og til at arbejde på andre måder og til at ændre og udvikle praksis gennem aktørinvolverende tilgange.”

Projektet har således medført både individuel, kollektiv og organisatorisk læring, samt konkrete ændringer i og af praksis, og ikke kun i relation til unge patienter. Projekttilgangen har åbnet for blinde pletter hos aktørerne, selv hos de aktører, som har mange års erfaring og kompetencer til at afdække de unges problemkompleks og hjælpe dem med at håndtere deres situation:

”Vi troede, vi vidste, hvad de unge ønskede og havde behov for – men de samtaler, vi har med dem, viser, at det gjorde vi jo tydeligvis ikke.”

Undervejs i projektprocessen har der også været udfordringer af både organisatorisk, faglig og personlig karakter, men da nogle af disse også kan genfindes i vores andre projekter, drøftes de i et overordnet perspektiv senere i kapitlet under ”*Udfordringer ved tilgangen*”.

Resultaterne af den aktørinvolverende og personcentrerede tilgang i et 7-årigt afdelingsperspektiv

De evalueringer, der er foretaget af både patienter og plejepersonale i alle de gennemførte projekter (16 projekter fra 2012 til 2019) viser overordnet, at den aktørinvolverende og personcentrerede tilgang har haft positiv indflydelse på både patienternes og personalets tilfredshed. Patienternes tilfredshed med personalets personcentrerede tilgang til dem viser sig også i landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser. I 2013 blev afdelingen kåret som Danmarks bedste hæmatologiske afdeling, og i 2018 fik afdelingen tildelt ”Patienternes Pris”, som er en ærespris, man regionalt indstilles til af patienterne selv. Hvad angår medinddragelse i vores projekter udtrykker de patienter, der har deltaget som medforskere tilfredshed med dette:

”Det er dejligt at blive set og hørt og taget med på råd – og have noget at skulle have sagt, og at der handles på det, man siger (...) jeg har lært så meget af at deltage i dette projekt.”

Plejepersonalets evalueringer viser også stort udbytte. Aktionsforskningstilgangen har ikke alene medført læring og udvikling, men også øget arbejdsglæden hos de sundhedsprofessionelle aktører:

”Tilgangen medfører så meget *meningsfuld* læring og udvikling (...) og det er dejligt, at ens vurderinger tages alvorligt og at man selv kan være med til at bestemme, hvilke veje man skal gå.”

”Det har betydet helt utrolig meget, og godt, for mit arbejdsliv at være med i det her projekt – det har givet mig en arbejdsglæde, som jeg ikke havde set komme (...) det er både en arbejdsglæde og en øget faglig viden, jeg har fået.”

Også udenfor afdelingen er der stor interesse for small-scale tilgangen i såvel den øvrige organisation som hos eksterne sundhedsprofessionelle, når vi præsenterer vores aktørinvolverende tilgang og kulturudvikling på internationale, nationale og regionale konferencer og møder, samt publicerer i videnskabelige og faglige tidsskrifter (Kjerholt, 2016, 2018).

### ***Udfordringer ved tilgangen***

Men – der er også udfordringer forbundet med at anvende aktørinvolverende og personcentrerede tilgange, herunder aktionsforskning som tilgang til udvikling af praksis.

- Anvendelse af aktørbaserede tilgange til udvikling af en personcentreret praksis tager og kræver tid. Tid til refleksion, tid til samtaler med interessenter (det være sig de andre aktører, patienter, pårørende, andre kolleger både internt og eksternt), tid



til afholdelse af møder – med andre ord tid til at gennemføre aktionsforskning, som indfrier kravene om dialogiske og demokratiske processer, samt kravet om, at der sker individuel, kollektiv og organisatorisk læring og udvikling i og af praksis undervejs i aktionsforskningsprocessen.

- En anden udfordring relateret til tid er sygehusorganisationens produktivitetskrav, dokumentationskrav samt enorme driftsopgaver, der pålægges sundhedspersonalet, og disse krav kan aktørerne vanskeligt fralægge sig; de må oftest prioriteres først og før der f.eks. afsættes tid til projekter og aktiviteter, der kan understøtte en aktørinvolverende kultur.
- Foruden tid skal der også være interesse, viden og vilje i hele personalegruppen til at udvikle praksis ud fra en aktørbaseret og personcentreret tilgang. I flere af vores tværfaglige aktionsforskningsprojekter har vi oplevet manglende anerkendelse og forståelse fra både den øvrige personalegruppe og fra nogle af aktørerne, hvilket nedenstående refleksion fra en sundhedsprofessionel aktør eksemplificerer:

”Jeg tror, det er vigtigt helt overordnet, at der er en accept, anerkendelse og interesse for at arbejde på en aktørinvolverende måde, og det kræver nogle menneskelige egenskaber og en humanistisk og holistisk tilgang til sit arbejde, hvor man også anerkender, at det tværfaglige samarbejde er ligeværdigt og at alle har lige meget at skulle have sagt – altså, det kræver både faglige kompetencer og personlige egenskaber.”

Ledelsesmæssig og organisatorisk opbakning er en forudsætning for at udvikle en sådan praksis (se kapitlets perspektivering for

uddybning af dette). Foruden tid og ledelsesmæssig opbakning er der også andre udfordringer af decideret forskningsmæssig karakter. Vi oplever bl.a. et konservativt og snæversyn på, hvad forskning, evidens samt evidensbaseret praksis er. Eksempelvis oplever vi manglende anerkendelse fra andre forskerkolleger både lokalt og i det øvrige etablerede forskersamfund både i forhold til aktionsforskning og vores small-scale tilgang. Den manglende anerkendelse går fortrinsvis på, om aktionsforskning er forskning, udvikling eller kvalitetsarbejde – men i aktionsforskning indgår alle delene! I traditionel forskning - og forskningsforståelse - er forskning og udvikling adskilt, mens de i aktionsforskning er forbundne. OECD's Frascati-manual definerer forskning og udvikling som "skabende arbejde foretaget på et systematisk grundlag for at øge den eksisterende viden samt udnyttelsen af denne viden til at udtænke nye anvendelsesområder" (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2017). Manualen angiver endvidere, at "udvikling er systematisk arbejde baseret på viden opnået gennem forskning og praktisk erfaring med det formål at frembringe nye eller væsentligt forbedrede materialer, produkter, processer, systemer eller tjenesteydelser" (ibid.). Omsat til aktionsforskning, så har forskningen som mål (blandt andet) at skabe viden om, hvordan aktører i fællesskab finder frem til, hvilke aktioner der skal iværksættes for at udvikle en given praksis, men udviklingen har som mål at ændre den givne praksis til noget bedre (Kjerholt, 2018). Således er der ikke i aktionsforskning et skel eller rangordning mellem forskning og udvikling, da de i aktionsforskning både er hinandens forudsætninger og konsekvenser.

Den manglende anerkendelse af aktionsforskning med en small scale tilgang som værende forskning omhandler også, hvilke kriterier man vurderer forskning ud fra: *Impact* af forskning vurderes generelt ud fra forskningsprojektets tilgang, materialets størrelse, omfang og varighed (og deraf følgende vurdering af projektets

validitet, reliabilitet og evidens, som vurderes forskelligt alt efter, hvilket videnskabeligt paradigme man forsker indenfor), foruden antallet af videnskabelige publikationer. Disse kriterier i forhold til vurdering af *impact* er ikke de kriterier, vi har eller vægter højest qua vores small-scale tilgang. Vores succeskriterium og mål er først og fremmest, at der sker læring og udvikling i og af (en personcenteret) praksis, og at personale, patienter og deres familie oplever og erfarer, at de har indflydelse på, hvordan praksis skal være. Hvad angår produktion af videnskabelige publikationer, så er det også det parameter, selve forskningsproduktionen måles og vurderes på i den region og den organisation, vores afdeling er tilknyttet. Det giver et meget ufuldstændigt og skævt billede af forskningspraksis og forskningsproduktionen i regionen, organisationen og den enkelte afdeling, da der praktiseres mere forskning, end der publiceres i videnskabelige tidsskrifter. Et eksempel på dette er, at vi ofte publicerer vores forskningsprojekter i sundhedsprofessionelle indenlandske faglige tidsskrifter for netop at sikre, at forskningsresultaterne læses af de sundhedsprofessionelle praktikere, som skal omsætte forskningsresultaterne i og til praksis. Men faglige artikler tæller ikke som forskningspublikation. Et andet eksempel er, at vi ofte har posters og mundtlige indlæg på både videnskabelige og faglige konferencer, men disse tæller heller ikke med i regionens opgørelse af forskningsvirksomhed.

De ovenfor angivne aspekter og udfordringer er også fundet i andre(s) undersøgelser (Kjerholt, 2011, 2018; Hummelvoll, 2002; Hummelvoll, Eriksson & Cutcliffe, 2015; Høgsgaard, 2016), så fundene fra vores small-scale tilgang kan også genfindes i større undersøgelser. På baggrund af ovenstående kan vi sige, at udfordringerne forbundet med aktionsforskning og ud fra vores tilgang således kan være af både organisatorisk, faglig og personlig karakter.

## Afsluttende bemærkninger og perspektivering

Ved afdelingens 'fødsel' udarbejdede plejegruppen, forsker og sygeplejefaglig leder i fællesskab et logo for opbygning og udvikling af vores personcentrerede og aktørinvolverende kultur, som overordnet illustrerer, at vi 'sammen finder vejen, vi skal og vil gå'. Figuren skal tillige illustrere, at mens vi sammen finder og går vejen, vil vi støde på uforudsete begivenheder og områder (illustreret ved regn, skyer, bakker, regnbuer), som vi ligeledes i fællesskab vil forholde os til og agere ud fra.



Figur 4. 'Sammen finder og går vi vejen'

7 år efter afdelingens fødsel kan vi konkludere, at vores visioner er blevet indfriet – på trods af de udfordringer, der er skitseret ovenfor. Den aktørbaserede og personcentrerede tilgang i afdelingen har medført læring og udvikling på både et personligt, fagligt og organisatorisk niveau. At anvende denne tilgang er således en relevant og betydningsfuld tilgang, som også kan igangsættes i andre hospitalskontekster, hvis viden, vilje og et understøttende ledelsesmiljø er til stede.

I mit ph.d.-projekt omhandlende aktionsforskning i en hospitalskontekst konkluderede jeg følgende: For at kunne gennemføre aktionsforskning i en travl medicinsk afdeling i en dansk hospitalskontekst er det nødvendigt at vurdere tilstedeværelsen af rammer

og vilkår i forhold til aktionsforskning, ikke kun før projektstart men under hele projektperioden, da disse jo kan ændre sig undervejs. Det er tillige nødvendigt at afklare og beslutte aktørernes forskellige roller og ansvar, så disse justeres i forhold til de rammer, som projektet skal foregå i, og sluttelig er det nødvendigt, at forskeren har stor opmærksomhed på de etiske aspekter og magtrelationer i den kontekst, som aktionsforskningen skal foregå i (Kjerholt m.fl., 2016). Disse fund oplever jeg stadig som gældende og de beskriver, hvorfor det både er ressourcekrævende, komplekst og kompliceret at bedrive aktionsforskning i en hospitalskontekst.

Så hvad skal der til for at give rum og rammer til opbygningen af en aktørinvolverende og personcentreret praksiskultur, herunder bedrive (small-scale) aktionsforskning i en sundhedsfaglig kontekst, hvor den biomedicinske forskning traditionelt set er den fremherskende og mest anerkendte forskningstilgang? Efter 20 års egne erfaringer med at bedrive aktionsforskning indenfor sundhedsvæsenet, i forskellige specialer samt i både primær- og sekundær sektor, har følgende nøglefaktorer – ifølge min vurdering – vist sig at have altafgørende betydning: Ledelsesmæssig interesse, engagement og konkret opbakning – ikke kun i en given projektperiode men kontinuerligt i både tale og adfærd i den daglige kliniske praksis. Den ledelsesmæssige opbakning skal være både på organisationsniveau, afdelingsniveau samt afsnitsniveau, da disse tre niveauer er indbyrdes forbundne. Med andre ord nytter det ikke noget, at man på organisatorisk niveau (f.eks. sygehusniveau) stiller krav om en personcentreret og praksisorienteret tilgang – herunder forskningstilgang - hvis man på afdelingsniveau og afsnitsniveau prioriterer og arbejder ud fra andre tilgange som f.eks. hensyn til drift, økonomi og en biomedicinsk tilgang og tankegang.

## REFERENCER

- Coghlan, D. (2019). *Doing action research in your own organization*. London: SAGE Publications
- Dalsgaard, I. M. & Jørgensen, H. (2015). New Public Management og sygeplejersker – plager og potentialer. I J. Gleerup (red.). *Bladet fra munden – mod og vilje til et godt arbejdsliv* (s. 43-52). København: Dansk Sygeplejeråd
- Hummelvoll, J. K. (2002). *Co-operative inquiry in acute psychiatry. Evaluation of health staff's perceptions and experiences from participation in Project Educational Establishment*. Norway: Høgskolen i Hedmark. Report no. 6
- Hummelvoll, J. K., Eriksson, B. G. & Cutcliffe, J. R. (2015). Local experience – central knowledge? Methodological and practical implications for knowledge development in local mental health care settings. *Nordisk tidsskrift for Sygeplejeforskning* nr. 3. VOL 5. (s. 283-295). Universitetsforlaget. [www.IDUNN.NO](http://www.IDUNN.NO)
- Høgsgaard, D. (2016). *Tværasektoriel samarbejde og kommunikation mellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives*. Ph.d.-afhandling, Roskilde Universitet
- Kjerholt, M. (2011). *Sammenhæng i ældre kronisk syges patientforløb – idealer og realiteter. Et aktionsforskningsprojekt*. Ph.d.-afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet
- Kjerholt, M. & Sørensen, O. T. (2014). Implementerings-barrierer i klinisk praksis – Hvordan kan disse forstås og håndteres? I B. Hølge-Hazelton (red). *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis* (s. 49-65). Den regionale Forskningsenhed, Region Sjælland
- Kjerholt, M. (2016). Aktionsforskning – en øjenåbner i forhold til udvikling i og af klinisk praksis. I *Sygeplejefagligt tidsskrift*;

- Forstyrrelsen (1), Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning. DK
- Kjerholt, M., Delmar, C., Lindhardt, T., Wagner, L. & Clemensen, J. (2016). Participatory action research in clinical nursing practice – challenges and barriers. *Nordisk tidsskrift for Sygeplejeforskning* nr.5. VOL 1. (s. 35-49). Universitetsforlaget. www.IDUNN.NO
- Kjerholt, M. (2018). Small scale med high impact – erfaringer med at arbejde i spændings-synergifeltet mellem forskning og udvikling i klinisk praksis. I B. Hølge-Hazelton, T. G. Thomsen (red). *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis- forskere i klinisk praksis* (s.34-48). Den regionale Forskningsenhed, Region Sjælland
- Manley, K., McCormack, B. & Wilson, V. (2008). Introduction: I K. Manley, B. McCormack, & A. Titchen (red.): *Practice Development in Nursing: International perspectives*. Oxford, UK: Blackwell Publishing
- McCormack, B., Manley, K., & Titchen, A. (2013). *Practice Development in Nursing and Healthcare*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell
- McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K., & Eide, T. (2017). Person-Centeredness in Healthcare Policy, Practice and Research. I B. McCormack, S. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl, & T. Eide (red.). *Person-Centred Healthcare Research* (s. 3-17). UK: Wiley Blackwell
- McNiff, J. & Whitehead, J. (2002). *Action research: Principles and Practice*. London and New York: Routledge/Falmer
- Ramian, K. (2011). *Research Light – vidensbasering af praksis i praksis*. Aarhus: Center for Kvalitetssikring
- Ramian, K. (2009). Evidens på egne præmisser. *Psykolog Nyt* nr. 63. VOL 2. (s. 18-25).

Reason, P. & Bradbury, H. (2001). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry & Practice*. London: SAGE Publications

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2017). Hvad er forskning, innovation og udvikling? [www.ufm.dk](http://www.ufm.dk)

Sjællands Universitetshospital (2018): ”Patienten er alt. Strategi for SUH”. [www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk)

Sundheds- og Ældreministeriet (2017): Nationale mål for sundhedsvæsenet. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Sundhedsstyrelsen (2016): Kræftplan 4. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

WHO (2018): European Policy for Health and wellbeing. [www.WHO.dk](http://www.WHO.dk)