



UDDANNELSESNYT



FSUS



side **4** Social- og sundheds-
assistentelever og
tematiseret lærings-
forløb i hospitalspraktik



side **20** Studerendes læring
af klinisk lederskab



side **38** Boganmeldelser



Indholdsfortegnelse

- 3 **Leder**
Af: Lotte Evron
- 4 **Social- og sundhedsassistentelever og tematiseret læringsforløb i hospitalspraktik**
Af: Malene Ardahl Skøtt, Mette Lund Schlundt, Freja Holmberg Krøner, og Pernille Kjær Svendsen
- 9 **Tillykke! Det blev et menneske – undervisning i variationer i køns karakteristika**
Af: Ben Farid Røjgaard Nielsen, Ida W Andreassen og Lotte Evron
- 16 **Fortællingen der gerne vil fortælles...**
Af: Helle Kronborg Krogsgaard
- 20 **Studerendes læring af klinisk lederskab**
Af: Mille Bugslag og Anne Bendix Andersen
- 27 **Transpersoners oplevelser i et kønsmodificerende behandlingsforløb**
Af: Majbritt Balder Hansen og Helle Elisabeth Andersen
Artiklen er et eksempel på et bachelorprojekt skrevet som en videnskabelig artikel
- 36 **Fingeren på pulsen**
Af: Helle Svenningsen
- 38 **Bog anmeldelser**

Leder

Af **Lotte Evron loev@kp.dk**
(vikarierende ansvarshavende redaktør)

Udvikling og Diversitet i Sygeplejeuddannelsen

I denne udgave af Uddannelsesnyt dykker vi ned i de eksisterende tendenser og udviklinger inden for sygeplejeuddannelsen. Med et særligt fokus på social- og sundhedsassistentelevernes oplæring, belyser forfatterne, hvordan tematiserede læringsforløb kan forbedre onboarding-processen og styrke færdighedstræningen. Gennem praktiske øvelser, cases og visuelle refleksionsøvelser, klædes sosu-eleverne på til at navigere i somatikens komplekse verden. Et centralt tema i denne udgave er inklusion og diversitet. I en artikel undersøger forfatterne, hvordan undervisning i kønsvariationer kan integreres i sygeplejerskeuddannelsen. Artiklen er en inspiration til, hvordan undervisere kan være med til at klæde fremtidens sygeplejersker på med den nødvendige viden og forståelse for at yde omsorgsfuld og kompetent pleje til mennesker med kønsvariationer.

I artiklen "Fortællingen der gerne vil fortælles..." udforsker forfatteren, hvordan en kunstnerisk og didaktisk tilgang kan berige den teoretiske del af uddannelsen. Ved at inddrage de studerendes sanser og fremme refleksion og kreativitet, styrkes deres evne til at være til stede i nuet og forbedre deres empatiniveau.

Endelig undersøger og diskuterer to undervisere fra en sygeplejerskeuddannelse klinisk lederskab og dets betydning for studerendes læring. De præsenterer resultater fra et litteraturstudie, der viser vigtigheden af et anerkendende praksisfællesskab, rollemodeller og kompetent vejledning i udviklingen af studerendes ledelseskompetencer.

Som en særlig feature bringer vi et eksempel på et bachelorprojekt, der har taget form af en videnskabelig artikel. Projektet giver indblik i behandlingsforløb, der udforsker transpersoners oplevelser i kønsmodificerende behandlingsforløb. Artiklen viser bachelorvejlederens rolle som potentiel medforfatter på faglige og/eller videnskabelige artikler.

Vi håber, at denne udgave vil inspirere vores læsere om de mange facetter af sygeplejeuddannelsen og bidrage til en fortsat udvikling af faget.

God læselyst og en dejlig sommerferie!

Social- og sundhedsassistentelever og tematiseret læringsforløb i hospitalspraktik

Tematiseret læringsforløb med fokus på onboarding, korttidskontakt, relationsdannelse og færdighedstræning

Af: Malene Ardahl Skøtt, klinisk underviser i Afdeling for Øjensygdomme, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet, sygeplejerske, Cand. Pæd. i Pædagogisk Psykologi Malene.schou.ardahl.skoett@regionh.dk

Mette Lund Schlundt, klinisk underviser i Afdeling for Rygkirurgi, Led og Bindevævssygdomme, sygeplejerske, Cand. Cur.

Freja Holmberg Krøner, klinisk underviser, Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet, Cand. Scient. San. Freja.holmberg.kroener.01@regionh.dk

Pernille Kjær Svendsen, klinisk uddannelsesansvarlig, HovedOrtoCentret., Rigshospitalet, Cand. Mag i Pædagogik og Sundhedsfremme Pernille.kjaer.svendsen@regionh.dk

Keywords: Social- og sundhedsassistentuddannelsen, hospitalsoplæring, tematiseret læringsforløb.

Abstract

Artiklen beskriver, hvordan kliniske undervisere på Rigshospitalet, HovedOrtoCentret (HOC), faciliterer og udvikler det obligatoriske tematiserede læringsforløb (TL) for social- og sundhedsassistentelever i oplæring. Undervisningen tilpasses og tilrettelægges på baggrund af elevernes evalueringer, hvor der særligt vægtes praktiske færdigheder, cases, visuelle refleksionsøvelser og deltageraktivitet. Hensigten er at klæde eleverne bedst muligt på til oplæringen i somatikken, at tydeliggøre læringsmål for perioden samt at støtte op om overgange i somatikken. Vores erfaring har vist fordele ved at indlede oplæring 3B med en uge af TL samt at følge op med uge to af TL midtvejs i oplæringsforløbet. Ligeledes beskriver artiklen oplevelser med at involvere tidligere social- og sundhedsassistentelever i centeret samt sygeplejestuderende på 6. og 7. semester til undervisning af relevante emner.

ansættelsesforhold typisk med en kommune. Eleven får løn under hele uddannelsen. Uddannelsen tager tre år og 10 måneder, og veksler mellem skole og praktik med hovedvægt på praktikdelen. Eleven kommer i praktik i primærsektor, psykiatri og hospital (1).

Social- og sundhedsassistentuddannelsens oplæringsperioder er særlig præget af lokale indsatser, heriblandt f.eks. TL, som udvikles, afprøves og implementeres. Indsætterne forbliver oftest lokale til trods for et stort nationalt behov for viden om, hvad der skal til for, at social- og sundhedsassistentelever gennemfører uddannelsen. Vi savner generelt videndeling om lokale succesfulde indsatser, som virker - til gavn for patienter/borgere og for det samlede danske sundhedsvæsen (2).

TL er et obligatorisk 10 dages læringsforløb, som afholdes i løbet af elevernes 12 ugers oplæringsperiode kaldet 3B. TL har fokus på overgange og patientinddragelse overordnet set og med særligt fokus mål 13, 15 og 17, se faktaboks 1 (3,4,5). Oplæringsperiode 3B er planlagt ind imellem oplæring 3A og 3C, som foregår i primær sektor i den ansættende kommune. Oplæringsperiode 3B skal danne grundlag for elevernes viden om og indsigt i det samlede sundhedsvæsen med særlig fokus på somatik (3,7).

I slutningen af januar 2022 modtog HovedOrtoCentret (HOC) på Rigshospitalet overlappende hold af social- og sundhedsassistentelever i oplæring 3B. Se mere om

Indledning

Formålet med artiklen er at dele viden om social og sundhedsuddannelsen, og hvordan vi har udviklet tematiseret læringsforløb (TL). Social- og sundhedsuddannelsen er en erhvervsuddannelse, og eleven er i et

Mål 13:	Eleven kan selvstændigt kommunikere og dokumentere i faglige relevante dokumentations-systemer med henblik på at understøtte patientsikre overgange og kontinuitet i det samlede borger/patientforløb og øge den borger/patientoplevede kvalitet.
Mål 15:	Eleven kan koordinere og indgå i samarbejde om en borgers/patients behov for tværprofessionel og tværsektoriel indsats, herunder selvstændigt indlede, afslutte og dokumentere en social og sundhedsfaglig ydelse i relation til modtagelse, indlæggelse, udskrivning og hjemkomst.
Mål 17:	Eleven kan støtte op om udvikling af god praksis for kvalitetssikring og patientsikkerhed i det tværprofessionelle samarbejde.

Faktaboks 1: Mål for TL (8).

HOC i faktaboks 2. Med andre ord havde vi to hold på samme tid, hvilket gjorde, at vi valgte at tænke nyt og kreativt ift. placering af TL-ugerne. Samtidig gav det også mulighed for at genoverveje metode og indhold. Tidligere planlagde vi TL i de sidste to uger af oplæring 3B, hvor vi nu placerede TL i begyndelsen med inspiration fra onboarding (9). Undervejs er TL justeret og tilpasset efter elevernes evalueringer. Dette har medført, at de to TL-uger er blevet opdelt således, at første uge stadig afholdes i begyndelsen af oplæring 3B og anden uge ca. halvvejs. Vi ønskede at understøtte elevernes uddannelse i overgangen fra primær- til sekundær sektor, hvilket vi oplevede, var en stor udfordring for mange af

HOC er et overvejende kirurgisk center på Rigshospitalet, som modtager ca. 60-80 social- og sundhedsassistentelever om året fordelt på fire hold. Eleverne bliver fordelt ud i fire forskellige afdelinger, hvor elevernes oplæring varetages af vejledere understøttet af en klinisk underviser. I TL samarbejder kliniske undervisere på tværs af HOC om facilitering og udvikling af TL (5, 6).

Faktaboks 2: Om HovedOrtoCentret, Rigshospitalet

eleverne.

I processen og udviklingen af TL har vores tilgang haft et særligt blik og fokus på metodisk at generere høj deltageraktivitet, fordi læring har en iboende kropslig dimension. Førnævnte appellerer i særlig grad til social- og sundhedsassistentelever som målgruppe (10,11).

Metode

Som undervisere har vi udarbejdet en drejebog som katalog over TL for uge et og to; se faktabokse tre og fire. Kataloget indeholder specifikke oplysninger om pædagogiske overvejelser, tidsplaner, cases og quizspørgsmål. Derudover indeholder kataloget relevante opgaver, som elever skal forberede forud for TL i uge et og to (12). Vi er stadig i proces, evaluerer undervejs og vil slutteligt diskutere forskellige perspektiver, som vi arbejder på at inddrage i TL. Ca. 200 elever har deltaget i TL i HOC. Social- og sundhedsassistentelevernes opstart i hospi-

talsoplæring er i sig selv en overgang for dem. For at få elevernes erfaringer fra primær sektor og psykiatrien frem og få det i spil, bruger vi første dag under TL på, at eleverne har forberedt en præsentation af deres tidligere oplæring samt af deres kommende afdeling på hospitalet. Vi har erfaret, at eleverne møder velforberejede op, og vi sammen har en god dialog om, hvad de tidligere har erfaring med, og hvad de forventer at møde på hospitalet. I forbindelse med forventninger inviteres et par tidligere social- og sundhedsassistentelever til at fortælle om deres oplevelse af oplæring 3B. Efter dagen udleveres en hjemmeopgave, der består af en patientcase, som løbende vil udvikle sig i løbet af de kommende dage.

Dag 1	Overgang fra primær til sekundær sektor Besøg af tidligere elever
Dag 2	Introduktion til Sundhedsplatformen v. studerende Færdighedstræning i forebyggelse af smittespredning, casearbejde med fokus på patientinddragelse og sygeplejeprocessen
Dag 3	Arbejde med quiz om livsvigtig sygepleje
Dag 4	Facilitering af quizgennemgang, caseudvikling og medicinrefleksion Færdighedstræning i KAD v. studerende
Dag 5	Fremlæggelser af forskellige perspektiver af casen

Faktaboks 3: Oversigt uge et

De kommende dage arbejdes der i grupper med sygeplejeprocessen og farmakologi. Der veksles mellem tavleundervisning, gruppedrøftelser, fremlæggelser og hands-on undervisning med træning af praktiske færdigheder såsom anlæggelse af blærekateter, påtagning af sterile handsker og korrekt håndhygiejne (12, 13). TL er planlagt således på baggrund af didaktiske overvejelser om, at vekselvirkningen fungerer godt for at bevare opmærksomhed og aktiv deltagelse fra eleverne. Der bliver ligeledes faciliteret en masse drøftelser om

grundlæggende sygepleje, uniformsetikette, inddragelse af patienter, overgange i sundhedsvæsenet, hygiejne, isolationsregimer, Early Warning Score, ABCDE, tværprofessionelt samarbejde, dokumentationssystemer m.m. (12,13). Nogle af disse aktiviteter varetages af 6. og 7. semester sygeplejestuderende.

Erfaringen har vist, at der i løbet af ugen dukker mange spørgsmål op. Det kan være alt fra spørgsmål til sygeplejen på et hospital, parkering, læringsmiljø, personale, fysiske rammer, fremmødeplaner, ferie og arbejdsmiljømæssige spørgsmål. Sammenfattet bliver uge et af TL en indflyvning til miljøet på et hospital, til rollen som social- og sundhedsassistentelev i oplæring på hospitalet, en masse refleksioner over sygepleje og en etablering af relationer på tværs af oplæringssteder, der kommer til gavn i TL i uge to. Denne uge har været afviklet halvvejs inde i oplæringen. Formålet har derfor været at få bragt elevernes læring og erfaring i spil med henblik på at blive klogere på egen og medelevers praksis. Ugen består derfor af en høj grad af refleksionsøvelser og deltagelse i aktiviteter.

Dag 6	Velkommen tilbage "Jeg er særlig god til..." Oplæringsmål i temaer
Dag 7	Præsentation af eget afsnit og patientsituation
Dag 8	Arbejde med udvalgt patientsituation samt problemstillinger
Dag 9	Introduktion til Fundamentals of Care inkl. korttidssygepleje Refleksionsøvelser og samtalerunder
Dag 10	Gruppefremlæggelser af patientsituation

Faktaboks 4: Oversigt uge to

Ugen indledes med en visuel refleksionsøvelse, hvor eleverne på post-its noterer udsagn til øvelsen "Jeg er blevet særlig god til..." Formålet er, at eleverne får talt sig varme, samt at deres læring og udvikling synliggøres. Post-its bliver efterfølgende hængt op og gennemgået, hvilket medvirker til, at eleverne bekræftes i egne styrker, og får indsigt i medelevers.

I tråd med dette bliver en lignende aktivitet præsenteret, hvor eleverne noterer daglige opgaver på post-its. De kliniske undervisere har forud for øvelsen omskrevet læringsmålene for oplæring 3B til temaer såsom fx "kliniske sygeplejehandlinger", "medicinhåndtering" og "relationsdannelse", da det opleves, at eleverne har nemmere ved at forholde sig til temaer. Dernæst kobler eleverne egne post-its til temaerne (foto 1), som opsamles ved, at eleverne reflekterer højt samt argumenterer for de udvalgte temaer. Denne øvelse medvirker til, at

eleverne oplever, at de til dagligt er i berøring med alle relevante oplæringsmål.

Forud for anden uge af TL modtager eleverne to op-



Foto 1: Udklip af refleksionsøvelserne: "Jeg er blevet særlig god til..." og dagligdagsopgaverne som tilknyttes temaerne omskrevet fra læringsmålene.

gaver som forberedelse: En præsentation af eget afsnit samt en præsentation af en patientsituation.

Eleverne fremlægger præsentationerne for hinanden, hvorefter de udvælger én patientsituation i grupper til videre fordybelse med problemstilling og teori på den efterfølgende forberedelsesdag; se foto 2.

Et andet omdrejningspunkt for ugen har været kort-

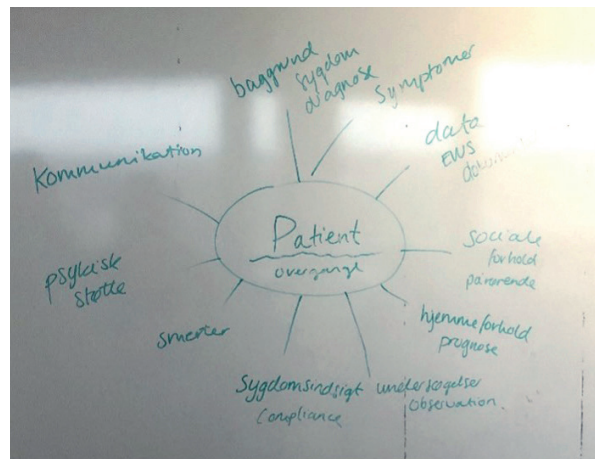


Foto 2: Brainstorm over aktuelle og potentielle sygeplejefaglige problemstillinger i udvalgt patientsituation.

tidssygepleje, som er særligt relevant for de involverede afdelinger. Derfor introduceres eleverne til korttidssygepleje ved samtalerunder, hvor eleverne drøfter erfaringer og udfordringer ved relationsdannelse i det korte patientmøde (14). Yderligere bliver Fundamentals of Care introduceret, som danner grundlag for refleksion og fortolkning af egen sygepleje på hospitalet; se foto 3.

Den udvalgte patientsituation bliver yderligere kvalificeret med ny viden om korttidssygepleje og Funda-

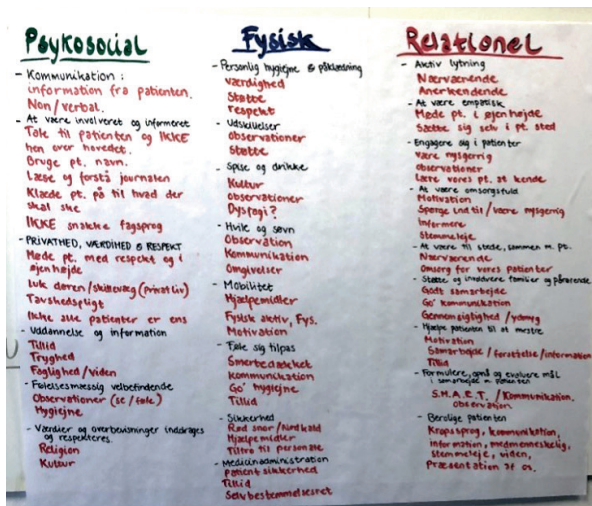


Foto 3: Fundamentals of Care fortolkes af eleverne i egen afdeling.

mentals of Care (15). Det resulterer i, at uge to af TL afsluttes med fremlæggelser.

Resultater – evaluering



Foto 4: Eksempel på opsamling fra en vilkårlig dag i uge et.

Det har været vores indtryk, at det har været gavnligt at opsamle på de enkelte dage såvel som afslutningsvist på forløbet, da det har været medvirkende til, at eleverne har fået konkretiseret, hvad de tager med fra dagen. Dette er gjort på forskellig vis ved notering af læringspointer i plenum, gruppevis eller individuelt. Læs et eksempel i faktaboks 5.

Perspektiver

Vi har erfaret adskillige fordele ved at involvere tidligere social- og sundhedsassistentelever i oplæring 3B samt 6. og 7. semester sygeplejestuderende i TL, da eleverne og de studerende er blevet tildelt undervisningsopgaver, som afspejles i deres dagligdag. Vi oplever, at involvering af elever og studerende til udvalgte opgaver medvirker til, at eleverne har været trygge i et lærings- og undervisningsmiljø faciliteret af andre elever og studerende. Desuden har deltagelsen i tilrettelæggelse og facilitering af undervisningen øget formidlingskompetencerne for de undervisende elever og studerende.

“Det har været godt at samle op hver dag, fordi man nogle gange bare lærer en masse, men når man så går hjem, ved man egentlig ikke, hvad man præcist har lært den dag”. Citat social- og sundhedsassistentelev, TL uge to.

Adspurg om læring under TL anvendes det afsluttende evalueringsredskab Mentimeter, hvortil eleverne siger:

“Jeg har lært om emner, jeg ikke havde nogen viden om”.

“Jeg har lært fra de andre elevers refleksioner. Det har gjort indtryk, at der var en rolig stemning og god tid”.

“Jeg har lært og hørt om forskellige afdelinger i sygehuset. Vi fik lidt kendskab til arbejdsrutinerne i afdelingerne”.

Adspurgt hvad der var særlig godt, nævnes der: “Åbent rum til at fortælle om sine erfaringer”.

“Gruppearbejde, refleksionsspørgsmål og samarbejde med andre elever fra andre afdelinger”.

“Måden vores kliniske undervisere har undervist os på, har fungeret virkelig godt”.

Faktaboks 5: Et eksempel på evaluering

På baggrund af vores erfaring tilstræber vi på sigt at involvere udvalgte oplæringsvejledere fra de involverede afdelinger til lignende undervisnings- og refleksionsopgaver. Dette for dels at inddrage eksperter fra praksis og specialer, hvorved vi ser, at kvaliteten af indholdet kan øges. Ligeledes for at motivere oplæringsvejledere, for at sikre tilknytning samt med et kompetenceudviklende fokus som skal sikre udviklingen af i forvejen kompetente oplæringsvejledere.

Herudover har vi et ønske om at forankre dele af TL mere praksisnært, hvor eleven indgår i konkrete patientforløb med et læringsmæssigt sigte. Et eksempel på dette er en observationsopgave, hvor eleven følger et patientforløb med fokus på Fundamental of Care. Dette kræver, at oplæringsvejledere er klædt på til at støtte eleverne i opgaven, hvorfor det er nødvendigt at involvere dem i TL-undervisningen, som også tilstræbes.

Afrunding

Vi har nu præsenteret, hvordan vi har afholder og udvikler TL for social- og sundhedsassistentelever i oplæring 3B. Vi afprøver, ændrer, eksperimenterer og udvikler til stidighed TL, og efterspørger viden om, hvordan andre hospitaler griber TL an. Med andre ord videregiver vi hermed en opfordring til videndeling af erfaringer og udfordringer. Det er vores ærinde, at der således kan sættes fokus på social- og sundhedsassistentelevers oplæring i 3B.

Referencer

- (1) SEVU: Fællesudvalget for Erhvervsrettede Velfærdsuddannelser. Social og sundhedsassistent [Internet] [citeret 31. maj 2024]. Til gængeligt via: <https://sevu.dk/fevu/social-og-sundhedsassistent>
- (2) FEVU (Partnere bag Fællesskabsudvalget for Erhvervsrettede Velfærdsuddannelse – FOA, KL, Danske Regioner og danske SOSU-skoler). Kortlægning af virksomme indsatser, der øger gennemførelsen og reducerer frafaldet på social og sundhedsuddannelser. Rambøll Management. Marts 2024 [citeret 31.5.24]; 1-63. Tilgængeligt via: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2024/marts/stor-rapport-samler-viden-om-frafaldsindsatser-paa-social-og-sundhedsuddannelserne/>
- (3) Møller, B, Wegener, C, Rohwedder et. Al. Uddannelse til ældrepleje: et scoping review af læring i dansk social og sundhedsuddannelse. Nordic Journal of Vocational Education and Training. [citeret 31.5.24.24]; 2021, 91-113. Tilgængeligt via: <https://njvet.ep.liu.se/article/view/3526>
- (4) FEVU: Uddannelsesordning for Social og sundhedsassistentuddannelsen, 1. august 2023 [Internet] 2023 [citeret 31.5.24] 1-26. Tilgængeligt via: https://www.sevu.dk/sites/default/files/2023-06/01.08.2023%20Uddannelsesordning%20social-%20og%20sundhedsassistent_0.pdf
- (5) Region Hovedstaden: Afvikling af tematiseret undervisning for social og sundhedsassistentelever i den somatiske oplæring. Internt dokument
- (6) HovedOrtoCentret, Rigshospitalet. [Internet] [citeret 30. maj 2024]. Til gængeligt via: <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/hovedorto/Sider/default.aspx>
- (7) Rigshospitalet. Uddannelsesmateriale til oplæringsvejledere, Social og sundhedsassistentelever i oplæring på Rigshospitalet 4. Udgave marts 2023 [citeret 31.5.24]; 2023, 1-41. Tilgængeligt via: <https://www.rigshospitalet.dk/job-og-uddannelse/Praktik-laerepladser-og-oplaeringorloeb/klinik/Sider/social-og-sundhedsassistent.aspx?rhKeywords=social+og+sundhedsuddannelse>
- (8) Børne og Undervisningsministeriet Styrelsen for undervisning og kvalitet. Mål for uddannelserne. [Internet] [citeret 30. maj 2024]. Tilgængeligt via: <https://www.sosupraktik.dk/>
- (9) Harpelund, C og Højbjerg, M Onboarding – flyvende fra start. 1. udgave, 2. oplag. Jyllands Postens Forlag; 2021
- (10) Lehn, Sine og Holen, M. Læreprocesser i klinisk sygeplejerskeuddannelse – viden og erfaringer fra projekt PÅ TVÆRS. Roskilde Universitet og Rigshospitalet, 1. udgave, 2. oplag år; 2021
- (11) Aakrog, V. Teorier om læring anvendt i erhvervsuddannelsernes didaktik. 1. udgave. Munksgaard ; 2018
- (12) Skøtt, M., Falkenberg, E., Krøner, F. og Schlundt, M. Katalog og drejebog for tematiseret læringsforløb, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet, internt dokument; 2024
- (13) Andersen, H, Lykke, E. (red). Somatisk sygdom og sygepleje. Bind 1. SOSUserien. Munksgaard, 1. udgave, 3. oplag; 2018
- (14) Bundgaard, K., Delmar, C, Sørensen, E. Fundamentals of Care in Time-Limited Encounters: Exploring Strategies that can be used to Support Establishing a Nurse-Patient Relationship in Time-Limited Encounters. Journal of Nursing Studies and Patient care. [citeret 31.5.24]; 2019. 8-16. Tilgængelig via: https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/313043209/Bundgaard_et_al_2019_Fundamentals_of_care_in_time_limited_encounters_exploring_strategies_that_can_be_used_to_support_establishing_a_nurse_patient_relationship_in_time_limited_encounters.pdf
- (15) Lindhart Damsgaard, T., Grønkjær, M., Poulsen, I. Fundamental of Care klinik, ledelse, uddannelse og forskning. 1. udgave Munksgaard; 2021.

Tillykke! Det blev et menneske – undervisning i variationer i kønskaraktistika

**Af: Ben Farid Røjgaard Nielsen. Lektor, sygeplejerske cand. cur,
Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser. Københavns Professionshøjskole, bnni@kp.dk**

**Ida W Andreassen. Adjunktvikar, sygeplejerske, cand.scient.-San.
Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser. Københavns Professionshøjskole.**

**Lotte Evron. Lektor, sygeplejerske, cand. mag i pædagogik, ph.d.,
Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser. Københavns Professionshøjskole, loev@kp.dk**

Keywords: Variationer i kønskaraktistika, Interkønnede personer, Klinefelter syndrom, Turner syndrom, AGS-syndrom, biologisk køn, minoritetsstress

Abstract

Undervisning i køn på sygeplejerskeuddannelsen må inkludere hankøn, hunkøn, transkøn samt interkøn, der også kaldes for medfødte variationer i kønskaraktistika. Variationer i kønskaraktistika er et biologisk fænomen, og det estimeres, at ca. 1,1 % lever med disse. Formålet med artiklen er at bygge bro mellem eksisterende forskning om at leve med variationer i kønskaraktistika og undervisning i køn på sygeplejerskeuddannelsen. Artiklen omhandler fire temaer: 1) terminologi, 2) eksempler på variationer i kønskaraktistika, 3) behandling, og 4) udfordringer i livet med variationer i kønskaraktistika. Der afsluttes med en diskussion af, hvordan undervisere i praksis kan inkludere perspektiver på variationer i kønskaraktistika i undervisningen.

Introduktion

I 2018 udgav regeringen en handlingsplan til at fremme tryghed, trivsel og lige muligheder for LGBTI-personer (1). I står for Interkøn (engelsk Intersex), og er omdrejningspunktet for nærværende artikel. I denne handlingsplan var det et specifikt fokus på styrke viden og rådgivning i sundhedsvæsenet og ældreplejen ved at øge åbenhed og viden om det at leve som interkønnet person/personer med variationer i kønskaraktistika (1). I handlingsplanen blev det opstillet tre konkrete initiativer (1):

1. Sundhedsstyrelsen skal afholde en sundhedsfaglig konference om variation i kønskaraktistika
2. Informationsmateriale skal udformes til forældre
3. Interkønnedes (personer med variationer i kønskaraktistika) levevilkår undersøges.

Status er, at sundhedsstyrelsen har afholdt konferencen, og der er nu en hel temaside om variationer i kønskaraktistika tilgængelig (2). Derudover ligger der en pjece online målrettet familier, der har et barn, der undersøges for eller har fået konstateret interkønnethed/variationer i kønskaraktistika (3). Endelig er der lavet et dansk studie af interkønnede personers levevilkår (4). Den første handlingsplan gik fra 2018-2021 (1). I 2022 udkom en ny handlingsplan gældende fra 2022-2025 (2). I den forbindelse er det interessant, at den seneste handlingsplan fra 2022 (5) ikke længere har et "I". I stedet anvendes nu termen LGBT+ om homo-, biseksuelle og transpersoner samt andre, der bryder med normerne for køn og/eller seksuel orientering i samfundet (5). I Handlingsplanen er der ikke længere konkrete initiativer målrettet gruppen af interkønnede personer/personer med variationer i kønskaraktistika ligesom i den tidligere handlingsplan (1). En grund til dette kan være, at det studie som den første handlingsplan havde som mål, viser, at personer med variationer i kønskaraktistika ikke nødvendigvis identificerer sig selv ift. at tilhøre gruppen af LGBTI-personer eller som interkønnede (4). Grunden til dette er, at nogle kan opleve, at interkønsbegrebet/variationer i kønskaraktistika sætter spørgsmålstegn ved, om de er rigtige mænd og kvinder, hvorfor de derfor bliver krænket over at blive omtalt med denne betegnelse (4).

Langt de fleste interkønnede personer er sunde og raske. Der kan dog være nogle, der kan have sygdomme, der kan være livstruende, hvis de ikke behandles omgående. At tilhøre en minoritet kan dog medføre en særlig stress kaldet minoritetsstress.

Minoritetsstress

At tilhøre gruppen af LGBTI-personer kan medføre en øget risiko for udvikling for det, der kaldes for minoritetsstress, dvs. en helt særlig stressbelastning, der opstår som følge af oplevelsen af at leve i et samfund, der ikke anerkender og forstår diversitet (6). Fokus er på de samfundsmæssige normer, som er med til at skabe grupper om individer som "andetgjorte", hvilket har personlige og samfundsmæssige konsekvenser som ulighed i sundhed. En af dem, der har udviklet en model for minoritetsstress, er Ilian Meyer (7). Meyer beskriver sammenhænge imellem den enkeltes minoritetsposition og negative oplevelser knyttet til den udsatte position som psykologiske belastningsreaktioner. Han udpeger tre særlige kendetegn ved minoritetsstress (7):

1. Det første kendetegn er, at minoritetsstress er unikt, hvilket dækker over en stressreaktion, der hænger sammen med den enkeltes oplevelse af at leve som minoritet i samfundet. Dette medfører minoritetsstress, da man er mere udsat for stigmatisering grundet sociale normer og diskurser.
2. Det andet kendetegn er, at minoritetsstress er kronisk. Dette betyder, at denne form for stress er langvarig, idet den hænger sammen med de gældende forventninger for normer i samfundet.
3. Det tredje kendetegn er, at minoritetsstress er socialt funderet. Det betyder, at stressen ikke handler om den enkelte minoritet, men i højere grad de samfundsmæssige forhold. Meyer argumenterer for, at jo større stigmatisering desto større behov for årvågenhed. Overført til gruppen af mennesker med medfødte variationer i kønskaraktistika kan det resultere i en konstant forsvars- eller angrebsposition ift., hvordan man vil blive opfattet af andre, og om man vil blive udsat for diskrimination.

Han-hun-trans- og interkøn i undervisningen

Hvis sygeplejerskeuddannelsen reelt skal leve op til handlingsplanens ambition, bør vi undervise også være med til at udfordre den gængse undervisning om køn. Således må undervisning i køn som han, hun og interkøn (variationer i kønskaraktistika) og kønsidentitet være en del af underviseres perspektiv. Perspektivet kan være med til at styrke det kliniske lederskab hos de studerende, idet de studerende får en skærpet opmærksomhed på den eksisterende diskurs i sundhedsvæsenet om, at en binær kønsforståelse kan være med til at skabe barriere for nogle menneskers adgang og udbytte af pleje og behandling. Der synes derfor at være behov for at aktualisere sygeplejerskeuddannelsen og klæde de studerende på til at møde den kønsdiverse virkelighed, som de uundgåeligt vil møde i praksis. Studerende må uddannes til kritisk at reflektere over den måde, hvorpå minoriteter omtales. Minoritetsstress kan desuden være

med til at forklare, hvorfor marginaliserede minoritetsgrupper ofte har dårligere fysisk og psykisk helbred end majoriteten af samfundet.

Ved at gøre undervisningen i kønsdiversitet obligatorisk på uddannelsen, vil kommende sygeplejersker blive bedre rustet til at kunne agere og handle anerkendende i mødet med patienter med variationer i kønskaraktistika. Sygeplejersker må anses som en autoritet, hvorfor studerende må trænes i, hvordan sprogbrug kan have stor betydning for patientens oplevelse af egen situation. Det at være interkønnet person, har intet at gøre med at være ciskønnet, non-binær eller transkønnet person.

Ciskønnet

Når et barn fødes, er det normal praksis, at en jordemoder ser på barnets synlige kønsorganer for at kunne afgøre barnets køn og dermed give det et CPR-nummer. Hvis det er en dreng, så slutter ens CPR-nummer med et ulige tal og et lige tal, hvis det er en pige. At skifte fra lige til ulige eller omvendt er det, man kalder et juridisk kønsskifte. Når ens CPR-nummer svarer til det køn, som man føler sig som, så kaldes det at være ciskønnet. Cis betyder "at være på samme side". Når man identificerer sig som ciskønnet, betyder det, at ens oplevede køn og kønsudtryk svarer overens med det køn, personen blev tildelt ved fødslen (biologisk køn). Personens kønsidentitet er på denne måde ciskønnet. Det modsatte af ciskønnet er transkønnet.

Transkøn

At være transkønnet betyder, at man identificerer sig med et andet køn end det, man fik tildelt ved fødslen, der normalt kaldes for det biologiske køn. En transkvinde er derfor en person, der ved fødslen blev tildelt kønnet kvinde, men identificerer sig som mand. Ordet "transseksuel" giver derfor ikke mening, da det er kønnet og ikke ens seksualitet, det handler om. At være transkønnet har intet at gøre med at være interkønnet. Forskellen er, at interkøn handler om biologi, mens transkøn handler om kønsidentitet.

Binær kontra non-binær kønsforståelse

I et binært kønssystem anerkendes kun to køn (mand/kvinde), hvorfor der ikke tages højde for gråzoner eller flydende kønsidentiteter. Identificerer en person sig som non-binær, betyder det, at personen ikke anerkendes; at der kun er disse to muligheder (mand/kvinde). I stedet ses kønnet bestående af en række af variationer af kønsidentiteter eller kønsudtryk, der ikke passer ind i en binær kønsforståelse. En non-binær patient kan derfor identificere sig som både mand og kvinde (dobbeltkønnet), hverken (akønnet), noget midt imellem eller noget helt andet.

Artiklens formål

Formålet med nærværende artikel er at bygge bro mellem eksisterende forskning om medfødte variationer i kønskarakteristika og undervisning på sygeplejerskedannelsen. Generelt mangler der viden om gruppens møde med sundhedsvæsenet, herunder antallet af kontakter med læge eller hospital, behandlingsform i form af hormoner eller kirurgi, opfølgning og den generelle tilfredshed med mødet med sundhedsvæsenet. Endelig findes der endnu ingen landsdækkende visitationsretningslinjer for diagnostik, behandling og opfølgning inden for variationer i kønskarakteristika. Der findes dog et kapitel, der har fokus på en række af de variationer, som kan ses i den fysiske kønsudvikling (8). Der findes desuden en vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold (8). Kønsidentitet og variationer i kønskarakteristika er to forskellige ting. Mens kønsidentitet har fokus på, hvordan man selv identificerer sig (gender), så handler variationer i kønskarakteristika om det biologiske køn (fødselstildelte køn). Det biologiske køn formes af gener og hormoner, der tilsammen påvirker kroppens udvikling allerede fra fostertilværelsen (8). Den normale biologiske kønsudvikling begynder tidligt i fostertilværelsen med differentieringen af de primitive kønskirtler, som udvikles til testikler (drengefostre) eller ovarier (pigefostre). I de første otte uger efter befrugtningen er fosterets anlæg for indre og ydre kønsorganer ens, men fra ottende til tiende fosteruge producerer de nydannede testikler eller ovarier en række kønsspecifikke hormoner og faktorer, som i et samspil udvikler indre og ydre kønsorganer i hanlig eller hunlig retning (8).

I vejledningen for kønsidentitet står der specifikt:

”Der er sundhedsfaglige opgaver forbundet med at hjælpe og understøtte den enkeltes kønsidentitet og kønsudtryk, herunder ved rådgivning og afklaring af kønsidentitets-spørgsmål samt ved afhjælpning af kønsligt ubehag gennem tilbud om behandling. Det er samtidig en sundhedsfaglig opgave at sikre lighed i sundhed ved at sikre hjælp til udredning og behandling af evt. somatisk eller psykisk lidelse, både generelt i sundhedsvæsenet og specifikt ved kønsmodificerende behandling (9).”

Hvad den specifikke sundhedsfaglige opgave er i forbindelse med at have variationer i kønskarakteristika, er uklart. I forbindelse med dataindsamlingen til nærværende artikel blev det tydeligt, at det er et potentielt sprængfarligt område. På den ene side er der internationale menneskerettighedsorganisationer og interkønorganisationer, og på den anden side det etablerede sundhedsvæsen og det politiske system. Et eksempel er en mail fra organisationen ”Intersex Danmark” til daværende sundhedsminister Ellen Trane Nørby:

”Vi har nu gentagne gange været vidne til divergens i oplyste antal af interkønnede fødsler og behandlinger, dette skyldes ifølge udtalelser i besvarelsen her bla. manglende registreringer og problematikker i forhold til registreringen. Vi vil henstille til, at man indfører mere kontrol med området, da vi mener, at det er af afgørende betydning, for sikringen af interkønnedes menneskerettigheder, at skabe en gennemsigthed på området, og sikre korrekt og fuldstændig registrering af fødsler og behandlinger, så vi undgår gentagne divergenser i udtalelser vedrørende antal (10).”

Metode

I forbindelse med regeringens handlingsplan blev der gennemført et dansk studie bestående af en litteraturgennemgang samt 14 interviews med personer med variationer i kønskarakteristika (4). På trods af undersøgelsens begrænsede omfang er den interessant, idet der eksisterer meget lidt viden om mennesker, der lever med variationer i kønskarakteristika i Danmark. Derudover har forskningen på området ofte primært fokus på de medicinske udfordringer, hvorfor det danske studie giver et indblik i, hvordan det opleves at leve i Danmark med variationer i kønskarakteristika ift. selvforståelse, sundhed, uddannelse, arbejde og socialt liv. På grund af den danske undersøgelses begrænsede datagrundlag (14 informanter) har vi valgt at supplere viden fra eksisterende større reviews på området (11,12). Derudover inddrages aktuelle eksisterende behandlingsvejledninger (13) samt viden fra Sundhedsstyrelsen (2,3).

Den danske undersøgelse (4) viser, at mange af de udfordringer personer med variationer i kønskarakteristika oplever, er de samme som personer med sjældne sygdomme. Sjældenheden betyder, at der er en særlig risiko for, at diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning ikke i tilstrækkelig grad varetages fagligt kvalificeret og rettidigt (14). I den nationale strategi vurderes der fortsat at være behov for at forbedre vidensgrundlaget omkring sjældne sygdomme gennem faglige artikler mm. Ud fra eksisterende litteratur har vi derfor valgt at belyse følgende fire temaer:

1. Terminologi
2. Eksempler på variationer i kønskarakteristika
3. Behandling
4. Udfordringer i livet med kønskarakteristika

Tema 1. Terminologi

I det følgende vil vi uddybe, hvad der menes med termen ”Variationer i kønskarakteristika”. For år tilbage blev begrebet disorder of sex development (DSD) skabt for at afløse stigmatiserende begreber som hermafroditisme. Betegnelsen DSD er dog

blevet kritiseret af organisationer, der mener, at det er en sygeliggørelse af en rask krop. På denne baggrund anvendes ofte det mest accepterede neutrale begreb "Variationer i kønskarakteristika" for at tydeliggøre, at der ikke nødvendigvis er tale om en lidelse, afvigelse eller forstyrrelse. De fleste mennesker med variationer i kønskarakteristika har ikke tvetydigt udseende ydre kønsorganer, men har andre væsentlige forandringer såsom hormonal ubalance, ændret højde- og muskeltvækst, nedsat fertilitet samt hjerte-kar-lidelse (15). Med kønskarakteristika menes der de fysiske træk eller organer, som kan indikere det biologiske køn. Disse inddeles i primære og sekundære kønskarakteristika:

- De primære kønskarakteristika er kønskromosomer, ydre kønsorganer (f.eks. glans, penis, klitoris, kønlæber, vulva og urinrør), kønskirtler (f.eks. æggestokke, testikler), hormoner (f.eks. østrogen og testosteron) samt indre reproduktive organer (f.eks. livmoder, æggestokke, æggeledere) (16).
- De sekundære kønskarakteristika udvikles typisk i puberteten. De betinges af den enkeltes hormonelle udvikling og vækst. Disse indbefatter ansigts- og kropsbehåring, menstruationscyklus, udvikling af bryster, højde, muskelfordeling og kropsfedt.

I forlængelse af ovenstående kan variationer inden for kønskarakteristika også forstås som karakteristika, der ikke stemmer overens med samfundets forventninger til binært biologisk køn ift. indre eller ydre kønsmæssig og reproduktiv anatomi (16). Nogle variationer opdages ikke eller kræver ingen behandling. Andre kan være alvorlige, og kræver livslang behandling. Nogle tilstande opdages allerede før fødslen eller ved fødslen. Andre tilstande konstateres først i barnealder eller pubertet, som følge af f.eks. nedsat vækst eller for tidligt indsættende pubertet.

Tema 2. Eksempler på variationer i kønskarakteristika

Der findes flere end 40 medicinske diagnoser af typen variationer i kønskarakteristika (16). Visse typer af variationer er medicinsk akut og nødvendigt med kirurgiske eller hormonelle indgreb. Det kan være tilfælde af livstruende natriumtab hos spædbørn, eller hvor der er særlig stor risiko for infektion og problemer med urinvæjane på grund af blotlæggelse af urinrøret (16). Nogle af variationerne er Androgen insensitivity (AIS), Mayer-Rokitansky-Kuster-Hause Syndrom (MRKH) (2). Medfødte tilstande med variationer i kønskarakteristika kommer til udtryk på forskellig vis og med stor forskel på behandlingsbehov og muligheder. I det følgende vil uddybes Klinefelter syndrom, Turner syndrom og Adrenogenitalt syndrom (AGS), idet det ikke er muligt at gennemgå alle

variationerne.

Klinefelter syndrom

Klinefelter syndrom (KS) ses hos ca. 1 ud af 660 drengebørn. Syndromet er opkaldt efter lægen Harry F. Klinefelter, der i 1942, sammen med Edward C. Reifenshtein og Fuller Albright, for første gang beskrev syndromet. Fælles for personer med Klinefelter syndrom er, at de har et X-kromosom for meget, dvs. de i stedet for kromosomsammensætningen XY har XXY. Et fysisk kendetegn kan være mindre testikler, manglende kropsbehåring og nedsat fertilitet, hvor kun ca. 5 % kan få børn. KS er ikke arveligt (17,18). Diagnosen kan stilles før fødslen ved en fostervandsundersøgelse, men denne udføres ikke rutinemæssigt. Der er behov for livslang medicinsk kontrol og behandling. Behandling afhjælper mange af de hyppige fysiske, sociale og indlæringsmæssige udfordringer. Der kan desuden være behov for kirurgisk behandling for gynækomasti (17). Derudover ses en række sygdomme hyppigere ved Klinefelter syndrom. Disse kan dog forebygges ved korrekt information og ændringer i levevis. Hyppige helbredudfordringer er osteoporose, type 2 diabetes og hjertesygdom (18).

Turner syndrom

Turner syndrom opstår hos mellem 25-50 ud af 100.000 nyfødte piger. Syndromet er opkaldt efter den amerikanske læge Henry Turner, der i 1938 beskrev syndromet. De fleste med Turner syndrom har 45 kromosomer (45, X) eller 46 kromosomer, hvor det ene X er ændret (19). De fysiske manifestationer ved Turner syndrom er reduceret højdevækst, æggestokke der ikke fungerer, højt blodtryk og indlæringsvanskeligheder. Personer med Turner syndrom har en øget risiko for medfødte misdannelser i fx hjerte og nyrer. Den manglende produktion af kvindelige kønshormoner kan behandles med østrogen, mens den lave højdevækst kan behandles med væksthormon. Mange piger med Turner syndrom vil desuden have behov for at få puberteten sat i gang med østrogenbehandling. På den første menstruationsblødning skal behandlingen derfor suppleres med progesteron (2,19).

Adrenogenitalt (AGS)

AGS er et syndrom, der påvirker binyrebarkens funktionen og dermed kønsudviklingen. Det rammer cirka 1 ud af 10.000 nyfødte i Danmark – med en ligelig fordeling blandt drenge og piger (20,21). Ved AGS er produktionerne af binyrebarkhormonet kortisol og det saltbesparende hormon aldosteron nedsat, hvilket medfører en alvorlig medicinsk tilstand. Hos børn med 46 XX kan der ses tvetydige ydre kønsorganer. AGS kan være arveligt. Personer med AGS har nedsat fertilitet og derfor ofte behov for fertilitetsbehandling. Der er desuden behov for livslang daglig medicinsk behandling (20), hvor det

overordnede princip er at erstatte de manglende hormoner. Nogle kan have behov for kirurgiske indgreb på de ydre kønsorganer. Operationen foretages oftest i de første år af barnets liv og i pubertetsårene. I voksenalderen justeres behandlingen, men hos mændene undersøges testiklerne også ved regelmæssig ultralydsundersøgelse, da mænd med AGS kan være i risiko for at danne godartede knuder i testiklerne, hvilket reducerer sædkvaliteten. Kvinder skal føre menstruationskalender, da menstruationerne kan være uregelmæssige (21).

Tema 3. Behandling

Udredning, behandling og opfølgning af de mange forskellige variationer i medfødte kønskaraktistika er en høj specialiseret opgave, som kræver et multidisciplinært team, og er derfor centraliseret på Universitetshospitalerne i Odense og Aarhus samt på Rigshospitalet (3). Ifølge Dansk selskab for pædiatri retningslinjer kræver der sundhedsfaglig følsomhed ift. vanskelige spørgsmål og valg ift. barnets udvikling. Endelig påpeges det, at den unge inddrages aktivt i information og beslutninger i et omfang, der nu svarer til alder og udvikling.

Hvis et barn fødes med tvetydige genitalier, anbefales det at undgå at betegne barnet som dreng eller pige. I stedet skal forældrene informeres om, hvorfor man ikke umiddelbart kan sige noget om barnets køn. Alle nyfødte børn, uanset variationer i kønskaraktistika, tildeles et CPR-nummer. Det er her vigtigt at informere forældrene om, at CPR-nummeret kan ændres senere. Overordnet set er der hyppigere behov for medicinsk behandling, herunder hormonel behandling, mens der sjældnere er behov for kirurgisk behandling i barndom og ungdom (3).

Kosmetisk kirurgi

Kosmetisk kirurgi (æstetisk plastikkirurgi) dvs. når der ikke er nogen medicinsk grund til operation, er forbudt på personer under 18 år (3). De bør tilbydes 'ungesamtaler', som har fokus på den unges helhedssituation. Ved afsluttet vækst og pubertet bør patienten sikres videre opfølgning i voksenregi efter en fast transitionsprocedure (3).

Tema 4. Udfordringer i livet med kønskaraktistika

I det følgende belyses nogle af de udfordringer, der kan være forbundet med at leve med variationer i kønskaraktistika. Generelt er det dog vigtigt ikke at fremstille og sygeliggøre gruppen.

Mental sundhed

Et gennemgående emne i den eksisterende litteratur er udfordringer relateret til mental sundhed. Udfordringerne i den mentale sundhed hænger sammen

med stigma, mobning, afvisninger fra familie og venner samt diskrimination. Den internationale forskning anbefaler, at alle mennesker med variation i kønskaraktistika (og deres forældre) bør have adgang til langsigtet opfølgning og psykologisk bistand som en del af tværfaglig pleje for at opretholde mental sundhed fra barndom til voksenlivet. Dette, da det har vist sig at styrke den psykosociale, følelsesmæssige og mentale velvære. Det danske studie (4) peger på, at mobningen i skole primært sker grundet ens fysiske udseende, men også de kognitive og sociale udfordringer der måtte være der. Nogle børn og unge håndterer dette ved at tage stort tøj på, mens andre helt undgår kontakt med jævnaldrende.

Utilfredshed med pleje og behandling i sundhedsvæsenet

Ens for de fundne studier er, at personer med variationer i kønskaraktistika oplever, at sundhedsprofessionelle mangler viden om de forskellige specifikke variationer i kønskaraktistika. Dette medfører forsinket eller forkert behandling og dermed også dårligere outcome af behandlingen. Derudover oplever personer med variationer i kønskaraktistika, at de ofte mangler en bedre og mere omfattende dialog om deres behandling, konsekvenserne af den og dens bivirkninger, ligesom de savner en tidligere korrekt diagnosticering og tilbud om behandling. Flere peger på, at de føler sig sygeliggjorte eller "eksotiserede" fra de sundhedsprofessionelle (4). Derudover savnes inddragelse i egen behandling samt oplysninger om bivirkninger af en behandling.

Kommunikation med de sundhedsprofessionelle

En dårlig kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle, patienten og deres pårørende kombineret med at mange ikke altid er åbne overfor omverden med deres variation i kønsvariation, kan øge den psykologiske byrde (4). Personer med variationer i kønskaraktistika fortæller i det danske studie om lange overvejelser om, hvorvidt de skal fortælle andre om deres kønsvariation (4).

Diskussion

Formålet med artiklen var at bygge bro mellem eksisterende forskning om medfødte variationer i kønskaraktistika og undervisning på sygeplejerskeuddannelsen. Det store spørgsmål er selvfølgelig, om det er muligt og ønskeligt at undervise i snævre emner på en grunduddannelse. Ulempen ved at fokusere på en særlig minoritet er, at det i sig selv kan være diskriminerende og være med til at forstærke en os-dem association. En måde at komme omkring dette på er ved også at undervise de studerende i tværgående analytiske begreber som minoritetsstress og intersektionalitet. Ved at vende

blikket væk fra minoriteten i undervisningen og i stedet fokusere på normer for køn og krop, kan der dannes et fælles tredje, hvor alle kan være fælles om at udforske forskellige normer for køn og krop. Interseksionalitetsbegrebet fokuserer på, hvordan diskrimination ofte er forbundet med flere former for identitetsmarkører som køn, race, handicap mm. Det er karakteristisk, at disse identitetsmarkører interagerer med hinanden på flere niveauer og samtidigt, hvilket bidrager til yderligere diskrimination. På den måde kan de studerende i deres kliniske lederskab anvende interseksionalitetsbegrebet som et analytisk redskab. Personer med variationer i kønskaraktistika er meget mere end deres variation. De er også forældre, barn, ven mm. Sygeplejersker må i sygeplejen tage højde for dette. At stå som nybagt forældre til et barn med variationer i kønskaraktistika og alle spørger "blev det en dreng eller en pige?", kan være udfordrende. Når barnet vokser op, viser studier, at åbenhed over barnet/den unge er afgørende for, at de selv kan være med til at træffe beslutninger og leve godt (11). Mange variationer i kønskaraktistika giver ingen symptomer i dagligdagen. Som forældre kan man dog godt have et behov for at dele bekymringer med familie og venner, mens daginstitutionen eller skolen ikke altid behøver at blive orienteret (11). Det kan føles meget ubehageligt for et barn, hvis omgivelserne pludselig ved en masse om dem, som de ikke selv har fået at vide. Nogle børn skal have medicin flere gange dagligt, dvs. mens de også er i en daginstitution eller skole. Her er det vigtigt, at personalet involveres og oplæres. I disse tilfælde beder personalet ofte om en skrivelse med vejledning fra den behandlende læge (11). Forældre skal desuden anvende deres barns behandlerteam (3) til at få viden og vejledning om hjælp og støtte. Regler for offentlig støtte kan ændre sig med tiden og være forskellige for børn, unge og voksne. Teamet kan ofte formidle kontakt til andre forældre, som er eller har været i samme situation. Der findes forskellige patientforeninger i Danmark såvel som i udlandet. Nogle variationer er dog for sjældne til, at der findes specifikke foreninger.

Selvom der er sket en positiv udvikling i forhold til at udbrede kendskabet til livet med variationer, er der stadigvæk behov for en øget synlighed af personer med variationer i kønskaraktistika både i samfundet og i sygeplejen. De sidste mange år er der udkommet meget litteratur, og der er kommet et paradigmeskift, der peger i retning af, at interkøn såvel som transkøn ses i relation til etik, menneskerettigheder og seksuelle rettigheder (22). Kønsforsker og professor emeritus Bente Rosenbeck argumenterer for, at der i dag ofte ses en alliance mellem aktivister og forskere, og vi nu ser et opgør med medikalisering i ønsket om at "normalisere" interkøn, som peger i retning af en kritik af det binære køn (22).

Taksigelse

Tilblivelsen af nærværende artikel er sket under kyndig faglig sparring med Bente Rosenbeck. I den forbindelse er der også lavet en podcast med Bente Rosenbeck jf. boks 1.

Referencer

1. Regeringens handlingsplan for LGBTI-personer. Udenrigsministerieriet 2018-2021
2. Sundhedsstyrelsen. Variationer i kønskaraktistika. [Internet]. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: <https://sst.dk/da/Fagperson/Seksuel-sundhed-seksualitet-og-koensidentitet/Variationer-i-k%C3%B8nskaraktistika>
3. Sundhedsstyrelsen. Når dit barn bliver født med variationer i kønskaraktistika. [Internet]. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: https://www.sst.dk/-/media/Viden/K%C3%B8nskaraktistika/Naar-dit-barn-bliver-foedt-med-variationer-i-koenskaraktistika.ashx?sc_lang=da&hash=11CE8884C8792E75B09B95B1278BD3D4
4. Martin HM, Thomsen MK, VIVE. Interkøn. En kvalitativ undersøgelse af erfaringer med variationer. VIVE; 2021
5. Regeringen. Handlingsplan for LGBT+ personer. 2022. Plads til forskellighed i fællesskabet. [Internet]. [citeret 10. maj 2024]. <https://www.trm.dk/media/c0xf3lrv/plads-til-forskellighed-i-faellesskabet-lgbt-plus-handlingsplan-2022-2025.pdf>
6. LGBTsundhed.dk. Minoritetsstress. [Internet]. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: <https://lgbtsundhed.dk/minoritetsstress/>
7. Meyer, I.H. 2003. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*. 129, 674-697
8. Main, K., Gravholt, C., Juul, A. 2019. Variationer og forestyrrelser. I den biologiske kønsudvikling. Kapitel 21. I: Sexologi. Faglige perspektiver på seksualitet 7 (red. Graugaard, C. Møhl, B., Giraldo, A). Munksgaard
9. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold. VEJ nr. 9060 af 16/08/2018
10. Intersex Danmark. Intersex Danmarks kommentarer til spørgsmål nr. 589 af 23. februar 2018 til Sundhedsminister Ellen Trane Nørby, efter ønske fra Mette Gjerskov (S). [Internet]. 2018b. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: <https://www.ft.dk/samling/20181/almdel/SUU/bilag/210/2007818.pdf>
11. Zeeman L, Aranda K. A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with

- Intersex Variance. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6533.
12. Jones T. Intersex Studies: A systematic review of international health literature. *SAGE Open*. 2018;8(2), 2158244017745577.
 13. Dansk Pædiatrisk Selskab. Disorders (differences) of sex development – DSD. [Internet]. 2019. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: http://paediatri.dk/images/dokumenter/Retningslinjer_2019/DSD_retningslinje_Januar_2019.pdf
 14. Sundhedsstyrelsen. Evaluering af den National Strategi for Sjældne Sygdomme. [Internet]. 2022. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sjaeldne-sygdomme/Evaluering-af-den-Nationale-Strategi-for-Sjaeldne-Sygdomme-_2022_.ashx
 15. Brostrøm S. Variationer i køns karakteristika. Videnskabelig leder. *Ugeskrift for læger*. 2019;181:V70314.
 16. Amnesty International. First. Do no harm. Sådan sikres rettighederne for børn med variationer i køns karakteristika i Danmark og Tyskland. [Internet]. 2017. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: <https://amnesty.dk/wp-content/uploads/media/3078/first-do-no-harm.pdf>
 17. Klinefelter Foreningen. [Internet]. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: <https://www.klinefelter.dk>
 18. Århus Universitetshospital. Klinefelter syndrom. [Internet]. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: <https://www.auh.dk/patientvejledninger/hormon-og-knoglesygdomme/sygdomme/klinefelter-syndrom/>
 19. Århus Universitetshospital. Turner Syndrom. [Internet]. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: <https://www.auh.dk/patientvejledninger/hormon-og-knoglesygdomme/sygdomme/turner-syndrom/>
 20. AGS-foreningen. [Internet]. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: <https://www.agsforeningen.dk/hvad-er-ags/>
 21. Århus Universitetshospital. Adrenogenitalt syndrom (AGS). [Internet]. [citeret 10. maj 2024]. Tilgængelig via: <https://www.auh.dk/patientvejledninger/hormon-og-knoglesygdomme/sygdomme/adrenogenitalt-syndrom-ags/>
 22. Rosenbeck, B. Fra anomali til variation. 2015. (Internet) (citeret 1. juni 2024). Tilgængelig via [https://nors.ku.dk/ansatte/?pure=da%2Fpublications%2Finterkoen-fra-anomali-til-variation\(fde09f7a-c876-4d67-934c-2010fa5091be\).html](https://nors.ku.dk/ansatte/?pure=da%2Fpublications%2Finterkoen-fra-anomali-til-variation(fde09f7a-c876-4d67-934c-2010fa5091be).html)

Fortællingen der gerne vil fortælles... en kunstnerisk og didaktisk tilgang i den teoretiske del af sygeplejerskeuddannelsen

Af Helle Kronborg Krogsgaard. Lektor, MHH. Professionshøjskolen UCN, sygeplejerskeuddannelsen, hkj@ucn.dk

Keywords: Sygeplejestuderende; sanselig læring; interaktiv performance; didaktik

Abstract

Denne artikel beskriver samarbejdet mellem interaktiv performance og sygeplejerskeuddannelsen ved Hjørring/Thisted, UCN, hvor begge professioner møder mennesket én til én – sygeplejestuderende møder patienten, og performer møder det enkelte publikum. Det er i dette krydsfelt, vi kan have dialogen og reflektere om at arbejde på denne måde. Vores fokus er at udvikle en didaktisk tilgang, som bringer de studerendes sanser i spil og være til stede i øjeblikket – de skal kunne "være" i situationen. Håbet er at styrke og udvikle deres reflekser og kreative kompetencer, samtidig med at denne sanselige læring kan få en positiv effekt på de studerendes empatiniveau.

søge, om der kan være grundlag for et fremtidigt samarbejde. Det fører til oprettelsen af den eksperimentelle platform *lím collective*, der har gjort samarbejder mellem samtidskunst, omsorg og sundhed mulig (1). Interaktiv performance kombinerer to centrale elementer: interaktivitet og performance.

- *Interaktivitet* refererer til en form for gensidig påvirkning mellem kunstneren og publikum. Det indebærer, at publikum deltager aktivt i oplevelsen og reagerer på det, de ser eller hører.
- *Performance* refererer til en kunstnerisk handling eller præsentation, hvor en person udfører noget for et publikum. Det kan være alt fra teaterforestillinger og dans til musikoprædener og lyd- og lysinstallationer. Performancen kan være planlagt eller improviseret, og kan foregå i forskellige kontekster såsom teaterscener, gallerier, gader eller digitale platforme.

Indledning

Målet med denne artikel er at beskrive en anderledes måde at tænke didaktik, når de studerende skal arbejde med sanselig læring. På Campus Skolevangen, Sygeplejerskeuddannelsen Hjørring/Thisted ved UCN, har jeg i samarbejde med Interaktiv performer, Inga Gerner Nielsen, udviklet en tilgang, som bringer de studerendes sanser i spil. Vi afholder workshops, hvor de studerende prøver forskellige situationer; og det er her, at den interaktive performer kan være "fødselshjælperen" for den studerende til at komme sine sanser og krop nærmere. Det kræver, at der afsættes tid og rum for denne aktivitet.

For cirka fem år siden træder Inga Gerner Nielsen ind ad min dør, fordi hun ser en bog på min hylde om Hildegard af Bingen. Det viser sig at være en fælles interesse, og bliver samtidig startskuddet til vores nuværende samarbejde. Hun er performancekunstner og har sin gang på Campus Skolevangen, da Region Nordjylland har sponseret en måneds ophold for at kunne under-

Interaktiv performance kombinerer disse to elementer ved at skabe en oplevelse, hvor publikum ikke blot er passive tilskuere, men aktivt deltager i handlingen. Dette kan ske gennem afstemninger, spørgsmål, fysiske handlinger eller andre former for interaktion (2).

Nu vender jeg tilbage til vores første møde og samtalen om Hildegard af Bingen – om hendes visioner og tanker om sygepleje. Jeg underviser i sygeplejens historie på 4. semester og plejer at starte med at spille musik komponeret af Hildegard af Bingen og vise et af hendes malerier på et dias for at sætte stemningen for det rum/klasseværelse, vi skal være sammen i. Min begrundelse er, at de studerende skal inddrage deres sanser og blive bevidste om de værdier, der er grundlaget for sygeplejefaget igennem tiden. Inga har siden 2020 arbejdet indgående med at mane nonneskikkelsen frem fra glem-slen, så i oktober 2022 beslutter vi os for at omdanne sygeplejerskeuddannelsens færdighedslaboratorium til en fiktiv nonneorden, hvor det offentlige sundheds-

væsen i et affolket landskab er brudt sammen. Dette er en anderledes tilgang til sygeplejens historie, hvor flere interaktive performere vil agere én til én (3). Inga og jeg introducerer til denne installation ved at sige, at nu har de muligheden for at være sanseligt til stede i øjeblikket uden at skulle forholde sig analytisk til det oplevede – de skal kunne "være" i situationen.

En time i den fiktive nonneorden...

Mit 4. semesters hold er delt op i grupper på 2 – 4 studerende, og jeg er med to studerende – vi træder ind i et færdighedslaboratorium, der er helt anderledes, end det plejer at være. Der er et lille forrum, hvor der står et lille bord med en kassettebåndoptager, der spiller musik. Der sidder en nonne/interaktiv performer ved bordet, der lige så stille skriver i sine papirer. Vi bliver budt velkommen af en anden nonne – også interaktiv performer, der kort fortæller om klosterets historie. Hun har et pergamentpapir, som antyder en farvet cirkel. Hun tager olie på sin pegefinger, og med ét toner det flotteste og manganfarvede billede frem. Jeg får lov til at betragte dette, og giver mig tid til at gøre mig klar til at træde ind i det næste rum. Der er et lille farvet forhæng, der adskiller det første rum til det næste. Det er en lang gang med stole, der er placeret ved hver væg. Næst efter stolene er der rulleborde med forskellige ting på – et klæde, en sten, kulørte tallerkener og farvede pergamenttegninger på vinduerne. Der dufter heller ikke af sygehus. Jeg får fornemmelsen af røgelse eller måske stearinlysdufte. Lige så stille indfører hun os i, hvad der skal ske, og mit nervesystem falder til ro, mens vejtrækningen og hjertet finder sin egen rytme. Vi bliver bedt om at sætte os overfor hinanden, og får tildelt forskellige planter og urter. Disse skal vi knuse i mindre stykker og lægge på en tallerken. Nonnen, der giver mig disse planter, ser på mig; og vi fastholder øjenkontakten. Det giver mig en varm følelse indeni, fordi jeg føler mig som en velkommen gæst. Hendes bevægelser er langsomme, og hun sætter sig overfor mig med en forgyldt sten, som ser ud til at være meget tung. Dernæst begynder hun at tale til mi. Hendes sprog og toneleje er varm og anerkendende, og tilskynder mig til at koncentrere mig om planterne. Først kigger jeg på, hvilke planter jeg har fået – det er sommerens blomster, som nu er visne og hårde, og de er nemme at knuse. Jeg dufter til dem, og finder ud af, at de ikke giver så meget duft – alligevel kommer mine minder og erindringer med disse planter frem i min bevidsthed. Næste tanke er varmen og solen, som har varmet min krop mange gange. Da jeg har knust alle planterne, tager jeg lidt af dem op til mit øre for at finde ud af, om de har en lyd – de siger lidt, og igen kommer jeg til at tænke på naturen og alle dens lyde. Hele denne proces gør, at jeg henfalder til en tilstedeværelse, hvor der ikke er krav om at præstere – tanker kommer og går; og jeg føler, jeg er til.

Installationens virkemidler – sanser - rum - objekter – performer

Denne beskrivelse indfanger de første 15 minutter ud af en time af min oplevelse i installationen, hvor færdighedslaboratoriet er omdannet til et anderledes rum med interaktive performere til stede. Her får vi muligheden for at fastholde øjeblikket og komme i kontakt med vores sanser. Her er den interaktive performer katalysator for, at denne transformation sker ved at guide den deltagende sikkert ind i en anden og ofte ukendt verden, og måske hente glemte minder frem. Idet vi træder ind i rummet, aktiveres vores høresans ved at lytte til musik – dernæst åbenbares et flot billede – det vil sige, at vores synssans er i spil og til sidst lugtesansen med de anderledes dufte i luften. Vi bliver bedt om at røre og knuse planter, hvoraf følesansen aktiveres, se foto 1.



Foto 1 – her sidder den enkelte deltager og knuser urter. Foto er fanget af studerende fra Vrå Højskole.

Vores færdighedslaboratorium er helt anderledes indrettet med gardiner; der plejer ikke at være stole opstillet i gangen, og rulleborde har helt andre objekter, end vi ellers bruger - et klæde, en sten, kulørte tallerkener, farvede pergamenttegninger på vinduerne m.m. Vi møder hver især performeren – her nonnen, som er rolig i sine bevægelser; har en behagelig stemmeføring og tone, hvilket gør, at kroppen slapper af, og øjenkontakten gør, at vi har tillid til hende, se foto 2.



Foto 2 – nonnen beder de deltagende om at vælge og røre ved urter. Fotoet er fanget af studerende fra Vrå Højskole.

Nogle af de objekter den interaktive performer kan benytte sig af til at indgå i relationen, kan være forskellige ting – en sten, et tov eller lignende. Her er det planterne og den gyldne sten, der er medvirkende til, at relationen er intensiveres. Nu er det den interaktive performer, der er ansvarlig for at guide os igennem installationen. Det kræver af performeren selv at være sansende til stede og kende til forskellige øvelser til at åbne for den deltagendes univers. Som en studerende siger:

"Man gav sig stille og roligt hen til den her historie, de fortalte med alle sanserne i brug. Det havde nok været lidt noget andet, hvis vi bare skulle kigge hinanden dybt i øjnene..." (3, s. 10).

Foto 3 viser færdighedslaboratoriet omdannet til et nonnekloster. Dagen efter samler vi de studerende, og spørger dem om, hvad de lavede i går, samt hvilke oplevelser de fik med sig. Altså spørgsmål der går på de studerendes sanser og subjektive oplevelser mere end evaluerende spørgsmål i forhold til selve installationen. Denne tilgang med at sætte ord på oplevelsen kan være med til træne evnen til at tale om den tavse viden og intuitionen. F.eks. at de opdager, at vi oplever verdenen forskelligt; vi er alle unikke mennesker med hver vores livshistorie, og at de som sygeplejersker skal kunne rumme patienternes oplevelser og følelser. F.eks. at døden skal håndteres på meget forskellige vis alt afhængig af konteksten. Disse oplevelser kan fæstne sig som minder hos de sygeplejestuderende og være med til styrke deres professionelle relation i sygeplejen.



Foto 3 – Inga Gerner Nielsen i nonneklosteret/færdighedslaboratoriet. Privat foto

Hvad har det ført med sig?

I efteråret 2023 og foråret 2024 har vi afviklet fire workshops af tre timers varighed for vores 1. og 4. semesters studerende med forskelligt indhold. Efteråret 2023 er indholdet for 1. semester, hvordan man indgår i en relation. Denne workshop finder sted i en stor sal umiddelbart før deres første kliniske undervisning, hvor de bl.a. prøver, hvordan det er at føre et andet menneske rundt i et lokale, samt hvilke overvejelser de skal gøre sig, inden de starter, og mens handlingen foregår. Så bytter de roller – denne gang med bind for øjnene, og de må

ikke snakke sammen. Dette for at skabe rum til stilhed; "væren" i rummet og selv erfare kropsligt og sanseligt. Vi taler om objekters betydning for at etablere en relation. Heraf kan de f.eks. være opmærksomme på, hvad patienterne har på deres sengebord – det kan være en avis eller et foto af familien, da disse objekter kan være et godt sted at starte en samtale, da man viser interesse ved at spørge patienten. På 4. semester arbejder vi mere intenst med objekter. Her er vi i et dramalokale med store vinduer og sorte gardiner, der kan trækkes for. Her placerer Inga flere forskellige objekter på gulvet, se foto 4, og instruerer dem i at betragte dem. De skal samle et objekt op fra gulvet og sætte sig et sted i rummet sammen med en medstuderende. De får tid til at se, røre og mærke objektet og lader deres tanker og minder få frit løb.



Foto 4 – de studerende kan tage det objekt, der "taler" til dem. Privat foto.

Dernæst skal de på skift fortælle om deres oplevelse, hvor den andens opgave er at lytte og genfortælle det hørte, se foto 5. Det skærper deres hukommelse og aktive lytning samtidig med, at de værner om den andens livshistorie.



Foto 5 - Vores guide til fortællingen om objektet. Privat foto.

I foråret 2024 har vi forfinet workshoppen på 1. og 4. semester. De foregår i dramalokalet, hvor Inga introducerer, og viser en film fra én af hendes installationer for at give de studerende en fornemmelse af, hvad interaktiv performance er. Dernæst serverer vi rosente til hver en-

kelt, som skal stimulere deres lugtesans. Slutteligt siger vi tak til dem, fordi de vil deltage i workshoppen, og anerkender deres vovemod. Vi henter dem én efter én og beder dem om at vælge et objekt, som er placeret på fire små borde, og gentager forløbet fra efteråret 2023.

Sideløbende med udviklingen af de forskellige tilgange i vores workshop har Inga taget initiativ til projektet og bogen *In the Mirror of Carework*, som er udgivet i september 2023. Her har interaktive performere og lektorer bl.a. beskrevet egne oplevelser og bud på, hvad disse to professioner kan berige hinanden med. Bogen er dedikeret til den energi og omsorg, vi lægger i mødet med det enkelte menneske (4,5,6.). På den ene side af spejlet er sygeplejerskens arbejde med patienten, og på den anden side er performerens arbejde med det enkelte publikum. Det er i krydsfeltet mellem de to professioner, vi kan lære af hinanden og have dialogen og reflektere om at arbejde én til én. I februar 2024 afholder vi et seminar på Campus Skolevangen, hvor vi inviterer alle, der har interesse i at se, hvordan vi arbejder med performance, og kunstnere der fortæller om deres samarbejde/projekter med sundhedsvæsenet i region Nordjylland. Inga er med i et europæisk projekt *Our Circle U* (repræsentanter fra London og Beograd), som er nysgerrige på vores måde at arbejde med performance på i sygeplejerskeuddannelsen. Vi er inviteret til Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery & Palliative Care, Kings College, London, i juni måned i år og muligvis til Beograd i oktober. Det bliver spændende, om vi kan udvikle eller forfine vores tilgang. Lokalt starter vi et valgfrit element på 7. semester i Thisted "Sygepleje gennem fortællinger – at mestre narrativ metode", hvor de studerende er med til at udforske teori og metoder indenfor narrativer og æstetik i håbet om at udvikle og styrke deres kommunikative refleksive og kreative kompetencer. I en artikel fra marts i år i tidsskriftet *Nurse Education Today*, artikuleres det, at kunstinterventioner generelt har en positiv effekt på de studerendes empatiniveau, og muliggør en nuanceret begrebsforståelse af empati, og hvis disse understøttes med faciliteret gruppebase- ret diskussion og/eller refleksion, ser det ud til at have den største effekt (7).

Referencer:

1. Inga Gerner Nielsen <https://www.instagram.com/ingagerner/>
2. Wirth, J. Introduction to interactive performance [Internet] July 29, 2012 [citeret 2. maj 2024] <https://interactiveplaylab.com/about/interactive-playlab/>
3. Zengraff SM. Hvad en hospitalsforestilling fortæller os om sygeplejersker, patienter og meningen med performancekunst. Nordjyske.dk [citeret 27/12/23] Nordjyske.dk Tilgængelig via <https://mo.infomedia.dk/ShowArticle.aspx?Duid=ea086b69&UrlID=61514e26-bc69-425a-a1ba-2e382c291110&Link=>
4. Excerpt from Course Slides: Fra kald til profession – indføring i sygeplejens historie Krogsgaard, H. K., 5 sep. 2023, In the mirror of care work. Nielsen, I. G. & Acs, A. U. (red.). Berlin: Tabloid Press, s. 85 - 90
5. Mirror stories #1 Krogsgaard, H. K. & Björk, J., 5 sep. 2023, In the mirror of care work. Nielsen, I. G. & Acs, A. U. (red.). Berlin: Tabloid Press, s. 29 - 34
6. Apprehending the Sensual in Nursing Practice Krogsgaard, H. K., 5 sep. 2023, In the mirror of care work. Nielsen, I. G. & Acs, A. U. (red.). Berlin: Tabloid Press, s. 129 - 134
7. Levett-Jones T, Brogan E, Debono D, Goodhew M, Govind N, Pich J, River J, Smith J, Sheppard – Lw S, Cant R. Use and effectiveness of the arts for enhancing student's empathy skills: A Mixed methods systematic review. *Nurse Education Today* [citeret 6. maj 2024] 2024(138):1-14. Tilgængelig via: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691724000959>

Studerendes læring af klinisk lederskab

Af: Mille Bugslag, Cand. Cur., Adjunkt, VIA University College, sygeplejerskeuddannelsen og forskningscenter for sundhed og samfund, program for teknologi, metodeudvikling og etik mbja@via.dk

Anne Bendix Andersen, RN, Ph.d., Lektor, VIA University College, sygeplejerskeuddannelsen og forskningscenter for sundhed og samfund, program for teknologi, metodeudvikling og etik. abea@via.dk

Keywords: Klinisk lederskab, læring, praksisfællesskab, praktik

Abstract

Klinisk lederskab er til forhandling i praksis og definatorisk. Dette kan komplicere underviseres tilrettelæggelse af læringsforløb under uddannelsen. Vi har derfor i et litteraturstudie undersøgt, hvordan studerende lærer klinisk lederskab under uddannelse, og hvilke faktorer der har betydning i denne proces. Resultaterne viser, at læringen sker gennem deltagelse i et anerkendende praksisfællesskab med adgang til rollemodeller og kompetent vejledning. Læringen kræver motivation, praksiserfaring og refleksion. Formålet med denne artikel er at præsentere fundene bag litteraturgennemgangen til undervisende sygeplejersker.

Indledning

Klinisk lederskab beskrives som et svar på, hvordan sygeplejersker kan imødekomme de aktuelle forandringer og sundhedspolitiske krav i sundhedsvæsenet (1–4). Derfor har der siden uddannelsesreformen i 2016 været opmærksomhed på at uddanne sygeplejersker, der kan udøve klinisk lederskab (5). I bekendtgørelsen fra 2016 fremgår det, at en uddannet sygeplejerske selvstændigt skal kunne varetage klinisk lederskab (6), og det kan derfor anses som en prioriteret del af uddannelsen og dermed også eksplicit retning for sygeplejefprofessionen. Klinisk lederskab er dog forsat et nyt begreb i Danmark, og ifølge forsker i bl.a. professionsdannelse, Steen Wackerhausen, ændrer fagfællers professionsidentitet sig ikke blot, fordi der sker forandringer i curriculum, da praksis i højere grad er styret af handlingsrutiner end eksplicite principper (7). Det er derfor interessant at se på, hvordan klinisk lederskab som begreb er blevet optaget i professionen. Lektor Tine Glasscock mener, at sygeplejersker altid har udøvet klinisk lederskab, men at det er en underkendt del af praksis (8). Hun mener, at

begrebsliggørelse heraf potentielt kan føre til ny retning for forståelse af sygeplejepsis (8). Klinisk lederskab kan altså ses som et begreb med potentiale til at styrke sygeplejerskens bevidsthed om egen professionspraksis. Der findes en række definitioner, teorier og modeller for klinisk lederskab (1,5,8–11), men der findes endnu ikke en entydig definition (2,9,11). Iflg. lektor Marianne Munksgaard fordrer klinisk lederskab kompetencer, som i høj grad er forment af sociale forhold, individuelle og interpersonelle fortolkninger i den kontekst i praksis det udfolder sig (11), og dette kan sammen med de forskellige beskrivelser af begrebet betyde, at klinisk lederskab kan forstås som et begreb, der fortsat er til forhandling både i praksis og definatorisk. Flere forskere påpeger, at uklare definitioner kan skabe forvirring ift. sygeplejestuderendes (herefter studerende) læring af klinisk lederskab, når undervisning i klinisk lederskab skal planlægges og gennemføres (2,3). En sådan forvirring har forfatterne bag denne artikel selv oplevet blandt kolleger, kliniske vejledere og studerende, og fokus i denne artikel er derfor, hvordan læring af klinisk lederskab fremstilles i litteraturen.

Problemformulering

Hvordan lærer sygeplejestuderende klinisk lederskab, og hvilke faktorer har indvirkning på læreprocessen?

Metode

Litteraturstudiet tager udgangspunkt i Eva Karin Karlsons beskrivelse af litteratursøgningsprocessen (12). Til søgningen er der søgt sparring ved en fagbibliotekar med erfaring inden for søgning af sundhedsfaglig litteratur. Der er søgt på hhv. Cinahl, Medline, Idunn og Den danske forskningsdatabase. I søgeprocessen viste det sig, at klinisk lederskab (clinical leadership) ikke er indekseret som thesaurus. Derfor blev klinisk lederskab søgt som fritekst. I tabel 1 fremgår PICO og søgeord.

PICo	P: Sygeplejerskestuderende	I: Klinisk lederskab	Co: Læring
Søgeord	Student nursing Student knowledge Student experiences Barralaureate	Clinical leadership (fritekst) Clinical competence Professional competence Nursing skills Nursing assessment Nursing judgement (fritekst) Clinical reasoning Nursing interventions Nursing role Nursing care	Learning Learning Methods Education Education, clinical Education, Nursing, practical Peer learning (fritekst) Nursing Knowledge Transfer Perception Clinical learning environment Reflection Practical nursing Experimeneel learning Clinical teaching methods

Boks 1: PICo og søgeord. Der søges med OR mellem synonymer og AND mellem P, I og Co.

Søgningen gav i alt 288 hits. Der fandtes ingen hits på Idunn og Forskningsdatabasen. Af de 288 artikler blev overskrifter gennemlæst, og artikler hvis overskrifter ikke matchede projektets emne blev fravalgt. 58 af artiklernes abstracts blev læst igennem, og heraf blev 22 artikler fundet relevant til fuldtekstlæsning. Efter gennemlæsning viste det sig, at otte artikler havde relevans for projektet, og disse er inkluderet som empirisk materiale (se tabel 2).

Artiklerne blev valgt ud fra in- og eksklusionskriterier, som ses i tabel 3. Der indgår både faglige og videnskabelige artikler.

Forfatter, årstal og titel	Land	Formål	Metode	Resultater
Jack, et al. (2022) Clinical leadership in nursing students: A concept analysis.	United Kingdom, Schweiz, Portugal, Israel, Holland og Sverige	At udarbejde en begrebsanalyse af klinisk lederskab ved sygeplejerskestuderende	Begrebsanalyse	Klinisk lederskab ved sygeplejerskestuderende inkluderer interpersonelle og samarbejds-mæssige kompetencer, at være rollemodel for andre samt at være opdateret på nyeste viden, at være nysgerrig, selvsikker og forandringsagent.
Brown A, Crookes P, Dewing J. (2015) Clinical leadership in pre-registration nursing programmes – an international literature review.	Australien	At undersøge: 1) hvad der vides om curriculum på sygeplejerskeuddannelsen ift. klinisk lederskab 2) hvordan curriculum-indhold bedst organiseres og leveres i sygeplejerskeuddannelsen for at maksimere udvikling af kompetencer i klinisk lederskab hos sygeplejerskestuderende.	Litteraturreview	Der er publiceret sparsom litteratur om læring af klinisk lederskab på sygeplejerskeuddannelser. Der er behov for videre udvikling af pædagogiske tilgange. Klinisk praksis spiller en stor rolle for at sygeplejerskestuderende kan udvikle færdigheder i relation til klinisk lederskab.
Pepin J et al. (2010) A cognitive learning model of clinical nursing leadership	Canada	At udvikle en kognitiv læringsmodel for læring af kompetencer i klinisk lederskab fra starten af sygeplejerskeuddannelsen og frem mod kompetent niveau.	Fortolkende fænomenologi, individuelle interviews Kohortestudie	Læring af klinisk lederskab sker gennem en stadiervis udvikling; fra først at blive bedst om klinisk lederskab i sygeplejen frem mod at udøve klinisk lederskab på et udvidet organisatorisk niveau

Lekan et al. (2011) Clinical Leadership Development Accelerated Baccalaureate Nursing Students: An Education Innovation	North Carolina, USA	At beskrive udviklingen og implementeringen af en innovativ uddannelsesmodel som integrerer multiple dimensioner af at blive klar til sygeplejepspraksis, herunder færdigheder i relation til klinisk lederskab.	Multi-method design: Kritisk samfunds-teoretisk perspektiv på curriculum	Den innovative uddannelsesmodel forbedrer studerendes sygeplejefaglige viden og øger deres parathed i relation til læring af klinisk lederskab i praksis.
Brown A, Dewing J, Crookes P. (2015) Clinical leadership as an integral curriculum thread in pre-registration nursing programmes	Australien	At beskrive en kvalitativ evaluering af en sammenkonstrueret uddannelsesmæssig intervention om klinisk lederskab, der er udviklet til 1. års studerende på sygeplejerskeuddannelsen.	Kvalitativt deskriptivt studie	Det anbefales at integrere kritisk social teori som en transformativ og emancipatorisk støtte til udvikling af klinisk lederskab hos sygeplejerskestuderende. Klinisk lederskab bør læres i klinisk praksis.
Démeh W, & Rosengren K. (2015) The visualisation of clinical leadership in the content of nursing education—A qualitative study of nursing students' experiences	Sverige og Jordan	At beskrive studerendes oplevelse af klinisk lederskab gennem deres sidste år af uddannelsen.	Konstruktivistisk tilgang, fokusgruppeinterview	Klinisk lederskab er en øjenåbner for studerendes blik på sygeplejefaget, og her spiller rollemodeller en vigtig funktion. Læring af klinisk lederskab medvirker til at understøtte den transition studerende oplever når de overgår til at blive registreret sygeplejerske.
Ha L. & Pepin J. (2018) Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing students: A qualitative evaluation	Canada	At rapportere om en kvalitativ evaluering af en uddannelsesmæssig intervention om klinisk lederskab, der er udviklet til 1. års studerende på sygeplejerskeuddannelsen.	Præsentation af forskningsprojekt	Tre interventioner understøtter studerendes læring af kompetencer i klinisk lederskab; 1. visuelle eksempler 2. observation af rollemodeller 3. diskussioner med medstuderende i små grupper
Leigh J, Littlewood L, Lyons G. (2019) Reflection on creating a coaching approach to student nurse clinical leadership development.	Storbritannien	At give personlige perspektiver på hvordan samarbejdet mellem uddannelse på skole og i klinisk praksis kan udvikle, implementere og evaluere et coachingprogram til sygeplejerskestuderende i relation til udvikling af klinisk lederskab og peerlearning.		For at fremme læring af kompetencer i klinisk lederskab formodes det, at studerende har brug for coaching fra kompetente sygeplejersker fra klinisk praksis og akademikere fra universitetet. Samarbejde mellem disse anses som en vigtig forudsætning.

Boks 2: Oversigt over inkluderede artikler

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Artikler fra 2010-2023 Sprog: Engelsk, Norsk, Svensk, Dansk Fokus på studerende eller nyuddannede sygeplejersker. Fokus på læring i relation til klinisk lederskab	Manglende fokus på uddannelse og læring i relation til klinisk lederskab Sygeplejersker med flere års erfaring, kliniske sygeplejespecialister, APN-sygeplejersker, afdelingssygeplejersker, sygeplejersker med Ph.d., forskere Andre professioner Ikke dansk-sammenlignelige lande

Boks 3: In- og eksklusionskriterier for litteratursøgning

Analyse af det empiriske materiale

Forfatterne har anvendt tekstanalyse inspireret af Leif Becker Jensen (13). Baggrunden for dette er, at vi ønsker at *afdække*, hvad litteraturen beskriver om læring af klinisk lederskab, og hvilke faktorer der har betydning herfor. I analyseprocessen var der fokus på indhold i de valgte tekster. Becker Jensen anbefaler, at artiklerne i første omgang læses igennem for at opnå en overordnet forståelse af deres beskrivelser af læring af klinisk lederskab (13), hvilket er efterkommet. Derefter er teksterne blevet *opløst* i mindre dele med fokus på de elementer, der var væsentlige for projektets omdrejningspunkt. Slutteligt har forfatterne samlet delene til en ny helhed, som danner en nuanceret fremstilling af forståelser af læring af klinisk lederskab og faktorer med betydning herfor. I analyseprocessen har der været åbenhed over for nye måder at forstå læring af klinisk lederskab på, når vi har arbejdet i en vekselvirkning mellem helhedsforståelse og dybere forståelser af dele af teksterne.

Fund

Analysen resulterede i to overordnede temaer og fire undertemaer:

- **Udvikling af kompetencer**
- **Faktorer med betydning for udvikling af kompetencer**
 - læringsmiljø
 - adgang til rollemodeller
 - adgang til kompetent vejledning og
 - studerendes motivation

Udvikling af kompetencer

Der findes sparsom viden om, hvordan klinisk lederskab læres, men flere forskere peger på, at klinisk lederskab er kompetencer, der udvikles over tid, når studerende danner sig erfaringer i og med praksis (3,14,15). Pepin et al. har udviklet en kognitiv læringsmodel, der viser, at læringen sker gennem en stadietvise udvikling via iagttagelse og internalisering af sygeplejerskers ageren i praksis (14). Studerende går fra at blive bevidst om klinisk lederskab, til at øve sig og opnå erfaring og dernæst bevæge sig mod et kompetent og organisatorisk niveau af klinisk lederskab efter endt uddannelse (14).

I litteraturen peges på forskellige læringsteoretiske tilgange afhængigt af, hvilken definition på klinisk lederskab der anvendes. Lekan et al. finder, at udgangspunkt for læring af klinisk lederskab er 'learning by doing' og dermed eksperimentel læring (15), mens Brown et al. anbefaler "(...) an integral curriculum thread supported by critical social theory that is transformative and emancipatory (...)", når de beskriver, hvordan de mener, at studerende lærer at lede sig selv (16). Både Lekan et al. og Brown et al. peger på erfaringsdannelse som en forudsætning for læring, og tilføjer, at dette bør kom-

bineres med refleksion (15,16). Det kliniske lederskab fremstilles altså som kompetencer, der udvikles efterhånden, som studerende observerer, øver sig og opnår erfaringer i praksis og reflekterer herover.

Faktorer med betydning for udvikling af kompetencer

I litteraturen peges på flere faktorer som betydningsfulde, når studerende skal lære klinisk lederskab, herunder et trygt læringsmiljø med adgang til rollemodeller samt kompetent vejledning. Derudover beskrives studerendes motivation som en central faktor.

Læringsmiljøet

Flere forskere finder, at klinisk lederskab fortrinsvis skal læres i autentiske praksissituationer i klinisk praksis (2,3,14,17):

"The one consistent message that did emerge was that experience in clinical practice had a role in the development of clinical leadership (...)" (3).

Af befordrende faktorer i det kliniske læringsmiljø finder Jack et al. en kultur, hvor studerende føler sig velkomne og som del af et anerkendende læringsfællesskab, hvor autonom læring er muligt (2). Démeh & Rosengren fremhæver, at de studerende peger på, at "(...) *clinical leadership should be practiced, not only observed, to improve the quality of care*" (17). Jack et al. fremhæver dog, at en travl hverdag kan forhindre mulighed for læring, fordi det kan føre til, at der er sparsom tid til, at fagfæller kan lære fra sig (2). Derudover finder Ha & Pepin samt Brown et al., at refleksion over praksis også kan foregå i klasserummet f.eks. ved at se videoklip fra praksis og tale om egne erfaringer (3,18). Når studerende skal lære klinisk lederskab, anses et trygt læringsmiljø altså som betydningsfuldt. Læringsmiljøet bør rumme mulighed for gradvis udvikling af selvstændighed i udførelsen af sygepleje gennem praktiske handlinger og refleksion.

Adgang til rollemodeller

Adgang til rollemodeller fremhæves som en vigtig faktor i læringsmiljøet, da læring sker igennem iagttagelse, senere adoption og internalisering af adfærd (2,14,17,18). Ha & Pepin finder f.eks., at studerende i højere grad har brug for konkrete repræsentationer end teoretiske fremstillinger af sygeplejerskens rolle for at kunne se sig selv i rollen og imitere udøvelse af klinisk lederskab (18). Ifølge Démeh & Rosengren beskriver studerende, at: *"A role model was described by the students as someone who shapes the experience about nursing as a profession into the transition to be a registered nurse"* (17). Rollemodellerne fremhæves i litteraturen som personer med mellem menneskelige, kommunikative, refleksive og samarbejds mæssige kompetencer (2,14,17). Derudover beskriver Jack et al. rollemodellerne som erfarne

sygeplejersker, der kan agere mentor for andre, udvise stolthed over deres arbejde og agerer med personlig integritet (2). Samtidig viser Jack et al., at *"Negative role modelling leads to a perpetuation of poor standards of care and students becoming disillusioned about their role"* (2), hvilket potentielt kan få konsekvenser for de studerendes forståelse af, hvad sygeplejepraksis er og fordrer (2). I praksislæring anses kompetente rollemodeller dermed som særligt betydningsfulde, når studerende skal lære klinisk lederskab, fordi deres adfærd har betydning for studerendes fremtidige ageren og syn på professionen.

Adgang til kompetent støtte og vejledning

Démeh og Rosengren finder, at kompetent støtte og vejledning fra en vejleder, der er fagligt dygtig og i stand til at overføre sin teoretiske viden til praksissituationer, er befordrende for læring (17). Udover at den kliniske vejleder selv kan agere rollemodel, og er dygtig til at udøve klinisk lederskab, fremhæves det, at kliniske vejledere bør være uddannede vejledere, fordi det kræver viden og kompetencer inden for kontinuerlig vejledning, feedback, mentoring, coaching og/eller supervision for at vurdere studerendes læringsbehov i praksis (2,14,15,17,19). Eksempelvis beskriver Leigh et al., at den kliniske vejleder i særdeleshed bør understøtte studerendes engagement i egen læreproces: *"The role of a practice supervisor, is to: role model and facilitate student learning through independent participation; raise and respond to competency and conduct concerns"* (19). Jack et al. finder i modsætning hertil, at utilstrækkelig støtte undervejs i læringsforløbet, kan medføre usikkerhed i relation til læring af klinisk lederskab og at se sig selv i professionen (2). Kliniske vejledere har altså en vigtig rolle i relation til understøttelse af studerendes læring af klinisk lederskab. Udover selv at agere kompetent rollemodel fremhæves pædagogiske kompetencer som væsentlige for at understøtte studerendes læring.

Studerendes motivation

Brown et al. finder det essentielt for læring af klinisk lederskab, at studerende er personligt engageret og motiveret for at arbejde med udvikling af egen professionsidentitet. De finder, at det er betydningsfuldt, at studerende er parate til at udvikle personlige kompetencer, samarbejdsrelationer, kommunikation og evne til at forholde sig kritisk til sig selv som person og professionel (16). Lekan et al. finder, at studerendes tro på egne evner ift. at udføre aktiviteter er af væsentlig betydning for, hvordan og om læring af klinisk lederskab lykkes (15). Læring af klinisk lederskab kræver motivation for at udvikle egen professionelle identitet, og er således vigtig for læreprocessen.

Diskussion

Fokus i denne artikel er at undersøge, hvordan studerende lærer klinisk lederskab, og hvilke faktorer der har betydning herfor. Resultaterne viser, at klinisk lederskab er kompetencer, der udvikles over tid fra starten af uddannelsen, frem mod et mere kompetent niveau i løbet af uddannelsen og senere som erfaren sygeplejerske. Af betydningsfulde faktorer for læringen fremhæves, at studerende deltager i virkelige praksissituationer i et trykt og anerkendende læringsmiljø med adgang til rollemodeller og kompetent vejledning. Derudover viser resultaterne, at studerendes motivation for at arbejde med egen professionsidentitet er betydningsfuld.

I analysen fremgik det, at studerende lærer klinisk lederskab gennem en trinvis udvikling af kompetencer. En teori der kan underbygge denne forståelse, er sygeplejeforsker Patricia Benners teori *Fra novice til ekspert*, som har fokus på sygeplejerskers udvikling af praktisk kundskab og klinisk dygtighed (20). Både Benner og Pepin et al. finder, at kompetencerne udvikles fra bevidst ageren frem mod en mere ubevidst ageren i praksis (14,20). I både Benners teori og analysen ses, at udvikling af kompetencer sker gennem iagttagelse af andre professionsudøvere ved deltagelse i praksis og refleksion over egne erfaringer (2,14,16,17,20). Det samme peger Wackerhausen på, når han pointerer, at den professionelle identitet udvikles ved at træde de erfarne praksisudøveres veletablerede stier og tilpasse sig professionens tænkemåde, sprog og rutiner (7). En læringsteori der kan understøtte dette læringsyn, er Lave og Wengers teori om situeret læring, der beskriver, at novicens udvikling af kompetencer sker gennem deltagelse i praksisfællesskaber (21). I analysen fremgik det, at studerende, for at udvikle kompetencer inden for klinisk lederskab, skal indgå i et trykt og anerkendende læringsmiljø. I denne forbindelse taler Lave og Wenger om legitim perifer deltagelse, som refererer til den læreproces, hvormed novicer udvikler sig til at opnå fuld deltagelse i praksisfællesskabet (21). Set i lyset af dette perspektiv bør studerende anses som legitime tilhører i praksis under deres praktikforløb for at kunne udvikle kompetencer. Iflg. Lave og Wenger udvikler den studerende sig til at være legitim deltager i praksisfællesskabet, når denne opnår praktiske, sociale og kulturelle færdigheder (21). Dette er i tråd med de studerendes eget perspektiv på læring, når de fremhæver, at de har brug for at udøve og øve sig og ikke blot iagttage klinisk lederskab som passive deltagere af praksisfællesskabet (17). I en undersøgelse blandt danske studerende, påpeges det tilmed som centralt for læring, at de bliver betragtet som fremtidige kolleger, når de er i praktik (22). Wackerhausen fremhæver ligeledes oplevelsen af at være "en af vores slags", som en underforstået forpligtelse for studerende og samtidig en vigtig faktor for

dannelse (7). Den kliniske del af sygeplejerskeuddannelsen ser altså ud til at have et stort potentiale for studerendes læring af klinisk lederskab, men som analysen viser, stiller det store krav til praksis, sygeplejerskerne og kliniske vejledere at understøtte denne læring.

Spørgsmålet er dog, om det altid er hensigtsmæssigt at lade studerende "kopiere" den adfærd og de vaner, de møder i deres praktik? Analysen viser, at det fordrer læringen, at sygeplejersker i praksis kan agere kompetente rollemodeller, facilitere kompetent vejledning og er villige til at invitere studerende ind i deres praksisfællesskab. Jack et al. fandt, at en travl hverdag kan være til hinder for et godt læringsmiljø, da fagfæller da vil have sparsom tid til at være imødekomende og kunne lære fra sig (2). I Danmark er der aktuelt personalemangel og travlhed i sundhedsvæsenet, og sygeplejersker oplever ressourcerne som knappe (23). En undersøgelse af Dansk Sygeplejeråd viser, at fire ud af ti sygeplejersker har oplevet situationer inden for det sidste år, hvor travlhed eller underbemanding har ført til alvorlige utilsigtede hændelser (24). Derudover er kliniske vejledere aktuelt pressede flere steder i sundhedsvæsenet pga. mangel på vejledere, og fordi de ikke kan undværes i den daglige drift (25). Ifølge forkvinden for Dansk Sygeplejeråd, Dorte Boe Danbjørg, skaber det konsekvenser for kvaliteten af de studerendes uddannelse i praksis, når de kliniske vejledere mangler tid og rum til at vejlede dem (25). Derudover finder Susanne Friis Søndergaard et al., at læringsmiljøet i praksis har ændret sig i takt med, at patientstuer i dag i højere grad på danske sygehuse er indrettet med ensengsstuer (26). Dette medfører, at sygeplejersker og studerende i højere grad udfører opgaver alene, fordi patientens privatliv på enestuen prioriteres højere end refleksioner i praksissituationen. Det kan f.eks. betyde, at studerende internaliserer en opgavefokuseret sygepleje frem for en helhedsorienteret sygepleje. Undersøgelsen viser også, at faglig sparring og refleksion i højere grad bliver den studerendes eget ansvar (26). Dette kan anses som problematisk for læring af klinisk lederskab, da vores litteraturstudie viser, at studerende har brug for vejledning undervejs i deres proces, hvis de skal lære klinisk lederskab og opleve et positivt syn på fremtidig professionsudøvelse. Med de politiske krav til sygeplejerskers kompetencer i praksis bør sygeplejerskeuddannelsen derfor have opmærksomhed på, hvordan rammer og vilkår i sundhedsvæsenet påvirker studerendes mulighed for at lære klinisk lederskab.

Konklusion

Vores undersøgelse viser, at studerende fortrinsvis lærer klinisk lederskab gennem deltagelse i et praksisfællesskab, som har et trygt og anerkendende læringsmiljø, og hvor der er adgang til kompetente rollemodeller,

støtte og vejledning. I praksis har det betydning, hvilken kultur og hvilke rollemodeller de studerende iagttager i praksis, da dette har indvirkning på de tænke måder, sprog og rutiner studerende internaliserer til deres fremtidige kliniske lederskab. Netop derfor må de aktuelle udfordringer i sundhedsvæsenet tages i betragtning, når der skal ses nærmere på, hvordan det er muligt at tilrettelægge fremtidige læringsforløb, hvor læring af klinisk lederskab er i fokus.

Referencer:

1. Kirkevoold M. Hvad er sygeplejens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen? [Internet]. Dansk sygeplejeråd. 2014. Tilgængelig hos: https://dsr.dk/sites/default/files/1/sygepleje_og_sygeplejerskens_rolle_i_dagens_og_fremtidens_sundhedsvaesen.pdf
2. Jack K, Bianchi M, Costa RDP, Grinberg K, Harnett G, Luiking ML, m.fl. Clinical leadership in nursing students: A concept analysis. *Nurse Educ Today*. januar 2022;108:N.PAG-N.PAG.
3. Brown A, Crookes P, Dewing J. Clinical leadership in pre-registration nursing programmes – an international literature review. *Contemp Nurse J Aust Nurs Prof*. august 2015;51(1):39–55.
4. Dau S, Nielsby U, Petersen JN, redaktører. *Klinisk lederskab: en grundbog i sygeplejen*. 2. udgave. Kbh.: FADL; 2023. 397 sider. (Uddannelse - klinik - viden).
5. Haase K, Barbesgaard H, Hjortsø M, Andersen JF, Kappel N. Nye begreber i sygeplejerskeuddannelsen: klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab. *Uddann Online* [Internet]. 2016;27(3). Tilgængelig hos: https://dsr.dk/sites/default/files/2339/uddannelsesnyt_3_2016.pdf
6. Uddannelses- og forskningsministeriet 2016. Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje. BEK nr. 804 jun 17, 2016.
7. Wackerhausen S. Humanisme, professionsidentitet og uddannelse - i sundhedsområdet. Kbh.: Hans Reitzel; 2002. 94 sider.
8. Glasscock T. Klinisk lederskab i sygeplejen. I: *At lede sygepleje - sygeplejerskens virksomhedsområde*. 2. udgave. Kbh.: Gad; 2019. s. 40.
9. Dau S, Nielsby U. Klinisk lederskab - en kompleks og multidimensionel størrelse. I: Dau S, Nielsby U, Petersen JN, redaktører. *Klinisk lederskab: en grundbog i sygeplejen*. 2. udgave. Kbh.: FADL; 2023. (Uddannelse - klinik - viden).
10. Tvistholm N, Larsen NS. Klinisk lederskab. I: Jastrup S, Helving Rasmussen D, redaktører. *Klinik: grund-*

bog i sygepleje. 3. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2023. (Grundbog i sygepleje).

11. Munksgaard ME. Klinisk lederskab. I: Hundborg S, redaktør. Sundhedsvæsenet under forandring. 1. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2018.
12. Karlsson, Eva Karin M. Informationssøgning. I: Henricson, M Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. 2. udgave. Kbh: Munksgaard; 2018.
13. Becker Jensen L. Indføring i tekstanalyse. 2. [i. e. ny] udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2011.
14. Pepin J, Dubois S, Girard F, Tardif J, Ha L. A cognitive learning model of clinical nursing leadership. Nurse Educ Today. april 2011;31(3):268–73.
15. Lekan DA, Corazzini KN, Gilliss CL, Bailey Jr Donald E. Clinical Leadership Development Accelerated Baccalaureate Nursing Students: An Education Innovation. J Prof Nurs. 7. august 2011;27(4):202–14.
16. Brown A, Dewing J, Crookes P. Clinical leadership as an integral curriculum thread in pre-registration nursing programmes. Nurse Educ Today. marts 2016;38:9–14.
17. Démeh W, Rosengren K. The visualisation of clinical leadership in the content of nursing education—A qualitative study of nursing students' experiences. Nurse Educ Today. juli 2015;35(7):888–93.
18. Ha L, Pepin J. Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing students: A qualitative evaluation. Nurse Educ Pract. september 2018;32:37–43.
19. Leigh J, Littlewood L, Lyons G. Reflection on creating a coaching approach to student nurse clinical leadership development. Br J Nurs. 26. september 2019;28(17):1124–8.
20. Benner P. Fra novice til ekspert : mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejeps. 2. udgave. Kbh: Munksgaard; 2013. (Sygeplejeteorier).
21. Lave J, Wenger E. Situeret læring - og andre tekster. Kbh: Hans Reitzel; 2003.
22. Sommer C. Praktikstedet, der har det hele. Sygeplejersken. 2019;2019(1):56–7.
23. Pilgaard A. A4medier. 2021 [henvist 4. august 2023]. Sygeplejerskerne: Dårlig løn og arbejdspress fører i værste fald til død på sygehusene. Tilgængelig hos: <https://www.a4medier.dk/aktuelt/artikel/travlhed-og-daarlig-loen-rammer-ogsaa-patienterne>
24. Dansk Sygeplejeråd. DSR. 2021 [henvist 4. august 2023]. Sygeplejerskers vurdering af konsekvenser ved travlhed og underbemanding. Tilgængelig hos:

<https://dsr.dk/media/sn2ju5b2/notat-sygeplejerskers-vurdering-af-konsekvenserne-ved-travlhed-og-underbemanding-oktober-2021-2021.pdf>

25. Sommer C. Kliniske vejledere i en presset hverdag. Sygeplejersken. 2022;2022(2):27.
26. Søndergaard SF, Frederiksen K, Andersen AB. Learning by chance. Student nurses' conditions for learning in single-room hospital design. A realistic evaluation. Nurse Educ Pract. 2023;70:103651–103651.

Bachelorprojekt udformet som en videnskabelig artikel

I forlængelse af artiklen "Tillykke! Det blev et menneske - Undervisning i medfødte variationer i køns karakteristika" af Nielsen, Andreasen og Evron, har vi i dette blad plads til at bringe et eksempel på et bachelorprojekt, der har arbejdet med kønsidentitetsforhold afgrænset til transpersoner, der har gennemgået et kønsmodificerende behandlingsforløb.

Samtidig er det et eksempel på et bachelorprojekt skrevet som en videnskabelig artikel, hvor der i bedømmelsen er indgået supplerende materiale.

Det supplerende materiale bestod af 15 siders uddybninger af problembaggrund, metode, litteratursøgning, teoretisk ramme, metodediskussion og perspektivering, som ikke bringes her i bladet.

Som vejleder på flere bachelorprojekter udformet som videnskabelige artikler, er det min erfaring, at det kræver meget selvstændige og ambitiøse studerende, som formår at navigere i to dokumenter samtidigt. Det er også en sjov og udfordrende proces som vejleder. Så hermed lidt inspiration.

God læselyst med artiklen, som du finder på de næstekommende sider.

Med venlig hilsen
Helle E. Andersen

Transpersoners oplevelser i et kønsmodificerende behandlingsforløb

Af: Majbritt Balder Hansen, Sygeplejerske, Odense Universitetshospital, afd. S. MajbrittHansen@hotmail.dk
Helle Elisabeth Andersen, Lektor, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole hean@ucl.dk

Keywords: Gender Modification, Health Services for Transgender Persons, Health Personnel, Qualitative Research, Reflective Lifeworld Studie, Sex Reassignment Procedures, Social Stigma, Transgender Persons.

Abstract

An increasing number of transgender individuals seek gender reassignment treatment. Healthcare professionals often adhere to a binary understanding of gender, which can lead to inappropriate and discriminatory behavior towards patients. In response, a new Danish guide embracing a nonbinary gender perspective was introduced in 2017 and reevaluated in 2018. This study aims to explore the experiences of transgender individuals undergoing gender-modifying treatment within the healthcare system. Methodologically, the study is inspired by Reflective Lifeworld Research with descriptive analysis of semi-structured, in-depth interviews conducted with two transgender persons. The findings indicate that while transgender individuals generally have positive encounters with healthcare professionals, they feel insufficiently supported and guided regarding the psychosocial and sexual challenges arising from both the treatment process and gender incongruence.

Indledning

I Danmark er ca. 0,5 - to % af befolkningen transpersoner, og incidensen er fortsat stigende især blandt unge <30 (1). Antallet af ansøgere til kønsmodificerende behandling er mere end fordoblet inden for det sidste årti, hvor antallet af ansøgere ellers har ligget stabilt (1). I Danmark findes der kun to køn, og disse køn opdeler vi i forskellige sociale situationer. Flere sygehuse i Danmark har f.eks. "klinik for kvindesygdomme" og kønsopdelte stuer. Adfærds- og udseendemæssigt er der normer for mænd og kvinder. Handlemønstre, værdier, karrierevalg mm. er forudbestemt, og hvis du ikke gør,

som dit køn tilskriver, kan samfundet ikke respektere dig (2). Denne binære kønsforståelse og vurdering af, hvad du gør som køn, ses også i sundhedsvæsnets (2-4). Hvis f.eks. en transmand ikke ligner en "rigtig kvinde", kan det være svært for sundhedspersonale med en binær kønsforståelse at identificere personen som et værdigt individ (2,3). Sundhedspersonalets logik og måde at se verden på kommer bl.a. fra deres personlige erfaringer, og hvordan de bliver skolet. Sundhedspersonale undervises i, at der er forskel på mænd og kvinders sygdomsbillede og adfærd, men der tilskrives ingen undervisning i et nonbinært kønssyn (2). Megen sundhedspersonale mener, at kønsinkongruens burde aftabuiseres (5). Desværre er der berøringsangst for at tale med patienterne om deres kønsidentitet, da italesættelsen konfronterer sundhedspersonalet med egen uvidenhed og ringe kompetence i mødet med personer med kønsinkongruens. Specielt transpersoners seksuelle problemstillinger er uhåndgribelige, hvis sundhedspersonalet er forvirret over patientens kønsidentitet (5). Det er svært at finde viden, råd og vejledning inden for området, hvorfor transpersoner selv underviser og vejleder sundhedspersonalet, hvilket kan synes urimeligt (3,7). Upassende spørgsmål kan opstå som et akavet forsøg på at udvise empati eller via dataindsamling med dårlig transparens ift. spørgsmålenes formål (3,8). De upassende spørgsmål kan også ligge til grund for sundhedspersonalets egen personlige nysgerrighed (3). Transpersoner føler sig ikke imødekommet eller taget alvorligt, hvis de skal forsvare deres kønsidentitet overfor sundhedspersonaler med en binær kønsforståelse (4,7). De kan opleve grænseoverskridende kommentarer eller spørgsmål om deres udseende og kønsorganer. De kan opleve ikke at blive genkendt, tiltalt med forkert pronomen eller navn (4,7). Dette medfører frustration, utilpashed, belastning og nervøsitet i mødet med sundhedspersonalet og medfører misforståelser, ringe kommunikation, stor mistillid og dårlig kvalitet af sundhedsydelser for transpersoner (5). Der ses stor uvidenhed i sundhedsvæsnets om transpersoners kroppe og mulige komplikationer eller

interaktioner ved kønsmodificerende behandling (4,7). Transpersoner føler ofte, de skal være specialist i egen behandling. De kan være tilbageholdne med at kontakte sundhedsvæsenet, og finder i stedet kønsmodificerende råd igennem YouTubers, tager hormoner eller får lavet kirurgiske indgreb uden om det danske sundhedsvæsen (4,7).

I 2017 udkom en ny dansk vejledning til sundhedsfaglig hjælp ved forhold i kønsidentiteten (7). Denne lægger op til en nonbinær kønsforståelse, hvor det er op til patienten selv at vurdere, hvilke kønsudtryk der giver kongruens. Tidligere var det en psykiaters vurdering, om transpersonen levede op til det ønskede køns normer, hvilket kunne give årelange og diskriminerende udredningsforløb (11,12). I 2018 blev vejledningen revurderet til den nuværende og gældende vejledning (10), hvor en speciallæge i gynækologi eller endokrinologi er tovholder for den kønskorrigerende behandling. Transpersonerne har større forventninger til sundhedspersonalets viden og kompetencer indenfor kønsinkongruens i disse specialer (3,7).

Formålet med nærværende undersøgelse er at beskrive fænomenet *'transpersoners oplevelser i mødet med sundhedspersonale i det kønsmodificerende behandlingsforløb, under den nuværende vejledning fra 2018, som lægger op til en nonbinær kønsforståelse'*.

Metode

Undersøgelsen anvender en kvalitativ metode med interview som design, da der ønskes indsigt i, hvordan fænomenet *'mødet med sundhedspersonalet i det kønsmodificerende behandlingsforløb under nuværende vejledning fra 2018'*, opleves i transpersoners livsverden. Undersøgelsen anvender COREQ-tjeklisten (11).

Videnskabsteoretisk afsæt

Undersøgelsens metodologiske afsæt er inspireret af Reflective Lifeworld Research (RLR), som forener de fænomenologiske og hermeneutiske traditioner som en tredje vej (12). Med inspiration fra bl.a. Edmund Husserl, Maurice Merleau-Ponty og Hans-Georg Gadamer er det centrale i RLR, livsverdenen, som er det dynamiske, levende liv og vores opfattelse af verden. I RLR kan man ikke skille subjektivitet fra objektivitet, da vi som subjekter altid er en del af en fælles objektiv verden (12). Intersubjektiviteten skabes i fællesskab med andre gennem normer, traditioner, værdier og sprogbrug der altid påvirker den private livsverden. RLR fokuserer på bevægeligheden mellem det objektive og subjektive, for at forstå fænomenets dimensioner. Vi har altid en naturlig indstilling baseret på vores viden og erfaringer i livet, hvor vi tager fænomener for givet. I RLR bevæger man sig via "bridling" fra den naturlige indstilling til en

videnskabelig indstilling for at afsløre betydningsfulde elementer af fænomenet. Den videnskabelige indstilling indtages ved at bridle/tøjle den naturlige indstilling og tilbageholde helhedsopfattelsen med en nysgerrig og undersøgende tilgang. Åbenhed er essentiel i RLR, hvorfor man skal reflektere over sin egen åbenhed og forforståelsens indflydelse på undersøgelsen. Den reflekterende tilgang sikrer, at der ikke drages for hastige konklusioner, og giver plads til, at fænomenets essentielle mening træder frem (12).

Informanter

To transpersoner over 18 år, der havde påbegyndt det kønsmodificerende behandlingsforløb i Danmark efter 2018, og som havde overskud til et personligt og dybdegående interview, blev inkluderet i undersøgelsen. Informanter blev fundet via Facebookopslag på førstefatterens egen Facebookside og i relevante LGBT-grupper. En transmand i 20'erne og en transkvinde i 60'erne, som begge opfyldte kriterierne, henvendte sig, og blev inkluderet. De omtales "A" og "B" i undersøgelsen.

Interview

Empirigenereringen skete igennem semistrukturerede dybdegående livsverden-interviews (13) udført af førsteforfatter. Informanterne var medbestemmende ift. udvælgelse af lokation. Det ene interview blev foretaget online via Zoom med video, og det andet i informantens eget hjem. Interviewene varede henholdsvis 65 og 97 minutter. Der blev forberedt en interviewguide med meget åbne spørgsmål for at få informanten til at beskrive oplevelser relateret til fænomenet (13, 14). For at undgå fokus på det negative, blev der spurgt ind til både positive og negative oplevelser med sundhedspersonalet. Der blev planlagt åbne og neutrale hjælpespørgsmål for at øge dybden af beskrivelserne (14).

Førsteforfatter har tidligere arbejdet på et tværfagligt innovativt projekt, hvor der blev produceret tre tegneseriestriber (billede 1) for at øge opmærksomheden på transpersonernes oplevelser i sundhedsvæsenet. Tegneserierne blev vist under interviewet for åbenhed om genkendelige oplevelser. Interviewene blev lydoptaget og transskriberet ordret af førsteforfatteren med nonverbal information for bedre helhedsopfattelse.

Etiske overvejelser

Undersøgelsen er udarbejdet efter Helsinkideklarationen (15), og overholder databeskyttelsesloven (16). Der blev anonymiseret, indhentet informeret skriftligt og mundtligt samtykke samt oplyst om formål og rettighederne for tilbagetrækning af samtykke. Der blev taget højde for at interviewets dybde kunne give følelsesmæssige reaktioner, hvilket informanterne blev

Den transkønnede til konsultation hos sygeplejersken



Den transkønnede til konsultation hos ergoterapeuten



Den transkønnede skal have foretaget EKG af bioanalytiker



Billede 1. Tegneseriestriber

informeret om før interviewet. Efter interviewet blev der spurgt ind til informantens oplevelse af interviewet.

Analysemetode

Der anvendtes en beskrivende RLR-analyse ud fra transkriptionerne (17). Analysen er meningsorienteret, hvor målet er at beskrive fænomenets essentielle mening og de tilhørende konstituer. Transkriptionerne blev læst igennem flere gange for at danne en helhedsforståelse, og betydningsfulde meningsenheder blev manuelt klippet ud af teksten. Meningsenheder, der associerede sig med hinanden, blev samlet i midlertidige klynger, som senere blev sat sammen i konstituer. Resultatet

blev fire konstituer med 46 klynger skrevet ind i en tabel for bedre overblik før beskrivelsen. Beskrivelsen af fænomenets essentielle mening blev løbende drøftet med andenforfatteren (se tabel 1). Betydningsdannelsen blev under hele processen tøjet ved at være åben og reflekterende over, hvordan betydningerne opstod. For at bevare en åben, spørgende og nysgerrig tilgang blev alt, der havde betydning for informanten, medtaget som meningsenheder også selvom det ikke direkte omhandlede den kønsmodificerende behandling.

Betydningsfulde meningsenheder	Klynger	Konstituent	Fænomenets essentielle mening
A: Ja altså jeg hader dem [bryster] fuldstændig, men det der.. Jeg føler bare at de altså.. de hører slet ikke til, synes jeg.	Dysfori	Det handler meget om krop og udseende for transpersoner og sundhedspersonale	Jeg vil bare gerne være et helt almindeligt menneske
B: Sådan er det for mange transpersoner. De føler sig helt forkerte, og man kommer jo nok heller ikke til at se godt ud og sådan noget. Nej, det gør du nærmest ikke. Så er det sagt.	Kroppen og dens udseende		

Tabel 1. Eksempel på analyseproces

Fund

Her præsenteres fænomenets essentielle mening "jeg vil bare gerne være et helt almindeligt menneske", hvorefter de fire tilhørende konstituenters udfoldes.

Jeg vil bare gerne være et helt almindeligt menneske

Den essentielle mening af fænomenet: "transpersoners oplevelser i mødet med sundhedspersonale i det kønsmodificerende behandlingsforløb under den nuværende vejledning fra 2018" er ønsket om at blive behandlet som helt almindelige mennesker. Transpersonerne føler sig ofte forkerte i deres krop på grund af samfundets kønsnormer, hvilket er stigmatisering. Stigmatiseringen samt beretninger på sociale medier om andre transpersoners negative erfaringer med behandlingsforløbet, kan give en indlejret forforståelse, der fører til umodne forsvarsmekanismer. På trods af dette har transpersonerne primært positive oplevelser med sundhedspersonalet, hvor de føler sig mødt med venlighed, empati og med udgangspunkt i deres situation på lige fod med andre patienter. Negative oplevelser kan dog sår dybt, da de angriber deres person, integritet og værdighed. Behandlingsforløbet fokuserer primært på de fysiske aspekter og bivirkninger ved kønsmodificering, mens de psykosociale og seksuelle problemstillinger ofte nedprioriteres.

Kønsinkongruens giver psykosociale belastninger

Kønsinkongruens skaber psykosociale belastninger for transpersonerne på grund af samfundets forventninger til kønsadfærd og udseende. Transpersoner finder kønsnormerne forvirrende, og kan efter kønsmodificering opleve en forventning om at skulle ændre adfærd. De forsøger i starten at polarisere deres adfærd til meget mere feminin eller meget mere maskulin, men falder tilbage til deres gamle handle-mønstre, da de egentlig bare ønsker at være den, de altid har været, bare med et andet udseende:

A: Du tager jo også nogle ideer i samfundet om, hvordan den mandlige krop ser ud (...). Hvis der ikke

havde været så mange kønsnormer, så har jeg også tænkt over, ville det så eksistere, at man var transkønnet (...). Det ved jeg ikke. Jeg synes faktisk det er sygt forvirrende.

Transkvinder oplever flere psykosociale udfordringer i form af mobning, vold, latterliggørelse og grænseoverskridende seksuel adfærd fra andre. Transmænd skal være maskuline, men er ikke uden for normen, hvis de også er omsorgsfulde og empatiske. Kvinder skal være feminine, og hvis de har maskuline træk, stigmatiseres de voldsomt. Transpersoner tænker ikke så ofte over definitionerne af maskulinitet og femininitet, men samfundets definitioner kan gøre, at de har svært ved at føle sig 100 % som det ønskede køn. Inden transpersonerne bliver bevidste om deres kønsinkongruens, oplever de en del forvirring. Det er ikke logisk for dem, at man kan føle sig som det modsatte køn. De føler sig anderledes, at der er noget galt, og er bange for, om de er syge. Hvis de ønsker hjælp til deres kønsinkongruens, får transpersonerne en diagnose, hvilket ligestilles med sygdom. Transpersonerne har ikke selv valgt deres kønsidentitet. Det er en identitet, de er født med, og siden barndommen har transpersonernes kønsudtryk været synligt via påklædning, frisure, smykker, adfærd mm. Det er her, de finder balance i livet og med sig selv. De forsøger dog at bekæmpe og skjule deres kønsidentitet, fordi de føler, at det må være en fejl. Undertrykkelsen kan med tiden medføre psykosomatiske symptomer såsom fysiske smerter, gangbesvær og træthed:

B: Når jeg kom hjem om fredagen fra arbejde, fik jeg ondt i mine lår og mine hofter, så ondt, at jeg faktisk ikke kunne gå rigtigt. Og så sad jeg mere eller mindre i en lænestol det meste af weekenden eller sov (...). Når jeg så gik på arbejde mandag morgen, så gik det væk igen.

Transpersoner frygter samfundets reaktioner og konsekvenser. De er bange for at miste deres karriere og nærmeste. De føler sig alene med deres følelser og

frustrationer omkring deres kønsidentitet og føler sig uforstået. De føler sig usikre, ikke attraktive og forkerte i mange sociale situationer fordi de ikke kan leve op til samfundets forventninger, hvilket medfører lavt selvværd. Transpersoner oplever at få stillet forskellige spørgsmål om deres kønsidentitet i sociale sammenhænge. Ifølge informanterne er unge mest interesserede i oplevelser af diskrimination og rolleforventninger, ældre spørger mest ind til kroppen og muslimer har i deres spørgsmål større fokus på seksuel orientering. Spørgsmålene opleves enten som oprigtig nysgerrighed eller nyfgenhed af snagende karakterer. Selvom spørgsmålene er venligt ment, oplever transpersonerne irritation ved at blive udspurgt grundet samfundets store uvidenhed om deres kønsidentitet.

Det handler meget om krop og udseende

Transpersoner oplever dysfori omkring deres kroppe. Uønskede bryster og kropsbehåring gør, at de føler sig forkerte. De undgår badestrande og offentlige omklædningsrum for ikke at blive konfronteret med det uønskede kønsudtryk. De er flove over deres kroppe, og forsøger at skjule deres uønskede kropsdele. Hvis de er nødsaget til at vise kroppen frem f.eks. i forbindelse med sundhedsbehandlinger, er det meget grænseoverskridende. De føler sig udstillet som et køn, de ikke kan identificere sig med.

For transpersonerne handler behandlingen om at ændre deres udseende, så de oplever større kongruens mellem deres krop og kønsidentitet. Hormonbehandlingen er en af de største og mest livsafgørende beslutninger, men de ved, at behandlingen vil give dem et bedre mentalt helbred. Formålet med behandlingen er at modificere kroppen, hvorfor sundhedspersonalets fokus også bliver de fysiske bivirkninger og de irreversible kønsudtryk behandlingen medfører, mens de psykosociale og seksuelle problemstillinger nedprioriteres:

B: Det der med at tale om, hvordan følelserne opleves, eller hvordan et seksualliv kan være, det bliver ikke prioriteret helt så meget. Vi hænger stadigvæk fast i nogle dogmer om, at det handler meget om krop, og det gør det jo også, men der følger bare meget andet med.

Den interviewede transkvinde har ingen forventninger om et flot udseende efter behandlingen, hvorimod transmanden har større forventninger til et godt resultat. Behandlingsmulighederne giver transpersonerne håb, og gør deres kropsdysfori mere udholdelig. De har egne meninger om, hvordan de vil se ud, hvorfor vægtkrav til operationer er frustrerende. Her oplever transpersonerne at miste dele af deres selvbestemmelse. Til gengæld oplever de stor glæde når, modificeringen

gennemføres:

A: [om afvisning af operation] Jeg synes, at det var irriterende, der var nogen, der skulle bestemme, hvad jeg skulle veje (...). Jeg havde faktisk ikke et problem med det. Og irriterende, at de siger, at det er, fordi man får det bedste resultat. Men det er vel mig, det betyder noget for og ikke dem.

Transpersoners møde med sundhedspersonalet

Når transpersoner møder sundhedspersonalet, bliver de ofte mødt med venlighed, rumlighed, overskud, tid, empati, aktiv lytning og seriøsitet hvilket giver positive oplevelser. Hvis sundhedspersonalet er afslappet og naturlig omkring den kønsmodificerende behandling, føler transpersonerne sig anerkendt og mødt på lige fod med andre patienter. De husker især de få dårlige oplevelser såsom, hvis de møder sundhedspersonale, der er imod den kønsmodificerende behandling, eller som mener, at transpersoners kønsidentitet er noget pjat. De har oplevelser med sundhedspersonale, som lægger dem ord i munden, ikke tager sig tid, ikke tager dem seriøst, og er konkluderende og dømmende. Dette giver dem en følelse af at blive udfordret på deres personlighed. Afvisning af hjælpemidler som penisprotese, trods lægefaglig vurdering, kan også tyde på en personlig holdning, der opleves som ulighed:

A: Jeg føler, at jeg fik at vide, at det var noget pjat, det jeg sagde. Der var en overlæge (...), der havde skrevet en besked hvorfor, at jeg skulle have en klinisk protese [penisprotese], og det blev slet ikke taget seriøst. Der er mange, der godt kan få det, og jeg forstår ikke, hvorfor jeg afviger fra andre transkønnede. Om det så bare er, fordi man har fået en dårlig sagsbehandler eller hvad?

Afvisning af behandlinger kan opleves som en konsekvens af personalets fordomme, hvilket gør ondt på transpersonerne. De forstår afvisninger baseret på kvalitetstandarder eller for store risici, men det er stadig sårende. Transpersoner har ofte forsvarsmekanismer, når de møder sundhedspersonale grundet erfaringer med stigmatisering. De kan være negative eller aggressive som en forsvarsmekanisme, og har behov for at blive rummet og accepteret. Deres egen indstilling og samarbejdsvilje er således medafgørende for oplevelsen af behandlingen. Mangel på viden om kønsinkongruens får transpersoner til at søge information på internettet, hvor negative oplevelser med sundhedsvæsenet ofte deles. Dette skaber et negativt billede af sundhedspersonalet:

A: Jeg har hørt meget i medierne, folk som brokker sig, eller så har jeg været en del af nogle grupper (...). Der er rigtig mange, der har haft negative oplevelser med

systemet. Og jeg synes egentlig også, det er vigtigt at sige, at det synes jeg ikke, at jeg har.

Transpersonerne mener, at mere undervisning om kønsinkongruens i folkeskolerne kunne mindske forvirring og stigmatisering. De ser positivt på de viste tegneserier, da de genkendte situationerne og følte sig forstået. De mener, at tegneserierne er en god måde at formidle deres perspektiver på, da de kan opfodre til dialog og refleksion.

Oplevelser under transitionen, som kræver opmærksomhed
Transpersonerne mangler støtte og vejledning specielt under hormonbehandlingen, hvor de oplever skræmmende følelsesmæssige ændringer. Den interviewede transkvinde bliver mere sensitiv, får ændrede drømme, og er mere grådlabil, mens den interviewede transmand oplever træthed, irritation og aggression. De føler ikke, at de får tilstrækkelig forberedelse eller støtte i forhold til disse forandringer:

B: [oplevelse af hormonbehandling] Jeg var bare fuldstændig alene, og jeg brød bare totalt sammen. Jeg tror, jeg stortuede det meste af ugen (...). Det var faktisk ret chokerende og jeg kunne ikke rigtig forstå det.

Hormonelle bivirkninger bliver ofte ikke genkendt i det kønsmodificerende behandlingsforløb, hvorfor de bliver henvist til at kontakte andre lægefaglige specialer. De møder mange forskellige kontakter i forløbet, hvilket kan synes forvirrende. De foretrækker en fast kontaktperson for at føle sig trygge og opleve et mere sammenhængende forløb. Under hormonbehandlingen kan transpersoner opleve hurtigere ejakulation, øget sexlyst og ændret sansning af seksuelle aktiviteter. Datinglivet er grænseoverskridende, da de her konfronteres med deres anderledes kroppe, og skal finde ud af, hvornår de skal fortælle deres date, at de er transkønnede. De ønsker ikke, at kønsidentiteten skal være en begrænsning, men er nødsaget til at informere modparten ved ønske om seksuel aktivitet.

Udredningsforløbet kan føles som en proces, hvor man skal bevise sin kønsidentitet for både systemet og sig selv. Sundhedspersonalets støtte gør transpersonerne mere trygge og parate til transitionen. Efter udredningsforløbet er der ventetider på at starte behandlingen, hvilket føles som en hård mellemfase, hvor livet sættes på pause. Transpersoner må også vente på omgivelsernes accept af deres kønsidentitet, især i starten, hvis de fortsat ligner deres tidligere køn. Omgivelserne kan have svært ved at ændre pronomen, men dette forbedres med tiden, især ved navneændring. Det at vente

på omgivelsernes accept er frustrerende og fastholder transpersoner i en uønsket kønsidentitet. Afvisning af hjælpemidler som penisprotese, føles som endnu en kamp og endnu en venteposition.

Når den kønsmodificerende behandling godkendes og igangsættes, føles det som en ny start. Et bedre selvbillede blomstrer, og transpersoner oplever øget livskvalitet, selvom transitionen er en følelsesmæssig rejse med behov for støtte og vejledning:

B: Jeg kan bedre lide mig selv på den her måde (...). Det gør ikke noget, at jeg tuder engang i mellem (...). Jeg er bare glad.

Diskussion

Det essentielle i fænomenet "transpersoners oplevelser i mødet med sundhedspersonalet i det kønskorrigerende behandlingsforløb under den nuværende vejledning fra 2018" er, at transpersoner ønsker at blive behandlet som ligeværdige mennesker, ligesom alle andre patienter. Dette stemmer overens med andre undersøgelser, der viser, at transpersoner ønsker anerkendelse og respekt for deres personlige identitet og situation (3,4,7,21–23). Baggrunden for nærværende undersøgelse antyder, at transpersoner ofte har negative oplevelser i mødet med sundhedspersonalet, præget af frustrationer, dårlig kommunikation og stor mistillid (4,7). Under den tidligere vejledning kunne transpersoner opleve årelange udredningsforløb grundet diskrimination og en binær kønsforståelse blandt sundhedspersonalet (11,12). Derimod viser nærværende undersøgelse, at transpersoner under den nuværende vejledning føler sig velkomne og respekterede som værdige mennesker med overvejende positive oplevelser i mødet med sundhedspersonalet. Lignende fund ses i Sverige, hvor transpersoner generelt har positive oplevelser med sundhedspersonalet i hele sundhedsvæsnet (18). Dette kan skyldes et igangværende paradigmeskift, der giver større åbenhed og diversitet i samfundet, hvilket også afspejles i sundhedsvæsnet. Den nuværende vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold (10) kan ses som et produkt af dette skifte, der bidrager til en ændret forståelse af transpersoner som almindelige mennesker.

De få negative oplevelser skyldes ofte sundhedspersonalets uvidenhed, fordomme eller personlige holdninger hvilket er et generelt problem for transpersoner i sociale situationer. Mange af de psykosociale problematikker, transpersonerne oplever, kan forklares med sociologen Erving Goffmans teori om stigmatisering (24,25). Samfundet pålægger transpersoner et personligt ansvar for at passe ind i kønsnormerne, hvilket fører til udstødelse og diskrimination, også i mødet

med sundhedspersonalet. Denne stigmatisering påvirker transpersoners selvopfattelse, og medfører dårligt selvværd, dårligt mentalt helbred og psykosomatiske symptomer. Det at transpersoner diskrimineres, og har dårligere mentalt helbred end resten af befolkning, ses også i et stort dansk longitudinelt studie (23) og internationale studier (4,27,28).

Den kønsmodificerende behandling forbedrer livskvaliteten, som også er påvist i andre studier (27,28). Trods kønsmodificeringen føler transpersonerne fortsat, at de ikke passer ind i kønsnormerne. Ifølge Goffman (24,25) skaber frygten for at blive afsløret som deres fødselstildelte køn, akavede sociale situationer og øget sårbarhed (21). Fundene viser, at transpersonerne undgår sociale situationer af frygt for afsløring, hvilket også ses i andre studier (26,28), som desuden dokumenterer tilbageholdenhed med at opsøge sundhedsvæsenet (3,7).

Transpersoner mangler vejledning og støtte til deres psykosociale og seksuelle problemer under transitionen. Ifølge sygeplejeforsker Charlotte Delmars rammemodell (26) kan dette betragtes som omsorgssvigt, da transpersonerne lades i stikken og pålægges ansvaret for at håndtere de udfordringer og bivirkninger, som behandlingen medfører. Grundet de mange kontakter i behandlingsforløbet oplever de manglende sammenhæng, hvilket forværrer svigtet, og gør det sværere at sikre tilstrækkelig støtte samt opfølgning af deres problemstillinger. Transpersonernes styrke bliver ikke sikret tilstrækkelig overfor den sårbarhed, som kønsmodificeringen medfører. Dette synes i modstrid med sundhedsvæsenets nationale mål for kvalitetsudvikling (27), De Sygeplejeetiske Retningslinjer (28) og Sundhedslovens formål om at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsnedsættelse (29).

I det kønsmodificerende behandlingsforløb er der ofte fokus på den kropslige modificering, hvilket kan overskygge behovet for følelsesmæssig støtte og vejledning (26). Ændring af den fysiske krop kan ifølge Delmars rammemodell (26) sammenlignes med behovstilfredsstillelse, men god behandling bør indeholde mere end dette. Den bør indeholde elementer, der øger livsbefordrende handlemuligheder (26). Kunsten er at balancere interventionerne, så transpersoner lærer at rumme og mærke de forskellige livsfænomener, så der skabes plads til livsmod og livsglæde. Jævnfør fundene bidrager sundhedspersonalet i høj grad til dette, når de, i tråd med den nuværende vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold (10), er respektfulde, lydhøre, rummelige og fleksible. Hormonbehandlingen intensiverer oplevelsen af livs-

fænomener og gør patienterne yderligere sårbare, hvilket kan komme til udtryk igennem vrede eller gråd jævnfør fundene. Følelser af afmagt og forvirring kan give et negativt selvcentreret syn på verden og overskygge de potentielle handlemuligheder. Dette gør det sværere for transpersoner at tage imod støtte og vejledning (26). Derfor er det essentielt, at sundhedspersonalet, i overensstemmelse med vejledningen, er tilgængelige, og giver den nødvendige hjælp og støtte, når det er relevant.

Metodiske overvejelser

Styrken ved undersøgelsen er de dybdegående livsverdeninterviews, som gav righoldige beskrivelser af fænomenet. De to informanter repræsenterede forskellige variationer af fænomenet med hensyn til alder, kønsidentitet, uddannelsesniveau og behandlingssted hvilket øger perspektiverne og overførbareheden (30). Transpersonernes oplevelser omhandler sociale situationer, der opstår i mødet mellem mennesker og kan generaliseres til alle sundhedsfaglige eller andre, der møder transpersoner.

I et RLR-studie kan antallet af informanter ikke afgøres på forhånd, da datamætning ikke forekommer, og fænomenets mening altid er "på vej" (12). Selvom det er en svaghed, at der kun blev inkluderet to informanter, tillod længden af interviews og de åbne og fleksible spørgsmål dybdegående beskrivelser. Tøjring og refleksion igennem forskningsprocessen og brugen af COREQ-tjeklisten (11) har tilstræbt transparens og validitet.

Tegneserierne blev vist til sidst i interviewet for at sikre mest mulig åbenhed. Førsteforfatterens forståelse kunne have påvirket datagenereringen, men vedvarende refleksion og diskussion mellem forfatterne har tilstræbt mest objektivitet og respekt overfor fænomenets essentielle mening.

Konklusion

Den nuværende vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold (10) kan ses som en del af et paradigmeskift mod større mangfoldighed og mindre stigmatisering, hvorfor vejledningen synes medvirkende til, at transpersoner føler sig mødt med værdighed og respekt af sundhedspersonalet i det kønsmodificerende behandlingsforløb. Overvejende positive oplevelser viser, at transpersoner føler sig behandlet på lige fod med andre patientgrupper. Kønsinkongruens medfører samfundsrelaterede udfordringer, hvilket gør det utilstrækkeligt kun at fokusere på fysiske problemstillinger. De psykosociale problemstillinger er betydelige både før, under og efter den kønsmodificerende behandling, og bør, i tråd med både nuværende vejledning

om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold og Sundhedsloven, prioriteres. De mange forskellige kontakter, transpersoner møder i behandlingsforløbet kan dog besværliggøre opfølgende samtaler om personlige og sårbare emner. Den gode relation er ofte til stede i det kønskorrigerende behandlingsforløb, hvilket skaber grundlag for positive udviklingsmuligheder, der imødekommer transpersoners behov. Årsagen til utilstrækkelige støtte og vejledning vedrørende de psykosociale og seksuelle problemstillinger bør undersøges nærmere for at kunne revurdere strukturen og arbejdsprocesserne i det kønsmodificerende behandlingsforløb.

Referencer:

- Hilden M, Glintborg D, Andersen MS, Kyster N, Rasmusen SC, Tolstrup A, et al. Gender incongruence in Denmark, a quantitative assessment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021; 100(10):1800–5. <https://doi.org/10.1111/aogs.14227>
- Holen M. Køn, sundhed og sygdom. In: Andersen PT, Timm H, editors. *Sundheds psykologi*. 2nd ed. Kbh: Hans Reitzels Forlag; 2018; p. 265–81.
- Askholm A, Bolderup L, Evron L. Upassende nysgerrighed i mødet med transpersoner. *Forstyrrelsen*. 2020; 5(2):24–8.
- Carlström R, Ek S, Gabrielsson S. 'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2021; 35(2):600–7. <https://doi.org/10.1111/scs.12876>
- Egede SJ, Fouchard J, Frisch M, Graugaard C. Danske LGBT-personers møde med almen praksis - udfordringer og muligheder. kbh: Sundhedsstyrelsen; 2019. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/LGBT-personer-og-almen-praksis.ashx?la=da>
- Finderup J. Shared decision making—The cornerstone in person-centred care. *Journal of Renal Care*. 2021; 47(3):144–5. <https://doi.org/10.1111/jorc.12392>
- Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold. VEJ nr 9921 af 22/09/2017 af 22/09/2017.
- Vejledning om udredning og behandling af transkønnede. VEJ nr 10353 af 19/12/2014.
- Amnesty International. *Brifing: Transkønnedes adgang til sundhed i Danmark - Opfølgning på Amnesty's rapport fra 2014* [Internet]. Kbh: Frederiksberg bogtrykkeri; 2016 [cited 2023 May 16]. Available from: <https://amnesty.dk/wp-content/uploads/media/2263/amnesty-transkoennedes-adgang-til-sundhed.pdf>.
- Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold. VEJ nr 9060 af 16/08/2018.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(6):349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Dahlberg H, Dahlberg K. Open and Reflective Life-world Research: A Third Way. *Qualitative Inquiry*. 2020; 26(5):458–64. <https://doi.org/10.1177/1077800419836696>
- Kvale S, Brinkmann S. *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3rd ed. Kbh: Hans Reitzels Forlag; 2015.
- Andersen HE, Dahlberg K. Reflective Life Research. In: Hansen BH, editor. *Fænomenologi og hermeneutik - Anvendelse og argumentation i sygeplejen*. Kbh: Samfundslitteratur; 2019; p. 237–52.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. *Helsinki-deklarasjonen (engelsk fulltekst)*. *Forskningsetikk* [Internet]. 2019 [cited 2023 May 16]. Available from: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/medhelse/helsinki-deklarasjonen/>.
- Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven). LOV nr 502 af 23/05/2018.
- Dahlberg H, Dahlberg K. The question of meaning—a momentous issue for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2019; 14(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1598723>
- Westerbotn M, Blomberg T, Renström E, Saffo N, Schmidt L, Jansson B, et al. Transgender people in Swedish healthcare: The experience of being met with ignorance. *Nordic Journal of Nursing Research*. SAGE Publications Ltd; 2017; 37(4):194–200. <https://doi.org/10.1177/2057158517695712>
- Chisolm-Straker M, Jardine L, Bennouna C, Morency-

- Brassard N, Coy L, Egemba MO, et al. Transgender and Gender Nonconforming in Emergency Departments: A Qualitative Report of Patient Experiences. *Transgend Health*. 2017; 2(1):8–16. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0026>
20. Nielsen BFR, Evron L, Holm M-L. Sygepleje til transpersoner. *Klinisk Sygepleje*. 2019; 33(3):247–60. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2019-03-07>
21. Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*. Routledge; 2013; 35(1):1–9. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
22. Goffman E. Stigma - Om afvigerens sociale identitet. 2nd ed. Kbh: Samfundslitteratur; 2010.
23. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C. Sex i Danmark - Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018. Danmark: Statens Serum Institut og Aalborg Universitet; 2019. https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf
24. Moolchaem P, Liamputtong P, O'Halloran P, Muhammad R. The Lived Experiences of Transgender Persons: A Meta-Synthesis. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. Routledge; 2015; 27(2):143–71. <https://doi.org/10.1080/10538720.2015.1021983>
25. Lombardi E. Transgender Health: A Review and Guidance for Future Research—Proceedings from the Summer Institute at the Center for Research on Health and Sexual Orientation, University of Pittsburgh. *International Journal of Transgenderism*. Taylor & Francis; 2010; 12(4):211–29. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.544232>
26. Delmar C. Professionel sygeplejefaglig omsorg – en rammemodel. *KLINISK SYGEPLEJE*. 2021; 35(3):219–41. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-04>
27. Sundhedsministeriet, KL, Danske regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet [Internet]. Danmark: Sundhedsministeriet, KL, Danske regioner; 2021 [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://sum.dk/Media/637697073524473744/Nationale%20M%c3%a5l%20for%20Sundhedsv%c3%a6senet%202021.pdf>.
28. Dansk sygeplejeråd. De sygeplejeetiske retningslinier: 2nd ed. Danmark: Dansk sygeplejeråd; 2014.
29. Sundhedsloven. Danske Love [Internet]. [cited 2022 Mar 4]. Available from: <https://danskelove.dk/sundhedsloven>.
30. Dahlberg K. The question of evidence in qualitative research. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2019; 39(1):55–7. <https://doi.org/10.1177/2057158518807855>

Fingeren på pulsen

- et indblik i din og min hverdag

Af: Helle Svenningsen, lektor, ph.d. ansat ved sygeplejerskeuddannelsen VIA University College, Campus Århus, HESV@via.dk

Hvad er din jobtitel, uddannelse og hvad består dit arbejde af?

Jeg fik mit "svendebrev" som sygeplejerske i 1990, og seks år senere tog jeg specialuddannelsen i intensivterapi. Da vagterne på intensiv blev umulige for mig at passe, tog jeg en master i klinisk sygepleje, hvor min interesse for delirium blev vakt. Endda så grundigt at jeg kvalificerede mig til at starte på ph.d.-studiet, hvor fokus var delirium hos intensivpatienter, og hvordan de klarede sig efterfølgende. Da den økonomiske krise i afdelingen kradsede i 2014, blev min stilling som klinisk sygeplejespecialist nedlagt. Det var både en sorg og samtidig en mulighed. Nu ville jeg lave noget, der var mere lystbetonet, for arbejdet med de sygeste af de syge (altså dem hvis mentale tilstand lider under deres fysisk sygdom) var ind mellem tungt og kunne føles håbløst. Med håbløst mener jeg, at vi aldrig kommer til at undgå delirium helt, uanset hvor god sygepleje der udføres.

Jeg ledte efter et job, hvor man kunne lave sjov, og hvor der var plads til at svinge med armene, og man kunne synge en fællessang. De første år gik primært med at komme ind i, hvordan studerende bedst lærer, for jeg har undervist postgraduale i mange år. For ikke at mine kompetencer som forsker skulle nå at visne helt, blev jeg tilknyttet et af VIAs forskningsprogrammer. Da jeg blev ansat, var ambitionen at 50 % af de kommende lektorer skulle have en ph.d. Det er man da heldigvis gået væk fra, for i min optik behøver man bestemt ikke være forsker for at blive en dygtig lektor.

Hvordan arbejder du med undervisning/vejledning?

Som min portefølje er nu, består den af ca. 60 % undervisning (1. og 2. semester i sygepleje, lidt EVU og specialuddannelse) og vejledning (7. semester BA-projekter, adjunkter og studerende med SPS), og det resterende er forskning i programmerne "Rehabilitering" og "Krop og mental sundhed". Det er et +fuldtids job, og derudover er jeg lektorbedømmelsesudvalgsformand.

Hvad er du mest optaget af i dit virke lige nu?

Da mit erklærede mål med at arbejde på VIA er, at jeg skal have det sjovt, begyndte jeg allerede under adjunktperioden at eksperimentere med, hvordan undervisningen kan blive sjov.

Hvorfor interesserer dette område dig i forhold til undervisning/vejledning?

Der findes mange neurohormoner og neurotransmittere, men især fire er interessant i læringsmæssige sammenhæng: dopamin (øger motivation og opmærksomhed), oxytocin (øger glædesfølelse, og beroliger amygdala ved "truende informationer"), serotonin (bidrager til gnidningsløs overførsel af information mellem neuronerne, og har en afgørende indflydelse på vores humør) og endorfinerne (udløses ved smerte, men også ved latter og succes). Som en del af min didaktiske planlægning bruger jeg forskellige måder at stimulere disse hormoner:

1. Latter bidrager til bedre informationsoptag, hukommelse og problemløsning (1). At få de studerende til at le bidrager til den positive atmosfære, men det skal selvsagt være af noget fælles morsomt - og ikke ad hinanden, hvor latteren vil få den stik modsatte effekt. Udover div. sjove figurer i mine power point (nogen relevante – andre netop ikke), små anekdoter, og kvikke kommentarer, så kaster jeg en (guld)karamel til de studerende, der kommer med et særligt godt spørgsmål, opdager en fejl, eller andet der er "guld værd". Det bringer latter, både hos modtageren og andre. Især fordi jeg kaster så utroligt dårligt! Jeg påpasselig med ironi og fx satiretegninger – om end de ind mellem kan bruges til at skabe nye forståelser ved at være overraskende perspektiver (2), men intentionen er at skabe tilpas opmærksomhed, og ikke vrede eller ubehag.
2. Jeg har god erfaring med at synge med de studerende. Både til at vække dem om morgenen, og som afbræk, når de begynder at virke ufokuserede. Den første lektion jeg har et hold, er det mig, der vælger

sang, og derefter plukker jeg i de ønsker, de måtte have for sangvalg. Ikke alt er lige egnet til fællessang! Rent praktisk har jeg lavet Power Points med et vers pr slide, så teksten er tydelig fra bunden af klassen – og jeg skifter slides med en trådløs fjernbetjening. Tit placerer jeg mig bagerst i klassen, og vi står (naturligvis) alle op, imens vi synger, for bevægelse fremmer også læring, men frem for alt giver det den bedste sangstemme, når der er fri respiration. Det at synge i fællesskab er godt for andet end læringen – bl.a. fællesskabsfølelsen, og evnen til at lytte til hinanden (3). Da musik også styrker de højere kognitive funktioner, og dermed også vidensopbygning mm. (4), sætter jeg indimellem musik på i de 15 min., der er mellem lektionerne. Her er jeg dog opmærksom på, at ikke alle studerende har samme musiksmag, og nogen evt. vil foretrække ro, men indtil nu har der været god stemning omkring det. Ofte lader jeg en gruppe studerende vælge musiknumret, gerne som en "præmie" efter fx fremlæggelse af gruppearbejde. Det kan også være dagens fødselar, eller hvad der nu byder sig, der kan få lov at sætte yndlingsmusikken på.

Innovation er som bekendt en del af uddannelsen, men hvad skal der til for at vi som undervisere kan fremme de studerendes innovative evner? Kreativitet foregår i kanten af det kendte. Vi kan således ikke presse de studerende til at være kreative (eller innovative) i begyndelsen af uddannelsen, uden at de kender "normaliteten" eller kanten, hvorfra de kan begynde deres eksperimenter med det nye. Kreativitet kræver domænespecifik viden (5), men ikke nødvendigvis med årelang erfaring.

Når jeg underviser i sygepleje, har jeg bedt de studerende være kreative i forskellige sammenhænge: de tegner en følelse (omkring ufrivillig vandladning), de laver plakater eller spiller hatteteater i små grupper. Imidlertid kræver det et vist grundkendskab til et område, førend det er rimeligt, at de kan arbejde kreativt med emnet. Hvorfor skal studerende overhovedet tænke kreativt? Ja, dels fordi det er et mål for uddannelsen, at de skal være innovative, men i høj grad også for at de kan træne at stille sig undrende eller eksperimenterende, når de møder udfordringer i deres kommende arbejdsliv. Med det pres der er på hele det danske sundhedsvæsen, kan det være vanskeligt at forestille sig, at der bliver plads til kreativiteten, men måske den netop bliver en nødvendighed, for at faget kan blive ved med at være interessant og dække de behov, der er i samfundet. For ikke alle mine studerende skal uddannes til forskere, men vi har brug for at udvikling sker på alle planer i sygeplejen, og ved at træne dem i kreativitet og vise dem at det er ok at eksperimenterer (og fejle ikke mindst!), er mit ønske, at de tør at tage dette med i deres fremtidige virke. For

dem, der ender med at vælge forskervejen, kræver det faktisk en stor del af kreativitet. Ikke som Milena Penkova (6), men i stedet i den forstand, at man skal kunne få øje på de nye vinkler, tænke nye tanker og finde en måde at efterprøve dem på.

Hvis du skal komme med en pointe eller et råd, du gerne vil videregive, hvad skal det så være?

"Det gode råd" aommissionerne har til hensigt at gøre sundhedsvæsenet robust eller at forvente mere robusthed fra medarbejderne, er det helt essentielt, at vi er urokkelige ift. kernen i vores profession. Vi skal altid have omsorg og kvalitet som vores førsteprioritet og stå ved vores faglighed. Vi skal mærke efter og respektere vores faglige skøn.

Referencer:

1. Strean WB. Evolving Toward Laughter in Learning. Collect Essays Learn Teach. 2008;1(0):75–9.
2. Stark B, Nebel AMW. Brug af humor i lærings- og udviklingsprocesser. Erhvervspsykologi. 2015;13(1):72–81, 92.
3. Er korsang sundt? [Internet]. Videncenter for sang. 2015 [henvist 8. marts 2017]. Tilgængelig hos: <http://videncenterforsang.dk/er-korsang-sundt/>
4. Vusst, Peter. Hvordan behandler hjernen musik? I: Vuust HB, Østergaard L, redaktører. Hjernen - fra celle til samfund. Aarhus: Systime; 2013.
5. Tanggaard L, Stadil C. I bad med Picasso: sådan bliver du mere kreativ. 2. udg. Kbh.: Gyldendal Business; 2015. 292 sider, illustreret (nogle i farver).
6. Milena Penkova får forbud mod at arbejde [Internet]. [henvist 30. august 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.b.dk/nationalt/milena-penkova-faar-forbud-mod-at-arbejde>

Boganmeldelse

E-bog: vand og sæbe versus badeservietter

Britta Hørdam m.fl. E-bog. Sygeplejevidenskab.dk - Fag, Disciplin & Fagkundskab. 20.2.2024. 105 sider.

Denne E-bog er den første af sin slags på sygeplejevidenskab.dk*, og omfatter en samling af videnskabelige og faglige artikler, et bachelorprojekt samt henvisning til lærebøger omhandlende kropspleje og personlig hygiejne for perioden 2015 - 2023. Den er blevet til på baggrund af en stor interesse for emnet med over 17.000 reads på Research Gate.

Den omfatter viden til gavn for borgerne gennem forskning, samarbejde og udviklingsprojekter herunder bl.a. resultater og konklusioner på baggrund af forskningsprojektet ReBus, som havde til formål at undersøge, hvorvidt brugere af hjemmepleje foretrækker et traditionelt bad med vand og sæbe, eller en velfærdsteknologisk løsning i form af badeservietter. Den giver desuden indblik i, hvordan sygeplejerskestuderende og andre sundhedsprofessionelle kan involveres i forskning og udviklingsprojekter. E-bogen er således relevant for både studerende på sygeplejerskeuddannelsen, som skal lære faget fra bunden, inden de møder patienterne ude i klinikken og hjemmeplejen mv., men også for andre sundhedsuddannelser samt klinikere. E-bogen kan således med fordel læses og anvendes af alle ansatte indenfor hjælpeprofessioner i forbindelse med deres daglige virksomhed. Samlet set et relevant og velskrevet bidrag, der er med til at gøre os klogere på, om det kan lette hverdagen for den enkelte borger at have to muligheder at vælge imellem, når den enkelte skal planlægge sine daglige aktiviteter.



Link til E-bog: [Vand og sæbe versus badeservietter - Sygeplejevidenskab.dk](https://sygeplejevidenskab.dk)

* sygeplejevidenskab.dk er en portal, der deler og formidler sygeplejefaglig viden og forskning, og som kan tilgås af alle.

Af: Nausheen Christoffersen, Lektor, cand.cur. ved Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser. Det Sundhedsfaglige Fakultet. Københavns Professionshøjskole, Nach@kp.dk

Boganmeldelse

Håndbog i sygepleje, Immobilitet

Nausheen Christoffersen og Britta Hørdam. Fadls' Forlag. 2024. 208 sider.

Denne lille håndbog er en spændende og velargumenteret teoretisk bog, der tager læseren igennem mange af immobilitetskomplikationer, som patienterne kommer ud for som følge af sygdom. De forskellige kapitler er bygget op om huskereglen TOPSKUD, som står for Trombose, Obstipation, Pneumoni, Spidsfod og smerter, Kontraktur, Urinvejsinfektion og Decubitus. Denne ramme giver et godt overblik, og dækker emner som definition, anatomi og fysiologi, sygeplejefaglige problemstillinger, relevante observationer og interventioner samt behandling og forebyggelse af immobilitetsproblemer. Udover de nævnte emner indenfor TOPSKUD, er der et velskrevet afsluttende kapitel af redaktøren Nausheen Christoffersen med andre komplikationer som følge af immobilitet; nemlig stofskiftet, psykosocialt, kredsløbet, hjernen, søvn og ernæring. Det sidste afsnit har hele vejen igennem fokus på immobilitet som problemskabende emne.

Bogen henvender sig til en bred målgruppe, og er en værdifuld opslagsbog til alle indenfor sundhedsvæsnet, såsom sygeplejestuderende, sygeplejersker og andre professionelle med interesse for immobilitet. Den giver en solid basis for at forstå og håndtere de komplikationer, der kan opstå, og tilbyder praktiske løsninger til daglig brug.

Overordnet forsøger forfatterne at berøre flere relevante emner. Det er dog værd at bemærke, at ikke alle disse emner nødvendigvis rammer fokusområdet, immobilitet. Nogle af de diskuterede aspekter kan være mere perifere og ikke direkte relateret til hovedtemaet. Ligeledes er der begrænset dybdegående forskning, som kunne være flere referencer til nyere forskning og kliniske studier for at underbygge de beskrevne metoder og teknikker.

Jeg kan anbefale bogen til undervisende sygeplejersker som en god opslagsbog til forfriskning af viden om diverse komplikationer som immobilitet.

Af: Parvin Sølvsteen, adjunkt på Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser. Det Sundhedsfaglige Fakultet. Københavns Professionshøjskole. Paso@kp.dk



Fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejersker



Redaktionen



**Ansvarshavende redaktør,
Susanne Pommergård Jakobsen**

UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole
Niels Bohrs Alle 1, 5230 Odense M
Tlf.: 40460728 - Mail: supj@ucl.dk



Helle Elisabeth Andersen

UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole, Sygeplejerskeuddannel-
sen Odense
Niels Bohrs Alle 1, 5230 Odense M
Tlf.: 24964192 - Mail: hean@ucl.dk



Kim Jørgensen

Diakonissestiftelsens sygeplejerskeuddannelse
Peter Bangsvej 3 A
2000 Frederiksberg og
Roskilde Universitet
Institut for Mennesker og Teknologi – Sygepleje
Universitetsvej 1
4000 Roskilde
Tlf. 60618231 - Mail: kimjo@ruc.dk



Lotte Evron

Københavns Professionshøjskole
Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser
Det Sundhedsfaglige Fakultet
Tlf. 51380652 - loev@kp.dk



Nausheen Christoffersen

Københavns Professionshøjskole, Institut for sygepleje
Tagensvej 86, 22 København N
Tlf.: 51632684 - Mail: naus@kp.dk

**Indlæg til 'Uddannelsesnyt' skal være redaktionen i hænde senest:
15. februar, 15. maj, 15. august og 15. november**

Bestyrelsesmedlemmer i F.S.U.S: se: www.fsus.dk

Layout og grafisk produktion: **KOSMOS**GRAFISK · 66139075

Published by ISSUU.COM · ISSN: 2246-2155 · Titel: Uddannelsesnyt (Online)