

SUNDHEDSFAGLIG SUPERVISION – ET SAMTALEUNIVERS

Af Eva Just¹ & Else Marie Skadborg²

Artiklen handler om sundhedsfaglig supervision, som er en uddannelse, som startede for ca. 25 år siden og har medført mange tilbud om supervision i sundhedsfaglig praksis. Artiklens formål er at beskrive, hvordan de sundhedsfaglige supervisorer arbejder i dag, belyst via litteratur og fire gruppeinterviews af 14 supervisorer samt litteratur relateret til de temaer, der viste sig i interviews. Undersøgelsen viser, at kendetegn ved den gode samtale er vigtigt i alle former for møder, fx rammesætning, positionering, nysgerrighed, indlevelse, perspektivbevidsthed, aktiv lytning og spørgsmål. Supervisorerne bruger deres kompetencer i forskellige sammenhænge, som kan være supervision, uddannelse, teamrefleksion, mødeledelse, debriefing og samtaler med patienter og pårørende.

1. Indledning

Hvordan kan det være, at samtaler kan være helt magiske og fortryllende, virkningsfulde over al måde, også i seriøst komplicerede situationer? Og på den anden side. Hvordan kan det være, at samtaler kan være aldeles "fortroldede", helt umulige at styre og knap nok til at genkende som samtaler, selvom udgangspunktet var enkelt og tydeligt? (Olsen, 2016).

Disse spørgsmål er noget af indledningen til Thorkild Olsens bog *Eksemplariske samtaler*, en bog, som udfolder forskellige aspekter, som er betydningsfulde i alle former for samtaler (Olsen, 2016). Det rummer en del af det, som denne artikel handler om, nemlig hvordan sundhedsfaglige supervisorer bruger deres uddannelse i mange forskellige former for samtaler i sundhedsvæsenet og bidrager til at styrke den kommunikative kvalitet i forhold til patienter og pårørende samt det kollegiale arbejdsmiljø.

1 Eva Just er uddannet sygeplejerske, sociolog og ph.d. Har gennem 20 år uddannet faglige vejledere og sundhedsfaglige supervisorer og arbejder nu som supervisor, coach og forfatter i egen virksomhed, www.justeva.dk.

2 Else Marie Skadborg er uddannet sygeplejerske og cand.psych., specialist i A/O-psykologi. Har de sidste ti år uddannet sundhedsfaglige supervisorer. Arbejder i egen virksomhed som konsulent, supervisor og coach, www.reflecta.dk.

I midten af 90'erne fik en lille gruppe danske sygeplejersker kendskab til den norske uddannelse i *sygepleiefaglig vejledning* (Hermansen, Carlsen & Vråle, 1992). De tog ideen med sig hjem og startede den danske uddannelse, som fik navnet *sygeplejefaglig vejledning*. I de første ti år blev uddannelsen etableret som en toårig efteruddannelse knyttet til forskellige uddannelsesafdelinger på sygehuse samt hos enkelte private udbydere (Just, 2012). Fra 2005 har uddannelsen været udbudt som diplomuddannelse på professionshøjskoler med navnet *sundhedsfaglig supervision*.

I de seneste år har de sundhedsfaglige supervisorers praksis ændret sig væk fra klassisk supervision til varierende former for intervention i forskellige former for møder med forskellige målgrupper, og det er denne forandring, som artiklen har til formål at belyse. Det belyses dels via en historisk beskrivelse af de uddannelsesmæssige ændringer, der er sket, dels via fire gruppeinterviews med i alt 14 supervisorer, som kobles med teoretiske refleksioner relateret til de temaer, der er dukket op i disse interviews. Undersøgelsen viser tendenser til, hvad der sker i én region, men resultaterne mht. supervisorernes nye opgaver i teamprocesser, debriefing m.m. er også genkendeligt på landsplan i artikler om sundhedsfaglig supervision, fx i medlemsbladet *Forskellen* (Dansk Sygeplejeråd, 2017)

2. Sygeplejefaglig vejledning – faglig vejledning

Uddannelsen i sygeplejefaglig vejledning tog afsæt i den norske uddannelse og fik dermed det samme navn, selvom den danske uddannelse fra starten også var præget af supervisionsteori og -metoder. Uddannelsen fik samme format som i Norge, bestående af seks-otte teorimoduler med ca. 240 teori- og 160 træningstimer, hvoraf 40 timer var træning i egne grupper med efterfølgende vejledning fra en erfaren vejleder. Da uddannelsen var forankret i forskellige organisationer, typisk efteruddannelsesafdelinger på store sygehuse, blev der etableret en landsdækkende godkendelsesordning. Hver vejleder skulle skriftligt dokumentere deltagelse i undervisning og træning over for et godkendelsesudvalg, som blev etableret af Landsrådet for Chefsygeplejersker og Sygeplejedirektører og den faglige sammenslutning i Dansk Sygeplejeråd for sygeplejefaglige vejledere. Den faglige sammenslutning blev også initiativtager til årlige efteruddannelseskonferencer for vejledere og et medlemsblad, *Forskellen*.

Uddannelsen, som i de første år især var baseret på norske bøger og tænkning, havde i starten som omdrejningspunkt temaerne: pædagogik, sygepleje, mennesket/personen og med fokus på at bidrage til kvalitet i sygeplejen (Hermansen, Carlsen & Vråle, 1992). En dansk vejleder Lillian Frydschou skriver i 1994: "Sygeplejefaglig vejledning kan medvirke til at udvikle de personer, der udøver faget – det fagligt/personlige samt at styrke sygeplejerskers refleksion over praksis" og fremhæver samtidig det gestaltfilosofi-

ske grundlag (Frydschou, 1994). I 1995 udkom den første danske bog, *Faglig vejledning*, og denne forfatter havde især fokus på at se vejledning som en pædagogisk proces, som medfører ny handlekompetence (Thorning, 1995).

Uddannelsen har gennem tiden været præget af forskellige teoretiske retninger, fx en humanistisk-filosofisk tilgang med afsæt i Rogers begreb om "den klientcentrerede samtale", som har fokus på dialog, opmærksomhed og kontakt, også kaldet "dialogiske fødselshjælperamtaler" (Alrø & Kristiansen, 1998). En anden retning, som har fået stor betydning, er den systemiske tilgang, som i starten især var inspireret af Tom Andersens bog *Reflekterende processer* (Andersen, 1994), og bidrog til, at reflekterende teams blev introduceret som metode (Lund-Jakobsen & Wermer, 2001). De forskellige uddannelsessteder i Danmark har haft forskellig vægtning af det teoretiske grundlag, idet nogle uddannelser har været præget af en humanistisk/filosofisk tilgang, og andre overvejende har haft en systemisk tilgang (Just, 2012).

Sygeplejefaglig vejledning blev især meget populært inden for nogle specialer, især psykiatri, sundhedspleje, kræftbehandling, neurokirurgi og rehabilitering. Med tiden blev uddannelsen tværfaglig, dvs. at der også blev uddannet ergoterapeuter samt fysioterapeuter, og uddannelsen fik navnet faglig vejlederuddannelse (Just, 2012).

I 2001 var der uddannet ca. 350 sygeplejefaglige vejledere. En spørgeskemaundersøgelse, som blev gennemført af en sygeplejefaglig vejleder og formand for den faglige sammenslutning (Olesen, 2001) gav svar fra 260 personer (75 %) og viste, at uddannelsen kun blev brugt af 175 personer og ofte i begrænset omfang, dvs. at vejlederne typisk havde en-to grupper og ofte havde som problem selv at skulle etablere og skabe rammer for grupperne. Flere af dem, der ikke var i gang, gav udtryk for problemer med at få etableret vejledning i egen organisation.

Der blev fokus på, at det var nødvendigt at forankre vejledernes muligheder for at vejlede i organisationen og se det som en del af det sundhedsfaglige personales kompetenceudvikling. En chefsygeplejerske og en faglig vejleder fra Herning Centralsygehus (Folmer & Krøll, 2000) skriver, at faglig vejledning er vigtig for kvalitetsudvikling, fordi det bidrager til styrket refleksion over praksis, og argumenterer samtidig for, at det skal tænkes ind i organisationen på såvel strategisk som operationelt niveau. På dette sygehus blev der indført kursusstillinger for nyuddannede sygeplejersker, som i den forbindelse fik tilbud om sygeplejefaglig vejledning. Det samme er siden sket på flere andre hospitaler.

Der skabtes med tiden også en generel tradition for, at vejlederne selv fik mulighed for at deltage i eftervejlendingsgrupper, hvor man på skift vejledte hinanden, drøftede generelle temaer og problematikker samt trænede metoder og udviklede nye ideer (Lund-Jacobsen & Widsell, 2000).

3. Sundhedsfaglig supervision – diplomuddannelse

I 2005 indførtes en organisatorisk ændring af alle de mellemlange grunduddannelser, idet uddannelser til sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, radiograf, bioanalytiker, pædagog, lærer m.fl. blev samlet på regionale professionshøjskoler. Samtidig blev efter- og videreuddannelse af de samme faggrupper, som hidtil havde foregået på sygehusene, Danmarks Sygeplejerskehøjskole og Danmarks Lærerhøjskole, også flyttet til professionshøjskolerne og ændret til modulopdelte pædagogiske og sundhedsfaglige diplomuddannelser. Den relativt lange efteruddannelse til faglig vejleder blev derfor en del af de mange modultilbud på den sundhedsfaglige diplomuddannelse.

Uddannelsen har nu udgangspunkt i to supervisionsmoduler a 10 ECTS-point, dels et modul, som har fokus på grundlæggende samtalefærdigheder og individuelle samtaler, fx coaching og mentorskab, dels et modul, som har fokus på supervision og facilitering i grupper. Modulerne er suppleret med samme antal træningstimer som før, dvs. at hvert modul har 50-60 træningstimer i grupper med en fast supervisor, træning af egne individuelle samtaler (fx fem coachingsamtaler) og træning i egen supervisionsgruppe med i alt 40 timer. Supervisionsmodulerne udbydes nu i de fleste regioner, dog med klar overvægt af antal deltagere på professionshøjskolerne UCC i København og VIA i Aarhus. Deltagerkredsen er bredere, idet uddannelsen nu også udbydes til pædagoger, socialrådgivere og andre faggrupper fra det socialfaglige felt.

Den nye uddannelsesstruktur medførte, at titlen “faglig vejleder” blev ændret til “sundhedsfaglig supervisor. En navneændring, som dels var begrundet i et ønske fra professionshøjskolerne, fordi der blev udbudt flere forskellige former for vejledningsmoduler, fx klinisk vejleder, praktikvejleder, studievejleder m.m., dels begrundet i, at uddannelsen rent faktisk var meget baseret på supervisionsteori og -metoder. Uddannelsen har klart fået et teoretisk løft, og der skrives mange diplomopgaver, hvor deltagerne kan dykke ned i emner, som er relevante for egen praksis og evt. egen organisation.

Den ændrede uddannelse, som er en fleksibel diplomuddannelse, betyder, at deltagerne ud over supervisionsmodulerne kan vælge forskellige andre moduler i uddannelsesforløbet. En del afslutter hele diplomuddannelsen med at skrive afgangsupgave om sundhedsfaglig supervision, andre vælger at afslutte med et andet fokus eller tager ikke hele diplomuddannelsen. Det kan være sundhedsplejersker, der tager supervisionsmoduler som supplement til sundhedsplejerskeuddannelsen, eller deltagere, som kun får bevilget supervisionsmodulerne. De sundhedsfaglige supervisorer har dermed ikke helt de samme faglige kompetencer bortset fra indholdet i supervisionsmodulerne.

Mange af de uddannede supervisorer er gået videre på master- og kandidatuddannelser, især pædagogiske uddannelser, fx masteruddannelsen i læ-

reprocesser ved Aalborg Universitet eller i uddannelse og læring på RUC. Andre har taget masteruddannelse i humanistisk sundhedsvidenskab ved Aarhus Universitet eller konflikthåndtering ved Københavns Universitet.

Der er i de senere år skrevet flere artikler og afhandlinger samt en metodebog (Juutilainen, 2008) om sundhedsfaglig supervision. Publikationerne handler fx om, hvad supervision kan bruges til, herunder nøglebegreber og metoder (Juutilainen, 2008, 2009), samt især om, hvordan supervision støtter de sundhedsprofessionelle i at håndtere særligt krævende patientforløb og samarbejde med pårørende (fx Gert & Topp Hansen, 2009; Bagger, 2005), trivsel og arbejdsmiljø (fx Troelsen, 2005; Kjærgård, 2006; Block Kjeldsen, 2007).

Der skrives en del små praksisnære artikler i medlemsbladet *Forskellen*, som udgives af Fagligt Selskab for Sundhedsfaglige Supervisorer i regi af Dansk Sygeplejeråd, og dette selskab fungerer også som efteruddannelsesforum for vejledere/supervisorer. Der er ikke gennemført større undersøgelser af sundhedsfaglig supervision, men der er skrevet flere master- og kandidatafhandlinger samt en enkelt ph.d.-afhandling (Nordentoft, 2007), og nogle af disse afhandlinger indgår i den følgende analyse.

4. Sundhedsfaglige supervisorer i praksis

I dag er der på landsplan uddannet ca. 500 fagpersoner,³ som enten har en sygeplejefaglig vejlederuddannelse eller en sundhedsfaglig diplomuddannelse. Det er overvejende sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter samt få pædagoger, socialrådgivere og radiografer. Hvad bruger de sundhedsfaglige supervisorer/vejledere så deres kompetencer til i dag, hvor der sker store forandringer i både social- og sundhedsvæsen, fx i form af kortere patientforløb, krav om evidensbaseret praksis, pakkeforløb m.m.? Dette er fokus for resten af artiklen, som skal ses som en mindre evalueringundersøgelse, der både har til formål at formidle denne praksis og inspirere de sundhedsfaglige supervisorer og de organisationer, de arbejder i.

4.1 Metode

Undersøgelsen er baseret på en narrativ evalueringsmodel (Fredslund, 2013), som har fokus på at bringe flest mulige vinkler på emnet frem og medvirke til at styrke aktørerne i den fortsatte udvikling af området. Der tages afsæt i

3 Der findes ikke en landsdækkende opgørelse over antallet af uddannede vejledere/supervisorer, siden godkendelsesordningen blev afskaffet i 2005, idet der ikke findes opgørelser på landsplan over, hvor mange studerende der har afsluttet en fleksibel diplomuddannelse i sundhedsfaglig supervision. I Region Midt er der i et lokalt netværk registreret ca. 150 personer, som har vejlederuddannelse eller diplommoduler, heraf har ca. 40 afsluttet diplomuddannelse i sundhedsfaglig supervision.

deltagernes erfaringer, der formidles som en række fortællinger, som viser forskellige praksisformer knyttet til supervisorernes kompetencer.

Undersøgelsen er gennemført med deltagere fra Region Midt. Deltagerne i de fire gruppeinterviews blev udvalgt med det formål at belyse forskellighed i supervisorernes praksis, og emner blev udvalgt på baggrund af forfatterens gennemgang af 30 eksamensopgaver (diplom- og masteruddannelser) samt forfatterens kendskab til andre supervisors arbejdsfunktion og anvendelse af supervisorykompetencer. Der viste sig i denne udvælgelsesproces tre hovedtemaer: klassisk supervision, særlige former for refleksionsmøder, uddannelse af nyansatte.

Der er gennemført fire gruppeinterviews med i alt 14 supervisorere, som består af to ergoterapeuter og 12 sygeplejersker, som arbejder inden for følgende specialer: neurokirurgi, neurorehabilitering, medicin, palliation, stråleterapi, diagnostisk ambulatorium, demens, dialyse, psykiatri og pædiatri. De fleste har en specialistfunktion som specialeansvarlig, uddannelsesansvarlig, koordinator og klinisk vejleder. Interviewene er gennemført på baggrund af en tematiseret interviewguide (note 1). men med vægt på at deltagerne selv udfoldede de forskellige temaer, mens interviewer fungerede som facilitator af gruppens samtale. I de konkrete interviews viste den oprindelige temaopdeling sig at være for begrænset, og der blev diskuteret flere temaer, som deltagerne selv præsenterede.

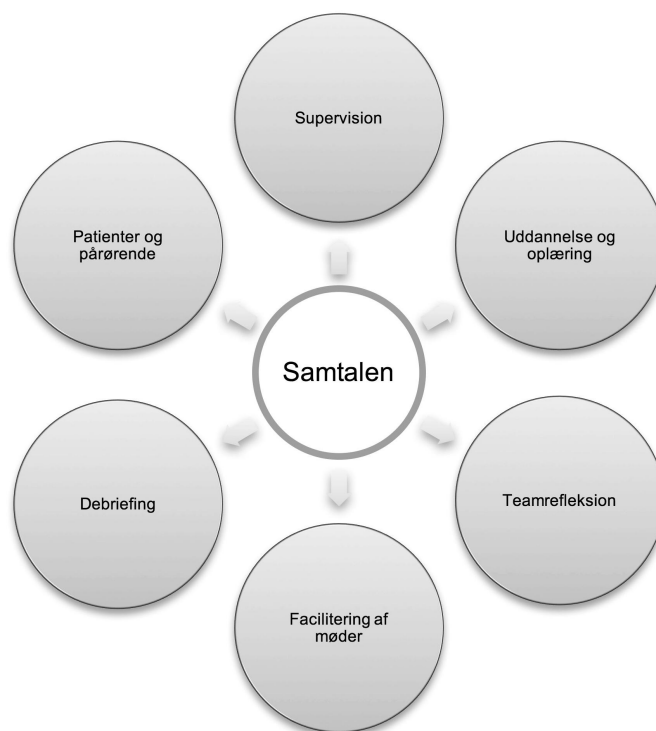
Analysen er baseret på transskription af alle interviews og har ligeledes det narrative fokus, dvs. fokus på struktur og handling i de historier, der fortælles (Kvale & Brinkmann, 2009). Analysen følger delvis de oprindelige temaer, men inddrager også nye temaer, der dukkede op. Derudover er der gennemført en tværgående analyse af, hvilke gennemgående tendenser materialet viser. De temaer, som var gennemgående i supervisorernes praksis, var følgende:

1. Samtalen som grundlag
2. Supervision – klassisk supervision
3. Uddannelse og oplæring
4. Teamrefleksion
5. Facilitering af møder
6. Debriefing
7. Samtaler med patienter og pårørende

Interviewsamtalerne viste et generelt billede af, at supervisorerne deltager i meget forskelligartede former for samtaler og mødefacilitering, og at de ofte kun superviserer i den klassiske form i mindre omfang. Der efterspørges ifølge alle de interviewede andre former for faciliterende processer i de organisationer, de befinder sig i. Alle supervisorerne har en professionsuddannelse og et speciale, som er deres primære arbejdsopgave, samtidig med at

de gennem supervisionsuddannelsen har erhvervet sig færdigheder i at styre forskellige former for strukturerede samtaler, hvilket de alle anvender aktivt.

De syv temaer illustreres med følgende model, som har samtalen som det fælles grundlag for alle former for samtaler og processer:



5. Undersøgelsens temaer

I det følgende præsenteres de syv temaer som fortællinger, der både indeholder interviewcitater, teoretiske refleksioner samt enkelte citater fra andre tekster (med kildeangivelse).⁴

5.1. Samtalen som grundlag

Samtalen er det centrale i supervision, og der er nogle grundlæggende aspekter, som supervisorerne lægger vægt på i alle former for samtaler og møder, som de faciliterer. De vægter især rammesætning og struktur, positionering, det at være nysgerrig og afventende, at undersøge forskelle og forskellige perspektiver, at stille forskellige former for spørgsmål samt indlevelse.

5.1.1 Rammesætning – kontrakt

Supervisorerne er meget optaget af, at der skal være en tydelig rammesætning og kontrakt for, hvad det er, der skal foregå. Dvs. hvilken form for

⁴ I citater angives interviewnummer som Int. 1-4, sidetal samt linjenummer, fx Int. 1. p 4, l 124-127.

samtale er det – supervision, vejledning, kollegial refleksion, mødefacilitering m.m. Hvilke konkrete rammer og forventninger har deltagerne til samtalen/mødet, og hvordan sker den løbende forhandling af processen med en fokuspersion eller gruppen?

Olsen (2016) kalder det entré og godt værtskab, hvor man byder tydeligt velkommen til et hvilket som helst møde med andre. At man afklarer: Hvad vil I? Og hvordan skaber vi de bedste betingelser for dette “vil”?

Willert og Madsen kalder denne afklaringsproces, som har forskellige niveauer, for grundkontrakt, rammekontrakt og procesregulerende kontrakt. De mener at det har stor betydning for, om professionelle hjælpesamtaler lykkes, at der er en tydelig og forhandlet kontrakt. (Willert & Madsen, 1996). Det er en gensidig afstemning af forventninger, som også er vigtig i individuelle samtaler, fx i coachingsamtalen, men tilpasset det tema og de mål, som initieres af fokuspersionen (Alrø, 2011). Det er ofte i starten af et forløb eller et møde, at det er vigtigt at skabe fælles retning – “at nagle samtalen fast”, som Olsen (2016) benævner denne proces:

“Ja, hvis det er de der problem møder, hvor vi mødes ugentligt, så starter jeg med at sætte rammen for forløbet – hvad min rolle er, og hvad der skal foregå. Og det er tit på den samme afdeling, jeg kommer, så efterhånden er det indarbejdet. Men at sætte rammen – meget af min rolle er at holde den røde tråd – at afklare: ‘det er det her, vi arbejder med’” (Int. 1, p. 8, 1 213-216).

Flere supervisorer har haft udfordringer i opstarten af et supervisionsforløb og mener, at det kan henføres til, at det ikke var klart, hvad der skulle foregå, eller at der var negative forventninger til en ny supervisor:

“Jeg har prøvet modstand – mærker ‘du skal ikke tro at du ...’ Så prøvede jeg at gøre det med at ‘benævne’ – og sagde: ‘Jeg kan mærke, at I ikke har lyst til at snakke om det her.’ Og så kom der en snak om det, de var optaget af – om overbelastning og oplevelse af overhovedet ikke at kunne komme til at lave noget, som man har lyst til” (Int. 2, p. 4, 1 124-127).

Thorkild Olsen (2016) siger, at *villighed i samtalen* handler om at have lyst til at deltage, og at det har stor betydning, hvad der sker i den indledende forhandling af samtalsindhold og formål, men at det også er afgørende med *venlighed* i samtalen, dvs. at kunne sætte en tryk scene, være anerkendende og se den anden/gruppen som en væsentlig anden.

5.1.2 Positionering og magt

Da næsten alle supervisorer har flere forskellige jobfunktioner og dermed forskellige positioner i deres hverdag, bliver det vigtigt at være bevidst om,

hvilken position man indtager i en samtale. Mange supervisorer er ansat som uddannelsesansvarlige eller kliniske specialister og har dermed i forvejen en særlig rolle som en form for faglig specialist, mens andre er ansat som almindelige sygeplejersker, terapeuter eller pædagoger og dermed skal skifte position fra kollega til supervisor eller facilitator. Forskellige positioner handler om at gøre sig klart, om man især har en ekspertposition eller fungerer som procesleder (Westmark, Nissen & Offenbergs, 2014).

Det kan især være udfordrende at gå fra kollegarollen til supervisorrollen, både fordi kollegerne forventer noget andet, og fordi man selv skal finde ud af at "skifte kasket":

"Min udfordring er, at jeg ofte skifter position. Lige i øjeblikket er jeg primært uddannelsesansvarlig – i andre perioder er jeg sygeplejerske og kollega. At skifte frem og tilbage kan godt være svært. Det er en svært udfordring – fra at have siddet som lidt supervisor – og så står vi sammen og behandler som kolleger" (Int. 3, p. 6, l. 175-179).

Hvis man over tid har fået en stabil rolle i afdelingen, fx i en form for stabsfunktion som uddannelsesansvarlig, er det o.k. at skifte mellem de forskellige positioner. Det er lidt mere vanskeligt, hvis man har – eller tidligere har haft – en mere magtfuld position:

"Meget der, hvor jeg støder på vanskeligheder, er gamle relationer – og det har jeg jo i alle mulige afskygninger – det kan være nogen, jeg har været kollegaer med, leder for, som leder haft dem til ansættelsesamtale og så ikke ansat dem – det kan være alt muligt!" (Int. 2, p. 4, l. 131-134).

5.1.3 Nysgerrighed og indlevelse

"Supervision er en måde at være i verden på. Ikke lige svare – være undersøgende!" (Int. 3, p. 2, l. 50).

At være nysgerrig og undersøgende er meget vigtigt, siger supervisorerne. Man skal være ydmyg og afventende i forhold til at give deltagerne tid til selv at finde frem til det, der betyder mest. Det betyder, at man skal kunne give plads til tavshed, også selvom der kan være en tidsramme, der skal overholdes. Samtalen får dermed karakter af langsomhed, ofte i stor kontrast til den hverdag, de kommer fra:

"Jamen det er trygheden ved at turde at metakommunikere – det her med at sætte ord på uden at fortolke – den der lidt mere nysgerrige forholden sig til" (Int. 1, p. 6, l. 194-195).

Indlevelse i deltagerens problemstilling og følelser er et andet vigtigt tema. Thorkild Olsen (2016) kalder det *kvalitet i kontakten* i samtalen, og det handler om venlighed og respekt for den anden. Der skal opstå resonans, siger psykiateren Lars Lorentzen (2014), som har arbejdet med dette begreb i arbejdet med psykiatriske brugere. Han citerer Astrid Lindgren, som beskriver det således: “At et lys tændes i vores øjne. En relation kommer til live. Denne livgivende følelse rummer mange følelser; vitalitet, engagement, lyst, tillid, spænding, fortrolighed” (ibid., p. 7):

“Jeg synes jo, kunsten er, at det tager afsæt i det, de siger – at opdage, at her kan jeg lige koble mig på – hvis ikke man gør det, bliver man en, der siger, hvad de skal gøre ...” (Int. 2, p. 8, l. 258-259).

Resonans er ifølge Lorentzen (2014) et mellemmenneskeligt fænomen, som opstår i mødet med andre, men ikke altid. Nogle gange opstår der dissonans, dvs. følelser af ubehag, og andre gange no-nans, som er, når vi er indifferente, og der ikke rigtig etableres en forbindelse. Som supervisor skal man kunne bevare sin nysgerrighed, selvom der opstår negative følelser eller er manglende kontakt. En mulighed er at metakommunikere, dvs. tale om det, der sker, eller bruge gruppen til at uddybe de følelser, der er i spil, fx via metoden “tuning in”, som er beskrevet af Susanne Bang og er en form for rollespil, hvor nogle af deltagerne forsøger at tale ud fra en bestemt person, som har været drøftet, fx på en behandlingskonference. Det kan være belysning af de tanker og følelser, der kan ligge bag ved en vred eller forstyrrende adfærd, og øvelsen medfører ofte en ændret opfattelse af denne person i en mere nuanceret retning (Bang & Heap, 1999).

5.1.4 At undersøge forskelle i perspektiver

Den systemiske tænkning og erkendelse af, at der findes mange forskellige måder at opfatte virkeligheden på, har supervisorerne med som en grundlæggende tilgang, som anvendes både i supervision, konferencer og debriefing. Sundhedsvæsenet er især præget af en naturvidenskabelig og lineær tænkning omkring sygdom og behandling, og dette kan også præge de kollegiale relationer, hvis man ikke er bevidst om, at samarbejdsrelationer er mere komplekse (Just, 2005). At være bevidst om, at forskellige faggrupper og personer kan have meget forskellige perspektiver, kan være hjælpsomt, både i forhold til at udfolde en problemstilling, og når der tales om konflikter (Madsen, 2016).

Supervisorerne er alle optaget af at undersøge, og give plads til forskelle og forskellige perspektiver, og sammen med deltagerne foretage en sortering af de ting, der kommer frem. Det sker både i samtalen, men ofte også via brug af tavle, som skaber et overblik over en problemstilling:

“Sidst jeg havde én, da var tavlen smurt til, og til sidst sagde hun: ‘Jeg kan virkelig godt forstå, jeg har det, som jeg har det.’ Så blev det klart for hende, at det faktisk var kaos” (Int. 1, p. 6, l. 202-204).

5.1.5 At lytte og stille forskellige spørgsmål

“Træn ørerne til mesterskab,” siger Olsen (2016, p. 41), og man kunne også henvise til begrebet aktiv lytning, som er velkendt i alle sundhedsuddannelser, men ikke desto mindre vanskeligt at leve op til. Det kræver *dobbelt lytning* at lede samtaler, mener Olsen (ibid.), fordi man både lytter efter indhold og intention, hvilket supervisorerne oplever, at de er trænet i. En væsentlig del af uddannelsen til supervisor handler om at få øje på, hvordan forskellige typer af spørgsmål har en forskellig virkning i en samtale. Det kan helt enkelt handle om åbne eller lukkede spørgsmål eller Karl Tomms spørgsmålstyper, som kan være henholdsvis lineære og cirkulære og skaber forskellige former for refleksion (Moltke, 2009):

“Det er også typen af spørgsmål – når man sidder med en familie og et alvorligt budskab – at holde øje med, hvordan de reagerer; når lægen fortæller – og så sige stop og stille nogle andre spørgsmål” (Int. 1, p. 6, l. 178-180).

Dette citat illustrerer, at supervisorerne bruger deres træning i at lytte og observere, hvad der sker i en patientsamtale sammen med en læge, samt at stille forskellige former for spørgsmål, hvis de oplever, at det er nødvendigt. Det kræver dog et godt og tæt samarbejde med lægen.

5.2. Supervision – klassisk supervision

Supervisorerne har den klare opfattelse, at de især er uddannet til det, de kalder “klassisk supervision”. Men de åbne supervisionsgrupper på tværs af afdelinger i organisationen, som var almindeligt i de første mange år, eksisterer næsten ikke mere, og der er strammere rammer for tidsforbrug. Tidligere var et typisk vejlednings-/supervisionsforløb otte-ti møder a 1,5-2 timer. I dag er det kortere forløb på 1,5 time og meget ofte med skiftende deltagere, fordi der ikke kan være ret mange, der går fra afdelingen i arbejdstiden. Det handler især om en mere presset hverdag, og en supervisor i København udtaler i et tidligere interview følgende:

“En oversygeplejerske sagde forleden til mig: ‘Det der med at mødes hver anden tirsdag i to timer i en supervisionsgruppe – glem det! Det har vi simpelthen ikke tid til i sundhedsvæsenet’” (Just, 2012, p. 36).

5.2.1 Supervision i egen afdeling

Der er dog på nogle fagområder fortsat tradition for, at der skal være et tilbud om supervision, fx blandt sundhedspersonalet i psykiatrien, inden for kræft-

behandling, neurokirurgi og rehabilitering samt i sundhedsplejen. Her har man tradition for at uddanne supervisorer og har dermed interne ressourcer til rådighed, men formentlig medfører arbejdets karakter med mange livstruende og følelsesmæssigt belastende patientforløb også, at der er et mere påtrængende behov for supervision. Nogle gange er det afdelingens egne sundhedsfaglige supervisorer eller psykologer, der superviserer, andre gange tilkøber man ydelser fra en ekstern supervisor. Tradition betyder dog meget, i forhold til hvordan det prioriteres, hvilket også medfører, at nogle lande dele og organisationer har stor tradition for at uddanne supervisorer, som ofte også selv er meget aktive i forhold til at etablere supervision, mens andre organisationer ikke har prioriteret dette:

“Så har jeg en hel del supervision i min egen afdeling på tværs af afdelinger og ambulatorier. Det har været en ledelsesmæssig beslutning i forhold til udflytningen, og så har jeg noget, der ligger tæt på debriefing – det kan være lange, voldsomme forløb – som regel en enkelt gang – nogle gange to gange” (Int. 1, p. 2, 1 58-61).

I egen afdeling kan der være supervisionsgrupper bestående af særlige målgrupper, fx kliniske vejledere, koordinatore, social- og sundhedsassistenter, servicemedarbejdere, sekretærer osv. En enkelt har også superviseret læger under specialistuddannelse, men generelt er det erfaringen, at læger er den gruppe, der sjældnest deltager i supervisionstilbud.

5.2.2 Dialogtræning

En supervisor har i forbindelse med afsluttende diplomopgave udviklet og beskrevet en særlig form for supervision, som har karakter af dialogtræning (Iversen, 2014). Her er der fokus på, at deltagerne aktivt træner den sokratiske dialog med henblik på at påvirke den interpersonelle dialog i afdelingen. Det kan fx være koordinatore, som i hverdagen fungerer som en form for mellemledere i forhold til de daglige opgaver og dermed også bliver involveret i småkonflikter og bagtalelser mellem kollegerne.

Supervisor er rammesætter og underviser i fx dialog, spørgsmål, anerkendelse, undren m.m., og deltagerne øver selv samtalen. Derefter er der feedback og samtale om samtalen, som deltagerne har overværet. Flere deltagere giver udtryk for, at træningen har ændret samtalekulturen i afdelingen og dermed også samtaler med patienter. En deltager i en dialoggruppe har udtalt:

“Når jeg står i en vanskelig situation eller har en svær samtale, tænker jeg: Hvad var det nu, vi lærte?” (ibid., p. 6).

5.3. Uddannelse og oplæring

Supervision er efterhånden blevet en vigtig del i forhold til oplæring af nyuddannede og nyansatte på hospitalerne, noget, som mange sundhedsfaglige supervisorer deltager i. Det er ofte en blanding af supervision og lidt undervisning.

5.3.1 Godt begyndt – nyuddannede sygeplejersker

I forbindelse med ændringen af sygeplejerskeuddannelsen til en bacheloruddannelse, hvor de studerende fik mindre praktik, viste det sig ret hurtigt, at overgangen fra studiet til at kunne fungere som sygeplejerske i praksis var vanskelig. Det medførte, på det daværende Aarhus Kommunehospital, et behov for at udvikle et målrettet introduktionsforløb for nyuddannede sygeplejersker. Det hed "Bachelor på vej" og bestod dels af undervisning i praktisk sygepleje, mentorordninger samt sundhedsfaglig supervision.

Projektet er løbende blevet evalueret og er i dag et fast tilbud til alle nyuddannede sygeplejersker med navnet "Godt begyndt". På et stort hospital som Aarhus Universitetshospital er der mange nyuddannede sygeplejersker, og derfor er mange sundhedsfaglige supervisorer involveret i at supervisere disse grupper med fire-fem ansatte syv gange i løbet af introduktionsforløbet med et fastlagt tema, som knytter an til den øvrige undervisning. De nyuddannede sygeplejersker oplever det som positivt at modtage supervision i en gruppe, som har det samme erfaringsniveau. For supervisorerne bliver det en måde at få mere indsigt i, hvad der udfordrer nyuddannede sygeplejersker:

"I det job som uddannelsesansvarlig bruger jeg det. Det formaliserede en-to grupper om året i Godt begyndt. Det er dejligt og giver rigtig god mening at vide, hvad der rører sig blandt nyuddannede sygeplejersker, så jeg kan være med til at implementere det" (Int. 3, p. 2, l. 51-52).

Flere supervisorer har skrevet diplomopgaver om denne form for supervision, som rummer nogle særlige udfordringer. For det første er deltagelse obligatorisk og har dermed ikke den frivillighed, som ellers præger supervision. For det andet skal de unge sygeplejersker lære at reflektere på en anden måde end på studiet, hvor der mest er fokus på at reflektere over teoretiske problemstillinger, mens de i supervision skal reflektere med afsæt i egne erfaringer. Supervisorerne oplever også ofte, at de unge studerende har en større blufærdighed i forhold til at fortælle om usikkerhed. Men erfaringen er samtidig, at de unge sygeplejersker i forløbet lærer supervisorsrummet at kende, og i de fleste grupper opstår der en samhørighed, som støtter dem i den første svære periode i praksis:

"Der er noget taktisk smart ved, at vi har Godt begyndt – for der bliver de introduceret til supervision, og vi kan sige – husk nu, du kan få supervision!" (Int. 3, p. 4, l. 123-124).

Andre hospitaler har startet noget lignende op, og for øjeblikket afprøver man også at introducere supervision for de studerende i det tværprofessionelle modul (Nielsen & Rasmussen, 2016).

5.3.2 Nyansatte medarbejdere

I mange specialiserede afdelinger er det nødvendigt med et oplæringsprogram for alle nyansatte, som ikke nødvendigvis er nyuddannede. Her indgår supervision også som en metode til at tilegne sig den nye praksis, fx på børneonkologisk afdeling. Det bliver her dels muligt at tale med andre i samme situation om tvivl og usikkerhed i det nye job:

“Har lavet en lille undersøgelse af supervision af nyansatte i egen afdeling, som synes, de lærer afdelingen bedre at kende og bliver mere trygge” (Int. 3, p. 1, l. 3-5).

En supervisor har også superviseret nyansatte unge læger, og der er aktuelt i Region Midt et særligt tilbud for yngre læger, som skal fungere som læger samtidig med at de skal håndtere overgangen fra studiet til en krævende tempopræget hverdag (De Lasson, Malling & Just, 2014; Just, De Lasson, Stegager & Malling, 2016). Også for lægerne opleves det som betydningsfuldt at undersøge og dele oplevelser med en gruppe, som er nyuddannede og uerfarne i den sundhedsfaglige praksis.

5.4. Teamrefleksion

På Hammel Neurocenter ændrede man på et tidspunkt tilbuddet om åbne supervisionsgrupper til en mere sagsorienteret form for supervision af teams, som bliver udfordret af vanskelige patientforløb. Det kan fx handle om meget udadreagerende patienter, samarbejdet med patienten og en pårørende eller forskellige holdninger til, hvordan man fx skal håndtere, at en patient konstant ønsker at forlade afdelingen. I starten var det en enkelt seance på 1,5 time, men nu er det ofte et forløb på fire-fem teammøder med det samme team. Det er et meget styret møde, hvor der helst også skal afsluttes med konkrete handleplaner for teamets fortsatte indsats:

“Det er meget patientfokuseret i forhold til det der med at få skabt retning og forstå patientens adfærd – det med at få skabt en fælles forståelse og retning – sådan ser jeg forskellen” (Int. 1, p. 1, l. 38-39).

I disse møder anvender supervisorerne nogle af metoderne i supervision. Dels at man etablerer en tydelig ramme for, hvad der skal ske i løbet af mødet, dels har runder, hvor alle kommer til orde. Supervisor stiller spørgsmål og hjælper gruppen med at finde et fokus. Det kan fx tage afsæt i et narrativt perspektiv, hvor der spørges ind til unikke hændelser og sprækker i historien, hvor problemet ikke er til stede. Men ud over at der er et klart

patientfokus, indebærer forløbet også, at teamets relationer kommer i spil (Kjær Jensen, 2014).

Psykologen Annette Mortensen (2008) betegner supervision, som ydes i grupper af samarbejdende kolleger, som "dirty supervision", hvor dirty henviser til en dansefilm, hvor danserne bruger forbudte trin. Teamrefleksion er en form for dirty supervision, hvor man anvender både supervisionsmetoder og konsultative metoder. Mortensen (2008) og Hassing Pedersen og Lykke (2007) peger på, at når man superviserer kolleger, spiller de organisatoriske og evt. fagkulturelle faktorer en større rolle, og det får betydning for formen, som typisk går ud på, at hele gruppen deltager i en fælles undersøgelse af, hvad problemet er. Der er flere ting på spil, fordi kollegerne kan have aktier i hinandens problemstillinger og derfor have svært ved at være så anerkendende og undrende, som man ellers bestræber sig på i det reflekterende team.

De sundhedsfaglige supervisorer har ofte den særlige udfordring, at de selv tilhører samme organisation og har en specialiststilling, hvor de i andre sammenhænge skal være faglig rådgiver. De er derfor både procesledere og har en særlig ekspertviden. De håndterer udfordringen ved at være meget procesorienteret i den største del af mødet og evt. bidrage med faglige synspunkter, når problemets fokus er afklaret:

"Ja, jeg spørger om lov til – vil I høre det, jeg har ... Hvad jeg tænker om det – jeg lader – afventer, om kommer det af sig selv – det er jo ikke sikkert, det er den vej, det skal, men det er meget afhængigt af den gruppe, der sidder der" (Int. 2, p. 3, l. 91-94).

5.5. Facilitering af møder

Supervisorerne har med tiden vist deres kunnen i forhold til at kunne facilitere gruppeprocesser og bruger ofte kompetencerne i mange forskellige former for møder. Det kan være sygeplejekonferencer eller tværfaglige konferencer, hvor man forsøger at skabe mere refleksive møder. Det sætter fokus på fagligheden og de faglige begrundelser for sygeplejefaglige observationer, siger en supervisor, som har fokus på kritisk refleksion i en undersøgelse af egen praksis i forbindelse med masterprojekt (Trans, 2015):

"Jeg lavede de der konferencer for konsultationssygeplejersker i mit masterprojekt, og jeg har flere gange ugentlige sygeplejekonferencer i små teams. Hvordan strukturerer man det mere og kommer ud over det der med at snakke i øst og vest, som også kan være godt nok. Men mit fokus er jo meget læring" (Int. 3, p. 2, l. 39-42).

Helle Nordentoft (2008), som i sin ph.d.-afhandling ser sundhedsfaglig supervision som en sproglig praksis, som rummer mange følelser, finder, at der kan ske en forandring gennem reformuleringer, som også kan overføres til konferencerummet. Det betyder, at man via tværfaglig supervision kan bi-

drage til at ændre mødekulturen ved de tværfaglige konferencer, bl.a. ved at aftale tydelige rammer, at reformulere og understøtte reflektive pauser m.m.

Enkelte supervisorer bliver inviteret til andre former for konsultative opgaver, fx supervision/sparring af en projektgruppe, der arbejder med udsatte mødre, deltagelse i simulationstræning, håndtering af samarbejdsproblemer i et team, konflikthåndtering m.m. Det er opgaver, som flere oplever ligger på kanten af det, de har lært, men alligevel vælger at tage på sig, hvis der er tilstrækkelig støtte i organisationen:

“Vi bruger cirkel flow ... og så finder vi temaer og forhandler os frem til, hvilke temaer vi skal arbejde med. Vi brugte også det der fortælletræ ... en narrativ metode. De var glade for det – med blade og insekter... som fokus på teamsamarbejde. De sagde, at de havde lært meget af at lytte til hinanden” (Int. 4, p. 3, l. 130-132).

Cirkel flow er en konflikthåndteringsmetode, som er beskrevet af Marion Thorning (2008), og samtaletræet er et billede på, hvordan man i et narrativt perspektiv kan skabe en struktur for gruppens fælles fortælling om det, der udfordrer dem, siger Nevers, der er organisationskonsulent og forfatter (Nevers, 2015).

Flere af de interviewede supervisorer har deltaget i temadag om facilitering med ph.d. og lektor Ib Ravn, som siger: “At facilitere er at gøre det lettere for en gruppe mennesker at udrette det, de gerne vil!” (Ravn, 2011, p. 9). Han mener, at vi i den danske demokratitradition har haft en vis uvilje mod at afbryde uproduktive samtaler, men påpeger, at det er nødvendigt for at skabe mere værdi, hvilket indebærer, at en mødeleder har mod til at styre et møde aktivt, fx når der er forskellige holdninger til en problemstilling. Han giver en række anvisninger til, hvordan man konkret faciliterer møder, og mange af disse punkter minder om ledelse af supervision i grupper, fx hvordan man skaber fælles mening og involverer alle deltagere.

5.6 Debriefing – at blive rystet

Mange supervisionssamtaler har karakter af “forsømt debriefing”, er denne artikels forfatteres erfaring. Det er fx, når en sygeplejerske fortæller følelsesladet om et voldsomt forløb med et lille barn, som døde, og det viser sig at være tre år siden, det skete. Oplevelsen sidder stadig i bevidstheden og kroppen og dukker op, når der er tid/rum og tryghed i forhold til at tage oplevelsen op, fx i supervision eller andre former for reflektive møder (Bagger, 2005), hvor man kan tale om det på en anden måde end den korte eftersnak, der har været efter en begivenhed, og hvor kollegaer har været ivrige efter at “trøste” sygeplejersken.

En del af de sundhedsfaglige supervisorers bagage er indsigt i de følelsesmæssige påvirkninger i arbejdet med syge mennesker, fx via Susanne Bangs bog *Rørt, ramt og rystet. Supervision og den sårede hjælper*, hvor hun viser,

hvordan den følelsesmæssige påvirkning kan strække sig fra at være rørt, til ramt og rystet. At være *rørt* eller *berørt* af det, man oplever, er en naturlig del af den empatiske måde at forholde sig til en patient eller pårørende på og er som sådan uproblematisk. Når man bliver *ramt* eller *rystet*, bliver man påvirket på et dybere plan, hvilket evt. kan aktivere personlige oplevelser og i gentagne tilfælde medføre posttraumatisk stress og udbrændthed (Bang, 2002):

“Noget af det, jeg især har taget med – den bog, der hedder Rørt, ramt og rystet – den har tit været en hjælp i nogle sager – fx når jeg skal tage mig sammen for ikke at blive for berørt ... jeg registrerer det selv – men det burde jeg gøre mere ved” (Int. 2, p. 6, l. 180-182).

De sundhedsfaglige supervisorere kender og arbejder med dette i supervisionsgrupper, men flere er efter et særligt kursus i debriefing også begyndt at bevæge sig ind i egentlige debriefingopgaver, som iværksættes, når der har været en særlig alvorlig hændelse:

“Og det har nogle gange været særdeles alvorlige hændelser – fx selvmord. Komplekse, voldsomme patientforløb” (Int. 3, p. 2, 171-74).

Debriefing er et møde, hvor alle, der både direkte og indirekte har været involveret i hændelsen, systematisk drøfter den med afsæt i en konkret metode (Dyrgrov, 2002). Det er tværfaglige møder med deltagelse af alle faggrupper, fx læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, evt. sekretærer m.m. En gruppe supervisorere ansat på Aarhus Universitetshospital har fået et kursus i debriefing:

“Debriefing – det er der meget efterspørgsel på – hvor vi jo har vores grundtilgang til supervision – og så lærte vi på kurset metoderne, hvordan vi kan gøre det. Men jeg tror især, det er vore supervisorfærdigheder – det at give rum, spørgende, lytte – en ordentlig start, en kontrakt og afslutning og så læringspunkter, i forhold til hvad der er kommet frem, og hvad kan vi tage med os” (Int. 3, p. 2, 171-74).

5.7. Samtaler med patienter og pårørende

Det er en velkendt del af sygeplejerskers arbejde at have samtaler med patienter, ofte meget alvorlige samtaler, og nogle gange sammen med en læge. De oplever, at deres supervisionsuddannelse har styrket disse samtaler:

“Så sidder jeg jo helt tæt på patienterne, og der bruger jeg jo det, jeg kan i samtalen, når man skal overbringe et dårligt budskab, og hele familien er der...” (Int. 1, p. 3, 154-156).

Samspelet med lægen er vigtigt og nogle gange udfordrende, fordi tidspress ofte medfører, at man ikke får afstemt, hvad der skal tales om, før man møder patienten/familien:

“Jeg havde i sidste uge en samtale, og lægen sad og fortalte, og så sidder familien der og græder – jeg sidder som sygeplejerske, og der er jeg ikke facilitator, men sygeplejerske. Men der lægger jeg mærke til i samtalen – og siger på den der nænsomme måde: ‘Jeg kan se, du bliver rigtig ked af det.’ Og prøver at stoppe lægen. Der bruger vi selvfølgelig også det, vi kan, uden at have en rammesætning ... der ved jeg, hvordan jeg skal gribe ind” (Int. 3, p. 2, l. 71-74).

5.7.1 Familier

En helt anden form for gruppesamtale er, når supervisorerne sidder med i samtaler med familier, hvor der kan være mange følelser på spil, fx fordi det handler om et kræftramt familiemedlem, en dement ægtefælle eller far eller en familie til et barn, der er i børnepsykiatrisk behandling. Det er en mere uforudsigelig proces, hvor man konstant skal ændre samtaleens retning:

“Det er det med at komme til at have for travlt med at ville have dem et bestemt sted hen – det med at øve – ja, langsomheden og se, om det så kan ... skal passe på ikke at være forelsket i sine egne hypoteser ... fange nogle hints, som kommer – en far, som siger: ‘Jeg kan ikke holde ud med alt det struktur ...’” (Int. 2, p. 5, l. 158-161).

At kunne sætte sin egen dagsorden i baggrunden er vigtigt, og det er supervisorerne jo trænet i, men ved møder med familier er der ofte behov for mere konkret afklaring:

“Ja, man kan starte med at tro, at man kan præsentere noget om boligskifte, men det kan man bare ikke – så må man sadle om. Jeg synes, jeg skal sadle om flere gange, når jeg har med pårørende at gøre, og særligt når borgeren (den demente) også er med – men det er jo ikke altid tilfældet” (Int. 1, p. 5, l. 162-164).

Ofte afholdes møder med familier sammen med andre professionelle, fx hjemmesygeplejerske, skolelærer, sagsbehandler m.fl. Og det betyder, at flere dagsordener kommer i spil:

“Ja, og så sidder der en hjemmesygeplejerske med én dagsorden og en pårørende med en anden dagsorden. Så er der mange aktører at få styr på – og lukke nogen ned, fx hjemmesygeplejersken, der vrisser ‘hvad så med det medicinskema – hvad med at få styr på det?’ ‘Jamen det tager vi på et andet tidspunkt!’” (Int. 1, p. 6, l. 165-167).

Hvis supervisorerne har mandat til at lede mødet, kan de bruge erfaringerne med at skabe tydelige rammer og bruge nogle af de metoder, som virker i supervision og bidrager til mere fokuserede og respektfulde diskussioner. De skal være i stand til at "sadle om hele tiden", som en sygeplejerske siger. Det vil sige: Erfaringer fra supervision mht. at forhandle processen får også stor betydning her.

5.7.2 *Sorggruppe for efterladte*

En sygeplejerske i et palliativt team har haft gode erfaringer med at bruge dele af supervisionsmetoderne i en gruppe for efterladte til patienter, som er blevet fulgt af det palliative team, og har tidligere beskrevet dette i en artikel, som er skrevet på baggrund af en afsluttende diplomopgave (Jørgensen, 2014).

Forløbet for efterladte er evalueret grundigt, og også her viser det sig, at det virker med en tydelig rammesætning, og supervisorerne har anvendt forskellige metoder fra supervision, såsom refleksion, bevidning og spejling. De efterladte har oplevet gruppen som et godt åndehul med samhørighed og tillid. Supervisorerne har både haft brug for deres faglige indsigt i fx krisereaktioner og den pædagogiske og relationelle viden og kompetence.

6. Diskussion og afslutning

Denne artikel har illustreret, at sundhedsfaglig supervision befinder sig i et samtalelandskab med mange fælles træk i forhold til det kommunikative og rammesætning, men også forskelle i forhold til de kontekster, som samtalerne foregår i. De sundhedsfaglige supervisorer bevæger sig som internt ansatte med særlige pædagogiske og kommunikative færdigheder ind i nye opgaver, som befinder sig inde i det konsultative felt, dvs. forskellige former for intervention og procesledelse på deres arbejdsplads, jf. teamrefleksion, debriefing m.m.

De sundhedsfaglige supervisorer er specielle på den måde, at de både er fagpersoner og ofte eksperter i klinikken og samtidig kan facilitere forskellige processer qua deres supervisionsuddannelse. Dette er både en styrke og en udfordring. Styrken er, at de kender sproget og problemstillingerne fra egne erfaringer og derfor hurtigt kan sætte sig ind i en sag, men dette er samtidig udfordringen, hvis de også skal bevare procesperspektivet:

“Det er jeg altså rigtig meget udfordret på – i virkeligheden holder jeg mig – er meget optaget af at få det i spil, der foregår. Der går lang tid før, jeg siger noget om det, jeg mener” (Int. 2, p. 3, l. 87-89).

En anden udfordring er, at supervisorerne pendler mellem forskellige positioner. I nogle situationer er de en kollega, og i andre situationer er de super-

visor eller mødeleder. Det skaber ofte tvivl hos supervisoren og kræver mulighed for efterrefleksion – evt. supervision – på særligt udfordrende processer.

Olsen (2016) siger om samtalens *virkning*, at det skal være muligt at pege på, hvordan og hvorfor samtalen virker. Denne evaluering må naturligvis indgå som en del af samtalen, samtidig med at det kan bidrage til, at supervisor bliver tydelig i sin position. En “samtale om samtalen” undervejs – også kaldet metarefleksioner, kan være et tjek på, om deltagerne oplever, at der er det rigtige fokus, og at det giver mening, det, der tales om (Andersen, 1994).

Det er afgørende for alle former for samtaleaktiviteter, at der er en god organisatorisk forankring, dvs. at der er ledere, som ser det som betydningsfuldt og sikrer, at der skabes rammer for, at det kan ske. Det har både betydning for, om supervisorerne kommer i gang med at bruge uddannelsen, og det har betydning for, om der er organisatorisk opbakning til, at medarbejderne bruger tid på de forskellige former for procesmøder. På flere hospitaler er der etableret en organisering af de sundhedsfaglige supervisorer, som selv får tilbud om supervision og efteruddannelse. En del supervisorer/vejledere er med tiden blevet ledere og giver ofte udtryk for at have en ekstra god ballast i forhold til kommunikation, samtidig med at ledernes baggrund har haft betydning for, at organisationen værdsætter disse kompetencer.

Supervisorerne er bevidste om, at de først og fremmest har en gedigen supervisoruddannelse, men også at de har særlige kompetencer i forhold til kommunikation, både med enkeltpersoner og i grupper. De er også bevidste om, at nogle af de opgaver, de har påtaget sig, er på kanten af det, de har lært og trænet. Det er fx facilitering af særlig vanskelige gruppeprocesser, som fx samarbejdsproblemer og debriefing, det er samtaler med ofte kriseramte familiemedlemmer, og det er processer, som går på tværs af fagkulturelle traditioner og forskellige sektorer.

“Jeg har da tænkt på, om vi kunne komme til at gøre mere skade ...”
(Int. 4, p. 5, l. 150-151).

Når organisationen inviterer supervisorerne ind i nye typer kommunikative opgaver, er det derfor vigtigt, at man understøtter dette med adgang til efteruddannelse og supervision, men også at der skabes rum for erfaringsudveksling supervisorerne imellem og samarbejde med andre faggrupper, fx psykologer, som ofte har nogle af de samme opgaver.

Sundhedsfaglig supervision er under forandring, idet tilbud om åbne tværgående supervisionsgrupper ser ud til at blive erstattet af andre typer procesmøder, som går bredere ud i organisationen, dvs. inddrager en større personalegruppe. Dette viser, at supervisorerne har nogle kompetencer, som er meget efterspurgt. Måske mister man til gengæld noget fordybelse i den faglige udvikling, når der ikke længere afsættes tid til klassisk supervision. Det er forfatterens holdning, at det har stor betydning for den faglige kvalitet

i sundhedsvæsenet, at der skabes plads til disse lidt mere langsomme samtalerum, som har en tydelig rammesætning, plads til forskellige virkelighedsopfattelser og respekt for det enkelte menneske som hovedfokus.

REFERENCER

- Alrø, H., (2011). Kontraktens betydning i coaching. I H. Alrø et al. (red.), *Coaching – fokus på samtalen* (pp. 13-35). København: Hans Reitzels Forlag.
- Alrø, H., & Kristiansen, M. (1998). *Supervision som dialogisk læreproces*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag og Institut for Kommunikation.
- Andersen, T. (1994). *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtaler*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Bagger, C. (2005). Refleksive rum hjælper sygeplejersker efter belastende hændelser. *Sygeplejersken*, 15, 30-33.
- Bang, S., & Heap, K. (1999). *Skjulte ressourcer. Supervisionsgruppen og dens arbejdsmåder*. Socialpædagogisk Bibliotek. København: Gyldendal.
- Bang, S., (2002). *Rørt, ramt og rystet. Supervision og den sårede hjælper*. Socialpædagogisk bibliotek. København: Gyldendal.
- Block Kjeldsen, S. (2007). Coaching vinder indpas i sygeplejen. *Sygeplejersken*, 19, 32-35.
- Dansk Sygeplejeråd (u.å.). *Sundhedsfaglige Supervisorer*. Lokaliseret 19. december 2017 på: <https://dsr.dk/fs/fs30>
- De Lasson, L., Mallings, B., & Just, E., (2014). Gruppecoaching understøtter yngre lægers fagprofessionelle udvikling. *Ugeskrift for Læger*, 9, 839-841.
- Dyrgrov, A., (2002). *Psykologisk debriefing. Gruppeprocesser efter traumatiske hændelser* (1. udgave). København: Dansk Psykologisk forlag.
- Fredslund, H., (2013). *Evaluering i et narrativt perspektiv* (1. udgave). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Folmer, E., & Krøll, V. (2000). Succes med sygeplejefaglig vejledning forudsætter ledelsens engagement og involvering. *Klinisk Sygepleje*, 1, 20-24.
- Frydschou, L. (1994). Den personlige relation i sygeplejefaglig vejledning. *Klinisk Sygepleje*, 4, 24-33.
- Gert H., & Topp Hansen, G. (2009). Sygeplejefaglig vejledning øger arbejdsglæden. *Sygeplejersken*, 4, 54-58.
- Hassing Pedersen, J., & Lykke, T.F. (2007). Kollegafællesskabets velsignelser og forbandelse i supervision. *Erhvervspsykologi*, 5(1), 16-31.
- Hermansen, M.V, Carlsen, L.B., & Vråle, G.B. (1992). *Sygepleiefaglig veiledning*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Iversen, E., (2014). Dialogtræning ændrer samtalekulturen. <http://docplayer.dk/1986104-Dialogtraening-aendrer-samtalekulturen.html>
- Just, E., (2005). Viden og læring i sundhedsfaglige praksisfællesskaber. Ph.d.-afhandling. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Just, E., De Lasson, L., Stegager N., & Mallings B. (2016). Gruppecoaching støtter nyuddannede lægers møde med klinikken. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 92(5), 44-52.
- Just, E. (2012). Vejledning på dansk. *Veiledernetværket i Agder; Årbok 2012*.
- Juutilainen, A. (2008). *Supervision i sundhedsprofessioner*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Juutilainen, A., (2009). Faglig supervision – hvad kan det bruges til. *Fysioterapeuten*, 3, 8-12.

- Jørgensen, B. (2014). Sorggruppe for efterladte – hvilke krav stiller det til gruppelederen. <http://docplayer.dk/7210623-Sorggruppe-for-efterladte-hvilke-krav-stiller-det-til-gruppelederen.html>
- Kjær Jensen, R. (2014). Sundhedsfaglig supervision i tværfaglige teams. <http://docplayer.dk/10304667-Sundhedsfaglig-supervision-i-tvaerfaglige-teams.html>
- Kjærgård, K. (2006). Supervision styrker fagligheden og det psykiske arbejdsmiljø. *Ergoterapeuten*, september, 12-14.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterView. Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lorentzon, L. (2014). Resonansen – det livgivende i relationen. *Social kritik*, 138, 6-15.
- Lund-Jakobsen, D., & Widsell, M. (2000). Væksthus for vejledere – eftervejledning i grupper. *Klinisk Sygepleje*, 5, 277-282.
- Lund-Jakobsen, D., & Wermer, A. (2001). Invitation til nysgerrighed. *Fokus*, 2001, 36-39.
- Madsen, B. (2016). *Processer & procesledelse. Håndbog for konsulenter, vejledere, undervisere & ledere*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Moltke, H., & Molly, A. (2009). *Systemisk coaching*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Mortensen, A. (2008). Dirty supervision -forbudte trin? I J. Hassing Pedersen (red.), *Perspektiver på supervision* (1. udgave). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Nevers, M. (2015). Supervision i teams. I A. Holmgren & A. Holmgren (red.), *Narrativ supervision og vejledning* (1. udgave). Snekkersten: Dispuks forlag.
- Nielsen, M.S., & Rasmussen, A.V. (2016). Fortæl mig din historie og du lærer at arbejde tværprofessionelt. *Forskellen*, 15(30) 8-12.
- Nordentoft, H., (2007). "Doing emotion Work". *Clinical Supervision in a Palliative Out-patient Ward*. Ph.d.-afhandling. Syddansk Universitet.
- Nordentoft, H. (2008). Sprogspil om følelser i supervision. I A. Juutilainen (red.), *Supervision i sundhedsprofessioner* (1. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Olesen, A.M. (2001). Uddannelse bliver ikke brugt. *Sygeplejersken*, 49, 26-30.
- Olsen, T. (2016). *Eksemplariske samtaler. Villighed- Venlighed-Virkning* (1. udgave). København: Forlaget Venire.
- Ravn, I. (2011). *Facilitering – ledelse af møder der skaber værdi og mening* (1. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Thorning, M. (1995). *Faglig vejledning for sygeplejersker*. Gyldendal undervisning.
- Thorning, M. (2008). Supervisor som konfliktløser. I A. Juutilainen (red.), *Supervision i sundhedsprofessioner* (1. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Trans, T. (2015). *Refleksionskonferencer for konsultationssygeplejersker*. Masterafhandling. Aalborg Universitet.
- Troelsen, M. (2005). Arbejdet gav mareridt. *Sygeplejersken*, 10, 15-16.
- Westmark, T., Nissen, D., Offenbergh, L., & Lund-Jacobsen, D. (2014). *Konsulent men hvordan?* København: Akademisk Forlag.
- Willert, S., & Madsen, B. (1996). Kontraktens funktion i supervision. *Pædagogisk Psykologisk Rådgivning*, 2, 99-107.