

# Eksistenslaboratorium

---

EN UNDERVISNINGSMODEL TIL SUNDHEDSPROFESSIONELLE

Af hospitalspræst Maria Baastrup Jørgensen  
og religionssociologer Majbritt Normann Nielsen  
og Egil Bargfeldt

## KOLOFON

November 2016

Ansvarlig: © Hospitalspræst Maria Baastrup Jørgensen

Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler/  
sognepræst ved Brønshøj Kirke

[maria.baastrup.joergensen.02@regionh.dk](mailto:maria.baastrup.joergensen.02@regionh.dk)

Telefon: 29211930

Med støtte fra

**TrygFonden**

# Indhold

---

## **RAPPORT** **4 - 24**

Indledning	4
Metode	6
Laboratorierne	7
Undersøgelsen	9
Perspektiver	20
Forankring og fremtid	22

---

## **APPENDIKS** **25 - 46**

Metodevalg	26
Analyse	28
Laboratoriernes indhold	33
Om facilitatorrollen	42

---

## **BILAG** **47 - 50**

Bilag 1 / Faktuelle oplysninger	47
Bilag 2 / Øvelseseksempel	49

---

## Indledning

---

### EKSISTENSLABORATORIUM - ET TILBUD MELLEM ALLEREDE EKSISTERENDE INDSATSER

Eksistenslaboratorium er et undervisningstilbud til sundhedsprofessionelle, som har til hensigt at give deltagerne en oplevelse af at blive bedre rustet til mødet med mennesker, som oplever svære eksistentielle udfordringer.

De seneste års arbejde på patientstøtteområdet har afstedkommet en lang række initiativer, der alle sætter patientinvolvering i front i et ønske om at overkomme noget af den afstand, der traditionelt har skilt patient og sundhedsvæsen. Projekterne strækker sig vidt – fra udbedring af fysiske rammer med indbydende indretning og helende arkitektur til fokus på hurtig behandling, valgfrihed og øget pårørendeinddragelse<sup>1</sup>.

Fleere af tiltagene hyldes som tiltrængte initiativer, der har potentiale til at mindske afstanden mellem patient og personale gennem forskellige organisatoriske og strukturelle ændringer. Samtidig tydeliggør spørgeundersøgelser blandt personale og patienter, at der visse steder opstår diskrepans mellem patienters behov og ønsker (herunder om eksistentiel støtte) og personalets fornemmelse af at kunne opfylde disse<sup>2</sup>.

Det er vigtigt at fremhæve, at visheden om, at der er behov for øget indsats i den eksistentielle/åndelige støtte, ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at personalet føler sig sikre i arbejdet med denne form for omsorg. Tværtimod tyder det på, at arbejdet med de eksistentielle og åndelige temaer kan være en stor udfordring for sundhedspersonalet. I en engelsk hospiceundersøgelse fra 2011 beskriver personalet således forskellige typer udfordringer, de oplever i forbindelse med åndelig (spirituel) omsorg i patientstøtten<sup>3</sup>. Personalet giver bl.a. udtryk for stor usikkerhed, når det kommer til spørgsmål om det åndelige og eksistentielle, fordi de simpelthen ikke føler sig rustede til at indgå i samtaler, hvor disse emner kommer op. Lignende undersøgelser viser samme resultater i det amerikanske sundhedssystem<sup>4</sup>, og en række undersøgelser i Danmark når de samme konklusioner<sup>5</sup>.

- 1 Se fx: "Et sammenhængende sundhedsvæsen med mennesket i centrum - Dansk Sygeplejeråds anbefalinger til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen", Danske Sygeplejeråd, marts 2016. "Planetree - en model til systematisk patientinddragelse", Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i samarbejde med Finsencentret, version 3.1, april 2014. "Jo før - jo bedre. Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle", Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2013/2014.
- 2 Se blandt andet: "På vej til mere patientcenteret pleje og behandling i Finsencentret - En organisationsanalyse efter Planetree-modellen", udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser i samarbejde med Finsencentret, Rigshospitalet, Region Hovedstaden, august 2013.
- 3 Abbas, S.Q. og S. Dein: "The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: a qualitative study", *Mental Health, Religion & Culture*, Vol. 14, No. 4, April 2011.
- 4 Dom, 1999, McSherry & Ross, 2002, Vachon, 1995.
- 5 Se fx: Pedersen, H.F. et al.: "Religiøsitet som copingstrategi blandt alvorligt syge danskere" i: *Psykologisk Set*, 94: 23-31, 2014.

Usikkerheden, når det kommer til den åndelige og eksistentielle støtte, viser sig med andre ord som en betydelig udfordring i en ellers inddragende, målrettet og fremsynet patientstøtte.

Patientstøtte og øget omsorgsfokus er altså allerede et væsentligt indsatsområde i sundhedssystemet i dag, og spørgsmålet er, hvad endnu et projekt overhovedet har at bidrage med på området. Som det vil fremgå af rapporten, har Eksistenslaboratorierne haft fokus på at tage udgangspunkt i personalets egne oplevede barrierer og udfordringer i forbindelse med eksistentiel støtte – fremfor at tage udgangspunkt i metodiske eller strukturelle ændringer i personalets hverdag. Dette gøres ud fra en overbevisning om, at forudsætningen for bedre støtte er, at personalet føler større grad af tryghed, når de indgår i møder og samtaler om eksistentielle temaer med patienter og pårørende. Eksistenslaboratoriets 'model' skal altså ruste personalet til bedre eksistentiel/åndelig patientstøtte og på sigt forbedre indsatsen på området.

Projektgruppen vil gerne takke TrygFonden for støtte til projektet samt følgegruppen og alle, der har deltaget i og bidraget til Eksistenslaboratorierne.

## Metode

---

Eksistenslaboratorierne er blevet undersøgt ved hjælp af en kombination af kvantitativ og kvalitativ metode. Undersøgelsens kvantitative del består af spørgeskemaer – et *før*-skema og en *efter*evaluering, som deltagerne udfyldte umiddelbart før og tre uger efter deltagelse i et laboratorieforløb. *Før*skemaerne fungerede som en temperaturmåling af deltagernes egne oplevelser af og forudsætninger for at indgå i eksistentielle samtaler. *Efter*evalueringerne fungerede dels som evaluering af undervisningsforløbet og dels som deltagernes vurdering af oplevelser og forudsætninger for at indgå i eksistentielle samtaler efter undervisningsforløbet. Dele af spørgeskemamaterialet vil blive brugt til at belyse nogle temaer i rapporten (for fyldig gennemgang og analyse af spørgeskemamaterialet henvises der til appendiks).

Undersøgelsens kvalitative del består af observationsnoter fra samtlige laboratoriegange, som havde til formål at dokumentere forløbet, målrette indhold og justere struktur og form undervejs. Herudover blev der gennemført 16 semistrukturerede interviews med laboratoriedeltagere 3-4 uger efter endt laboratorieforløb. Dog er interviews med deltagere fra Center for Kræft og Sundhed allerede foretaget en uge efter endt laboratorieforløb af hensyn til ferieafholdelse på centret. Interviewene bidrager til nuancering af de forskellige temaer og emner, der er dukket frem i forbindelse med gennemførelsen af projektet (for yderligere beskrivelse af metodevalg se appendiks).

# Laboratorierne

---

## MODELLENS STRUKTUR

Et 'Eksistenslaboratorieforløb' består af 3 laboratorier af 2 timers varighed med ca. tre ugers mellemrum.

## HOLDSTØRRELSE

Laboratorieforløbene er blevet tilbudt de forskellige afdelinger med et deltagerantal på 6-8 deltagere pr. hold og er gennemført med mellem 4 og 7 deltagere på de enkelte hold. Samtidig er laboratoriefORMEN afprøvet i sammenhænge, hvor der har været mellem 10 og 20 deltagere, blandt andet med studerende fra onkologisk klinik på Rigshospitalet.

Der tegner sig et billede af, at der bør være minimum 6 deltagere for at bevare dynamik i gruppen/arbejdet og max 8 for at sikre, at alle kommer til orde og undgå, at laboratorierne får karakter af 'klasseundervisning'. Flere deltagere har peget på, at det er vigtigt med mindre hold og nævner i den forbindelse særligt vigtigheden af tryghed, når der arbejdes med tunge eksistentielle temaer.

## HOLDSAMMENSÆTNING

Nogle hold har alene bestået af sygeplejersker, mens andre har været tværfaglige. Materialet fortæller ikke noget entydigt om, hvilke af disse konstellationer, der er mest velfungerende. Sammensætningen af holdene er afklaret i samarbejde med de enkelte afdelingsledelser og er blandt andet kommet i stand ud fra, hvad der rent praktisk har kunnet lade sig gøre i en travl hverdag. Der er, når man ser på observationsnoterne, ingen tvivl om, at de bedst fungerende hold er dem, hvor den enkelte afdelingsledelse har engageret sig i sammensætningen og vurderet, hvad der var mest meningsfuldt for netop den afdeling.

Som det fremgår af bilag 1, har laboratorierne været afviklet på vidt forskellige afdelinger på hhv. Bispebjerg Hospital og Rigshospitalet (RH). Laboratorierne har været oplevet meningsfulde og relevante for personalet på alle afdelinger, og da deltagerne selv er med til at definere indholdet i laboratorierne, sikres netop relevans og forbindelse til egen konkret praksis. Dette har samtidig betydet, at der har været forskellige eksistentielle temaer i spil i de enkelte laboratorieforløb, afhængig af det enkelte holds daglige praksis og arbejdsområde.

## FOKUSOMRÅDER OG OVERORDNET SIGTE

Projekt Eksistenslaboratoriums overordnede fokusområder (som beskrevet i projektbeskrivelsen) har dog vist sig relevante for alle hold og deltagere:

- *At styrke opmærksomheden omkring, hvilke grundlæggende eksistentielle temaer, der hver eneste dag er på spil i deltagernes arbejdsliv – og hvordan disse hænger sammen med egne erfaringer og eksistentielle grundantagelser.*
- *At deltagerne styrker deres eget sprog om den menneskelige eksistens og deres gehør for det eksistentielle spor i de konkrete møder og samtaler med patienter og pårørende.*
- *At etablere en samtale og et rum for kritisk refleksion over sundhedsvæsenets biomedicinske (sundhedsfaglige) diskurs og generelle terminologi; en diskurs og et sprog som den sundhedsprofessionelle selvfølgelig lægger til grund for den daglige praksis – herunder mødet med patienter og pårørende.*

Laboratorierne har (derudover) helt overordnet haft det sigte at arbejde med de to grundlæggende præmisser:

1. *At bryde med instrumentaliseringen af den pædagogiske og uddannelsesmæssige tænkning og aktivitet i sundhedsvæsenet, hvor værktøjer og teknikker i høj grad synes at fungere som forskrifter for, hvad den sundhedsprofessionelle kan gøre for at håndtere de situationer, han eller hun befinder sig i.*
2. *At skabe tydelig forbindelse mellem deltagernes egen erfaringshorisont, deres egen daglige kliniske praksis og de temaer, der arbejdes med i laboratorierne.*

Særligt det sidste har haft betydning for laboratorieforløbets struktur. Der har således været tre uger mellem hvert laboratorium for at skabe plads til, at deltagerne, udstyret med særlige 'opmærksomhedsøvelser' og fokuspunkter fra laboratorielederen, har kunnet gå på opdagelse i og reflektere over egen praksis i relation til de temaer, der har været arbejdet med i laboratorierne. Deltagerne har bragt deres iagttagelser med tilbage i det følgende laboratorium, og disse har dannet klangbund for det videre arbejde. Formålet har været at skabe sammenhæng mellem de to 'læringsrum': *laboratoriet og den daglige kliniske praksis*. Dette sigte er yderligere søgt styrket via arbejdet i de enkelte laboratorier. Beskrivelse af selve laboratorieforløbets indhold og arbejdsområder samt overvejelser over facilitatorrollen findes i appendiks.



## Undersøgelsen

---

I det nedenstående gennemgås en række emner, der er af særlig relevans, eller som har været særligt bemærkelsesværdige i forbindelse med laboratorierne. Der henvises gennemgående til interviewpersoner med forkortelsen *IP1*, *IP2* osv.

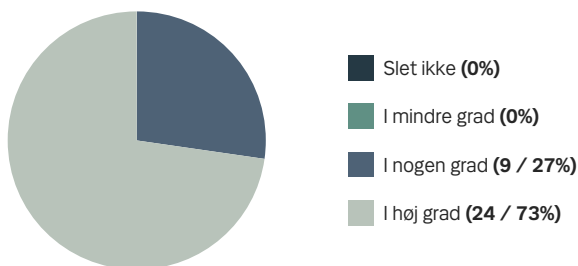
En af de primære ambitioner med et tilbud som Eksistenslaboratorium har været at udvikle et tilbud, der tager udgangspunkt i personalets oplevede barrierer i forbindelse med eksistentielle samtaler med patienter og pårørende. Ved at tage udgangspunkt i personalets egne erfaringer forventes det, at personalets evne til at inkorporere den nye erfaring i deres daglige praksis efterfølgende øges.

### RELEVANSEN AF EKSISTENTIELLE SAMTALER

I tråd med de resultater, andre undersøgelser på patientstøtteområdet peger på<sup>6</sup>, er personalet fuldt ud opmærksomme på patienters og pårørendes behov for eksistentielle samtaler. 31 (94 %) af de adspurgte 33 deltagere mener, der i nogen eller høj grad er behov for at tale om eksistentielle emner med patienter og pårørende. Samtidig er der stor enighed om, at det er en relevant opgave for sundhedsprofessionelle at indgå i eksistentielle samtaler med patienter og pårørende (se figur 1).

**Figur 1**

Jeg synes, at det er en relevant opgave som sundhedsprofessionel at indgå i samtaler med patienter og pårørende om eksistentielle emner?



6 Se fx: "Evaluering af Systematisk Patientinddragelse efter Planetree modellen på Finsencentret 2013-2015." Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 20. juni 2016 og "Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2015 (LUP)." Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, marts 2016.

Det har fra projektets start været tydeligt, at laboratoriedeltagerne værdsætter et tiltag, der fokuserer på disse temaer. Deltagerne har været begejstrede for laboratorierne og set det som et relevant tilbud. Flere har dog svært ved at sætte konkrete ord på det særligt gode, men giver udtryk for, at de værdsætter at få muligheden for at have et 'rum', hvor de kan tale med deres kollegaer om disse temaer, fordi:

*IP10: Det er jo ikke sådan noget, der bliver afsluttet, eller nu er der ikke mere at tale om, nu kan man det, eller nu ved man det. Det er jo en evighedsmaskine, som... eller maskine det er et galt ord, altså det er en evig ting.*

En anden deltager beskriver Eksistenslaboratoriet som mulighed for at skabe et åbent rum for refleksion:

*IP15: Jeg tror, det nye er, at der er et rum, hvor man kan reflektere over nogle af de her ting, det er første gang, jeg synes, jeg har været i et rum her, hvor man har kunnet snakke om tingene på den her måde, men det ligger også lidt tæt op ad vores supervision, meget af det kan jeg godt genkende fra den måde at have samtale på, hvor man på den måde at spørge ind til på og prøve at åbne samtalen frem for at lukke. Så der ligger elementer af supervision også, ikke. Men man kunne arbejde med langt, altså man kunne arbejde med rigtig mange sådan større eksistentielle spørgsmål, ikke altså, skyld kontra skamfølelse, håb, håbløshed og sådan nogle ting kunne man sagtens have som nogle temaer, man kunne arbejde med.*

En deltager uddyber i denne sekvens, hvorfor dette særlige rum er vigtigt at have som et sted, hvor man uforstyrret kan erfaringsudveksle uden at skulle afbrydes. Det giver noget til måden, man kan fordybe sig i de eksistentielle emner, at man har tid til og mulighed for at vende lige det, der er mest på sinde:

*IP9: Det var egentlig afsindig lækkert lige pludselig at have tid til at sidde og diskutere sådan nogle rimeligt nære ting med ens kolleger. Vi kan godt vende og diskutere nogle ting og sådan noget, men her var der lige pludselig tid til det, så selv om du kom i tanker om noget efter 5 minutter, jamen så var det legalt at komme med et input, der ligesom kom frem. (...) Her vidste vi, at der var tid til det, vi vidste, vi var i et rum, vi ikke skulle tænke på andre ting. Hvis man begynder at sparre med ens kolleger, selv om man sidder ligesom nu, jamen så er der lige pludselig en telefon, der ringer, eller en person, der kommer fra siden af. Du bliver hele tiden afbrudt, det gjorde man ikke i det her.*

Og en deltager giver udtryk for, at Eksistenslaboratorierne har givet indblik i, at man ikke står alene med følelsen af, at samtaler om eksistentielle temaer kan være en udfordring:

*IP10: Jeg synes, at hver gang var rigtig god, jeg var glad for at være her, jeg synes faktisk, det var utrolig godt, men jeg har svært ved at forklare, hvad det er, jeg synes, der var godt. Men måske det med at debattere de emner, som jeg ikke er vant til at debattere, eller at det er rart at sidde mange mennesker og finde ud af, at det ikke kun en selv, der har det sådan.*

Derudover er der flere, der fremhæver, at laboratorierne præsenterer et anderledes syn eller en anden vinkel på arbejdet med de eksistentielle emner:

*IP2: det er en anden måde at reflektere over ting, det er også et andet flow, der i den måde, man arbejder med ting, og det tror jeg er mega sundt i vores verden, hvor alting er sådan, nu er det her og nu og fakta, og uh vi skal skynde os videre, alt skal være så tju hej og så hurtigt og sådan noget. Der er det simpelthen så befriende at sætte sig ned og lige trække vejret dybt og sige, nu prøver vi lige at reflektere over nogle ting, som vi bestemt ikke giver os selv tid til i hverdagen. Det synes jeg har været en gave altså.*

## **DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLE – ET FAG, PÅVIRKET AF MANGE DAGSORDENER**

Deltagerne i Eksistenslaboratorierne ser gennemgående positivt på, at der stilles et tilbud til rådighed for dem, som skaber rum og mulighed for refleksion over den del af mødet med patienten, der har fokus på eksistentielle temaer. En del af deltagerne har på laboratorierne givet udtryk for, at de opfatter det som en helt grundlæggende del af den pleje, man tilbyder på hospitalerne, men at det ofte – og naturligvis – er den diagnostiske og medicinske del af behandlingen, der er i centrum, og at den mere personlige del af plejen bliver skubbet i baggrunden. Man kan tolke interessen for projektet og den overvejende positive evaluering som om, at der lader til at være et stort behov for et særligt sted eller et rum til refleksion for den sundhedsprofessionelle, der befinder sig i et fagligt felt, hvor der er mange dagsordner i spil på samme tid:

- Sundhedsvæsenet og samfundstendensers påvirkning af det sundhedsfaglige felt
- Eksplicitte eller implicitte antagelser om den sundhedsprofessionelles faglige identitet og idealer, der skaber forventninger og forestillinger om, hvad der er god patient- og pårørendeomsorg
- Den sundhedsprofessionelles egen, 'private' identitet.

Disse dagsordner væver sig ind og ud imellem hinanden, ligesom de påvirker hindanden indbyrdes.

Det er ud fra dette materiale ikke muligt at afdække, hvornår en specifik dagsorden eller forestilling ligger til grund for de udtalelser, deltagerne kommer med i interviewene, men helt overordnet tegner der sig et billede af, at de har indflydelse på mødet mellem patient/pårørende og den sundhedsprofessionelle og fx kan opleves som barrierer i forhold til, hvordan man skal agere i dette møde.

De barrierer, der har været arbejdet særligt med i Eksistenslaboratorierne, er oplevelsen af at 'mangle' tid i mødet med patienter og pårørende, urealistiske forventninger/forestillinger om den sundhedsprofessionelles opgave, mangelfuldt sprog for det eksistentielle, oplevelse af at 'mangle' viden om eksistentielle temaer, ringe afklaring om eget værdimæssige ståsted og oplevelse af begrænsede fysiske rammer. Samtidig er der igangsat en grundlæggende refleksion over implicitte antagelser og normer, der ligger til grund for arbejdet. Det drejer sig fx om, hvad der egentlig kendetegner 'den gode samtale', idealer om sundhedsarbejde, indbyggede 'grundmytologier' i sundhedsvæsenet, forventninger til den sundhedsprofessionelle (egne, andres, 'systemets') etc. Endelig har deltagerne gjort sig mange overvejelser om egen faglig identitet i relation til både ideal og praksis.

I de følgende afsnit vil nogle af barriererne og refleksionerne blive gennemgået nærmere.

## AT BEFINDE SIG I ET 'HANDLINGENS' HUS VERSUS AT VÆRE TIL STEDE

Det ligger meget naturligt for den sundhedsprofessionelle, at handling – og særligt behandling – er et grundtræk for det professionelle arbejde. Med flere behandlede patienter, men også flere patienter i behandling, er det at *handle* og det at *gøre* nødvendigvis i fokus. For mange i en grad, så det kan være svært at rette fokus på de mindre instrumentelle dele af plejen, der handler om samtalen:

*IP8: Og vi bliver jo pressede lidt til at skulle producere mere og mere og være effektive, og det er jo i komplet modstrid med væren og det der med at, ja altså finde roen og tiden til at være til stede og kunne invitere patienten inde i det der værens-rum eller træde ind i patientens værens-rum, fordi de er jo tit meget bedre til det, end vi er. Så jeg synes, der er noget der, der ligesom clasher lidt.*

På et af laboratorieholdene blev trangen til at (be)*handle* og – måske 'overbehandle' patienterne – beskrevet som en særlig kultur eller tendens, der er i både sundhedsvæsenet og i samfundet generelt. En af grundene til dette er selvfølgelig, at der netop er mange forskellige behandlingsmuligheder, men deltagerne på dette hold så det også som et udslag af pres fra både patienter og pårørende, der søger efter behandlingsmuligheder på nettet og andre steder: "Patienterne er blevet eksperter på deres egen sygdom og behandling", eller, at: "vi behandler patienterne helt ned i 6-timers rummet", som en deltager beskrev det i et laboratorie. Nogle gange er patienterne helt afklarede med deres situation, men deres pårørende presser på for behandling: "Nogle mennesker accepterer simpelthen ikke, at behandling ikke er en option" (deltager på laboratoriehold). Det pågældende laboratoriehold havde som tilbagevendende tema at tale om sygdom, død og lidelse som et menneskeligt vilkår, og at udfaldet af, at der ikke afsættes tid, eller at man ikke tør tage de her samtaler, i nogle tilfælde kan være årsag til et – til tider – absurd fokus på behandlingen, for så gør man i det mindste noget.

For at udfordre 'trangen' til at *handle* og *gøre* har laboratorielederen derfor forsøgt at få deltagerne til at flytte deres fokus fra at *gøre* til at *være*.

*IP15: Det blev meget tydeligt i forløbet, at det her med (...) at have mere fokus på det at være frem for at gøre, ikke. Og det er jo der, når folk kommer og måske sidder med store spørgsmål, hvad skal der ske med mig? og alle de her ting. Så sidder man og roterer lidt på stolen og ved egentlig ikke rigtigt, hvad det er, man skal sige og synes, at man måske skal fikse et eller andet.*

Nogle deltagere beskriver forholdet mellem *væren* og *gøren* som et grundlæggende strukturelt problem i sundhedsvæsenet, hvor selve institutionen problematiserer rummet til *væren* i en presset og praktisk orienteret hverdag, hvor man kan føle sig "målt og vejret":

*IP8: Jeg synes faktisk, hospitalet har et problem i forhold til det, fordi vi bliver meget målt og vejret og skal registrere, og alt det, vi ligesom bliver målt og vejret på og registrerer og får point for det, eller hvad man skal sige, det er sådan nogle gøre-ting, det er alt det der praktiske, fagligt orienterede, som man kan sætte kryds ved inde i de her registreringskemaer.*

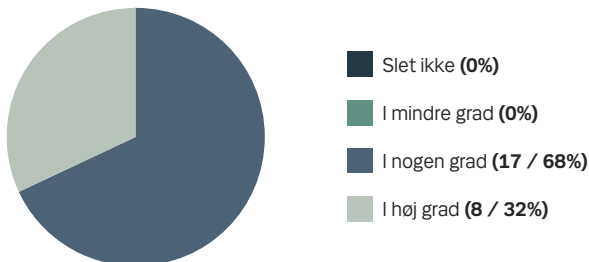
## MODET TIL AT VÆRE

Det er tanken, at dét at skabe rum for refleksion og samtale om eksistentielle emner vil have en positiv indvirkning på oplevelsen af at føle *tryghed* i forbindelse med at indgå i eksistentielle samtaler.

Et af de interessante resultater fra spørgeskemaundersøgelsen er, at det tyder på, at oplevelsen af tryghed faktisk flytter sig for deltagerne. 38 % af de adspurgte har angivet i *førskemaerne*, at de *Slet ikke* eller *I mindre grad* føler sig trygge ved at indgå i samtaler med patienter og pårørende. Det kan synes som et bemærkelsesværdigt højt tal, men sammenlignet med andre undersøgelser, tyder det på, at usikkerhed, manglende viden, tvivl om eget ståsted og oplevelse af utilstrækkelighed og utryghed i forhold til eksistentielle og åndelige temaer hænger sammen for sundhedspersonale<sup>7</sup>. *Efterevalueringerne* tyder på, at der gennem laboratorierne kan ændres ved opfattelsen af, hvor trygge deltagerne føler sig i forbindelse med arbejdet med eksistentielle emner og temaer. *Efterevalueringerne* viser, at *følelsen af tryghed* har ændret sig markant fra *førskemaerne*, hvor 62 % svarer *I nogen grad* eller *I høj grad* til efterevalueringens 100 % i disse kategorier. Ingen svarer *I mindre grad* eller *Slet ikke*. I sammenligningen lader det altså til, at deltagerne efter tre ganges laboratorium har ændret opfattelse i spørgsmålet om tryghed ved samtaler om eksistentielle emner.

Figur 4B

Eftermåling: Jeg føler mig tryk ved at indgå i samtaler med patienter og pårørende om eksistentielle emner?



Oplevelsen af en større grad af tryghed underbygges flere steder i deltagerinterviewene:

*IP3: Jeg er blevet meget mere modig, til at tage imod den samtale, for jeg føler mig sådan lidt mere forberedt og klar, og jeg er ikke sådan, jeg vil ikke være tilbageholdende, måske før tænkte jeg, hvad skal jeg så sige, er det rigtigt det, jeg gør, er det måske bedre, jeg overgiver det til nogle andre. Efter eksistenslaboratoriet tør jeg gå ind, det synes jeg, jeg er blevet meget mere opmærksom på, hvad folk siger.*

7 Bl.a. Abbas, S.Q. og S. Dein, 2011 og Dom, 1999, McSherry & Ross, 2002, Vachon, 1995.

Modet og trygheden synes at vokse ud af arbejdet med at få justeret sine forventninger til 'en god samtale', 'et godt møde', at være 'god at tale med', en 'god læge/sygeplejerske', og ikke mindst sine forventninger til, hvad det overhovedet er muligt at hjælpe et menneske, der er ramt på eksistensen, med. Mange deltagere har en forventning om, at det er muligt at hjælpe patient og pårørende af med det eksistensvilkår, den pågældende har mødt. Men netop fordi, der er tale om et vilkår, kan det ikke lade sig gøre at hjælpe den anden af med det eller løfte den anden ud af det ved hjælp af 'det rigtige værktøj' eller 'den rigtige teknik'. Hvis man alligevel går vilkåret i møde med en forestilling om at kunne løse/fixe/ordne det, kan dette føre til oplevelsen/følelsen af utilstrækkelighed:

*IP16: Jeg bryder mig ikke om den der utilstrækkelighedsfølelse, man kan stå med nogle gange, hvis man virkelig ikke ved, hvordan man lige skal håndtere den situation. og det er jo også det der, som vi også har snakket meget om, at behovet for at løse alting for de her stakkels patienter, [det] skal man øve sig i at lægge fra sig, tror jeg, og det synes jeg også er blevet mere tydeligt igen, at det er o.k. bare at være og lytte og ikke løse deres problemer i deres verden...jeg vil dem gerne [samtalerne], men man vil også bare gerne have den fornemmelse af, at patienten så går derfra lidt lettet eller føler, du har fået noget ud af det. Og det er nok også sådan en accept, man skal til, at man bliver aldrig ekspert på det her område, man kan arbejde med det, men der vil altid være situationer, som man ikke håndterer optimalt. Det er måske også sådan en accept, man skal nå frem til med tiden.*

En sygeplejerske talte om modet til at gå patienterne i møde – 'tomhændet', uden redskaber eller værktøjer til at 'fikse' noget. Det kan især vise sig at være en vanskelig øvelse i en sammenhæng, hvor ellers alt kan 'fikses':

*IP2: Det er også blevet sådan en hurdle, at vi skal behandle hele tiden. Vi er sådan et samfund, der jo ikke vil dø, altså vi skal helbrede alting i virkeligheden... vi er blevet det her behandlingsivrige samfund, ikke. Så der er nogle ting, der har skubbet sig, og det tror jeg, der ville være en gave i at vende tilbage til og ligesom sige, hvad er situationen, se det store billede i det(...).død og sygdom er en del af livet, det synes jeg simpelthen må være en almindelighed i livet at være derinde på alle planer i virkeligheden. Der skal man bare turde nærme sig det altså, det kan man da helt sikkert arbejde med, især på afdelingerne, at jamen der er ting, der er svære i livet, og der er ting, der heller ikke altid går, som man kunne ønske sig.*

At vove sig 'tomhændet' ud i flere møder og samtaler om svære eksistentielle temaer balancerer for deltagerne mellem en oplevelse af befrielse og en oplevelse af, at det er "hundesvært i praksis."

En sygeplejerske fortalte om at have sagt farvel til en patient, som ikke havde langt igen – at hun havde turdet være i det farvel – uden at tilføje mere snak. Det havde været svært ikke at sige noget, men hun var glad for ikke at have sagt alt muligt "opmuntrende" – det havde været en "stærk oplevelse af nærvær og samvær med patienten".

En anden sygeplejerske fortalte, at hun tog mod til at spørge en patient, der talte meget om risiko for tilbagefald: "Er det dét, du er bange for?" Hun havde efter laboratorieforløb været opmærksom på at have mod til at gå mere ind i samtaler og eksperimenterer med at være mere direkte. Men hun oplevede det samtidig svært at være i det åbne – i mødet

med patienten, uden at have klare svar på rede hånd – og at det var svært ikke at 'binde sløjfe' på samtalen. Hun gav udtryk for at være stolt af at have povet.

Disse temaer kan måske forekomme banale i teorien, men i praksis har overraskende mange, meget dygtige og erfarne sundhedsprofessionelle store vanskeligheder med at omsætte dem i deres daglige praksis – og oplever stor afklaring i forhold til at få set nærmere på det i relation til netop egen praksis.

*IP10: ...det synes jeg gav en rigtig stor klarhed, at der jo ikke altid er noget svar, at det der svar, man gerne vil give, at det ikke som sådan nødvendigvis eksisterer, men det bare at kunne...være i rummet er det, der skal til, er noget af det største, man kan gøre... og turde være i det og turde lytte til det uden at kunne komme med en løsning eller et smart svar... Ja, altså vi er jo opdraget til at 'gøre' på vores studie og ikke til at 'være', men jeg er i palliation, og der lærer man selvfølgelig meget at være, så det er ikke sådan helt fremmed for mig, men det er måske overraskende alligevel fremmed for mig med de spørgsmål, at det kan man også, altså at tit så søger man et godt svar, en løsning for patienten, og den findes jo ikke altid, og den findes især ikke i de her spørgsmål, og bare at få sat ord på det og vide, at der sidder rigtig mange andre, hvor det er sådan, altså det er et faktum. Så derfor er det bare vigtigt at være, det synes jeg var en pointe, og det har været en barriere for mig før, tror jeg, at jeg synes, jeg skulle svare på nogle ting.*

## OPLEVELSEN AF AT 'MANGLE' TID I MØDET MED PATIENTER OG PÅRØRENDE

De strukturelle forhold på hospitalet og på den enkelte afdeling gør, at der lægges en given tidsramme ned over den sundhedsprofessionelles arbejde. Det er da også tydeligt i projektet her, at arbejdet med patienter og pårørendes eksistentielle udfordringer inden for en til tider snæver tidsramme kræver en hel del af den sundhedsprofessionelle. Dette ses bl.a. i det forhold, at deltagerne oplever af og tanker om det at 'mangle' tid i mødet med patienter og pårørende har været et gennemgående tema i Eksistenslaboratorierne. For flere af deltagerne er selve oplevelsen af ikke at have tid nok et grundproblem, der ligger i det arbejdspress, sundhedsprofessionelle befinder sig i:

*IP6: Det er næsten det sværeste at stå med en, der begynder at åbne op og rigtig gerne vil give sit hjerte med alt, hvad der er i det, og du bare ikke har tid til det med den her følelse af at stå og trippe og hele kropssproget er på vej ud af stuen igen, fordi du har skide travlt. Det er slet ikke en fed følelse...*

*Hele kropssproget er på vej ud af stuen igen, fordi du har så skide travlt.*

*IP6: Jeg synes, tid er den største faktor faktisk. Du kan have alverdens ambitioner [om at] indgå i en god samtale, og det kan bare være, du er begrænset, fordi du har andre patienter, du er nødt til at tage hensyn til, og så er det bare det, der måske kan ryge ud i periferien...*

I laboratorierne er der derfor blevet arbejdet med, hvordan man som fagperson forholder sig til at arbejde under vilkår, hvor tiden er knap ved fx at sætte ord på den 'manglende' tid, som både patienter og personale er bevidste om:

*SP5: Nogle gange behøver jeg jo kun at sige, at jeg har 5 minutter, og jeg vil gerne lytte til dig, og så kan vi måske tale videre i morgen. Altså sådan kunne jeg jo sagtens gøre det.*

Når bevidstheden om den 'manglende' tid ligger skjult eller uformuleret under mødet mellem de to parter, og den sundhedsprofessionelle til tider forsøger at 'dække over' dette, kan der opstå en følelse af utilstrækkelighed, eller at mødet er utilfredsstillende:

*SP8: Jeg tror i hvert fald, jeg går gladere fra mit arbejde, hvis jeg føler, det har været med og fået plads, og jeg har formået ligesom at tage mig tid og ro til ligesom at have den del med. Altså det andet det... ja, det er jo ikke fordi, det er så svært at lukke af for det, fordi det tror jeg bliver praktiseret rigtig meget. Men altså på en eller anden måde bliver det utilfredsstillende, at der er en trolld i rummet, som ikke rigtig bliver set."*

## **MEN HVOR LANG TID TAGER EN SAMTALE EGENTLIG? OG HVAD SKAL JEG?**

Mange af deltagerne i laboratorierne har givet udtryk for en opfattelse af, at en god eksistentiel samtale er en samtale, der tidsmæssigt strækker sig over en lang periode, og det derfor forventes, at de sætter ubegrænset tid til rådighed til samtalen. Denne forestilling harmonerer dårligt med de organisatoriske rammer, som den sundhedsprofessionelle befinder sig i, og laboratorielederen har udfordret deltagerne i deres forestillinger dels om varigheden af eksistentielle samtaler og dels i forhold til patienter og pårørendes forventninger. Flere undersøgelser peger nemlig på, at langt de fleste patienter og pårørende er meget bevidste om, at personalet ikke har oceaner af tid til deres rådighed i deres møde med dem. Mange deltagere har været optagede af en erkendelse af, at eksistentielle samtaler i selv svære situationer ikke nødvendigvis strækker sig over lang tid:

*IP3: Det er ikke lange samtaler, de efterspørger, det er måske det at blive taget helt alvorligt*

Derudover har laboratorierne også udfordret deltagernes forventninger til sig selv i forhold til, hvad de egentlig skal i den tid, de er sammen med patienter eller pårørende, der står i eksistentielt svære situationer. For en del af deltagerne fra dette projekt tegner der sig et billede af, at de har nogle – til tider næsten - urealistiske forventninger til sig selv om, hvad de skal i mødet med patienter og pårørende, hvilket bliver en barriere for overhovedet at indgå i samtalen. I eksemplet nedenfor understreges det sågar, at denne opfattelse er uafhængig af selv mange års erfaring:

*IP4: Selvom jeg har mange år på bagen, så tænker jeg: hvad nu hvis jeg pludselig står og ikke har mere at sige, altså hvad nu hvis jeg pludselig ikke har ... Jeg synes ikke, man kan slippe folk sådan, jeg har en eller anden tidsmæssig afgrænsning. Det kan godt være, at jeg lige nu står og har mere tid, men det kan være, at det er noget, der strækker sig ud over den ekstra tid, jeg egentlig har, og så synes jeg ikke, jeg kan være bekendt at få en patient derud, hvor de er dybt ulykkelige, og så må jeg sige: 'nå men nu er tiden for resten også gået, nu må du ud af døren.'...*



Forestillingen om "at få patienten derud" og så ikke følge det "til dørs", er en opfattelse, flere andre deltagere deler. Flere gange i laboratorierne og i interviewmaterialet tales der om en oplevelse af ikke at ville "åbne for noget, man ikke kan lukke for igen".

Der opstår, hvad man kunne beskrive som en afstemningskløft i arbejdsdagen, der smitter af på personalets oplevelse af på den ene side, hvad der kræves af dem og på den anden, hvad de synes, man kan tillade sig over for patienterne:

*IP2: Hvis man får taget hul på nogle ting, har jeg så ikke mulighed for at færdiggøre det eller ligesom komme lidt videre i det. Det synes jeg er en problematik, vi ikke kan komme uden om, man kan ikke bare tage hul på noget og så lade folk i stikken og sige, nå men hej hen, nu smutter du hjem igen, og så kører jeg videre. Det kan man ikke være bekendt, synes jeg, hvis man tager hul på så alvorlige ting, som den slags ting kan være...*

Nogle deltagere har også været optagede af, om det egentlig ikke tager mere tid at undlade/undvige at gå ind i en samtale end – den pressede tid til trods – at forsøge at indgå i samtalen:

*IP8: Nogle gange så tager det faktisk længere tid eller kræver mere energi at undgå kontakt end at gå ind i kontakten. Det har jeg tænkt en del over, og det handler selvfølgelig også om ens egne ressourcer i forhold til at træde ind i det felt og være sikker på, at man kan komme derfra igen, når man synes, nu er det nok enten på grund af tid, eller fordi nu magter man ikke at være der mere.*

Derudover kan man argumentere for, at denne form for 'undvigelsesmanøvre' ikke er en god strategi på langt sigt, da det kan gå ud over ens arbejdsglæde: "En god dag er en dag, hvor jeg ikke har undveget patienter og pårørende," som en deltager udtrykte sig på et af de første laboratoriehold. Det igangsatte en snak blandt deltagerne om det at undvige patienter og pårørende, og hvad det gør ved ens faglighed og arbejdsglæde.

For mange af deltagerne hænger følelsen af at have tid uløseligt sammen med opfattelsen af, hvordan man er *nærværende*. At skabe en fornemmelse af nærvær, understreger mange, er afgørende for overhovedet at kunne have den eksistentielle samtale. Nærvær har derfor også været et tilbagevendende emne i laboratorierne:

*IP11: Jamen hvad er det, man skal ved sådan en samtale? Der er jo ikke noget, man kan åbne og lukke vel, (...) To minutter kan være lige så godt. To minutters nærvær kan være bedre end syv minutters fravær, ikke.*

Det kan måske synes banalt, men erkendelsen af, at et øjeblik nærvær i den tidspressede patientkontakt, i de fleste tilfælde skaber den afgørende forskel for oplevelsen af at kunne indgå i eksistentielle samtaler, har vist sig at gøre et stort indtryk på mange af Eksistenslaboratoriernes deltagere. Derudover ser det ud til at have stor indflydelse på den sundhedsprofessionelles arbejdsglæde at have følelsen af, at det er legitimt at yde denne side af plejen også:

*IP6: Det er en stor fornøjelse for mig at kunne gå helt ned i øjenhøjde med dem [patienterne] og ikke at skulle løbe fra den ene til den anden. At få mulighed for rent faktisk at være til stede og ikke køre på autopilot.*

Med disse eksempler er vi tilbage ved *gøre vs være*, og der tegner sig, ud fra dette materiale, et billede af, at der er en diskrepans mellem hospitalets fokusering på *behandling, handling og gøre* og den sundhedsprofessionelles ønske om at yde en pleje og omsorg, der: "giver et mere overordnet blik på hele patientens situation" (observationsnoter). For flere af deltagerne synes der at være et ønske om, at hospitalet giver deres medarbejdere mulighed for at bruge deres faglighed hele vejen rundt om patienten:

*IP6: Man kan sige, der er nogle små knæk jeg har i forhold til min faglighed, hvis jeg ikke kan udføre præcis den sygepleje, jeg egentlig gerne vil...*

## UREALISTISKE FORVENTNINGER ELLER FORESTILLINGER OM DEN SUNDHEDSPROFESSIONELLES OPGAVE

I afsnittet *Oplevelsen af at 'mangle' tid i mødet med patienter og pårørende* pegede en del af udtalelserne i retning af, at deltagerne i nogle sammenhænge har næsten urealistiske forventninger eller forestillinger om, hvad de skal i mødet med patienten eller den pårørende, og hvad det dermed tidsmæssigt kommer til at 'koste' at begive sig ud i samtalen med patienten. Men interviewene afslører også, at nogle af deltagerne sætter ekstremt høje og mange gange uopnåelige idealer op for deres arbejde med patienter og pårørende, og hvad de forestiller sig, de skal 'udrette' i dette møde. Udtalelser som: "Det er min opgave at indgyde patienten håb", "Jeg vil ikke have nogen gående ud af min dør, som slet ikke har noget håb, altså!" eller "Hvis jeg bare kan få et lille smil frem, så er det jo dagens gode gerning." Det er ikke svært at forestille sig, at hvis man går ind til opgaven med dette mål for øje, kan man let komme til at mislykkes med sit forehavende. Derfor kan sådanne idealer komme til at være en barriere for overhovedet at begive sig ud i samtalen, for hvad hvis patienten eller den pårørende ikke bliver *fyldt op af håb*, når hun/han går ud af døren? Så er den sundhedsprofessionelle ikke lykkes med sin gode intention.

I de situationer, hvor den sundhedsprofessionelle møder et eksistentielt udfordret menneske, er situationen, vedkommende står i, ofte et vilkår i livet – altså noget vi ikke kan *hjælpe vedkommende af med*. På laboratorierne blev der derfor arbejdet med emner som fx sygdom, død og lidelse som en del af eller et vilkår ved det at være menneske i stedet for at fokusere på, hvordan vi kan behandle os væk fra eller udenom dem. Det blev meget tydeligt i denne sammenhæng, hvordan det handlingsorienterede hus kommer til kort i sådanne situationer, fordi der er *ikke* noget at *gøre* – her kræver det mod til at være. For mange af deltagerne virkede det næsten som en lettelse at konstatere, at eksistentiel støtte ikke nødvendigvis er at præsentere en løsning. Fx reflekterede en laboratoriedeltager helt overordnet over, at det havde været en 'aha-oplevelse' for hende, at hun ikke hele tiden skulle løse noget eller handle på noget, og at det havde været givtigt at have opmærksomhed på, at dét at ændre denne adfærd er både befriende i teorien og hundesvært i praksis.

En lignende oplevelse beskrives her af en anden deltager. Her er det ligeledes oplevelsen af ikke at behøve at løse patientens eksistentielle problemer og at give konkrete svar, men 'bare at være i rummet':

*IP10: Der er jo ikke altid noget svar (...) det der svar, man gerne vil give, at det ikke som sådan nødvendigvis eksisterer, men det bare at kunne rumme spørgsmålet og være i rummet er det, der skal til, er noget af det største, man kan gøre. Så det synes jeg var en meget stor pointe med det der kursus at lære (...) så behøver man ikke så meget mere. Så har vi jo en masse andre ting, vi også kan og ved, og som man, det gælder jo i virkeligheden også sygdommen, altså meningsløsheden omkring den, altså det der med at kunne rumme den og turde være i det og turde lytte til det uden at kunne komme med en løsning.*

Det med *bare* at være til stede rummer en kompleksitet, der kan ses i deltagerne beskrivelser af deres opmærksomhedsøvelser imellem laboratorierne, hvor nogle af dem har haft fokus på at af udfordre sig selv og erstatte *gøre* med *være* i nogle situationer fra deres daglige praksis. En laboratoriedeltager beskriver en oplevelse med en patient, som havde mange svære udfordringer, "*et væld af problemer*". Alt dette var kommet for en dag, da hun havde spurgt ham, hvordan han havde det. At få hældt alle hans problemer ud over sig, havde i første omgang givet hende en oplevelse af stress og uro: "*Hvad skal jeg sige, hvad skal jeg gøre – hvordan kan jeg hjælpe ham? Min hjerne kørte på højtryk, men jeg oplevede mere nærvær, da jeg slap problemløsningen, jeg oplevede ro og slappede af. Han var ked af det, men JEG skulle ikke løse det – dét forventede han jo heller ikke.*"

## Perspektiver

---

Ud fra det indsamlede materiale, spørgeskemaer, observationsnoter og interviews træder særligt tre afgørende resultater frem, som det er vigtigt at understrege:

### STRUKTURELLE BARRIERER

Arbejdspres, strukturelle rammer og mange patienter gør det rum, den tid og den plads, de 'bløde', eksistentielle indsatser får, til udsatte områder. Der synes at være et udtalt behov for at fokusere på, hvordan man arbejder med 'det eksistentielle' under disse vilkår fx i forhold til at justere sine forestillinger om, hvor lang tid en eksistentiel samtale tager, om man må 'åbne' for noget uden at kunne 'lukke' igen, hvad en god samtale er osv.

### MOD TIL AT VÆRE

En anden, ligeså vigtig pointe, der bliver understreget i laboratorierne, er oplevelsen af trykthed og mod, når det kommer til de eksistentielle samtaler. I både spørgeskemaer (se nærmere i appendiks) og interviews angiver deltagere, at de i forbindelse med laboratorierne får rykket ved oplevelsen af trykthed og mod i forhold til at indgå i eksistentielle samtaler

En øget fornemmelse af mod til at indgå i de svære samtaler viser sig her blandt andet at hænge sammen med oplevelsen af at sige/gøre noget 'forkert'. Samtidig har flere deltagere fremhævet forestillingen om, at det er helt i orden – og endda naturligt at gå 'tomhændet' ind i den eksistentielle samtale. Den eksistentielle samtale er nemlig, modsat rigtig meget i den sundhedsprofessionelles liv, ikke afhængig af en række instrumenter og redskaber. Afgørende er derimod *modet* til at være i den.

### MELLEM FORSKELLIGE FORVENTNINGER

"Man kan sige, der er nogle små knæk jeg har i forhold til min faglighed, hvis jeg ikke kan udføre præcis den sygepleje, jeg egentlig gerne vil," fortæller en deltager i et interview. Udtalelsen viser faktisk meget præcis den problematik, mange af laboratoriernes deltagere fremhæver: at det moderne sundhedssystemets fokus på både behandling og omsorg stiller den sundhedsprofessionelle under et stort pres i hverdagen.

Der tegner sig ud fra dette materiale et billede af, at der kan opstå en diskrepans mellem hospitalets fokus på *behandling* og *handling* og den sundhedsprofessionelles ønske om at yde en pleje og omsorg, der: "giver et mere overordnet blik på hele patientens situation" (observationsnoter). For flere af deltagerne synes der at være et ønske om, at hospitalet giver deres medarbejdere mulighed for at bruge deres faglighed hele vejen rundt om

patienten. Ved at tage udgangspunkt både i personalets faglige erfaringer og egne eksistentielle overvejelser bidrager laboratorierne til en oplevelsen af, at de eksistentielle udfordringer ikke er et afgrænset, utilnærmeligt træk ved syge eller døende patienter og deres pårørende, som kan/skal håndteres eller tackles ved hjælp af de rette værktøjer, men grundvilkår i menneskelivet.

Eksistenslaboratorium peger på et behov for øget fokus på den eksistentielle støtte til patienter og pårørende – fra personalets perspektiv. Det indsamlede materiale tyder på, at personalet via dét refleksions- og arbejdsrum, laboratorierne udgør, oplever højere grad af tryghed og mod til eksistential støtte og dermed oplever det mindre vanskeligt at yde denne støtte. Det er vores formodning, at dette i sidste ende vil have en positiv effekt på patienter og pårørendes oplevelse af eksistential støtte i mødet med den sundhedsprofessionelle. Det vil imidlertid kræve en anden undersøgelse at afdække dette.

## Forankring og fremtid

---

Projektgruppen har projektperioden igennem arbejdet proaktivt for at afsøge forankringsmuligheder for et projekt som Eksistenslaboratorium. Hertil har projektet bl.a. fået hjælp og inputs fra følgegruppen.

### TILBAGEVENDENDE LABORATORIER

Deltagerne giver udtryk for, at der med fordel kan skabes et tilbagevendende rum for de refleksioner, laboratorierne har sat i gang, og at det er vigtigt, der er et sted, hvor der kan arbejdes med temaerne igen og igen, fordi man netop aldrig bliver 'udlært' i forhold til at yde eksistentiel støtte, og fordi man nemt vender tilbage til indgroede mønstre i hverdagen.

*IP8: Altså jeg tror da, vi alle sammen havde det sådan lidt, "er det allerede slut nu", da vi nåede til tredje gang, ikke, og egentlig havde lyst til at fortsætte med det.*

*IP2: Jeg synes i høj grad det [arbejdet i laboratorierne] har sat refleksioner i gang, og det er noget, jeg over mig rigtig meget på. Det er blevet meget tydeligt, at jeg ofte springer over i at gøre, så det er virkelig noget, jeg skal arbejde med.*

### ÅBNE LABORATORIER

Både på baggrund af deltagerens ønsker om fortsat at have mulighed for at have rum for refleksion i form af flere laboratorieførøb, men også i forankringsøjemed, blev der planlagt et antal 'Åbne laboratorier'. Det var tanken, at deltagere, som allerede havde været igennem et laboratorieførøb, efterfølgende kunne vende tilbage til arbejdsform og temaer fra laboratorierne. Det var planlagt at afholde fire åbne laboratorier i løbet af projektperioden, uden begrænsning på deltagerantal – hver af 1 – 1 ½ times varighed. Samtlige deltagere gav efter endt laboratorieførøb udtryk for et stort ønske om at arbejde videre med både temaer og arbejdsform. Selvom disse åbne laboratorier blev tilbudt flere gange i løbet af projektperioden, lykkedes det imidlertid ikke at få mere end et par få deltagere til at melde sig, og de åbne laboratorier blev derfor ikke afviklet. I forlængelse af drøftelser med projektets følgegruppe og på baggrund af datamaterialet, tegner der sig et billede af, at 'åbne' laboratorier har for diffus en klang, og at legitimiteten har mindre autoritet end i de 'faste' laboratorier. Mange deltagere giver udtryk for vigtigheden af tryk i forbindelse med laboratorieførøbet og lægger i den forbindelse blandt andet vægt på det lille deltagerantal. Et 'åbent laboratorium' har, som navnet angiver, hverken fast deltagerantal, form eller indhold, hvilket sandsynligvis giver anledning til for stor usikkerhed hos potentielle deltagere.

Det kan endvidere virke næsten 'luksusagtigt' i en travl hverdag at bruge tid på at gå i 'åbne laboratorier', når man allerede har været væk fra afdelingen i forbindelse med selve laboratorieførøbet. Dette til trods for at de åbne laboratorier var aftalt med afdelingsle-

delsen. I interviewmaterialet giver flere deltagere udtryk for dårlig samvittighed overfor kolleger, der må 'holde skansen', mens man selv er i laboratorium.

Der må fremover arbejdes med alternative muligheder i forhold til at sikre, platforme/rum for at styrke og forankre det arbejde, der er igangsat i laboratorierne.

## EN LÆGEFAGLIG UDFORDRING?

Det har på laboratorieholdene været svært at få læger blandt deltagerne. En deltager fremhæver, at netop lægegruppen – og det tværfaglige samarbejde – kan være en udfordring for sygeplejerskerne på afdelingerne:

*IP1: Jeg synes (...) det rigtig ubehageligt, hvis man sidder, som sygeplejerske. Det er jo ikke mig, der giver den besked, jeg sidder med, og ofte kender jeg måske patienten bedre end den læge, der lige er der den dag. Vi er jo meget afhængige af den læge, og hvordan den læge takler det. Der er rigtig mange læger, som ikke er særlig gode til det, der er nogle få, og man bliver så glad, når man sidder med en, som faktisk er rigtig god til det.*

Dette er også blevet diskuteret i nogle af laboratorierne, hvor deltagerne gav udtryk for, at det vil være givtigt for lægerne også at deltage i et Eksistenslaboratorieforløb, fordi de ofte har det indledende møde med patienten og den pårørende, hvor de måske skal give en 'svær' besked.

En læge, der deltog i laboratoriet kan godt genkende problemet i lægefaggruppen. Her bliver det tit manglende uddannelse på det eksistentielle område kombineret med tid, der er det store problem:

*IP10: Ja, altså jeg tror, der er mange problemer omkring sådan eksistens altså hos lægerne på den måde, for det første er vi ikke undervist i det på studiet, i hvert fald ikke min generation, det kan være, der er kommet noget til nu, og så er de fleste lægearbejdspladser er utroligt travle, så der er nærmest ikke tid til at informere patienterne, og så er der slet ikke tid til at tage denne her slags snakke. Så det er typisk sygeplejerskerne, der gør det.*

Der arbejdes stadig på at få nogle hold af læger igennem et Eksistenslaboratorieforløb for at få erfaring med denne personalegruppe også.

## SAMARBEJDE MED REGION HOVEDSTADEN

Omtrent midtvejs i projektperioden fik projektgruppen en henvendelse fra en arbejdsgruppe nedsat af Følgegruppen for det Tværsektorielle program i Region Hovedstaden. Arbejdsgruppens opgave har været at analysere og beskrive behov for sundhedspædagogisk kompetenceudvikling. I arbejdsgruppen sidder bl.a. eksperter og ledere fra kommuner, hospitaler samt Uddannelsesenheden i Region Hovedstaden. Arbejdsgruppen har vurderet, at der er et særligt behov for kompetenceudvikling i den eksistentielle samtale og har i den forbindelse anbefalet, at Region Hovedstaden gennemfører et udviklingsprojekt målrettet sundhedsprofessionelle på hospitaler, kommuner og almen praksis, som styrker deres kompetencer i at afholde eksistentielle samtaler.

Følgegruppe og arbejdsgruppe ønskede, at videreføre og videreudvikle et uddannelsesforløb på baggrund af erfaringerne fra projekt *Eksistenslaboratorium*.

I samarbejde med Sektion for efteruddannelse og kompetenceudvikling, Center for HR, Region Hovedstaden skal projektleder Maria Baastrup Jørgensen fra projekt *Eksistenslaboratorium* bære undervisningsmodellen ud i hele Region Hovedstaden i både hospitals- og primærsektor – ved at fungere som udviklingskonsulent for uddannelsesenheden, herunder uddanne i alt 30 laboratorieledere fra hele Region Hovedstaden, primært hospitalspræster. I forlængelse heraf udarbejdes driftsmodel, så *Eksistenslaboratorium* fremover kan indgå som en del af Program for tværsektoriel kompetenceudvikling i Region Hovedstaden.



## Appendiks

---

Appendiks indeholder beskrivelse af projektets metodevalg og en analyse af den kvantitative undersøgelse. Analysen af det kvalitative materiale – observationsnoter og interviewmaterialet – danner baggrund for selve rapporten og for beskrivelsen af de enkelte laboratorier samt af laboratorielederen (se sidste del af appendiks).

## Metodevalg

---

### SPØRGESKEMA – FØRSKEMA OG EFTEREVALUERINGER

Eksistenslaboratorierne er blevet undersøgt ved hjælp af en kombination af kvantitativ og kvalitativ metode. Undersøgelsens kvantitative del består af spørgeskemaer – et *førskema* og en *efterevaluering*, som deltagerne udfyldte umiddelbart før og tre uger efter deltagelse i et laboratorieforløb. Skemaerne er udviklet i samarbejde med Kristine Halling Kehlet fra Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på Rigshospitalet. *Førskemaerne* fungerede som en temperaturmåling af deltagernes egne oplevelser af og forudsætninger for at indgå i eksistentielle samtaler. *Efterevalueringerne* fungerede dels som evaluering af undervisningsforløbet og dels som deltagernes vurdering af oplevelser og forudsætninger for at indgå i eksistentielle samtaler efter undervisningsforløbet.

*Førskemaerne* indeholder foruden angivelse af alder, køn, uddannelse/stillingsbetegnelse og antal års erhvervs erfaring 15 spørgsmål i kategorierne: 1) *Opmærksomhed på eksistentielle emner* (herunder opmærksomhed på afdelingen, kollegial sparring og ledelsesmæssig opbakning), 2) *Forhold, der kan have betydning for en eksistentiel samtale* (herunder spørgsmål til fysiske rammer, fornemmelse af tid, tryghed og viden) og 3) *Tanker om samtaler med patienter og pårørende om eksistentielle emner* (herunder spørgsmål til egne tanker/livsværdier/ståsted og opfattelse af relevans). Spørgsmålene i de tre kategorier er alle udformet som udsagn med fire svarmuligheder: *Slet ikke, I mindre grad, I nogen grad, I høj grad*. Det har desuden været muligt for deltagerne at tilføje egne kommentarer.

*Efterevalueringen* gentager spørgsmålene i kategori 2 og 3 og supplerer med spørgsmål til undervisningen: relevans, brugbarhed, tilfredshed og opfattelse af muligheden for at omsætte laboratoriarbejdet til den daglige praksis.

Svarraten på de udleverede spørgeskemaer har været tilfredsstillende, da 33 ud af 34 deltagere har udfyldt *førskemaet*, og 25 *efterevalueringer* er udfyldt og afleveret.

### OBSERVATIONSNOTER

Undersøgelsens kvalitative del består af observationsnoter fra samtlige laboratoriegange. En religionssociolog har været til stede ved alle laboratorieforløb for at observere blandt andet øvelsesfunktionalitet, deltageraktivitet, tema/begrebsdiskussioner samt løbende evaluering af holdsammensætning, laboratoriernes indhold og laboratorielederes samarbejde med laboratoriedeltagerne. Observationsnoterne har herudover fungeret som referenceramme under projektets forløb. I rapportens øjemed vil observationsnoterne indgå som supplement og referenceramme til datamaterialet fra interviewene.

### INTERVIEWUNDERSØGELSEN

Den kvalitative undersøgelse af Eksistenslaboratorierne inkluderer også en interviewundersøgelse i form af 16 semistrukturerede interview med laboratoriedeltagere 3-4 uger

efter endt undervisningsgang. Dog er interviewene med deltagere fra Center for Kræft og Sundhed allerede foretaget en uge efter endt laboratorieforbud grundet afholdelse af ferie. Interviewene er anonymiserede, og vi har spurgt om tilladelse hos deltagerne til – i anonymiseret form – at anvende sekvenser fra interviewene i dette materiale. Interviewene har en varighed på 27 minutter i gennemsnit og er blevet båndet og efterfølgende transskriberet. Der blev udviklet en kort interviewguide til brug for interviewer. Guiden består af følgende fire grundkategorier, med underkategoriernes uddybende spørgsmål:

### 1. Barrierer

Hvad oplever deltageren af barrierer for den eksistentielle samtale? (tid/sted/manglende kunnen osv.)?

Grænselandet og forholdet mellem at 'gøre' eller 'at handle' og 'at være'?

### 2. Faglig identitet

Hvilke tanker har de gjort sig/gør de sig om dette?

Forholdet mellem faglig identitet og 'privat' identitet

Forskelle på ideal/praksis?

Hvad betyder det for fx arbejdsglæde/tilstrækkelighedsfølelse/selvillid?

### 3. Temaer af særlig interesse

Fx Håb/håbløshed, mening/meningsløshed

Har det gjort sig nye refleksioner/har noget ændret sig i forbindelse med Eksistenslaboratorium?

### 4. Selve forløbet og evaluering af laboratorierne og øvelserne m.m.

Hvad fungerede/fungerede ikke? Var der noget der var for lidt/for meget af. For kort/for langt?

Præsterollen: Har den enkelte gjort sig tanker om, at det er en præst, der leder laboratorierne?

Samspillet med deres daglige praksis – har de en følelse af at kunne 'overføre' dette til deres daglige praksis – beskriv hvordan, hvis de synes, det er muligt?

Refleksioner: Hvordan kan sygeplejerskernes praksis ændres, så de får mulighed for at tale med patienterne om de eventuelle eksistentielle tanker de gør sig på en hensigtsmæssig måde?

Interviewene er blevet grupperet undervejs i læsningen efter hvilke temaer, der er dukket frem af materialet. De steder, hvor det er relevant uddybes interviewenes pointer med sekvenser fra observationsnoterne. Alle citater stammer fra interviewene og er i kursiv. Interviewpersonerne er angivet som IP1, IP2 osv. Interviewene bidrager endvidere til nuancering af de forskellige temaer og emner, der er dukket frem i forbindelse med gennemførelsen af projektet.

## Analyse

---

### FØRSKEMAER OG EFTEREVALUERINGER

Selvom vi betegner svarraten som tilfredsstillende i forhold til 33 udfyldte *førskemaer* og 25 udfyldte *efterevalueringer*, er datamaterialet for sparsomt at basere evidensmålinger på. Ligeledes må man konkludere at for at opnå et mere nøjagtigt resultat, skal der foretages en række målinger over tid, så tidligere deltageres oplevelse måles efter et halvt eller et helt år for at se, om laboratorieformen på sigt faktisk har ændret noget i hverdagen.

Det skal også bemærkes, at der kan ses visse begrænsninger i skemaernes svarværdier. Det kan være vanskeligt for en respondent at placere fx opfattelsen af *'grundlæggende viden om eksistentielle emner'* på en skala fra 1-4 forud for et forløb, man i begrænset omfang ved, hvad handler om, ligesom selve anvendelsen af begreber som *'tryghed'*, *'viden'*, *'behov'* og *'relevans'* er svære at placere ude af den kontekst og konkrete relation, de indgår i.

Alligevel kan de markante resultater fra målingen anvendes i i hvert fald to henseender. For det første giver de et væsentligt fingerpeg om, hvilke temaer, der med fordel kan tages op i en kontekst som Eksistenslaboratoriums. For det andet er det en antagelse i projektet, at man i arbejdet med eksistentielle emner i laboratoriet blandt andet kan forøge personalets oplevelse af tryghed i arbejdet med disse i hverdagen. Eksistenslaboratorium handler om at fremme et fokus på det eksistentielle, der gør det mere overkommeligt at konfrontere det i en travl hverdag – og som resultat, som personalet oplever større tryghed ved at indgå i. Det vil sige, at det centrale i den sammenhæng er den enkeltes *oplevelse* af at kunne indgå i de eksistentielle samtaler med patienter og pårørende. Evalueringens resultater tegner markante ændringer her – på et laboratorieforløb med tre laboratorier fordelt over halvanden måned.

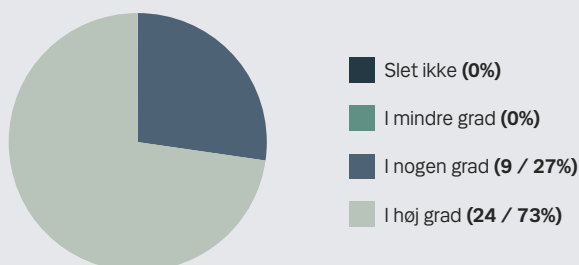
### RELEVANSEN AF EKSISTENTIELLE SAMTALER

I tråd med de resultater, andre undersøgelser på patientstøtteområdet peger på<sup>8</sup>, er personalet fuldt ud opmærksomme på patienters og pårørendes behov for eksistentielle samtaler. 30 (91 %) af de adspurgte 33 deltagere mener, der i nogen eller høj grad er behov for at tale om eksistentielle emner med patienter og pårørende. Samtidig er der stor enighed om, at det er en relevant opgave for sundhedsprofessionelle at indgå i eksistentielle samtaler med patienter og pårørende (se figur 1).

8 Se fx: "Evaluering af Systematisk Patientinddragelse efter Planetree modellen på Finsencentret 2013-2015." Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 20. juni 2016 og "Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2015 (LUP)" Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, marts 2016.

**Figur 1**

Jeg synes, at det er en relevant opgave som sundhedsprofessionel at indgå i samtaler med patienter og pårørende om eksistentielle emner?



## TID, VIDEN OG TRYGHED SOM BEGRÆNSNING

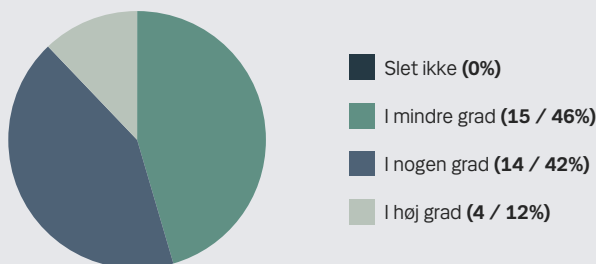
Da alle adspurgte i nogen eller i høj grad ser det som en relevant opgave som sundhedsprofessionel at have eksistentielle samtaler, er det interessant at se på, hvilke udfordringer eller barrierer, personalet oplever i forbindelse hermed.

Foranlediget af allerede foreliggende undersøgelser<sup>9</sup> og baseret på de erfaringer, pilotprojektet har indsamlet, tyder det nemlig på, at faktorer som *tidspress*, fornemmelse af manglende *viden* og oplevelse af *tryghed* ved at indgå i de eksistentielle samtaler fylder meget for sundhedspersonalet. I spørgeskemaerne valgte vi derfor at spørge til opfattelse af *tid*, fornemmelse af *viden* og oplevelse af *tryghed* i forbindelse med samtaler om eksistentielle emner.

I figurerne 2A, 3A og 4A ses deltagerne besvarelser fra førskeemaerne i disse kategorier:

**Figur 2A**

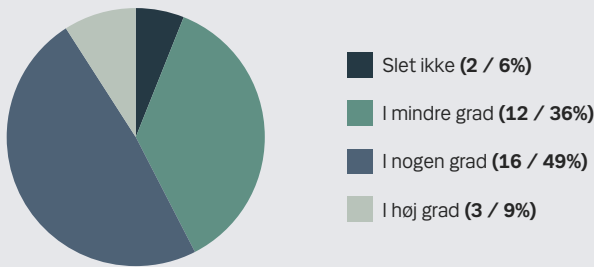
Førmåling: Jeg har i mit daglige arbejde tid til at indgå i samtaler med patienter og pårørende om eksistentielle emner?



9 Se fx: Abbas, S.Q. og S. Dein: "The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: a qualitative study", *Mental Health, Religion & Culture*, Vol. 14, No. 4, April 2011.

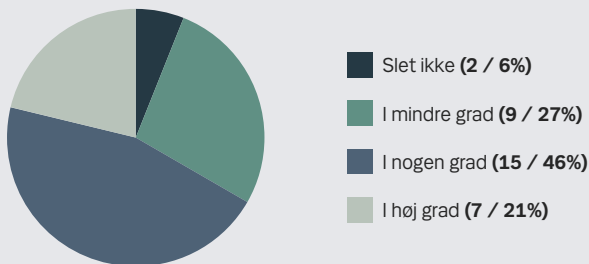
**Figur 3A**

Førmåling: Jeg har en grundlæggende viden om eksistentielle emner og temaer?



**Figur 4A**

Førmåling: Jeg føler mig tryk ved at indgå i samtaler med patienter og pårørende om eksistentielle emner?



---

Besvarelsene viser, at både tid, viden og tryghed for omkring 40 % af de adspurgte er faktorer, der opleves som helt manglende eller i mindre grad er opfyldt for personalet.

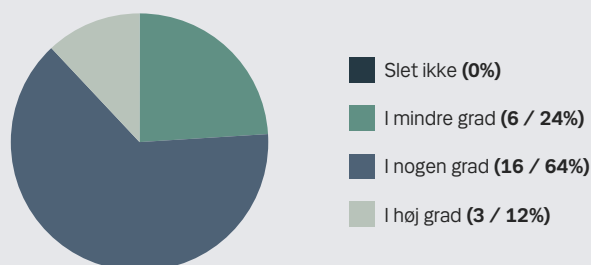
## TID

Eksistenslaboratorium har blandt andet fokus på tid som faktor eller barriere i den eksistentielle samtale, herunder arbejdet med den måde, deltagerne anskuer eller opfatter fx den tid, en eksistentiel samtale med en patient eller en pårørende faktisk tager. Mange af deltagerne giver udtryk for en ny eller ændret oplevelse af tid i relation til at have eller indgå i en samtale om eksistentielle emner. Dette bakkes op af interviewundersøgelsen. Med forbehold er det derfor interessant at se, om oplevelsen af tid har ændret sig i efterevalueringerne.

Figur 2B viser faktisk, at der blandt de 25 udfyldte efterevalueringer er et markant fald i gruppen, der svarer *I mindre grad*- fra 46 % til 24 % af besvarelsene.

**Figur 2B**

Eftermåling: Jeg har i mit daglige arbejde tid til at indgå i samtaler med patienter og pårørende om eksistentielle emner?

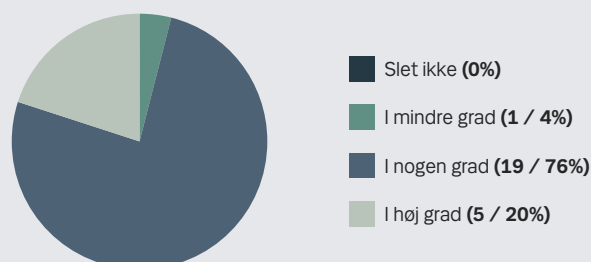


## VIDEN

Som beskrevet i projektbeskrivelsen er udgangspunktet for arbejdet i laboratoriet deltager-nes egne erfaringer fra deres daglige kliniske praksis og ikke abstrakte eksistentielle temaer. 'Undervisningen' tager således ikke udgangspunkt i hverken præsentation af nye metodiske teorier eller redskaber til brug i hverdagen, men derimod i den kritiske refleksion. Alligevel tegner der sig i efterevalueringerne en oplevelse af at få en – i relation til *førskemaerne* – ændret opfattelse af den grundlæggende viden. I figur 3B ses eftermålingen:

**Figur 3B**

Eftermåling: Jeg har en grundlæggende viden om eksistentielle emner og temaer?



Med et markant fald i antallet af besvarelser i kategorien *Slet ikke* og *I mindre grad* (fra samlet 42 % til 4 %), tegner der sig et billede af, at oplevelsen af viden om eksistentielle emner og temaer faktisk har flyttet sig markant efter laboratorierne.

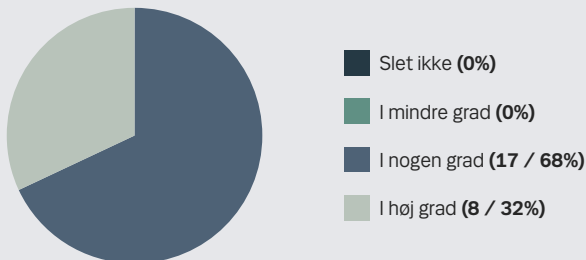
## TRYGHED

33 % af de adspurgte angiver i *førskemaerne*, at de *Slet ikke* eller *I mindre grad* føler sig trygge ved at indgå i samtaler med patienter og pårørende. Det kan synes som et bemærkelsesværdigt højt tal, men sammenlignet med andre undersøgelser, tyder det på, at usikkerhed, manglende viden, tvivl om eget ståsted og oplevelse af utilstrækkelighed og utryghed i forhold til eksistentielle og åndelige temaer hænger sammen for sundhedspersonale<sup>10</sup>. Allerede i pilotprojektet tegnede der sig et billede af, at et gennemgående tema var mod – og med modet fornemmelsen af tryghed til at indgå i disse samtaler. Det har derfor været oplagt at spørge respondenterne til oplevelsen af at føle sig tryk ved at indgå i sådanne samtaler og se, om der gennem laboratorierne kan ændres ved opfattelsen af, hvor trygge deltagerne føler sig i forbindelse med arbejdet med eksistentielle emner og temaer. *Efterevalueringerne* viser et interessant billede af dette:

---

**Figur 4B**

Eftermåling: Jeg føler mig tryk ved at indgå i samtaler med patienter og pårørende om eksistentielle emner?



---

Som figur 4B tydeligt viser, har følelsen af tryghed ændret sig markant fra *førskemaerne* 67 %, der svarer *I nogen grad* eller *I høj grad* til *efterevalueringens* 100 % i disse kategorier. Ingen svarer *I mindre grad* eller *Slet ikke*. I sammenligningen lader det altså til, at deltagerne efter tre *ganges* laboratorium har ændret opfattelse i spørgsmålet om tryghed ved samtaler om eksistentielle emner.

10 Bl.a. Abbas, S.Q. og S. Dein, 2011 og Dom, 1999, McSherry & Ross, 2002, Vachon, 1995.



## Laboratoriernes indhold

---

I det følgende beskrives arbejdet i de tre laboratorier i et Eksistenslaboratorieforløb. De grundlæggende temaer der arbejdes med i hhv. første, andet og tredje laboratorium udfoldes via eksempler og uddrag fra det kvalitative materiale, særligt interviewundersøgelsen.

### FØRSTE LABORATORIUM

(se bilag 2 for eksempel på konkret øvelse fra laboratorieforløbet)

#### **Et opgør med værktøjstænkning – fra 'gøre' til 'være'**

Første gang, deltagerne mødes i laboratoriet, præsenteres den første grundlæggende præmis: ønsket om at bryde med en instrumentel tankegang, hvor der overvejende fokuseres på konkrete retningslinjer og redskaber – en opfattelse af professionel viden, der i høj grad hersker i mange organisationer og institutioner, herunder også sundhedsvæsenet<sup>11</sup>. Med andre ord er sigtet at tage mentalt afsked med værktøjskassen og vende fokus fra 'gøre' til 'være', når det handler om arbejdet med eksistentiel støtte. Det har vist sig at være meget vigtigt, at denne grundlæggende præmis udfoldes grundigt for deltagerne ved indledningen til første laboratorium, da den er i direkte modstrid med den måde, der almindeligvis arbejdes og tænkes på i sundhedsvæsenet. Som en deltager udtrykker det:

*IP2: Din sygeplejerskefunktion er at handle, det er en handlefunktion, grundlæggende kan man sige, og det er også det, der forventes der, hvor vi er ansat, det er, at vi gør ditten, dutton, datten, og vi er ikke sådan nogle, der bare skal sætte os hen og sidde og snakke.*

Denne tankegang ligger ifølge deltagerne dels i uddannelsen af sundhedsprofessionelle, således også i efteruddannelsessammenhæng, hvor der synes at herske en tavs ide om, at udvikling i den professionelle rolle er tæt relateret til det at udvide sin værktøjskasse, og dels i selve sundhedsvæsenets (og samfundets) egen indre logik, hvor handling, effektivitet og fremdrift ofte prioriteres. Forholdet mellem væren og gøren, anskues af flere deltagere som et grundlæggende problem i sundhedsvæsenet, hvor selve institutionen problematiserer rummet til væren i en presset, praktisk orienteret hverdag:

*IP8: Jeg synes faktisk, hospitalet har et problem i forhold til det, fordi vi bliver meget målt og vejlet og skal registrere, og alt det, vi ligesom bliver målt og vejlet på og registrerer og får point for, eller hvad man skal sige, det er sådan nogle gøre-ting, det er alt det der praktiske, fagligt orienterede, som man kan sætte kryds ved inde i de her registreringskemaer. Og vi bliver jo presset lidt til at skulle producere mere og mere også og være effektive, og det er jo i komplet modstrid med væren og det der med at, ja altså finde roen og tiden til at være til stede og kunne invitere patienten ind i det der værens-rum også eller træde ind i patientens værens-rum (...) Så jeg synes, der er noget der, der ligesom clasher lidt.*

11 Schön. *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*, 2001.

Teknikker og værktøjer og i det hele taget instrumentel rationalitet i kompetenceudvikling kan være udmærket, men vanskeligheden opstår, når tankegangen anvendes på områder præget af flertydighed og kompleksitet, som fx i mødet med patienters og pårørendes behov for eksistentiel støtte.

Deltagerne giver udtryk for, at det opleves meget frugtbart at forsøge at vende fokus fra 'gøre' til 'være' og mange angiver, at det er noget af det vigtigste, de har fået med sig efter endt laboratorieforbud. Samtidig fortæller de, at det er vanskeligt at fastholde dette fokus i en arbejdskultur med udpræget (be)handlingsfokus:

*IP15: Det blev meget tydeligt i forløbet, at det her med (...) at have mere fokus på det at være frem for at gøre, ikke. Og det er jo der, når folk kommer og måske sidder med store spørgsmål, hvad skal der ske med mig? og alle de her ting. Så sidder man og roterer lidt på stolen og ved egentlig ikke rigtigt, hvad det er, man skal sige og synes, at man måske skal fikse et eller andet.*

Mange deltagere giver udtryk for, at deres tilgang til mødet med patienter med eksistentielle udfordringer ofte bliver præget af: "hvad skal jeg sige?" og "hvad skal jeg gøre?" ved patientens udfordringer i stedet for: "hvordan finder jeg ud af at være sammen med den patient, der har disse udfordringer?". Når det lykkes at holde fokus på 'være' i stedet for 'gøre', opleves det imidlertid meget positivt for den sundhedsprofessionelle. En sygeplejerske fortalte fx i et laboratorium om en patient, som havde mange svære udfordringer - "et væld af problemer". Hun beskrev i laboratoriet, at alt dette var kommet frem, da hun havde spurgt ham, hvordan han havde det. At få hældt alle hans problemer ud over sig, havde i første omgang givet hende en oplevelse af stress og uro:

*Hvad skal jeg sige, hvad skal jeg gøre - hvordan kan jeg hjælpe ham? - min hjerne kørte på højtryk, men jeg oplevede mere nærvær, da jeg slap problemløsningen, jeg oplevede ro og slappede af. Han var ked af det, men JEG skulle ikke løse det - dét forventede han jo heller ikke.*

### **Egne værdier**

I forløbets første laboratorium er der i de konkrete øvelser særligt fokus på deltagernes egne eksistentielle grundantagelser og værdier.

Flere studier peger på, at sundhedsprofessionelle oplever det som en barriere i forhold til deres arbejde med eksistentiel støtte til patienter og pårørende, at de mangler afklaring om eget ståsted og egne værdier.<sup>12</sup> Projektet har som et af sine fokusområder haft netop dette forhold for øje og ønsket at styrke bevidstheden om deltagernes egne eksistentielle grundantagelser.

12 Abbas, S.Q. og S. Dein, "The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: a qualitative study", *Mental Health, Religion & Culture*, Vol. 14, No. 4, April 2011.  
Dom, 1999, McSherry & Ross, 2002, Vachon, 1995.  
Pedersen, H.F. et al.: "Religiøsitet som copingstrategi blandt alvorligt syge danskere" I: *Psykologisk Set*, 94: 23-31, 2014.

At der er sammenhæng mellem *eget liv* og *arbejdsliv* synes helt naturligt for deltagerne:

*IP8: ...vi er her jo med de personer, vi nu er, og møder jo patienterne selvfølgelig både som professionelle, men jo også med de personligheder, vi er, og det, vi har med os.*

Samtidig kan der opstå bekymring for, om det kan opfattes 'uprofessionelt' at inddrage egne værdier i arbejdslivet. Således svarer de fleste deltagere fx overvejende afkræftende, når der i spørgeskemaet før første laboratorium spørges til, hvorvidt man "inddrager egne livsværdier/eksistentielle overvejelser i samtaler med patienter og pårørende om eksistentielle emner?"

I respekt for patientens ret til autonomi, kan det blive et ideal for sundhedsprofessionelle at forholde sig værdineutralt i mødet med patienter (og pårørende). Virkeligheden er dog, at man bærer sine værdier med sig, hvor man står og går – også i arbejdslivet. Flere af deltagerne giver da også udtryk for værdien i at "bruge sig selv" i arbejdet, og at det måske ikke er "så farligt":

*IP2:..og det kunne måske være rart, at de her ting [øvelserne i laboratoriet] måske var med til, at det ikke er så farligt, at man bruger sig selv. Ikke at jeg skal sidde og hælde hele min livshistorie ud på folk, det er slet ikke meningen overhovedet, de har rigeligt at se til men at man bare sådan rent personligt bruger sig selv i at være til stede i virkeligheden.*

Flere deltagere giver udtryk for det frugtbare i, at der i første laboratoriums øvelser tages udgangspunkt deres eget levede liv og ikke i abstrakte eller teoretiske begreber – eller i deres sygeplejefaglighed:

*IP6: Jeg synes, det fungerede rigtig godt med, at I tog udgangspunkt i os som mennesker, og [det] blev billedliggjort og (...) italesat, kan man sige. jeg blev ved med at tænke: jamen jeg skal se på det som sygeplejerske, jeg skal se på det som patienter (...) men den her måde at trække det ned til at sige: tag lige udgangspunkt i jer selv, vi skal have udgangspunkt i jer. Dét synes jeg var vildt fedt. Det har jeg snakket om flere gange til andre, fordi jeg synes, det var en rigtig god oplevelse.*

*IP8: Mange andre kurser de bliver sådan mere teoretiske eller sådan mere faglige, uden at det nødvendigvis tager så meget udgangspunkt i en selv, og der synes jeg, det har været rigtig godt det her, at man selv kommer lidt i spil, for det er der, det bliver, det er der, det kan kradsede lidt, men det er også der, der bliver spændende og sådan batter noget, mener jeg i hvert fald.*

At tage udgangspunkt i deltagerens eget levede liv er samtidig med til at afdramatisere eller afmystificere 'det eksistentielle' som et område, der ellers bedst varetages af professionelle med en stor eksistentiel værktøjskasse som fx hospitalets præster og psykologer.

Endelig giver deltagerne udtryk for, at en øget bevidsthed om eget eksistentielt ståsted styrker og kvalificerer deres arbejde med eksistentiel støtte til patienter og pårørende og ikke mindst bidrager til mindre grad af usikkerhed og ubehag i mødet og samtalen med disse:

*IP 10: ...hvis du kender dit eget ståsted, så slapper du mere af i samtalen, selv om at det er noget andet, [end dit eget ståsted] du taler om eller det er en anden religion [end din egen]. Altså det der med at kende sit eget ståsted, så kan du bare tage imod og være. Men hvis du selv bliver i tvivl her i alt det her, så bliver det ubehageligt eller usikkert, tænker jeg (...) Ved det, at man får styr på sig selv, [sine værdier] så kan man bedre være i rummet med de ting [de svære eksistentielle temaer], ja, det er jeg ret overbevist om.*

Øvelserne i første laboratorium har haft til hensigt at nå ned i deltagerens egen erfaringsbase – uden at det private udleveres. Det er vigtigt, at laboratorielederen understreger, at øvelserne skal tage fat på deltagerens egne eksistentielle grundværdier, uden at det går for tæt på det *private*. Både i pilotprojektet og i selve projektfasen understreger deltagerne værdien i dette:

*IP11:.. der er nogle konkrete øvelser, der bidrager med noget nyt, fordi der er, altså man får lov at hæve sig på et højere plan og deltage i sit eget tempo, eller hvad man skal sige, så man er ikke tvangsindlagt til at vende vrangen ud, eller hvad man skal sige, som man kan være i nogle andre, altså i samtalegrupper eller i supervision, altså det er en form, hvor man bliver på det overordnede, men stadigvæk får en personlig indsigt.*

#### **Afrunding af laboratoriet**

Som afslutning på første laboratorium identificerer deltagerne i fællesskab tre temaer af særlig interesse, som de ønsker at arbejde videre med i resten af forløbet.

De sendes tilbage i praksis med en opmærksomhedsøvelse. Deltagerne bliver således bedt om at medbringe et 'mentalt snapshot' fra egen praksis – til næste laboratorium, et snapshot, der har fokus på et af de temaer, der er arbejdet med i det første laboratorium.

## **ANDET LABORATORIUM**

#### **Tydlig forbindelse til hverdagen**

Udgangspunktet for arbejdet i Eksistenslaboratoriet er deltagerens erfaringer fra deres daglige kliniske praksis og ikke abstrakte eksistentielle temaer. Tanken er, at temaerne herved kan indlejres i deltagerens egen erfaringshorisont og blive lettere at omsætte i hverdagen.

I andet laboratorium træder projektets anden grundlæggende præmis særligt frem: den tydelige forbindelse mellem deltagerens egen daglige praksis og de temaer, der arbejdes med i laboratorierne. Blikket vendes nu fra *eget liv* til *arbejdsliv*. Deltagerne har med udgangspunkt i arbejdet fra første laboratorium iagttaget deres egen daglige praksis og skal nu sætte ord på egne erfaringer og dele disse med laboratoriegruppen. Hermed styrkes refleksionen over egen praksis (og sproget om den menneskelige eksistens), og der bliver lejlighed til at beskæftige sig med de grundlæggende eksistentielle temaer med udgangspunkt i dagligdagens konkrete møder og samtaler med patienter og pårørende. Deltagerens egne erfaringer danner hernæst klangbunden for det videre arbejde.

At der i forbindelse med laboratorieforløbet var skabt rum og tid til at gå op og opdagelse i egen praksis, var et forhold, alle deltagere satte meget stor pris på:

*IP11: Lige gyldigt, hvad man har af erfaring, så synes jeg, at det er meningsfyldt at kigge på sin egen praksis og blive husket på, hvad der i virkeligheden er det vigtige, ikke.*

Samtidig gav flere deltagere udtryk for, at det konkrete udgangspunkt i deres egen praksis gjorde det nemmere at forholde sig til abstrakte eksistentielle temaer som fx håb, mening, afmagt osv. En deltager gav direkte udtryk for, at hvis ikke laboratorierne var tilstrækkeligt baseret på eksempler og cases fra egen praksis, blev arbejdet med de eksistentielle temaer "lidt sludder for en sladder"

*IP1: Bundet op på noget konkret, så synes jeg det er nemmere, ellers så synes jeg (...) godt nogle gange det kunne blive lidt sludder for en sladder (...) hvis ikke der ligesom er noget at binde det fast til. Så har jeg lidt svært ved at forholde mig til det.*

De erfaringer, deltagerne allerede har, er et vigtigt udgangspunkt for læring. De eksistentielle temaer, der arbejdes med i laboratoriet, bliver således et prisme, der spejler og bryder disse erfaringer. Selvom læring antageligt kan forekomme alene i kraft af indre dynamikker og på grundlag af egne erfaringer, arbejdes der i laboratorierne ud fra en forestilling om, at læreprocesser igangsættes i kraft af forstyrrelser eller irritationer udefra, som den lærende herefter må bearbejde ud fra egne forudsætninger.<sup>13</sup> Laboratoriets oplæg og øvelser kan siges at være en sådan *irritationsform*, der har fokus på at stimulere deltagerne til at undersøge og forholde sig reflekterende til deres konkrete erfaringer.

*IP2: man skal lige sådan have den ind og vende også nogle gange, før man lige sådan får tænkt tingene, fordi I også sådan er gode til at vende tingene den anden vej nogle gange, så skal man lige tænke, nå ja sådan kunne man selvfølgelig også lige have tænkt det. Det er så også det jeg synes, der er rart (...) det er, at man også får nogle input, man måske ikke lige selv havde set eller lige havde tænkt over eller lige lå i min verden, eller hvad man skal sige.*

*IP16: så man husker lige at hæve sig lidt op og sige, jamen hvordan ville andre måske opleve det her, sådan at hvis det er hverdag for en selv, hvordan ville et menneske, der ikke har været her før, så opleve det. Jeg synes, det er meget sundt lige at blive husket på, at vi ikke alle sammen ser verden gennem mine briller.*

Hvor deltagerne giver udtryk for vigtigheden i at tage udgangspunkt i egen praksis og egne erfaringer, har det også betydning, at de blev irriteret/stimuleret til og fik mulighed for at beskæftige sig med temaer, de almindeligvis ikke bruger meget tid på:

*IP9: Det var nok det, som jeg oplevede som det, der var mest intenst, at man havde mulighed og rum for at kunne vende nogle ting (...) og så samtidig de emner, der var oppe, var jo nogle emner, som du ikke normalt gav dig i lag med at diskutere og endevende.*

13 Qvortrup, L: *Det vidende samfund. Mysteriet om viden, læring og dannelse*, København, 2004.

Selvom laboratorierne ikke har en egentlig 'læseplan' og ikke har fokus på at fylde teori om eksistentielle temaer på deltagerne, men i høj grad har fokus på refleksion over deres egne erfaringer og oplevede barrierer, så angiver deltagerne (i spørgeskemaet) efter laboratorieforløbet højere grad af "viden om eksistentielle temaer og emner". Det kunne tyde på, at den viden, de allerede har, har fået forbindelse til deres praksis gennem arbejdet i laboratorierne.

*IP11: Det at få lov til at reflektere over nogle større temaer, det giver også en, det giver en personlig og en faglig sikkerhed, når du er sammen med andre mennesker.*

*IP3: Jeg har fået flere synsvinkler på det samme, ligesom man har set tingene fra forskellige vinkler, så har man meget mere sådan fået viden og meget mere at byde på, når man snakker om håb og de ting der.*

### **Afrunding af laboratoriet**

Andet laboratorium slutter med endnu en 'hjemmeopgave' i form af en opmærksomhedsøvelse, der knytter sig til et af de temaer, der har været på spil i dette laboratorium.

## **TREDJE LABORATORIUM**

### **Hvorfor gør vi, som vi gør?**

Arbejdet i laboratorierne har tydeliggjort, at deltageres forhold til og oplevelse af eksistentielle samtaler med patienter og pårørende er stærkt påvirket af en række udfordringer og barrierer, de møder i hverdagen. Manglende tid, manglende sprog og oplevelse af begrænsede fysiske rammer er nogle af de barrierer, deltagerne angiver i både spørgeskemaerne, laboratorierne og interviewene.

Tredje laboratorium har særligt fokus på nogle af disse strukturelle forhold i deltageres arbejdsliv. Forhold som, også i forbindelse med forskellige andre undersøgelser<sup>14</sup>, angives som barrierer for sundhedspersonalet i forhold til at gå ind i svære eksistentielle samtaler med patienter og pårørende.

Det kan fx være parametre som fysiske rammer, der 'modarbejder' det gode møde; sundhedsvidenskabelig terminologi på bekostning af naturligt sprog om den menneskelige eksistens; implicite normer, værdier og strategier i sundhedsarbejde og manglende tid til at gå ind i samtalerne.

Via laboratoriets enkelte øvelser stimuleres deltagerne til at iagttage de systemiske og paradigmatisk forudsætninger for det, de allerede ved. Eller med andre ord: at betragte det *selvfølgelige* som *u-selvfølgeligt*. Denne grundlæggende refleksion er afgørende for, at man kan vurdere og måske revidere den måde, man tænker og handler på. Formålet med øvelserne er at sætte deltagerne i stand til at identificere og evt. omfortolke basale forudsætninger, som måske ikke er så selvfølgelige, som de umiddelbart ser ud til.

Laboratoriedeltagerne giver flere steder udtryk for, at der er behov for en platform for sådanne refleksioner i sundhedssektoren:

<sup>14</sup> Abbas, S.Q. og S. Dein, 2011. m.fl.

*IP1: Der findes ikke som udgangspunkt et sted, hvor man går hen og tænker over, hvorfor vi gør, som vi gør*

*IP2: det er en anden måde at reflektere over ting, det er også et andet flow, der i den måde, man arbejder med ting, og det tror jeg er mega sundt i vores verden, hvor alting er sådan, nu er det her og nu og fakta, og uh vi skal skynde os videre, alt skal være så tju hej og så hurtigt og sådan noget. Der er det simpelthen så befriende at sætte sig ned og lige trække vejret dybt og sige, nu prøver vi lige at reflektere over nogle ting, som vi bestemt ikke giver os selv tid til i hverdagen. Det synes jeg har været en gave altså.*

### **Tidsfaktoren som eksempel**

En af de strukturelle barrierer, der blev taget op i laboratorierne, og som ofte nævnes i interviewmaterialet, er manglen på tid som barriere i forhold til at gå ind i samtaler om svære eksistentielle temaer:

*IP6: Jeg synes, tid er den største faktor faktisk. Du kan have alverdens ambitioner [om at] indgå i en god samtale, og det kan bare være, du er begrænset, fordi du har andre patienter, du er nødt til at tage hensyn til, og så er det bare det, der måske kan ryge ud i periferien...*

Ofte er det selve forestillingen om den tid, en eksistentiel samtale kan tage, der bliver en barriere for at indgå i samtalen:

*IP8: altså vi er jo presset tidsmæssigt, og det er, i hvert fald så tror jeg, at mange af os kan have en idé om, at hvis man træder ind i det felt, så kan det åbne op for noget stort og noget tidskrævende, som ikke lige kan klares på 10 minutter, eller hvad man nu har.*

*IP4: Selvom jeg har mange år på bagen, så tænker jeg: hvad nu hvis jeg pludselig står og ikke har mere at sige, altså hvad nu hvis jeg pludselig ikke har ... Jeg synes ikke, man kan slippe folk sådan, jeg har en eller anden tidsmæssig afgrænsning (...) og så synes jeg ikke, jeg kan være bekendt at få en patient derud, hvor de er dybt ulykkelige, og så må jeg sige: 'nå men nu er tiden for resten også gået, nu må du ud af døren.'...*

Denne forestilling om, "at få patienten derud" og så ikke følge det til dørs, er en opfattelse, flere andre deltagere deler. Flere gange i laboratorierne og i interviewmaterialet tales der om en oplevelse af ikke at ville 'åbne for noget, man ikke kan lukke for igen':

*IP6: Det er næsten det sværeste at stå med en, der begynder at åbne op og rigtig gerne vil give sit hjerte med alt, hvad der er i det, og du bare ikke har tid til det med den her følelse af at stå og trippe og hele kropssproget er på vej ud af stuen igen, fordi du har skide travlt. Det er slet ikke en fed følelse...*

*IP2: Hvis man får taget hul på nogle ting, har jeg så ikke mulighed for at færdiggøre det eller ligesom komme lidt videre i det. (...) Det kan man ikke være bekendt, synes jeg, hvis man tager hul på så alvorlige ting, som den slags ting kan være...*

Deltagerne har generelt en opfattelse af, at en god eksistentiel samtale er en lang eksistentiel samtale, hvor der er ubegrænset tid og mulighed for at "lukke" og binde pæn sløjfe, på dét der er "åbnet op for" i samtalen. Flere deltagere arbejder sig i løbet af laboratorieføreløbet frem til et nyt blik på patientens behov i relation til den eksistentielle samtale:

*IP3: Det er ikke lange samtaler, de efterspørger, det er måske det at blive taget helt alvorligt*

Andre åbner mulighed for at sætte ord på den manglende tid, som både patienten og personalet er bevidst om, - en bevidsthed, der ofte ligger skjult eller uformuleret under mødet mellem de to parter, og som den sundhedsprofessionelle til tider forsøger at 'dække over'.

*IP5: Nogle gange behøver jeg jo kun at sige, at jeg har 5 minutter, og jeg vil gerne lytte til dig, og så kan vi måske tale videre i morgen. Altså sådan kunne jeg jo sagtens gøre det.*

De fleste deltagere arbejder sig dog i løbet af laboratorierne i retning af et nyt perspektiv på, hvad det vil sige at have 'tilstrækkelig tid' til en eksistentiel samtale. Der arbejdes i laboratorierne især med begrebet tid i relation til nærvær og fylde. Hvor lang tid tager fx nærvær, og hvad er det, man skal nå i løbet af en eksistentiel samtale?

*IP 11: Vi har snakket om i de her laboratorier, vi har haft, det der med, jamen hvad er det, man skal ved sådan en samtale? Der er jo ikke noget man kan åbne og lukke, vel, at to minutter kan være lige så godt. To minutters nærvær kan være bedre end syv minutters fravær, ikke.*

*IP 8: [laboratorielederen] talte meget om fyldighed og ligesom skabe fylde i møderne i den tid, der nu er... hvis man ligesom kan få noget mere fylde ind i den tid, der er, det kan også være meningsgivende i øjeblikket, og det er måske også det der med at trække tiden, den tid der nu er, altså få gjort den fyldig. Det er også en måde at trække tiden på på en eller anden måde, det kan jeg da mærke med min egen tid, at hvis jeg kommer noget fylde ind i den og bliver opslugt af et eller andet, jamen så føles den meget længere, end hvis jeg bare er i gang med ting, der skal ordnes og overstås.. så meget den der måde at forholde sig til tid på. Og meget af det her med fylden den har jeg, ja, den har jeg tænkt lidt over, meningsfylde.*

Endelig har deltagerne også været meget optagede af, om det egentlig tager mere tid at undlade at tage en samtale end - den pressede tid til trods - at forsøge at tage den. En deltager siger:

*IP8: Nogle gange så tager det faktisk længere tid eller kræver mere energi at undgå kontakt end at gå ind i kontakten. Det har jeg tænkt en del over, og det handler selvfølgelig også om ens egne ressourcer i forhold til at træde ind i det felt og være sikker på, at man kan komme derfra igen, når man synes, nu er det nok enten på grund af tid, eller fordi nu magter man ikke at være der mere.*



Der tegner sig i det hele taget et billede af, at laboratorierne kan være med til at give deltagerne nye perspektiver på de strukturelle barrierer i forhold til at gå ind i mødet og samtalen med mennesker, der er ramt på eksistensen.

#### **Afrunding af laboratoriet**

Tredje og sidste laboratorium afsluttes med, at deltagerne opfordres til at skrive et postkort til sig selv, hvor de skriver, hvilke temaer fra laboratorieforløbet de særligt gerne vil arbejde videre med eller fastholde fokus på i deres daglige praksis. Postkortet har til formål at skabe yderligere sammenhæng mellem arbejdet i laboratorieforløbet og deltagerens egne daglige praksis.

Postkortene blev indsamlet af laboratorieleder og sendt til deltagerne på de enkelte afdelinger.

## Om facilitatorrollen

---

I det følgende gennemgås kort nogle af de pædagogiske overvejelser, der ligger til grund for laboratorierne og facilitatorrollen.

### PÆDAGOGISK INSPIRATION

Opbygningen og afviklingen af laboratorieforløbet er blandt andet inspireret af Lars Qvortrups læsning af antropologen Gregory Bateson og filosofen Michel Serres, som begge er optagede af en vidensform, der beskæftiger sig med, hvorfor vores viden er, som den er, og hvorfor vi løser opgaver på den måde, vi gør.<sup>15</sup> Den betegnes derfor også som paradigmatisk viden, idet det netop er denne viden, der gør det muligt, at komme bagom 'plejer' og at ændre forudsætningerne – paradigmerne for den sædvanlige viden og adfærd<sup>16</sup> Serres grundlæggende opfattelse er, at der ikke findes noget privilegeret synspunkt; filosofen må derfor bevæge sig "nomadeagtigt" imellem forskellige videnskaber og genrer. Et lignende "nomadeagtigt" begreb sætter sig igennem i Serres' beskrivelse af pædagogikken, der beskrives som en rejse, hvor en flod krydses, og en ny/anden verden opdages. Serres taler i den forbindelse om "grænseerfaringens privilegium". Med et begreb, hentet hos Serres, beskriver Qvortrup den lærende, der er i færd med denne bevægelse, som en 'troubadour': Det drejer sig ikke om at anbringe sig i verdens centrum, men tværtimod om at være den omrejsende: Troubadouren, "som hele tiden ser verden udefra, fordi han rejser fra det ene til det andet angivelige centrum og – midlertidigt installeret – herfra endnu engang kan se endnu et verdenscentrum i dets rigtige perspektiv: Udefra. Ikke i absolut forstand udefra, naturligvis, for et sådant ultimativt sted findes heller ikke, men på rejse fra andre centre." (*Det vidende samfund p. 21*)

Denne 'troubadourens position' minder om feltarbejderens, hvor forudsætningen for det antropologiske projekt er, at man ikke er *hjemme* i den verden, man studerer, idet oplevelsen af *ikke-forståelse* netop er et omdrejningspunkt. Man må således anlægge et fremmed perspektiv på det sociale rum, der studeres eller med andre ord arbejde fra positionen som *radikal anden*. Samtidig er det afgørende, at antropologen opnår den "særlige og nødvendige position på indersiden" af den verden, der studeres.<sup>17</sup>

15 Qvortrup, L: *Det vidende samfund. Mysteriet om viden, læring og dannelse*, København, 2004  
Bateson, G: *Steps to an Ecology of Mind*, Chicago & London, 2000 [1972]  
Serres, M: *The Troubadour of Knowledge*, Paris 1991.

16 Qvortrup betegner dette, som 3. ordens læring – en læringsform, der svarer til 3. ordens viden; den systemiske viden med vidensbetegnelsen 'kreativitet'.  
(Tilsvarende betegnes 1. ordens viden som 'kvalifikationer' og 2. ordens viden som 'kompetencer'. Disse to vidensformer, har fokus på teknisk og faglig viden (kvalifikationer), samt viden om hvordan man bruger denne viden (kompetence). 3. ordens viden er betegnelsen for viden om selve det grundlag, man bygger sin viden på.) Endelig betegnes 4. ordens viden som 'kultur' eller 'verdensviden'.

17 Hastrup, K: "Antropologiske studier af egen kultur" I: *Norsk Antropologisk Tidsskrift 1 – 1991*.

Feltarbejderen balancerer mellem at være totalt fremmed og totalt kendt, og fra 'mellemrummet' mellem disse to positioner kan han eller hun have blik for misforståelserne og manglen på selvfølghed.

## ANALOGI MELLEM LABORATORIETS LÆRING, LÆRENDE OG LEDER

Denne ovenfor omtalte position i 'mellemrummet' og dette blik er på mange måder kendetegnende for den måde, hospitalspræsten bevæger sig i sundhedsvæsenet på. De allerfleste hospitalspræster er ansat af Kirkeministeriet og 'udlånt' til hospitalet. Man er derfor ikke en del af hospitalets egen medarbejderstab og er dog en synlig del af dagligdagen på afdelingerne. Præsten passerer frit de ellers i mange sammenhænge 'vandtætte skodder' mellem patienternes og personalegruppens (fortrolige) rum. Præsten er således hverken en del af patient- eller personalegruppen; arbejdet udfolder sig i 'mellemrummet' mellem disse sociale enheder, hvilket betyder, at risikoen for at blive 'indfødt' er en anden, end den ville have været, hvis tilstedeværelsen involverede personlig deltagelse som patient eller sundhedsprofessionel. Både patienter og personale opfatter på én gang præsten som en, der kommer *udefra* og samtidig betragtes man som en, der kender deres daglige verden *indefra*.

Denne 'dobbelbevægelse' af distance og relation åbner et særligt blik for, hvad 'det almindelige' gemmer. Det vil sige de implicite antagelser, normer, værdier og strategier, som den sundhedsprofessionelles umiddelbare tænkning og handling baserer sig på. Man kan således tale om en vis analogi mellem læringsformen i laboratoriet, de lærende deltagere og hospitalspræsten. Dette analogiske forhold gør hospitalspræsten særlig oplagt som laboratorieleder, idet læringsformen naturligt stimuleres af præstens særlige position.

## HOSPITALSPRÆSTEN SOM LABORATORIELEDER – FRA DELTAGERNES PERSPEKTIV

Samtlige laboratorier i projektperioden har været ledet af en hospitalspræst. Deltagerne har samlet set ikke undret sig over, at det netop var en hospitalspræst, der stod for laboratorierne. En del har overraskende nok slet ikke skænket det en tanke eller har ikke tillagt det nogen særlig betydning.

Nogle gør sig tanker om, hvorvidt det i stedet kunne have været en psykolog og bevæger sig så småt ind på forestillinger om forskellen på præster og psykologer i relation til arbejde med 'det eksistentielle'. Flere mener, der er forskel, men har svært ved at definere hvorfor:

*IP1: ...det kunne måske også godt have været en psykolog [der ledede laboratoriet], men nej, det er nogle andre ting, præsterne bliver kaldt til.*

*IP12: Som hospitalspræst er du jo i det her hele tiden, altså du har de der samtaler med patienten eller borgeren i løbet af en hel arbejdsdag og mange års erfaringer, der mærker man bare rigtig tydeligt og måske en anden vinkel en psykolog måske ikke har*

Andre læner sig op ad forestillingen, som man møder den hos præst Preben Kok, at: "den gode psykolog bliver på tredje revle, men præsten fortsætter. For en del af livet ligger ude over tredje revle, hvor vi ikke har mulighed for at bunde"<sup>18</sup>

*IP3: For mig var det bare ligesom en anden vinkel, jeg får, at det er, nu er jeg sådan professionel i mit område, og han er professionel i sit område, og det var meget fint, at det var en præst og ikke en psykolog. Jeg synes faktisk det er meget naturligt, at det er en præst, fordi nogle gange folk, når de snakker med psykologen og psykologen ikke kan hjælpe dem mere, det er mange gange, en præst kan, fordi de har de der evner til forskellige situationer ligesom.*

Deltagerne syntes meget optagede af, at laboratorierne ikke kunne ledes af deres egen faggruppe. En sygeplejerske svarer fx på spørgsmålet om, hvorvidt det ikke kunne være en sygeplejerske, der ledede laboratoriet:

*IP4: sygeplejersker de er altid meget fedtet ind i det..*

En anden fortæller:

*IP8: Jeg tror, hvis det havde været en sygeplejerske, som havde stået for det, så ville det være mere praktisk orienteret og mere inden for rammerne af noget, altså hvad kan lade sig gøre, og det er der jo også fordele og ulemper ved. Men her bliver det [vigtigheden af den eksistentielle støtte] præsenteret som noget stort og meget vigtigt. Og det synes jeg egentlig var godt.*

I pilotprojektet var det også en klar tilbagemelding fra de deltagende sygeplejersker, at det var en befrielse ikke at "arbejde med det eksistentielle/åndelige i et sygeplejefagligt perspektiv".

Nogle deltagere peger direkte på, at præsten er relevant underviser, fordi det religiøse/spirituelle hører naturligt med til det eksistentielle:

*IP10: Man får jo den religiøse del med eller i hvert fald en snert af troen med her, som man ikke ville få med en filosof f.eks.... Altså det hele hører jo med under eksistens, man kan jo ikke undgå at tage religion med..*

*IP13: Ørhm arh det er svært sådan egentlig at forklare, men øhm fordi man også går ind i noget, som for mange kan være større end en selv, altså det her døden og livet efter døden, og hvad har jeg egentlig brugt mit liv på agtigt og sådan noget, det tænker jeg ikke, det er ikke et psykolog-job at gøre det, altså det er mere spirituelt på en eller anden måde, tror jeg, ikke altså.*

En deltager efterlyser ligefrem mere fokus på det religiøse, fordi det ikke altid er et område, der får plads:

<sup>18</sup> Kok, P: *Skæld ud på Gud*, 2008, s.29.

*IP14: Jeg kan godt savne det lidt, altså ikke fordi jeg selv er troende, men jeg har også noget patientundervisning, hvor vi har om nogle psykiske reaktioner, hvor vi også tit kommer til at tale om tro, altså hvad betyder det for dig med tro, hvor den dimension også kommer med, og det er ikke noget, vi snakker så meget om. Så på en eller anden måde kan den godt blive bragt lidt mere frem, fordi det ikke er noget, som vi snakker så meget om, tro.*

Generelt er deltagerne mest optagede af, at hospitalspræsten har et andet blik på eksistensen end andre fagpersoner i feltet, om end det kan være vanskeligt at forklare hvorfor:

*IP13: Og også det der med, at jeg tror, at en psykolog ligesom os andre fagpersoner også har eller sundhedsprofessionelle har sådan en eller anden agenda, altså vi har sådan, nej men måske i virkeligheden fordi at måske er der sådan et eller anden diagnoseagtigt eller fikse noget eller psykoterapi-agtigt noget, ikke, hvor en præst har mere, har også lidt mere den der sjælesørgerfunktion og har jo altid været den, man kunne tale med også i tidernes morgen, ikke, man gik ind og snakkede med, hvis det var svært, hvis livet var svært, uden at nødvendigvis at der er noget galt, men fordi det kan være svært, jo ikke*

*IP4: Der var mange elementer i den her måde at anskue og øhm og reflektere over, som jeg aldrig er stødt på øhm i mine år som [sygeplejerske] ja.*

Præstens position som den, der ser på sundhedsvæsenet både *udefra* og *indefra*, dukker dog flere steder tydeligt frem i materialet.

Først et eksempel på *udefra* og dét særlige blik, denne position bidrager med:

*IP16: Jeg synes det er rigtig fedt, at I [hospitalspræster] kommer med en anden faglighed i det her hus, at det ikke er sundhedsprofessionelle og psykologer og sådan noget, men at der kommer sådan et frisk pust, fordi man trænger også nogle gange til at blive rusket lidt i og udfordret lidt på sin tankegang, og det kan andre fagligheder, som ikke er inden for det sundhedsprofessionelle uddannelse...[hospitalspræsten] kommer bare med et andet mindset, end sygeplejersker og psykologer og fysioterapeuter og læger har, ikke. Og som antropologer og sociologer og alle sådan nogle, der ved noget om kemier mellem mennesker, og hvordan man agerer med hinanden, men også kan provokere lidt. Det trænger vi lidt til, synes jeg, så det ikke bliver så ensartet og så ordentligt og pænt hele tiden, at man sådan kunne blive provokeret lidt. Det har vi enormt godt af en gang imellem, tror jeg.*

Deltagerne kan godt forestille sig, at andre 'fremmede' eller 'udefrakommende' faggrupper kan bidrage med dette blik – (det er tydeligt, at psykologen opfattes som en sundhedsprofessionel og dermed som en 'indfødt') – og foreslår antropologer, sociologer eller filosoffer. Disse grupper har dog ikke nødvendigvis klinisk erfaring, hvilket rollen som laboratorieleder fordrer.

Deltagerne peger da også entydigt på, at det er en vigtig forudsætning for laboratorierne, at lederen af disse "har samtaler i virkeligheden" – altså har bred erfaring med samtaler med både patienter og pårørende om svære eksistentielle temaer – dvs. også kommer "indefra":

*IP6: Jeg synes egentlig ikke, at jeg tænkte over det, som om det var en, der var udefrakommende. Jeg tænkte på det, som vi sad og snakkede og havde haft nogle oplevelser, hvor jeg måske nok går til det på en anden måde, fordi jeg også står for alle de ting, som sygeplejersken gør, men vi går i den her menneskelige kontakt, og det er den vi har til fælles.*

Hospitalspræsten har på mange måder de naturlige forudsætninger for at være laboratorieleder. Anden faglighed er også mulig, så længe den opfylder kriterierne om at være et tværfagligt input til deltagere og at have 'dobbeltblikket' på sundhedsvæsenet; indefra og udefra.

## Bilag 1 / Faktuelle oplysninger

---

### BAG EKSISTENSLABORATORIUM:

Eksistenslaboratorium er sammensat af en projektgruppe og en følgegruppe.

#### Projektgruppen:

Hospitalspræster *Maria Baastrup Jørgensen (MBJ)*, *Birgitte Bjørn Stimpel (BBS)* begge fra Bispebjerg Hospital og *Henning Nabe-Nielsen (HNN)* fra Rigshospitalet samt religionssociologer *Majbritt Normann Nielsen* og *Egil Bargfeldt*.

#### Følgegruppen:

- Hospitalspræst, Rigshospitalet,  
*Christian Juul Busch.*
- Arbejdsmiljøkonsulent/psykolog, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler,  
*Jytte Kofoed Kruckow.*
- Chef for arbejdsmiljø og ledelsesudvikling, Rigshospitalet,  
*Morten W. Andersen.*
- Provst, Frederiksberg Provsti,  
*Kirsten Jørgensen.*
- Uddannelseskonsulent ved Kriminalforsorgen,  
*Mai Grønholdt Hansen.*
- Klinisk sygeplejespecialist, Rigshospitalet,  
*Suzanne Petri*
- Sygeplejerske i Stabsfunktion, Onkologien, Rigshospitalet,  
*Anne-Marie Juhl Elsborg.*
- Projektkoordinator, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Rigshospitalet,  
*Kristine Halling Kehlet.*

### AFVIKLEDE LABORATORIEFORLØB I PROJEKTPERIODEN:

#### Laboratorieforløb:

1. laboratorium (Strålehallen, Rigshospitalet v/ HNN):  
16.09.2015, 07.10.2015, 28.10.2015
2. laboratorium (Strålehallen, Rigshospitalet v/ MBJ):  
04.11.2015, 25.11.2015, 16.12.2015
3. laboratorium (Afdeling K, Bispebjerg hospital v/ BBS):  
03.02.2016, 24.02.2016, 16.03.2016
4. laboratorium (Afdeling P, Bispebjerg hospital v/ MBJ):  
07.03.2016, 30.03.2016, 18.04.2016
5. laboratorium (Afdeling G, Bispebjerg hospital v/ MBJ):  
24.04.2016, 20.05.2016, 07.06.2016
6. laboratorium (Center for Kræft og Sundhed v/ MBJ):  
09.05.2016, 30.05.2016, 20.06.2016

**Hold med studerende (i klinik på Rigshospitalet):**

1. hold (MBJ): 30.11.2015, 17.12.2015
2. hold (MBJ): 23.05.2016, 06.06.2016

**Faggrupper repræsenteret blandt laboratoriedeltagerne/i laboratorierne:**

Sygeplejerske, læge, diætist, social- og sundhedsassistent, fysioterapeut, radiograf, ergo-  
terapeut, socialrådgiver – med klar overvægt af sygeplejersker.



## Bilag 2 / Øvelseseksempel

---

### ØVELSE: INDERSIDEERFARINGER

#### Input til laboratorieleder:

Øvelsen "indersideerfaringer" sætter fokus på *at være* frem for *at gøre*. Den har til hensigt at tage udgangspunkt i egne erfaringer i relation til det eksistentielle.

Der arbejdes under overskriften og spørgsmålet: Hvad er det ramte menneskes eksistentielle situation? Og hvordan mødes dette menneske? Ofte nærmer man sig disse temaer via en ydre iagttagende refleksion, med hvad Finn Thorbjørn Hansen (2008) kalder "det kyndige og vidende blik". Han slår dog til lyd for også at lytte til indersiden af begreberne: "ved hjælp af vores levede erfaringer og konkrete deltagelse i det konkrete liv... vi må lære (også) at tale med og ud fra et fænomenologisk *indersidesprog*. Vi må lære at tænke og tale *fra* en levet erfaring, fra en grebthed og ikke kun ud fra en begrebet verden."

I løbet af øvelsen bidrager laboratorieleder med input, der kan spejle og bryde deltagernes erfaringer i form af fx teoretiske modeller til forståelse af sorg og krise.

**Selve øvelsen:** Øvelsen introduceres kort – jf. ovenstående

- a) Deltagerne bedes om at tænke tilbage på en situation fra deres eget liv, hvor de var meget kede af det/ulykkelige. Det understreges, at oplevelsen ikke skal fortælles til gruppen på noget tidspunkt. De bliver nu bedt om at undersøge/tænke/mærke efter, om der måske er andre følelser/temaer, der fletter sig ind i oplevelsen af at være ked af det/ulykkelig – det kan fx være vrede, angst, uro, håbløshed etc. De må gerne notere til sig selv – hvis de har brug for det.  
Derefter (stadig uden at tale om indholdet af selve de situationer deltagerne tænker på) bedes deltagerne fortælle, hvilke temaer/følelser, der blander sig ind i følelsen af at være ked af det. Alle temaer/følelser noteres af underviser på flipover.  
Herefter følger en samtale om den flertydighed og kompleksitet, der er i dét at være ulykkelig. Hvad tænker deltagerne om dét, de ser på flipoverarket? Hvad er det for et felt, vi møder ulykkelige patienter og pårørende i? Er der måske nogle af temaerne, der påkalder sig særlig interesse eller er særligt vanskelige at møde?
- b) Deltagerne skal nu igen tænke tilbage på den samme situation, hvor de var meget kede af det/ulykkelige. De bliver nu bedt om at undersøge, hvordan de, hvis de helt selv kunne bestemme, allerhelst ville være mødt i dén situation. De kan igen notere for sig selv, hvis de har brug for det.  
Endelig skrives alle deltagernes (kondenserede) udsagn på et nyt flipover-ark af underviser.  
Herefter samtale om, hvad denne undersøgelse af egne erfaringer fortæller os. Er der fx et mønster i måden, vi gerne vil mødes på? – og bidrager denne undersøgelse med noget i forhold til, hvordan vi møder patienter og pårørende?

**Formål med øvelsen:**

*At nå ned i deltagerens egen erfaringsbase – uden at det private udleveres. Øvelsen kan give en "indersideforståelse" af, hvad det vil sige at være ramt på eksistensen. Øvelsen har samtidig til hensigt, at skabe tydelig forbindelse til deltagerens egen erfaringshorisont og give deltagerne mulighed for at iagttage og reflektere over diskrepans mellem erfaring og implicite antagelser om mødet med kriseramte i en sundhedsprofessionel kontekst. Øvelsen giver desuden et fingerpeg om, hvilke temaer laboratoriet kan arbejde videre med.*

I pilotforløbet var deltagerne i forbindelse med denne øvelse især overraskede over den markante uoverensstemmelse mellem på den ene side deres "indersideerfaring" af, hvordan de gerne ville mødes, da de selv var ramt på eksistensen – og på den anden side deres forestilling om, hvordan de tænkte, at de skulle møde det ramte menneske i deres professionelle praksis.

Det blev især tydeligt for dem, hvordan de professionelt er optagede af at finde de rette redskaber og værktøjer til brug i mødet med det ramte menneske – mens deres inderfaringer fortæller dem, at dét er en alt for instrumentel tankegang i relation til det eksistentielle.

**Litteratur:**

Dalgaard et al. (2013)  
*Laboratorium – sprog for tro, sådan skaber du rum for samtaler om tro og eksistens*

Finn Thorbjørn Hansen (2008)  
*At stå i det åbne*

Samuelsen (2015) Refleksjonsrom,  
*Utenfor Tellekantene*





**Region  
Hovedstaden**