

MOC

3. årgang 2010, 4. semester

Aalborg Universitet, Januar 2012

Coaching af Læger

Specialerapport

udarbejdet af

Lydia de Lasson

Tommy Midtgaard

Michael Beha

Vejleder: Søren Willert

Lydia de Lasson, studienummer 20100256

Bilag:

Syv fortrolige interviews
(transskription)

Tommy Midtgaard, studienummer 20100584

Spørgeskema med svar

Mundtlig evaluering
(transkription)

Michael Beha, studienummer 20100257

Skriftlig evaluering

Afleveringsdato 10. januar 2012

Opgavens omfang: 245.266 anslag med mellemrum

Indholdsfortegnelse

Side 4: Summary

Side 7: Indledning

Side 7: Problemformulering

Side 7: Baggrunden for det fælles forfatterskab

Side 10: Pilotprojekt med gruppecoaching af læger i speciallæge uddannelse

Side 13: Interviews

Side 15: Spørgeskemaet

Side 16: Oplæg til individuelle tekster

Side 17: LdL's tekst

Hvad har jeg lært om organisationen og hvad har jeg lært om mig selv som forandringsagent?

Side 17: Materiale

Side 17: Metode

Side 18: Karriere, positionering og konkurrence

Side 24: Hvilke mulige interaktioner mellem individ og system blev understøttet af deltagelsen i coaching?

Side 30: Hvad har jeg lært om mig selv som forandringsagent i systemet?

Side 34: Sammenfatning

Side 35: TM's tekst :

Systemets rammeforståelse og indflydelsen af denne på ændringsagentens muligheder for at kommunikere med systemet

Side 36: Doktor, jeg har ondt

Side 38: 7 udviklingstendenser

Side 41: Hvad gør systemet for at imødekomme de nævnte udfordringer

Side 42: Coaching

Side 43: Hvad vi gjorde for at kontakte systemet

Side 44: Årsagen til vi laver undersøgelsen

Side 46: Hvordan tilrettelægge undersøgelsen, med sigte på at få svar på det vi vil vide

Side 46: Hvordan gennemføres undersøgelsen, rent praktisk

Side 47: Hvad kan ellers gå galt

Side 49: Hvad er coaching og hvordan opleves coaching

Side 51: Hvad er vores perspektiv nu på ændringsagentens mulighed for at gøre systemet opmærksom på det behov for coaching, vi ved det har behov for

Side 52: Konklusion

Side 54: MB's tekst:

"Becoming". – at tage det næste skridt

Side 54: Indledning

Side 55: Becoming a ?

Side 57: Menneske i systemverden

Side 62: Et fikspunkt i livet

Side 64: Mødet med systemet

Side 68: Mestringsfærdigheder og overlevelses strategier

Side 72: Kommunikation

Side 73: Sammenfatning og konklusion

Side 75: Sammenfatning

Side 78: Litteratur

Side 80: Artikel LdL

Side 84: Artikel TM

Side 88: Artikel MB

Summary

Coaching doctors

Introduction of coaching for medical doctors, is the subject matter discussed in this text. We are three authors: Lydia de Lasson (LdL), Tommy Midtgaard (TM) and Michael Beha (MB). This summary includes (1) General theme of investigation, (2) Procedures of empirical investigation, and (3) General methodology. (4-6) Each author has written an individual text. (7) Conclusion. Except for the individual texts we have common authorship.

(1)General theme of investigation:

Interaction between the system and the individual in a complex and changing world, with particular reference to the reflected action preparedness of the change agent.

(2)Procedures of empirical investigation

Spring 2011 LdL conducted a pilot project based on group coaching of eight Residents, MDs. Nine sessions were completed between February and June. Individual oral evaluations half way through the process were tape recorded. There was a written evaluation at the end. Seven of the eight participants were interviewed individually three months later. The transcripts of the oral evaluation, the interviews and the written evaluations have served us as empirical data as well as the authors' personal memories of being young doctors.

September 2011 we (the three authors) prepared a questionnaire and sent it to young Resident, MDs . The questionnaire focused on their working conditions as related to educational issues and the social, professional support given to them in the hospitals. The questionnaire was intended to reveal a need for coaching. Our experiences from the questionnaire exercise, form part of the data material.

(3)General methodology:

In our individual texts, selected parts of the transcripts of the interviews are quoted. Selected parts of interviews for quotation were interpreted with due respect to the interview as a whole. At the same time these selected parts extended the understanding of the whole interview. Our main method thus built on the hermeneutic working principle that a part of a text is interpreted according to the meaning (as momentarily understood) of the text as a whole and the interpretation of the text as a whole is founded on interpretation of its parts.

Further description of method is in the individual texts.

(4)LdL's individual writing:

Two main issues are dealt with in this text. First: Organizational description and the effect of group coaching viewed from the perspective of Resident MDs in the process of becoming socialized into the healthcare system. Second: A description of LdL's experiences becoming transformed from the position of medical consultant to the position of change agent followed by a comparison of the demands of medical research and action research.

The experiences from the pilot project (group coaching of Resident MD's) supported our conviction, that there is a need for coaching of doctors. The Residents face tough experiences concerning career, positioning and competition. The competition creates an environment where one keeps up appearances and with distant peer relations. The coaching project seemed to have a constructive effect on participants' relational style. Through their honest contributions they learned that they share feelings of being insecure and struggle with the same problems. They felt relieved knowing that they had common conditions. After the course some of the participants brought more straight talk and brave actions back to their work settings. They acted as change agents. New interactions between the system and the individual had become possible.

LdL's experience of transforming into a change agent may be summarized as follows: Two different demands must be honored by the change agent: (1) To take charge and structure the interaction, in the coaching sessions whilst (2) being more participant-like in matters of common negotiation in the coaching project. When comparing mainstream medical research to action research, the former is meant to be impersonal matter whilst the latter brings the action researcher's personality into play. The action researcher is required to be in contact with her own experience, understanding and suppositions, and bring them into play. The same holds for the doctor in her professional work with patients.

(5)TM's individual writing:

The first part of this text demonstrates that the health system is dependent on second order cybernetics and argues that coaching of doctors may have beneficial effects. In the second part, a strategy for the introduction of coaching is discussed, based on our experience with the questionnaire.

The health system is under transformation due to new demands. Complaints from patients are mainly due to poor communication skills. Patients are well informed and want to negotiate their treatment. Private hospitals are introduced and create customer-patients. The healthcare system has to work more efficiently, meaning that efficient communication between departments is mandatory. Different groups of staff are involved in the treatment of patients and have to negotiate smoothly and be flexible in solving their tasks. The ongoing discussion of priority of treatments is due to limited economic resources. First order cybernetic action was once sufficient but due to factors such as the above mentioned, system participants are now required to act according to second order cybernetics and co-create their interactions with each other and with patients.

In their day-to-day activities, Resident MDs are expected to act as full-blown medical doctors. This puts a strain on them that may be alleviated through coaching.

Our experiences with the questionnaire made us revise our ideas about how to introduce coaching. We suggest that useful strategies in introducing coaching might be an action research or action-learning-consulting strategy or even *underground* working.

(6)MB's individual writing:

The headline of this writing is "Becoming – taking the next step".

There are two parts. First part discusses some conditions of being a human being and leads to the conclusion that coaching may be helpful in sorting out conflicting conditions. Second part illustrates challenging difficulties for doctors in the pilot project.

In the first part of the writing the conditions of being a human being are discussed. All humans have different positions depending on the actual relations, and possible actions – possible next steps – are determined by the expectations connected to the actual position. The context determines what can be said and done, the individual is subject to the ruling discourse. Humans cannot escape from time to time finding themselves in positions with conflicting discourses.

The brain of the human being allows a non-impulsive reaction to stimuli. The response to a stimulus may be delayed and the response may be a reflected one instead of a spontaneous response. Reacting with a reflected instead of a spontaneous response leaves the responder in power. Members of the systems (e.g hospitals) may be endangered if they meet conflicting demands non-reflectively. Another danger is conflict between members reflected response and the official discourse in a system. Coaching may be a beneficial tool in helping humans to define their position and their next steps to be taken.

Young doctors have to find their position in the system. They face a broad variation of difficulties depending on their experiences and habitual ways of interaction with others. Coaching was beneficial in helping them to define new steps.

(7)Common conclusion:

We set out as change agents wanting to implement coaching of doctors in the Danish Health Sector. In this master project and through the writing process, we have adapted ourselves to new conditions a number of times. We have experienced a complex interaction between the healthcare system and us and have revised our ideas about the way to introduce coaching of doctors.

The process has demanded a mental flexibility suitable for an agent of change.

Everything is temporary (subject of change) including the agent of change. The first challenge for agents of change is their willingness to change convictions based on their reflections on practice.

The process of writing up is an obligatory part of the activity of the agent of change. In the writing, the experience may become reorganized and result in the author becoming wiser in unexpected ways.

In coaching the contact to the client or the system is important. The relation to and meeting with coachee is decisive.

Indledning

Temaet for denne opgave er coaching af læger. Opgaven er udarbejdet af Tommy Midtgaard (TM), Michael Beha (MB) og Lydia de Lasson (LdL). De indledende afsnit af opgaven er udformet i fællesskab af de tre forfattere. Dernæst følger tre afsnit med individuelt forfatterskab. Afslutningen og konklusionen er igen udformet i fællesskab.

Oversigt over opgavens indledende afsnit

Problemformuleringen anføres først. Dernæst følger et afsnit om baggrunden for det fælles forfatterskab efterfulgt af forskellige faser i forfatterskabets historie. I dette afsnit gøres rede for, hvordan problemformuleringen blev til. De næste afsnit beskriver et pilotprojekt med gruppecoaching af læger udført af LdL i foråret 2011 og interviews med deltagerne i pilotprojektet tre måneder efter afslutningen. Dernæst redegøres for forløbet med udsendelse af et spørgeskema. Det sidste afsnit lægger op til de individuelle tekster.

Problemformulering

Hvordan kan vi forstå interaktioner mellem systemer og individ i en kompleks foranderlig verden med særlig henblik på ændringsagentens reflekterede handleberedskab.

Baggrunden for det fælles forfatterskab

Vi startede alle tre på MOC i januar 2010. MB og TM skrev eksamensopgave sammen på andet og tredje semester med udgangspunkt i praksis i Akutafdelingen i Randers, hvor TM blev ledende overlæge i august 2010. I forbindelse med de to nævnte eksamensopgaver havde MB konsulentposition. TM havde gennem flere år ønsket at arbejde med supervision af yngre læger og coachede nyuddannede læger i Randers, indtil ledelsesarbejdet tog overhånd. MB er psykoterapeut, har egen klinik og er vant til at håndtere den usikkerhed, der følger med, at man selv skal etablere sit forretningsgrundlag. LdL er overlæge på Skejby og havde undervist yngre læger på obligatoriske kommunikationskurser siden 2005 og meldte sig til MOC for at få formel kvalifikation til at coache læger. Vi bestemte i foråret 2011, at vi ville skrive specialeopgave sammen. Vi var enige om, at coaching af læger måtte have et betydeligt potentiale og var alle tre interesserede i feltet. Processen med mulig indførelse af coaching af læger kunne få meget mere kraft ved at etablere samarbejde om det. Specialeopgaven kunne give os lejlighed til at afprøve samarbejdet. Vi vil gå videre med at fortælle om forskellige faser i forfatterskabets historie.

Forskellige faser i forfatterskabets historie

Vi har gennemlevet flere faser og givet dem navne. Den efterfølgende historie er baseret på hukommelse samt de referater vi løbende tog af vores vejledningsmøder med Søren Willert (SW).

Produktionsplanlæggernes fase varede fra august til nogle uger ind i september. De forestillinger om specialeopgaven, vi havde delt med hinanden inden sommerferien 2011, var, at vi ville sende et spørgeskema ud til læger i hoveduddannelse i Region Midt vedrørende betydende problemstillinger for lægerne. Svarene skulle helst munde ud i en solid dokumentation af, at læger i hoveduddannelse havde brug for coaching. Med dette i hånden ville vi så interviewe ledende overlæger og uddannelsesansvarlige overlæger om deres kendskab til problemstillingerne i den hensigt, at disse skulle se behovet for og støtte etablering af coaching af læger. Specialeopgaven ville være kronen på værket med en fuld argumentation for indføring af coaching af yngre læger. Den 16. august mødtes vi tre og gav hinanden håndslag på at overholde en detaljeret tidsplan for løsningen af opgaverne i forbindelse med specialeskrivningen.

19. august havde vi vejledningsmøde hos SW. Vi var lidt stressede af, at der inden for 4½ måned skulle udarbejdes et perfekt spørgeskema, det skulle sendes ud, vi skulle have mange svar, foretage interviews med ledere og skrive specialeopgave. SW talte os ned til i stedet at gøre projektet til en proces med at udforme et spørgeskema og sende det til en testpopulation og spørge respondenterne om hjælp til at udforme et godt spørgeskema, for eksempel i form af spørgsmål i retning af "Hvis man skal indfange de særlige ting for jer – hvad skal man så spørge om"? Når vi med masterprojektet havde udformet et godt spørgeskema, kunne vi sende det ud til en stor gruppe læger efter afslutningen af masteren.

Læger under uddannelse inden for de kirurgiske specialer havde ikke vist interesse for coaching i forbindelse med pilotprojektet. De otte deltagere i pilotprojektet var alle at betragte som læger inden for medicinske specialer (se venligst afsnittet om pilotprojektet), og det var således hovedsagelig problemstillinger fra den medicinske verden, pilotprojektet havde belyst. Vores forestillinger om den kirurgiske kultur fik os til at antage, at de medicinske læger ville være mere interesserede i emner som coaching og samtale om arbejds – og uddannelsesvilkår. Desuden forestillede vi os, at de kirurgiske læger måske ikke ville svare i så høj grad som medicinerne, selv om vi antog, at betingelserne var ringere – og coachingbehovet derfor større - for læger under uddannelse i de kirurgiske afdelinger. Måske var den medicinske og den kirurgiske kultur forskellige. Vi sigtede således efter at få svar fra 20 kirurgiske og 20 medicinske læger i den hensigt at undersøge, om fordelingen af svar fra de to grupper af læger kunne stamme fra samme population. Det var en lettelse, at vores projekt nu var reduceret til et forsøg på at udarbejde et godt spørgeskema.

Det var planlagt, at deltagerne i pilotprojektet med gruppecoaching, skulle interviewes tre måneder efter forløbets afslutning. Interviewene skulle blandt andet belyse, hvordan coaching kunne være hjælpsomt. Allerede lidt inde i september begyndte produktionsplanlæggerne at mærke næste fase.

Gnavende orm fasen varede nogle uger. Spørgeskemaet blev udarbejdet i løbet af september. Vi valgte en skabelon anvendt i arbejdsklimaundersøgelser i Århus Amt. Hvor mange skulle vi så sende skemaet til? Det var næsten det værste spørgsmål. Selv på en god dag var det ikke muligt at forestille sig en svarprocent over 50 til 60, og det lå lige for at forestille sig en svarprocent under 40. Læger kan have let ved at finde delete knappen, når der bliver skimmet mails. Hvad kunne vi konkludere, hvis kun hver tredje svarede? Hvis svarprocenten blev så lav på vores testskema, ville det så overhovedet være en vej frem efterfølgende at sende det ud til en stor gruppe? Og selv en pæn svarprocent ville jo ikke skabe en specialeopgave. Sidste

uge i september blev spørgeskemaet så sendt ud til 58 kirurger og 60 medicinere. Gnavende orm var blevet til etableret tvivl.

Næste fase var vi *tvivlerne*. Og den fase var langvarig. Deadline for svar på spørgeskemaet var sat til 14. oktober. Vi havde et kort vejledermøde på MOC den 6. oktober, hvor der var indkommet 22 svar. Vi besluttede at udsende reminder og havde ved deadline fået svar fra i alt 16 medicinere og 23 kirurger. Vi fik svarene systematiseret og syntes ikke, det gav ret meget. Der var ikke så mange svar, at vi kunne foretage den planlagte statistiske analyse. Hvorfor havde vi egentlig valgt at stille de spørgsmål, vi havde stillet? Svaret lå ikke lige for. Og i ledsagebrevet til lægerne havde vi ikke været klare i mælet og fortalt om, at vi huskede vores egen tid som yngre læger og nu var i gang med en master med den hensigt at etablere coaching. Vi havde i stedet skrevet, at vi ville undersøge lægernes vilkår for arbejde og uddannelse. Havde vi været bekymrede for at påvirke respondenterne og helt glemt at reflektere, være gennemsigtige, i vores iver for at producere? Havde vi ligget under for vores lægelige kultur og ageret i overensstemmelse med den (undersøgelser skal laves, så de ikke påvirker undersøgelsesfeltet, de skal være godt designede, og når de er det og bruger sikre metoder, får du sikre svar) snarere end at udøve forandringsagent virksomhed?

I den næste fase var vi de *identitetsløse*. Der var nyt vejledermøde 27. oktober. Vi havde ikke fået det svar, vi forestillede os på vores spørgeskema – sagde det noget om sagen eller noget om vores metodik? Vi havde gjort noget men uden at få kontakt med systemet. Hvordan kunne vi kommunikere med systemet? To af os levede i det hver dag og var ikke lykkedes med at skabe kontakt. Ville vi få noget ud af at forsøge at tage kontakt en gang til? Skulle vi skifte kurs og følge Sørensen femte bud: Enten har vi programmet som arbejdsgrundlag – så producerer vi. Eller også har vi modstanden mod programmet som arbejdsgrundlag – så har vi mulighed for at blive klogere på produktionsbetingelserne (Willert, upubliceret materiale). Hvad kunne vi lære af vores forsøg på at være forandringsagenter? Hvordan kan fornyelse føres ind i et system? Måske vi skulle muldvarpe, introducere coaching som en nicheproduktion. Følge Lewin og gå den mindste modstands vej. Vi var talt varme, da vi gik fra vejledningen, men var allerede afkølede inden vi kom hjem. Det spillede ikke. Vi havde ikke et fokus for vores undersøgelsesarbejde.

Kort vejledermøde den 3. november på MOC: Vi havde forberedt os med at forsøge hver især at formulere en problemformulering og refererede på mødet, hvad vi havde talt om. Vores gode vejleder sagde: "Min karakteristik af det jeg hører: Jeg bliver mindet om de glade studentermarxistiske dage, hvor det gjaldt om at befri arbejderne. Det endte altid med teoretisk analyse af samfundsforhold". Vi var noget flade. Det mandede ud i en foreløbig problemformulering: "Hvordan kan vi forstå interaktioner mellem systemer og individ i en kompleks foranderlig verden med særlig henblik på ændringsagentens reflekterede handleberedskab". Vi måtte fokusere på at blive mere reflekterede aktører ud fra det, vi havde oplevet. Tiden gik, og det begyndte det at brænde under os.

21. november var der igen vejledermøde, og vi blev *de måske troende*. I vores forberedelse til mødet havde vi tegnet et visuelt stillads med to systemer uden kommunikation imellem. Det ene system var sundhedssystemet med gennemgang af yngre læger under uddannelse til speciallæger og nogle overlæger, der havde faste jobs. Det andet system var vi tre forandringsagenter. Og så var der det imellem de to systemer: Den ikke eksisterende kontakt. SW interviewede og spurgte os hver især: "Hvad fik du ud af det – du har lært systemet bedre at kende og lært dig selv bedre at kende. Hvilke historier har du lyst til at fortælle"? TM havde lyst til at skrive om et system, som har behov for coaching, uden at systemet selv er

klar over det, at fokusere på kontakten mellem de to systemer. MB var optaget af, hvad der skulle til for at blive en god forandringsagent, at blive handledygtig, at lære at switche mellem at producere og blive klogere. LdL var optaget sin egen transformation fra overlæge i systemet til forandringsagent. Der viste sig en slags mosaik med tre forskellige fortællinger: MB kunne skrive om systemet af vi tre forandringsagenter, TM om kontakten mellem de to systemer og LdL om, hvordan en person, der er blevet socialiseret som overlæge i det system, kan blive til en forandringsagent i systemet.

I løbet af de næste fjorten dage viste det sig, at MB's og TM's dele af opgaven krævede en udvidelse af ovenstående opfattelse. I stedet er det blevet til, at vi alle tre beskriver systemet fra hver vores perspektiv. LdL's perspektiv er således socialiseringen af læger under uddannelse til speciallæger. TM fokuserer på opgaverne, lægerne skal løse i systemet og systemets behov for coaching. MB forholder sig til, hvordan det at være menneske forenes med vilkårene i den professionelle rolle, og hvordan coaching kan være et bidrag til at den enkelte mere reflekteret fylder sin rolle i systemet. Vi var blevet til de *måske egnede*.

De foregående sider belyser, at vi fik etableret en gruppekultur. Vi formulerede hver især, hvor vi stod, når vi mødtes. Det betød, at de forskellige faser blev meget tydelige for os, hvilket vi har forsøgt at beskrive i ovenstående ved at tilskrive os en foreløbig identitet i hver fase. Vi havde gentagne gange overvejelser om, hvilket domæne vi befandt os i og vores nærmest refleksagtige trang til at gå i produktionens domæne. De sidste måneder har givet os en konkret erfaring i at leve i forandringsagentens verden, hvor processen hele tiden rettes til i forhold til, hvad samspillet med omverdenen giver mulighed for.

Pilotprojekt med gruppecoaching af læger i speciallæge uddannelse

Først omtales etableringen af pilotprojektet og efterfølgende er der et kort afsnit om lægekultur, som ikke fik opmærksomhed i LdL's del af opgaven. Nærværende afsnit om lægekultur er taget med for at tilføje yderligere en facet af kulturen, som understøtter argumentet for indførelse af coaching til læger.

Etablering af pilotprojektet

I foråret 2011 var Lydia de Lasson (LdL) initiativtager til et pilotprojekt med gruppecoaching af læger under uddannelse til speciallæge. Forløbet blev gennemført i samarbejde med konsulent EJ, som arbejder med supervision og med at uddanne supervisorer i sundhedssektoren (hovedsagelig plejesektoren). EJ og LdL havde tidligere sammen undervist læger i kommunikation.

Projektet var sponsoreret af en pulje med midler øremærket til at fremme kvaliteten i yngre lægers uddannelse. Vi havde et forskningsperspektiv på forløbet, dels begrundet i at det var en forudsætning for bevillingen, dels fordi vi havde brug for sammen med deltagerne at blive klogere på, hvad gruppe-coaching af læger kan indebære og endelig skabte det data til LdL's semesteropgaver på MOC.

Forløbet strakte sig fra primo februar til ultimo juni og bestod af to hele dage mellem hvilke der var tre seancer á to timer. Efter den anden hele dag var der igen tre seancer á to timer og endelig en afsluttende evaluering på fire timer. Gruppen mødtes med to til tre ugers interval.

Invitationen til gruppecoaching tematiserede indholdet i coachingen: "Coachingen tager udgangspunkt i emner, som gruppens medlemmer er optaget af, det kunne for eksempel være patientforløb, der har bidt

sig fast i hukommelsen, belastende samarbejdsrelationer eller overvejelser vedrørende karriere. Gruppen er et fortroligt kollegialt forum, hvor medlemmerne får erfaringer med at coache hinanden i gruppesammenhæng og lægger op til, at gruppen kan fortsætte som selvkørende netværksgruppe efter nedennævnte forløb”.

Temaerne nævnt i invitationen var valgt ud fra, hvad vi troede ville være relevante emner og for at give en indikation af, hvilket felt vi ville bevæge os i. Det var en invitation til at tale om lægernes mestring af deres professionelle rolle i højere grad end at fokusere på den faglige rolle som medicinsk ekspert. Vi opstillede mål med coachingen, og disse var:

”At fremme den enkeltes læring i arbejdsrelaterede problemstillinger med henblik på øget personlig handlekapacitet

At fremme den enkeltes refleksion over sit samspil med andre (patienter og samarbejdspartnere) samt refleksion over egne evner og kunnen, således at karriereudviklingen fremmes

At støtte dannelsen og betydningen af netværk”.

Der meldte sig mere end dobbelt så mange, som de seks til otte deltagere, vi stilede efter at inkludere. Og det var overvejende kvinder. En del var i PhD forløb og nogen på vej på barsel. Vi valgte at prioritere klinisk arbejdende læger, og det faldt sige sådan, at gruppen kom til at bestå af seks læger fra forskellige medicinske specialer (fem kvinder og en mand) samt to læger (en mand og en kvinde) som var under uddannelse til at blive alment praktiserende læger og aktuelt var i en seks måneders ansættelse i gynækologisk afdeling. Det at acceptere to fra gynækologisk afdeling var begrundet i, at så kunne vi få to mænd med i gruppen. Vi anså det for vigtigt at der var mænd med i gruppen i det perspektiv, at det ville være en meget forskellig situation at sidde og diskutere den fagprofessionelle rolle i en gruppe uden mænd og i en gruppe med mandlig deltagelse. Med lægerollen som traditionel mandlig rolle ville vi komme til at savne det maskuline islæt i en ren kvindeggruppe.

Gruppen repræsenterede den medicinske forståelse af lægefaget og lægekulturen i kraft af dens sammensætning af seks medicinske læger og to under uddannelse til almen praksis.

Lægernes opfattelse af lægekultur

I løbet af sessionerne dannede der sig et billede af, hvordan lægerne opfatter deres arbejdsvilkår og den lægelige kultur: Der var eksempler på, at den gammeldags morgenkonference lever endnu i enkelte afdelinger. Det indebærer, at overlægerne kan have faste pladser og er positioneret omkring bordet i forhold til deres plads i hierarkiet. En ledende overlæge kan stadig styre ganske håndfast i kraft af temperament og viljen til at anvende magt. Morgenkonferencer med vagtoverlevering, hvor vagthavendes dispositioner forrige aften og nat bliver mødt med kritik og belæring er stadig almindelige, og der bliver ikke spurgt til baggrunden for trufne dispositioner i vagten. Der er ofte ingen eller kun ringe anerkendelse i forhold til indsatsen under vagten. Mange af dem var i tvivl om, hvorvidt de kunne tillade sig at være læge på deres måde, et par af dem havde overvejet at forlade lægefaget. Flere var bekymrede for ikke at gøre det godt nok. Mange stillede meget høje krav til sig selv. Lægerne opfattede sig selv som nogen, der

arbejdede meget alene og stod meget alene. Det kunne være svært for dem at vurdere, hvilke arbejdsopgaver, de var forventet at stå alene med.

Interviews

Alle lægerne i pilotprojektet accepterede at lade sig interviewe tre måneder efter forløbets afslutning. EJ og LdL valgte, at EJ skulle interviewe. Vi var enige om, at der var mere frirum for de interviewede ved at blive interviewet af EJ, som i mindre grad repræsenterede "systemet" end LdL. EJ så spørgeskemaet, vi (TM, MB og LdL) var på vej til at sende ud til en testpopulation af læger under uddannelse til speciallæger, og vi (EJ og LdL) afstemte temaerne for interviewene, som var semi-strukturerede.

Interviewene fandt sted i anden halvdel af september og forelå på bånd. Der blev syv interviews. Den ottende læge gav tilsagn men vendte ikke tilbage til os, og vi valgte ikke at presse ham. Mens LdL arbejdede med at strukturere svarene på spørgeskemaet, transkriberede TM og MB båndene.

Vi gav de interviewede rollebetegnelser ud fra det personrids, der tegnede sig i interviewene. Personridset har summarisk form, hvorfor normale grammatiske regler ikke er overholdt. Personridsene udbygges senere i opgaven i forbindelse med, at der anvendes citater fra de enkelte interviews.

"Moderen"

Troede ikke på egen facon (skulle være som mandlige læger), lærte at bruge den bløde omsorgsfulde side. Tynget af ansvaret i starten ("var ved at brække mig af angst i begyndelsen"). Var vant til at vinde autoritet ved at blive kendt. "Man må ikke fremstå dum eller inkompetent eller uvidende". Finder det pinligt at hun selv er karrieremæssigt uafklaret. Ser en udtalt konkurrence og positionering mellem læger i hoveduddannelse. Det kniber med kvindelige forbilleder. Der er mandlige – for år tilbage var det de hurtige, selvsikre. Det er det ikke længere, efter hendes egen faglige sikkerhed er steget.

Glad for anerkendelsen i coachingen, anvender den. Glad for at have prøvet at lufte sine svagheder i et forum og mødt anerkendelse i stedet for nedgørelse. Er begyndt at tale med kollegerne i afdelingen om egen usikkerhed omkring karriere og konkurrence, oplever at de andre har det på samme måde.

Havner uvægerligt i et konkurrencefelt. Er TR og påtager sig på kollegernes vegne at gøre op med urimelige arbejdsforhold, mener ikke de yngre kolleger skal have samme mentale knubs som hun selv fik: Man skal arbejde på at ændre det, man er utilfreds med. Er Forandringsagent.

"Frontløberen"

Kæmper for at lave det om, der ikke duer. Er Forandringsagent. Brugte coachingen til at rydde op i nældeerne: Havde en konflikt med ledende overlæge og skulle skrive evaluering af sit ophold i afdelingen, håndterede konflikten professionelt. Lærte at konflikter kan gradueres. Fik talt med den læge, der havde en belastende rolle i forbindelse med faderens død med dennes ledende overlæge som mellemmand. Tillidsmand. Mange mentorer i frontløberens liv: Vejleder på PhD og hendes far, som også var læge, var hendes mentorer, hun selv mentor. Vejlederen (PhD) var klog og dygtig og havde stort netværk af kontakter, der kunne bruges, og han var generøs med sin tid. Frontløberen er med tydelig personprofil:

Ligefrem og direkte, glad for at kunne være sig selv nu. Stolt af hvad hun har lavet. Man skal opføre sig ordentligt. Kan lide at bestemme. Vil gerne have det lidt sjovt.

"Skuespilleren"

Føler at det er nødvendigt at være en god skuespiller, når man er læge for at indgyde ro og tillid i situationer, hvor man selv er usikker. Virkelig barsk start på arbejdslivet med fornemmelse af stort ansvar for beslutninger. Senere meget aktiv og langt fremme i skoene fagligt og skrev PhD i ambitiøst, konkurrencepræget miljø. Havde et sammenstød med en betydende kollega. Fik arbejdsbetinget stress, som sammen med brors død gav anledning til en depression.

Er ikke længere villig til at køre en rolle og give indtryk af noget, som måske ikke er tilfældet. Tager tingene op, siger sin mening. På vej til at gøre op med skuespilleren. Er i tvivl om sin kompetence efter sammenstødet med kollegaen. Coaching en eye-opener i forhold til forskellighed kollegerne imellem.

"Perfektionisten"

En læge, der er opflasket med konkurrence og ikke længere orker det, har forladt en afdeling af den grund. Vælger hvilke kompetencer hun gerne skal opnå og forsøger på at opnå dem. Der må ikke være kritik af hendes arbejde, fordi det skal være i orden. Kan ikke tåle at føle sig kritiseret, mener hun ville være nødt til at stoppe med at arbejde som læge, hvis hun fik en klagesag og havde lavet fejl. Hendes patienter er hendes børn.

Er begyndt at gøre noget nyt efter coachingen. Er lige begyndt at sige "jeg bliver ked af det du siger her". Har aldrig før været et åbent menneske og talt om sine problemer til nogen som helst overhovedet. Første gang hun gjorde det var på coaching. Det var første gang, hun snakkede om en betydende hændelse med en sygeplejerske på skadestuen som mente, hun havde lavet noget forkert.

"Filosoffen"

Arbejdet som sådant tynger ikke, men ansvaret tynger. Der var usikkerhed ved at træde ind i lægerollen, den var ikke indøvet. Grublede over tingene, usikkerheden, svært at skelne mellem bagateller og småting. Følte at stå alene og fandt mentor. Mentoren i filosofiens første år som læge sparrede og afhjalp katastrofetanker. Funderer over gruppedynamik, hvor supermænd bruger andres usikkerhed til selv at fremstå sikre.

Eftertænksom: Kan ræsonnere over samspeilet med sygeplejerskerne – de kan være harske ved usikre læger. Barsk tid for nye, usikre læger. Ræsonnerer over den lægelige identitet, den bliver påduttet lige fra starten. Man bliver uddannet til lægevidenskab – ikke til læge. Det lægefaglige fællesskab kommer først senere. Opfatter ikke konkurrence mellem lægekolleger. Er blevet bedre til at håndtere konflikter, sorterer i hvilke han selv har del i og hvilke der er uundgåelige.

”Psykiateren”

Let liv som studerende. Virkelig vanskelig start på arbejdslivet som læge. Savnede støtte og opbakning. Mødte ældre kolleger, der ikke ville hjælpe. Ville ikke være psykiater, indtil en ledende overlæge sagde, at det ville passe godt til hende, og hun havde en fantastisk oplevelse af at være tilpas i en gerontopsykiatrisk afdeling. Er ikke til akut arbejde og hurtige beslutninger. Vagterne en ulidelig belastning. Det handlede måske ikke så meget om vagterne men mere om noget mere dybtgående i psykiaterens personlighed/historie. Var belastet af ekstremt høje forventninger til sig selv, som aldrig ville kunne indfries i forbindelse med at have vagt. Er på vej til at forsøge at reducere kravene. Velbefindende nu, har position fagligt, begår sig godt i organisationen: Holder altid sine aftaler. Forsøger at tage godt mod yngre kolleger og hjælpe dem.

”Praktikeren”

God start på lægelivet i kirurgien, kunne umiddelbart arbejde selvstændig. Det praktiske lå godt for praktikeren. Medicin var mere kompliceret, men praktikeren praktiske tilgang til lægerollen gjorde, at arbejdet blev udnyttet til daglig læring. Praktikeren var sig sin egen kunnen bevidst og ønskede ikke en bagvægtsrolle på et tidspunkt, hvor hun ikke var klar til det.

Optaget af godt samarbejde under alle forhold, prioriterer vigtigheden af at opføre sig ordentligt og styrke gode kollegiale relationer. Var selv pårørende på et tidspunkt og brugte erfaringerne derfra til at reflektere over sin egen lægerolle.

Spørgeskemaet

Skabelonen til spørgeskemaet lånte vi fra et spørgeskema anvendt i Aarhus Amt og senere Region Midt til arbejdsklimaundersøgelser på sygehusafdelingerne. Spørgsmålene var udformet som udsagn som den adspurgte blev bedt om at forholde sig til og vælge et svar blandt kategorierne ”Ja, i høj grad”, ”Ja, i nogen grad”, ”Nej, kun i mindre grad eller ”Nej, slet ikke”. Desuden blev de adspurgte bedt om at vægte vigtigheden af spørgsmålet på en skala fra nul til ti, hvor nul var fuldstændig uvæsentligt og ti meget vigtigt.

Vores test spørgeskema indeholdt 52 spørgsmål inspireret af problemstillinger hos deltagerne i pilotprojektet med gruppecoaching: Seks spørgsmål inden for emnet karriere, otte i emnet læring, syv indenfor hver af emnerne lægekultur, kollegiale relationer, samarbejde, samarbejdskonflikter og endelig ti spørgsmål under overskriften personfagligt.

I ledsagebrevet skrev vi: ”Vores ambition med specialet er at udvikle et spørgeskema, som grundigt belyser vilkår for arbejde og uddannelse for læger i hoveduddannelse. Det er vores plan efterfølgende at sende det udviklede spørgeskema ud til en større gruppe læger i hoveduddannelse. Vi håber du vil hjælpe os og besvare spørgeskemaet. Besvarelsenerne er anonyme og behandles fortroligt”. På sidste side af spørgeskemaet var der inviteret til i fri tekst at forholde sig til følgende: ”Som sagt indledningsvist vil vi

bruge vores specialeopgave til udvikling af et optimalt spørgeskema. Giver din besvarelse af dette skema dig anledning til gode råd eller kommentarer i den sammenhæng?" Skemaet blev sendt ud per mail til hver enkelt med ledsagemail stilet til den enkelte.

Svarene på spørgeskemaet gav ikke nogen retning. Der var dog to spørgsmål, hvis svar pegede i retning af et behov for coaching: 69 % ville (i høj grad eller i nogen grad) gerne deltage i en gruppe af ligestillede for at få kollegial sparring. Til udsagnet " Der iværksættes altid debriefing efter belastende episoder i forhold til patienter/pårørende" svarede 58 % "Nej, kun i mindre grad eller slet ikke".

Oplæg til individuelle tekster

Som optakt til vore individuelle tekster vil vi begrunde rækkefølgen og kort introducere det overordnede indhold. Rækkefølgen er sådan, at først kommer LdL's tekst og herefter TM's og til slut MB's tekst. Rækkefølgen afspejler, at LdL beskriver lægernes socialisering ind i den fagprofessionelle verden, TM beskriver hvilke opgaver sundhedsvæsenet skal løse og dermed forventningerne til lægerne. MB beskriver det menneskelige aspekt i at skulle udfylde sådanne roller. I princippet bliver systemet således beskrevet som en mosaik fra tre forskellige perspektiver. I forlængelse af dette har vi valgt at vedkende os vore forskellige skrivemåder og kun tilrette det overordnede layout.

Hvad har jeg lært om organisationen og hvad har jeg lært om mig selv som forandringsagent?

Tekst: Lydia de Lasson

Hensigten i denne del af opgaven er at beskrive, hvad jeg (LdL) har lært om organisationen, jævnfør problemformuleringens første halvdel: "Hvordan kan vi forstå interaktioner mellem systemer og individ i en kompleks foranderlig verden", og hvad jeg har lært om mig selv som forandringsagent, jvf. problemformuleringens anden halvdel: "Med særlig henblik på ændringsagentens reflekterede handleberedskab". Individene, der refereres til i dette afsnit, er yngre læger under uddannelse til speciallæger. Denne del af opgaven er inddelt i forskellige afsnit med materiale efterfulgt af metode. Så følger et afsnit om karriere, positionering og konkurrence i organisationen, og hvad coaching kan betyde for interaktioner mellem individ og system. Dernæst et afsnit om, hvad jeg har lært om mig selv som forandringsagent. I det afsnit er der også inkluderet et afsnit om forskerposition i den medicinske verden kontra aktionsforskerens verden. Afslutningsvis opsummeres og konkluderes.

Materiale:

De data, der ligger til grund for afsnittet om, hvad jeg har lært om organisationen, er:

- udskrift af båndoptagelser fra den mundtlige midtvejsevaluering i plenum (af pilotprojektet)
- den skriftlige slutevaluering af pilotprojektet
- udskrift af interviews tre måneder efter pilotprojektets afslutning, hvor syv af de otte deltagere blev interviewet samt
- mine egne erindringer fra mit professionelle liv

Data til grund for afsnittet om, hvad jeg har lært om mig selv som forandringsagent, er

- min beskrivelse af arbejdsmetoden i forbindelse med gruppe-coaching
- mine erfaringer med og mine refleksioner over min rolle som coach og aktionsforsker

Metode:

Jeg har hørt samtlige interviews på bånd og læst udskrifterne. Udvælgelsen af de passager, der er citeret fra de forskellige interviews, er efter min bedste overbevisning sket i loyalitet over for det enkelte interview som helhed. Samtidig har de enkelte passager bidraget til forståelsen af hele interviewet.

Meningsfortolkningen af interviewene følger således det hermeneutiske tekstfortolkningsprincip om at forstå enkeltdelen ud fra helheden og helheden ud fra enkeltdelen. Mine egne erindringer kan ses som en slags selv-interview: De temaer, de unge læger har taget frem har aktiveret erindringer hos mig selv. Interviews og mine egne erindringer får således vidnestatus i forhold til at skabe en fortælling om lægekulturen.

I læsningen af evalueringer og interviews har jeg skønnet, hvad der var de vigtigste budskaber i disse, og budskaberne er blevet til temaer i den efterfølgende tekst. Data har således givet anledning til at bruge induktiv metode til at slå temaer an. Der er også anvendt deduktiv metode, da passager fra interviewene er taget ind til belysning af det tema, et afsnit omhandlede. Efter hvert enkelt citat har jeg kondenseret dets mening for at tydeliggøre betydningen for den videre meningsskabelse (Kvale, 2009). Dette induktive/deduktive vekselspil kan beskrives ved hjælp af den hermeneutiske cirkel/erkendelsesspiral, hvor man begynder i en del af teksten og forsøger at sætte denne i sammenhæng med helheden, som derved ses i nyt perspektiv, hvorefter man igen kan studere en del og så videre. Ved at alternere mellem fokus på del og helhed skabes en dybere forståelse af begge (Alvesson, 2008).

Det trilaterale sandhedsbegreb (Alvesson, 2008) giver mening i en sådan proces: Teoriers sandhedsstrategier afbildes i form af en ligesidet trekant med siderne korrespondens, mening og anvendelse. Det vil sige, at en teori kan plottes ind i trekanten i henhold til i hvor høj grad dens sandhedsstrategi er repræsenteret ved korrespondens, mening eller anvendelse. Hvis noget giver mening for mig men hverken korresponderer med virkeligheden eller kan anvendes, får det karakter af en hobby, der næppe bør bruges for meget tid på. Hvis noget er anvendeligt og også korresponderer med virkeligheden men ikke giver mening, er det svært at lægge meget energi i at forfølge det. Hvis noget har fuldstændig korrespondens men hverken giver mening eller kan anvendes, vil betydningen heraf blive meget begrænset. Når den erkendelse, jeg mener at være kommet til i løbet af de næste sider, føles som at have lært noget, tror jeg det skyldes, at det er afstemt med virkeligheden (interviewudsagnene og de erfaringer, de videregiver, er ikke opfundet af mig), at det giver mening (jeg føler mig personlig hjemme i den fænomenverden, jeg beskriver), og at det kan anvendes (jeg tror mine beskrivelser og refleksioner kan være konstruktivt handlingsinspirerende i forhold til de faglige intentioner, der har motiveret til udarbejdelsen af dette masterprojekt).

Karriere, positionering og konkurrence

I dette afsnit vil jeg give nogle eksempler på, hvordan forholdene konkret har været vedrørende karriere, positionering og konkurrence med henblik på at beskrive lægekulturen i det perspektiv, at der er et behov for coaching af læger under uddannelse til speciallæger. Eksemplerne stammer både fra pilotprojektet, fra interviewene og fra mit eget liv.

Kravet om uddannelse til speciallæge lægger et særligt skær over lægernes postgraduate liv, hvad enten ønsket er at specialisere med henblik på almen praksis eller i et af de mange specialer. Årsagerne til at vælge almen praksis kan være mange, interesse for faget i bedste fald men for en dels vedkommende også frihed for stærk konkurrence og mindre krav om forskning samt den mulighed, der ligger i at blive herre i eget hus. Vejen til en attraktiv stilling som overlæge på et universitetshospital kommer til at indebære nogle overvejelser om karriere, og langt de fleste vil også skulle forholde sig til konkurrence og positionering.

I det næste vil jeg belyse hvilke konsekvenser konkurrencen og positioneringen kan have for den enkelte læge, for de kollegiale relationer og for miljøet i afdelingerne.

Konsekvenser for den enkelte læge:

Perfektionisten siger:

I: Kan du give nogle eksempler på det hvor du sådan er stødt ind i det der konkurrence hvordan

F: F.eks. jeg har været på hjertekirurgisk afd.

I: Ja

F: i Skejby og jeg ved de har været så glade for mig og jeg har været sådan lidt glad for men ikke så meget, fordi når jeg ser de har konkurrence så

I: Ja

F: (tegn med hånd over hals) alle de her

I: Hvordan gør det, hvad, hvordan

F: Jamen jeg sagde op, jeg vil ikk ha dem

I: Nej okay

F: Jeg sagde jeg ved at det ikk mig her

I: Nej

F:Jeg vil ikk

I: Men lidt mere, hvordan, hvad konkurrerer folk om

F: De vil konkurrerer hvem assisterer den overlæge og hvem lære den her operation og få den anden operation

I:Okay

F: Hvem kan lære det her så hurtigt og hvem kan få chance for at assisterer

Perfektionisten har hele sit liv været underlagt hård konkurrence. Hun kommer fra en familie med tradition for høj uddannelse, stor konkurrence og benhårde krav hele vejen igennem i skolesystemet. Hun har tilsyneladende fået nok, og i sit møde med hård konkurrence på hjertekirurgisk afdeling på Skejby har hun gjort op med sig selv. Hun ville ikke deltage i konkurrencen om, hvem der kunne mase sig i forreste række til at assistere ved operationer og få mest lejlighed til at lære at operere. Som det fremgår andetsteds i interviewet var hun klar i mælet og meddelte den ledende overlæge, at det var konkurrencen i afdelingen, der gjorde at hun valgte den fra.

Skuespilleren havde også skiftet speciale:

I: Altså jeg har hørt fra flere af dem jeg har interviewet, som synes det er et meget konkurrerende system at være i. Hvordan har det været for dig? Er det en del af det der med skuespiller eller hvad? Eller har du oplevet det anderledes?

F: Øhm ..nej, men det er nok rigtig nok. Altså da jeg var i (specialenavnet fjernet af hensyn til anonymitet (LdL)), da var det meget øhm, altså der brugte jeg enormt meget krudt på at være fremme i skoene .. øh .. og begå sig og sådan noget .., men jeg har trukket lidt i land igen, ikke fordi jeg ikke vil begå mig, men jeg vil ikke køre en eller anden rolle og give indtryk af noget som jeg måske ikke kan blive ved med at være. Så jeg vil ikke arbejde 70 timer om ugen og så tror folk at det er sådan en jeg er og det er jeg ikke. Og det gælder også på det personlige plan, jeg vil ikke gå og stryge nogen med hårene.

I: Så på den måde kan man sige at du har forladt noget af skuespillerpositionen og blevet dig selv.

F: Ja.

I: Har du egentlig valgt speciale ud fra det også?

F: Ja.

I: for det er jo interessant. Det er der jo flere der åbenbart gør der vælger speciale ud fra om man kan finde sig selv ind i det speciale.

F: Ja om specialet passer en og om man passer ind i det, så..

Skuespilleren havde skrevet PhD i et speciale, som hun valgte at forlade efter en personkonflikt med en ældre betydende kollega. I en meget konkurrencepræget afdeling skulle hun være helt fremme i skoene og arbejde langt mere, end hun ville kunne gøre på langt sigt. Hun ønskede ikke at forblive i rollen og valgte at træde ud af den og gå ind i et andet speciale og undersøge, om specialet passede til hende og hun til det. Det viste sig heldigvis at være tilfældet.

I de to ovenstående eksempler var konkurrencen en væsentlig faktor for betydende valg. Den først omtalte læge var nødt til at fravælge et speciale på grund af konkurrencen, selv om afdelingen var glade for hende. I det andet eksempel med skuespilleren, der holdt op med at være skuespiller, gav konflikten, konkurrencen og det medfølgende arbejdspress anledning til en stress-udløst depression i forbindelse med en brors død, og det kostede muligheden for at forblive i et speciale, der formentlig stod lægens hjerte meget nært. Konkurrencen kan have voldsomme følger for den enkelte læge. For mit eget vedkommende var konkurrencen en betydende faktor i at søge udenlandsk speciallæge uddannelse:

Da jeg blev cand. med. i 1982 var der en stor overproduktion af læger, og mange fra årgangene der omkring tog til Norge eller Sverige for at blive speciallæger. Der var ikke noget match mellem antallet af nye kandidater og antallet af uddannelsesstillinger til speciallæge. Konkurrencen om stillingerne i Danmark var så stor, at hvis man skulle opnå stilling i speciallæge uddannelse i Danmark dengang krævede det, at man havde publiceret adskillige forskningsartikler i løbet af sine første arbejdsår. Set med mit perspektiv dengang virkede det helt usandsynligt, at der kunne være nogen særlig høj faglig kvalitet i undersøgelser udført af relativt uerfarne læger, der arbejdede på fuld tid og forskede ved siden af. For mit vedkommende førte det til, at jeg fik arbejde i England efter at være blevet klar over, at jeg ville være anæstesiolog. Det var tillokkende, efter at jeg havde været U-landsfrivillig i Bangladesh fra foråret 1979 til efteråret 1980 og havde stiftet bekendtskab med at arbejde i udlandet og begå mig på engelsk i et land i det gamle imperium. Så i august 1985 pakkede jeg min nyindkøbte bil på grænseplader og kørte til Bristol i England med henblik på at blive engelsk speciallæge i anæstesi. Resten af mine ejendele var opmagasineret. Det var et kulturchok. I England arbejdede man 75-80 timer om ugen og læste til eksamen i fritiden. De tre engelske eksamener man skal igennem for at blive specialist bestod hver af 3-5 skriftlige og mundtlige deleksamener. Det, som var yderligere chokerende, var relationerne mellem ældre og yngre læger. Som ung læge tilbragte man som et led i uddannelsen en tredjedel af arbejdstiden med at bedøve sammen med en overlæge eller en meget erfaren speciallæge. Hvis en patient var fuldstændig stabil under en langvarig operation, kunne man godt sidde og tale sammen noget af tiden. Flere af overlægerne var eksaminatorer ved eksamenerne.

Hvis man ville sig selv noget godt, bad man om at blive hørt i lektierne med henblik på at lære at fremstille en sag. Det tog nogen tid inden mit 33-årige ego accepterede den position, man var vel antiautoritært præget. Men jeg fik lært at bede om overhøring ud fra den logik, der har hjulpet mig mange gange siden: Det var jo mig, der gerne ville opnå noget! Også her stak konkurrencen næsen frem. Jeg var mere end velkommen til at blive og tage uddannelse og gå til de engelske eksamener, som efter deres eget udsagn var de hårdeste og fineste i verden. Men det skinnede tydeligt igennem: Hvis jeg havde planer om at blive efter endt eksamen, ville jeg ikke længere være en kollega men en konkurrent!

Hvordan er da relationen til en kollega, der er en potentiel konkurrent?

Moderen siger herom:

I: Ja det er jo blevet enormt tydeligt i det her forløb hvor I har sagt at hvis man kan få skabt en gruppe der ophæver noget af konkurrence elementet så kan man begynde at arbejde .

F: Ja for det er enormt .. jeg kan mærke nu ..(puster ud) .. min kollega K hun er helt klar over hun skal noget med L (subspecialet kaldes L af hensyn til anonymitet) og det har jeg jo ikke sådan sagt at jeg ville og nu har en af vores L overlæger sagt at (Puster) at han var meget begejstret for mig og jeg har sagt at det er nu ikke sikkert det er den vej jeg vil, men han bad mig stadig lave ting og deltage i en kongres hvor K også skal med og jeg har ellers ikke snakket ret meget med K på det seneste. Så fik jeg pludselig sådan en sms fra K med 'Kære E' og 'Hej , kan forstå du også skal med på den' og ' skal vi flyve sammen' og 'knus K' altså det er virkelig den der med at dine venner skal du holde tæt på – dine fjender skal du holde endnu tættere på ikke.

I: Så I er konkurrenter – potentielle konkurrenter.

F: Det er .. Pludselig blev vi konkurrenter, jeg tænkte hun har ikke set mig som konkurrent sådan eller det har hun måske alligevel .. jeg kan ikke rigtig finde ud af hvilken relation vi har, men jeg tør ikke rigtig være venner med hende for jeg kan ikke finde ud af vores relation, det er meget specielt og det er først nu det er gået op for mig. Jeg er ikke specielt konkurrence mindet, jeg er ikke specielt ambitiøs på den måde. Jeg kan bare godt lide mit arbejde.

I: Så du opdagede at du ryger et andet sted hen.

F: At jeg havner i konkurrencefeltet uanset om jeg vil eller ej, fordi jeg er ikke en med albuer på den måde.

Moderen er uafklaret med sig selv, hvilket subspeciale hun skal satse på og eventuelt skrive PhD i. Det fremstår sådan, at det, at en overlæge med betydende indflydelse viser interesse for hende, gør, at en jævnaldrende kollega rykker nærmere og foreslår, at de skal være rejsekammerater til en kongres. Kollegaen var klart interesseret i overlægens subspeciale, hvilket moderen tydeligt har tilkendegivet tidligere, at hun ikke var. Moderen fortolker det sådan, at kollegaen pludselig ser hende som en konkurrent: "Dine venner skal du holde tæt på – dine fjender skal du holde endnu tættere på". Det betyder for moderen, at "jeg tør ikke rigtig være venner med hende, for jeg kan ikke finde ud af vores relation".

Konkurrencemomentet hindrer udvikling af venskab, fordi man ikke ved, hvor man har hinanden. Konkurrencen sætter sit dybe præg på relationerne og kulturen. Frontløberen siger i mundtligt interview midtvejs i pilotprojektet:

”vi har det jo nok lidt i lægebranchen at alt hvad du siger og gør, det kan blive brugt imod dig. ikke? Sådan er det lidt altså. At man vil helst ikke afsløres, hvis man er lidt dum, for de andre de er pissekloge hele tiden”.

I pilotprojektet karakteriserede de unge læger lægekulturen som en kultur med megen facade. Man vil helst ikke afsløre, hvis man er lidt dum. Hvis man helst ikke vil afsløres og er usikker på, om de nærmeste kolleger er venner eller konkurrenter, er der ikke megen grobund for åbne, tillidsfulde relationer. Det bliver let en kultur, hvor man gemmer sig lidt og dukker sig lidt.

Magt og konkurrence:

Er ovenstående så det eneste, der er at sige om lægekultur? Nej, det kan blive meget værre. Den hårdeste branche er måske der, hvor både magt og konkurrence kommer i spil. Forleden havde jeg besøg af en kollega i hoveduddannelse, som har skrevet PhD. Kollegaen fortalte om forløbet, og det var rystende at høre om vejledernes håndtering af deres opgave. Vi aftalte, at jeg måtte skrive om det i denne opgave. Da vedkommende så læste historien, som jeg havde sendt til godkendelse hos hovedpersonen, blev min beskrivelse godkendt, men det var nødvendigt at trække tilsagnet om publikation af historien tilbage på grund af frygt for repressalier.

Den slags historier er der flere af. Frontløberen nævner det også i det citat, der kommer senere. Det er nødvendigt også at fortælle andre historier om lægekulturen, men først vil jeg belyse betydningen af coaching i forhold til temaerne karriere, positionering og konkurrence. Hvad har coaching at byde ind med til den enkelte læge og til lægekulturen vedrørende disse aspekter? Arbejdsmetoderne i pilotprojektet vil blive omtalt i forbindelse med afsnittet om mine erfaringer som forandringsagent. Det skal blot nævnes her, at medlemmerne i gruppen var udvalgt sådan, at de kom fra forskellige afdelinger.

Midtvejs evaluering: Hvad betød det for deltagerne at være med i coaching projektet?:

Nedenstående citater er udvalgt for at vise, hvad det betød for deltagerne at deltage i coaching-forløbet:

Nedenstående er udpluk af udskriften af båndoptagelsen:

Moderen: Det har betydet overraskende meget at deltage. Det kollegiale fællesskab betyder rigtig meget. Det gør en stor forskel, at det er kolleger, man bliver coachet af, fordi man ved, de forstår baggrunden for de problemstillinger, vi drøfter her med hierarkiet, karriereovervejelser og konkurrenceovervejelser. Det med at slå til og være dygtig nok og vide nok. Og så har det været rigtig givtigt, at det har været sådan en meget åben, ærlig stemning og folk har også sagt, hvad skal man sige, mindre flatterende ting om sig selv. Ting man måske ikke er så stolt af. Et forum hvor man kan åbne op. Det at høre kollegernes

beretninger og få lov til at fortælle sin egen, det har faktisk givet rigtig meget. Min egen coachingsession har været meget brugbar for mig.

Frontløberen: Jeg synes det har været så superfedt at finde ud af, at andre har også fejl. Jamen vi har jo snakket om, at vi har de samme vanskeligheder. Det man går og bokser med og tænker "Det er fandeme også mig der er en torsk – nu sagde jeg også det, og hvor var det bare dumt". Og det er de samme problemstillinger, vi står med i forskellige sammenhænge. Det der med, at de andre har de samme vanskeligheder som mig – det har bare været en total eye-åbner, fordi det er ikke noget, læger snakker om. Vi er ikke sådan nogen, der går og klapper hinanden på ryggen og siger "du ser godt nok - det er lidt synd for dig, J - er der noget jeg kan gøre"? Vi er sådan lidt - vi går meget alene meget af tiden. Og det har været superfedt at opdage, at andre har de samme problemer. Og at der er OK at levere noget, der er 80 % nogen gange. At det kan være godt nok. At det behøver ikke at være 120 % hele tiden. Og det gør altså ens liv – det gør det ret meget lettere. Mange færre spekulationer og stress-momenter, at man kan... jeg har også fundet ud af, at man kan, at personkonflikter kan gradueres.

Så synes jeg også, at det der rum her, det har betydet rigtig meget, at vi har aftalt, at vi har fuld tavshedspligt, at vi kunne sige, hvad vi ville. Der var frit slag på alle hylder, og det har også gjort, at folk har ligesom lagt den der almindelige barriere, for vi har det jo nok lidt i lægebranchen, at alt hvad du siger og gør, det kan blive brugt imod dig - ikke? Sådan er det lidt altså. At man vil helst ikke afsløres, hvis man er lidt dum, for de andre de er pissekloge hele tiden. Og det frirum, vi har fået, synes jeg har gjort, at man har fået det meget mere afslappet med bare at være sig selv, altså. Jeg synes også, man har fået overraskende meget ud af at høre andres problemer

D: Jamen der synes jeg egentlig, det har været brugbart at høre andres beretninger – overraskende faktisk – for det havde jeg nok på forhånd ikke tænkt, jeg kunne bruge til så meget. Men det har jeg egentlig synes, jeg - hvad skal man sige - at jeg har kunnet bruge til rigtig meget. Altså ud over bare det at andre også kan have det svært, så er der sådan nogle konkrete ting, som andre har nævnt her, der har kunnet bruges.

Jeg tror da også at det er meget mere befordrende for gruppen, at man lader maskerne falde, og at man blotter sine usikkerheder.

Refleksioner og konklusion:

Det særligt betydende for deltagerne i pilot-projektet var således at deltage i et kollegialt fællesskab, hvor der var et frirum i kraft af, at alle kunne sige, hvad de ville med aftale om tavshedspligt udadtil. De følte sig frie til at agere og udtrykke sig anderledes end i den almindelige omgang med kolleger. Det blev omtalt sådan, at i det rum kunne de lade maskerne falde. Det var OK at være usikker og give udtryk for det. Det var en eye-opener, at de havde de samme problemer. Den viden reducerede deres stress momenter og tyngende spekulationer. Det betød noget særligt, at det var kolleger, der coachede, fordi alle kendte

problemstillingerne med hierarki, konkurrence og karriere. Hvad kan en sådan erfaring om fælles problemstillinger afstedkomme? Dette vil jeg belyse efterfølgende.

Hvilke mulige interaktioner mellem individ og system blev understøttet af deltagelsen i coaching?

I dette afsnit vil jeg fokusere på, hvordan mulige interaktioner mellem individ og system blev påvirket af coaching forløbet. Jeg forestiller mig, at de som valgte at deltage i forløbet, var på udkik efter en livline eller en passende provokation. Og hvis de fandt den, kunne den medføre, at de agerede anderledes. Først vil jeg bringe nogle citater fra henholdsvis skriftlig slutevaluering af coaching forløbet og interviews tre måneder efter forløbet og derefter opsummere og reflektere over disse data.

Først citeres svarene på spørgsmålet: "Har coachingen haft betydning for den måde jeg omgås mine kolleger i afdelingen på? – i givet fald hvordan?". Her er svarene fra alle deltagerne citeret i fuld udstrækning:

Moderen: Ja, jeg italesætter den usikkerhed, jeg har haft omkring karrieren, og har endda turde berøre det interne konkurrenceaspekt. Og oplever så, at de andre - noget overraskende - har det på samme måde. På den måde kan jeg medvirke til, at de andre også "lader masken falde".

Frontløberen: Som AP-læge (almen praksis (LdL)) skifter vi hvert halve år. Derfor skiftes kolleger ganske ofte ud. Lige nu arbejder jeg på en dejlig afdeling med plads til humor, ironi og mange daglige grin - man kan være sig selv. Ved at få personkonflikten fra den tidligere afdeling på plads inde i mig selv, er der blevet plads til at jeg kan slappe af og være mig selv.

Perfektionisten: Jeg er blevet bedre til at se, hvis nogen har et problem og tage hensyn til dem - og at vi er ikke ens

Skuespilleren: Jeg synes, jeg er blevet mere tolerant. Er blevet bedre til at få snakket om tingene.

Psykiateren: Ja, jeg forsøger at være mere åben og lyttende og evt. spørge ind til problemstillinger på den måde, vi har lært til coaching. Det glider ind imellem i baggrunden i hverdagens travlhed. Jeg forsøger i hvert fald at have mere fokus på det. Jeg forsøger at være mindre (for)dømmende. Jeg forsøger at have lidt fokus på coaching, når jeg vejleder/superviserer

Praktikeren: Jeg er pt. "ny" på en gammel afdeling. Jeg lader andre om at have deres opfattelse. og vi taler lidt om, at vi ikke alle er lige glade for at være der, men før ville jeg nok tage det ilde op. Nu er jeg mere på sidelinjen og saglig. Til gengæld står jeg ikke tilbage for at hjælpe ny kolleger ind og støtte, hvis deres rettigheder overføres af ældre kolleger.

Filosoffen: I forhold til samarbejdspartnere håber jeg, at jeg er blevet bedre til at erkende min del i dynamikken omkring problemer (konflikter LdL) og derved være i gang med at forebygge nogle, mindske andre og i hvert fald kunne være mere objektiv omkring det.

D: Det har betydet, at jeg faktisk reflekterer mere. Før var det mere automatiseret/ureflekteret. Refleksionen giver tid og nedsætter mit niveau af stress → bedre samspil. Jeg har ved hjælp af refleksioner opnået større rummelighed og mindre tendens til at dømmе på forhånd

Opsummering af forandringer hos deltagerne og refleksion:

Når svarene fra alle deltagerne i den skriftlige slutevaluering citeres, er det for at vise, hvad alle deltagerne fremførte med hensyn til, hvordan coaching forløbet havde påvirket den måde, de omgikkes kollegerne i deres respektive afdelinger på. Alle mente, at de havde lært noget nyt: Moderen havde talt med kollegerne om sin usikkerhed vedrørende sin karriere og det interne konkurrenceaspekt og overraskende oplevet, at kollegerne havde det på samme måde. Frontløberen kunne bedre være sig selv. Perfektionisten var blevet bedre til at se, hvis nogen havde et problem og tage hensyn til det. Skuespilleren mente at være blevet mere tolerant. Psykiateren forsøgte at være mere åben og lyttende og spørge til problemstillinger på den måde, der var anvendt i coaching. Praktikerens lod de andre have deres mening uden at tage de ilde op og var begyndt at hjælpe og støtte nye kolleger, hvis de blev overfuset af en overlæge. Filosofen var blevet bedre til at se sin andel af konflikter. D mente at reflektere mere og være mindre stresset og opnå bedre samspil med andre.

Det er uvist, hvor mange af de selvopfattede personlige forandringer, der sætter sig spor i forhold til omgivelserne. Vi havde egentlig planlagt i pilotprojektet, at deltagerne skulle bedes om at finde en person, de arbejdede tæt sammen med og bede vedkommende om at stille op til et struktureret interview med Eva eller mig før og efter coaching forløbet med henblik på at dokumentere ændringer i deltagernes adfærd. Vi afstod fra det. Her i det allerførste pilotprojekt ville det måske være for skrappt for deltagerne sådan at være under lup. En anden årsag til at opgive det var, at tidshorisonten (februar til juni 2011) var så kort, at det næppe førte til nogen mærkbar ændring. Vi valgte at slå os til tåls med, at evalueringen af gruppe-coaching kom til at basere sig på deltagernes egne udsagn – i lighed med mange andre ”hjælpeforanstaltninger”, der aldrig er blevet dokumenteret mere grundigt end ved at belyse deltagernes egne oplevelser af effekten.

I dette afsnit vil jeg gå videre i tiltro til at deltagernes opmærksomheder omkring sig selv også satte sig spor i organisationen. Hvad kan de selvoplevede forandringer, deltagerne rapporterer om, betyde? Betyder det noget at arbejde sammen med kolleger, der er sig selv; kolleger, der taler om tingene; kolleger, der ser hvis nogen har et problem og tager hensyn til det; kolleger, der lytter og spørger til problemstillinger og kolleger, der ser egen andel i konflikter? Ja. Det betyder noget. Sådan adfærd er betydende i forhold til at skabe bedre og vigtige kollegiale relationer og kan have voldsom betydning for arbejdsmiljøet. Betydningen heraf for organisationen bør ikke underkendes. Det virker som om, deltagerne har taget lidt af coachingens frirum med sig ud i deres organisationer. Deltagerne agerer som forandringsagenter.

Vi var optaget af, hvordan deltagerne så deres interaktion med organisationen nogen tid efter coachingforløbet. Næste afsnit omhandler dette.

Udpluk af interview tre måneder efter afsluttet forløb:

Moderen:

”Der er ikke nogen der rigtig tør at brokke sig over arbejdsbelastninger, arbejdsforhold osv., jeg gør det så kollektivt, der har vi et forum vores yngre læge møder, æhm, og nu er det jo mig der leder dem fordi jeg er tillidsrepræsentanten på afdelingen og da prøver jeg da også at skabe rum til at alle de yngre læger kan komme op, og jeg prøver at lave plads til at man kan sige at det er edermageme hårdt og det kan jeg ikke finde ud af og det er for svært og så tager jeg det med på, så taler jeg jo på alles vegne og kan sige prøv lige at hør her, det der er simpelthen for belastende og ... men jeg kan mærke der er ... der er faktisk flere der har været henne og sige til mig at de er glade for at de ikke er i min rolle fordi de ville bryde sig om at skulle ...

I: Nej, men du kan godt lide det.... eller hvad?

F: J..... Jeg ved da ikke om det kan komme til at koste mig på karriere kontoen, øhm ... men jeg kan ikke gøre anderledes, altså jeg ... jeg ...”

I afdelingen var der tradition for, at en læge under speciallæge uddannelse om morgenen kunne få at vide, at vedkommende skulle passe et ambulatorium for en fraværende overlæge. Det var en stor mundfuld: Mange patienter, kort tid og store beslutninger vedrørende de enkelte patienters behandlingsforløb. Der citeres videre:

”Nu er det blevet sådan at hvis vi på morgenkonferencen gennemgår arbejdsprogrammet og kan se at det er en af de unge læger der skal i ambulatoriet, så bliver det aftalt på morgenkonferencen hvem der skal gennemgå journalerne med dem.

I: Okay så der er kommet backing.

F: Ja for tidligere blev det sagt ' så kan i bare lige finde en' ik'. De skal ikke bare lige finde en, for der er ikke bare lige en der har tid til at bruge en ½ time på det. Det skal ikke være ens eget ansvar at gå hen og hive en i jakke ærmet og sige uhh vil du ikke godt komme og hjælpe mig, det skal være en struktur hvor der bliver taget hånd om det. Så det har vi faktisk lige fået... (puster ud)

I: Så kan man sige at det du selv har oplevet som yngre læge med at have ansvar for, for meget det bruger du faktisk som tillidsrepræsentant?

F: Ja det gør jeg. Jeg er meget opmærksom på at mine yngre kollegaer ikke behøver at få de samme mentale knubs som jeg fik.

Frontløberen:

Fordi at det der coaching, det blev sådan lidt tagen fat på nælderne i dit liv, ikk'?

Perfektionisten:

jeg har aldrig før været sådan en åben menneske og snakket om mit problem til nogen som helst overhovedet. Det er første gang jeg har gjort det på det coaching.

Tre måneder efter coaching forløbets afslutning anførte frontløberen, at coachingen for hende havde givet anledning til at tage fat om nældeerne i sit liv. Perfektionisten var – som noget helt nyt – begyndt at være hvad hun kaldte ”et åbent menneske”. Og moderen var virkelig gået i brechen for sine kolleger. Hun var blevet tillidsmand og brugte rollen til at få ændret urimelige og belastende arbejdsforhold. Hun ville, at de yngre kolleger ikke skulle have samme mentale knubs som hun selv – til trods for at det måske kom til at koste på karriere kontoen.

Refleksioner:

Moderen var den mest tydelige. Hun havde påtaget sig at kæmpe kampen for de yngre kolleger i forhold til urimelige arbejdsbelastninger og få etableret en ny arbejdsrutine, der tilpassede den faglige udfordring til en yngre læges kapacitet. Tidligere skulle en yngre læge løbe spidsrod for at finde en overlæge at sparre med i forhold til et dagsprogram i et ambulatorium. Nu var det blevet sat i system, så det blev aftalt ved morgenkonferencen, hvem der gennemgik dagens patienter med den yngre læge, inden ambulatoriet startede. Hun påtog sig så organisatorisk vanskelige opgaver, at kolleger kom og sagde til hende, at de var glade for, at det ikke var dem, der skulle gøre det. Hun følte sig nødt til at handle som hun gjorde for at bidrage til, at de yngre kolleger ikke fik samme mentale knubs som hun selv havde fået. Praktikerne var begyndt at hjælpe nye kolleger ind og støtte, hvis deres rettigheder blev antastet af ældre kolleger. Den aktivitet, der er skitseret i ovenstående, er klar forandring i forhold til tidligere, og udøverne er forandringsagenter i egen organisation – med den risiko det kan indebære.

Konklusion:

Vedrørende organisationen lærte jeg således, at gruppecoachingen så ud til at have gjort nye interaktioner mellem systemer og individ mulige. Der var skabt adfærdsforandringer, der kunne være med til at skabe bedre kollegiale relationer med stor betydning for arbejdsmiljøet. Det virkede som om, deltagerne havde taget lidt af coachingens frirum med sig ud i deres organisationer. Betydningen heraf for organisationen bør ikke underkendes.

Coaching eliminerede ikke lægernes vanskeligheder med karriere, konkurrence og positionering, men den belastning disse vilkår skabte, blev reduceret i kraft af, at deltagerne blev klar over, at det var fælles vilkår.

Tre måneder efter coaching forløbet havde nogle af deltagerne skaffet sig nye handlemuligheder spændende fra at møde op og være sig selv på arbejde, at begynde at tale mere åbent om sig selv og til at påtage sig rollen som det formelle talerør, der fik ændret arbejdsgange og var villig til at agere på kollegernes vegne, selv om det kunne koste på karriere kontoen. Deltagerne demonstrerede adfærd som forandringsagenter, der arbejdede for at reducere arbejdsbelastninger og skabe bedre relationer.

Den del af fortællingen, der har til hensigt at legitimere coaching, er fortalt. Historien om lægekulturen er ikke belyst tilstrækkeligt set i lyset af første del af problemformuleringen: "Hvordan kan vi forstå interaktioner mellem systemer og individ i en kompleks foranderlig verden". Jeg mener, at interaktioner mellem systemer og individ ofte bestemmes af relationer, og det næste afsnit vil eksemplificere, hvad det betyder, når relationerne er gode.

De gode kollegiale relationer:

I min eget speciale er der ikke nogen stor forskningstradition, og min gamle professor omtalte de overlæger, der rykkede ud fra Aarhus Kommunehospital til Skejby i 1988 som gode håndværkere. De var enormt dygtige klinikere. Over årene er der bygget en forskningstradition op i afdelingen i Skejby. Men der er også bevaret noget meget vigtigt lægerne imellem: En venlig, ret åben og ordentlig tone overlægerne imellem. Måske har det også noget med specialet at gøre: Som anæstesiolog ved du aldrig, hvornår du kan risikere at være i dyb nød med en patient og få brug for en god kollegas hjælp både til sparring og en praktisk håndsækning. Den venlige tone har været gældende på hele Skejby, endda så meget at den var skrevet ind i hospitalsledelsens ledelsesgrundlag. Det blev den først, da man blev klar over, at den ikke var en automatik. Selvfølgelig er der også knaster ind imellem, når økonomien strammer til eller der ikke er plads på intensiv til en syg patient, når man er færdig med en operation. Men grundlæggende er tonen mellem mine nærmeste overlægekolleger sådan, at venlighed, hjælpsomhed og ærlighed er i højsædet.

Det efterfølgende kommer til at danne en kontrast, der understreger, at lægekultur har mange facetter. Jeg vil gerne fortælle en historie om, hvordan mentoring/vejledning også kan foregå:

Filosoffen fortæller, hvordan han efter at have ligget under for byrden af ansvar i sin første lægetid fik en aftale med en kvindelig overlæge om, at han måtte ringe til hende. Hvis han gik og grublede over noget fra arbejdet, kunne han ringe til hende og få afklaret, om han kunne lukke "sagen" eller der skulle gøres noget. Hun hjalp ham med at sortere samtidig med, at han selv lærte at sortere i, hvad han ville ringe om. I interviewet undrer han sig lidt over, at det skulle tage et halvt år at få den idé. Sådan kan man jo godt se på det. Jeg tænker, at det har taget tid på et nyt sted at få skabt en relation, hvor noget sådant var muligt. Den overlæge har næppe gjort sådan i forhold til hvem som helst. Måske har hun set et velbegavet ungt menneske med en stor kapacitet, som har haft brug for den lille støtte, at han måtte ringe.

Frontløberen har også en historie om en vejleder/mentor:

Han er sådan meget rolig og underspillet og stiller nogle spørgsmål, som er utrolig velovervejede, hvor man selv kommer frem til noget. Så han er en fantastisk mentor.

I: Ja, han er en god pædagog.

F: Han er en fantastisk god pædagog, og så har han en masse kontakter, som man kan lære, altså som man kan bruge, og han er velvillig til at dele ud af både viden og kontakter og tid, så man kunne snildt sidde og holde møde med ham fra kl. fire til klokken syv...øh hvor andre ph.d.'er de kunne få et møde hvert halve år ikk'? Altså vi kunne holde et møde om ugen, hvis det var det, eller hvis vi skrev en artikel, så hver fredag kunne jeg komme med det, jeg havde lavet i den forgangne uge.

Ovenstående rammer lige ind i mine egne erfaringer. Da jeg skulle skrive min første kliniske undersøgelse sammen til en publikation, spurgte jeg min professor: "Hvordan skal jeg gøre – skal jeg skrive artiklen og sende den ind til dig?" Det var et vovet spørgsmål – tænk sig hvis han havde sagt ja. Så var det aldrig blevet til noget. Heldigvis sagde han noget andet, og det var: "Nej, skriv hvad du kan fra gang til gang og kom så ind til mig. Så læser vi det sammen – for vi har det jo sjovt – ikke?" Og det gjorde jeg så. Det var sjovt at diskutere fag, at sidde og fordybe sig og formulere noget sammen. Min læringsproces blev en hel anden ved at jeg kunne sidde og høre den kloge mands overvejelser og begrundelser for, hvorfor vi skulle gøre, som vi gjorde. Der ligger utrolig meget heri. Frontløberen kendte til andre PhD'ere der kunne få et møde hvert halve år, og jeg kender kliniske assistenter, der har brugt tre til fire år på at samle data ind, men som aldrig fik publiceret. Er frontløberen og jeg så dygtigere eller sjovere end de andre? Nej, det er vi næppe. Vi har været heldige at ramle i nogle mennesker, hvor relationen er blevet sådan, at vejlederne valgte at have tid. Som jeg ser det, handler det om relation.

Der kan være megen generøsitet. Mit PhD emne var kliniske studier af tværfaglig interesse. Ud over min hovedvejleder (professor i mit eget speciale) var der tre andre vejledere: En overlæge og to kliniske professorer med et noget blandet ry. De var bare så ordentlige. Til vejledningss møderne havde jeg altid lavet dagsorden, forberedt diskussionen med resultater fra forskningen, lavet kaffe og købt Sarah Bernard kage. Så sad alle om et bord. Stemningen var som regel god og ind imellem munter, alle var venlige og ville gerne sige noget klogt, og der blev konkluderet på mødet. Der var aldrig noget med at, jeg skulle løbe spidsrod fra den enes kontor til de andres og forfægte nogens særstandpunkter i forhold til andre. Det var en oplevelse af at være med i et fagligt lægeligt fællesskab, hvor der var sjovt og godt at være. Og jeg var jo ikke nogen stor faglig kanon. Én af mine kolleger og konkurrenter, der har vundet megen ære og position, omtalte mig som en husmor, der gerne ville forske lidt. Det var irriterende at høre på den gang, men måske havde han ret i netop den sammenhæng.

Ovenstående er et forsøg på at begrunde betydningen af relation. Jeg prøver ofte at formidle til nogle af vore yngre dygtige kolleger, at de må ikke tænke for småt om de ældre kolleger, prøver at sige til dem, at hvis de vil noget, skal de banke på nogle døre i tiltro til, at noget er muligt. Og at de meget vel kan møde en generøsitet, de ikke havde troet muligt. Der kan virkelig være megen støtte og hjælpsomhed at hente fra vejledere og mentorer.

Opsummering omkring organisationen/systemet:

Jeg har lært om organisationen, at medlemmer under uddannelse til speciallæger og forskere kan have stærke og besværlige erfaringer vedrørende karriere, konkurrence og positionering. Forrige afsnit viste, at samspillet mellem systemer og individ kan påvirkes i gunstig retning af coaching. Det er blevet meget klart undervejs, at lægekultur ikke er én kultur men mange kulturer, og jeg har forsøgt at vise, at relationsdannelse er en vigtig faktor i samspillet mellem systemer og individ. Når relationerne lykkes, er der i lægekulturen indarbejdede traditioner for at påtage sig roller som mentor og vejleder. I disse relationer kan den uerfarne part ubesværet være til stede og nyde godt af den refleksion, der kommer til udfoldelse i for eksempel fælles tolkning af forskningsresultater og udformning af et manuskript. Samtalen ved sådanne lejligheder har det med at bevæge sig langt omkring, så udvekslingen også omfatter refleksioner over livet som læge. Enkeltpersoner, jeg har beskrevet her, repræsenterer typer, som kan fremstå som kulturbærere i forskelligt lys afhængigt af, hvem der beskriver. Ganske få relationer kan afgøre faglig skæbne og karriere. Det er et multivers.

Ovenstående historier styrker lysten til at være forandringsagent og være med til at fremme nogle stemmer mere end andre. Næste afsnit handler om, hvordan processen har påvirket mig som forandringsagent.

Hvad har jeg lært om mig selv som forandringsagent i systemet?

En væsentlig del af min projektrelevante erfaring – og dermed hvad jeg har lært om mig selv som forandringsagent i systemet - stammer fra pilotprojektet med gruppecoaching af læger. Jeg først vil fortælle om vore arbejdsmetoder i projektet, der blev gennemført i foråret 2011. Semesterets tema på MOC var aktionsforskning, og jeg læste Coghlan og Brannicks bog "Doing action research in your own organization" (Coghlan, 2010) forholdsvis grundigt for at forsøge at forstå principperne i aktionsforskning og anvende dem. I projektet "gruppecoaching af læger" havde vi lagt os fast på, at ville gennemføre gruppesupervision med reflekterende team. Som led i min forberedelse til dette, havde jeg på MOC's andet semester studeret kollegial supervision, hvor Eva superviserede og sat mig ind i "Søren Willerts modelsamling af relevans for kollegial supervision" (Willert, 2007). Den første dag gruppen var samlet til gruppecoaching præsenterede jeg modellen "Det optimalt selvudviklende system" for at understrege, at det rum vi var samlet i var til refleksion i modsætning til det almindelige arbejdsliv, hvor vi handlede og producerede. Vi forsøgte iøvrigt i videst mulig omfang at gøre processen til et fælles anliggende og et fælles ansvar for deltagerne og os. Alle blev bedt om at identificere deres eget fokus for coachingforløbet, så de hver især kunne holde øje med, om eller hvordan det forandrede sig. Vi gjorde rede for, at kollegial supervision er et velkendt koncept, men at der ikke findes nogen definition af, hvad der forstås ved gruppecoaching af læger, og det ville vi gerne have gruppen til at være med til at give et bud på.

Vi redegjorde for begrebet transparens og forpligtede os på at forsøge på at gøre det til et bærende princip i det, vi gjorde. Vi fortalte, at puljemidlerne til gennemførelse af coaching forløbet var betinget af, at vi gjorde det til en forskningsproces, at gruppecoachingen var mit praktiske projekt i forbindelse med MOC, og at coachingerfaringerne ville blive brugt i opgaveskrivningen. Det betød, at vi bad deltagerne bidrage i forhold til at korrigere indhold og proces med henblik på maksimal udbytte for dem. Ud over formel evaluering, ville vi slutte hver session med at se hinanden i øjnene og tale om, hvorvidt processen og indholdet havde været i orden. Vi skulle dokumentere processen, ville tage noter undervejs og ville måske bede om deres accept af at optage noget på bånd eller video, og vi ville eventuelt komme tilbage og bede om interview nogle måneder efter forløbets afslutning. I kontraktafklaringen havde vi gjort det klart, at vi havde flere roller. Vi ville være coaches i supervisionerne, vi var forskere i relation til det samlede projekt, og vi ville også være undervisere i drøftelser af teoretiske emner. Vi lagde vægt på, samspillet i gruppen ville være underlagt andre regler end almindeligt socialt samvær, således at uenighed var legalt, men markeringer af indbyrdes faglig kritik eller irettesættelse var imod ånden i dette initiativ. Den første dag blev det accepteret, at alle skulle coaches på et tidspunkt i forløbet.

I gruppecoaching sessionerne var min opgave som coach at være facilitator og spilfordeler: jeg stod for samtalen med coachee og inviterede det reflekterende team ind i samtalen, gav dem eventuelt nogle instruktioner at agere ud fra og bestemte, hvornår samtalen igen skiftede tilbage til en samtale mellem coachee og mig. Det var de formelle rammer. Implicit lå, at jeg var garant for, at det forløb på en sådan måde, at coachee fik passende støtte fra mig til at stå ved og udforske sin problemstilling (ofte i form af spejling) og passende udfordring fra det reflekterende team. Jeg var nødt til at påtage mig rollen som

garant for at der kunne opbygges et rum, hvor de almindelige forbehold kolleger imellem var sat på stand by og noget andet og nyt var muligt. Jeg var garanten for, at erfaringer, følelser og forståelser kunne tages frem i lyset og undersøges i fuld offentlighed.

I forhandling af proces eller formål var jeg én i gruppen uden at være medlem alligevel. I fælles afgørelser var det min pligt at fremføre mine synspunkter med de begrundelser, der lå bag. Det var helt ukompliceret. Jeg har ladet mig fortælle, at i konsulentjargon kaldes denne rolle at være førerhund i modsætning til ovenstående, der kaldes at være hundefører. Når en sag havde været drøftet i fuld åbenhed, var den fælles konklusion som regel let.

Ved midtvejsevalueringen fik vi som tidligere omtalt at vide, at det havde betydet rigtig meget for deltagerne at de kunne være ærlige, kunne tale frit om deres egne problemstillinger og lytte til kollegernes. Det havde reduceret den belastning, de lå under for. Hvad var lykkedes og hvordan var det gået til? Det var tilsyneladende lykkedes at skabe et rum, der tillod forandring. En væsentlig del af forklaringen ligger i gruppecoachingen, tror jeg. Vi hersede en del med dem i starten, når de skulle agere reflekterende team, men var samtidig påpasselige med ikke at skabe en atmosfære af eksamen eller af at mislykkes. Det var en virkelig skrap øvelse for mange af dem, at de ikke måtte diagnosticere coachee og foreskrive, hvad vedkommende skulle gøre i en given problemstilling. I starten bad vi dem flere gange bare om at gengive, hvad coachee havde sagt. Senere blev repertoiret udvidet til at anerkende coachee, til at sige hvilke erfaringer de havde med problemstillinger, der lignede coachee's eller til at fundere over, hvordan en konflikt kunne ses fra andre positioner. Cirka halvvejs i forløbet fortalte Eva og jeg, at vi bevidst havde valgt ikke at være strengt rettesættende, når de ikke agerede reflekterende team som ønsket. De gav udtryk for, at det formentlig havde været godt, men nu hvor vi kendte hinanden, måtte vi gerne gå til dem. De havde fært af, hvor meget godt det kunne bringe at blive coachet med regler for det reflekterende teams respons. I indtil flere af sessionerne tror jeg ikke der skete meget mere i gruppecoaching sessionerne end, at coachee blev spejlet og følte sig anerkendt. Mere behøvede de ikke for selv at kunne klare paragrafferne.

I starten virkede det nok lidt fremmed for dem, at coachee sad over for coachen med siden til det reflekterende team og blev coachet mens alle hørte på. Jeg fik det lettere efterhånden med at gøre det synligt for gruppen, når det reflekterende team faldt tilbage til lægerollen og foreskrev coachee, hvad vedkommende skulle gøre i en given problemstilling. Det skyldes, tror jeg, at jeg selv mærkede, hvilken forskel det gjorde for processen, når jeg påtog mig rollen som garant – så skiftede stemningen og seriøsiteten fra almindelig social omgang med kolleger til et fællesskab, hvor alle arbejdede for en kollega, og teamets medlemmer arbejdede for sig selv hver især.

Jeg er overbevist om, at det var befordrende, at vi bad gruppen om at lege med, at invitere til at vi sammen skulle skabe et koncept for gruppecoaching af læger og gik til det ud fra en forskningsvinkel. De blev formentlig mere medansvarlige af, at de blev bedt om at være med til at korrigere processen og være opmærksomme på, hvad der skete med deres eget fokus. Måske lykkedes det at få de udforskede til at blive medforskere sådan som det anbefales i Coghlan og Brannick (Coghlan, 2010). Jeg lærte, at det går an at forsøge at være i en uvidende, undersøgende position sammen med andre. Det var ikke nødvendigt at opretholde den ekspertrolle, der klæber til mit arbejde som læge. Det var Ok at være i en ny rolle, hvor vi ikke havde defineret målet på forhånd men løbende undersøgte, om vi var på rette vej. Succes-kriteriet var at få forløbet rettet til, så deltagerne fik maksimalt ud af det.

Konklusion:

Med udgangspunkt i de to foregående afsnit har jeg erfaret to roller for forandringsagenten: Når der skulle sættes en scene for at skabe en ganske bestemt kontekst som i gruppecoaching sessionerne, var jeg som forandringsagent nødt til at træde i karakter og være garant for, at der skabtes et særligt rum, hvor fokuspersonen i fuld offentlighed kunne undersøge erfaringer, forståelser og følelser, som normalt ikke blev drøftet mellem kolleger i lægekulturen.

I forhandling af proces eller formål var jeg som forandringsagent medlem af gruppen uden at være det alligevel. I fælles afgørelser var det min pligt at fremføre mine synspunkter med de begrundelser, der lå bag. Det var helt ukompliceret. Denne rolle kaldes i konsulentjargon at være førerhund i modsætning til ovenstående, der kaldes at være hundefører. Når en sag havde været drøftet i fuld åbenhed, var den fælles konklusion som regel let.

I næste afsnit vil jeg holde min erfaring som lægevidenskabelig forsker op mod erfaringen som aktionsforsker.

Positivistisk naturvidenskabelig forskning versus humanvidenskabelig aktionsforskning:

Det formelt største højdepunkt i min lægelige karriere var min PhD forelæsning, hvor jeg undervejs lagde mærke til min gamle professors fornøjede ansigt. Han fortalte senere, at det var et stolt øjeblik, da jeg havde redegjort for de kliniske undersøgelser, der lå til grund for afhandlingen, og havde karakteriseret undersøgelserne med ordene "prospektivt, randomiseret, dobbeltblindt". Analyserne var udført med anerkendte analysemetoder. Alle forudsætninger for at få sikre data var indfriet, og studierne havde alle kvalitetsstempler. Det kunne ikke være bedre. Før vi gik i gang med undersøgelserne, havde vi drøftet, om det var et væsentligt spørgsmål undersøgelserne kunne svare på, og om undersøgelserne var gennemførlige. Da svaret var ja til begge betingelser, var alt taget i ed med henblik på et arbejde hen mod et sikkert mål. Før vi gik i gang havde vi sikret os, at vores resultater ville indfri sandhedskriterierne korrespondens, mening og anvendelse. Da først undersøgelserne var sat i søen, var vejen banet til succes. Især da hvis vores hypotese, der lå bag undersøgelserne, holdt stik. Hvis vore forventninger blev indfriet, ville det med meget stor sandsynlighed føre til en meriterende publikation. Hvis vore forventninger ikke blev indfriet risikerede vi at have udført et kæmpearbejde uden nogensinde at få merit, for der er en tendens til at kliniske undersøgelser, der ikke bekræfter forskernes forventning, meget sjældnere bliver publiceret. Så det var virkelig vigtigt at vores antagelser ville vise sig at holde stik. Vi fik ikke verdens mest overbevisende resultater, men noget kom der ud af det, og undersøgelserne blev publiceret i ansete tidsskrifter. Årsagen hertil er højst sandsynlig at metoden var "fejlfri". Det var en metode til at erhverve sikker viden. Og tolkningen af resultaterne var enkel og let. Det var en dejlig sikker måde at arbejde på.

Hvor meget af denne metode er så anvendelig for en forandringsagent, der tilstræber at forske sammen med de udforskede? I Coghlan og Brannicks bog (ibid) beskrives metoden i aktionsforskning: Grundstenen er cyklus' er bestående af, at der på baggrund af kontekst og formål, sker en konstruktion (en fælles sag for aktionsforsker og "systemets" medlemmer) af et tema for forskningen, en hensigtsmæssig handling med henblik på at opnå en ønsket effekt defineres, handlingen gennemføres, og endelig evalueres effekten heraf. Processen kan gentages i det uendelige efter samme mønster. Og hvert af elementerne konstruktion,

planlægning af handling, handling og effekt af handling er omfattet af en refleksiv proces bestående af det at erfare, at forstå, at tage bestik og at handle.

I den lægevidenskabelige forskningsproces er erfaring, forståelse, at tage bestik og nøje planlægning af handlingen lagt ind i forberedelsesfasen, og når det først er overstået er der kun tilbage at udføre eksperimentet på nøjagtig samme måde det antal gange, der måtte være planlagt. Den naturvidenskabelige forsker sætter sin omverden i scene, så forsøgsbetingelserne er opfyldt. Resultaterne taler for sig selv. Fortolkningen af disse har meget snævre rammer, og forskerens personlige perspektiv er sagen uvedkommende.

I aktionsforskningen er alle led et produkt af at erfare, at forstå, at tage bestik og at handle. Og der skal koordineres mellem forsker og de udforskede. Aktionsforskeren kommer i langt højere grad til konstant at ligge under for sine egne erfaringer og forståelser og evne til at tage bestik end den naturvidenskabelige forsker. Aktionsforskeren har hele tiden sig selv som blind eller seende makker. For aktionsforskeren er det et must at gøre sig sine erfaringer, forståelser og antagelser klar og til tider gå ud og afprøve, om omverdenen reagerer som forventet. Der er ingen kontrol af den løbende påvirkning af forsøgsbetingelserne. Der bliver en vekselvirkning mellem forståelse funderet i erfaring og forforståelse, interaktion med omverdenen og heraf følgende ny erfaring og forståelse. Aktionsforskeren lever i en vekselvirkning mellem anden og første ordens kybernetik, hvor handlingen har første ordens karakter og refleksionen anden ordens karakter. Et billede herpå kunne også være denne veksling mellem refleksionen og handlingens domæne, som Søren Willert bruger i sin model "det optimalt selvudviklende system" (Willert, 2007). Implicit i denne betegnelse er, at optimal selvudvikling for et system indebærer både refleksion og handling.

Det har været en spændende proces at stifte bekendtskab med en verden, hvor min erfaring, forståelse og måde at tage bestik på kom i spil. I princippet er det sådan hele tiden, når lægerollen udøves. Og alligevel har den del ikke rigtig vægt og prestige blandt læger. Handlingens domæne fylder næsten det hele, og den lægelige erfaringsverden kommer kun meget lidt til udtryk. I et tidligere citeret interview blev det sagt, at "læger er bange for at fremstå dumme og uvidende. Og det sagte kan blive brugt imod én". I en kultur, hvor refleksionens rum er trængt, er det risikabelt for medlemmerne at reflektere offentligt, da utrænede stemmer sjældent vil lyde klare og velformulerede. Ydermere har personlig erfaring og forståelse tabt terræn i en verden, hvor evidensbaserede resultater baseret på positivistisk kvantitativ forskning har magten. Jeg tror, det er vigtigt for lægekulturen igen at give status til erfaring, forståelse og bestik både vedrørende patientbehandling men også vedrørende den enkelte læges forståelse af sig selv. Den nødvendige erfaring ligger i kulturen. Et tema for en forandringsagent kunne være at relancere lægekunsten, som er blevet fortrængt af lægevidenskaben. Det kunne fremme patientkontakten, kvaliteten i patientbehandlingen og øge arbejdsglæden samtidig med at det ville reducere risikoen for overbelastning af den enkelte læge.

Konklusion:

Mine erfaringer som forandringsagent har været med til at gøre det klart for mig, at lægerne ud over den nødvendige naturvidenskabelige skoling har behov for en skoling, der lægger vægt på og giver status til at erfare, at forstå, at tage bestik og at handle og at koordinere sig selv med andre parter, hvad enten det så er patienter eller parter i systemet. Lægevidenskaben med dens fokus på kvantitativ positivistisk tilgang har

fortrængt den erfaringsbaserede tilgang, der lå i lægekunsten. Handling har i nogen grad fortrængt refleksion. "Lægernes hus" ville blive rigere og stærkere af at skabe rum for såvel refleksion som handling. Det er et oplagt tema for forandringsagenten at relancere refleksionen og lægekunsten anno 2012.

Sammenfatning:

Jeg har lært om organisationen, at medlemmer under uddannelse til speciallæger og forskere kan have stærke og besværlige erfaringer vedrørende karriere, konkurrence og positionering. Det er blevet meget klart undervejs, at lægekultur ikke er én kultur men mange kulturer, og jeg har forsøgt at vise, at relationsdannelse er en vigtig faktor i spillet mellem systemer og individ. Når relationerne lykkes, er der i lægekulturen indarbejdede traditioner for at erfarne læger og forskere påtager sig roller som mentorer og vejledere.

Gruppecoachingen så ud til at have gjort nye interaktioner mellem systemer og individ mulige. Det virkede som om, deltagerne havde taget lidt af coachingens frirum med sig ud i deres organisationer. Der var skabt adfærdsforandringer, der kunne være med til at skabe bedre kollegiale relationer med stor betydning for arbejdsmiljøet. Betydningen heraf for organisationen bør ikke underkendes.

Coaching eliminerede ikke lægernes vanskeligheder med karriere, konkurrence og positionering, men den belastning disse vilkår skabte, blev reduceret i kraft af, at deltagerne blev klar over, at det var fælles vilkår.

Tre måneder efter coaching forløbet demonstrerede nogle af deltagerne adfærd som forandringsagenter, der arbejdede for at reducere arbejdsbelastninger og skabe bedre kollegiale relationer.

Jeg har erfaret to roller for forandringsagenten: Når der skulle sættes en scene for at skabe en ganske bestemt kontekst som i gruppecoaching sessionerne, var jeg som forandringsagent nødt til at træde i karakter og være garant for, at der skabtes et særligt rum, hvor fokuspersonen i fuld offentlighed kunne undersøge erfaringer, følelser og forståelser, som normalt ikke blev drøftet mellem kolleger i lægekulturen.

I forhandling af proces eller formål var jeg som forandringsagent medlem af gruppen uden at være det alligevel. I fælles afgørelser fremførte jeg mine synspunkter med de begrundelser, der lå bag. Det var helt ukompliceret. Denne rolle kaldes i konsulentjargon kaldes være førerhund i modsætning til ovenstående, der kaldes at være hundefører. Når en sag havde været drøftet i fuld åbenhed, var den fælles konklusion som regel let.

Mine erfaringer som forandringsagent har været med til at gøre det klart for mig, at lægerne ud over den nødvendige naturvidenskabelige skoling har behov for en skoling, der lægger vægt på og giver status til at erfare, at forstå, at tage bestik og at handle og at koordinere sig selv med andre parter, hvad enten det så er patienter eller parter i systemet. Lægevidenskaben med dens fokus på kvantitativ positivistisk tilgang har fortrængt den erfaringsbaserede tilgang, der lå i lægekunsten. Handling har i nogen grad fortrængt refleksion. "Lægernes hus" ville blive rigere og stærkere af at skabe rum for såvel refleksion som handling. Det er et oplagt tema for forandringsagenten at relancere refleksion og lægekunst anno 2012.

Systemets rammeforståelse og indflydelsen af denne på ændringsagentens muligheder for at kommunikere med systemet

Tekst: Tommy Midtgaard

Vi (LdL, MB og TM) vil i vores opgave godtgøre overfor systemet, at der er behov for coaching af læger. Denne tekst er et forsøg på at give læseren en forståelse af hvad det er for et system, vi har forsøgt at få i tale. Jeg vil ud fra eksempler på systemets handlemønstre belyse det teori grundlag systemet hviler på. Herunder kommer jeg ind på, hvorfor systemet må ændre sig på grund af nye udfordringer. Til sidst vil jeg argumentere for hvorfor systemet burde satse på coaching af læger og hvordan coaching kunne introduceres til systemet.

Der er i systemet en drift frem imod kommunikation som meningsskabelse. Det er et system, som er skabt til at løse lineært definerede opgaver. Er der for eksempel blødning fra et mavesår, må man operere for at lukke såret. Dette er en lineært defineret opgave, men skal man behandle årsagen til mavesåret er konteksten mere kompleks. Her kommer det lineære forståelsesparadigme til kort. For at interagere med den komplekse virkelighed må systemet også kunne bruge hermeneutisk tilgang til løsning af opgaver. Hermeneutik er vekselvirkningen mellem forståelse og forforståelse (se Lydias tekst). I tilfældet med mavesåret, er det så patientens behov alene at blive opereret eller er det også at finde ud af om der er en årsag i hans liv der gør, at han udvikler mavesår. I samarbejde med patienten kan man nå frem til en anden forståelse af problemet. Der opnås hele tiden ny viden og dermed nye forforståelser.

Systemet er af praktiske grunde tvunget til at have et landkort, for på den måde at kunne agere som "eksakt" videnskab i et kaosfelt. Det skal forstås således, at når den menneskelige organismes funktion er så kompleks som den er, er man nødt til at have en vedtagen normalitet, som man så kan handle ud fra. Når blodprøverne viser nogle bestemte værdier, er det den og den sygdom det drejer sig om.

Med dette menes, at man vedtager hvad der er rigtigt i en bestemt sammenhæng. Det kan være vedtagelse af, at man ved randomiserede, dobbelt blindede undersøgelser finder evidens for selve den somatiske behandling. Når man ser, at det er nødvendigt at behandle det hele menneske og ikke "maskinen", bliver der behov også for kvalitativ tilgang og dermed bliver der en kobling mellem positivismen og hermeneutikken. Da det er to helt forskellige videnskabsteoretiske tilgange, vil det nødvendigvis give problemer.

Det problem vi støder på er primært, at det er svært ud fra evidens baseret forskning at dokumentere at coaching virker. *Evidens baseret coaching*, blev formuleret af Grant (2003) for at skelne mellem professionel coaching, funderet på bred empirisk og teoretisk viden, og coaching udviklet ud fra en mere "populær psykologisk" udviklings genre. Med dette menes coaching formuleret som: "livs coaching", "par coaching" og andet i den retning.

Hvis vi ser på coaching som evidensbaseret i gængs naturvidenskabelig forstand, så stilles der krav om randomiserede dobbelt blindede forsøg. Man kan selvsagt ikke foretage coaching dobbelt blindet, da det jo ville indebære, at både coach og coachee var uvidende om der ved undersøgelsen foregik coaching eller ej. Det er nødvendigt at man kan bruge ordet, evidensbaseret, i en sammenhæng, hvor man kan omsætte

undersøgelses resultater til at forbedre klinisk praksis og dermed forbedre udkommet af coaching (*Evidence Based Coaching Handbook*, Stober, D.R., Grant, A.M., 2006).

I en review artikel fra 2010¹ er der foretaget en gennemgang af 101 videnskabelige undersøgelser af coaching. Af disse var 11 randomiserede. Det problematiske er ifølge artiklen at måle selve effekten af coaching, kun i et studie målte man på sygefravær, dette var lavere end uden intervention. Øvrige mål viste: mindre stress, udbrændthed og større tilfredshed:

”There have been only two randomised controlled studies of workplace coaching. Deviney (1994) examined the efficacy of supervisors acting as internal workplace coaches, finding no changes in supervisors’ feedback skills following a multiple-rater feedback intervention and coaching from their managers over nine weeks. Duijts et al., (2008) examined the effectiveness of coaching as a means of reducing sickness absence due to psychosocial health complaints. On wellbeing outcomes they found significant improvements in health, life satisfaction, burnout, psychological wellbeing but no improvement in self-reported sickness absence; showing that coaching can enhance the general well being of employees. There has been only one randomised controlled study of the effectiveness of executive coaching, with participants receiving 360 degree feedback followed by four sessions of executive coaching. The coaching was found to improve goal attainment, increase resilience, and reduce stress and depression (Grant et al., in press).”

Denne artikel er coachingfeltets bedste bud på hvad evidens kan indebære. Der er stadig lang vej hen mod lægevidenskabelig overbevisningskraft, så derfor er spørgsmålet: Hvordan argumenterer man så for nødvendigheden af coaching? Jeg vil argumentere for at, de fordele coaching har på det fagpersonlige plan, kan give fordele i forhold til de 7 udfordringer for sundhedsvæsenet, jeg senere skitserer.

Til sidst vil jeg beskrive hvordan vi reelt kontaktede systemet, hvad vi fik ud af det og hvad vi lærte af det.

Doktor, jeg har ondt

Her har vi noget man kan forholde sig til, der er en der har ondt. Vi må finde årsagen, så vi kan gøre noget ved det. Hvor ville det være let for vores sundhedsvæsen, hvis alle problemer kunne løses ud fra den simple lineære årsags-løsnings metode.

Sundhedsvæsenet beskæftiger sig med mennesker og dermed uundgåeligt med kommunikation og relationer. I mange år har lægen været en autoritet, som med sikker hånd og uden at blive udfordret af patienten, behandlede dårligheder ud fra vedtagen symptomatologi. Hvis patienten frembød de og de symptomer, var behandlingen sådan og sådan.

I dag bliver denne holdning udfordret, som en lignende holdning for 20 år siden blev udfordret i folkeskolen, hvor det var læreren, der var den der havde viden. Eleverne skulle kunne svare det der var accepteret viden, ikke udfordre denne. Senest er det universiteterne der har måttet gennemgå en ændring frem mod mere uautoritær videns formidling.

¹ Grant, A. et al. (2010) 'The State of Play in Coaching Today: A Comprehensive Review of the Field' International Review of Industrial and Organizational Psychology 2010 Volume 25 pp.125-167

Jeg er ikke i tvivl om, at den øgede mulighed for at søge viden, som for eksempel via internettet, har været medvirkende til at stille spørgsmål ved den lærebogs viden, man præsenteres for. Dette gælder også patienter i sundhedsvæsenet. Mange har "Googlet" deres lidelse eller symptombillede, inden de kommer på sygehuset. Det er ikke længere muligt for lægen at behandle uden at have kendskab, til mulige behandlingsalternativer og i det hele taget nyeste forskning/viden. For den ældre generations vedkommende møder lægen måske mere udfordringen fra pårørende.

Lægen bliver altså nødt til at inddrage patienten i behandlingen, så lægen får en medvirkende rolle når patientens lidelse skal udredes. Kybernetik er læren om styring af systemer på baggrund af feedback. Kybernetik (Maturana, 1987) af første orden kan i læge-patient relationen ses som et system, hvor lægen, som objektiv ekspert, betragter patienten og behandler ud fra det observerede. Når udviklingen går mod at få et mere holistisk billede af patienten, kan lægen ikke ses som stående udenfor og betragte systemet (her patienten), men er selv en del af relationen og det der betragtes, såkaldt 2. ordens kybernetik. Et eksempel på kybernetik af anden orden er fænomenet "placebo" i medicinske forsøg. Placebo er et udtryk for den behandlingseffekt en forsøgsperson opnår uden at have fået det aktive stof man undersøger. Hvis man undersøger effekten af et smertestillende præparat A og holder det op mod et inaktivt præparat B, f.eks. kalktabletter, så vil der være helt op til 25 % af forsøgspersonerne der får præparat B, der oplever smertestillende effekt. Denne effekt kaldes placebo. Der er et samarbejde mellem forsøgsperson og undersøgeren og det viser man ikke kan undersøge et system uden at påvirke systemet.

Hvor vil jeg så hen med dette? Jeg tænker, at hvis man har en "lidelse" i et system der overvejende beskæftiger sig med kybernetik af første orden, kan det blive svært at argumentere på grundlag af kybernetik af anden orden. Lad os sige "lidelsen" er, at læger er dårlige til at kommunikere og forholde sig relationelt til patienterne. Patienterne klager over, at de ikke kommer i kontakt med systemet. Reaktionen fra systemet kunne så være (og har også været!) at indføre kontaktkort, så patienten vidste, hvem de skulle henvende sig til.

Hvorfor hjalp det ikke? Her kommer det nævnte system til kort, idet det ikke formår i særlig grad at se det med anden ordens kybernetisk perspektiv. Patienterne efterspørger at lægen viser tilstedeværelse som en person og ikke kun som læge. Med dette menes at der efterspørges et relationelt møde i øjenhøjde. Patienten er ikke kun interesseret i en reparation. Som det er nu henvises patienten til hospitalet med en diagnose. Patienten mødes af en læge i kittel(reparationen), udspørges om symptomer og får så lavet nødvendige undersøgelser, f.eks. røntgen og blodprøver. Når svarene foreligger fortæller lægen hvordan han/hun har tænkt sig at behandle. Patienterne efterspørger, at de bliver taget med på råd og behandlingen foregår i et samarbejde. Dette kunne være en årsag til kontaktkortets manglende succes.

Det jeg nu har nævnt, er det så reelt et problem for sundhedsvæsenet. Ja, idet der via både Patientklagenævnet og direkte klager til afdelingerne, beskrives dette, at kommunikationen er dårlig. Altså, dårlig kommunikation i mødet med patienten, men også indirekte, idet klager over behandling eller undersøgelse, ville kunne være undgået, hvis patienten var ordentlig informeret.

Set fra patientens synspunkt tyder klagerne på dårlig patient-oplevet kvalitet. Hvis man betragter det som et firma, har man ikke i længden råd til utilfredse kunder. Man har i sundhedsvæsenet, arbejdet meget med kvalitetsstyring og stadig forbedring af behandlinger. Det er på tide at skabe klarhed over hvad det er, der

giver patienterne de dårlige oplevelser i mødet med systemet. Det er her jeg tror fokus skal være mere på det relationelle. I en oversigts artikel Ugeskrift for læger, står blandt andet(Ugeskr Læger 2006;168(40)):

".... De problemer, der afdækkes, peger imidlertid på, at der er væsentlige kommunikationsproblemer, der prioriteres højt af patienterne. Der efterlyses bl.a. mere fyldestgørende information, mere lydhørhed og større inddragelse af patientens perspektiv"

Man kan ikke fortsætte med kun at sætte ind med tiltag, der har rod i første ordens kybernetik. Her menes, man kan ikke rette ind på de enkelte områder patientklagerne omhandler, men se mødet "system-patient" fra et bredere perspektiv.

7 udviklingstendenser

Vi har et system der presses til at bevæge sig mod 2. ordens kybernetik. Kommunikation som meningsskabelse. Jeg liner 7 udviklings tendenser op, for på den måde at argumentere for, at systemet har et behov for coaching. Der er i systemet en historisk drift mod, at det behov vi ser, er blevet mere og mere tydeligt og der er flere udviklings tendenser, der peger i den retning.

1) *Tværfaglighed* kan have flere udtryk, den kan være multidisciplinær, interdisciplinær eller transdisciplinær. Den multidisciplinære tværfaglighed på sygehusene har til en vis grad altid eksisteret, det handler om at flere faggrupper er engageret i patientens behandling, men arbejdet fra de forskellige faggrupper er adskilte ved alt andet, end at få patienten udskrevet. De andre former for tværfaglighed er karakteriserede ved at faggrænserne bliver mindre skarpe. Det vil sige der bliver mere flydende grænser for hvilke faglige opgaver den enkelte medarbejder kan udføre. Der bliver hermed en øget fleksibilitet i udførelsen af de opgaver man har. I en tid hvor man skærer drastisk på bemanningen på hospitalerne, er man afhængig af stor fleksibilitet mellem de enkelte faggrupper. Flere opgaver der tidligere var lægeopgaver, er nu sygeplejerskeopgaver, f.eks. knoglemarvs undersøgelser.

Det har vist sig, at en stor del af de udskrevne patienter bliver genindlagt, fordi der ikke var taget hånd om de forhold patienten blev hjemskrevet til. Tværfaglige teams dannes f.eks. med deltagelse af læge, sygeplejerske, fysioterapeut og repræsentant fra hjemmeplejen. På den måde får man taget hånd om patienten, såvel somatisk som psykosocialt.

2) *Privatiseringen* har sat fokus på service og det, at patienten skal behandles som en "kunde", og kunden har jo som bekendt altid ret. Der er en tendens til at patienterne føler sig mere vigtige, når de indlægges et sted med eneværelse, fladskærms TV og et menu kort. Det at man på offentlige hospitaler ikke har ry for at have patienten som person i centrum, spejles måske i det at man i hvert fald føler sig vigtig, hvis der er gjort meget ud af omgivelserne, som på det private hospital. Det er jo når alt kommer til alt for 90% vedkommende de samme læger, der arbejder på begge lokaliteter. Kan der mon være så meget kultur gemt i "væggene" på de offentlige hospitaler, at de samme læger

opfører sig anderledes der? Måske er det mere et udtryk for at værdien af det arbejde der skal udføres, bliver tydeliggjort ved det, at der betales penge. Hvis en patient opereres på et privat hospital, ved alle medarbejdere at denne patient, har betalt f.eks. 35.000 kr. for at få fjernet galdeblæren. I det offentlige system, er det en patient mere på operationsprogrammet.

3) *Patientklager* i sundhedsvæsenet går i høj grad på manglende kommunikation som det fremgår af dette uddrag fra en oversigtsartikel (Ugeskr Læger 2006;168(40)):

”... På trods af de klare lovmæssige krav er utilfredsstillende kommunikation mellem sundhedspersonalet og patienterne et af de områder, der i de senere år har været genstand for megen opmærksomhed. Utilfredsheden kan aflæses i medierne, i tilfredshedsundersøgelser og i Patientklagenævnets sager; mange sager afspejler, at dårlig kommunikation mellem sundhedspersonalet og patienten er en væsentlig årsag til, at patienten er utilfreds”

Som man ser, er systemet klar over, at der er en problemstilling der bør tages hånd om. Der har nu gennem de sidste par år været, hvad man kunne kalde sporadiske tiltag med supervision eller coaching.

4) *Information mellem sundhedspersoner* er en anden af de store udfordringer. Et af de områder hvor der er kvalitetsproblemer er ”overgange” hvilket i hospitalssprog betyder at en patient går fra et afsnit til et andet osv. Dette er et af de store kvalitetsbrist i sundhedsvæsenet, ikke kun i Danmark, men i hele verden. Den optimering af organisationen der kræves kan udledes af *Oplæg til selvundersøgelse (fra teambuilding)*². Her står blandt andet:

.... ” Organisationsmedlemmerne begynder – med bekymring – at fornemme deres egen organisation som i virkeligheden sammensat af flere organisationer-i-organisationen, hver med sin opgavebaserede identitet.

Spørgsmålene på spørgegeark 2 handler på denne baggrund om kvaliteten af de relationer – baseret på samarbejde, eller måske snarere modarbejde? - der gør sig gældende på tværs af den store organisations mindre enheder....

De enkelte afdelinger lever hver deres liv, nærmest som en spejling af hvordan hospitalerne til dels lever deres eget liv. Det vil sige patienten flyttes rundt mellem forskellige systemer og i den proces går der viden tabt, hvis man ikke er meget opmærksom på kommunikation i overdragelser. Kommunikation foregår lettest mellem personer der er i dialog og som træner denne kompetence på lige fod med den øvrige faglighed.

² i Willert, S. (1996) Dialogiske konsulentmetoder. I: Alrø, H. (red.) *Organisationsudvikling gennem dialog*. Ålborg: Aalborg Universitetsforlag.

5) *Information til patient og pårørende* er et kvalitets krav i dag, nok mere end tidligere. Den Danske Kvalitets Model (DDKM) fordrer, at hospitalerne har retningslinjer for information af patient og pårørende, samt at det dokumenteres.

Frontløberen fra vores interviews har på egen krop oplevet det, at der ikke bliver kommunikeret tilfredsstillende med pårørende. Faderen er meget syg og hun oplever sig ikke inviteret til at være en del af det der foregår omkring hans behandling. Hun giver udtryk for, at man som lægen skal kunne rumme patient og pårørende og lytte til dem. Reelt taler hun om at gøre det jeg tidligere nævnte, at patienten vil mødes af en person.

”...der er rigtig mange læger og sygeplejersker og sundhedsfaglige pårørende derude, og det får også betydning for mig på den måde, at man skal opføre sig ordentlig...ikke

”... Og at man behandler folk med en vis respekt. Sådan forventer jeg også selv at blive behandlet....”

6) *Værdikonflikten i sundhedsvæsenet*. Der som aldrig før fokus på sundhedsvæsenet, det er blevet endnu vigtigere, at man som samfund får valuta for pengene. Det at prioritere opgaverne, så man får mest for skattekrone og behandler flest mulige patienter, har været en lægeopgave. Man mente tidligere, at lægen bedst kunne foretage den barske *return of investment*-vurdering af hvem man skulle behandle, og hvem man ikke skulle behandle, fordi behandling ikke kunne give overlevelse, svarende til udgiften. Dette bliver nu næsten ugentlig udfordret af pressen og efterfølgende af politikerne. Der kommer pres fra patient organisationer om behandling af netop deres sygdom. Det er vigtigt som hospital og læge, sagligt, men også empatisk, at kunne formidle det faktum, at der kun er en vis sum penge at behandle for. Man kan ikke bruge penge på behandlinger, som ikke kan dokumenteres at virke eller behandlinger som kun har kort livsforlængende effekt. Heroverfor står så en patient der bliver ramt af denne prioritering og det bliver mere tydeligt for den almindelige borger, hvad prioritering indebærer. Det kunne for eksempel være et spørgsmål om man skal sende en patient til udlandet for at få en behandling der koster flere millioner kroner. I bedste fald giver denne behandling patienten et år mere at leve. Skal man i stedet operere 200 patienter for grå stær og give dem en livslang øgning af livskvaliteten og måske øget arbejdsevne og dermed skattekrone. Der er ikke et endegyldigt svar på dette dilemma, men hospitalerne er ikke et isoleret system, de er en del af hele det komplekse samfund. Alt i alt er det problematikken om teknisk kunnen, der overstiger økonomisk kunnen.

Privathospitaler er gennem de sidste 10 år vokset i antal, til dels fordi der har været uacceptable ventetider i det offentlige system og fordi virksomheds betalte sundhedsforsikringer er mere udbredte. Der er indført behandlings garanti, hvilket betyder, at hvis det offentlige hospital ikke kan behandle patienten indenfor en fastlagt tid, har patienten krav på behandling i privat regi. Dette medfører yderligere pres på prioriteringerne i det offentlige sundhedsvæsen.

7) *Det relationsfølsomme lægeliv.* ” Altid trøste, oftest lindre og stundom helbrede”, er ord der tillægges Hippokrates. Man kan kun trøste, hvis man kommunikerer med patienten på det personlige plan. Det bliver mere og mere nødvendigt, at lægen er til stede som en person i mødet med patienten.

Moderen fra vores interviews giver også udtryk for det vigtige i at være i kontakt med patienterne:

”.... der var lige tre gange den dag der var nogle der kom ind til mig og sagde at der har lige været en henne ved skranken og spørge ’ hvad hed hende der vi har inde ved for det var vel nok en sympatisk læge (I: griner) og det var tre gange på en dag og det var simpelthen så rart. Jeg må have været meget empatisk den dag fordi jeg var lidt træt æææh ..(griner) så var jeg ekstra empatisk overfor mennesker den dag der også var trætte og syge. Og da synes jeg faktisk også at jeg får meget direkte fra pt. man kan jo mærke om der er en god kontakt, jeg synes det er enormt givende at arbejde med pt. og da synes jeg at jeg får enormt meget igen.”

Når man som arbejdsgiver kræver af sit personale, at de skal investere mere af deres person i arbejdet med patienter, bør man også tilbyde den støtte det kræver. Jeg tænker på de tilbud, man længe har haft indenfor dele af sundhedsvæsenet.

Jeg har nu linet de 7 udviklingstendenser op, som er med til at belyse en efterspørgsel i systemet, der handler mere om kommunikation og dialog end den vanlige sundhedsfaglige tilgang. Hvis man ser på de tendenser der er, strækker de sig fra noget der handler om det rent samfundsmæssige over til den enkelte patient og videre ind i selve hospitalsvæsenet og de ansatte sundhedspersoner.

Samfundet er i dag mere optaget af hvad der foregår i sundhedsvæsenet end for 30 år siden. Derfor kræves også en anden form for transparens end tidligere. Der er kommet fokus på skatte trykket og dermed en interesse i hvad skattekronerne går til.

Privathospitalerne har stor succes med at møde patienterne, så disse føler de er vigtige. Der bliver gjort meget ud af kommunikation og at omgivelserne er imødekommende. De behandlinger der foretages, er de samme som på det offentlige hospital, men patienterne oplever at kvaliteten er højere på det private hospital.

Hvad gør systemet for at imødekomme de nævnte udfordringer

Privathospitalerne er med til at vise det offentlige hospitalsvæsen, at den oplevede patientkvalitet er noget man skal satse mere på. En af måderne er, at patienterne skal føle sig mødte, når de kommer på hospitalet. Dette stiller krav til sundhedspersonalet i form af gode kommunikative evner. Når man så skal undersøge effekten af de tiltag man laver på dette felt, må man ty til kvalitative undersøgelser, igen en udfordring for et system, der som tidligere nævnt, sætter mest lid til randomiserede dobbelt blindede undersøgelser.

Resultaterne fra disse kvalitative interviews eller kvantitativ spørgeskema undersøgelse, understøtter forventeligt det, patientklagerne viser³. Der er dårlig kommunikation mellem læge og patient, patienten føler sig ikke mødt. De oplever, at der er dårlig interpersonel kommunikation. Patienten oplever dårlig kommunikation, når de har skullet give de samme oplysninger gang på gang samt, at "den ene hånd ikke ved hvad den anden gør". Patientklagenævnets afgørelser er frit tilgængelige på internettet.

Hvordan kan man så hjælpe lægerne til at blive bedre til denne disciplin, altså dialogen med patient og pårørende. Der har allerede været en udvikling på det område, set over en årrække. De læger der ikke kunne/ville tale med patienter er der efterhånden ikke mange af.

Coaching

Coaching er brugt i mange sammenhænge: *Life coaching*, *kinesiologisk coaching*, *executive coaching* og meget andet mere eller mindre lødigt. Faktisk får man 277 mio. hits når man googler coaching! Det er ikke med til at lette adgangen til at introducere det i et positivistisk orienteret system som sundhedsvæsenet. Det havde været gavnligt med en autorisation.

Den vanlige forståelse af supervision i sundhedsvæsenet er, at man har samtale med mere senior kollega omkring faglige problemstillinger.

Det viser sig, at når man først er blevet coachet og har en ide om hvad det indebærer, er det lettere at udbrede, men det kommer jeg ind på senere. De områder af sundhedsvæsenet, hvor patientsamtalen er det primære, er reservationen mindre overfor hjælpesamtaler som supervision og coaching. Her tænkes på psykiatri og palliative teams, som nævnes senere og som arbejder med patienter i personlig krise ved livets afslutning. Man kan forestille mig, at de læger der beskæftiger sig med disse samtaler også bliver opmærksomme på, at man er nødt til at have mulighed for at bearbejde det man udsættes for. Når man taler med patienter med krise i selve livets fundament, kan lægen også rammes i sin personlige sfære. Hvordan så med kirurgen? Han eller hun har ikke behandleremotionaliteten og indlevelse i sin "værktøjskasse", men skal have en god skalpel. Man kunne endog argumentere for, at det kunne virke effektivitetsblokerende, at vedkommende var emotionel eller indlevende. Tværtimod er det utopi at tro, at man ikke påvirkes emotionelt af at opleve medmennesker i nød, smerte eller krise. At man ikke direkte bruger sin emotionalitet og indlevelse som "værktøj", er ikke det samme som at sige ens generelle funktionsniveau ikke kan være påvirket. Hvis kirurgen har oplevet noget emotionelt traumatiserende, kan det påvirke hans arbejdsevne. Der er måske et sygt barn derhjemme eller konen er ved at gå fra ham. I disse tilfælde vil de fleste læger vide de nok ikke præsterede maksimalt. Det er selvfølgelig også i privatsfæren, men viser at det emotionelle påvirker præstationen. Så selv om kirurgen ikke skal bruge disse "værktøjer" i sin faglighed, så påvirkes hans faglighed generelt hvis han er ude af balance emotionelt.

I det daglige er kirurgens arbejde mere som "lonely rider", hvor både psykiateren og palliationen arbejder i tværfaglige teams omkring den enkelte patient. De sidst nævnte får mere øvelse i at samtale om de problemstillinger, de står overfor og derfor bliver mere klare på, om det er noget de skal have hjælp til.

³ Ugeskr Læger 2006; 168 (40):3437

Hvad vi gjorde for at kontakte systemet

Jeg gennemførte i 2010 coaching af KBU læger (Læger i Klinisk Basisuddannelse). Der var stor tilslutning til dette initiativ, der omhandlede det at komme fra eksamensbordet og ud i klinikken, praksis chok.

Jeg har valgt at bringe dette uddrag af artikel i Ugeskrift for læger, fordi det dels afspejler mine førerfaringer med coaching af læger og dels coachingtemaets væsentlighed:

Fem spørgsmål til SG, KBU-læge, akutafdelingen, Regionshospitalet Randers:

Hvorfor har du takket ja til coaching?

”Der er hele tiden fokus på det faglige, men selve lægerollen er ny for os. Dertil kommer, at andre faggrupper har fælles frokostpauser, hvor de deler oplevelser, tvivl. etc. Det har vi hverken kultur for eller tid til. Den form for evaluering og debriefing higer vi efter”.

KBU'en skulle jo netop udmærke sig ved at lære jer at være læge?

”Jo, men der er ikke fokus på de forskellige lægeroller i hverdagen. Her er det det faglige, der er i fokus”.

”Står man lidt som Bambi på isen?”

”Jamen, det gør man jo i et eller andet omfang. Man har masser af faglighed, men næsten ingen erfaring. I begyndelsen er alt potentielt livstruende. Det er vildt pludseligt at være den, der står med ansvaret. Men noget af det sværeste er at påtage sig lederrollen over for sygeplejersker med mange års erfaring. Det kan være svært at modargumentere, når ens erfaring er så sparsom. Netop forholdet til sygeplejerskerne er noget af det, vi drøftede rigtig meget. Det var en lettelse at opleve, at det var et generelt problem blandt os”.

Hvad er svært i forhold til patienter og ældre kolleger?

”Jeg oplever ikke de store problemer i forhold til patienterne - de stoler på mig. At være ung og lyshåret har ikke – modsat hvad jeg måske havde forventet – været en ulempe.

Nogle iblandt os har haft uheldige sammenstød med ældre kolleger og generelt oplever vi mangel på feedback. Det får os til at tvivle på, om det vi laver, er godt nok”.

Er der barrierer forbundet med at udstille sin tvivl, usikkerhed o. lign. i coaching-gruppen?

”Nej, det er ikke min oplevelse. Og man oplever jo hurtigt, at man ikke er alene. Fx fik erfaringsudvekslingen i gruppen mig til at sige til en sygeplejerske, at jeg syntes, at hun talte lige lovlig hårdt til mig og jeg spurgte, om ikke vi skulle bestræbe os på at samarbejde i stedet for” (Ugeskr Læger 2011;173(2):96).

Samtidig var Lydia begyndt et noget større projekt med coaching af læger i hoveduddannelse (HU-læger). Blandt HU-lægerne var der ligeledes begejstring for denne tilgang. Vi var ikke i tvivl om, at det skulle blive til et tilbud til alle uddannelsessøgende læger. Vi måtte bare finde ud af hvordan vi skulle få det ud i systemet.

Der forelå interviews af HU-lægerne fra Lydias projekt. Vi transskriberede disse 7 interviews for at analysere dem og finde de problemstillinger HU-lægerne gav udtryk for. Ud fra dette begyndte vi en konstruktion af spørgsmål. Vi ville finde ud af om de problemer der blev udtrykt i interviews var generelle for HU-læger.

Vi valgte at lave en spørgeskema undersøgelse. Vores egen erfaring var, at det kunne være svært at kontakte dette system som udenforstående, men da to af os var overlæger i systemet, var det nok ikke så besværligt. Dog mente vi at kende systemet godt nok til at vide, det kunne blive en lav svarprocent, men dog høj nok til det kunne anvendes til vores undersøgelse.

Som det også fremgår af opgavens indledning viste det sig at være endog meget lav svarprocent. Hvad gik mon galt?

Jeg vil prøve at se på hvor der kan opstå problemer, når man forsøger at kontakte en organisation udefra. For at differentiere vil jeg inddеле undersøgelsen i faser.

- 1) Årsagen til vi laver undersøgelsen
- 2) Hvordan tilrettelægges undersøgelsen, med sigte på at få svar på det vi vil vide
- 3) Hvordan gennemføres undersøgelsen, rent praktisk
- 4) Hvad kan ellers gå galt

Årsagen til vi laver undersøgelsen

Som tidligere nævnt ville vi lave undersøgelsen for at vise at der var et behov for coaching af uddannelseslæger, i første omgang specielt HU-læger. Interviews viste, at der var et behov for disse hjælper-samtaler. For eksempel siger *filosoffen* i interviewet:

I: Ja, okay ... ja. Kan du huske hvad der så hjalp dig til at håndtere det dengang, for du gik vel ikke til coaching den gang.

F: Nej, (griner), nej det gjorde jeg ikke. Hmm, hvad hjalp mig den gang ... jamen jeg fandt en ældre kollega jeg aftalte med at hvis jeg havde et spørgsmål så mailede jeg, altså hvis jeg havde nogle ting jeg havde svært ved at lægge fra mig, så mailede jeg til vedkommende og så besvarede hun med om det var noget hun syntes jeg skulle tænke mere over eller om det var noget jeg skulle lade være med.

I: Ja. Du fandt jo faktisk din egen mentor.

F: Ja. Jeg havde en vejleder på daværende tidspunkt der var sådan meget menneskelig, så det fungerede egentlig fint, det hjalp. Men det tog også lang tid at komme på den ide, et halvt år eller sådan (I: Okay) .. lidt fantastisk at det kan tage så lang tid at tænke sig om til det, men ... ellers så brugte jeg Ja det ved jeg egentlig ikke ... det er lidt svært ..."

Han havde selv fundet en person der kunne hjælpe gennem samtale. Det viser et behov, som ikke er sat i system, idet han selv måtte bruge et halvt år på at finde ud af hvad der kunne hjælpe ham videre.

På samme måde udtaler *perfektionisten*:

"I: Er der noget i det her coaching forløb, hvad skal man sige, understøttet i forhold til det der med konkurrence, håndtering af det med konkurrence

F.: Øh Det ved jeg ikke. Nej fordi det som jeg har fået mest af med det her coaching, fordi jeg har haft det her problem med at alt skal være perfekt, jeg skal ikke have nogen kritik og alle de her ting, så må man lære at sådan er livet altså, man får kritik, og jeg laver mit bedste og jeg laver med god vilje fordi jeg vil hjælpe den her person og hvis jeg har lavet en fejl, men jeg kan sige til sig at det er ikke helt på plads jeg får det dårlig - grin

I: Ja

F: - stadigvæk – grin"

Hun giver udtryk for at hun har fået hjælp af coachingforløbet og selv om det ikke lyder som om hendes stræben efter perfektion er forsvundet, så lyder det til at hun ser på det med andre øjne. Hun siger: "jeg har haft det her problem med at alt skal være perfekt". Det er altså ikke helt så vigtigt mere at være perfekt. *Moderen* giver også udtryk for at coaching har hjulpet hende, men hun udtaler at kunne have brugt det tidligere:

" I: Ja eller normer omkring hvordan man skal være (F: ja), ja okay, så det at ha et rum hvor det er legitimt at være i tvivl og usikker og sådan noget det ville ha' været en styrke?..."

"...F: Ja, og også specielt at det er en lukket fast kreds og at alle gør det. Jeg tror vi brugte formuleringen "at lade maskerne falde" på et tidspunkt....."

"...F: Øh .. man kan sige ... det er jo et Øhm .. andet sted i min identitetsskabelse jeg er nu, fordi jeg er i gang med en specialist uddannelse og skal finde min identitet som specialist....."

Psykiateren har endog selv konsulteret en psykolog for at få hjælp i starten af karrieren hvor hun blev angst for at have vagt.

F: Nej...altså, jeg betalte jo for min egen psykolog der (I: Ja)..(griner lidt).

I: Så kunne man sige, altså hvis nu du havde haft mulighed for coaching der, så havde det været velvalgt, ikke?

F: Det ville have været helt fantastisk (I: Ja) at finde ud af, at jeg ikke var alene, for det tror jeg egentlig ikke, jeg var.

I: Nej, det har du jo egentlig også oplevet ved at være i gruppen her ikke..eller opdage at alle bøvler jo med et eller andet.

F: Ja, og det er jo nemlig noget det det, der var fedt at se (I: Ja) at man..."

Som man kan udlede af disse interview uddrag, er der et åbenbart behov for coaching eller i hvert fald en form for hjælpersamtaler. Det var blandt andet det, der var vores grundlag for at lave undersøgelsen. Vi ville finde ud af, om de personer der blev interviewet, var et repræsentativt udsnit af HU-læger. Var deres problemstillinger et udtryk for hvordan HU-læger generelt havde det i dette system.

Hvordan tilrettelægges undersøgelsen med sigte på at få svar på det vi vil vide

Vi vælger at konstruere et spørgeskema, i hvilket spørgsmålene skal belyse det førnævnte. Vi får ikke gjort os overvejelser om at indvie modtagerne af spørgeskemaerne i vores egentlige forehavende. Vi ville nemlig påvise et objektivt behov for coaching. Vi vil ikke selv påvirke vores respondenter gennem ledende spørgsmål. I bedste *double blind* stil tager vi vare på, at de er uvidende om, hvilken slags videnskabeligt eksperiment, de deltager i. Til gengæld udformer vi spørgsmålene, så vi gennem objektiv statistisk analyse af svarene, kan nå til den konklusion, ganske uafhængigt af den mening, vores respondenter evt. selv har ønsket at give udtryk for. Vi analyserer altså først interviews, herefter konstruerer vi en virkelighed for HU-læger: Sådan er det, i objektiveret subjektiv forstand at være HU-læge på hospitalet. Ud fra denne nykonstruerede virkelighed formulerer vi spørgsmål, der skal afgøre, om de der svarer spørgsmålene, også er i denne virkelighed – men uden at vi gør os den ulempe at indvi dem i, hvilken virkelighed det drejer sig om. Jeg bliver helt svimmel, når jeg her redegør for hvad vi egentlig gjorde i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen. Vi holdt ligesom skjult, hvad der var vores sigtemed undersøgelsen. Vi er alle tre, til en vis grad, forankrede i den naturvidenskabelige tankegang. Det virker som vi ville lave noget der nærmede sig det "dobbelblindede forsøg".

Hvad kunne vi have gjort anderledes? Vi kunne have afprøvet spørgeskemaet i forbindelse med et interview med HU-læger, der ikke havde deltaget i coaching forløbet. På den måde var vi sikkert tidligt blevet opmærksomme på, at vi lige så godt kunne spørge direkte om det vi ville vide: *"If you wanna know what's wrong with the client, try and ask him – he might tell you!"*

(Willert, upubliceret materiale)

Vær med andre ord transparent i forhold til det system du vil undersøge, spørg direkte.

Det, at vi så febrilsk søgte at "bevise", at der er behov for coaching, blev en hæmsko, fordi vi ville give denne sundhedsvidenskabelige organisation evidens den kunne forstå.

Hvordan gennemføres undersøgelsen, rent praktisk

Der er mange måder at kontakte en organisation på, når man vil foretage en undersøgelse som vores. Vi valgte at sende et spørgeskema via mail. For det, taler lethedens hvormed man får det distribueret og man kan, hvis modtagerne svarer, hurtigt komme i gang med analyse af resultatet. Set fra vores perspektiv, med en presset tidsplan, var det et godt valg. Der er imidlertid en del der taler imod denne fremgangsmåde.

Personerne i målgruppen må stole på vores integritet, da anonymiteten ikke kan sikres hvis svarene returneres på mail. Der var dog kun få der valgte at udskrive spørgeskemaet og sende svaret anonymt via intern post. Dette tyder på at anonymitet, i dette tilfælde, ikke spillede den store rolle.

Selv om der kunne responderes via E-mail, var proceduren lidt besværlig, idet målgruppen, først skulle gemme, herefter udfylde og så igen sende vedhæftet fil. Risikoen for at mailen slettes er også til stede, især i en organisation, hvor mail mængden er så stor. Et decideret online spørgeskema ville være at foretrække, et sådant kan man udfylde når der er tid og også genoptage besvarelsen, hvis man afbrydes af arbejdet undervejs. Det er ligeledes muligt at sikre anonymitet og alligevel foretage påmindelser. Problemet er, at det er et professionelt værktøj, der ikke er lige til at gå til.

Interview, evt. som semi-strukturerede, kan give megen information, der er dog et stort arbejde med transskribering og analyse.

De her nævnte muligheder for at undersøge en organisation, lider alle under at det kan dreje sig om en organisation der er "mættet" med spørgeskemaer og andet. Dermed er medlemmerne af organisationen mindre tilbøjelige til at deltage. På hospitalerne kan det være APV (Arbejdsplads Vurdering) ,AMU (Arbejds Miljø Undersøgelse) eller det nye TU-LE (Tilfredsheds Undersøgelse-Leder Evaluering). Ud over disse kommer der mange spørgeskemaer fra forskellige forskere fra Universiteterne eller andre læreanstalter.

Hvad kan ellers gå galt

Når jeg formulerer punktet således, er det fordi det er meget vanskeligt at søge oplysninger om en organisation udefra. Det jeg har beskrevet indtil nu, er mere teknisk eller praktiske problemer man skal forholde sig til.

Problemet er, at man som udenforstående forsøger at kommunikere, men kan kun gætte på hvad diskursen er i målgruppen. Det er rigtigt at Lydia og jeg er overlæger i systemet, men der er forskel på den diskurs vi er en del af og den diskurs der hersker blandt uddannelsessøgende læger. Det er lettere for mig i min position at sige, at jeg gerne vil have coaching, jeg tør godt sige, når jeg finder noget er svært. En læge i uddannelse er, som det bliver nævnt i et interview, i en konkurrence situation. Hvis de viser svaghed, er de bange for, at en anden vil blive foretrukket.

Moderen siger noget om dette:

"I: Jeg har sådan et afsluttende spørgsmål. Nu du har været med i det her coaching forløb, kan du se den metodik eller den gruppe kan være brugbar for dig i fremtiden?

F: Jeg synes faktisk det var et rigtig godt forum, netop og tage de der, det er jo ikke lægefaglige, men professionelle problematikker med ind, netop som jeg siger fordi det er folk der har indsigt i det, har insider viden, men stadigvæk neutrale. Og så kan man sige at man godt kunne etablere sådan noget inde på sin afdeling, men jeg ville ikke kunne gøre det her med mine med kursister. Det skal være på tværs af specialer helst ikke mere end en fa hver speciale. Måske de praktiserende læger ikke betyder helt så meget for de er ikke helt så meget i konkurrence som os andre, men jeg tror de fleste andre specialer ville det lægge lidt

et bånd på en for man står i direkte konkurrence om stillingerne bagefter og der kan være grænser for i hvor høj grad man har lyst til at blotte sin tvivl, sin svaghed og sin usikkerhed øhm..

Hun giver klart udtryk for, at selv om hun mener coaching er ønskværdigt, er det tvivlsomt om man kan lave de nødvendige trygge rammer: " *der kan være grænser for i hvor høj grad man har lyst til at blotte sin tvivl, sin svaghed og sin usikkerhed*"

Jeg vil prøve at forklare det med at "lande" i en diskurs, som er anderledes end man tror, ved at give et eksempel fra min dagligdag(Det er lidt langt, men jeg mener der er behov for at læser kommer helt ned i detaljen inden pointen):

På et hospital i Jylland, skal der etableres en Akutafdeling. Den ide, Akutafdelingen repræsenterer, er en stor forandringsproces i sundhedsvæsenet. Det betyder nemlig at man vil ændre på den måde man håndterer akutte patienter. Tidligere blev patienterne indlagt på den afdeling, som man skønnede deres symptomer modsvarede. Altså en patient med ondt i maven, kom på en kirurgisk afdeling. Senere kunne det så vise sig at patienten havde debut af sukkersyge og det medførte så flytning til en medicinsk afdeling. Nu vil man optimere patientforløbene og undgå unødvendige flytninger. Alle akutte patienter skal vurderes på Akutafdelingen, først når den indledende udredning er foretaget kan patienten flyttes til relevant sengeafdeling.

Der skal ligeledes gøres op med den kultur, at man kommer ind på hospitalet til indlæggelse. Patienterne henvises til Akutafdelingen, til vurdering med henblik på hurtig behandling, omlægning til ambulant forløb eller evt. udskrivelse efter få timer på hospitalet. Kun en mindre del af patienterne, skal ligge i en seng på en afdeling. Dette betyder at man fjerner en stor del af sengemassen på Hospitalet. Når man gør det er der afdelinger der bliver mindre. Færre senge medfører færre medarbejdere og dermed en mindre afdeling.

Lederen af en mindre afdeling har så et mindre budget og dermed mindre magt. De andre afdelinger synes at Akutafdelingen er en dårlig ide. Når de samme afdelinger så skal stille lægepersonale til rådighed for patientbehandling på Akutafdelingen, bliver de endnu mindre entusiastiske.

På Akutafdelingen er det Akutlægen, der populært sagt, styrer slagets gang. Patienterne skal ikke bare tilses efter det normale kø princip, men skal vurderes, så der tages hensyn til både kvaliteten af behandlingen og flow i afdelingen.

Akutlægens funktion er, fordi det er en helt ny rolle, ikke veldefineret. De andre afdelinger giver udtryk for at akutlægen bare skal gå rundt og sætte andre i arbejde og ikke selv deltage i det de kalder "brødarbejdet".

Dansk Sundheds Institut gennemfører sammen med et konsulentfirma et projekt, der handler om "Ledelse i Akutafdelinger".

På hospitalet er der i forbindelse med dette projekt nedsat en styregruppe, en projektgruppe og en arbejdsgruppe. Styregruppen er forankret på højeste sted i organisationen, så det har alle muligheder for at kun drives frem.

Arbejdsgruppen består, foruden ledelsen fra Akutafdelingen, af ledelserne fra alle de afdelinger der er berørte af Akutafdelingens funktion, de nærmeste samarbejdspartnere.

Den første workshop som konsulenterne afholdt, gik rigtig godt. Det omhandlede forandringsteori. Da det var noget generelt, var det også ufarligt.

Anden workshop forløb helt anderledes. Her skulle vi sammen arbejde med at definere Akutlægens funktion. Som oplæg til diskussionen havde konsulenterne lavet en analogi, som vi skulle tale ud fra og ad den vej nå i mål.

Analogien var et stort symfoniorkester og "de 3 tenorer". Akutlægen var så dirigenten. Der var højlydt uenighed om den rolle og vi nåede ikke nogen vegne resten af dagen.

Dette er et eksempel på, at en udenforstående ikke er klar over de forskellige herskende diskurser.

Konsulenterne var i *refleksionsdomænet* og de præsenterede det de var nået frem til for nogle personer der var dybt forankrede i *produktionsdomænet*⁴. Som leder af Akutafdelingen er det som at blive "slået hjem i Ludo". Det kommer til at tage tid at overbevise vore samarbejdspartnere om det "brødarbejde" der er i Akutlægen. Havde konsulenterne sendt deres oplæg ud formuleret som et spørgeskema, havde de nok fået en respons rate svarende til den vi fik.

Hvad er coaching og hvordan opleves coaching

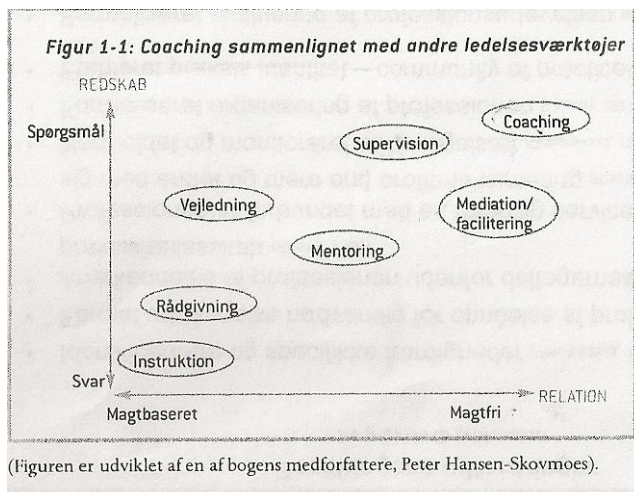
For eksempel tilbydes Læger i psykiatri, samt læger i palliative teams supervision eller coaching. Jeg skelner mellem supervision og coaching på følgende måde:

Coaching: Man har et fagpersonligt problem.

Supervision: Man har et problem med et fagpersonligt problem. Det er fæstet i fortiden.

Faglig supervision: Hyppigt i sundhedsvæsnet, en mere senior læge vejleder en yngre kollega.

⁴ Storch, J., Molly-Søholm, T (2005): Gensyn med domæneteorien. *Erhvervspsykologi* nr 2. Virum: Psykologisk Forlag



Ovenstående figur fra bogen "*Coaching-læring og udvikling*", er en måde at vise forskellene på forskellige slags hjælpersamtaler. Den supervision der refereres til i sundhedsvæsenet, svarer til det der i figuren hedder *rådgivning* eller *vejledning*. Forskellen på disse og coaching er, at sidstnævnte tenderer til at være magt fri og ikke giver svar på spørgsmål. Det er mere en hjælp til selv at finde løsninger. I interviewet med *Psykiateren* fremkommer følgende, hvor man kan udlede, at hun ikke er klar på hvad coaching er i den forstand, det blev brugt i Lydias regi.

I: Ja...og det..og er det sådan noget, du kan få supervision på også, mens du når du er i psykiatrien, hvis du ryger ind i en besværlig reaktion i forhold til, er det noget, man tager op (I: Ja) eller på en patientsupervision.

F: Ja, men det vi man kunne tage op. (I: Ja). Altså man vil altid have de er små snakke (I: Ja) fordi sådan noget snakker man jo om i psykiatrien (I: Ja) at jeg synes det var svært, og hvordan plejer du at gøre (I: ja) og sådan (I: Ja). Og hvis det er reelt, at man har været udsat for en situation, der er meget ubehagelig, så kan man altid få ekstra supervision på det (I: Ja) ellers er det jo især terapien, man får supervision på (I: Ja). Men der sker jo nogle af de der ting i terapirummet (I: Ja..helt sikkert) og det lærer man jo så af og kan tage med videre til andre situationer (I: Ja ja), det er noget af det, der er så superspændende jo (I: Ja, det er det...ja...ja). Ja, det er jo nok noget at det, jeg gerne vil forstå og lære og så...(I: Ja.....)...."

Den undersøgelse vi foretog for at søge evidens for efterspørgslen på coaching af læger, bærer præg af en lignende diskrepans mellem de domæner, der er i spil. Som nævnt har organisationen et landkort, så aktørerne kan bevæge sig rundt i organisationens landskab og kortet er ikke landskabet, "The map is not the territory" (*Action learning Consulting, (2010)*) Som ændringsagenter kan vi være med til at udvikle nye landkort. Være med til at rette opmærksomhedsfokus hos organisationens aktører mod en anden fremtid. Komplexitetsteoretisk betyder det at denne fremtid der fokuseres på, kan udkonkurrere andre mulige fremtider. Altså som tidligere nævnt, ikke *bevise*, at coaching virker, men argumentere for at de fordele man kan vise coaching har på det fagpersonlige plan, kan give fordele i forhold til de tidligere skitserede 7 problemstillinger.

Der er også et eksempel i interviews, hvor *Psykiateren* taler om faglig supervision og interviewereren taler om coaching:

Og hvis det er reelt, at man har været udsat for en situation, der er meget ubehagelig, så kan man altid få ekstra supervision på det (I: Ja) ellers er det jo især terapien, man får supervision på (I: Ja). Men der sker jo nogle af de der ting i terapirummet

. Det er jo..som psykiater skal man have grunduddannelsen i psykiatri, det skal man have (I: Ja) og så kan man uddanne sig videre til supervisor, hvis man vil det

Hun kunne tænke sig at blive supervisor, når hun har nok faglig ballast. Hun troede ikke, hun kunne lære, hvad der skal til for at sidde i coachens stol.

Det er bemærkelsesværdigt, at hun ikke helt er klar over, hvordan coaching er forskellig fra supervision, men hun får noget ud af coachingen, som supervisionen ikke giver hende:

...jeg synes ikke, jeg fik særlig meget ud af teorien, fordi det var meget det, jeg kendte i forvejen (I: Ja, det er klart..ja). Øhm, det jeg fik mest ud af, helt klart, var det selv at blive coachet (I: Ja) og så nogle af de coaching-sessioner, hvor jeg har kunnet genkende (I: Ja, du kunne genkende dig selv)..

... Og jeg var så heldig at blive coachet to gange, og begge gange har været nogle rigtige gode emner, der blev valgt, i forhold til min personlighed. Det med vagterne, et kæmpe problem (I: Ja), men det med gravid og træthed, som jeg egentlig tænkte, det var da ikke et oplagt emne, men det fik mig også til at tænke på mine prioriteringer og sådan (I: Ja..mm)."

Når jeg ser på vores interviews, hæfter jeg mig ved, at de siger, de har fået noget ud af coaching. Man behøver heller ikke kunne definere coaching, for at sige man får noget ud af det. Men det er alligevel interessant at tænke over, hvordan man kan spørge til et behov for coaching, når folk ikke ved hvad det er.

Hvad er vores perspektiv nu på ændringsagentens mulighed for at gøre systemet opmærksom på det behov for coaching, vi ved det har behov for

Vi har alle tre et godt direkte eller indirekte indblik i hvordan hospitaler fungerer og hvordan læger og sygeplejersker agerer i dette system. Alligevel er det så besværligt for os at kommunikere med det. Havde det nu drejet sig om at kontakte et helt andet system, hvordan var det så gået? Det er ikke givet at det ville være gået dårligere. Jeg tror at kendskabet til sundhedsvæsenet og hospitalet i særdeleshed kan have været en sovepude. Det skal forstås sådan at vi på den måde, bare fik flere for forståelser i spil. Vi var helt skråsikre på hvordan kirurger ville behandle spørgeskemaet. Vi ved lige hvordan medicinere er.

Jeg bliver på en måde lidt chokeret over, at min for forståelse kom så meget i spil. Jeg var nok sikker på at jeg vidste, hvad der var for forståelse i lægekulturen og hvad der var de lidt sjove karikaturer på kolleger fra andre specialer. Det kunne være når man siger "at have en ortopædkirurg til at se på et hjertekardiogram, er et dobbelt blindet forsøg" eller "hjertelægen har de dyreste sko".

Kommer disse for forståelser så i spil, fordi vi skulle finde ud af hvem vi skulle spørge, hvor mange og hvordan. Vi havde, troede vi, svarene næsten givet.

I starten af arbejdsforløbet var jeg tilbøjelig til at tro det var nødvendigt at gå frem, på den måde vi gjorde. Nu er det min opfattelse at man med de problemstillinger vi vil udforske, kommer længere med interviews. Hvis man skal indføre noget som coaching, så kommer man nok længere som "muldvarp". Det vil sige man arbejder med forandringen indefra systemet. Det er tydeligt, at de der deltog i coaching forløbet syntes det gav dem noget brugbart.

Man vil nok komme længere ved at starte op i det små og så lade det sprede sig som ringe i vandet. Starte med at coache de der er interesserede og sammen med dem forske i effekten. Indrette forløbene efter hvad man finder ud af fungerer i den sammenhæng, det nu skal foregå i, her hospitalet. På den måde får man gjort systemet til medforsker på sig selv. Man kunne vælge en ALC tilgang med *lærende partnerskaber* (Molly-Søholm og Willert, 2010). På den måde ville de læger der blev coachet være med til at forske i effekten af coaching. De ville samtidig konstituere insider delen af vores aktionsforskerteam. Det bliver med andre ord systemets egne medlemmer der er medvirkende til at godtgøre overfor systemet at coaching har effekt.

Evaluerings af effekten ved et sådan ALC projekt kan overordnet foretages på 2 måder: *Summativ evaluering* eller *generativ evaluering* (ibid. s.48). Den summative evaluering efter at have introduceret coaching i systemet, er en evaluering som retrospektivt f.eks. måler effekten på patienttilfredsheds undersøgelser, sygefravær eller opfyldelse af kvalitetsmål. Her trækker man på eksisterende ledelsesinformationssystemer. Dette er let tilgængeligt, men indebærer risikoen for at de oplysninger man får om effekten, skyldes andre årsager end dem man undersøgte. For at komme ud over dette kan man i den summative evaluering, yderligere foretage kvalitative undersøgelser af effekten i form af f.eks. fokusgruppeinterview.

Den generative evaluering er fremadrettet og foregår ved refleksioner i projektgruppen. Medlemmerne af disse er på den måde med til at definere relevante effekt mål løbende gennem projektet.

I vores projekt med introduktion af coaching er det min opfattelse, at det kan være svært på forhånd at definere effekt mål. Her vil generativ evaluering i forbindelse med ALC projekt sikkert være at foretrække.

Konklusion

I denne tekst er der beskrevet et system, sundhedsvæsenet, der beskæftiger sig med løsning af lineært definerede opgaver. Dette system påvirkes nu af flere udviklingstendenser, syv af disse er linet op i teksten: *tværfaglighed, privatisering, patientklager, information mellem sundhedspersoner, information til patient og pårørende, værdikonflikten i sundhedsvæsenet og det relationsfølsomme lægeliv.*

De nævnte tendenser er med til at drive systemet fra en rent førsteordens kybernetisk rammeforståelse (Maturana, 1987), frem mod et system der også kan løse opgaver, der kræver anden ordens kybernetisk rammeforståelse.

Der argumenteres for, at de krav der stilles til lægen, har ændret sig over tid. Patienterne vil have fagfolk der både kan agere i første ordens aktivitet, reparatøren, men også en der kan arbejde sammen med patienten om behandling.

De mange patientklager der er, relaterer sig for størstedelen til mangelfuld kommunikation(Ugeskr Læger 2006;168(40)).Coaching af læger introduceres i teksten, som en mulighed for hjælp til at drive systemet i retning mod en anden rammeforståelse.

Der er i systemet en vis modvilje mod tiltag, hvis der ikke er naturvidenskabelig evidens. Evidens for effekten af coaching baseret på en ikke strikt naturvidenskabelig tilgang til forskning, er på vej frem(Stober, 2006).

Da det kan være vanskeligt at evaluere effekten af coaching (ibid), diskuteres muligheden for ALC tilgang (Molly-Søholm og Willert, 2010) til introduktion af coaching og samtidig en både *summativ* og *generativ* evaluering af effekten (ibid). Hermed kan effekten måles dels fra eksisterende dataindsamlinger(sygefravær, patienttilfredsheds undersøgelser og lignende), dels fra de effektmål der løbende defineres af projektgruppens medlemmer.

Der lægges med andre ord op til, at hvis man skal introducere coaching af læger til dette system, skal man (1)Argumentere for det kan ruste systemet til at håndtere de udviklingstendenser der er. (2)Forske med systemets medlemmer som medforskere, ALC. (3)Definere et evidens begreb der kan accepteres af systemet. (4)Være forandringsparat.

"Becoming" – at tage det næste skridt.

Tekst: Michael Beha

"Hvordan kan vi forstå interaktioner mellem systemer og individ i en kompleks foranderlig verden, med særlig henblik på ændringsagentens reflekterede handleberedskab".

Indledning

Hensigten med denne tekst er at beskrive det eksistentielle grundvilkår vi har som mennesker ved at være i konstant forandring, søge en forståelse af de problematikker der er forbundet hermed og undersøge om coaching kan være et brugbart værktøj til afklaring af disse problematikker.

De data der bruges i beskrivelsen er primært udskrift af den interview undersøgelse der blev lavet 3 måneder efter pilotprojektet med coaching af yngre læger under uddannelse til speciallæger, som vi tidligere har skrevet om.

De individer der refereres til er mennesker generelt og i denne kontekst med særligt fokus på de yngre læger der deltog i projektet.

I den første del af teksten søger jeg at lave et teoretisk forståelsesfundament for den herefter følgende gennemgang af eksempler hentet fra empirien.

Gennem teksten laver jeg sammenfatninger og delkonklusioner, der gerne skal give læseren øget klarhed og forståelse af de centrale punkter i afsnittene.

Gennem mit arbejde som psykoterapeut bliver jeg konstant mindet om de udfordringer vi som mennesker har ved at leve livet. Vi indgår i utallige sammenhænge og forsøger konstant at finde en forståelse der kan give os mening med livet.

At finde mening i en sammenhæng giver os en oplevelse af at høre til, at være, men det er ikke sikkert at den forståelse af mening vi har i én sammenhæng kan bruges i andre sammenhænge og så må vi igen forsøge at finde meningen.

Denne konstante søgen efter mening i forskellige sammenhænge er et af de eksistentielle grundvilkår vi har i livet. Det redskab vi bruger i meningsskabelsen er vores sprog. Vi taler med os selv og med hinanden for at finde meningen der kan give os ny indsigt i processen, at tage det næste skridt.

Det er denne proces af konstant tilbliven i forskellige sammenhænge jeg refererer til med begrebet "Becoming" i overskriften.

At kommunikere og bruge sprog og dialog i de forskellige sammenhænge vi indgår i, er essentielt for vores mulighed for meningsskabelse og med det vores evne til at handle – at leve livet.

Det er ikke alle sammenhænge der tilbyder et sprog eller muligheden for at sprogliggøre de oplevelser vi søger mening i hvilket forhindrer os i at komme til den klarhed der frisætter vores handlingsevne. Konsekvensen af denne mangel på kommunikation og meningsskabelse i sammenhænge/fællesskaber/systemer er manglende sammenhængskraft og tab af ressourcer. Vi oplever ikke at høre til og vi får ikke skabt det fundament for handling som var muligt.

Coaching tilbyder en sådan mulighed og kan defineres på følgende måde:

*"Coaching er en samtaleform, hvor coachen hjælper og inspirerer den anden til at reflektere og lære af sine erfaringer og blive klogere på sine handlemuligheder og evner i forhold til problemer og udfordringer"*⁵

Min hensigt med denne tekst er at pege på de mekanismer, der giver organisatorisk coaching sin legitimitet som rammesætter og metode i organisationsudvikling, samt åbne til det systemiske udbytte, der kunne være af en sådan mulighed.

Tidligere har vi synliggjort nogle af de udfordringer der har været i vores forsøg på at lave et spørgeskema.

Vores afsæt var de udsagn der kom fra HU lægerne i pilotgruppen, under evaluering af projektet og et ønske om at etablere en platform inden for sundhedssystemet, som vi kunne praktisere organisatorisk coaching ud fra.

Udsagnene⁶ pegede alle på et positivt provenu af gruppecoaching og vi ønskede at afklare om disse udsagn kunne valideres og generaliseres gennem en kvantitativ undersøgelse.

Kunne de det, ville det understøtte vores hypotese: "Der er et latent behov for coaching af HU læger, som systemet ikke er opmærksom på." og hermed forøge vores mulighed for at få systemet i tale og etablere vores praksis. Som vi tidligere har beskrevet blev det ikke det der kom ud af vores forsøg med spørgeskemaundersøgelsen og vi måtte vælge en anden vej.

Interviewundersøgelsen 3 måneder efter pilotprojektet blev det vi ville fokusere på for at afklare hypotesen.

Becoming a - ?

Igennem de seneste 20 år er informationsstrømmen steget eksponentielt og kravene til individets reflekterede kompetencer har fulgt med.

Vi kan mere, vi vil mere og vi vil det hurtigere.

⁵ Sørensen m.fl. 2004, s. 6

⁶ Se bilag "Evaluerings af gruppecoaching."

Hele denne hastighedsforøgelse, som er kulminationen af vores reflekterede handlinger gennem alle tider, har haft den omkostning, at vi som systemer er blevet og bliver presset i vores udvikling. Som systemoperatører er det svært at følge med.

Coachings eksponentielle vækst i samme periode kan måske ses som et udtryk for et af de svar vi som mennesker har fundet på disse udfordringer. – På én og samme gang en afspejling af problemet og et muligt bud på løsningen.

I mit arbejde som psykoterapeut bliver jeg dagligt præcenteret for konsekvenserne af denne virkelighed fra mine klienter, der spænder fra svært skadede institutionaliserede unge, over "almindelige" medborgere med ondt i livet, til personalegrupper og ledere i den offentlige sektor og private firmaer.

I mit tidligere arbejde, som institutionsleder for et privat opholdssted, oplevede jeg det selv som en konstant udfordring at holde fokus på det vigtige.

Jeg var i et konstant spændingsfelt mellem de forskellige interessenter: Amt som kontrollerende myndighed, Amt som samarbejdspartner, Amt som kunde, Kommune som kontrollerende myndighed, Kommune som samarbejdspartner, Kommune som kunde, Investor i institutionen, Personalet, Børnene og børnenes familie og min opgave som leder var at holde kursen og samtidig navigere så alle interessenter var tilfredse. Samtidig var jeg familie far til 5 børn, husbond, søn, bror, ven og borger i Danmark.

Integrationen og fortolkningen af alle disse roller var den udfordring jeg havde ved at være mig.

Dette senarie var gældende for mig dengang, men var/er ikke meget anderledes for os alle som mennesker. Relationerne hedder måske noget andet, men vi befinder os alle i en proces, som vi kalder livet, hvor vi må skabe integration og fortolke for at kunne tage beslutning om det næste skridt.

Hvor skal vi bevæge os hen? - Hvordan skal vi bevæge os? - Og hvorfor?

De forskellige relationer vi indgår i stiller forskellige diskurser til rådighed for os – og placerer andre mulige diskurser uden for virkelighedens parentes. Vi er ikke frie til at sige og mene det vi vil.

Foucault⁷ beskriver med sit begreb "Subjekt positioner" hvordan diskursen og udsagnene anviser disse.

Der kan tales og handles ud fra disse positioner " på en meningsfuld og legitim måde, og aktører kan ved at indtage en sådan position blive subjekt for en diskursiv strategi. Til positionerne knytter sig altså nogle forventninger om, hvordan man skal opføre sig, hvad man kan sige og ikke sige; det er altså, når der tales og handles inden for netop disse rammer, at tale og handling er meningsfuld."⁸

"Aktøren ses ikke som suverænt, men determineres ud fra diskurserne, og endvidere er det fragmenteret, dvs. at aktøren kan indtage flere forskellige positioner, alt efter hvilke positioner de forskellige diskurser stiller til rådighed. Overgangen fra 'en position til en anden sker ofte ubevidst for aktøren, men i tilfælde hvor modstridende diskurser, stiller forskellige positioner til rådighed, er

⁷ http://da.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault#Subjektpositioner

⁸ Ibid

aktøren overdetermineret. Man siger at aktøren bliver interPELLeret, fremsat i forskellige positioner på 'en gang, og der opstår dermed en konflikt, om hvilken position aktøren skal indtage"⁹.

Den diskurs der er gældende i en speciel kontekst udøver altså magt i form af hvad der kan siges og gøres. Diskurserne opretholder det magthierarki der er i systemet gennem det der kan siges og ikke siges i de forskellige subjekt positioner det stiller til rådighed.

Når vi som mennesker vælger at indgå i relationelle sammenhænge vælger vi samtidig implicit at påtage os den position diskursen stiller til rådighed for os. Da det at være menneske er ensbetydende med at indgå i multiple relationelle sammenhænge kommer vi let til at stå i situationer hvor den gældende diskurs i en kontekst kommer i konflikt med en anden og vi havner i en indre konflikt. Hvilken position skal vi indtage?

Lægerne i vores undersøgelse træder ved afslutningen af deres universitære uddannelse ind i sundhedssystemet. Den gældende diskurs i systemet tilbyder dem en position som de uden at vide hvad det indebærer siger ja til. Samtidig indgår de, som de mennesker de er, i en mængde andre relationelle sammenhænge der tilsammen udgør deres liv. Den udfordring livet byder dem er at skabe en sammenhængende mening for sig selv i spændingsfeltet mellem alle de subjekt positioner de indgår i.

Coaching tilbyder et rum hvor der kan sættes ord på disse konflikter og hvor mennesket kan komme til klarhed med sig selv. Et rum der ikke er styret af en determinerende diskurs, hvis det vel at mærke foregår udenfor de sammenhænge, de diskurser, der er konfliktens omdrejningspunkt.

De ubevidste konflikter der kan være produktet af at indgå i forskellige sammenhænge med forskellige diskurser, kan blive bevidstgjorte og lægerne kan ideelt set gennem dette generobre deres suverænitet og handlegapacitet.

Menneske i systemverden

Vi lever vores liv i organiserede sammenhænge, i systemer. Det overordnede styringsredskab i vores kapitalistiske samfund er penge og magt, hvilket har stor indflydelse på vores livsverden og det beslutningsgrundlag vi har for at skabe mening.

Den systemiske magt er baseret på at vi alle accepterer de strukturer der bestemmer og det sprog der kan bruges og ikke bruges i dette system. Min forståelse af Habermas¹⁰ begreb "kolonisering af livsverden" er netop den magt systemet får gennem vores accept af hvad vi kan tale om og hvordan vi kan tale om det i systemverden. Hvis de ord vi har i vores livsverden ikke kan italesættes i systemverden kompromitteres denne med menneskelige konsekvenser til følge.

⁹ Ibid

¹⁰ http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Filosofi/Filosofi_og_filosoffer_-_1900-t./Filosoffer_1900-t._-_Tyskland_-_Østrig_-_Schweiz_-_biografier/Jürgen_Habermas

At være menneske er, til hver en tid, at befinde sig i en afklaringsproces af de tre ovenstående spørgsmål, - hvor skal vi bevæge os hen? - hvordan skal vi bevæge os? - og hvorfor? .

Vi afstemmer de forskellige svar på spørgsmålene med hinanden og de systemer vi lever i og så tager vi en beslutning om - det næste skridt. Hvis den gældende diskurs i sundhedssystemet ikke tillader den dialog de yngre læger har brug for, er de overladt til deres indre dialog og må selv finde det rigtige svar og tage en beslutning.

Vi handler og bringer os i en ny situation af de samme spørgsmål – hvor skal vi bevæge os hen? – hvordan skal vi bevæge os ? – og hvorfor?, nu med responsen fra vores tidligere handling, som en del af vores erfaringsgrundlag osv.

Hvad gør vi med den respons?

Vi responderer.

Hvis vi var dyr ville vi *tilpasse* os på Darwinistisk vis , men vi er mennesker og skal derfor ud over det at overleve også tage stilling til hvordan vi vil leve/overleve.

Vi *reagerer*, på Newtonsk vis¹¹, for det meste på bestemte udfordringer.

Vi mestrer dem mere eller mindre godt, men vi er ikke bærer af en kausalt determineret begivenhed, som virkning på en ekstern årsag.

Som mennesker må vi nødvendigvis 'reagere' i et normativt rum.

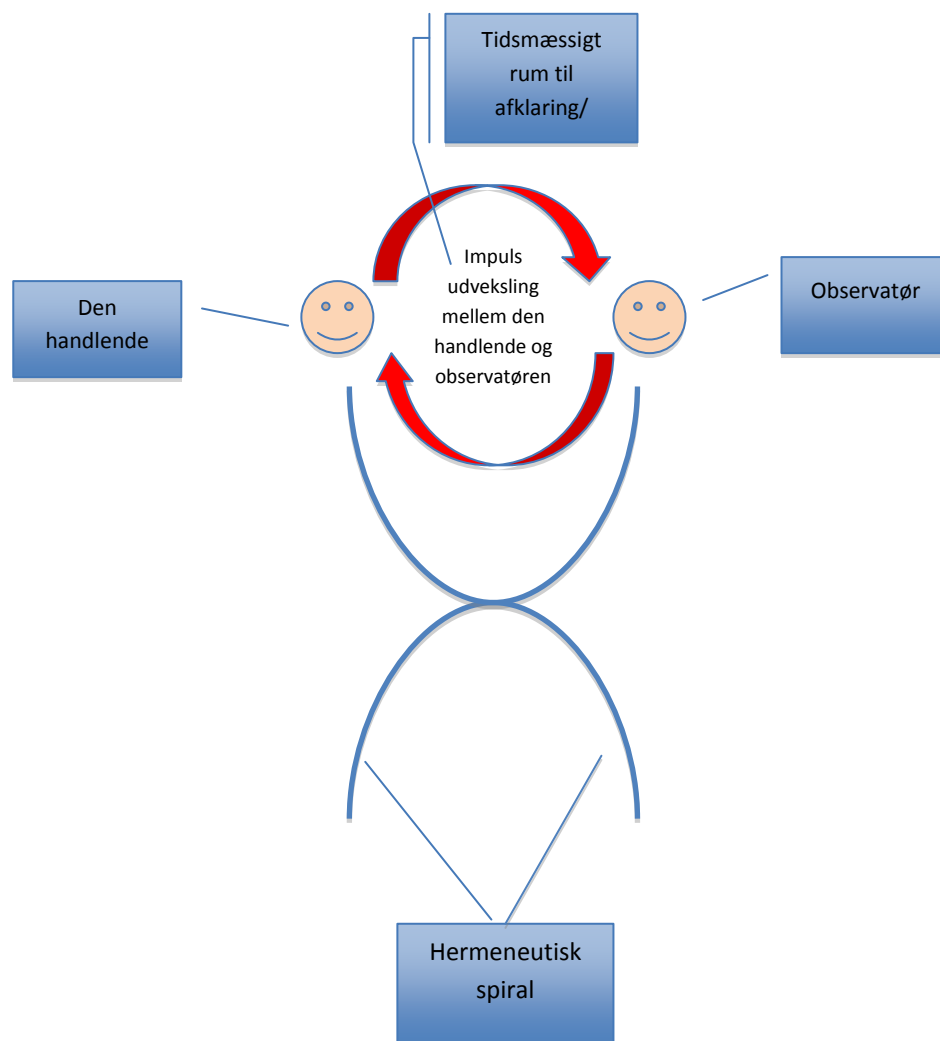
Vi kan tage tiden til hjælp.

Ved at indskyde et rum mellem modtagelsen af en impuls og den respons, som vi vil svare med, har vi skabt tid, der kan bruges til refleksion af impulsens indflydelse på spørgsmålene – hvor skal vi bevæge os hen? – hvordan skal vi bevæge os ? – og hvorfor?

Vores evne til at respondere og time vores responsivitet er det redskab vi har i skabelsen af Vores liv.

¹¹ "Et legeme a der påvirker et legeme b med en kraft, vil blive påvirket med en lige stor modsat rettet kraft."

Billedligt kan det illustreres på denne måde:



Figur forklaring.

Figuren illustrerer processen mellem den handlende og observatøren. Vi modtager, som observatører, en impuls fra den handlende og en proces bliver sat i gang i vores nervesystem.

Processen er et udtryk for den afklarings-/erkendelsesproces der foregår inden i hver enkelt af os som selvstændige individer – vi er selv den handlende og observatøren til vores handlinger.

Hvis vi var dyr ville vi fortolke impulsen som farlig eller ufarlig og tilpasse os situationen styret af denne fortolkning, men vi er mennesker og skal udover at overleve også overleve på en "passende" måde.

Hvis vi tolker impulsen som farlig kan vi flygte eller gå til angreb, men er det nu den mest passende respons på den konkrete impuls.

At være menneske medfører at vi kan og skal forholde os til andet og mere end bare overlevelse. Vi skal overleve som menneske og som menneskehed, hvilket betyder at vi skal *forholde* os til impulsen og afstemme vores respons efter situationen og den kontekst den er opstået i.

Vi er ikke bare kausalt determinerede objekter, vi er mennesker der skal 'reagere' "passende" på den impuls vi modtager i den sammenhæng vi modtager den i.

Denne forholden foregår i vores tredelte hjerne, der kan beskrives¹² som:

1. "Krybdyrhjernen" eller reptilhjernen - til varetagelse af den basale overlevelse hvor reaktionerne er kamp/flugt eller fryse – reaktion er her en betinget/instinktiv/medfødt responsen på impulsen.
2. "Den tidlige pattedyrhjerne" eller det limbiske system - til varetagelse af vores følelsesmæssige oplevelse af situationer. Med det limbiske system og følelser kan vi *huske* hvordan forskellige situationer påvirker os. Kan vi lide impulsen eller kan vi ikke? Hvor meget kan vi lide den? Gør den os bange, kede af det eller er den uskadelig?.
3. "Den nye pattedyrhjerne" eller neocortex – til varetagelse af tænkning, sprog og impuls kontrol. Neocortex er særlig veludviklet hos os mennesker og langt større end hos noget andet pattedyr. Det er den del af hjernen der giver os mulighed for *at vælge* vores reaktion på impulsen og den del af hjernen der giver os mennesker en *fri vilje* (ikke-determineret respons-mulighed) og bevidsthed om os selv.

Den særlige menneskelige neocortex giver os altså mulighed for at vælge hvordan vi vil reagere på den impuls vi modtager. Vi kan indskyde en tidsmæssig pause mellem modtagelse af en impuls og reaktionen på denne.

Vi kan bruge denne tidslomme til at fortolke impulsen der kommer fra vores reptilhjerne, - skal vi i kamp eller flygte? (Hvis impulsen vi modtager resulterer i en fryse-reaktion kan man se det som resultatet af en "kortslutning" af vores system, vi bliver handlingslammede og svæver momentant mellem liv og død)

Vi kan reflektere impulsen i vores indre system, - hvilke følelser er forbundet med impulsen? – er de negative eller positive? – hvor negative eller positive er de? – er det angst, bekymring eller glædesfølelser der bliver aktiveret fra vores limbiske system?

Alt dette foregår i vores neocortex og ved at være bevidste om vores unikke mulighed for at indskyde en tidslomme mellem impuls og reaktion kan vi udvikle vores responsivitet, - vores evne til at reagere på den særlige måde der definerer os, som det menneske vi er og vil være.

Vores unikke mulighed for at indskyde en tidslomme mellem impuls og reaktion er ikke altid tilstede i det levede liv.

Det går rigtig hurtigt og vi bliver afkrævet en reaktion på den impuls vi modtager i en hastighed der kan forhindrer os i at indskyde en tidslomme til refleksion.

¹² Ifølge Poul MacLean (f. 1913), <http://ibog.psykologiensveje.systime.dk/index.php?id=1289>

Den gældende diskurs i systemet vi indgår i forhindrer måske en sådan refleksions pause pga. det rationale det er bygget op på. Her skal produceres og skabes overskud.

Dette medfører ikke altid det optimale resultat og vi modtager en ny impuls som reaktion på vores tidligere handling, der igen skaber reaktioner i vores system.

Hvis der stadig ikke er tid/rum/kapacitet til at reflektere denne nye impuls eller hvis diskursen slet og ret forhindrer det, vil responsen igen være en reaktion der primært er styret af reptilhjernen og det limbiske system, neocortex er sat ud af spil.

Det kan have alvorlige konsekvenser.

I sundhedssystemet kan det medføre unødvendige fejl i produktion; der laves fejl i operationerne, der diagnosticeres forkert, der udskrives og gives forkert medicin osv. alle handlinger med livstruende konsekvenser for patienten.

For lægen, aktørsystemet i sundhedssystemet, sker der en akkumulation af ureflekterede impulser i nervesystemet som det må reagere på.

Er disse impulser forstærket af negative følelsesmæssige oplevelser med denne ureflekterede impuls belastes systemet yderligere og hvis der ikke findes en måde at kompensere eller forløse impulsen vil systemet tage skade og med tiden brænde sammen.

Del konklusion

Vi er som mennesker i en konstant forandrings/erkendelsesproces af os selv i samspil med andre mennesker og systemer hvis hovedformål er at skabe merværdi. De overordnede styringsparametre for disse systemer er penge og magt, hvilket har konsekvenser for vores livsverden i form af kolonisering.

Denne kolonisering medfører at den sprogbrug der er gældende – og nødvendig for opretholdelsen af vores livsverden bliver begrænset, hvis vi accepterer det som den gældende diskurs.

Hvis vi som mennesker er bevidste om vores muligheder for at indskyde tidslommer mellem modtagne impulser og den respons vi giver kan vi bevare magten i vores eget liv, men det kan være en meget krævende opgave hvis den gældende diskurs i systemet vi indgår i ikke tillader det og have alvorlige konsekvenser for både system og menneske.

Coaching tilbyder en rammesætning og metode til at imødegå denne negative konsekvens og skabe frisættelse af handlingsenergi der kan optimere både system og menneske.

Pilotprojektet og vores interviewundersøgelse understøtter dette argument om coachings effekt. Der er generel tilslutning til at gruppecoaching kan være et værdifuldt bidrag for HU læger. Jf. Lydias tekst s. 10.

Et fikspunkt i livet

I det næste afsnit skal vi se nærmere på de konkrete situationer der er bragt på banen i vores interviews.

Den første del af teksten beskriver det eksistentielle grundvilkår vi har ved at være mennesker – vi er i konstant udvikling/forandring. Vi bevæger os gennem livet med de tre tidligere nævnte spørgsmål som vejvisere i skabelsen af mening.

Denne proces af meningsskabelse "Becoming" er essentiel for vores "Væren" i livet, men det er ikke altid den kan forløbe frit.

Den organisering vores samfund er bygget op omkring har skabt systemer med diskursiv magt og de der tilhørende subjekt positioner.

Den diskursive magt vi udsætter os for, når vi indtager "vores plads" i systemet, kan begrænse interaktionen/impulsudvekslingen mellem os som individer og dermed vores mulighed for at komme til klarhed/opnå mening.

Det er følgerne af denne begrænsning jeg vil se nærmere på i det følgende. Vi indtager "vores plads" i systemet når vi bliver født og er derfor til hver en tid et produkt af alle de sammenhænge vi har indgået i. De yngre læger vi har fokus på i denne undersøgelse er forskellige individer med forskellig genetik, social baggrund og relationel påvirkning. Deres forudsætninger for at blive læger er altså forskellig, men de indtager alle den subjekt position der bliver dem tildelt af systemet.

Jeg har valgt at se på tre områder af deres systemiske liv: *Mødet med systemet*, *Mestringsfærdigheder og overlevelsesstrategier* samt *Kommunikation* som er overskrifterne på de tre afsnit.

Vi har, som tidligere beskrevet i vores materiale, givet hver af de interviewede et fortolket "Navn" der er et produkt af den overordnede fortolkning af hele interviewet, suppleret med de oplysninger Lydia havde fået gennem sit arbejde med pilotprojektet.

Dette "Navn" er fremkommet som et produkt af vores fælles forståelse af ovenstående og bidrager samtidig til mere forståelse af hvert person bag interviewet.

Vi har altså valgt at meningsfortolke interviewene ud fra de hermeneutiske principper om at forstå enkelt delen ud fra helheden og omvendt.

Jeg ser den hermeneutiske tilgang som en velegnet metode til at give forståelse af de interaktioner jeg er interesseret i at undersøge her og som en velegnet metode til at forstå hele livet.

Når Heidegger i sin ontologisering¹³ af hermeneutikken, kalder det "et eksperiment med *livet* i behold"¹⁴(Min kursivering) - er det min opfattelse, at han med *livet* sigter til det rum der er mellem

¹³ Med ontologisering af hermeneutikken forstår jeg det at Heidegger definer genstandsfeltet for de hermeneutiske principper til forståelse, her er det livet. Han må mene, at den gennem hermeneutikken beskrevne værensform er virkelighedskonstituerende.

¹⁴ Thomas Schwartz Wentzer. "Sagen i centrum. Fra ekspertise til kompetence". Oplæg fra MOC 4.3., AAU. Slide6 - 8. d. 7/11 – 2011.

den handlende og observatøren¹⁵ (- interaktionen mellem..) som er tema i vores problemformulering og dermed understøtter det metodevalget.

Hvis vi gerne vil forstå interaktioner mellem individ og system, inviterer den hermeneutiske tilgang til – ”et eksperiment med livet i behold” modsat den positivistiske tilgang der søger efter ”endelige” svar.

Som jeg tidligere har beskrevet er livet en konstant tilstand af ”Becoming”. En konstant forandringsproces gennem nye indsigter og erkendelser. Livet er endeligt, men når livet er i behold er det i konstant bevægelse til noget nyt – nye erkendelser og nye svar er et eksperiment med livet i behold

Hvem vi er er ikke givet på forhånd¹⁶. Det er som tidligere sagt noget vi udvikler i sociale samspil med andre mennesker og systemer. Det vi kalder viden og sandhed og det vi kalder selv og identitet skabes i socialt sammenhæng med andre og er derfor vævet ind i den kultur vi befinder os i og det sprog vi har til rådighed og anvender. Sproget spiller en særlig rolle fordi det er den mest fundamentale grundsten i vores sociale samvær. Vi lærer at indgå og deltage i forskellige sammenhænge ved hjælp af sprog.

Men sprogets betydning er ikke entydigt. Betydningen er bundet sammen med den kontekst og situation sproget bruges i og skaber en speciel betydningsstruktur – en diskurs.

Den gældende diskurs er altså forskellig i forskellige situationer/kontekster og definerer et helt sæt af holdninger og væremåder, en særlig kommunikationsform, og et socialt hierarki om hvem der bestemmer hvad og hvorfor. Diskurser konstruerer vores virkelighed på særlige måder og bidrager på den måde til at give vores liv form og indhold, men kan samtidig give anledning til identitetsforvirring.

Når vi lever vores liv indgår vi i multiple kontekster og vi søger mening i dem alle. Det specielle nu vi oplever os selv i er altid under forandring og har forskellige værdier for os i det nu.

At være læge er én af de roller, det menneske der vælger at blive læge påtager sig og at *blive* den Læge, som mennesket finder mening i at være, er et produkt af den samskabelse mennesket har med sig selv og alle de systemer det støder ind i.

At være ændringsagent er altså noget vi alle er i vores eget liv og den bevidste erkendelse af at jeg kun er mig som det ”Jeg” jeg erkender mig ved, lige nu; at jeg er under konstant forandring og at det er denne forandringsproces der definerer mit liv, giver mig et fikspunkt for min væren og en forståelses ramme at agere ud fra.

Uden dette særlige fikspunkt/forståelsesramme at agere ud fra vil det bidrag vi kan være for skabelsen af det liv vi finder mening i, i en kompleks foranderlig verden, forsvinde og vores liv ville blive reduceret til en offerposition for ”skæbnens” tildragelser.

Hvis vi ikke har et fast ståsted har vi ikke nogen referenceramme at forandre fra og derfor ingen mulighed for at finde mening.

¹⁵ Se figur 1

¹⁶ <http://www.leksikon.org/art.php?n=5014>

Det "faste ståsted" jeg refererer til her kan virke meget paradoksalt, for har jeg ikke netop argumenteret for at alt er i forandring, "Becoming", og derfor *ikke* kan være fast?

Jo det har jeg, men samtidig med at alt er i forandring - *er det*, som jeg erkender det lige nu, med den særlige bevidsthed om at det er i konstant forandring. Denne erkendelse om at det *er*, giver mig det fikspunkt jeg kan navigere ud fra.

Jeg er den specielle sanseoplevelse jeg erkender mig ved i dette nu og véd at jeg gennem min specielle måde at reflektere de sanseimpulser jeg modtager på, kan respondere i overensstemmelse med det jeg finder rigtigt. Denne reduktion af "mig" til et "jeg er" der er under forandring, muliggør min frisættelse fra den gældende diskurs, der ellers let ville kunne opleves determinerende og reducere mig til et offer.

Ved at være bevidst om ovenstående tydeliggøres den mentale fleksibilitet der er ønskelig for ændringsagenten eller det menneske vi ér i sameksistens med andre.

Coaching og terapi tilbyder et dialogisk frirum til undersøgelse af det "mig" jeg forstår mig selv som lige nu. Som jeg tidligere beskrev spiller sproget en særlig rolle fordi det er den mest fundamentale grundsten i vores sociale samvær. Vi lærer at indgå og deltage i forskellige sammenhænge ved hjælp af sprog og det sprog vi har til rådighed og anvender er grundlaget for vores selvforståelse og det er dette grundlag der er coachings objekt.

Coaching og terapi tilbyder skabelsen af et "nyt" sprog og dermed en ny selvforståelse, hvor det gamle "mig" kan erstattes af "jeg er" – nu. Denne nye selvforståelse giver afsæt til nye muligheder for handling og gennem dette tilbageerobres "Livet".

Mødet med systemet.

Det projekt vi bruger livet på "At leve og erkende livet" gøres ikke alene, men sammen med andre, hvilket stiller store krav til os.

Når Maturana ¹⁷ skriver: "Hvis vi ønsker at sameksistere med den anden person, må vi erkende, at hans vished – *hvor uønskelig den end kan være for os – er lige så legitim og gyldig som vores egen*, fordi hans vished lige som vores egen udtrykker konservering af strukturelle koblinger i et eksistensdomæne", retter han fokus mod denne forholdemåde og sætter lighedstegn mellem den og menneskelighed.

For vores interview personer synes det at være denne mangel på menneskelighed fra systemets side der giver anledning til den største udfordring ved at blive Læge.

Jeg vil i det følgende illustrere denne oplevelse af mødet med systemet set fra to forskellige lægers perspektiv. Den første beskrivelse viser de negative konsekvenser af mødet og den anden viser hvordan det kan være hvis menneskeligheden vinder.

¹⁷ Maturana og Varela i, "Spil med sproget – kommunikere, relatere og socialt konstruere", Holmgren, i "Psykologiske grundtemaer", s. 72. O. Løw og E. Svejgaard, Kvan 2002.

I interviewet med "Psykiateren" beskriver hun mødet med systemet på følgende måde:

F: Ja (I: Ja). Og jeg følte mig usikker (I: Ja). Jeg syntes, det var svært at finde rollen, for der var nogle sygeplejersker der nogle gange, hvis man spurgte dem "hvordan plejer I at gøre her?" – jamen, det er dig, der er lægen. (I: griner lidt). Ja, det har jeg været i en uge (I: ja)...men jeg ved det faktisk ikke. Og øhm, jeg tænker også, at fordi det var sådan et lille sted, så var det nogle..de bagvagter og overlæger, der var der, det var sådan nogle, der kunne finde på at sige "Nu går jeg hjem, og jeg håber ikke, at jeg skal høre fra dig"...eller "kan du virkelig ikke finde ud af det her" (I: Ja), og som nogle gange kom ind og kiggede på patienten, som man bad dem om, og så..så sagde de "nå, men det er appendicit". "Nå, men hvorfor er det det?". "Jamen, det er da altså bare"....og de ville ikke forklare det, så jeg selv kunne finde ud af det næste gang (I: Nej), så jeg blev ved med at være på det niveau, hvor jeg ikke syntes, jeg kunne finde ud af det (I: ja)....plus at jeg stod meget alene, fordi det var så lille et sygehus, så der er to læger om natten (I: Ja..okay). Og det synes jeg, det kunne jeg heller ikke lide (I: nej). Så der gik faktisk flere år, inden jeg syntes, at det var OK at være læge .

"Psykiateren" møder som ung nybagt kandidat et system der ikke lytter, respekterer eller anerkender hende som Læge.

Hun starter på kirurgisk afdeling hvor hendes første møde med de ældre lægekolleger der skulle støtte hende i hendes udvikling af Læge rollen bliver en oplevelse af manglende samarbejdsvilje - "Nu går jeg hjem, og jeg håber ikke, at jeg skal høre fra dig" eller når hun udtrykte sin faglige usikkerhed og læringsbehov, blev mødt med nedgørende bemærkninger som –"kan du virkelig ikke finde ud af det her". Hun oplevede ligeledes at blive forbigået i de situationer hvor hun var sat på til operationer der som en del af hendes uddannelse skulle være med til at opkvalificere hendes kompetencer.

Nogle gange bliver hun mødt i sin usikkerhed. Bagvagten kommer ind, men den læring hun havde mulighed for at få i situationen udebliver pga. manglende dialog.

Hun beskriver det sådan: "*og som nogle gange kom ind og kiggede på patienten, som man bad dem om, og så..så sagde de "nå, men det er appendicit". "Nå, men hvorfor er det det?". "Jamen, det er da altså bare"....og de ville ikke forklare det, så jeg selv kunne finde ud af det næste gang (I: Nej), så jeg blev ved med at være på det niveau, hvor jeg ikke syntes, jeg kunne finde ud af det"*

Hun udtrykker sin manglende kompetence og beder om at få en forklaring der kan opkvalificere hende til næste gang hun møder et lignende tilfælde, men får ingen forklaring og fastholdes i uvidenhed. Den usikkerhed hun havde bliver ikke mindre og hun bliver ved med at være på det niveau hvor hun ikke synes hun kan finde ud af det.

Den gældende diskurs i systemet tillader ikke at hun får en forklaring – der er ingen dialog om den problematik hun henvender sig om og hun lades tilbage med sig selv og sin usikkerhed.

Der er hendes egen opgave at finde svar på de spørgsmål hun ønsker svar på, selv om hun står sammen med en ældre kompetent læge der finder hendes problematik "banal".

Det krav hun som ny uddannet læge, under uddannelse til speciallæge, kunne have til systemet druknede i mangel på nærvær, på anerkendelse og menneskelighed. Der kan ikke tales om det der er vigtigt for hende og hun bliver på den måde ekskluderet af det fællesskab hun forsøger at blive en del af.

Hun søgte også andre veje indenfor systemet for at få dækket sit læringsbehov og den tryghed hun som menneske havde brug for, for at kunne fungere som Læge.

I hendes samarbejde med sygeplejerskerne bad hun dem om hjælp og bliver her mødt af - *''jamen, det er dig, der er lægen''*. Igen blev hun bekræftet i at hun måtte klare sig selv og ikke kunne forvente at blive mødt i sit læringsbehov.

Hun tager problematikken på sig og søger psykolog for at kunne håndtere det at være læge i systemet.

Den måde systemet fungerer på resulterer altså i at hun søger hjælp uden for systemet for at kunne udholde at være en del af det selv samme system.

Fra min praksis kan jeg supplere med utalige eksempler på systemer der fungerer på samme måde. Det der forekommer mest iøjnefaldende i dette tilfælde er, at et system der har som sit hovedformål at værne om livet og samtidig uddanne nye systemoperatører, i sine bestræbelser på at udføre sin opgave giver anledning til en fremmedgørelse på det menneskelige plan hos en systemoperatører og ikke er sig det bevidst.

"Filosoffen" har sit første møde med systemet på et forholdsvis lille Regionshospital og man var meget alene.

Han fandt det særligt vanskeligt at skulle forholde sig til det store ansvar han havde ved at være Læge.

Efter i et halvt år at have båret på sin usikkerhed alene fik han den ide' at bede en ældre kollega om støtte. De aftaler at han bare skal maile hende, hvis han har brug for det.

Den ældre kollega var samtidig hans vejleder og han lægger vægt på at hun ejede en særlig egenskab – *"Jeg havde en vejleder på daværende tidspunkt der var sådan meget menneskelig, så det fungerede egentlig fint, det hjalp."*

Den grundlæggende faktor for hans relativt rolige og ubesværede indgang til lægerollen i systemet var den "menneskelighed", der tilfældigvis var hos hans vejleder. Han bliver mødt i sit behov for dialog og bliver på den måde anerkendt som det menneske han er og den læge han er ved at blive.

"F: Ja det var faktisk det samme. Det var altså (3 sek.).. øhm .. altså det der var min teori var at sådan nogle tanker er lige som når folk bliver deprimeret eller har katastrofetanker de vokser ligesom, hvis man ikke får afløb for dem, så derfor bare det at ringe og sige til hende- 'er det noget jeg skal bekymre mig om' – og så siger hun – 'det tror jeg ikke' - eller – 'kan du ikke lige tjekke op på det i morgen, - så bare det at man får at vide – 'det tjekker jeg op på i morgen' – så får man den ligesom lukket, i stedet for at man begynder at tænke – 'jamen jeg skal følge op på det hele' – eller – 'jeg prøver at skubbe det hele i baggrunden' – så får man ligesom et filter og det er det jeg ser man kan bruge en mentor til det er et filter – hvis det giver mening."

Vejleder giver sig tid til at vejlede ham og anerkender hans behov for *"et filter"* der kan berolige ham i hans læringsproces. Han lades ikke alene med sine bekymringer, men får gennem dialogen med sin vejleder der nu også fungerer som hans mentor et rum til refleksion og giver ham også forslag til strategier der kan være hjælpsomme for at imødegå usikkerheden: *"kan du ikke lige tjekke op på det i morgen"*. Hun lærer ham på denne måde at skelne mellem det akutte og det sub akutte ved at tage hans bekymring alvorlig.

Ved at have en ældre kollega at dele ansvaret med kan han undgå at komme i *"en proces af usikkerhed"* der ellers let forhindrer ham i at se klart og skelne mellem alvorlige og banale tilstande hos patienterne.

Mødet med denne vejleder er skelsættende for *"Filosoffens"* indgang i sundhedssystemet. Anerkendelsen af ham som nyuddannet uerfaren læge gør, at han får mulighed for at reflektere med andre end sig selv. Han får en erfaren sparingspartner der reflekterer sammen med ham, giver ham nye impulser, hvilket fremme dannelsen af den Læge han arbejder på at blive.

Sammenfatning

De to eksempler viser vigtigheden af den forholdemåde Maturana er fortaler for. De to nyuddannede læger har behov for at blive anerkendt som det menneske de er med den mangel på kompetence der hører med til at være nyuddannet.

I eksemplet med *"Psykiateren"* er mødet domineret af mangel på anerkendelse og menneskelighed, hvilket fastholder hende i usikkerhed og inkompetence. Den dialog der er vigtig for at kunne tilegne sig ny viden/erkendelse udebliver og hun efterlades med sig selv som refleksionspartner. Da hun ikke ejer kompetencen til at løse opgaven bliver refleksionen med sig selv til øget forvirring og nedbrud af hendes selvværd. Efter en tid at have udholdt denne nedbrydende proces bryder hendes system sammen og hun bliver deprimeret.

For *"Filosoffen"* ser det anderledes ud. Han møder også systemet med usikkerhed og inkompetence grundet det at han er nyuddannet læge, men er heldig at få en vejleder der ejer den menneskelighed han har brug for. Hun anerkender hans ståsted med usikkerhed og inkompetence og tager sig tid til at tale med ham om det. Gennem dialogen med hende finder han et fundament i systemet han kan bygge videre på. Han er ikke alene, men erfarer gennem hendes måde at møde ham / tage ham alvorlig på, at han er en legitim deltager i systemet, hvilket understøtter hans selvforståelse/selvværd, så han kan tage de næste skridt i sin læringsproces mod at blive en kompetent, kvalificeret læge.

Som tidligere nævnt er den gældende diskurs i et system kun gældende hvis systemoperatørerne opretholder den. Det er vores valg af tilgang til mødet med den anden, der skaber det udkomme der bliver af mødet.

"Filosoffens" vejleder sætter menneskelighed, anerkendelse og dialog i højsædet og giver ham på den måde et ståsted i systemet, en legitimitet der understøtter hans fortsatte udvikling mod at blive fuldbefaren læge modsat den oplevelse *"Psykiateren"* havde.

Som jeg ser det er "Filosoffens" vejleder ændringsagent i systemet. På trods af den gældende diskurs vælger hun en anden vej for sin opgave. Hun kommer sin studerende i møde med anerkendelse og dialog om det der fylder inden i ham og skaber på den måde en forandring for ham og hans måde at udfylde sin opgave som system operatør.

Mestringsfærdigheder og overlevelses strategier

Nu er det jo ikke hvem som helst der bliver Læge. Det er cremen af dansk ungdom med kæmpe ambitioner og drive. De har klaret sig rigtig godt gennem deres gymnasiale grunduddannelse for at få mulighed for at blive Læger.

Når de så har gennemført et meget krævende studie står de på toppen af verden som "Læge".

Gennem 25 – 27 år har de befundet sig i et undervisningssystem (Her at bevæge sig gennem livet med alt det det indebær), systemet (her samfundet) har prioriteret massive summer i den målrettede skoling af hvert individ for at de skal kunne indtage den plads i systemet, som de har drømt om og som systemet har efterspurgt.

De skal ud og kæmpe for menneskeligheden.

Når de så møder et system, der er domineret af en anden diskurs, sker der et sammenstød mellem de 2 systemer.

Det sammenstød kan foregå mere eller mindre problemfrit og hvert individ forsøger at finde en måde at tilpasse sig til situationen.

Der er rigtig meget på spil.

Mennesket har arbejdet målrettet i 25 – 27 år på at være et bidrag til den verden det ønsker og realisere det liv det drømmer om.

Hvis mennesket ikke bliver mødt med den anerkendelse af sin legitimitet som menneske, som Maturana argumenterer for, vil det forsøge at finde menig og adaptere til situationen på mere eller mindre raffinerede måder.

Gennem vores liv udvikler vi større eller mindre grad af fleksibilitet eller bestemte karakteristiske oplevelses- og adfærdsmønstre, som præger vores væren i verden.

"Frontløberen" møder et system, som hun har svært ved at blive klog på og indgå i.

Hun har en klar ide om hvad det vil sige at være læge, da hendes far var læge og hun gennem sin opvækst har tilbragt meget tid sammen med ham på *"hans hospital"*. Hendes mor var sygeplejerske og hun tilbragte tid sammen med sygeplejerskerne (*"Og så kom jeg jo med og spiste karameller ved sygeplejerskerne og sådan noget..."*) på sin fars afdelinger, når de begge var på vagt.

Hun er vokset op med en far som hun er stolt over og som synes at lægefaget var fantastisk, en mor der var sygeplejerske og hun har haft sin gang i systemet siden hun var ganske lille, hvilket gør at hun er - *"blevet socialiseret i den verden som barn"*.

Hendes møde med systemet var båret af glæde og stolthed. Hendes far – *”har altid syntes at arbejdet var fantastisk ... måske noget af det vigtigste i hans liv.”*

Dette solide billede af et system, hvor der udføres *”fantastisk”* arbejde og med mennesker der vil hende det godt er det fundament hun bygger sin forståelse af lægerollen på.

Det hun møder kan hun ikke få til at stemme med sit indre billede og hun må finde en løsning på sit problem.

Heldigvis møder hun 4 vejleder – *”hvoraf de to var helt exceptionelle”*. Det giver hende - *”nogen, som man kan stole på, så man ikke har sådan en ansættelsesafhængighed”*.

Det giver hende sikkerhed at have nogen at kunne støtte sig til og hun finder en metode at navigere med hvor hun kan bevare sig selv intakt.

Hun scanner sine samarbejdsrelationer både blandt læger og sygeplejersker for – *”hvem kan man læne sig op af, både sådan af personalet, men også af kolleger ikke”*.

”Frontløberen” har et rigtig godt fundament i forståelsen af lægerollen.

Hun har en solid tro på at hun hører til, det har hun jo altid gjort, og hun har kæmpet for det hun synes er vigtigt og samtidig respekterer hun det system hun er en del af :

”I: Så du er ikke sådan en, der bare har tilpasset dig?

F: Nej, det vil sige altså jo, jeg synes, jeg har tilpasset mig, men jeg synes, jeg har prøvet på at tilføre noget, jeg synes var vigtigt. Jeg synes ikke, jeg er kommet ind og bare splittet bulen ad og råbt røvhuller ved morgenkonferencen og sådan noget – slet ikke. Men jeg synes, jeg har prøvet på at lave noget om, hvis jeg synes, der var noget, der ikke var i orden. Ømm...”

Hun har fundet en strategi for ”sin” Læge rolle, hvor hun har udviklet sin evne til at scanne sine samarbejdspartnere, så hun kan være produktiv og samtidig bevare sin energi.

Det potentielle energitab der kunne være ved at indgå i relationerne der – *”er helt bimmelim”* har hun reduceret væsentlig ved at udvikle sin radar og formår derved at bevare sig selv og sin selvforståelse intakt.

Den socialisering ”Frontløberen” har fået gennem sin opvækst har givet hende et solidt fundament at agere ud fra. Selv om hun ikke bliver mødt som hun havde forestillet sig ryster det ikke hendes selvforståelse, men hun beslutter sig for at tilføre noget som hun synes mangler. Hun har samtidig været heldig at møde ældre kollegaer som vil hende det bedste. Hun er ændringsagent.

”Og så siger jeg også til dem, at jeg tænker, at vi kan snakke lige ud af posen, og hvis der er noget, jeg ikke forstår, så vil jeg nok spørge om det, sådan at det ligesom ligger ud i det åbne – så må de jo melde tilbage, hvis de synes, der er noget, der er helt skørt af det, jeg laver, eller det er OK”

Hun stiller krav om dialog og læring. Hun accepterer ikke den måde systemet møder hende på. Det ståsted hun har fået gennem sin opvækst og de læger der har spejlet hende på en stimulerende måde har givet hende mod til at stille krav.

Den udfordring hun møder i systemet ansporer hende til at tage affære. Hun indordner sig ikke mere end hendes system kan holde til, men prøver på at tilføre noget vigtigt til systemet. Ved at bringe sine krav ud i det åbne inviterer hun sine kollegaer til at forandre den gældende diskurs og på den måde forandre systemet.

Hendes mestringsfærdigheder er et udtryk for hendes høje selvværd, som dels er kommet gennem hendes opvækst og de forbilleder hun har mødt i sin tid med systemet.

Når vi som mennesker bliver understøttet i vores selvforståelse stimulerer det vores handlingsenergi og vi kan som hende tage "handsken" op og kæmpe for det vi tror på.

Hun har været heldig at møde mennesker gennem sit liv der har understøttet hendes selvværd og dermed gjort det muligt for hende at håndtere den modstand hun møder.

De tre spørgsmål jeg præsenterede tidligere i teksten – Hvor skal vi bevæge os hen? – Hvordan skal vi bevæge os? - Og hvorfor? - bliver for "Frontløberen" besvaret løbende. Hun har gennem sit liv fundet brugbare svar der har understøttet hendes personlige udvikling – hendes "Becoming". Hendes nervesystem er ikke blevet "tilstoppet" af uforløst impulsenergi med kompromitteret handlekompetence til følge.

"Skuespilleren" er et andet menneske med en anden baggrund, som gør at hun håndterer mødet på sin måde. Hun prøver at finde "en grimasse der kan passe".

Hun mener, at man især som yngre, men også nu som HU læge, er underlagt det krav at man – *"skal komme ind og være tillidsvækkende og skabe ro og selv om man måske ikke helt ved hvad man står med"* for at være læge. I hendes mestringsfærdigheder indgår det at spille skuespil, at lade som om.

Det er der ikke noget nyt i.

Jeg hører ofte begrebet "Fake it till you make it" som en vigtig læresætning for at opnå succes og jeg oplever det da også som en naturlig og kvalificeret respons på mange situationer. Det at skabe tillid og ro er en vigtig del af en succesfuld behandling. Når et sygt menneske opsøger en behandler er det ofte grundet angst og tvivl. Den angst og tvivl patienten oplever, har hun ikke kunnet håndtere på egen hånd og derfor søges professionel hjælp. Når den urolige patient møder en behandler der kan rumme deres angst og skabe ro er der taget et vigtigt skridt mod at blive rask.

Der er altså ikke noget "galt" i at spille en rolle i læringsprocessen af at tilegne sig de kompetencer der gør at man ejer roen og den selvtilid der skal til for at være reelt tillidsvækkende. Problemet kan opstå hvis man gennem sit liv spiller en rolle hele tiden.

For "Skuespilleren" vil det betyde at hun får svært ved at komme til at eje sig selv i sin lægerolle, og risikerer at vedblive med at være "ved siden af" – at det i stedet for at være en mestringsfærdighed hun benytter i sin lægerolle, bliver en overlevelsestrategi for at udholde sin lægerolle.

At få sine strategier italesat, eksternaliseret, kan være det der gør at hun finder ud af at hun faktisk ejer sin lægerolle og at det at spille skuespil i specielle situationer er den færdighed der giver hende mening og er med til at kvalificere hende som læge. Det kræver dialog og her kunne coaching være et værdifuldt tilbud.

Den mulighed har hun ikke. Hun forsøger at få sin usikkerhed bearbejdet med jævnaldrende kollegaer, men det hjælper ikke helt og hendes strategi med skuespil forsætter.

"F: (Trækker vejret dybt) jamen det var jo at bruge noget tid på at læse, sætte sig ind i noget stof, det er noget med hele tiden at holde sig til over for de personer man så gerne vil se hellig (Griner) ud hos og alligevel endte det med at gå i fisk med en af kollegaerne og øh ja at stryge nogen med hårene og vise sig positiv.

Ikke for enhver pris, det var jo også derfor jeg så ragede uklar med ham, fordi jeg nåede til et punkt hvor jeg tænkte nu var det ikke .. der var grænser for hvad man skal finde sig i eller hvad skal man sige.... , så.

I: den konflikt du er i der (F: Mmm) hvem brugte du der til at komme over den eller få det på plads?

F: Øh Jeg brugte min mand og mine veninder (F: Ja) og så gik jeg også i det f.. , jeg var sygemeldt med depression og stres og da snakkede jeg .. jeg gik hos en psykolog der ikke gav mig ret meget og så snakkede jeg med en psykiater også, så."

"Skuespilleren" var udsat for et hårdt arbejdspress i en kultur, hvor det er "alles kamp mod alle" og hvor man gerne skal – "se hellige ud" hos nogen.

Det er altså ikke for hendes egen skyld i bestræbelsen på at blive en dygtig læge hun bruger tid på at tilegne sig ny viden, men en del af det skuespil hun finder nødvendig for at "passe ind" – "det er noget med hele tiden at holde sig til over for de personer man så gerne vil se hellig (Griner) ud hos" .

Hun er på den anden side af situationen, hun griner af den måde hun håndterede situationen på, det skuespil hun fandt nødvendig at spille, men i situationen var det den løsning hun havde for at høre til.

Hun oplever sin strategi bryde sammen "-gå i fisk" da en kollega ikke giver hende den respons hun finder rimelig og overskrider hendes grænser.

Måske var det den bedste "hjælp" systemet kunne give hende i hendes bestræbelser på at blive læge. Hendes grænser blev overskredet og sammen med en personlig krise hvor hendes bror dør, bryder hendes indre system sammen og hun blev sygemeldt med en depression og stress.

Hendes system blokerer som en naturlig følge af overbelastning. Det tvinger hende til at blive sygemeldt og på den måde få en pause fra de belastninger hun har ved at være en del af systemet. Det er den overlevelsestrategi der er indbygget i hendes nervesystem for at forhindre hende i at "brænde helt sammen".

Hun får en pause som hun bruger til at komme til klarhed med sit liv. Hun søger hjælp hos en psykolog og en psykiater og kommer videre.

Som jeg tidligere skrev er hun nu et andet sted end da hun stod med konflikten med sin kollega. Hun kan grine af situationen. Hun har fundet ud af at der er grænser for hvad hun vil finde sig i, hvilket måske kan være en hjælp til at ændre hendes overlevelsestrategi med at spille skuespil.

Ovenstående viser et klassisk eksempel på menneskets ønske om at høre til og en metode på hvordan det forsøges gjort.

Med de krav der stilles om forandringsparathed, tilegnelse af ny viden, øget produktivitet og helst succes på alle planer, belaster mennesket sit system til det yderste. Hvis der ikke findes et dialogisk rum, hvor vi kan blive mødt som legitime medspillere i livet risikere vi at bryde sammen.

Kommunikation

Vi bruger kommunikationen til at forbinde os med hinanden og få systemerne til at fungere. En stor udfordring for funktionen i systemet er altså at kommunikationen er god, men det er ikke altid tilfældet.

Kommunikationen bruges også til at stadfæste sin magt og kan på den måde være med til at begrænse funktionen/produktiviteten i systemet. Konsekvensen af en sådan negativ kommunikativ proces kan findes hos alle implicerede parter og kan i sundhedssystemet få fatale konsekvenser.

"Praktikeren" beskriver en situation på denne måde:

"F: og så mener jeg faktisk at den der hjertelæge eller hvad han nu var medicinsk bagvagt er oppe ved os ringer til dig, nej han siger at jeg kommer lige op til dig og jeg siger fint nok. Oppe fra os der ringer han så til bagvagten og det ender så i et fuldstændigt slagsmål, verbalt, fuldstændigt hvor de kalder grimme ord

I: så du overværede simpelthen , at han sviner ham til

F: jeg ved ikke helt hvad jeg skal stille op, og jeg vender nærmest ryggen og tænker nå ja, det er de store ALFA HANNER ikk, de må jo blive færdige (I: Ja) altså hvad kan JEG gøre og så ender det ud i, at jeg snakker med min bagvagt, der så siger, Nå der er vist ikke nogen andre muligheder, nej nej siger jeg, men hvordan var det patienten var? så siger jeg, umiddelbart så tror jeg det er OK det ene og det andet og det tredje, det eneste der er at de skal bare love at lave den der ekkokardiogram der manglede, også accepterede vi. og så tænker jeg bare, hvorfor alt det her.

Hun står med en syg patient der grundet pladsmangel skal flyttes til en anden afdeling. Overlægen på den modtagende afdeling er ikke tryk ved at modtage patienten grundet manglende undersøgelse.

"Praktikeren" tager kontakt til sin bagvagt, hvilket ikke giver det ønskede resultat for den modtagende overlæge, hvorfor han selv ringer til "Praktikerens" bagvagt.

I stedet for at føre en konstruktiv dialog kaster de sig ud "et fuldstændigt slagsmål, verbalt, fuldstændigt hvor de kalder grimme ord"

Det er to overlæger der viser hvordan samarbejde kan håndteres. De er rollemodeller for den yngre læge der forsøger at løse den opgave hun står i på bedste måde for patienten.

Hvorfor forløber samtalen som den gør? Det giver beskrivelsen ikke svar på, men når hun beskriver de to overlæger som ” *er de store ALFA HANNER* ” påpeger hun et magthierarki i systemet der i dette tilfælde resulterer i en ukonstruktiv ordveksling mellem to afdelingers ledere. Det er ikke patienten eller systemets funktion der er i centrum, men deres indbyrdes uenighed og behov for at ”vinde” kampen.

I en sådan proces er der ingen vindere. På den korte bane blev problemet løst til den enes tilfredshed, men det kommunikative problem der var kernen i konflikten er sandsynligvis blevet forøget. De to overlægers proces af ”Becoming” blev besværliggjort af deres manglende evne til dialog. Der blev ikke skabt ny indsigt i deres møde med hinanden, men situationen blev brugt til en kamp om magten.

En sådan seance kan ikke undgå at påvirke ”Praktikerens” oplevelse af det system hun er en del af. Hun finder den meningsløs og vil derfor nok ikke selv benytte sig af den strategi, men hendes beslutning om at bede om hjælp fra sin bagvagt en anden gang vil sandsynligvis være påvirket. Hun oplever at der er ting man ikke kan tale ordenligt om og at det kan medføre en meningsløs magtkamp hvis man ønsker at løse sin opgave ansvarligt og har brug for hjælp til det. Hendes ”Becoming” blev altså også besværliggjort af deres kommunikative inkompetence.

Sammenfatning og konklusion.

Vi mennesker er sociale dyr og vi har organiseret os med hovedfokus på penge og magt. Denne organisering har konsekvenser for vores ”Becoming” både som systemer og enkelt individer.

Interaktionen mellem os er styret af den diskurs, der er produktet af denne organisering og dette fokus.

Sundhedssystemet er et meget gammelt system og med det er den gældende diskurs meget stærk. De forandringer der bliver lavet, laves af enkeltpersoner på trods af den gældende diskurs.

At tilbyde et dialogisk rum til refleksion for sundhedspersonalet med det formål at fremme menneskeligheden, forbedre kommunikationen, samarbejdsklimaet og behandlingen af patienterne på samme tid ville være spændende og jeg ser det også som en realistisk mulighed.

I evalueringen af pilotprojektet og i svarene fra interview undersøgelsen giver alle deltagere udtryk for et positivt provenu af deltagelsen i projektet.

De er blevet klogere på sig selv og det system de arbejder i. De har fået indblik i deres kollegaers ståsted og set at de ikke er alene med deres oplevelser.

Det dialogiske rum coaching tilbyder med den rammesætning der er om magtfrihed, menneskelig legitimitet og gensidig accept giver dem mod til at italesætte de problematikker der ikke er plads til i den gældende diskurs inden for systemets væge.

Den interaktion vi forsøger at blive klogere på mellem individ og system er styret af mangel på prioriteret tid til netop det formål at blive klogere og en diskurs der forhindrer at tale om det der er svært.

Med den prioritering spilder systemet enorme mængder af menneskelige ressourcer, og med det den grundværdi det forsøger at skabe merværdi af, på gulvet.

Tab af ressourcer, både menneskelige og økonomiske, som følge af arbejdsrelateret stress er en betydelig omkostning for vores samfund. Tallene herunder beskriver det tydeligt.

Tallene stammer fra 2006 og med den udvikling samfundet har været igennem tror jeg ikke det er blevet mindre.

ARBEJDSRELATERET STRESS OG KONSEKVENSER

Arbejdsrelateret stress (psykisk arbejdsbelastning) koster hvert år:

Dødsfald	1.400
Tilfælde af førtidspension	2.800
Hospitalsindlæggelser	ca. 30.000
Kontakter til egen læge	½ mio.
Ekstra fraværsgage	1½ mio.
Øget årlige omkostning for sundhedsvæsenets	686 mio. kr.

Fra Statens Institut for Folkesundhed, 2006¹⁸

Det samfund vi lever i er Vores samfund – vi har skabt det og det er kun gennem vores handlinger det opretholdes eller forandres.

Sundhedssystemet er en af de "juveler" vi har i "Kronen" og som jeg tidligere har skrevet er det der her forekommer mig mest iøjnefaldende og giver stof til undring; - at et system der har som sit hovedformål at værne om livet og samtidig uddanne nye systemoperatører, i sine bestræbelser på at udføre sin opgave giver anledning til en fremmedgørelse på det menneskelige plan hos systemoperatører og ikke er sig det bevidst.

¹⁸ http://www.forebyggestress.dk/stress_i_tal_statistikker.htm#Sygefravaer

Sammenfatning

Lysten til at etablere coaching af læger er intakt, og vores overbevisning om, at coaching ville gavne både lægerne og systemet er også intakt. Det er uvist, hvor let det vil blive. MOC har givet os nogle værdifulde værktøjer, der er blevet særligt tydelige for os i processen med at skrive specialet og ændre kurs undervejs. Sammenfatningen af specialeopgaven er inddelt i tre afsnit. I første del vil vi forholde os til første halvdel af problemformuleringen, herefter følger et afsnit om betydningen af coaching og endelig følger et afsnit, hvor vi forholder os til problemformuleringens anden halvdel.

Hvor har vore tekster bragt os hen i forhold til "Interaktioner mellem systemer og individ i en kompleks foranderlig verden"?

I forhold til LdL's perspektiv har det sat fokus på, at for læger under uddannelse til speciallæger sætter konkurrencen sit dybe præg på relationerne og kulturen. De unge læger i pilotprojektet karakteriserede lægekulturen som en kultur med megen facade, hvor man helst ikke ville afsløres som uvidende. Hvis man helst ikke vil afsløres og er usikker på, om de nærmeste kolleger er venner eller konkurrenter, er der ikke megen grobund for åbne, tillidsfulde relationer. Det bliver let en kultur, hvor man gemmer sig og dukker sig lidt.

Læger - og forskerne ikke mindst - kan have stærke og besværlige erfaringer vedrørende karriere, konkurrence og positionering. Lægekultur er ikke én kultur men mange kulturer, og relationsdannelse er en vigtig faktor i samspillet mellem systemer og individ. Når relationerne lykkes, er der i lægekulturen indarbejdede traditioner for at påtage sig roller som mentor og vejleder. Ganske få relationer kan afgøre yngre lægers faglige skæbne og karriere. Det er et multivers.

I TM's perspektiv er lægerne engagerede i første ordens aktiviteter (tilse patienter, operere etc.), men flere og flere af lægernes interaktioner med patienter og samarbejdspartnere i systemet kræver anden ordens aktivitet. Patienterne ser i højere grad lægen som en samarbejdspartner, en rådgiver, end den autoritet, lægen tidligere var. Mange patienter tilskriver sig selv autoriteten til at beslutte – måske uden reelt at mestre det, og lægen kan blive indviklet i samspil, hvor patienten har søgt alle former for information, der kan være en udfordring for den fælles proces.

De forskellige afdelinger skal arbejde tæt sammen for at kompliceret diagnostik og afvikling af behandlingsforløb kan ske med den effektivitet og hastighed, der er krævet. Overlevering af patienter mellem afdelinger kræver gode rutiner, systematik og konduite, hvis alt skal forløbe efter bogen. For at indgå på passende vis i alle disse sammenhænge, skal lægerne mestre anden ordens aktivitet, det vil sige de skal kunne reflektere rettidigt for at være med til at sikre, at alt forløber som det skal. Meget konkret lægearbejde foregår i en første ordens kybernetisk rammesætning, som lægerne skal mestre. Samtidig kræver forvaltningen af relationelle opgaver anden ordens kybernetisk rammeforståelse.

Set fra MB's perspektiv kræver det at være menneske og læge, at lægen både skal kunne agere med første og anden ordens kybernetik. Lægen skal kunne producere og reflektere over produktionsresultaterne. Lægerne er spændt ud mellem systemverdenen og deres livsverden. Systemet efterspørger ikke livsverdenen, når den går på tværs af systemverdenen. Spændingsfeltet kan blive ødelæggende for den enkelte, og individet risikerer at bryde sammen, hvis systemverdenen koloniserer livsverdenen. Mennesket er udstyret med evnen til at respondere med en forsinket respons. Denne responsivitet er funderet i anden

ordens tilgang - en refleksiv tilgang. Den refleksive tilgang skal have sit sprog etableret og være en legitim ytring.

Betydningen af coaching:

Erfaringerne med coaching viste, at der kan skabes et særligt rum, hvor deltagernes erfaringer, forståelser og følelser kan finde et sprog. Følelserne tilhører individet. De erfaringer og forståelser, der blev taget op i gruppecoachingen var både individbaserede og systembaserede. Coachingen skabte sprog for følelserne og dermed brobygning mellem erfaringer og forståelser, der var systembaserede og individbaserede.

Coachingen gav deltagerne indblik i hinandens livsverdener. De følte sig frie til at agere og udtrykke sig anderledes end i den almindelige omgang med kolleger. Det var OK at være usikker og give udtryk for det. Det var en eye-opener, at de havde de samme problemer. Den viden reducerede deres stress momenter og tyngende spekulationer. Det betød noget særligt, at det var kolleger, der coachede, fordi alle kendte problemstillingerne med hierarki, konkurrence og karriere. Deltagerne oplevede således, at deres livsverden var blevet bemyndiget i kollegial sammenhæng. Efterfølgende agerede deltagerne som om, de havde taget lidt af coachings frirum med sig ud i deres organisationer. Deltagerne agerede som forandringsagenter, der skabte mere plads for både deres egen og kollegernes livsverden.

Gruppecoachingen så ud til at have gjort nye interaktioner mellem systemer og individ mulige. Der var skabt adfærdsforandringer, der kunne være med til at skabe bedre kollegiale relationer med stor betydning for arbejdsmiljøet. Coaching eliminerede ikke lægernes vanskeligheder med karriere, konkurrence og positionering, men den belastning disse vilkår skabte, blev reduceret. Det kan skyldes, at deltagerne blev klar over, at det var fælles vilkår. Det kan måske også skyldes den dialogiske aktivitet i coachingen med empati, transparens og kongruens. Det afgørende var nok, at deltagernes hidtil uartikulerede følelser af usikkerhed og utilstrækkelighed blev sprogliggjort, og især at dette forum bekræftede, at det var alment.

De nye handlemuligheder, nogle af deltagerne havde erhvervet efter forløbet, varierede. Det spændte fra at møde op og være sig selv på arbejde, at begynde at tale mere åbent om sig selv og til at påtage sig rollen som det formelle talerør, der fik ændret arbejdsgange og var villig til at agere på kollegernes vegne selv om det kunne koste på karriere kontoen. Deltagerne demonstrerede adfærd som forandringsagenter, der arbejdede for at reducere personlige belastninger ved at udføre arbejdet. De udvidede de kollegiale relationer, hvilket er betydende for at skabe mere plads til individernes livsverden i systemverdenen.

Hvad har vi lært om os selv som forandringsagenter?

Når denne læring summeres op anføres først erfaringerne som forandringsagenter og læringen i forbindelse med skriveprocessen. Dernæst inkluderes læringen i forbindelse med at udsende spørgeskemaet og læringen fra pilotprojektet.

Vi ville gerne skabe et grundlag for at etablere coaching af læger. Vi har lært at tåle mange omstillinger undervejs, hvilket vi ser som et billede på den mentale fleksibilitet, der kendetegner en forandringsagent.

Forandringsagenten skal stå ved sit ærinde, være tydelig med sin hensigt med, hvad hun/han kan afstedkomme selv, og hvad vedkommende har brug for hjælp til.

Alt er foreløbigt inklusiv forandringsagenten. Forandringsagentens primære mål er ikke af første ordens kybernetik, men sigtet er konstant – via praksis - at ville lade sig forandre af en reflekteret praksis.

Skriveprocessen (bearbejdningsprocessen) er en obligatorisk del af en forandringsagent virksomhed. Det er i skrivningen, at læringen systematiseres, og der skabes mulighed for ny læring til forfatteren.

I processen med vejledning skiftede vi fokus for opgaven. Vi lærte, at "Enten producerer vi eller også undersøger vi produktionsbetingelserne". Det er befordrende konstant at have fokus på, om vi producerer, eller vi reflekterer (hvilket domæne er vi i?) og bevidst skifte mellem domænerne for at få optimalt udbytte af processen.

Systemet lod sig ikke kontakte via spørgeskemaet. Vi var ikke transparente eller kongruente i vores møde med systemet gennem spørgeskemaet, hvilket måske har været en udslagsgivende faktor i den fejlslagne kontaktdannelse. Eller måske skal coaching indføres som nicheproduktion, så forandringsagenterne skal muldvarpe.

Vi har lært, at handling er en forudsætning for forandring. Vi skal handle og se hvilken respons, det skaber. ("Tickle the system and see how it jumps" (Peter Lang)).

Kontakten er altafgørende. Pilotprojektet var udbytterigt. Der var kontakt til systemet. Mødet er afgørende i coaching. Relationsdannelsen er vigtig.

Når kontakten er etableret, kan forandringsagenten have flere forskellige roller (se venligst afsnittet om pilotprojektet).

Litteratur

Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning og reflection. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur (2. oplag)

Article title: The State of Play in Coaching Today: A Comprehensive Review of the Field

Year of publication: 2010

Author(s): Grant, Anthony M; Passmore, Jonathan; Cavanagh, Michael J; Parker, Helen.

Coghlan, D. & Brannick, T. (2010). *Doing action research in your own organization*. London: SAGE.

Foucault Michel, i http://da.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault#Subjektpositioner

Habermas Jürgen i

http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Filosofi/Filosofi_og_filosoffer_-_1900-t./Filosoffer_1900-t._-_Tyskland_-_Østrig_-_Schweiz_-_biografier/Jürgen_Habermas

<http://www.leksikon.org/art.php?n=5014>

http://www.forebygstress.dk/stress_i_tal_statistikker.htm#Sygefravaer

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView. Introduktion til et håndværk*. København. Hans Reitzels Forlag

MacLean Poul (f. 1913), i <http://ibog.psykologiensveje.systime.dk/index.php?id=1289>

Maturana og Varela i "Spil med sproget – kommunikere, relatere og socialt konstruere", Holmgren, i *"Psykologiske grundtemaer"*, s. 72. O. Løw og E. Svejgaard, Kvan 2002.

Maturana, H., Varela, F. (1987). *Kundskabens træ*. Forlag ASK, Århus

Molly-Søholm, T., Willert, S. (2010). *Action Learning Consulting*. Dansk Psykologisk forlag

Stelter, R. (2002). *Coaching-læring og udvikling*. Dansk Psykologisk forlag

Stober, D.R., Grant, A.M. (2006). *Evidence Based Coaching Handbook*. John Wiley & Sons, Inc.

Storch, J., Molly-Søholm, T (2005): Gensyn med domæneteorien. *Erhvervspsykologi nr 2*. Virum: Psykologisk Forlag

Søholm m.fl. 2004, s. 6, i *"COACHINGENS LANDSKABER nye veje – andre samtaler"*, s.22. Jakob Nørlem red. Hans Reitzels Forlag 2009

Wentzer Thomas Schwartz. "Sagen i centrum. Fra ekspertise til kompetence". Oplæg fra MOC 4.3., AAU. Slide6 - 8. d. 7/11 – 2011.

Ugeskr Læger 2006;168(40)

Ugeskr Læger 2011;173(2):96

Willert, S. (1996) Dialogiske konsulentmetoder. I: Alrø, H. (red.) *Organisationsudvikling gennem dialog*. Ålborg: Aalborg Universitetsforlag.

Willert, S. (2007). *Søren Willerts modelsamling af relevans for kollegial supervision*.

Willert, S. *Proceskonsulentens ti bud*. Upubliceret materiale

Hvordan bliver en nyuddannet cand.med. en god læge?

Af Lydia de Lasson

Min interesse for dette emne afspejler sig i, at jeg, som har været læge siden 1982, gerne vil etablere coaching af læger. I foråret 2011 gennemførte jeg (sammen med en konsulent) et pilotprojekt med gruppe-coaching af en gruppe læger i hoveduddannelse. I denne artikel vil jeg argumentere for, hvad der skal til for at en nyuddannet cand. med. bliver en god læge. Først vil jeg citere lægeløftet for at illustrere, hvad den medicinske kandidat forpligter sig på. Herefter vil jeg beskrive de medicinske kandidaters position. Næste afsnit omhandler, at organisationen giver ringe plads for refleksion. De sidste to afsnit berører henholdsvis hvilke teoretiske overvejelser lægerne kan læne sig op ad for at få hjælp til at lære at skønne og i hvilket forum, det praktisk kunne læres.

Lægeløftet:

Som cand. med. bliver man læge på et øjeblik. Det sker ved at aflægge lægeløftet. Og hvad lover kandidaten så? Der citeres fra Wikipedia på nettet:

”Den nugældende danske udgave (af lægeløftet) fra 1815 lyder således:

”Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsækning har forpligtet mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterlevet de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser”.

Den passus fra lægeløftet, jeg vil forholde mig til, er ” efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu”. Det at være læge er altså forbundet med at udøve ”bedste skøn”. Det er ikke kun en eksakt videnskab, selv om man kunne få det indtryk, når man ser på, hvordan evidensbaseret medicin har vundet terræn de senere år. Hvad betyder det at skønne, og hvordan lærer man det? Ifølge ordbogen ordnet.dk betyder ”at skønne” at afgive en personlig, eventuelt en faglig vurdering af, hvordan noget forholder sig eller bør være. Det er ældgammel praksis, at lægen skal kunne vurdere personligt og/eller fagligt. Er det så noget, man kan, når lægeløftet afgives? Næppe. Det er det, der skal læres under den uddannelse til speciallæge, som samtidig med læringen af det lægefaglige også indeholder en socialisering i det at være læge.

Medicinske kandidaters position

Under studiet har lægerne lejlighed til at erhverve nødvendig faglig medicinsk viden. De nye kandidater er som oftest meget klar over, at deres viden ikke rækker inden for de mere specialiserede områder. Den unge kandidat har faglig medicinsk viden struktureret i forhold til sygdomme beskrevet under afklarede overskrifter. Patienterne passer ikke ind i rammerne fra "Medicinsk Kompendium" og forventer, at den, der møder dem som læge, også kan indfri forventningerne til funktionen. Mange nye læger oplever, at opgaverne til tider er af en sådan karakter, at de burde være stilet til læger med års erfaring og højt specialiseret viden. Den unge læge kommer ud og skal fylde en kittel svarende til en position i organisationen med forventning om at løse de opgaver, der hører til positionen. Samarbejdspartnerne forventer, at den forhåndenværende læge løser de opgaver, der tilkommer lægerne i organisationen. Evnen til at skønne er således relevant både i forvaltningen af den medicinske viden, i omgangen med patienterne og i håndteringen af den professionelle rolle. Hvordan hjælper organisationen dem så?

Ringe plads for refleksion i organisationen:

Jeg vil belyse det med resultater fra et spørgeskema, vi udsendte i forbindelse med specialeopgaven.

I forbindelse med specialeopgaven iværksatte vi en lille undersøgelse, hvor et spørgeskema blev sendt til læger under uddannelse til speciallæge. Af 39 læger svarede lidt mere end halvdelen, at der ikke eller kun i mindre grad fandt debriefing sted i deres afdelinger efter belastende episoder i forhold til patienter/pårørende. Det vil sige, at organisationen ikke forholdte sig officielt til sådanne hændelser. Det blev de impliceredes egen opgave at forvalte, at de havde været involveret i episoder, hvor patienter eller pårørende ikke fandt, at der var udøvet passende skøn.

Er der overhovedet brug for denne evne til at skønne i dag, hvor så mange forhold er belyste af videnskaben, og hvor der foreligger så megen evidens? Det er der i allerhøjeste grad set i lyset af den forandring, der hele tiden efterspørges fra patienter og politisk hold. Patienterne har en anden forventning til deres inddragelse i behandlingen i dag end tidligere. De skal behandles hurtigere og bedre. Ressourcerne er knappe i forhold til nye og meget dyre behandlingsmuligheder. Sundhedssystemet er til konstant debat, og der indregnes effektiviseringsgevinster i de årlige budgetter. Det vil sige, at lægerne mere end nogensinde er nødt til at blive skarpe i at forvalte den medicinske viden, at kunne møde patienterne med et fuldt menneskeligt nærvær og være gode holdspillere i sundhedsvæsenet. Læger skal ubesværet kunne skifte mellem udførelse af konkret praktisk lægeligt arbejde og skønne på stedet, hvordan en opgave løses bedst.

Hvilke teoretiske overvejelser kan lægerne læne sig op ad, for at få hjælp til at lære at skønne?

Det sande, det gode og det skønne står heldigvis stadig i høj kurs blandt mennesker. Den evidensbaserede medicin hjælper lægerne til at vide, hvilket behandlingstilbud en patient skal have. Det er fuldstændigt nødvendigt at kunne se en patient i øjnene med faglig autoritet og gøre rede for, hvilken operationstype eller medicinsk behandling, der er bedst. Der ligger videnskabelig sandhed bag. Men er det nu også etisk

forsvarligt at give den behandling? Hvis en operation er så omfattende, at en ældre skrøbelig patient har høj risiko for at dø af det, skal sandheden måske modificeres. Et mindre indgreb kunne måske redde nogle år. Det gode for den enkelte patient skal altid tages i betragtning, når der udøves skøn. Hvordan kommer skønheden til udtryk, hvis opgaven er at fortælle en patient, at vedkommende har en alvorlig sygdom? Her bliver måden, det gøres på, afgørende. Skønheden kan komme til udtryk i, at lægen gør sig bekendt med patientens forståelse af sin situation og forsøger at knytte an hertil, hvis det er muligt.

Det kan være en hjælp at tænke i domæneteori med domæner, der alle har noget at bidrage med, når der udøves skøn. Ovenstående refererer til teoriens domæne (det sande), det godes domæne (etikken) og det skønnes domæne (æstetikken). Der kunne føjes flere domæner til: Ressourcernes domæne, etc.

Videnskabsteorien kan også bidrage som en hjælp til at udøve skøn. I Alvesson og Skjöldbergs bog "Tolkning och reflektion" (Alvesson, 2008) henvises til det trilaterale sandhedsbegreb. Tre sandhedsstrategier afbildes som en ligesidet trekant, hvor ét ben repræsenterer overensstemmelse med virkeligheden, et andet repræsenterer sandhedsstrategien meningsskabelse og det tredje ben repræsenterer sandhedsstrategiens praktiske anvendelse. Læger skal finde løsninger, der er i overensstemmelse med virkeligheden. Løsningerne skal give mening for dem selv, for patienterne og for systemet. Og uden løsninger, der kan anvendes praktisk, går det ikke.

I hvilket forum læres det praktisk at kunne skønne?

Det er gennem praksis man lærer at skønne – gennem sit samspil med andre. Skal læger så bare gå ud og lære det i form af trial-and-error? Jeg anser det som værende for omkostningsfuldt for lægerne, for patienterne og for organisationen, hvis det kun foregår sådan.

Søren Willert har udformet en model kaldet "Det optimalt selvudviklende system" (Willert, 2007). Der er to domæner i virksomheden. Der er produktionens domæne, hvor den praktiske aktivitet (første ordens aktivitet) finder sted. Og så er der refleksionens domæne, hvor der reflekteres (anden ordens aktivitet) over, hvad der foregår i produktionens domæne. Disse to aktiviteter driver gensidigt hinanden. I refleksionens domæne vendes tingene. Der skabes nye forståelser, der kan omsættes i nye handle måder i produktionens domæne eller i nye opfattelser, der kaster et andet lys over det som foregår.

I pilotprojektet med gruppe-coaching af læger blev der skabt et refleksionens rum, hvor lægernes erfaringer, forståelser og følelser fik stemme. Der var tavshedspligt udadtil, og alle kunne sige, hvad de ville. Alle kendte præmisserne for det professionelle liv. Det betød overraskende meget for dem at deltage i et kollegialt fællesskab og høre kollegernes beretninger. De blev mere klare med sig selv, og fik sat deres egne opfattelser i relief af kollegernes opfattelser. Gruppen anbefalede, at gruppe-coaching blev etableret som et tilbud til alle læger. Efterfølgende har deltagerne kunnet markere sig tydeligere i deres arbejde og samtidig været mere opmærksomme på at give plads for samspilspartneres synspunkter.

Jeg er overbevist om, at gruppe-coaching af læger er en aktivitet, der kan hjælpe lægerne til at blive gode læger - til gavn for patienterne, for samfundet og for lægerne selv.

Litteratur: Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). Tolkning og reflection. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Studentlitteratur (2. oplag)

Willert, S. (2007). Søren Willerts modelsamling af relevans for kollegial supervision.

**Masteruddannelsen i Læreprocesser med specialisering i Organisatorisk Coaching
Aalborg Universitet, 3. årgang, 2010**

Coaching af læger i det danske hospitalsvæsen

Af Tommy Midtgaard

Denne artikel udspringer af tanker og refleksioner som opstod i forbindelse med, at jeg sammen med 2 medstuderende Michael Beha og Lydia de Lasson udarbejdede et masterspeciale. Vores projekt handlede om at undersøge behovet for coaching af læger i hoveduddannelse til speciallæger (HU-Læger). Artiklen handler om vores forsøg på at kontakte HU-lægerne. Hvordan får man systemets opmærksomhed rettet mod de muligheder, coaching af læger kan give.

Jeg vil disponere artiklen på følgende måde: Først vil jeg causere lidt over hvad det er for et slags system vi forsøger at kontakte. Hvad er systemets grundlag og udfordringer. Herefter en kort, og selvkritisk gennemgang af vores forsøg på at få det i tale. Endelig, hvad tror vi coaching kan hjælpe med, hvorfor kan det være svært at overbevise systemet om coachings værdi og hvorfor skal systemet alligevel prøve det.

Hospitalernes videnskabelighed

Sundhedsvidenskab er baseret på positivistisk tilgang til at erhverve ny viden. Hvis man skal overbevises om nye tiltag, skal det helst vises, at der er evidens for, at det virker. I traditionel medicinsk videnskab, betyder det at der er lavet randomiserede kontrollerede dobbelt blindede forsøg. Det vil sige, forsøg hvor det tilfældigt afgøres hvem der skal have den ene eller anden behandling, hverken forsker eller forsøgsperson ved hvilken behandling der gives og forsøget holdes op mod en ubehandlet kontrolgruppe. Der er ikke noget at sige til, at denne evidens efterspørges i forhold til, at man undersøger virkningen af et præparat eller indgreb som kan påvirke patienternes helbred. Lige netop i forhold til at undersøge disse virkninger er det også muligt lave det randomiserede dobbelt blindede forsøg. Dette er ikke svært, hvis det drejer sig om en tablet med og uden det aktive stof der undersøges. Det vil være umuligt, hvis det handlede om at dyppe fødderne i isvand eller varmt vand.

Man har ud over den beskrevne valideringsmetode også værdier der er målbare og med vedtagne normalværdier, som for eksempel med puls og blodtryk. Det bliver altså muligt at få undersøgelsesresultater, der er reproducerbare og som kan sammenlignes med andre forskeres resultater.

Hospitalernes udfordringer

Den ovennævnte videnskabelige tilgang er lige så vigtig nu som tidligere. Det er i dag sådan at fagligheden, den forventer patienterne er i top, men de vil også have andet.

Blandt de udfordringer sundhedsvæsenet har i dag er, at kravene fra patienterne også går på andet end det rent lægefaglige. Patienterne vil opleve at de er vigtige, bliver mødt i øjenhøjde og er deltagere i udredning og behandling. Hvis man ser på Patientklagenævnets hjemmeside, kan man overbevise sig om at det er

rigtigt. Gennemgående temaer er klager over dårlig kommunikation og følelsen af ikke at blive taget alvorligt.

Medierne fokuserer også i høj grad på sundhedsvæsenet. Der er flere grunde til det, en af dem er at det koster samfundet mange penge at drive et offentligt sundhedsvæsen. Velfærden er under pres på grund af den økonomiske afmatning. Bruger vi vores penge fornuftigt? Hospitaler på kunne kommunikere ud, at de prioriterer rigtigt og er til for patienterne.

Patientklager vedrørende dårlig kommunikation eller fejlbehandling og det at vise, at man er effektive og giver samfundet valuta for skattekrone, fører alt sammen til øget registrering.

Den Danske Kvalitets Model (DKKM) er et myndigheds forsøg på at få systemet til at gøre alt det faglighed og patienter kræver. Man fristes til at sige "ansvar er godt, kontrol er bedre" I stedet for at ruste de sundhedsfaglige personer til at kommunikere bedre med patienterne og bruge tiden på patientkontakt, skal de registrere. Man bruger tid på at registrere, at der er talt med patient og pårørende, at der er informeret om dette og hint og sætter sine "flueben" i journalen. *Den medicinske videnskabelighed tager over igen.*

Hvordan vi forsøgte at kontakte systemet

Lydia havde gennemført coaching forløb med HU-læger over længere tid. Efter forløbet blev der foretaget semistrukturerede interviews med disse læger. De gav alle udtryk for at coaching forløbet havde bidraget positivt til deres personfaglige virke. Både i forhold til patient kontakten og de interkollegiale relationer var der forbedring.

Med baggrund i disse interviews bestemte vi os for at konstruere et spørgeskema, der kunne give de facts der skulle til for at argumentere for målet: formaliseret coaching af læger. Skemaet blev sendt til 120 HU-læger. Svarprocenten blev så lav, at vi ikke kunne bruge resultaterne. Vi kunne have valgt at bygge vores opgave over de kvalitative data vi allerede havde i form af interviews. Måske have suppleret disse med interviews af andre HU-læger, men

Den medicinske videnskabelighed havde taget over igen.

Hvad tror vi coaching kan hjælpe med og hvorfor kan det være svært at overbevise systemet om værdien af coaching

For at besvare dette spørgsmål, behøver vi bare se på os selv. Både Lydia og jeg arbejder til dagligt som overlæger i systemet og vi har begge længe beskæftiget os med coaching og kommunikation. Vi er ikke i tvivl om den gevinst systemet kan opnå ved at tilbyde coaching.

Da vi som sagt begge er i systemet, kan vi også let regne ud, at vores udsagn ikke kan flytte systemet ret meget. Det var derfor vi forsøgte med en tilnærmet medicinsk videnskabelig metode til at underbygge udsagnet om, at der er behov for coaching. Men hvorfor er det vi tænker, vi ikke kan flytte systemet. Det er nærliggende at tro, det er fordi, vi hænger lidt fast i den medicinske videnskabsteori.

Så når vi siger vi ikke er i tvivl om gevinsten ved coaching, er vi så alligevel ikke sikre? Vi har jo åbenbart ikke nogen beviser for det virker, og derfor kan vi ikke overbevise systemet.

Hvis vi er sikre på det virker, skal det så ikke introduceres på samme måde i systemet, som det blev introduceret til os? Hvis vi ser på den respons der var i interviews, så er der ikke tvivl om, at disse personer vil anbefale det til andre.

Vi har at gøre med et system der ganske vist er i evig forandring, men det er ikke forandringer der kommer som store omvæltninger på en gang. Det er forandringer der er præget af, at man ikke forandrer før man ved det fører til bedre patientbehandling. Man kan sige, at det der gør det til et sikkert sted set i forhold til kerneydelsen, nemlig behandlingen af den syge. Det er det samme der gør det vanskeligt for os at indføre formaliseret coaching.

Hvad er det så vi mener coaching kan hjælpe med? Vi mener det kan hjælpe både lægen og patienten. For at udbygge dette svar skal vi lige lidt tilbage til hospitalernes udfordringer (og jeg sætter det lidt på spidsen). Det er udfordringer lægerne som en del af systemet mærker. Der bliver pres på produktionen, måske skal færre nå mere, det giver øget stress. Den stressede læge taler måske dårligere til patienten, patienten klager. Det er meget ubehageligt som læge at få en patientklage, det forværrer stressen, der bliver dårlig interkollegial kommunikation, det kan medføre fejl i patientbehandlingen. Nu er det så gået ud over kvaliteten.

Vi har altså et system, der på grund af udefra kommende udfordringer ender med at ødelægge sig selv indefra. Hvis det havde drejet sig om en katastrofe i samfundet med mange sårede kan man forestille sig at systemet var gearet til at håndtere dette. Det er kerneydelsen, den ved man hvad man skal stille op med. Det har man trænet.

Skal man ikke træne det personale i også at håndtere den påvirkning der hele tiden rammer systemet?

Hvorfor systemet alligevel skal prøve coaching

Produktionsapparatet på hospitalet består af fagpersoner. Tidligere gik efterspørgslen mere eller mindre på deres faglige kunnen. Kirurgen kunne være en ubehagelig person, men var han bare dygtig til at operere var der ingen problemer. I det hele taget kunne lægen gemme sig bag kitlen og være en autoritet. Det er ikke sådan at jeg finder det ønskværdigt at det var sådan, men der ligger en beskyttelse af det menneske, eller personlige person, der er bag kitlen.

Når det nu naturligt er en person man vil møde samtidig med at denne person er lægen, forlanger man noget andet end tidligere. Hvis man sidder i en position hvor man risikerer at skulle i medierne, får man et kommunikationskursus. Hvis man sidder i en position hvor man skal i dialog med patienter om svære personlige problemstillinger, bør man også tilbydes værktøjer til at håndtere dette.

Ingen er i tvivl om at det kan påvirke ens arbejdsevne, hvis man rammes på det personlige plan. Her tænkes på syge børn, skilsmisse eller dødsfald i familien. Her bør man huske, at også i arbejdslivet kan man rammes på sin person. Det kan være voldsomme ting man ser, det kan være beretninger fra patienter der rammer noget hos en selv eller det kan være det at udstede en "kræft dom".

Det kan være svært at tale om disse ting, og noget vil måske kræve psykolog hjælp. Det coaching kan gøre er at skabe et sprog, så tingene kan siges. Skabe et trygt rum for at udveksle disse oplevelser, opdage at man ikke er ene om at have de problemer.

Kan coaching så de ting jeg har nævnt. Ja, man kan sige, at hvis man tror, at en person, der er mere i psykisk ligevægt og ikke går og tumler med en masse personfaglige problemer, er en bedre arbejdskraft, så er der god grund til at indføre coaching.

Nu tør jeg jo næsten ikke sige det, men det er der *evidens* for. Det er ikke den strikt medicinsk videnskabelige evidens, men der kommer efterhånden en del evidensbaseret coaching. Noget af det man kan vise er at sygeligheden falder, produktionen stiger og det samme gør job tilfredsheden.

Litteratur

Stober, D.R., Grant, A.M. (2006). *Evidence Based Coaching Handbook*. John Wiley & Sons, Inc.

Mennesket som systemoperatør i sundhedssystemet

Af Michael Beha

Denne artikel er et produkt af de oplevelser, overvejelser og refleksioner jeg har haft gennem mit MOC studie. I særdeleshed er det et produkt af den læringsproces jeg har været igennem på 4 semester af studiet, hvor jeg sammen med mine medstuderende Lydia de Lasson og Tommy Midtgaard Jensen har skrevet speciale om coaching af læger under uddannelse, med kyndig vejledning af Søren Willert.

Artiklen handler om det, at vi som mennesker befinder os i en konstant udviklingsproces fra vugge til grav og på den måde må "genopfinde" os selv gennem hele livet. Vi er sociale dyr der ønsker at høre til i et fællesskab. For at lykkes med det er vi afhængige af andre menneskers villighed til at inkludere os. Denne proces forløber ikke altid let og ubesværet og vi kan have brug for professionel hjælp i vores kamp for at bevare vores selvforståelse og menneskelighed mens vi udvikler os.

Artiklen er struktureret på følgende måde: "At være menneske i systemverden", - hvor jeg vil beskrive nogle af de udfordringer vi har ved at være civiliserede dyr, "At høre til", - hvor forskellige aspekter af det at påtage sig rollen som systemoperatør behandles, samt "Det responsive menneske" - hvor værdien af den dialogiske samtale praksis udredes.

At være menneske i systemverden

Fra det første øjeblik i livet præges individers interaktioner af samfundsstrukturer: Vi socialiseres via familien og foretager vores valg inden for økonomiske og politiske strukturer, vi ikke selv har valgt. Vi erkender os selv i omgangen med vores nærmeste og får her igennem den første forståelse af hvem vi er.

Systemer er i vores del af verden organiseret ud fra vores overordnede værdisæt, som er funderet i den kapitalistiske tankegang. For at optimere og øge profitten må kapitalisten til stadighed udvikle produktionen i forhold til markedets efterspørgsel og til konkurrencesituationen og samtidig søge at minimere produktionsomkostningerne.

For sundhedssystemet er denne tankegang blevet endnu mere gældende gennem de senere år, hvor man tilstræber at organisere hospitaler som produktionsvirksomheder.

At organisere sine systemer efter de kapitalistiske principper er ikke omkostningsfrit. De værdier der er gældende i systemverden tages med ind i livsverden, den koloniseres og vi risikerer at miste en del af vores menneskelighed i kampen om "guldkalven".

Systemverden¹⁹ er et udtryk for økonomien og de administrative systemer, der styres af objektive, anonyme markedsmekanismer og magthierarkier.

Livsverdenen²⁰ er et udtryk for den subjektive verden vi lever i. Den rummer kulturen, menneskers indbyrdes relationer og vor personlige identitet. Her er sproglig kommunikation det centrale byggemateriale.

Kolonisering af livsverdenen er fremmedgørende og tingsliggørende, fordi konsensusdannelse i så tilfælde erstattes af strategisk eller instrumentel handlen, og dialogen erstattes af systemstyringsmedierne penge og magt.

Vi befinder os altså i et liv hvor vi må indordne os under overordnede styringssystemer vi ikke selv har valgt. Den menneskelighed der er grundlaget for sameksistens, med de bedst mulige udviklingsbetingelser for os alle, bliver udfordret af disse styringssystemer.

At bevare menneskeligheden i vores sameksistens er altså en af de udfordringer vi har, mens vi lever vores liv. Selv om magten er stærk og vi er underlagt dens styring er vi ikke nødvendigvis fortabte ofre for den, vi har et valg.

At høre til

I systemet defineres et fælles sprog med holdninger og værdier indlejret. Den diskurs²¹ der er gældende i systemet er den vi som systemoperatører *anerkender* som gældende.

Det er gennem denne anerkendelse af eller bevidste forholden os til den gældende diskurs vi kan tabe eller bevare vores menneskelighed.

Når vi som mennesker vælger at tage en uddannelse og senere påtage os opgaven som systemoperatør, tilbyder den gældende diskurs os en subjekt position, hvorfra vi kan tale og handle meningsfuldt.

At underlægge sig den gældende diskurs og den tildelte subjekt position er et valg individet tager – ofte ubevidst – hvorved det frasiger sig sin integritet og personlige magt i systemet.

Ved at blive bevidst om sine muligheder for selv at vælge sin position kan individet forholde sig kritisk til den gældende diskurs, sætte ord på det der skal siges og være medskabere af diskursen.

Ifølge Foucault er magt *ikke* en ressource, der er knyttet til bestemte aktører eller interesser. Magt er snarere en kraft, der er indlejret i enhver social relation, og enhver relation er derfor også en magtrelation; han ser således magten som en neutral evne til at forårsage, påvirke og forandre. Det handler altså om at *tage* magten – og med tage magten mener jeg sætte ord på det der skal siges og derved blive medskabere i stedet for offer.

¹⁹ http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Filosofi/Filosofi_og_filosoffer_-_1900-t./Filosoffer_1900-t._-_Tyskland_-_Østrig_-_Schweiz_-_biografier/Jürgen_Habermas

²⁰ Ibid.

²¹ http://da.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault

Vi må risiker noget for at bevare os selv – vi må handle i overensstemmelse med de værdinormer vi selv finder mening i, udfordre det fællesskab vi kæmper for at høre til gennem de ord og handlinger vi finder vigtige.

Den speciale opgave jeg omtalte i begyndelsen af denne artikel er baseret på et pilotprojekt med coaching af læger i hoveduddannelsen. Disse læger har siden gennemførelsen af deres uddannelse fra universitetet og den postgraduate uddannelse arbejdet 6 – 8 år som læger på forskellige afdelinger og specialer.

De viser alle på hver deres måde de udfordringer der er ved at blive integreret i sundhedssystemet.

De er alle lykkedes med det, men det afsæt de havde til lægerollen er for nogen mere end andre blevet udfordret med menneskelige konsekvenser til følge.

Når man, som det er tilfældet for dem, indgår i en gruppe hvor hastig udvikling og forandring er blevet et vilkår, og det enkelte menneske må være omstillingsparat og indstille sig på disse ændringer, selv ændre sig og træffe nye valg og beslutninger, stiller det krav om udvikling af en god forankring i selv`et.

Denne udvikling medfører, at selvværd og sociale kompetencer er kommet i fokus som forudsætninger for at kunne indgå i systemet. Øget opmærksomheden på udvikling af relationer mellem børn og voksne i vores opvækst og voksne imellem senere i livet er derfor naturlig for, at det bliver muligt for den enkelte på samme tid at kunne mestre såvel individualiteten som samhørigheden med andre.

Relationerne er centrale for at vi føler vi hører til og kan udvikle os optimalt.

I den gældende diskurs i sundhedssystemet oplevede lægerne et meget svingende fokus på denne centrale forståelse af relationens betydning. De fleste af de yngre læger skulle til stadighed kæmpe for deres ret til at høre til. Dem der klarede processen bedst var dem der havde det bedste fundament med sig ind i systemet og som var heldige at møde ældre kolleger de fik gode relationer til.

Vores undersøgelse pegede på at gruppecoaching var et godt bidrag for dem alle – de skabte relationer til jævnaldrende kolleger og fik nye redskaber til håndtering af de udfordringer de mødte i systemet.

Det responsive menneske

Coaching kan defineres på følgende måde:

*"Coaching er en samtaleform, hvor coachen hjælper og inspirerer den anden til at reflektere og lære af sine erfaringer og blive klogere på sine handlemuligheder og evner i forhold til problemer og udfordringer"*²²

²² Søholm m.fl. 2004, s. 6

Coaching rummet er ideelt set et magtfrit rum, hvor mødet er styret af den menneskelighed som Maturana²³ udtrykker på følgende måde:

"Hvis vi ønsker at sameksistere med den anden person, må vi erkende, at hans vished – hvor uønskelig den end kan være for os – er lige så legitim og gyldig som vores egen, fordi hans vished lige som vores egen udtrykker konservering af strukturelle koblinger i et eksistensdomæne"

Coachingrummet er altså et rum til refleksion, styret af menneskelighed.

Formål er at frisætte den energi der skal til for at beslutte hvilke handlinger man vil tage i løsningen af de problemer man bringer med ind i rummet.

Beslutningen om at deltage i en coachingsamtale skal være båret af personens eget ønske om det, være frivigt, for at udbytte er personens eget og ikke styret af den diskurs der er i systemet.

Når et coaching rum er vigtigt for mennesker skyldes det ikke mindst den hastighed der er i udviklingen. Der stilles som jeg tidligere har nævnt større og større krav til individerne i systemerne, hvilket begrænser deres tid til refleksion.

Med begrænset tid til refleksion risikerer vi at de handlinger der foretages bliver reaktive og dermed determineret af den øjebliksbetonede impuls der kræver svar/umiddelbart byder sig til.

En sådan proces genererer ikke ny viden, ny erkendelse, men kan i bedste fald opretholde status quo.

Som mennesker har vi behov for mening med vores handlinger, mening med livet.

Dét dialogiske samtalerum coaching tilbyder, er altså en mulighed for individet til at reflektere og finde mening i de sammenhænge der opleves problematiske.

Gennem denne meningsgenerering/erkendelsesproces der opstår når der bruges tid på refleksion kan vi, i stedet for at reagere på impulser, have et værdibaseret, menneskeligt afsæt til den respons vi *beslutter* at besvare impulsen med. Vi kan være det responsive menneske.

Det er samtidig en mulighed for systemets udvikling af sig selv, da denne skal fremkomme gennem de systemoperatører der befolker det.

Udviklingen af systemet er et produkt af den metode systemet benytter sig af i sin produktion og ved bevidst at indføre coaching, som en anerkendt del af produktionsmetoden, skabes der mulighed for integration mellem refleksionens-, produktionens- og æstetikens domæner.

Gennem coaching kan mennesket som systemoperatør således bibeholde tilgangen til dets selv og det unikke bidrag det herigennem kan være for systemet. Koloniseringen af systemoperatørens livsverden og den ubevidste anerkendelse af den gældende diskurs kan bevidstgøres, så mennesket/systemoperatøren bibeholder sin reflekterede handlekompetence og herigennem være det bedst mulige bidrag til den fortsatte udvikling af et sundhedssystem med faglighed og menneskelighed i højsædet.

²³ Maturana og Varela i "Spil med sproget – kommunikere, relatere og socialt konstruere", Holmgren, i "Psykologiske grundtemaer", s. 72. O. Løw og E. Svejgaard, Kvan 2002.

Udviklingen og "overlevelsen" af det sundhedssystem vi sætter vores lid til i bevarelsen af livet og menneskeligheden kan altså opleves som truet af den hastighed der er opstået, som følge af vores teknologiske fremskridt og den hastighed vi er blevet i stand til at generere dem med.

I sundhedssystemet er menneskelighed det vi efterspørger og forventer, når vi som borgere i samfundet har brug for hjælp. Vi vil naturligvis også have produktet af den teknologiske udvikling stillet til rådighed for at få løst de problemer vi har med livet.

De læger der har deltaget i vores undersøgelse er alle også "bare mennesker" og må derfor kunne forvente at det system de arbejder i tager vare på dem med samme ildhu som der forventes af dem i deres arbejde med de mennesker der har brug for systemet som patienter.

Den dialogiske praksis der tidligere var det primære i afklaring af patientens problematikker er i mange tilfælde blevet erstattet af teknologiske parametre fra blodprøver, scanninger osv. hvorved den nærhed og menneskelighed vi som patienter også efterspørger, når vi ønsker behandling i systemet, er blevet reduceret til et minimum.

Det at blive mødt af et andet menneske – med menneskelighed – var det fundament vores sundhedssystem var baseret på tidligere.

Helbrede, lindre og trøste, - stod der ofte over døren til hospitalet.

I vores bestræbelser på at helbrede har vi gennem tiden udviklet et utal af nye teknologier der er blevet indført i sundhedssystemet og de gamle værdier med samtale og menneskelig berøring er blevet reduceret.

Den fremmedgørelse jeg beskrev i begyndelsen af artiklen er altså blevet til virkelighed og har konsekvenser for den måde vi bliver behandlet i systemet.

Ved at tilbyde coaching til læger kan menneskeligheden igen få plads og vi kan udnytte det bedste fra både systemverden og livsverden i den behandling vi tilbyder i sundhedssystemet.