

**SIDE 8**

FAGLIG  
ARTIKEL

Hvorfor er det så svært at implementere digitale teknologier? Erfaringer og anbefalinger...

**SIDE 12**

FAGLIG  
ARTIKEL

Sygeplejekultur og digital dokumentation  
En kvalitativ undersøgelse...

**SIDE 17**

FAGLIG  
ARTIKEL

Workshops om fællesskaber på store afstande: Rekruttering, fastholdelse, arbejdsglæde ...

**SIDE 22**

FAGLIG  
ARTIKEL

OMEGA – en indføring i struktureret sygepleje til den akutte gastrokirurgiske patient

**01**  
**2023**

**SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSSKRIFT**

# forstyrrelsen



Fagligt selskab for  
**SYGEPLEJERSKER**  
der arbejder med  
**UDVIKLING OG FORSKNING**



## Indholdsfortegnelse

Leder .....	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen .....	s. 4
Mød medlemmerne af bestyrelsen for det faglige selskab .....	s. 5
Faglig artikel: Hvorfor er det så svært at implementere digitale teknologier? Erfaringer og anbefalinger fra et EU-projekt (DISH-projektet) om digitale kompetencer på sundhedsområdet.....	s. 8
Faglig artikel: Sygeplejekultur og digital dokumentation En kvalitativ undersøgelse af kulturen på en hospitalsafdeling og den betydning sygeplejersken tillægger brug af Rover .....	s. 12
Faglig artikel: Workshops om fællesskaber på store afstande: Rekruttering, fastholdelse, arbejdsglæde og patientsikkerhed i Det Grønlandske Sundhedsvæsen .....	s. 17
Faglig artikel: OMEGA – en indføring i struktureret sygepleje til den akutte gastrokirurgiske patient .....	s. 22
Staffetten .....	s. 28
Boganmeldelser .....	s. 29

# Fagbladet Forstyrrelsen

## Redaktionsgruppen



**Thora Grothe Thomsen,**  
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU, Institut for Regional Sundhedsforskning og forskningsleder ved Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital  
thst@regionsjaelland.dk



**Annette Møllerup,**  
Lektor, ph.d.  
Sygeplejerskeuddannelsen, UC Diakonissestiftelsen  
Peter Bangs Vej 3A, Frederiksberg  
amol@ucdiakonissen.dk



**Gitte Bunkenborg,**  
Lektor i klinisk sygepleje ved SDU, Institut for Regional Sundhedsforskning og sygeplejefaglig forskningsleder, Kardiologisk afdeling Sjællands Universitetshospital  
gibu@regionsjaelland.dk



**Kirsten Specht,**  
Sygeplejerske, ansvarlig for udvikling og forskning  
Center for KOL  
Københavns Kommune  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Center for Sundhed og Rehabilitering  
tw3v@kk.dk



**Birgitte Lerbæk,**  
Seniorforsker ved Enhed for Psykiatrisk Forskning, Psykiatrien, Aalborg Universitetshospital  
birgitte.lerbaek@rn.dk

## forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSSKRIFT

Fagbladet Forstyrrelsen udgives af overstående redaktørgruppe på vegne af Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning. Bladet udkommer tre gange årligt

Artikler modtages løbende til én af følgende tre mailadresser thst@regionsjaelland.dk, birgitte.lerbaek@rn.dk eller gibu@regionsjaelland.dk

### Manuskriptvejledning kan findes på selskabets hjemmeside: [www.dsr.dk/fs32](http://www.dsr.dk/fs32)

Redaktionsgruppen forholder sig ret til at afvise artikler eller bede om revision.

Artikler skal målrettes til bladets målgruppe: Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

Bladet finansieres gennem annoncer, hvorfor der kontinuerligt er behov for at medlemmer byder ind med forslag til annoncører.

Grafisk produktion: Kosmos Grafisk ApS · Oplag: 415 stk.

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com



## LEDER

Når I sidder med dette nr. af Forstyrrelsen i hånden, er det blevet 2023, og decembers ræs, som fylder en del, mens jeg skriver denne leder, har for længst lagt sig. Gradvist er januars mørke ved at fortage sig, og jeg håber, at jeg og I vil være fyldt af den der typiske januar energi, som kommer af, at man lige har taget hul på et nyt år, og forventningsfuld kaster sig ud i det.

Hvis jeg skal gøre lidt status på året, der gik, så er det, der fylder mest mit jobskifte internt i Region Sjælland fra akut sygehus til universitetshospital. At skifte job er både en krævende, men også en utroligt givende proces, hvor nye mennesker og nye måder at gøre og være på sætter skub i refleksioner over mangt og meget. Man tvinges til at tage tydeligere stilling til, hvad der fagligt og personligt betyder noget, hvordan man vil møde andre og mødes, hvad man vil prioritere, hvordan man vil kommunikere, hvilke mål man har sat sig, og hvordan man vil nå de mål.

På mit nye arbejdssted har man for år tilbage valgt at knytte en sygeplejefaglig referenceramme til sygeplejen, som der står i indledningen, "Vi ønsker, at sygeplejen udføres, vurderes og drøftes ud fra forskellige perspektiver. Referencerammen kan tages med i faglige diskussioner, og den skal understøtte vore diskussioner, udøvelse, udvikling og forskning i sygeplejen, således at viden, holdninger og handlekompetencer udfordres". Alt i alt en klar udmelding om, at her står vi ikke i stampe, men vi søger den faglige udvikling. Med ansættelse af en forsker, må udmeldingen være, vi søger den faglige udvikling bl.a. via anvendelsesorienteret og kliniknær forskning. Sådan tolker jeg det i hvert fald. For faglig udvikling og forskning går hånd i hånd. Sammen med afdelingens Sygeplejefaglige strategi skal referencerammen tjene som "ledestjernen" og holde os fast i, hvad der definerer den faglighed, vi gerne vil levere, og hvor viden om, hvad faglighed af solid kvalitet er, kommer fra. Faglig udvikling og forskning er jo også det, der forener os her i FS32, og det skulle gerne på flere måder komme til udtryk her i Forstyrrelsen.

I denne udgave af Forstyrrelsen lægger vi ud med at præsentere to nye medlemmer af Forstyrrelsens redaktionsgruppe, nemlig Annette Mollerup og Kirsten Specht. Hjertelig velkommen i gruppen, vi glæder os utrolig meget til samarbejdet med jer.

Dernæst giver vi for første gang ordet til et par medlemmer af bestyrelsen for FS32. Alle medlemmerne har sagt ja til at svare på nogle spørgsmål om deres tanker om at indgå i bestyrelsen for et fagligt selskab, og hvad de gerne vil opnå med den indsats, de lægger her.

Men først og fremmest så får I fire artikler, som på hver sin måde beskriver projekter og indsatser, som på forskellig vis har styrket faglig udvikling, og det kan enten være på baggrund af forskning eller som led i forskning.



I bladets første artikel præsenterer forfatterne erfaringer med et EU-projekt, der havde fokus på at styrke sundhedsprofessionelles digitale kompetencer og kvalificere implementering af digitale teknologier i sundhedssektoren. Artiklen rundes af med en række anbefalinger til implementering af digitale teknologier. Meget apropos fokus i denne første artikel, så præsenterer forfatterne af bladets anden artikel en kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers modstand mod at anvende Rover i deres dokumentationspraksis. Resultaterne påpeger vigtigheden af samspil med teknologien, introduktionen til denne og miljøets påvirkning. I den tredje artikel præsenterer et team af danske og grønlandske forfattere deres erfaringer med workshops for sygeplejersker med fokus på arbejdsglæde og patientsikkerhed i det grønlandske sundhedsvæsen, der på linje med mange andre steder

i verden også er ramt af mangel på sygeplejersker. I Bladets fjerde og sidste artikel beskriver forfatternes erfaringer med at organisere og strukturere sygepleje til patienter, der indlægges akut til et større gastro-kirurgisk indgreb. Patienternes forløb er ofte meget komplekse, og forfatterne beskriver, at via den såkaldte OMEGA tilgang er det lykkedes at højne fagligheden og patientsikkerheden samt styrke det tværfaglige samarbejde.

Stafetten og boganmeldelserne er tilbage med ny inspiration. Rigtig god fornøjelse med 2023's første udgave af Forstyrrelsen



## Nyt fra bestyrelsen

# Sygeplejersker, der kan arbejde med udvikling og forskning, er ikke en hyldevare

Ofte er sygeplejersker nysgerrige på, hvilken betydning eller effekt forskellige former for sygepleje har for patienternes sundhed og velvære.

Det kunne fx. være interessant at undersøge, om implementering af patientcentreret sygepleje har betydning for patienternes oplevelse af deres behandling, eller om det har betydning for, om de møder op til deres samtaler,- eller om det forbedrer deres sundhedskompetencer?

MEN hvad gør man, når man skal undersøge sådanne spørgsmål eller finde svar på spørgsmålene?

Man kunne jo fx opsøge en sygeplejerske, der arbejder med forskning og udvikling. Denne sygeplejerske har nemlig nogle særlige akademiske kompetencer, som er nødvendige for at kunne igangsætte og udføre forskning eller kvalitetsudvikling.

De akademiske kompetencer er betydningsfulde. De opnås via en kandidat- eller masteruddannelse. Og ønsker man som sygeplejerske at arbejde videre med forskning, så kræves særlige forskningskompetencer, som opnås via en ph.d.-grad.

De akademiske kompetencer medfører bl.a. en højere grad af selvstændighed, øget viden og færdigheder i kritisk analyse. Med sådan en faglig profil kan man i højere grad selvstændigt løfte kvaliteten af behandling og pleje. Ikke bare ved at gennemføre udvikling- og forskningsprojekter på afstand, men også i den direkte patientkontakt.

Skal jeg nævne nogle af de opgaver, hvor akademiske sygeplejersker bruger deres kompetencer, er det:

- Når omorganiseringer kræver organisatoriske og faglige forandringsprocesser
- Når der struktureres og gennemføres forløb for implementering af kliniske retningslinjer
- Når nye interventioner udvikles eller implementeres
- Når forskningsprojekter skal ledes

Der er efterhånden mange sygeplejersker, som arbejder med udvikling og forskning. Det er fx den kliniske sygeplejespecialist, forskningssygeplejersken eller lektoren, der gennemfører eller er medforsker på forskningsprojekter. Det er også lederen, som er med til at igangsætte og støtte op om forsknings- og udviklingsprojekter. Titlerne er der mange af. Fælles for dem er, at det er betydningsfuldt for kvaliteten og udviklingen af sundhedsvæsenet, at sygeplejersker har disse kompetencer. De bruges til at understøtte faglige arbejds- og udviklingssituationer, som er komplekse og uforudsigelige.

I Fagligt selskab for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning, ser vi det som en af vores kerneopgaver at styrke den fagidentitet, en sygeplejerske, der arbejder med udvikling og forskning, har. Vi arbejder med at italesætte og skrive om, hvad og hvilken betydning sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning, har. Det gør vi gennem det netværk, vi underbygger via Facebook og LinkedIn, ligesom der via tidsskriftet "Forstyrrelsen" gives plads til at skrive om forskning og udvikling af sygepleje.

Årets omdrejningspunkt for at styrke netværket og en stærk fagidentitet er landskonferencen. Her ser vi meget tydeligt, hvilken betydning sygeplejersker har, for at vi i Danmark kan have et sundhedsvæsen baseret på evidens og høj kvalitet.



## Velkommen til to nye medlemmere af redaktionen



### Kirsten Specht

Jeg arbejder til dagligt med forskning og udvikling i Center for KOL, Københavns Kommune. Siden jeg blev uddannet som sygeplejerske i 1991, har jeg arbejdet på forskellige sygehuse primært indenfor specialerne intensiv, anæstesi og ortopædkirurgi. I forbindelse med min lektorbedømmelse tog jeg universitetspædagogikum på Syddansk Universitet, hvorfra jeg ligeledes har gennemført ph.d.-uddannelsen. Gennem årene har jeg været aktiv i forskellige nationale og internationale faglige selskaber samt et internationalt advisory board. Jeg er netop blevet formand for DASYS Forskningsråd og er i den forbindelse også kommet med i DASYS bestyrelsen. Jeg ser frem til arbejdet i Forstyrrelsens redaktion og glæder mig til at være med til at læse og kvalificere jeres artikler til fagbladet.



### Annette Mollerup

Jeg er ansat som lektor ved Professionshøjskolen, UC Diakonissestiftelsen, der ligger på Frederiksberg. Her underviser jeg blandt andet i kvalitetsudvikling og forskning og derudover er jeg tovholder for vores undervisningsforløb i innovation. Jeg er uddannet sygeplejerske i 1988 og har arbejdet i forskellige specialer og sektorer lige fra arbejdsmiljø på en kemisk virksomhed, som intensiv- og opvågnings-sygeplejerske og som hjemmesygeplejerske. I flere af disse ansættelser har jeg arbejdet med udviklingsopgaver fx i relation til kompetenceudvikling og strategi. Forskningsmæssigt har jeg interesse for støtte og vejledning til egenomsorg som vej til at forebygge forværring af sygdom og har ledet randomiserede interventionsstudier – i min ph.d.-uddannelse inden for håndeksem og senest i forhold til Covid-19. Jeg finder det spændende og relevant at mixe kvalitative og kvantitative forskningsmetoder og jeg holder selv meget af at skrive og formidle min forskning. Jeg glæder mig til at være med i redaktionsarbejdet på Forstyrrelsen.

## Ny forfattervejledning til Forstyrrelsen

Snart er der en ny forfattervejledning til Forstyrrelsen på hjemmesiden for det Faglige Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med Udvikling og Forskning. Vejledningen beskriver de redaktionelle retningslinjer, som vi ønsker at indsendte artikler skal følge.

Der er i forbindelse med den nye forfattervejledning udviklet to skabeloner, som skal anvendes ved indsendelse af manuskripter – en til titelblad og en til artikeltekst. De findes ligeledes på hjemmesiden.

Den nye forfattervejledning vil desuden være at finde i Forstyrrelsens stand på Landskonferencen i Kolding d. 14. – 15. marts 2023, hvor vi håber at vi ses!





# Mød medlemmerne af bestyrelsen for det faglige selskab

## **Navn: Jeanette Rasmussen**

Stilling og ansættelsessted: Udviklingssygeplejerske, Cand. Cur., Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune.

Medlem af bestyrelsen siden 2016

### **Hvilken situation eller person har inspireret dig til at arbejde med udvikling og forskning af sygepleje?**

På de to sidste praktikpladser som elev, var jeg på afdelinger med unge driftige sygeplejersker, et fantastisk udviklings- og læringsmiljø samt en del primært lægedrevet forskning. I de følgende år mødte jeg en særlig sygeplejerske, min leder, som talte om sygeplejen som profession og opfordrede til forskning og udvikling i hverdagens praksis, selvom det for snart 40 år siden ikke var hverdagskost. I mine mange år som sygeplejerske på Intensiv deltog jeg jævnligt i dataindsamling i forskningsprojekter og initierede selv mindre projekter drevet af nysgerrighed til vores praksis. For mange år siden havde vi et netværk af udviklings-, kvalitets- og forskningssygeplejersker på Rigshospitalet og en årlig temadag, hvor vi fremlagde de seneste forsknings- og udviklingsprojekter. Så evidens, udvikling og forskning har været en del af min tidlige socialisering, så det ligger dybt i mit "Sygepleje-DNA".

### **Hvad beskæftiger du dig med i dit daglige arbejde og hvordan relaterer det sig til udvikling og forskning af sygepleje?**

Jeg er Udviklingssygeplejerske i Gentofte Kommunes ældrepleje. Vi er flere udviklingssygeplejersker og konsulenter, som samarbejder om tværgående opgaver eller udviklingsprojekter. Jeg er primært tilknyttet dagcentre og plejehjem. Jeg har flest arbejdsopgaver, som relaterer sig til kvaliteten i grundliggende sygeplejeydelser, - følge med i ny viden, nye bekendtgørelser og understøtte patientsikkerhed, faglighed og udvikling. Men da det også handler om rammer for hjemlighed og samarbejde med pårørende, går det langt ud over sygeplejelitteratur og metoder. Jeg udarbejder og vedligeholder instrukser og vejledninger, samt er nøgleperson i forhold til dokumentationen. Jeg har meget varierede opgaver, som også i høj grad er behovsbestemt. Derudover er der hjælp ved tilsyn, introduktion, undervisning og mindre ad hoc-opgaver og spørgsmål.

### **Hvilken rolle har du i bestyrelsen og hvilke ambitioner har du for dit arbejde i bestyrelsen?**

Jeg er kontaktperson for redaktionen af "Forstyrrelsen", som du nok netop læser i nu.

Det er meget vigtigt for mig, at bladet udstråler stor faglighed og kvalitet og opleves relevant og vigtigt for medlemmerne. Redaktionen består af meget dedikerede og dygtige medlemmer af det faglige selskab, som arbejder selvstændigt med udvikling af bladet, review på artikler, opsætning af næste nummer mm. Så det er ikke min fortjeneste, at det faktisk går rigtigt godt.

Derudover er jeg redaktør på hjemmesiden. Det ligger mig meget på sinde, at re-tænke kommunikationen helt, og blive mere bevidst og strategisk, til medlemmernes bedste. Kommunikation har altid været et centralt fokusområde i mit virke som sygeplejerske. Det gælder alle årene i den direkte patientpleje, hvor jeg primært var på Akut Modtageafdeling og Intensiv Terapi, samt senere hvor jeg gennem de seneste snart 30 år, har haft stillinger med vejledning, udvikling og uddannelse i fokus. Da bestyrelsen har afsat nogle midler til at arbejde med kommunikation og DSR har meldt ud, at vi skal have en helt ny platform, ser det ud til at nogle af betingelserne er der, for at få opfyldt denne ambition.

### **Hvilken værdi giver bestyrelsesarbejdet i dit daglige arbejde?**

Mit arbejde i bestyrelsen giver mig viden, et netværk, ideer og inspiration til udviklingstemaer og metoder.

Det gør også, at jeg kan se vores del af sundhedsvæsenet i en større sammenhæng. Det giver styrke at være en del af et netværk og gode erfaringer og systematik fra foreningsarbejde, som kan bruges alle steder.



# Mød medlemmerne af bestyrelsen for det faglige selskab

## **Navn: Gitte Susanne Rasmussen**

Stilling og ansættelsessted: Klinisk sygeplejespecialist,  
Aarhus Universitetshospital,  
klinik for Hud- og Kønssygdomme

### ***Hvilken situation eller person har inspireret dig til at arbejde med udvikling og forskning af sygepleje?***

Det er to begivenheder, der har haft betydning for min vej hertil. Først pædagogisk erkendelse af, at der altid er en (god) grund til, at patienten vælger at handle som vedkommende gør, uanset hvad vi som sundhedspersoner mener om det. Det er værd at være nysgerrig på patientens oplevelse af sygdom.

Den anden begivenhed var, da jeg under en uddannelse inden for sundhedsinformation tilbage i 2005 læste nuværende professor Bibi Hølge-Hazelton's ph.d. arbejde: "Diabetes, en skole for livet". Hølge-Hazelton argumenterede for, at vil man kvalificere en sygeplejepraksis og støtte udvikling af patientens egen håndtering af sygdom og liv, så må vi anerkende, at professionel viden blot er ét element blandt mange i en patients hverdag. Hvis vi vil forstå og imødekomme patienterne (unge som gamle) bedre, må vi interessere os for dem i vores møder, vide mere om deres liv, inddrage dem langt mere. Vi må forstå at ønsker vi for alvor, at patienterne selv skal tage ansvar for sygdom, kan de professionelle handlinger få afgørende betydning for, i hvilken grad det lykkes. I min erindring står det stærkt, at et ungt menneske sagde "de har haft deres chance", om os, da hun blev spurgt om, hvorfor hun havde valgt kontrolbesøg fra. Det er stadig en drivkraft for mig, at patientens perspektiv skal indgå i udvikling af sundhedsindsatser.

### ***Hvad beskæftiger du dig med i dit daglige arbejde og hvordan relaterer det sig til udvikling og forskning af sygepleje?***

Jeg har mit kliniske arbejde blandt børn, unge og voksne med kronisk hudsygdom. Ud over pleje og behandling af huden, er det en central opgave at støtte egen håndtering af kronisk sygdom og være med den gennem et langt liv samt blive kompetent inden for egen sundhed. Mit kliniske arbejde er fundamentet for at bidrage til vidensproduktion om, hvad der virker for den enkelte patient, hvad der er til gavn for sygeplejerskerne, hvordan kan vi påtage os nye roller og få de kompetencer, der er nødvendige her til. F.eks. ved at udvikle og implementere PRO-løsninger,

at undersøge unges oplevelse af at være involveret i egen pleje og behandling eller at skabe en kvalitativ forståelse af patientens vej fra det første symptom til en pro-aktiv behandling på et højtspecialiseret hospital. Hvad sker der undervejs?

### ***Hvilken rolle har du i bestyrelsen og hvilke ambitioner har du for dit arbejde i bestyrelsen?***

Jeg ser først og fremmest min rolle som en aktør i gode faglige diskussioner, i fælles beslutningsprocesser om selskabets strategi og visioner og i vidensudveksling. Som særligt ansvarsområde håndterer jeg medlemsregistreringer og legatansøgninger. Jeg har en ambition om, at vi planlægger og gennemfører landskonferencer af høj kvalitet målrettet et bredt udsnit af vores medlemmer og fortsat har et medlemsblad.

### ***Hvilken værdi giver bestyrelsesarbejdet i dit daglige arbejde?***

Arbejdet omkring en fælles interesse, sammen med dejlige og engagerede mennesker i bestyrelsen, giver mig en personlig værdi og glæde, som jeg bringer med mig på arbejde.

Bestyrelsesarbejdet handler bl.a. om at danne både forretningsnetværk og læringsnetværk. Det er værdier og kompetencer, som jeg kan trække på i mit daglige arbejde med forsknings-/udviklingsprojekter eller f.eks. arrangement af temadage, workshops eller lign.

I bestyrelsesarbejdet indgår også arrangement af landskonferencerne. Det giver værdi for mig på mit CV. Jeg får kendskab til, hvad der rører sig i forskellige forskningsmiljøer, indsigt i udviklingsprojekter, nye sparringspartnere. Alt sammen noget, som jeg kan trække på i mit arbejde. Endeligt vil en øget anerkendelse og prioritering af sygeplejerskers kvalitative metoder bidrage til værdi i arbejdet.



**Af Anne Marie Dahler, Programleder, Ph.d., Sundhed, Socialt Arbejde og Velfærdsforskning, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole**

**Sabine Paasch Olsen, projektleder, Cand.cur., Sygehus Sønderjylland**

**Trine Ungermann Fredskild, Chefkonsulent, Ph.d., Klinisk Forskningsafdeling, Sygehus Sønderjylland**

## Faglig artikel

# Hvorfor er det så svært at implementere digitale teknologier? Erfaringer og anbefalinger fra et EU-projekt (DISH-projektet) om digitale kompetencer på sundhedsområdet

### Abstract

Sygehus Sønderjylland har sammen med UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole og Danish Life Science Cluster taget del i et EU-projekt, der har til formål at styrke sundhedsprofessionelles digitale kompetencer og kvalificere implementering af digitale teknologier i sundhedssektoren. I denne artikel præsenteres de koncepter for implementering og kompetenceudvikling, der er udviklet og afprøvet i projektet. Herefter præsenteres og diskuteres erfaringerne fra DISH projektet (Digital Innovation Skills Helix in Health), og på den baggrund oplyses en række anbefalinger til sundhedsprofessionelle, der er involveret i arbejdet med at indføre nye teknologiske løsninger i sundhedssektoren.

### Introduktion

De europæiske samfund står over for en demografisk udvikling, som har stor betydning for, hvordan sundhedssystemerne kommer til at udvikle sig fremadrettet (6,4). Levealderen stiger og hermed også andelen af ældre borgere. Mange kommer til at leve længere med kroniske sygdomme, og det betyder, at presset på sundhedssystemerne vil stige. Samtidig er der fokus på at decentralisere sundhedsvæsenet, samt tiltagende fokus på at digitalisere sundhedsvæsenet, både i forhold til interne arbejdsgange, samarbejde med andre aktører og i den direkte patientkontakt. En væsentlig drivkraft for digitaliseringen af sundhedsvæsenet er behovet for at begrænse de stigende udgifter, men også en stigende efterspørgsel fra borgerne efter tilgængelighed og fleksibilitet i sundhedsydelse, som man også ser det på andre områder (3).

Det danske sundhedsvæsen er blandt de mest digitaliserede i verden, og mange arbejdsprocesser på sygehus, i almen praksis og i kommunale sundhedstilbud er allerede digitalt understøttede (5). Det betyder imidlertid ikke, at det altid er enkelt eller nemt at implementere eller udrulle nye teknologier, og fx er det en kæmpe udfordring, at der investeres i teknologier, der får lov at stå uberørte hen og ikke komme i anvendelse (DISH projektbeskrivelse; se også (1)).

Forskning i implementering af teknologier i sundhedssektoren viser, at der er mange potentielle barrierer, som knytter sig til selve teknologien, til patienterne, til medarbejderne, til team-arbejde/samarbejde, til finansiering, og til lovgivningsmæssige forhold, og ofte er det samspillet mellem flere af ovenstående faktorer, der er afgørende for, om en teknologi kommer i brug eller ej (1). Greenhalgh og kolleger understreger, at innovation i sundhedssektoren kræver hårdt arbejde og har omkostninger (2), fx betyder nye tiltag, at der går tid fra driften, at der skal rokkes ved dybt indlejrede kulturelle og professionelle normer, og at der skal tages risici. Det indebærer en forståelse for, at der er en lang række forhold, der skal gennemtænkes, for at en teknologi kan sættes i spil i en ny sammenhæng, og også at implementering af teknologier kræver involveret ledelse.

Sygehus Sønderjylland har derfor sammen med UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole og Danish Life Science Cluster taget del i et EU-finansieret Erasmus+ projekt (KA2 Cooperation for innovation and the exchange of good practices – Sector Skills Alliances), der har fokus på



implementering af teknologi og på sundhedsprofessionelles digitale kompetencer (projektet afsluttedes i april 2022). I denne artikel formidles og diskuteres erfaringer fra projektet med fokus på implementering af digitale teknologier i sundhedssektoren. I næste afsnit præsenteres DISH-projektet og de koncepter for implementering og kompetenceudvikling, der er udviklet i projektet. Herefter præsenteres og diskuteres erfaringerne fra DISH-projektet, og på den baggrund oplystes en række anbefalinger til sundhedsprofessionelle, der er involveret i arbejde med at indføre nye teknologiske løsninger i sundhedssektoren.

## DISH-projektet

DISH-projektet bestræber sig på at imødegå nogle af de faldgruber, der eksisterer i forhold til at få teknologier implementeret. Projektet har deltagelse fra Spanien, England, Tyskland, Norge, Polen og Danmark. Målet med DISH-projektet er at styrke sundhedsprofessionelles kompetencer mht. at anvende og deltage i implementering af digitale løsninger, understøttet af nationale og lokale digitaliseringsstrategier samt innovationsprocesser, der finder sted i Triple Helix partnerskaber (partnerskaber mellem teknologi-clustre, sundhedssektor og uddannelsesinstitutioner). Helt afgørende i projektet er det, at der etableres en implementeringsgruppe, der planlægger og tager ansvar for implementering af teknologien. Gennem etablering af disse implementeringsgrupper, arbejdspladsbaseret læring samt læringsunderstøttende evaluering/kompetencevurdering sættes der ikke alene fokus på at styrke de professionelle kompetencer, men også på understøttelse af organisatorisk læring og implementering af teknologier. Implementeringsgruppen er en ad hoc organisering, der skal sikre sammenhæng mellem behov for/ønske om implementering af teknologi, kompetenceudvikling og organisering. Ideen er, at der hver gang en ny teknologi skal introduceres (eller en teknologi, der er kendt, men ikke anvendes) etableres en gruppe, der skal sikre organisatorisk og teknisk, samt kompetenceudvikling i forhold til implementeringen af teknologien. Rammen for implementeringsgruppens arbejde er et redskab – det første koncept, der omfatter 8 domæner, der skal rettes opmærksomhed mod i planlægningsprocessen. De 8 domæner er: 1. Værdi, 2. Nøgleaktiviteter, 3. Nøgledeltagere, 4. Nøgleressourcer, 5. Mekanismer (adaptation af teknologi), 6. Tværgående samarbejde, 7. Struktur/omkostninger, 8. Forandring/effekt.

Herudover er der udviklet et arbejdspladslæringskoncept, der rammesætter konkrete træningsforløb, der skal styrke sundhedsprofessionelles teknologiske færdigheder gennem træning i et trygt miljø. (Konceptet udspringer af tidligere erfaringer fra Sygehus Sønderjylland fra projektet "Træning af digitale færdigheder i SIM-faciliteter og gennem 'On-the-job-training").

Og endelig er der udviklet et koncept for dokumentation, vurdering og anerkendelse af kompetencer i tilknytning til læringskonceptet, som har fokus på både den individuelle og den organisatoriske kapacitetsopbygning. Konceptet er et planlægningsredskab, der skal sikre den enkelte medarbej-

ders mulighed for at få sine erhvervede digitale kompetencer dokumenteret.

Projektets idé er således at gribe om nældens rod, når det handler om implementering af sundheds- og velfærdsteknologier og skabe sammenhæng mellem behov for teknologier, teknologiledelse og kapacitetsopbygning såvel individuelt som organisatorisk – ikke alene i forhold til konkrete teknologier, men også i forhold til at kunne tænke innovativt og bidrage til udviklingen af fremtidens teknologier.

## Afprøvning af koncepterne – videokonference i udskrivning

Koncepterne er blevet afprøvet i de deltagende lande – i varierende grad pga. Covid-19. I Danmark har Lærings- og Forskningshuset på Sygehus Sønderjylland været ansvarlige for at afprøve koncepterne i forhold til forskellige teknologier. Koncepterne har især været anvendt i forhold til at implementere videokonference i udskrivinger. Sygehus Sønderjylland og de sønderjyske kommuner har deltaget i projektet. Det første skridt var at etablere tværsektorielle implementeringsgrupper i de involverede kommuner og sygehusafdelinger og gennemføre planlægningsmøder. Her deltog typisk afdelingsledere, medarbejdere, evt. IT-ansvarlige samt de ansvarlige for træning af medarbejderne i brug af teknologien.

Herefter blev træningen afholdt i simulationsfaciliteter i Lærings- og Forskningshuset, hvor deltagerne fra sygehusafdelinger og kommuner afprøvede videokonferencer ved at ringe op til hinanden via computer, l-pads mm. Træningen tog udgangspunkt i forskellige praksisnære cases, med sigte på at gøre træningen realistisk i forhold til dagligdagens udskrivningssituationer. Efter hands-on træningen fik deltagerne små opgaver, som skulle understøtte refleksioner over teknologien, og over hvad der skal til, for at videokonferencen skulle komme i anvendelse, når de var tilbage på deres respektive arbejdspladser.

Jf. konceptet for dokumentation af færdigheder, uploadede deltagerne forskellige øvelser, fx videooptagelse af hvordan teknologien virker eller refleksioner over evt. etiske problemstillinger, på en læringsplatform. Disse øvelser var grundlag for efterfølgende vurdering og udstedelse af kursusbevis fra Lærings – og Forskningshuset. 94 medarbejdere fra hhv. hospitalsafdelinger og kommuner deltog i perioden i projektet.

## Erfaringer fra DISH-projektet

Der er i projektperioden løbende gennemført undersøgelser af projektets aktiviteter. Dels har et af UCL's (førsteforfatters) bidrag til projektet været at dokumentere og beskrive projektets aktiviteter gennem observationsstudier af træningsforløb og opfølgende interviews med medarbejdere, og dels er der iværksat et norsk Ph.d.-projekt med et komparativt perspektiv på den norske og den danske del af projektet.

De foreløbige erfaringer fra projektet er, at de tre koncepter tilsammen udgør en relevant ramme for kompetence-

udvikling og implementering af digitale teknologier, men også at koncepterne ikke driver værket i sig selv. De skal bruges, bøjes, sættes i spil og især tages alvorligt, hvis de skal bidrage til at drive digital innovation i sundhedssektoren. Nedenfor gennemgås nogle af de væsentlige erfaringer fra projektet, der jf. også (1), knytter sig til forskellige aspekter af teknologiimplementeringen.

### **Teknologiens relevans**

Anvendelse af videokonference i udskrivningssituationer blev introduceret med det formål at understøtte samarbejdet mellem hospitalsafdelinger og kommunal hjemmepleje/socialpsykiatri ved udskrivning af borgere med komplekse problemstillinger. Et væsentligt argument var, at de kommunale aktører, som ellers ville deltage fysisk i udskrivningskonferencer, ville spare kørsel og tid. I træningen stillede deltagerne ikke spørgsmål til teknologiens relevans, men i de efterfølgende interviews blev der peget på, at der på nogle afdelinger i forvejen kun blev afholdt fysiske konferencer, når der var tale om komplekse patientforløb. Hvis der udover EPJ var kontakt, var det ofte via telefonsamtaler, der af medarbejderne blev opfattet som tilstrækkelige og mere fleksible.

Medarbejdere fra en kommunal hjemmepleje omtaler imidlertid videokonferencen som et 'rigtig godt redskab' og de har haft stort udbytte af det, i de få tilfælde hvor de har prøvet systemet, og det har virket. De oplever, at der på en af de involverede sygehusafdelinger er modstand mod at bruge det, men for dem (den kommunale hjemmepleje) ville det være relevant, netop fordi det vil spare dem for kørsel.

### **Teknologiens virkemåde**

Den pågældende medarbejder peger på en anden problematik, nemlig at det kun er den ene part, nemlig sygehuset, der kan invitere til udskrivningskonferencer, og det indebærer at man på den konkrete sygehusafdeling kan og vil etablere konferencen. På sygehusafdelingen er en af udfordringerne med at invitere til udskrivningskonference, at invitationen skal ske fra en bestemt computer/lpad, fordi man har ønsket at oprette afdelingsvideorum, så kolleger fx ved sygdom kan tilgå rummet og afholde konferencen. I nogle tilfælde er computer/lpad med adgang til afdelingsvideorum "låst inde i et skab" og skal låses ud for at etablere et møde. Det opleves som besværligt af medarbejderne, - som en ekstra arbejdsgang, og en barriere for at anvende videokonferencen.

Tilsvarende har medarbejdere fra en kommunal hjemmepleje den udfordring, at systemet kun kan tilgås fra én computer, som står i receptionen, som ikke er et egnet sted til at afholde videokonference. Her bruger man i øvrigt videomøder i andre sammenhænge og har gode erfaringer med det. Endelig har medarbejdere fra både sygehus og kommune har været i situationer, hvor 'teknologien crascher' og mødet efterfølgende er blevet afviklet telefonisk. Der er her tale om tekniske og fysiske barrierer for at anvende videokonference i forbindelse med udskrivninger,

men disse udfordringer fletter sig sammen med andre udfordringer, herunder at anvendelse af teknologien ikke matcher de sædvanlige arbejdsgange.

### **Undervisning/træning**

Lærings- og Forskningshuset har forestået træning af medlemledere og medarbejdere fra såvel sygehusafdelinger som kommuner i anvendelse af videokonferencesystemet i udskrivningssituationer. Deltagerne har generelt fundet træningen relevant, bl.a. fordi der har været tale om hands-on undervisning med afsæt i praksisnære cases. Flere af deltagerne peger på, at systemet ikke er svært at bruge, og at de er vant til at bruge videokonferencer i andre sammenhænge. Men da lige præcis det her system kræver, at der logges ind på særlige måder osv. har det været gavnligt at deltage i træningen.

Det blev fremhævet som positivt, at træningen var organiseret, så der var deltagere fra både sygehusafdelinger og kommuner, og dette har bidraget til, at videokonferencen enkelte steder er blevet afprøvet og anvendt i udskrivningssituationer. I interviews med 8 deltagere fra forskellige afdelinger/kommuner ca. en måned efter træningen kom det frem, at man ikke var kommet i gang med anvendelse af videokonference i udskrivningssituationer. Der peges bl.a. på, at det ikke var tydeligt, hvad forventningerne på afdelingerne var efter deltagelse, og at træningen opleves som spildt, når de nyerehvervede færdigheder ikke sættes i spil umiddelbart efter træningen har fundet sted.

### **Dokumentation af kompetencer**

Jf. konceptet for dokumentation af kompetencer, blev det i projektet valgt at integrere dokumentation og vurdering af læring i undervisningen på den måde, at deltagerne hver for sig og sammen skulle løse forskellige opgaver, som blev uploadet på en læringsplatform. Underviserne kunne på baggrund heraf udstede kursusbeviser, som deltagerne kunne downloade fra platformen. Det fremgår af interviewene, at det ikke var tydeligt for alle deltagere, at opgaveløsningen var knyttet til dokumentation og vurdering. I tråd hermed var der kun få deltagere, der i projektperioden downloadede deres kursusbevis. Adspurgt om betydningen af at få bevis på nyerehvervede kompetencer, gav flere af deltagerne udtryk for, at det ikke havde den store betydning for dem, hvilket evt. skal ses i sammenhæng med at det ikke var tydeligt for dem, at teknologien var relevant og prioriteret ledelsesmæssigt.

### **Tid og luft**

DISH-projektet er blevet afviklet i en periode, hvor Covid-19 og sygeplejerskestrejke har sat spor både på sygehusafdelinger og i den kommunale hjemmepleje. Der peges blandt medarbejderne på, at selv når der er 'normale' tilstande, er der mange projekter i luften og nye ting, man skal forholde sig til, og at netop dette er afgørende for, at man kun kaster sig ud i at arbejde med ny teknologi, at der er tid og luft til det. De anser ikke videokonferencen som tidsbesparende, men som en tidsrøver; og sådan vil det være til den 'bliver til et arbejdsredskab'. For mange projekter, herunder imple-

mentering af teknologi, bidrager til det som en medarbejder kalder 'hjernetræthed', og der skal være 'organisatorisk luft', hvis man vil lykkes med det.

### Ledelse og ansvar

Erfaringen fra DISH-projektet er, at etableringen af en implementeringsgruppe (koncept1) har bidraget til at styrke samarbejdet mellem ledelse og organisering af træning. Den er også med til at synliggøre, at der er behov for ledelse af implementering af teknologier; det er ikke nok at stille teknologi til rådighed og aftale træning i brug af teknologien. Nogle af de deltagende medarbejdere manglede viden om, hvad man ville med teknologien på afdelingen, herunder en ledelsesmæssig beslutning om eller understøttelse af, at teknologien skal tages i brug i et givent omfang eller i specifikke situationer.

### Opsummering og anbefalinger

Erfaringerne fra DISH-projektet understøtter den viden, man allerede har om, hvorfor implementering af teknologier i sundhedssektoren kan være en vanskelig øvelse. Myten om, at man med nye teknologier kan spare tid og effektivisere arbejdsgange, står i modsætning til erfaringer med at det, som nævnt ovenfor, er hårdt arbejde og kræver en indsats at få teknologien sat i spil. DISH-projektets koncepter for hhv. implementeringsgruppe og træning kan bidrage til at understøtte det hårde arbejde, men det er helt centralt at den viden, der allerede findes om implementering af teknologier i sundhedsfaglig praksis – og som understøttes af erfaringerne fra DISH-projektet – tages alvorligt af dem, der leder implementering af (digitale) løsninger i sundhedsvæsenet. En (ikke udtømmende) liste over anbefalinger kommer her:

- Teknologien skal være relevant i de sammenhænge og arbejdsgange, den ønskes implementeret i, og der skal rettes opmærksomhed mod forskellige aktørers forskellige relevansstrukturer
- Teknologien skal virke og være tilgængelig for dem, der skal bruge den
- Undervisning i brug af teknologien skal times i forhold til hvornår teknologien ønskes implementeret
- Der skal være tid og luft i organisationen til at tage teknologien i brug
- Implementering af teknologi kræver, at der ledes og tages ansvar

Med disse anbefalinger peges der også på væsentligheden af, at de sundhedsprofessionelle, der skal anvende teknologierne i deres daglige arbejdsopgaver, involveres i alle faser af afprøvning og implementering af teknologien, og at implementeringsprocessen løbende evalueres og justeres.

### Referencer

- (1) Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsi C, Lynch J, Hughes G, Hinder S, et al. Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *Journal of medical Internet research* 2017;19(11):e367.
- (2) Greenhalgh T, Papoutsi C. Spreading and scaling up innovation and improvement. *BMJ* 2019 May 10;365:l2068.
- (3) Mitchell M, Kan L. Digital technology and the future of health systems. *Health Systems & Reform* 2019;5(2):113-120.
- (4) Peine A, Faulkner A, Jæger B, Moors E. Science, technology and the 'grand challenge' of ageing—Understanding the socio-material constitution of later life. *Technological Forecasting and Social Change* 2015;93:1-9
- (5) Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, KL. Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle. Strategi for digital sundhed 2018–2022. Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, KL 2018.
- (6) WHO Regional Office for Europe. From Innovation to Implementation ehealth in the WHO European Region. Copenhagen: 2016.



**Heidi K.T. Juhlin, Sygeplejerske, Akutafdelingen – Slagelse Sygehus, Mail: Heidikirstine@hotmail.com**

**Nanna Christoffersen, sygeplejerske, Psykiatrien Syd, Ældrepsykiatrisk sengeafsnit S5, Vordingborg.**

**Louise Nystrøm, Sygeplejerske, Sygeplejeenheden - Faxe Kommune**

**Sheila E. Rasmussen, sygeplejerske, Akutafdelingen – Slagelse Sygehus**

**Bettan Bagger, lektor, Ph.d., Professionshøjskolen Absalon, Center for Sygepleje, Næstved.**

## Faglig artikel

### Sygeplejekultur og digital dokumentation

En kvalitativ undersøgelse af kulturen på en hospitalsafdeling og den betydning sygeplejersken tillægger brug af Rover

#### Abstract

Dokumentation af sygepleje ved brug af håndholdt dokumentationsredskab i form af Rover spiller en helt central rolle for kvalitet i sygeplejen, for patientsikkerhed og effektivisering af arbejdsgange. For at få viden om, hvad modstand mod anvendelse af Rover kan handle om, blev der foretaget feltobservationer på to afdelinger samt to kvalitative fokusgruppeinterviews. Tre gennemgående temaer blev synlige: 1) Samspillet med teknologien, 2) Miljøets påvirkning og 3) Introduktion til ny teknologi. Sammenfattende peges på, at anvendelse af teknologi er en læreproces, der kræver tid og rum. Resultaterne kalder på et nødvendigt fokus på afdelingens kultur i forhold til implementering af teknologier samt sygeplejerskens digitale kompetencer.

**Nøglebegreber:** Kvalitative fokusgruppeinterviews og feltobservation, dokumentationsteknologi, kultur, modstand, læring, sygepleje

#### Baggrund for projektet

Samfundets økonomiske og demografiske udvikling, ny viden om teknologi og behandlingsmuligheder samt flere ældre med flere behandlingskrævende kroniske sygdomme resulterer i et øget pres på sundhedsvæsenet (1,2). Den stigende udvikling af teknologier stiller krav til sygeplejerskens brug af fx dokumentationsteknologier til fremme af kvalitet i sygeplejen, øge patientsikkerhed og effektivisere arbejdsgange (3). Sundhedsplatformen (SP) er en dokumentationsplatform, der giver sundhedsfagligt personale mulighed for at arbejde i samme system med tidstro patientdata, hurtigere adgang til prøvesvar samt styrkelse af et sammenhængende behandlingstilbud på tværs af sektorer (4,5). Den håndholdte minicomputer, Rover, gør det muligt for sygeplejersken at patientidentificere, dokumentere samt foretage medicinadministration hos patienten og bidrager samtidig til patientinddragelse. Rover skal reducere utilsigtede hændelser (UTH), højne kvalitet af sygepleje, øge patientsikkerheden og effektivisere arbejdsgange (6). Det er observeret, at sygeplejersker ikke inddrager Rover i

deres arbejde og udsagn i brugen lyder fx "Den bruger vi meget sjældent" og "Nu må vi hellere bruge Rover, nu når der er studerende med." Tonelejet er sarkastisk og flere har eget dokumentationssystem med papirlapper i lommen og udfører dermed dobbeltdokumentation, hvor et øget arbejdspress resulterer i dokumentation, som ikke er tidstro (7). Modstand mod brug af Rover kan fx omhandle manglende engagement, hvilket smitter af på nyt personale (8). Formålet med undersøgelsen var at få indsigt i den betydning sygeplejerskerne tillagde Rover som understøttende dokumentationsredskab i pleje og behandling og derigennem opnå viden om kulturen på hospitalsafdelinger i Region Sjælland.

## Metode

Med afsæt i fænomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme tilstræbtes det at indfange sygeplejerskernes livsverden (9). Hertil blev anvendt fokusgruppeinterviews samt deltagerobservation på to afdelinger, hvilket var omdrejningspunktet for analyserne (10, 11).

## Setting

Undersøgelsen blev foretaget på to sygehusafdelinger (afdeling A og B) i Region Sjælland i foråret 2022 og dannede baggrund for en professionsbacheloropgave. Rover anvendes som dokumentationsredskab på begge afdelinger, hvor den med succes indgik som et naturligt arbejdsredskab for sygeplejersken på afdeling B i modsætning til afdeling A.

## Deltagere

Fire og seks sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter med tilknytning til afdelingerne deltog i fokusgrup-

peinterviews. Deltagerne anvender Rover på lige vilkår og deres anciennitet varierede fra et halvt år til ti års erfaring.

## Indsamling af data

De to kvalitative fokusgruppeinterviews blev foretaget på to afdelinger og hertil blev der udarbejdet en semistruktureret interviewguide, hvor der blev gjort brug af gensvarsmodellens *udvidede gensvar* med åbne HV-spørgsmål (12, 13). Observationerne fra deltagerobservationen gav et indblik i, hvordan, hvor ofte og hvornår Rover anvendtes og indgik i afdelingens kultur. Hertil blev der udarbejdet observationspunkter for at systematisere observationerne med en samtidig åbenhed for det uforudsete (se figur 1). Det ene interview blev optaget på lydfil (26,10 min.) og transskriberet, mens der blev taget noter direkte ved det andet interview, da interviewet foregik i opholdsrummet, hvorfor lydoptagelse blev fravalgt af etiske årsager og risiko for støj på lydfilen.

## Analyse

En matrix blev udarbejdet på baggrund af observationsguiden, for at få overblik over relevante modsætningsforhold til den videre analyse af empirien. Den hermeneutiske meningsfortolkning af den indsamlede empiri tog afsæt i den induktive og tværgående analysestrategi, hvor empirien blev sammenholdt for at nå frem til en helhedsforståelse. På baggrund af koder blev tre tematikker fremanalyseret. For udviklingen af en dybere forståelse blev temaerne fortolket ud fra Kvale og Brinkmanns (2015) analysemodel med tre fortolkningskontekster; selvforståelse-niveau, kritisk commonsense-niveau samt en teoretisk tolkning (14).

Observationer på kontoret	Bliver der snakket om Rover? Hvordan taler de om Rover?	Artefakter:
Kulturen omkring Rover	Positivt/negativt ladet? Tager de Rover med sig?	Hvor opbevarer de Rover henne?
Skueværdier	Hvornår tager de Rover? Hjælper de hinanden med Rover? Husker de hinanden på at tage Rover på sig? Hvor ofte tager de den med? Andre fokuspunkter?	Skilte? Tavler?
På patientens stue	Bliver der snakket om Rover? Hvordan taler de om Rover? Positivt/negativt ladet?	Artefakter på stuen:
Kulturen omkring Rover	Hvordan bruges/bruges ikke Rover i patientkontakt? Hvordan dokumenterer sygeplejersken? Hvad bruger sygeplejersken Rover til? EWS, skema mm.? Medinddragelse? Hvor ofte bruger de den sammen med patienten? Andre fokuspunkter?	
Sygeplejerskens uniform:	Hvordan bærer/opbevarer de Rover? Har tøjvalget en betydning for, om de tager Rover med?	

Figur 1: Oversigt over observationsguide

## Etik

Gældende juridiske retningslinjer for indsamling af data i forbindelse med udviklingsprojekter blev overholdt (15). Skriftlig tilladelse blev indhentet ud fra orienterende materiale samt informeret skriftligt og mundtligt samtykke. Deltagerne blev anonymiseret og data blev forsvarligt opbevaret med krypteret adgangskode og destrueret efter publicering.

## Resultater

Analysen viste, at underliggende antagelser styrede adfærden i afdelingen, hvilket svarer til en kulturs kerne, der indbefatter, hvordan gruppen tænker, opfatter og forholder sig til fx teknologi (16). Dette havde afgørende indflydelse på implementering af Rover, om den forløb succesfuldt og levede op til formålet. Modstand kunne hænge sammen med erfaringer fra en ældre besværlig, upersonlig og ikke optimalt fungerende model. Negativ omtale af Rover havde en afsmittende effekt på modstand i kulturen og oplæring havde afgørende betydning for succesfuld implementering. Tre temaer fremkom af analysen: 1) Samspillet med teknologien, 2) Miljøets påvirkning samt 3) Introduktion til ny teknologi. Temaerne har en indbyrdes afhængighed, men beskrives enkeltvis.

### Samspillet med teknologien

På begge afdelinger fandt en *teknologisk medieret baggrundsrelation* sted, da Rover inviterede til ibrugtagning ved at blinke, når den var fuldt opladt og klar til brug. På afdeling A, hvor Rover ikke blev anvendt, var et naturligt og ubemærket samspil imellem sygeplejersken og Rover fraværende. På afdeling A havde Rover en *andetheds medierende relation* (16) og blev anskuet som en irriterende anden med menneskelige egenskaber med udtalelser som "åndssvag" eller "den skide Rover". Sådan blev en tidligere model omtalt og bidrog til modstand mod den nyere, som blev oplevet som "upersonlig" med en følelse af at være "en kasseassistent". En forudsætning for brug og samspil mellem sygeplejerske og Rover kræver en *kropsliggjort og hermeneutisk medieret relation* (17, 18), men dårlige erfaringer fremmede modstand og resulterede i, at sygeplejerske og Rover ikke *konstituerede* hinanden. Afdeling B havde tilsyneladende denne *medierede relation* til Rover, idet de alle tog imod invitationen om ibrugtagning og alle tog den med sig i lommen, når de forlod kontoret (17,18). De udtaler "den er nemmere og bedre" og anskuede Rover som en vigtig medspiller som dokumentationsredskab og anvendte den som rutine i relevante situationer.

### Miljøets påvirkning

Rover var et synligt *artefakt* på begge afdelinger, men placeringen var forskellig. På afdeling A var placering tilfældig, hvorimod de var placeret strategisk og synligt på afdeling B og omtaltes positivt i kulturen. Placeringen var en såkaldt *skueværdi*, der viste organisationens forventninger og vægtlægning af kvalitet, patientsikkerhed og innovation (16). På afdeling B var fysiske SP-vejledningsmapper synlige for alle medlemmer. Modsat synliggjordes skueværdierne på afdeling A ved, at ledelsen fx gjorde brug af Key Performance Indicator (KPI). En KPI-tavle på afdeling A blev et

synligt mål for medlemmerne og ledelsen i organisationen, om hvordan de klarede sig inden for brugen af Rover (19). Der var imidlertid et modsætningsforhold mellem organisationens ideelle bøn og personalets manglende brug af Rover. Den manglende brug af Rover var blevet en grundlæggende antagelse i kulturen på afdeling A, som tilsyneladende ikke blev udfordret eller debatteret, da kulturen var så godt indlejret i sygeplejerskernes arbejdsgang. De erkendte dog, at de var "bevidste om det, vi ved godt, vi skal bruge den". En fortalte, at hun var "lidt ramt af kulturen" trods hun tidligere havde gjort brug af Rover på en anden afdeling. Grundlæggende antagelser var styrende for adfærden i afdelingen (16). På afdeling A tog ledelsen tilsyneladende ikke højde for de grundlæggende antagelser i kulturen blandt personalet i realiseringen af KPI-målet og målet blev mere en jagt på "de gode tal" snarere end et incitament til at ændre kulturen og adfærdsmønstrene i gruppen. På afdeling B var de grundlæggende antagelser i kulturen, at Rover var en fast del af rutinen, som sygeplejerskerne ikke skænker en tanke.

### Introduktion til ny teknologi

Hverken på afdeling A eller B havde fokus været på indholdsdimensionen i forbindelse med implementering af Rover (20). Rover var blevet forsøgt implementeret på afdelingerne, uden at personalet modtog en forudgående introduktion med omfattende vejledning og undervisning i betjeningen af Rover, "undervisning i Rover kom lang tid efter, at Rover var afleveret på afdelingen, der gik ca. en måned". Det kunne have afstedkommet flere læringsbarrierer og resulteret i modstand samt at papirdokumentation fortsat var den dominerende dokumentationsform på afdeling A. Sygeplejerskerne på afdeling A gav endvidere udtryk for, at de ikke vidste hvem eller hvad, der stillede krav til brugen af Rover "Nu spørger jeg bare, er der et krav? (...) bliver du slagtet for din dokumentation, hvis du ikke bruger Rover?" På afdeling B mestrede sygeplejerskerne anvendelsen af Rover trods den mangelfulde introduktion, hvilket kunne hænge sammen med, at samspilsprocessen mellem ledelse og sygeplejersker havde været fremmede for drivkraftsdimensionen (20). Samspilsprocessen mellem ledelse, personale og superbruger fremstod helt central, idet de opfangede fejllæring, inden den opstod. Informanterne på afdeling B fortalte, at superbrugeren var meget vedholdende omkring personalets brug af Rover, "Superbruger er efter os - Det bliver påtalt, når man ikke bruger den". Desuden spillede den indbyrdes sparring en stor rolle og deraf sikring af en ensartet kultur omkring anvendelsen af Rover. Afdeling A's personale var irriterede på Rover "Den er åndssvag", "den skide Rover" og de stod kun til beskuelse i vindueskarmen. Sygeplejersken var direkte "imod at gøre brug af Rover" og havde en manglende drivkraft og dermed et forsvar mod læring. Sygeplejerskerne fralagde sig deres tidligere læring og også den læring, de fik under Corona "(...) det virkede, da vi havde Coronapatienter, jeg brugte den hver gang, jeg var derinde, fordi det var helt sikkert det nemmeste". Samspillet mellem den materielle verden i form af Rover og den sociale i form af kulturen fungerede under Covid-19 og blev en bevidst del af arbejdsgangen.

## Diskussion

Formålet var at belyse, hvordan kulturen på to afdelinger i Region Sjælland influerede på anvendelse af Rover som dokumentationsredskab samt den betydning, sygeplejerskerne tillagde brugen i pleje og behandling af patienten. Analysen viste, at afdelingernes samspil med teknologien krævede, at sygeplejerskerne udviklede en *kropsliggjort teknologisk medieret relation* til teknologien, for at der kunne tales om et reelt samspil (17,20).

Tidligere undersøgelsesresultater viser, at benyttelse af en teknologi i over 120 minutter dagligt påvirker brugeranvendelse og relevans (21). Superbruger på afdeling B havde haft et øget fokus på anvendelse, hvilket resulterede i rutinemæssig brug, der bidrog til en både *kropsliggjort* og *hermeneutisk relation* til teknologien (17,18) og at de dermed kunne anvende Rover som en selvfølge. Rover kunne blive sygeplejerskens forlængede arm uden at fratage patienten trygheden og tilliden i sygeplejerskens menneskelige nærvær (22).

Imidlertid synes sygeplejerskens 'venskab' med teknologien, en både kropslig og hermeneutisk medieret relation, at være en forudsætning for, at hun kunne leve op til de samfunds- og lovmæssige krav, der er til sygeplejefaglig dokumentationspraksis. Håndtering af teknologi er imidlertid en læreproces, der kræver tid og plads til modstand, som er et væsentligt element i læringsdimensionen. Der må derfor skabes den fornødne plads til at være kritisk og stille spørgsmål for at fremme læring i samspillet mellem sygeplejerske, Rover og patient (17,20).

Samspilsdimensionen synes at være afgørende for at fange fejllæring i en læreproces ved at have en synlig, engageret, opdateret og også vedholdende superbruger, som er central for at fremme succesfuld implementering, (21). På afdeling A fremstod superbruger usynlig for personalet, da de ikke vidste, hvem der var det og superbrugeren selv var også i tvivl, men "fik vist nogle mails".

En usynlig superbruger bidrog til modstand i kulturen blandt personalet og så kunne sygeplejerskerne ikke formidle læring videre til patienter, til studerende og til nyt personale. Således kunne sygeplejersken ikke leve op til dele af sygeplejerskens virksomhedsområder, heriblandt formidling og udvikling af ny teknologi. Sygeplejersken har således et stort ansvar for implementering af digitale sundhedsydelser, som er et centralt element i sundhedsfremme og forebyggelse af UTH i pleje og behandling af patienter (6). Kulturen vandt over strategien (18), hvilket undersøgelsens fund pegede i retning af, da den ene afdelings modstand mod Rover vandt over implementeringsstrategien. Manglende engagement og en tøvende, usikker tilgang til anvendelse af en teknologi medførte, at det var nemt at falde tilbage i gamle vaner (8).

Rover og SP-vejledningsmappen udgjorde et vigtigt artefakt i kulturen på afdeling B, vejledningerne i papirform til håndtering af Rover var forældede og støttede dermed ikke håndteringen af en nyere version af Rover. Der var så-

ledes ikke adgang til den nødvendige læring. Dog lå alle manualer på Region Sjællands intranet relateret til SP, men den overordnede Rover-manual kunne ikke tilgås, da siden viste, at den ikke fandtes. De rette værktøjer var således ikke til rådighed for personalet. Helt centralt fremgik det, at alle tre tematikker delte samme omdrejningspunkt, at håndtering af teknologi krævede læring. Teknologien var ikke ny i sygeplejen, men mængden af ny teknologi var støt stigende ude på hospitalsafdelingerne, hvilket brød ind i organisationskulturen og de indlejrede traditioner i praksis.

## Metodediskussion

Undersøgelsens styrke var kombinationen af to metoder. De to metoder, deltagerobservation og fokusgruppeinterviews, gjorde det muligt at afdække mønstre i kulturen på en hospitalsafdeling og få en dybere indsigt og viden gennem sygeplejerskernes opfattelser af implementering og håndtering af Rover (9-11). Deltagerobservationsstudiet gik forud for de kvalitative fokusgruppeinterviews for at få et nuanceret og virkelighedstro indblik i sygeplejerskernes kultur omkring brugen af Rover, da dette kunne styrke belægget for det sagte og give en helhedsopfattelse af kulturen på afdelingerne. En bagside ved metoden kunne være overidentificering med sygeplejerskernes handlinger, da det var kendte arbejdsgange, som kunne resultere i mindre objektive feltnoter, dersom forforståelsen ikke blev tøjlet tilstrækkeligt (9,11). Valg af fokusgruppeinterviews havde klare fordele, idet informanterne frit kunne tale, inspirere hinanden og udveksle erfaringer og oplevelser. Her blev der givet adgang til nuancerede beskrivelser af kulturens indflydelse på afdelingens brug af Rover (13). Svagheden ved metoden var vanskeligheden ved at afsætte personale i arbejdstiden og at stille uforstyrret lokale til rådighed, hvilket kunne udfordre etik omkring lydoptagelse. En semistruktureret interviewguide styrkede undersøgelsen, idet tilgangen gjorde det muligt for informanterne at dreje interviewet hen på det, som de fandt mest relevant om emnet (11,12).

## Konklusion

Undersøgelsen bidrog med viden om, hvordan kulturen i en afdeling influerede på modstanden mod Rover. Underliggende antagelser styrede adfærden i afdelingen og påvirkede gruppens kulturelle kerne, som kom til udtryk i forhold til hvordan de tænkte, opfattede og forholdt sig selv. Dette kan være afgørende for succesfuld implementering og anvendelse af Rover. Der ses en sammenhæng mellem en mangelfuld introduktion og undervisning i implementeringen af Rover. Teknologi skal læres, kræver tid og tilvænning, men læringsdimensionen synes at være overset i kulturen, så der opstod u hensigtsmæssige samspilsprocesser, manglende drivkraft og forståelse for anvendelse af Rover. Dette resulterede i modstand og fejllæring og en afsmitning i kulturen på nyt personale.

## Perspektivering

En opmærksomhed på læreprocesser fremstår som noget helt centralt, hvis implementering skal lykkes. En vellykket implementering kunne understøttes af følgende forhold;

flere uddannede superbrugere og opdaterede relevante vejledninger, der understøtter ny og mere fyldestgørende implementering med fokus på kulturen i afdelingen. Slutelig kalder problematikken på langt mere fokus og undervisning allerede fra grunduddannelsesniveau med henblik på at fremme og udvikle kommende sygeplejerskers teknologiforståelse og digitale kompetencer, der matcher fremtidens sundhedsvæsen.

## Referencer

- Danske Regioner. Flere ældre betyder flere patienter i sundhedsvæsenet. Landspatientregistret, Stat. 2019;2.
- Dalkjær, D., Fredskild T.U Politiske og strategiske rammer for at arbejde med velfærdsteknologi. I: Dalkjær D, Fredskild TU, (red). Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet. 2. udg. Kbh.: Gad; 2017. s. 45–71.
- Konnerup, U. Digitalisering af sygeplejepraksis. I: Dau S, Nielsby U, Olsen LR, (red) Klinisk lederskab: en grundbog i sygeplejen. 1. udgave. Kbh.: FADL; 2018. s. 235–52.
- Rigsrevisionens beretning om sundhedsplatformen afgivet til folketinget med statsrevisorernes bemærkning ft.dk. 2018 (set 3 juni 2022)
- 8 nationale mål for sundhedsvæsenet | Sundhedsmi-  
nisteriet [Internet]. [set 28. maj 2022]. <https://sum.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>
- Utsigtede hændelser - Styrelsen for Patientsikkerhed [Internet]. [set 9. maj 2022]. <https://stps.dk/da/laering/utsigtede-haendelser/>
- Christoffersen, N., Nystrøm, L., Rasmussen, S.E., Juhlin, H.K.T Teknologien banker på, men lukker sygeplejerskerne op? En kvalitativ undersøgelse i et curologisk perspektiv. Bachelorprojekt 2022
- Uprichard K. Paperlite: Piloting a new way of working in community nursing. Br J Community Nurs. 2019;24(12):586–9.
- Birkler, J. Videnskabsteori – en grundbog. 1. udg. 1.opl. Munksgaard, 2005. S. 93-117
- Wahlgren B. Forståelsesorienterede retninger. I: Wahlgren B, (red) Videnskabsteori: om viden og forskning i praksis. 3. udg. Kbh.: Hans Reitzel; 2018. s. 179–99.
- Thisted J. Den humanvidenskabelige tradition. I: Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik. 2. udg. Kbh.: Munksgaard; 2018. s. 57–74, 195-224.
- Jørgensen, K. Aktiv lytning, spørgsmål og gensvar. I: Jørgensen K, (red) Kommunikation - for sundhedsprofessionelle. 5. udgave. Kbh.: Gad; 2021. s. 109–24.
- Præstegaard, J., Norby S.B Fokusgruppeinterview. I: Glasdam S, (red) Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder. 2. udg. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; 2015. s. 118–29.
- Kristiansen, S. Kvalitative analyseredskaber i Brinkmann, S., Tanggaard, L. (red.) (2015). Kvalitative metoder: En grundbog. (2 udg.) Hans Reitzels Forlag. S. 601-20
- Ledernetværk S. Juridiske retningslinjer for indsamling af patientdata til brug i opgaver og projekter. [https://fronter.com/cvusj/links/files.phtml/2055344416\\$704980407\\$/Arkiv/Pr\\_percent\\_F8ver\\_Eksamen/Juridiske+retningslinjer+for+indsamling+af+patientdata+til+brug+i+opgaver+og+projekter.pdf](https://fronter.com/cvusj/links/files.phtml/2055344416$704980407$/Arkiv/Pr_percent_F8ver_Eksamen/Juridiske+retningslinjer+for+indsamling+af+patientdata+til+brug+i+opgaver+og+projekter.pdf) 2013;1–12.
- Nielsen B.F.R, Krag H. Interkulturel kommunikation. I: Kulturmøder i sygeplejen. 1.udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2020. s. 41–50.
- Rosenberger, R., Verbeek, P.P. (ed.) (2015) Postphenomenological Investigations Essays on Human-Technology Relations, Lexington Books s. 9-41
- Danbjørg D.B, Olesen F. Sygepleje og teknologi. Klin Sygepleje. 2018;32(1):73–8.
- Vangsgaard, K. K. Dau S. Pædagogik, læring og didaktik - et grundlag for patient uddannelse og -undervisning. I: Dau S, Nielsby U, Olsen LR, (red). Klinisk lederskab: en grundbog i sygeplejen. 1. udg. Kbh.: FADL; 2018. s. 161–88.
- Illeris K. Læring. 3. udg. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2015. s. 17-22, 41–50.
- Schmeer R, Behrends M, Kupka T, Meyenburg-Altward I, Marschollek M. Use and Acceptance of Mobile Technology by Hospital Nurses in Germany. Stud Health Technol Inform. 2016; 225:944–5.
- Martinsen K. Fra diakonisse til robot. Klin Sygepleje. 2017;31(1):20–32.





**Bibi Hølge-Hazelton, Sygeplejerske, forskningschef Sjællands Universitetshospital, Professor ved Syddansk Universitet, Institut for Regional Sundhedstjenesteforskning (IRS). [Bibh@regonsjaelland.dk](mailto:Bibh@regonsjaelland.dk)**

**Anna Kleist Egede, Institutleder Sundhed og Natur, Cand. Cur., Ilisimatusarfik, Grønlands Universitet**

**Anne Birgitte Jensen, Oversygeplejerske, Master in Public Health, Medicinsk område, Det Grønlandske Sundhedsvæsen**

**Ella Skifte, Chefsygeplejerske, Det Grønlandske Sundhedsvæsen**

**Carsten Juul Jensen, Adjunkt, Ph.d. Sygeplejerskeuddannelsen ved Institut for Sundhed og Natur, Ilisimatusarfik, Grønlands Universitet**

## Faglig artikel

### Workshops om fællesskaber på store afstande: Rekruttering, fastholdelse, arbejdsglæde og patientsikkerhed i Det Grønlandske Sundhedsvæsen

#### Abstract

Verdenen over er der mangel på sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. I Norden er problemet voksende. Uanset om det handler om manglende intensivsygeplejersker på højt specialiserede universitetshospitaler, eller stationssygeplejersker i små samfund med få hundrede beboere, har det konsekvenser for borgerne og de professionelle med patientsikkerheds- og arbejdsmiljømæssige udfordringer. I denne artikel beskriver vi vores erfaringer med afvikling af workshops for sygeplejersker med fokus på arbejdsglæde og patientsikkerhed i det grønlandske sundhedsvæsen. Her blev problematikker i det grønlandske sundhedsvæsen, dansk forskning om nyuddannede sygeplejerskers møde med praksis, samt fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker præsenteret og sat i spil. Resultaternes relevans blev diskuteret ind i en grønlandsk kontekst. Artiklen afsluttes med refleksioner over fremtiden

#### Indledning

I denne artikel beskrives erfaringer med afvikling af workshops for sygeplejersker i Det Grønlandske Sundhedsvæsen med fokus på arbejdsglæde og patientsikkerhed.

Artiklens forfattere, er aktuelt engagerede i forskning med fokus på rekruttering og fastholdelse (Bibi), nyuddannede sygeplejerskers møde med praksis (Carsten) og uddannelse i sygepleje (Anna og Carsten) i henholdsvis Grønland og Danmark. Da vi tidligere har samarbejdet, fik vi ideen til at bringe den forskning, som Bibi og Carsten havde været involveret i, og som var blevet til i en dansk kontekst (1,2) i spil i to workshops og undersøge, om sygeplejerskerne i Grønland havde tilsvarende eller helt andre erfaringer.

Afviklingen af disse workshops er starten på udvikling af et forskningsprojekt om uddannelse og fastholdelse af flere sygeplejersker i Grønland ved Institut for Sundhed og Natur, Ilisimatusarfik. Projektmedarbejdere fra Ilisimatusarfik

og sundhedsvæsenet i Grønland skal i fællesskab undersøge mental trivsel blandt studerende og nyuddannede sygeplejersker og herfra udvikle og implementere uddannelses- og fastholdelsesfremmende aktiviteter, der kan støtte under studiet og i et begyndende arbejdsliv (3).

## Baggrund

I såvel Grønland som i resten af verden er sygeplejerskemanglen et problem og har store samfundsmæssige konsekvenser. For patienterne betyder det øget risiko i form af fx øget dødelighed i somatikken (4) øget bæltefiksering i psykiatrien (5), og i en grønlandsk kontekst, betyder manglen på sygeplejersker, at borgere rundt omkring oplever meget stor og hyppig udskiftning af sygeplejersker, hvor kontinuitet og sundhedsydelse bliver af svingende karakter. Der er kun to sygeplejersker i de små byer og ingen i bygderne så det, og mangel på læger, gør at borgere må forlade små bygder pga. manglende mulighed for at modtage sundhedsydelser (6). For personalet påvirkes deres arbejdsmiljø og arbejdsglæde, der har indflydelse på motivationen for at forblive på en sygehusafdeling og i faget (2,7). Aktuelt er der, som skrevet, ingen forskning på området, men i dagspressen i Grønland drøftes umulige arbejdsbetingelser i sundhedsvæsenet ivrigt (8–11). 1. april 2022 var 97,5% af de i alt 305 sygeplejerskestillinger i Grønland besatte med 58,7 % fastansatte og resten af vikarer (12) og i Danmark anslår tal fra Dansk Sygeplejeråd i 2021, at der er mangler 4700 af i alt 72900 autoriserede sygeplejersker (13,14). Andelen af ubesatte stillinger i Danmark, af det samlede antal sygeplejestillinger, er ikke nødvendigvis mindre i Grønland men personalegennemstrømningen med vikarer, der kan være ansat i ned til to uger, er større. At der mangler fastansatte sygeplejersker i Grønland, kan skyldes, at der bliver uddannet for få sygeplejersker fx pga. mangel på praktikpladser, mistrivsel og sproglige udfordringer med at studere i en dansksproget uddannelse (15–17). Den Grønlandske Sundhedskommission peger netop på, at rekruttering og fastholdelse af personale vil være en vedvarende udfordring (18).

Grønland og Danmark er, trods store forskelle, tæt forbundne, og sygeplejerskeuddannelsen er primært baseret på danske forhold og litteratur (19). Der er mange danskfødte sygeplejersker, der er ansatte i det grønlandske sundheds-

væsen og grønlandskfødte sygeplejersker, der ønsker at videreuddanner sig og det foregår typisk i Danmark.

## Formål

Formålet med artiklen er at præsentere vores erfaringer og refleksioner i forbindelse med afholdelse af to workshops for sygeplejersker med fokus på arbejdsglæde og patient-sikkerhed i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

Vi ønskede at undersøge, om erfaringerne fra den danske forskning, der har paralleller til den internationale forskning, om arbejdsglæde, - miljø, rekruttering og fastholdelse kunne resonere i det grønlandske sundhedsvæsen.

Organisering af workshops

Workshopsene forløb over to dage med nogenlunde samme indhold. Dag 1 var en fysisk workshop og Dag 2 var en virtuel workshop. Programmet satte fokus på, hvordan man kan arbejde med at sikre sygeplejerskers trivsel, arbejdsglæde og fortsatte tilknytning til arbejdspladsen/sundhedsvæsenet (se fakta boks 2).

## Faktaboks 2

### Programmet for onsdag den 8. juni er: (Torsdagens program følger samme struktur)

- |                |   |
|----------------|---|
| 13:00 – 13:15: | Velkomst chefsygeplejerske Ella Skifte og institutleder Anna Kleist Egede   |
| 13:15 – 14:00: | Oplæg og fælles dialog om kompleksiteten i Det Grønlandsk Sundhedsvæsen v. oversygeplejerske Anne Birgitte Jensen               |
| 14:00 – 14:30: | Oplæg og fælles dialog om nyuddannede sygeplejersker v. Adjunkt Carsten Juul Jensen   |
| 14:30 – 14:45: | Pause med kaffe og kage   |
| 14:45 – 15:30: | Oplæg og fælles dialog om, hvad et godt arbejdsmiljø betyder for fastholdelse og rekruttering v. Professor, Bibi Hølge-Hazelton |
| 15:30 – 16:00: | Fælles drøftelser om, hvordan dagens oplæg kan tænkes ind i klinik og uddannelse  |

## Faktaboks 1

I alt 97,7 % af de 305 normerede sygeplejerskestillinger i sundhedsvæsenet er besatte med 57,5% fastansatte og resten vikarer i april 2022. På Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk har 56% af de fastansatte været ansat i under et år sammenlignet med 47% i de regionale sundhedstilbud (12). Dette svarer til 5,2 sygeplejerske pr. 1000 indbyggere, hvilket ligger under Danmark og EU-gennemsnittet, der er henholdsvis 16,7 og 8,4 (27). De sygeplejersker, der er tilbage, må nødvendigvis prioritere den akutte sygdomsbehandling og nedprioritere sundhedsfremmende indsatser, der ellers kunne forebygge omkostningstunge indlæggelser med transport til større byer og Danmark (15,28). Sundhedsydelserne kan generelt være forringet i mindre bygder sammenlignet med resten af landet, hvorfor nogle beboere vælger at flytte derfra til større byer og måske til Danmark for at få professionel sundhedshjælp (6) Grønland er Verdens største ø (2.166.086 km<sup>2</sup>), der er ca. dobbelt så stort som hele Europa med godt og vel 56000 indbyggere (Europa ca. 446 millioner indbyggere). I dette store land med få indbyggere består sundhedsvæsen af fem regionssygehuse, 13 sundhedscentre, 56 bygdekonsultationer og to sygeplejestationer. Der er 2650 km fra Nord til Syd endog med en afdeling i København (ligger 3532 km. fra Nuuk: Det Grønlandske Patienthjem) (se kort nedenfor) (29).

1. Ordene i citationstegn og kursus er ordret gengivet fra post-it-sedlerne

- Anna Kleist Egede og Ella Skifte bød velkommen i fællesskab. Det skulle illustrere, at uddannelse og klinisk praksis tager et fælles ledelsesansvar for arbejdsmiljø, sygepleje, uddannelse, udvikling og forskning.
- Anne Birgitte Jensen præsenterede aktuelle udfordringer med at navigere mellem de politisk bestemte ideologier og sundhedsstrategier og hverdagsrealiteter med mangel på sygeplejersker og komplekst syge patienter spredt over hele det grønlandske land (16,20)
- Carsten Juul Jensen præsenterede egen forskning om nyuddannede sygeplejerskers svære møde med realiteterne på medicinske afsnit i Danmark. Præsentationen sluttede med en anbefaling om at løfte blikket fra individet til fællesskabet for at lette skyldfølelsen fra den enkelte unge nye sygeplejerskers skuldre (21,22).
- Bibi Hølge-Hazelton præsenterede projekt Defining Nursing Capacity (NUCAP). Forskere i Region Sjælland har undersøgt hvilke sygehusafsnit, der har lavest sygeplejerskeomsætning og færreste problemer med rekruttering og fastholdelse. Forskningstilgangen er netop positive deviance med et positivt fokus modsat det sædvanlige kritiske blik på de sygehusafsnit, der ikke fungerer (2,7,23,24).

Temaeftermiddagen var planlagt således, at alle deltagere fik mulighed for løbende at reflektere over de præsenterede projekter, dette i små grupper, i plenum og ved udarbejdelse af post-it-sedler på dag 1 og mundtligt bag skærmene på dag 2. Hølge-Hazelton faciliterede dialogen med deltagerne, der blev bedt om at notere sig; "Hvad er arbejdsglæde for dig?" Hensigten med disse korte refleksionsrum var at afstemme hvorvidt der var resonans mellem de dansk producerede resultaterne og deltagernes erfaringer i den grønlandske kontekst.

## Deltagernes profil

### Dag 1

Ca. 30 deltagere, der alle var ansatte ved Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk fra akut, medicin, kirurgi, psykiatri, patientkoordination, patienthotellet, og sundhedscentret. Deltagerne arbejdede som ledere, uddannelses- og udviklingsansvarlige og basissygeplejersker.

### Dag 2

Her var formen den samme, blot online. Antallet af deltagere var 10 sygeplejersker fra regions sygehuse og sundhedscentre spredt ud over de beboede områder i Grønland fra Qeqertarsuaq til Qaqortoq med henholdsvis 620 og 480 km fra Nuuk i fugleflugtslinje (ca.).

## Erfaringer fra de to workshops

Forud for workshopdagene var vi usikre på, om deltagerne kunne prioritere at komme på grund af travlhed og mangel på personale, og vi var forberedte på, at der kunne være meget få deltagere. Det samlede antal deltagere for beg-

ge dage var på omkring 40. Det kunne vise os, at dagens program ligger sygeplejerskerne meget på sinde, for faktisk deltog over 13% af alle sygeplejersker i Grønland (se faktaboks 1). Deltagernes respons på de to dage varierede, selvom det virkede til at betydningen af faglige fællesskaber samt relationer mellem personalet og deres ledere blev vægtet højt begge dage.

### Dag 1

Her kunne vi fastholde en åbenhed og et fokus på det, der fungerede godt, trods driftsudfordringer i hverdagen.

Hovedparten af ordene, som deltagerne her havde noteret på deres post-it-seddel, om den enkeltes oplevelse med arbejdsglæde, kredsede om en form for "fællesskab". Det var relaterede ord som fx "teamwork", "kollegaskab" og "vi-følelse". Det at have en følelse af at udfordrende arbejdsbetingelser er et fælles anliggende blev på flere post-it-sedler såvel som knyttet til det at "hjælpe hinanden", "kollegialt samarbejde" og "at løfte i flok" som at "grine sammen", "gode relationer", "glade medarbejdere", "tryghed", "udvikling" samt at "få noget til at ske for patienterne". Derudover skrev nogle deltagere, at de fik arbejdsglæde når ledere og medarbejdere "anerkender hinanden" og det er "fagligt spændende" og "et sted med mulighed for udfoldelse" og "tilrettelægge supervision for nye medarbejdere". Et par post-it-sedler samlede arbejdsglæden i teksten "gå glad hjem" eller "gå tilfreds hjem efter arbejde".

Noget kunne tyde på at disse oplevelser med fællesskabsfølelse motiverer til at hjælpe hinanden og skaber gode trygge og glade relationer, som skaber gode rammer for faglig udvikling for sig selv og for patienter, så man kan gå hjem med en god følelse i kroppen efter arbejdet. Et bidrag til de fælles dialoger i rummet var en nyuddannet sygeplejerske, der understregede, at det at have kollegaer og en leder, som man trygt tør spørge om hjælp, sikrer patienterne den bedste pleje, hun sagde: "det er jo sådan man undgår at lave fejl".

De ledere, der deltog, udtrykte også glæde over en gensidig fællesskabsfølelse om patientplejen og arbejdsgangen mellem ledere og medarbejdere. På dag 1 var det især ledere, der udtrykte, at de havde været i vildrede om de kunne afse tid til at deltage i temadagen, for der lå et utal driftsmæssige arbejdsopgaver, der ventede. Flere fortalte, at de synes, at de nødvendigvis måtte bruge det meste af deres arbejdsdag på at få en vagtplan til at hænge sammen eller ringe efter en medarbejder, der kunne tage en ledig vagt.

### Dag 2

Det viste sig at være en anderledes oplevelse, hvor bl.a. formatet blev kompliceret af tekniske udfordringer med manglende muligheder for etablering af små grupperum, hvor deltagerne, som på dag 1, kunne udveksle erfaringer. Kameraets placering og det mørke rum gjorde det vanskeligt for oplægsholderne at skabe kontakt til deltagerne,

der modsat kunne have slukket deres kameraer og mikrofoner, som gjorde det sværere at få en fornemmelse for deres spontane reaktioner. Det lykkes heller ikke at fastholde samme fokus i diskussionerne om, hvad der har positiv betydning (positive deviance) for arbejdsglæde og – miljø sammenlignet med dag 1, hvor kun lederne fremhævede praktiske driftsmæssige udfordringer.

Flere af deltagere var fyldt op af frustrationer over helt aktuelle og konkrete organisatoriske udfordringer med fx manglende ansættelseskontrakter, lønudbetalinger, vagt-tillæg, personalemangel og – udskiftning. Vi måtte afbryde det planlagte forløb og invitere lederne, der var til stede ind, for at kommentere på disse udfordringer, som de fuldt ud anerkendte.

Herefter blev det i højere grad muligt at tale om arbejdsglæde, som iflg. deltagerne kunne bestå i at skabe "*meningsfuld udvikling og løsninger*" for netop de patienter, som kommer på de enkelte lokale sundhedstilbud, hvor "*frihed til at lede*" blev nævnt som betydningsfuld for arbejdsglæden. På de enkelte kystlokaliteter blev "*åbenhed*", "*kommunikation*" og "*medinddragelse*" med "*højt informationsniveau*" nævnt. Det omhandlede formentligt information til og fra de centrale kontorer ved Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk. Deltagerne på dag 2 nævnte det at blive "*respekteret*", "*lyttet til*" og "*anerkendt*" og "*forstået*" som de specifikke udfordringer med personalemangel i forbindelse med deres arbejdsglæde. Flere af deltagerne knytter et slags modsigelse til det, de nævner om arbejdsglæde, ved at udtrykke et klart "MEN" "det basale" med henvisning til at arbejdsglæden kunne optimeres, hvis man ikke skulle bokse med løn og ansættelsesforhold, der ikke er på plads,

I de efterfølgende drøftelser blandt deltagere bag skærmen og de få fysiske deltagere blev "fællesskabet" også nævnt som en betingelse for arbejdsglæde, og at "*muligheden for faglig udvikling kunne betyde mere en lønnen*". En deltager udtrykte glæde over arbejdsforholdene i Grønland, hvor vedkommende blev mere anerkendt for sin faglighed som sygeplejerske end vedkommende havde været vant til i Danmark. Samme deltager nævnte den store betydning det havde været for vedkommendes arbejdsglæde at blive ringet op af chefsygeplejersken, der blot ville høre, hvordan det gik.

### Efterrefleksioner

Drøftelserne under workshopsene viste, at der kan være resonans mellem de danske og internationale undersøgelser om arbejdsglæde, trivsel, fastholdelse i uddannelse og arbejdsliv (7) Men der er nogle specifikke udfordringer i det grønlandske sundhedsvæsen, som skal undersøges (3).

Fællesskabsfølelse kan være afgørende for arbejdsglæde, trivsel og fastholdelse, men den er blot vanskeligt at fastholde på de store afstande, der er kendetegnende for Grønland.

Vi har efterfølgende reflekteret over mulighedsbetingel-

serne for etablering af fællesskabsfølelse i et virtuelt medie som Teams. Digitale møder er nødvendige i et land, hvor der er 2650 km fra nord til syd, hvis budgettet ikke skal drænes af udgifter til flybilletter. Der er interesse for videreudvikling af telemedicinske løsninger. Muligheder og begrænsninger i forhold til digitale personalekontakter og – møder skal også undersøges med henblik på at fremme fællesskabsfølelse, trivsel og arbejdsglæde, så vi kan fastholde flere sygeplejersker i mindre byer og bygder, der kan deltage i uddannelse og fastholdelse af flere sygeplejersker for at optimere patientsikkerheden.

Vi måtte ikke overraskende konstatere, at den fysiske workshop ikke kan kopieres en-til-en til virtuel teamversion.

Relevansen af det fælles projekt mellem Institut for Sundhed og Natur og Det Grønlandske Sundhedsvæsen blev i hvert fald bekræftet, og processen har genereret følgende spørgsmål: Hvad er det, der gør, at arbejdsforholdene på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, der er landshospital, ikke kan sammenlignes med lokale sundhedscentre i Grønland? Hvilken betydning har det, at de ansatte, der har ansvar for den øverste ledelse, økonomi, løn og kvalitet, har kontorer i Nuuk? Hvilken betydning har det for arbejdsglæde, trivsel at bygdelokaliteterne har en slags satellit funktion i det samlede sundhedsvæsen i Grønland? Hvilken betydning har personaleomsætningen for arbejdsglæde med 47% ansatte, der kun har været uddannet i et år i regionerne sammenlignet med DIH med 56%?

Når vi sammenlignede de to workshops blev det tydeligt, at det er vanskeligt at fastholde fællesskabsfølelse for personalesamarbejde og patientpleje på store afstande, at forhold så som manglende løn og ansættelseskontrakter fylder mere end i Nuuk, hvor man bare kan gå en etage op for at tale med HR-afdelingen.

### Referencer

1. Jensen CJ. Arbejdsfællesskaber med krydspressede hensyn til patienter, pårørende, kollegaer og en organisation [Internet]. Danmark: University College Lillebælt; 2021. Available from: <https://screencast-o-matic.com/watch/crj3FCVjsEZ>
2. Hølge-Hazelton B, Berring LL. REFAS - Et forskningsprogram om rekruttering og faststholdelse af sygeplejersker i somatikken og psykiatrien i Region Sjælland. Forstyrrelsen. 2022;7(1):5–8.
3. Jensen M. 7 gode idéer skyder op med støtte fra Grønlands Forskningsråd. Nyhedsbrev [Internet]. 2022; Available from: <https://nis.gl/7-gode-ideer-skyder-op-med-stoette-fra-groenlands-forskningsraad/>
4. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van Den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. Lancet. 2014;383(9931):1824–30.
5. Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical restraint in psychiatry: Preventive Factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study. Perspect Psychiatr Care.

- 2014;50(3):155–66.
6. Noahsen P, Hansen HL. Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland år 2020. *Ugeskr læger*. 2020;182(juni):1–9.
  7. Hølge-Hazelton B, Berthelsen C, Olsen KR, Lind N, Bjerregaard U. Projekt Nucap Defining Nursing Capacity [Internet]. Roskilde; 2020. Available from: [https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/suh/Om/Forskning/Forskningsstoetteenheden/Documents/NUCAP\\_RAP-PORT\\_2020.pdf](https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/suh/Om/Forskning/Forskningsstoetteenheden/Documents/NUCAP_RAP-PORT_2020.pdf)
  8. Lindstrøm M. Sundhedsvæsenet skærer drastisk ned på aktiviteter grundet manglende personale. *Sermitsiaq* [Internet]. 2022; Available from: <https://sermitsiaq.ag/sundhedsvaesenet-skaerer-drastisk-aktiviteter-grundet-manglende-personale>
  9. Kristensen K. Offentlige klager frustrerer sundhedspersonale. *Sermitsiaq* [Internet]. 2022; Available from: <https://sermitsiaq.ag/offentlige-klager-frustrerer-sundhedspersonale>
  10. Kristensen K. Sundhedspersonale fyres for ikke at følge nye vagtplaner. *Sermitsiaq* [Internet]. 2022; Available from: <https://sermitsiaq.ag/sundhedspersonale-fyres-ikke-foelge-nye-vagtplaner>
  11. Kristensen K. Sygeplejersker kritiserer coronahåndtering. *Sermitsiaq* [Internet]. 2022; Available from: <https://sermitsiaq.ag/node/234727>
  12. Jensen AB. Opfølgende undersøgelse af fastansatte sygeplejersker i det grønlandske sundhedsvæsen. In: NUNAMED 2022 En grønlandsk medicinsk konference. Nuuk; 2022.
  13. DSR D. NOTAT Sygeplejersker i beskæftigelse og deres alder. *DSR Anal* [Internet]. 2020; Available from: [https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat\\_sygeplejersker\\_i\\_beskaeftigelse\\_og\\_deres\\_alder\\_2020.pdf](https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_sygeplejersker_i_beskaeftigelse_og_deres_alder_2020.pdf)
  14. DSR dk. NOTAT Ubesatte stillinger ifølge lederne 2021. *DSR Anal*. 2021;
  15. Mousgaard-Frederiksen H, Aagaard T. Rekruttering og fastholdelse i det grønlandske sundhedsvæsen set fra sygeplejerskernes perspektiv. In: Aagaard T, Hounsgaard L, editors. *Menneske, sundhed,samfund og kultur*. Aarhus: Klim; 2020. p. 327–54.
  16. Hounsgaard L, Jensen AB, Præst Wilche J, Dolmer I. The nature of nursing practice in rural and remote areas of Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2013;72(SUPPL.1).
  17. Hounsgaard L, Jensen AB, Præst Wilche J, Dolmer I. Kendetegn ved sygeplejepr bygder i Grønland. *Sygeplejersken*. 2014;72–81.
  18. Ingemann C, Larsen CVL. *Evaluering af Grønlands Sundhedsreform*. København; 2017.
  19. Ilisimatusarfik. *Studieordning Bachelor i sygepleje* [Internet]. Nuuk: Ilisimatusarfik; 2019. Available from: <https://uni.gl/media/5122999/sygeplejerske-studieordning-rettet-jun-19.pdf>
  20. Hounsgaard L, Jensen AB, Wilche JP, Dolmer I. Kendetegn ved sygeplejepraksis i mindre byer og bygder i Grønland. *Sygeplejersken*. 2014;114(1):71–81.
  21. Jensen CJ. Nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne på medicinske afsnit i reformerede sygehuse - en institutionel etnografisk undersøgelse. Roskilde Universitet; 2018.
  22. Jensen CJ. Dannelse af professionsidentitet i en arbejdskultur på medicinsk afsnit. In: Boelsbjrg HB, Hermansen M, editors. *Kultur - for sundhedsprofessionelle*. København: Gad; 2021. p. 31–47.
  23. Lind N, Bjerregaard U, Olsen KR, Hølge-Hazelton B, Berthelsen C. Hvad karakteriserer hospitalsafdelinger med lav sygeplejerskeomsætning? Et regionalt tværnsnitsstudie. *Nord Sygeplejeforskning*. 2021;167–78.
  24. Hølge-Hazelton B, Berthelsen CB. Why nurses stay in departments with low turnover: A constructivist approach. *Nord J Nurs Res*. 2021;0(0):1–8.
  25. Jensen AB. Mail Anne Birgitte Jensen, Oversygeplejerske Medicinsk Område. Nuuk; 2022.
  26. Joseffsen L. Manglen på sygeplejersker presser det faste personale - samtale med tidligere chef for Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, Marie Malene Nielsen. *Sermitsiaq* [Internet]. 2018; Available from: <https://sermitsiaq.ag/node/206715>
  27. Kroezen M, Dussault G, Craveiro I, Dieleman M, Jansen C, Buchan J, et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2015;119(12):1517–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003>
  28. Hansen HL, Noahsen P. Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland. In: Aagaard T, Hounsgaard L, editors. *Menneske, sundhed,samfund og kultur*. Aarhus: Klim; 2020. p. 35–50.
  29. Det grønlandske sundhedsvæsen G. *Organisationsplan* [Internet]. 2020. Available from: [https://dentaljob.dk/Filer/Annonce\\_PDFs/38999497-8a3b-4a00-98e0-0bb9e44f1c5d.pdf](https://dentaljob.dk/Filer/Annonce_PDFs/38999497-8a3b-4a00-98e0-0bb9e44f1c5d.pdf)



**Trine Agape, sygeplejerske, kandidatstuderende i klinisk sygepleje på SDU. Klinisk vejleder og OMEGA-ansvarlig sygeplejerske, Gastrokirurgisk afdeling A2, SUH Køge, e-mail: [trag@regsj.dk](mailto:trag@regsj.dk)**

**Cecilie Larsen, sygeplejerske, Cand.scient.san. Klinisk sygeplejerskespecialist, Gastrokirurgisk afdeling, A2, SUH Køge**

**Tak til lektor, Ph.d., sygeplejerske Marian Petersen for vejledning og sparring i skriveprocessen**

## Faglig artikel

# OMEGA – en indføring i struktureret sygepleje til den akutte gastrokirurgiske patient

### Resumé

Patienter i akutte højrisiko abdominalkirurgiske forløb er kendetegnet ved høj komplikationsrate, lange indlæggelsesforløb og høj mortalitetsrate. Meget evidens indikerer, at strukturering øger sygeplejens kvalitet, og at kvaliteten af sygeplejen har betydning for patientens komplikationsbyrde, indlæggelsestid og overlevelse. For at imødekomme kompleksiteten i de akutte højrisiko abdominalkirurgiske forløb har vi på afdeling A2, SUH Køge, struktureret forløbet til denne patientgruppe. Formålet med artikel er at udbrede viden om, hvordan den præ- og postoperative sygepleje er struktureret hos os til inspiration for andre gastrokirurgiske afdelinger.

**Nøgleord:** OMEGA, struktureret sygepleje, implementering, evidensbaseret praksis, akut kirurgisk sygepleje.

### Indledning

I disse dage bliver strukturerede patientforløb implementeret rundt omkring i landet på kirurgiske afdelinger. OMEGA står for Optimizing Major Emergency Abdominal surgery, og er vores bud på struktureret sygepleje til akutte højrisiko abdominalkirurgiske patientforløb.

I denne artikel vil vi beskrive, hvordan sygeplejen er organiseret i OMEGA, og vi håber, at artiklen kan bruges som inspiration til implementering af struktureret sygepleje på andre gastrokirurgiske afdelinger. Afrundingsvis vil vi komme med vores bud på, hvorfor denne form for sygepleje er essentiel for både patienten, fagligheden og arbejdsmiljøet.

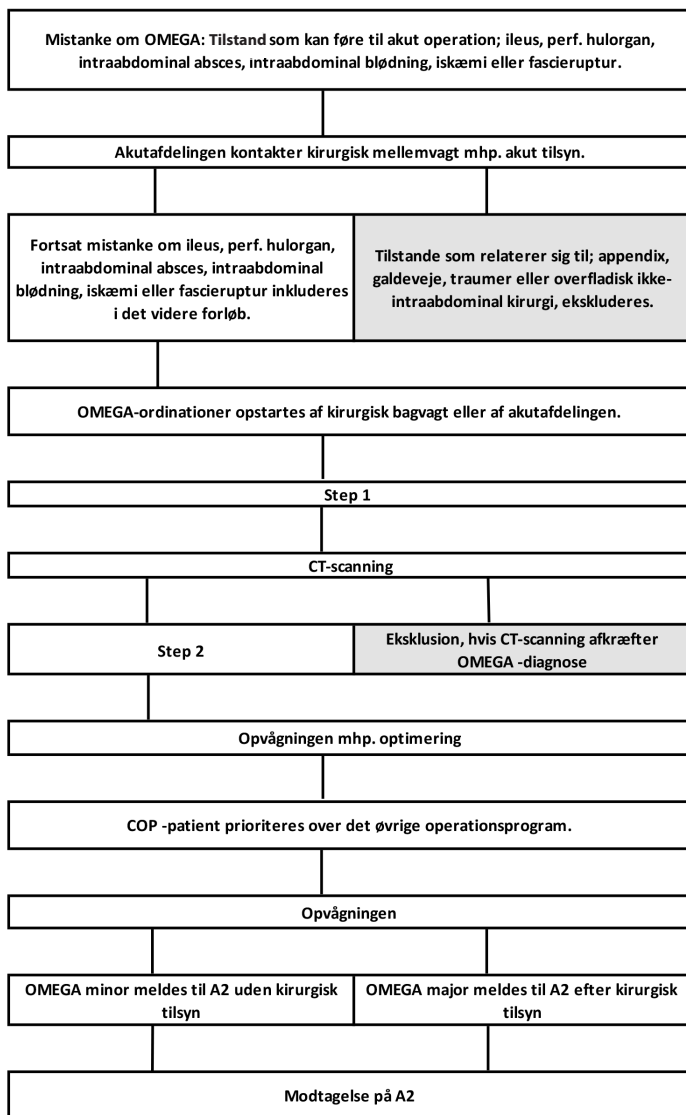
### Baggrunden for OMEGA

Stigende levealder i samfundet betyder, at patientforløbene bliver mere komplekse. Den ældre patientgruppe har større komorbiditet, og i en kirurgisk sammenhæng komplicerer det anæstesen og de præ-, per- og postoperative forløb. I sidste ende er der risiko for, at indlæggelsestiden og mortaliteten øges (1). Den ældre patient er desuden disponeret for akutte operationer, hvilket fører større risiko med sig sammenlignet med elektive operationer (2). For at imødekomme den kompleksitet, som den abdominalkirurgiske patient kræver i pleje og behandling, har man gennem tiden arbejdet med strukturerede patientforløb (3).

Tidligere studier har vist, at struktureret behandling og pleje øger kvaliteten, og at bedre præ-, per- og postoperativ pleje og behandling øger overlevelsen. Studierne viser også, at det især er den postoperative indsats, som har indflydelse på overlevelsen (2).

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) er et eksempel på et struktureret patientforløb til den abdominalkirurgiske patient. Forløbet er udviklet til patienter, som modtager elektiv kolorektal kirurgi, og består af retningslinjer for præ-, per- og postoperative procedurer.

Selvom der findes massiv evidens for, at ERAS forkorter indlæggelsestiden, mindsker komplikationer samt øger overlevelsen, er ERAS ikke blevet adopteret til akutte højrisiko abdominalkirurgiske forløb. Dette på trods af, at procedurerne umiddelbart er generaliserbare til denne patientgruppe (2).



Figur 1: flowchart OMEGA

I 2012 påbegyndte implementeringen af projektet AHA (akut højrisiko abdominalkirurgi) på Hvidovre Hospital. AHA er ligeledes et struktureret patientforløb, som dog forløber på tværs af akutte højrisiko abdominalkirurgiske diagnoser. Projektet effektiviserede arbejdsgangene og optimerede patientforløbene. Samlet betød det, at overlevelsen for patientgruppen steg med en tredjedel, hvilket også gjaldt den langvarige overlevelse (4).

Både ERAS og AHA er eksempler på strukturerede patientforløb til abdominalkirurgiske patienter. OMEGA er vores bud på, hvordan man gennem et struktureret forløb kan imødekomme kompleksiteten hos patienter i akutte højrisiko abdominalkirurgiske forløb.

### OMEGA på SUH

I perioden marts 2017 til februar 2018 implementerede vi OMEGA for akutte højrisiko abdominalkirurgiske forløb på kirurgisk afdeling, Sjællands universitetshospital (SUH) Køge, hvor målet var at optimere patientforløbene gennem strukturering af arbejdsgange.

Kirurgisk afdeling A1 og A2 deltog i implementeringen af OMEGA. Patienter, hvis pleje struktureres via OMEGA, har siden 2018 været placeret på afdeling A2. Patientgruppen var kendetegnet ved høj mortalitetsrate, høj komplikationsrate samt længere fysisk og psykisk påvirkning gennem det postoperative forløb, hvilket førte til lange indlæggelser (5). Dermed var målet for OMEGA-projektet at mindske dødeligheden og at forkorte indlæggelsestiden.

OMEGA strukturerer pleje og behandling til patienter i komplekse patientforløb og tages i brug hos patienter, der er diagnosticeret med en akut højrisiko abdominalkirurgisk diagnose, såsom ileus, perforeret hulorgan, intraabdominal absces, intraabdominal blødning, iskæmi eller fascieruptur. Selvom diagnoserne er forskellige, bliver pleje og behandling leveret ud fra den samme patientforløbsplan. Forløbet bygger på et tæt tværfagligt samarbejde på tværs af både afdelinger og specialer. Hermed involverer OMEGA både akutafdelingen, radiologisk afdeling, kirurgisk afdeling og anæstesiologisk afdeling samt flere faggrupper, herunder læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer, fysioterapeuter, diætister og serviceassistenter.

### Sygeplejen i OMEGA

Det strukturerede patientforløb førte mange positive elementer med sig og ud fra et sygeplejefagligt synspunkt betød det især en forbedring af den præ- og postoperative sygepleje. Det blev lettere at opretholde en høj faglighed ud fra tydelige retningslinjer, som betød, at alle begyndte at udføre den samme sygepleje.

### Sygeplejerskens rolle -præoperativt

Den præoperative sygepleje starter allerede fra patienten modtages i akutafdelingen med en OMEGA relevant diagnose. Tidsperspektivet er en væsentlig faktor, da patientens akutte tilstand kræver øjeblikkelig afklaring og behandling. For at optimere tiden er den præoperative sygepleje derfor opdelt i to steps, hvoraf første step påbegyndes allerede inden, det er afklaret, hvorvidt der er indikation for at operere patienten.

#### Step 1 -præoperativ sygepleje

- To store iv.-adgange anlægges
- Ventrikelsonde anlægges og sættes til svagt sug
- Der tages blodprøve til blodtryk
- Der tages arteriepunktur til blodgas analyse
- Der bestilles blodprøver; blodtype, BAC, lever-galdetal, infektionstal og væsketal
- Der opstartes antibiotika
- Der opstartes iv.-væske
- Hvis hæmoglobin er under normalt niveau, da opstartes blodtransfusion
- Det dokumenteres, at alt ovenstående er udført i et OMEGA-notat

Figur 2: step 1 i den præoperative sygepleje udføres i akutmodtagelsen.

Så snart der er plads på radiologisk afdeling, vil patienten blive afhentet i akutafdelingen til CT-scanning. Når patienten ankommer til sengeafsnittet, kommer patienten dermed direkte fra CT-scanning. Her modtages patienten af en sygeplejerske, som foretager indlæggelsessamtale bestående af indledende sygeplejevurdering og måling af early warning score (EWS).

I denne fase har patienten ofte mange smerter og kan være både nervøs og urolig. Det er derfor vigtigt, at sygeplejersken er inddragende og nærværende, selvom den præoperative sygepleje skal gå stærkt og består af mange instrumentelle procedure.

Under modtagelsen er sygeplejersken desuden opmærksom på, om der mangler at blive udført procedure fra step 1, da sygeplejersken i akutafdelingen ikke altid kan nå hele step 1, inden patienten bliver hentet til CT-scanning.

Hvis CT-svaret indikerer, at patienten skal opereres, fremrykkes patienten på operationsprogrammet. Patienten informeres om operationen af lægen og sygeplejersken. Step 2 effektueres straks herefter, så patienten kan komme på opvågningen til yderligere optimering (indenfor 45 min.). Patienten bliver afhentet til opvågningen ganske

### Step 2 -præoperativ sygepleje

- Tjekke om der er svar på blodtype og BAC
- Anlæggelse af temperaturfølsomt kateter
- Navle rengøres
- Operationsfelt raseres
- Smykker/piercing fjernes
- Patienten skal have knælange TED-strømper efter mål
- Stomimarkering udføres
- Dokumentere at alt ovenstående er udført i et OMEGA-notat
- Klargøre patienten til operation i systemet, herunder dokumentation af fastestatus

Figur 3: step 2 i den præoperative sygepleje udføres på sengeafsnittet.

kort tid efter, at sygeplejersken har meldt, at step 1 og 2 er udført. I nogle tilfælde, hvor patientens tilstand kræver det, bliver patienten kørt direkte til operation.

I andre forløb kan patienten være så akut påvirket, at sygeplejersken må prioritere sin tid med patienten. Her er det ofte den indledende sygeplejevurdering, som må skydes til et senere tidspunkt, og i sjældne tilfælde bliver resterende dele af step 2 udført på opvågningen eller på operationsstuen. Når forløbene går så stærkt, er det udelukkende for at redde patientens liv og ikke et spørgsmål om, om der er travlt på afdelingen generelt.

### Sygeplejerskens rolle -postoperativt

Når patienten kommer tilbage fra opvågningen, modtages patienten på en stue med en OMEGA patienttavle. Formålet med tavlen er at involvere patienten i eget forløb frem mod udskrivelsen og desuden at hjælpe sygeplejersken med at holde overblik over patientens postoperative forløb.

Tavlen anvendes aktivt som en del af den daglige sygepleje med notering af ugedag, patientens daglige vægt og aktivitet.

Tavlen er opbygget med et farvet magnetsystem, hvor magneterne er grønne på den ene side, og røde på den anden side. Hver gang patienten har udført en aktivitet, kan magneten vendes fra rød til grøn. Nogle patienter vender selv brikkerne, mens andre får hjælp af personalet.

De fire aktiviteter er; mobilisering til stol eller kørestol, mobilisering til gang, brug af pep (positive expiratory pressure)-fløjte og indtag af protein f.eks. gennem proteindrikke. Alle interventionerne har en veldokumenteret og positiv effekt på indlæggelsestid og komplikationer.

Mobilisering er vigtig for patientens respiratoriske tilstand, forebyggelse af pneumoni og emboli (6). PEP-fløjten har en positiv effekt på respirationen i det postoperative forløb (7). I perioder med fysisk stress, som ved kritisk sygdom eller akut operation, har kroppen et øget proteinforbrug. Generelt har ældre et øget proteinforbrug, og da OMEGA patienten oftest også er ældre, er det postoperative proteinindtag essentielt (8).



På den første postoperative dag vil en fysioterapeut tilse patienten samt instruere i korrekt brug af pep-fløjten. Patienten bliver mobiliseret af plejepersonalet gennem indlæggelsen med udgangspunkt i fysioterapeutens anbefalinger samt patientens habituelle funktionsniveau.


Den sygeplejerske, som modtager patienten på sengeafdelingen, vil typisk blive den patient ansvarlige sygeplejerske (PAS), og vil, når vagtplanen tillader det, være patientens sygeplejerske frem til udskrivelsen. Den læge, som har opereret patienten, tildeles som patientansvarlig læge (PAL) og vil om muligt være den stuegangsgående læge frem til patientens udskrivelse. Dermed er PAS og PAL med til at give patienten kontinuitet i forløbet.

Ved modtagelsen får patienten udleveret en OMEGA patientmappe, der indeholder information om afdelingen, operationen, og det postoperative OMEGA-forløb, som patienten nu skal igennem. PAL gennemgår operationen med patienten og anbringer operationsbeskrivelsen i mappen. Mappen giver patienten og de pårørende mulighed for at navigere i patientens forløb. Bagerst i mappen kan de desuden skrive spørgsmål til næste stuegang.



OMEGA patienter er i højrisiko for postoperative komplikationer, og i de første dage efter operationen er der derfor skærpet fokus på patientens tilstand. Dermed stilles også særlige krav til sygeplejen (bilag 1). Udover de meget praksisnære kompetencer, som nævnes i bilag 1, stiller patientgruppen også krav til sygeplejerskens medmenneskelige evner. De komplekse patientforløb, hvor patienten kan opleve stærke smerter, dødsangst og et meget accelereret forløb betyder, at mange har behov for samtaler med sygeplejersken, og i nogle tilfælde også med sygehuspræsten.




OP-Dato					Forventet udskrivelse:
			PEP-Fløjte	Protein-Erik	Aftaler:
	●● ●●	●● ●●	●● ●●	●● ●●	CT-scanning
	●● ●●	●● ●●	●● ●●	●● ●●	
	●● ●●	●● ●●	●● ●●	●● ●●	
	●● ●●	●● ●●	●● ●●	●● ●●	
Patient – Ansvarlig Læge:			Patient – Ansvarlig Sygeplejerske:		



Billede 1: patienttavle

OP-Dato	Fru Hansen				Forventet udskrivelse:
			PEP-Fløjte	Protein-Erik	Aftaler:
23/8					27/8
Tirsdag Vægt: 57,3	●● ●●	●● ●●	●● ●●	●● ●●	CT-scanning
Onsdag Vægt: 58,1	●● ●●	●● ●●	●● ●●	●● ●●	
Torsdag Vægt: 59,9	●● ●●	●● ●●	●● ●●	●● ●●	
Fredag Vægt: 59,1	●● ●●	●● ●●	●● ●●	●● ●●	
Patient – Ansvarlig Læge: Læge Jensen			Patient – Ansvarlig Sygeplejerske: Sygeplejerske Nielsen		



Billede 2: fiktivt eksempel på en patienttavle i brug

I forhold til andre patientgrupper, hvor sygeplejersken måler EWS efter den tværregionale instruks og algoritme, skal der som minimum måles EWS en gang i alle vagtlag. Ligeledes måles der blodsukker og afstemmes væskeskema i alle vagtlag. Alle patienterne følges med et stort væskeskema, hvilket vil sige, at de vejes hver morgen, perspiration for døgnnet udregnes i dagvagten, og alle væsker registreres for alle vagtlag såvel som alle udgifter.

I de første postoperative døgn vil tarmparalyse være udtalt, og derfor er monitorering af ind- og udgifter essentielt for at følge udviklingen af patientens tilstand og kropsfunktion. Ligeledes er det store væskeskema vigtigt, for at lægen kan vurdere patientens væskebalance.

Patienten er smertebehandlet med epidural-kateter i de første to postoperative døgn, og det seponeres vanligt i det tredje postoperative døgn sammen med urin-kateteret. Derudover kan patienten have sonde, CVK og dræn, som skal observeres i alle vagtlag.

De fleste OMEGA patienter bliver udskrevet i det tredje postoperative døgn. Dog har nogle et sværere postoperativt forløb, hvorfor deres indlæggelse strækker sig længere. For disse patienter er kvalme og manglende appetit ofte en væsentlig faktor, og derfor skal sygeplejersken altid kostregistrere OMEGA patienterne på tredjedagen. For den patient, der ikke opnår 75 % af sit ernæringsbehov, opstartes parenteral ernæring i samarbejde med en diætist.

Det postoperative forløb strækker sig fra operationen og helt til udskrivelsen. De fleste indlæggelser varer mellem 2-5 dage. Enkelte patienter er så påvirkede i den akutte -og postoperative fase, at de har brug for længere tid, inden de er klar til udskrivelse. I forbindelse med udskrivelsen, bliver patienten tilbudt en udskrivelsessamtale med pårørende, PAL og muligvis PAS.

### Implikation for praksis

Der er mange argumenter for, hvorfor OMEGA er godt og brugbart både for patienten og for sygeplejen. Det tværfaglige samarbejde er styrket, og vi arbejder i højere grad struktureret på tværs af specialer. Begge dele har højnet fagligheden og patientsikkerheden.

I sygeplejen arbejdes der i større omfang med opgavelister, som kan tjekkes af, når plejen er udført. Det giver personalet et større overblik og betyder, at sygeplejersker uden den store kirurgiske erfaring bedre kan manøvrere i de komplekse patientforløb. De mange observationer, som er tilknyttet det postoperative OMEGA forløb, støtter sygeplejersken i tidligt at opdage, hvis patientens tilstand pludselig forværres. Ligeledes er sygeplejerskerne på A2 hurtige til at opspore og reagere på patientens ændringer ud fra den erfaring, de har opnået ved at arbejde på en akut gastrokirurgisk afdeling.

Ledelsesmæssigt kan det være udfordrende at fordele de sygeplejefaglige ressourcer i en tid, hvor sygeplejersker er en mangelvare. Derfor kan det til tider være svært at tildele

den samme PAS til patienten kontinuerligt. Dog opnås der alligevel en vis kontinuitet for patienten ved den strukturerede sygepleje.

Når patienterne er i den akutte fase, er de svært syge, og det er derfor essentielt for patientens overlevelse, at det præoperative forløb opstartes hurtigst muligt (9, 10). Tidsperspektivet i OMEGA, og at alle ved, hvad de skal hvornår, er derfor vigtigt for patientens samlede forløb. Ligeledes nedsætter strukturerede patientforløb, som f.eks. OMEGA, indlæggelsestiden og bidrager til færre komplikationer samt større overlevelse (2).

I det postoperative forløb oplever vi, at patienttavlen fungerer som et centralt redskab både for patienten og for plejegruppen. Tavlen engagerer patienten i sit postoperative forløb ved at synliggøre, hvad der skal til for at optimere forløbet. Patientens anstrengelser bliver anerkendt ved de grønne brikker, og for nogle går der sport i at udføre flest mulige aktiviteter for dermed at kunne vende flere brikker. For andre bliver tavlen overvældende, og i disse situationer kan personalet vælge at fjerne nogle brikker, for at tavlen ikke virker demotiverende for patienten. Patienttavlen, såvel som patientmappen, er også centrale redskaber for de pårørende, som ønsker at blive involveret i patientens forløb, og for nogle patienter udgør de pårørende en vigtig ressource i rehabiliteringen.

### Perspektivering

Vores forhåbning er, at denne artikel kan bruges som inspiration til andre gastrokirurgiske afdelinger, som ønsker at implementere strukturerede patientforløb til akutte højrisiko abdominalkirurgiske patienter.

### Referencer

1. Green G, Shaikh I, Fernandes R, Wegstapel H. Emergency laparotomy in octogenarians: a 5-year study of morbidity and mortality. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5:216–21.
2. Wilson I, Barret MP, Sinha A, Chan S, Predictors of in-hospital mortality amongst octogenarians undergoing emergency general surgery: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery.* 2014;12:1157-1161.
3. Visioni A., Shah R., Gabriel E., Attwood K., Kukar M., Nurkin S., Enhanced recovery after surgery for noncolorectal surgery? *Ann Surg.* 2018;267:57-655.
4. Steen-Andersen, AM., Hvidovre har sænket dødelighed markant for udsat patientgruppe. <https://dagensmedicin.dk/ny-behandlingsmetode-sanker-dodeligheden-markant/>. Hentet 30. september 2022.
5. Burcharth J, Abdulhady L, Danker J, Ekeloefi S, Jørgensen T, Lauridsen H, Lunen TB, Lyngesen M, Puggaard I, Mathiesen O, Gögenur I. Implementation of a multidisciplinary perioperative protocol in major emergency abdominal surgery. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery.* 2021;47:467-77.
6. Svensson-Raskh A, Schandl A, Holdar U, Fagevik Olsén M, Nygren-Bonnier M. "I Have Everything to Win and

- Nothing to Lose": Patient Experiences of Mobilization Out of Bed Immediately After Abdominal Surgery. *Phys Ther.* 2020 Dec 7;100(12):2079-2089.
- Reychler G, Uribe Rodriguez V, Hickmann CE, Tombal B, Laterre PF, Feyaerts A, Roeseler J. Incentive spirometry and positive expiratory pressure improve ventilation and recruitment in postoperative recovery: A randomized crossover study. *Physiother Theory Pract.* 2019 Mar;35(3):199-205.
  - Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, Phillips S, Sieber C, Stehle P, Teta D, Visvanathan R, Volpi E, Boirie Y. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc.* 2013 Aug;14(8):542-59.
  - Surlin V. Emergency and Trauma Surgery. *Chirurgia (Bucur).* 2021 Dec;116(6):643-644.
  - Bala M, Kashuk J, Moore EE, Kluger Y, Biffi W, Gomes CA, Ben-Ishay O, Rubinstein C, Balogh ZJ, Civil I, Coccolini F, Leppaniemi A, Peitzman A, Ansaloni L, Sugrue M, Sartelli M, Di Saverio S, Fraga GP, Catena F. Acute mesenteric ischemia: guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg.* 2017 Aug 7;12:38.

#### Øvrige referencer

- D4 OMEGA Actioncard -Akutafdelingen
- D4 OMEGA - Klargøring af patienter
- D4 OMEGA – Postoperativt forløb sengeafsnit

Sygeplejefaglig observation	1. postop. dag	2. postop. dag	3. postop. dag
	EWS	Efter algoritme eller min. 1 x i alle vagttag.	Efter algoritme eller min. 1 x i alle vagttag.
Blodsukkermåling	I alle vagttag.	I alle vagttag.	I alle vagttag.
Blodprøver	Lever/galde-, væske-, infektionstal, troponiner.	Lever/galde-, væske-, infektionstal, troponiner.	Lever/galde-, væske-, infektionstal, troponiner, sporstoffer.
Forbinding/cikatrice	Tilses, skiftes ved gennemsvivning.	Tilses, skiftes ved gennemsvivning.	Tilses, skiftes ved gennemsvivning.
Epidural-kateter	Indstikssted tilses, volumen tilses, effekten tjekkes ved afspritning.	Indstikssted tilses, volumen tilses, effekten tjekkes ved afspritning. Pauses til natten samt opstart af smertestillende tablet.	Seponeres såfremt pausering er gået godt.
Urin-kateter	Vagtdiurese tømmes og dokumenteres. Kateter-pleje.	Vagtdiurese tømmes og dokumenteres. Kateter-pleje.	Seponeres sammen med EPI-kateter.
Iltbrille	Tilses ift. tryksår og saturation. Seponeres ved behov.	Tilses ift. tryksår og saturation. Seponeres ved behov.	Tilses ift. tryksår og saturation. Seponeres ved behov.
Dræn	Forbinding tilses og skiftes ved behov. Output observeres og dokumenteres.	Forbinding tilses og skiftes ved behov. Output observeres og dokumenteres.	Forbinding tilses og skiftes ved behov. Output observeres og dokumenteres.
CVK	Indstikssted og plaster tilses, samlinger tjekkes, skylles efter.	Indstikssted og plaster tilses, samlinger tjekkes, skylles efter.	Indstikssted og plaster tilses, samlinger tjekkes, skylles efter.
Sonde	Seponeres når patienten kan indtage mere ind tyndtflydende.	Seponeres når patienten kan indtage mere ind tyndtflydende.	Seponeres når patienten kan indtage mere ind tyndtflydende.
Kvalme / mangl. appetit	Kvalmestillende og registrering af evt. opkast	Kvalmestillende og registrering af evt. opkast	Ernæringscreening og kostregistrering
Stort væskeskema	Indgift, udgift, persperatio, dagl. vægt.	Indgift, udgift, persperatio, dagl. vægt.	Indgift, udgift, persperatio, dagl. vægt.
PEP	4 x dagl.	4 x dagl.	4 x dagl.
PVK	Indstikssted og plaster tilses, skylles efter.	Indstikssted og plaster tilses, skylles efter.	Indstikssted og plaster tilses, skylles efter.
Stomi	Dagl. poseskift, observation af stomi og omkringliggende hud.	Dagl. poseskift, observation af stomi og omkringliggende hud.	Pose- og pladeskift observation af stomi og omkringliggende hud.

Bilag 1: overblik over den postoperative sygepleje

# Stafetten

## –mød en kollega



**Navn: Trine Schifter Larsen**  
**Titel og stillingsbetegnelse: Adjunkt**  
**Ansættelsessted: Amager og Hvidovre Hospital og Roskilde Universitet**

*Hvad er din jobtitel og hvad består dit job af?*

Jeg er adjunkt og ansat i et deleadjunktur mellem Amager og Hvidovre Hospital og Roskilde Universitet, Institut for Mennesker og Teknologi, hvorfra jeg også har en ph.d. i socialvidenskab og sundhed. Her underviser og vejleder jeg bachelorstuderende i sundhedsfremme og kandidatstuderende på uddannelsen Tværvideenskabelige sundhedsstudier. På Amager og Hvidovre hospital underviser jeg også sygeplejersker i bl.a. ulighed i sundhed. Mit deleadjunktur er i sammenhængende patientforløb med særligt fokus på ulighed i sundhed. På Amager og Hvidovre hospital er jeg ansat i en ortopædkirurgisk afdeling, hvor jeg er forskningsleder i en sygeplejefaglig forskningsenhed. Derudover er jeg også en del af den centrale forskningsenhed på hospitalet, Klinisk Forskningsafdeling, hvor vi er særligt fokuseret på plejen til den ældre patient, men også på multisygdom og ulighed i sundhed.

*Hvordan arbejder du med udvikling eller forskning i sygeplejen?*

Jeg har siden jeg læste til sygeplejerske og var i praktik, og da jeg lavede mit bachelorprojekt om familier indlagt på hospital, været optaget af det institutionelle både som materialitet, organisation, samfundsmæssig og politisk forankring og sammenhængen med menneskers levede liv. Derfor arbejder jeg med pleje som forskningsfelt, som noget, der er forankret meget længere ud end fx hospitalets mure. Hvordan er det at være patient fx også et politisk fænomen, som præger praksis og dermed sygeplejen på bestemte måder? Eller hvordan præger forestillinger om kvalitet og kvalitetssikring eller risiko, og hvordan det skal håndteres pleje og patientforløb? Jeg arbejder tæt på og sammen med klinisk praksis, hvorfor jeg i mine projekter er meget inspireret af aktionsforskning og andre deltagelsesorienterede og forandringsundersøgende tilgange.

*Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?*

Jeg har en kandidat i pædagogisk antropologi. Antropologi, som fag handler både om en særlig metode, den etnografiske med feltstudier og interviews, og særlige teoretiske begreber, som man anvender til at forsøge at forstå - og

stille spørgsmål til den virkelighed man studerer. Derfor er den etnografiske metode central for mig i mit arbejde. Så arbejder jeg med det, man kan kalde relationel ontologi, som er en måde at undersøge, hvordan elementer, menneskelige som ikkemenneskelige, kobler sig i komplekse relationer som skaber effekter. Med den tilgang har jeg skabt en måde at forstå rehabilitering på, hvor jeg ser sygdom og traume som noget, der ændre kroppens kapacitet til at skabe relationer med sine omgivelserne, hvorfor rehabilitering handler om at styrke kroppens evne til at genskabe relationer eller skabe nye med sine omgivelser.

*Hvordan har din karrierevej bragt dig til dit nuværende job?*

Jeg har arbejdet som sygeplejerske inden for børne- og barselsområdet, og kort i hjemmeplejen. I 2012 blev jeg færdiguddannet pædagogisk antropolog og blev herefter ansat i ortopædkirurgisk afdeling til at stå i spidsen for at udvikle et miljø for forskning og udvikling i sygeplejen. Efter tre år, startede jeg min forskeruddannelse (ph.d.) og den var samfinansieret mellem RUC, ortopædkirurgisk afdeling og klinisk forskningsafdeling, og det har heldigvis været muligt at forlænge det samarbejde i et adjunktur. De forskellige forskningsmiljøer jeg er forankret i, giver mig et rigtig godt fundament for at lave kritisk sundhedsforskning i (klinisk) praksis.

*Hvor ser du, at der er brug for mere udvikling og forskning indenfor sygeplejen?*

Vi bliver nødt til at kigge kritisk på den måde, vi konstruerer vores sundhedsvæsen på, og dermed også sygeplejen. Vi står overfor en masse udfordringer lige nu, og de bliver ikke mindre i fremtiden. Vi lever længere med sygdomme, fordi vi er blevet så gode til at behandle og udvikle nye teknologier, men det presser sundhedsvæsenet og samtidig stiger uligheden i sundhed. Derfor er der også brug for, at forskningen indenfor sygeplejen engagerer sig i at stille kritiske spørgsmål ved det eksisterende og måder at undersøge og begrebssette det på, og i at nytænke i et tværfagligt- og tværvideenskabeligt og tværsektorielt samarbejde.

**Jeg giver stafetten videre til:**

Jeanette Wassar Kirk

# Boganmeldelser



## Sundhedskapital – et sundhedssociologisk perspektiv

**Sundhedskapital - Investeringer i kroppen** Af Kristian Larsen. Samfundslitteratur, 2021. 238 sider.

Denne udgivelse fortæller om sundhedskapital, og mere overordnet om sundhedssociologi. Sundhedskapital er et sociologisk begreb, der spørger til, om hvorvidt kroppen kan indgå i ejerens bestræbelser på at skaffe sig sociale fordele. Kan udvalgte former for motion dyrkes for at opnå social anerkendelse, og for at øge personlig markedsværdi? Forfatterens budskab er, at en dyrkelse af kroppen er menneskets behov for at skabe egen identitet, og egentlig har været det gennem flere år. Sundhedskapital indgår som en ressource ved siden af, og ofte sammen med, andre kapitaler som kultur, netværk og økonomi. Dette har også ændret sig gennem årene i takt med den vidensdeling, der hele tiden befinder sig. Det at dyrke egen krop gøres i et ønske om at skabe en social fordel, og en form for investering i egen sundhedskapital. Gennem bogens kapitler er begreberne om ulighed, krop, folkesundhed, politik, sundhedsøkonomi og profession integreret, og de konstituerer hinanden ganske godt. Pierre Bourdieu, og hans begreber om brud, objektkonstruktion, socialt rum, felt, habitus samt kapital inddrages ligeledes, og er med til at formidle hvordan sociologi kan anvendes i forbindelse med sundhed, pædagogik og sociale forhold.

Forfatteren går næsten narrativt til værks, når han fortæller om egen opvækst fra barn til voksen, og hvordan han retrospektivt ser det hele med sociologiske og 'sundhedskapitalistiske' briller, hvilket er ret værdifuldt for sammenhængen i bogens kapitler, og som med fordel kan inspirere andre forfattere til at gøre det samme, set i en sociologisk kontekst. Flere steder i bogen henviser forfatteren til mere uddybende litteratur, og aktuelle emner, ikke kun for bogens indhold - hvilket egentlig hæver niveauet og er med til at nuancere feltet, hvilket også gør, at læseren får lyst til at vide mere.

### Anmeldt af:

Karen Frydenrejn Funderskov, projektsygeplejerske, cand.cur. - MScN. Respirationscenter Øst, Afdeling for Bedøvelse, Smerter og Respirationsstøtte, Neurocentret – Rigshospitalet

## Rundt om kulturbegrebet

**Kultur for sundhedsprofessionelle** Red.: Hanne Bess Boelsbjerg og Mathilde Medom Hermansen. Gads forlag, 2021, 208 sider

Bogens formål er at belyse kulturbegrebet som fænomen, og særligt i mødet mellem patient og sundhedsprofessionel, og i særdeleshed hvordan kommunikationen og samtalen kan påvirkes af en given kultur. Eller fordommen om, hvordan kulturer støder sammen og ikke kan imødekommes. Begrebet kultur skal opfattes som et overordnet fænomen i samspil mellem mennesker, og ikke erstatte medmenneskeligheden i mødet.

Generelt bliver kulturbegrebet på fornem vis behandlet fra flere vinkler i bogen, så man klædes på til at omgås egne samt andre kulturelle forskelligheder. Det defineres både, hvordan kulturbegrebet anvendes i en politisk kontekst – oftest til at definere "dem og os", og til at agere i en kultur i hospitalsvæsenet som nyuddannet sygeplejerske med forventninger og skuffelser.

Når mødet med et menneske, en patient, beskrives som mødet med "én der har en anden kultur", bliver mødet indrammet i et filter, hvor forskelle bliver fremhævet. Dette ofte med negativ karakter i stedet for at fremhæve mødet og indholdet mellem netop de to mennesker i samtalen. De mange casebeskrivelser i bogen belyser på fineste vis, hvordan forforståelse, men også nysgerrighed og med til at fremme forståelsen blandt de kulturer man iscenesætter, og hvor lidt der skal til for at misforståelser og evt. fejltolkning undgås. Dertil bliver tolkning og tolkens rolle særlig tydelig, da opgaven her er at nedbryde sprogbarrierer, hvilket kræver en helt særlig kulturforståelse, både for tolken og tolkebrugerne

da kulturer her skal kommunikeres neutralt og med hensigten at fremme kommunikationen og forståelsen mellem parter.

En helt specifik metode til at forstå patienten og vedkommendes ståsted rent kulturelt, er at anvende en familie-fokuseret tilgang. Dette beskrives eksemplarisk, da de forskellige nævnte teoretikere indenfor familiesygepleje er særdeles anvendelige til at definere de forskellige familiemedlemmers roller, og få dem i tale i givne situationer omkring sygdom. Dertil hvordan disse familiemedlemmer gensidigt påvirker hinanden, og hvem der er vigtige relationer og som kan eksemplificeres ved brug af genogram.

Alle bogens 10 kapitler afsluttes med flere relevante referencer og forslag til supplerende læsning, hvilket gør bogen utrolig kvalificeret, og igen formår at belyse de forskellige temaer indenfor kultur i samfundet og i sundhedsvæsenet. Bogen bør anvendes på alle sundhedsuddannelser, da kulturforståelse er en egenskab, der er med til at klæde enhver på i mødet med andre og til at definere egen kultur.

### Anmeldt af:

Karen Frydenrejn Funderskov, projektsygeplejerske, cand.cur. - MScN. Respirationscenter Øst, Afdeling for Bedøvelse, Smerter og Respirationsstøtte, Neurocentret – Rigshospitalet.



# Udvidelse, men ikke entydig forbedring

## At studere sygepleje - Find din vej gennem sygeplejerskeuddannelsen.

Redigeret af: Eva Hoffmann og Kit Vestergaard. Gads Forlag, 3. udg., 2022

Kapitlerne i bogen kommer omkring mange relevante emner vedr. studie- og eksamensteknik, studiegruppetræning samt et nyt afsnit om eksamensangst med tilhørende link til en podcast, fif til at memorere udenad og masser af relevante referencer til uddybende litteratur.

Første (generelle) kapitel kommer meget vidt omkring, og indeholder en del gentagelser i forhold til tidligere udgaver.

"Mange har gode erfaringer med at dele noter med hinanden via elektroniske platforme". Det er også min erfaring, at de studerende gør det – og at det oftest er en dårlig ide. En del af anbefalingerne er common sense (f.eks. "kom til undervisningen", "spis frokost med din studiegruppe"), mens andre er vældigt gavnlige f.eks. listen over rådgivningsmuligheder ved forskellige personlige problemer.

Kapitel 2 fremlægger diverse lovgrundlag for uddannelsen, studieaktivitetsmodellen, hvilket de fleste nystartede studerende nok vil finde tungt at læse. Her findes desuden en udmærket oversigt over de forskellige læse- og notatetnikker, hvilket kan være relevant for mange. Her beskrives den personlige bearbejdning af noter som vigtig, og modsiger således kapitel 1.

I 3. kapitel om de kliniske studier, introduceres der til bl.a. Pædagogisk refleksionsmodel, Benne's kompetenceniveauer, Joharis Vindue, Wachterhausen og klinisk lederskab. Alle relevante emner, men i sagens natur svært at komme i dybden med. Bedre går det i kapitel 4, hvor eksaminer og problemløsende opgaver bearbejdes. Her kan den studerende hente gode fif, og muligvis få en forståelse for, hvad det vil sige at analysere, og hvordan en lagkage kan hjælpe på forståelse. Argumentationsteori beskrives ligeledes. Her kunne med fordel henvises til de elektroniske

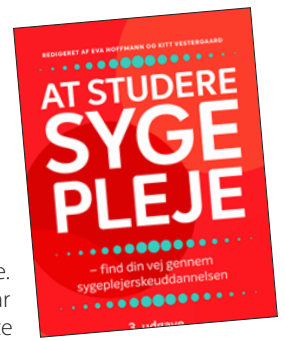
muligheder, for at forstå denne kunst bedre. Eksamensangst og mental robusthed (!) har fået sit eget kapitel og kan muligvis støtte den studerende, der er usikker på, om det nu

også er angst eller bare almindelig sund nervøsitet før en eksamen. Her er fif til, hvordan f.eks. mindfulness kan gavne, uden at det bliver endnu et krav. Jeg bliver lidt bekymret for, om afsnittet vedr. mental robusthed, der ikke giver mulighed for at en belastning bare kan være for stor, og hvad man så anbefales at gøre. At alle studerende så kan få brug for al den mentale robusthed, de overhovedet kan nå at opøve under uddannelsen, er en helt anden snak. Måske er det derfor, at bogens sidste kapitel, om at være ny sygeplejerske er tilføjet? Bogen angiver at "henvende sig til dig, der lige er begyndt på sygeplejerskeuddannelsen", og der kommer mange perspektiver ind på det at være ny. Noers forskning handler dog om tiden efter, og selv om den beskrives tydeligt og med mange citater fra hendes informanter, er det næppe relevant for en bog, der vil hjælpe med (især) studiestart?

Bogen kan anbefales til de studerende, der ønsker et overblik og til de undervisere i teori og klinik, som gerne vil kunne henvise til nogen af de mange fif og spørgsmålsrækker som opstilles.

**Anmeldt af:** Helle Svenningsen, Lektor ph.d.

Sygeplejerskeuddannelsen Århus og Forskningscenter for sundhed og velfærdsteknologi Campus Århus N VIA University College, Aarhus



# Mangler du en god opslagsbog i forhold til pleje af mennesker med psykisk lidelse - Så er den her!

**Håndbog i sygepleje Psykiatri.** Af: Marina Wichmand Nielsen. FADL'S Forlag 2021

Min umiddelbare tanke var, som erfaren psykiatrisk sygeplejerske, at det måtte være meget begrænset hvilken dybde, der kunne være i en så lille bog som denne, men jeg blev klogere!

Bogen er lavet i lommeformat og er opbygget med en tydelig struktur, hvor der er emner som "Mødet med personen med psykiatrisk problemstilling", "selvskade", "depression" og andre yderst relevante emner inden for det psykiatriske speciale.

Efterfølgende er den enkelte problemstilling belyst og slutteligt er der i 15 ud af de 17 kapitler i bogen lavet et afsnit om sygepleje i den konkrete problemstilling.

Mange oplever, at psykiatri er et svært speciale at få fodfæste i, men forfatterne har i denne bog formået at beskrive dette komplekse speciale på en meget tydelig og let tilgængelig måde.

Som eksempel er der et helt afsnit under miljøterapi, der tydeligt beskriver, hvilke opgaver sygeplejersken har som kontaktperson. Dette er lige fra, hvad der skal til, for at opbygge en relation, støtte til at udføre dagligdagsopgaver og koordinering af behandling og udskrivelse.

Yderligere er de mest almindelige psykiatriske diagnoser beskrevet med tydelig beskrivelse af symptomer, men også med fokus på mødet med den syge og de pårørende.

Det er en rigtig god bog, både for sygeplejersken, der arbejder inden for det psykiatriske speciale og gerne vil holde sig ajour med den nyeste viden, hvad enten det er psykopatologi, psykiatrilov og den konkrete sygepleje til mennesket med psykiatriske problemstillinger. Yderligere vil jeg varmt anbefale bogen både til uddannelsessøgende og kollega-

er, der møder den psykiatriske patient i et andet speciale.

Denne lille bog er i min optik et mesterværk, da forfatterne formår at beskrive psykiatrisk sygepleje klart og tydeligt. Yderligere får læseren et indblik i psykopatologi ved de mest almindelige psykiatriske lidelser.

Det, der for mig giver bogen en yderligere dimension, er, at emner som "vrede og aggression", "selvskade", "selvmordsrisiko" og "recovery og tilbagefaldsforebyggelse" også har fået plads i bogen.

Min anbefaling er, at alle steder, hvor der er sygeplejersker, skal have denne bog stående, så den er let tilgængelig.

Det er en god opslagsbog for sygeplejersken, der arbejder inden for det psykiatriske speciale og kan være en daglig reminder om, hvor det er fokus skal være i plejen af patienten.

Til alle andre områder inden for sygeplejen vil dette være en god opslagsbog, når man møder mennesker med samtidig psykiatrisk lidelse, vrede og aggression eller patienten med selvskade.

Jeg ville ønske at denne bog havde været tilgængelig, da jeg var ny, uerfaren sygeplejerske, uanset om jeg var ansat i psykiatri eller somatik.

**Anmeldt af:** Lene Rosenly, udviklingspsygeplejerske,

Psykiatrisk Afdeling Odense og Medlem af Sygeplejeetisk råd.



# Nyttig viden om sår og sårbehandling til både primær og sekundær sektor

**Sår og sårbehandling** Susan Bermark og Britta Østergaard Melby (red.)  
FADL's Forlag 2021 (2. udgave)

Som både uddannelsesansvarlig sygeplejerske og sårsygeplejerske arbejdende i Sårcentret under Hud- og kønssygdomme på Aarhus Universitetshospital, kan jeg stærkt anbefale bogen "Sår og sårbehandling". Bogen retter sig til de mange sygeplejersker, som står overfor patienter med forskellige typer af sår i både primær og sekundær sektor.

Denne bog fungerer som en lærebog, der har fokus på den sygeplejemæssige side af sårbehandling og er redigeret af to personer med stor viden og indsigt om hud og sår. Begge redaktører er sygeplejersker med stor erfaring i sårbehandling og er begge ansat på Videncenter for sårheling på Bispebjerg Hospital. Sammen med et hold af eksperter, har de skrevet en stor grundbog om sår, som længe har manglet i Danmark. Bogen består af 25 kapitler og indledes med den generelle beskrivelse af huden og denne pleje samt en beskrivelse af de enkelte sårtyper, sårhelingsprocesser samt den nyeste evidens og viden inden for sårheling. De enkelte sårtyper beskrives og behandlingsmulighederne ridses op. Vurdering af den enkelte type sår tager udgangspunkt i "sårvurderingstrekanten", som er et gennemgående værktøj til at beskrive forskellige typer af sår. Kompressionsbehandling som væsentlig behandling af sår og ødem beskrives grundigt og vil kunne hjælpe sygeplejersken i dialogen med patienten om effekten af kompressionsbehandlingen. Mange patienter med sår har smerter i relation til såret, og derfor er der også et kapitel om smerter, smerteudredning og behandling. Bogen har et godt beskrevet kapitel om de psykologiske aspekter, der

kan opstå ved det at have sår, samt hvordan ernæring eksempelvis kan have stor betydning for sårets heling. Bogen beskriver, hvordan det tværsektorielle samarbejde, i samarbejde med patienten, er en forudsætning for effektiv sårbehandling. Bogen "Sår og sårbehandling" tager hånd om mange aspekter ved den sygeplejemæssige side af sårbehandling. Grundbogen vurderes velegnet til sygeplejestuderende, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Den kan også være relevant for andre sundhedsfaglige uddannelser som fysio- eller ergoterapeuter.

## Anmeldt af:

Kirsten Nørup Gabriel, Master i læreprocesser, Uddannelsesansvarlig sygeplejerske.. Afdelingen for Hud- og Kønssygdomme, Aarhus Universitetshospital



# Udvikling og organisatorisk læring via samskabelse og relationel ledelse

**Lederen som aktionsforsker** Søren Frimann og Lone Hersted.  
Samfundslitteratur, 1. udgave, 2020.

Hvis du, som leder indenfor det private såvel som i de offentlige organisationer, er optaget af at skabe læring i egen organisation med anvendelse af aktionsforskning som en helhedsorienteret tilgang til organisationsudvikling og forskning på en og samme tid, ja så er bogen "Lederen som aktionsforsker" noget for dig.

Mit arbejde som leder er meget præget af at være forandrings- og læringsorienteret, og her er mit kontinuerlige sigte at skabe udvikling i egen organisation. Bogen har både bekræftet mig i, men også inspireret med yderligere viden om, hvordan aktionsforskning kan understøtte og facilitere læreprocesserne i mit arbejde, og hvordan det at skabe forandringer bedst lykkes med dialogen og samarbejdet som kernen i det organisatoriske fællesskab.

Helt fra starten tager bogen dig ved hånden, og introducerer dig på en meget inspirerende måde til de tendenser vi ser i dag omkring organisationsudvikling. Disse er i høj grad afhængig af vores evne til at lære og udvikle os igennem responsive processer både internt og eksternt. Det handler om at skabe noget - sammen med nogen. For at skabe udvikling og organisatorisk læring handler det i høj grad om samskabelse og relationel ledelse.

Indledningsvis får vi en kort introduktion til bogens teoretiske og filosofiske retninger; herunder det postmoderne paradigme og den postmoderne tænkning samt en introduktion til de største inspirationskilder indenfor både socialkonstruktivismen og poststrukturalismen. Derudover trækker bogen også på pragmatismen og den systemiske tænkning.

Aktionsforskningen er ikke en "ny tendens" men har en lang historie, som bogen giver dig indblik i sammen med de centrale aspekter, som aktionsforskningen bygger på både indenfor videnskabsteori samt teori og metode. Desuden giver den indblik i, hvordan ledere i samarbejde med medarbejdere, lederkollegaer og andre interessenter kan arbejde med aktionsforskning i praksis. Bogen er inddelt i 9 kapitler, som hænger godt sammen samtidigt med, at bogen giver mulighed for, at man kan dykke ned i det enkelte kapitel alt efter behov, ønske eller interesse. Generelt er bogen kendetegnet ved, at den på en overskuelig måde forklarer både baggrunde og sammenhænge samt på fineste vis forbinder aktionsforskning og relationel ledelse og dialogiske processer. "...relationel ledelse handler kort sagt om evnen til gennem relationer, at koordinere og bevæge sig engageret ind i fremtiden som organisation...". Helt klart en bog der kan anbefales!

## Anmeldt af:

Hildur Hamper, Afsnitsledende sygeplejerske  
Neuro-, Hoved- og Halskirurgisk sengeafsnit og neurokirurgisk Ambulatorium, 10.sal  
Aalborg Universitetshospital



# Bestyrelsen



## Formand

Annesofie Lunde Jensen,  
*Klinisk sygeplejespecialist, lektor*  
Master i sundhedsantropologi  
Steno Diabetes Center Aarhus  
Aarhus Universitets Hospital  
Mail: [annesjen@rm.dk](mailto:annesjen@rm.dk)



## Næstformand

Julie Duval  
*Ph.d.-studerende, cand.cur.*  
Institut for Folkesundhed  
Aarhus Universitet  
Mail: [Julieduval@ph.au.dk](mailto:Julieduval@ph.au.dk)



## Kasserer

Tina Riekehr Bjerre,  
*Klinisk udviklingsygeplejerske og uddannelsesansvarlig,*  
Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitets Hospital  
(SUH) i Roskilde  
Mail: [trb@regionsjaelland.dk](mailto:trb@regionsjaelland.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Medlemsansvarlig  
Legater  
Gitte Susanne Rasmussen,  
*Klinisk Specialist, Cand. Cur., ph.d. i sundhedsvidenskab*  
Hudafdelingen  
Aarhus Universitetshospital  
Mail: [gittramu@rm.dk](mailto:gittramu@rm.dk)



## Bestyrelsesmedlem

Kontaktperson til Forstyrrelsens redaktørgruppe  
WEB-redaktør  
Jeanette Rasmussen,  
*Udviklingsygeplejerske*  
Pleje og Sundhed  
Gentofte Kommune  
Mail: [jera@gentofte.dk](mailto:jera@gentofte.dk)



## Suppleant

Tina Nielsen,  
*Afdelingsleder*  
Medicinsk afdeling, Hæmodialyse afsnittet  
på Sjællands Universitetshospital, Roskilde  
Mail: [tn@jakolex.dk](mailto:tn@jakolex.dk)

Find os på facebook



Find os på LinkedIn



Find "Forstyrrelsen" på ISSUU.com



## Afsender:

FS32, Fagligt selskab for sygeplejersker,  
der arbejder med forskning og udvikling  
DSR, Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K