



# ET VILDT PROBLEM KALDER PÅ FLERE STEMMER

PATIENTSIKKERHED OG SYGEPLEJERSKERS ARBEJDSMILJØ

*Forord af Inge Kristensen*

Redigeret af  
Bibi Hølge-Hazelton &  
Lene Lauge Berring

REGION  
SJÆLLAND



*- vi er til for dig*



# **ET VILDT PROBLEM KALDER PÅ FLERE STEMMER**

**PATIENTSIKKERHED OG  
SYGEPLEJERSKERS ARBEJDSMILJØ**

Bibi Hølge-Hazelton & Lene Lauge Berring (red.)

***Et vildt problem kalder på flere stemmer***

*Patientsikkerhed og sygeplejerskers arbejdsmiljø*

1. udgave 2026

Region Sjælland

Forskningsstøtteenheden for MVU på Sjællands Universitetshospital

Lykkebækvej 4

4600 Køge

[www.sjaellandsuniversitetshospital.dk/forskning-MVU](http://www.sjaellandsuniversitetshospital.dk/forskning-MVU)

ISBN: 978-87-93639-34-8

Copyright: Forfatterne

Grafisk produktion og redaktion: Line Zachø Borre

Forsideillustration: Billeder af forfatterne, genereret af Claude, AI



Alle rettigheder forbeholdes.

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på de institutioner, der har indgået aftale med COPY-Dan, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer.

Undtaget herfra er korte uddrag til anmeldelser.

# **Et vildt problem kalder på flere stemmer**

Patientsikkerhed og sygeplejerskers  
arbejdsmiljø

*Bibi Hølge-Hazelton & Lene Lauge Berring (red.)*

# INDHOLD

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>REDAKTØRER .....</b>                                                                 | <b>9</b>  |
| <b>OUVERTURE/ INTRODUKTION .....</b>                                                    | <b>10</b> |
| <i>Bibi Hølge-Hazelton &amp; Lene Lauge Berring</i>                                     |           |
| <b>FORORD .....</b>                                                                     | <b>24</b> |
| <i>Inge Kristensen</i>                                                                  |           |
| <b>DEL I: PARTITUR .....</b>                                                            | <b>27</b> |
| <b>ARBEJDSMILJØ SOM RELATIONEL PRAKSIS.....</b>                                         | <b>30</b> |
| <i>Bettina Willemoes-Thomsen</i>                                                        |           |
| <b>I PATIENTSIKKER-HEDENS GRÆNSELAND .....</b>                                          | <b>48</b> |
| <i>Lisbeth Lauge Andersen</i>                                                           |           |
| <b>ARBEJDSMILJØ OG PATIENTSIKKERHED I SAMSPIL.....</b>                                  | <b>63</b> |
| <i>Trine Vintersborg</i>                                                                |           |
| <b>DEL II: POLYFONI.....</b>                                                            | <b>75</b> |
| <b>MANGE VIKARER GIVER UTRYGT ARBEJDSMILJØ .....</b>                                    | <b>78</b> |
| <i>Caroline Liddy Voss Rasmussen, Mie Fuglsang Hansen &amp;<br/>Bibi Hølge-Hazelton</i> |           |
| <b>DET UNIKKE ARBEJDE SOM DRIVKRAFT FOR AT PENDLE ...</b>                               | <b>91</b> |
| <i>Nicoline Møller, Connie Berthelsen &amp; Bibi Hølge-Hazelton</i>                     |           |

|                                             |           |
|---------------------------------------------|-----------|
| <b>MERE END LØN OG OVERENSKOMSTER .....</b> | <b>99</b> |
|---------------------------------------------|-----------|

*Bibi Hølge-Hazelton*

|                                               |            |
|-----------------------------------------------|------------|
| <b>KOMPETENCESTATION I DEESKALERING .....</b> | <b>106</b> |
|-----------------------------------------------|------------|

*Lise Bachmann Østergaard & Lene Lauge Berring*

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| <b>DEL III: EFTERKLANG.....</b> | <b>113</b> |
|---------------------------------|------------|

|                                                                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>PÅ EN CYKELTUR SOM FORSKER RUNDT I REGION SJÆLLAND<br/>MED REFAS I KURVEN .....</b> | <b>115</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|

*Jesper Frederiksen*

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| <b>REFLEKSIONER FRA PRAKSIS .....</b> | <b>121</b> |
|---------------------------------------|------------|

*Tina Lanther*

|                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <b>ET NYT LYS PÅ SYGEPLEJE .....</b> | <b>127</b> |
|--------------------------------------|------------|

*Charlotte Simonö*

|                                                        |            |
|--------------------------------------------------------|------------|
| <b>REFLEKSIONER OVER AT VÆRE KRITISK VEN SOM LEDER</b> | <b>133</b> |
|--------------------------------------------------------|------------|

*Lotte Helveg*

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| <b>KODA OG GENKLANG .....</b> | <b>136</b> |
|-------------------------------|------------|

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| <b>KRITISKE VENNER.....</b> | <b>146</b> |
|-----------------------------|------------|

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| <b>STYREGRUPPE.....</b> | <b>147</b> |
|-------------------------|------------|

|                        |            |
|------------------------|------------|
| <b>FORFATTERE.....</b> | <b>148</b> |
|------------------------|------------|



# REDAKTØRER

---



**Bibi Hølge-Hazelton**

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d., forskningschef og professor ved Forskningsstøtteenheden på Sjællands Universitetshospital og Syddansk Universitet (SDU). Har forsket i patient- og professionsperspektiver i 25 år, med særlig interesse for kapacitetsopbygning og forskningsledelse.

---



**Lene Lauge Berring**

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d., forskningsleder, docent og professor ved Center for Forskning i Relationer og Deeskalering, Psykiatrien i Region Sjælland, Professionshøjskolen Absalon og Syddansk Universitet (SDU). Hendes forskning fokuserer på udvikling, implementering og evaluering af indsatser, der reducerer lidelse, styrker relationer, fremmer et trygt og attraktivt arbejdsmiljø samt forebygger vold og tvang. Et centralt omdrejningspunkt er involvering.

---

# OUVERTURE/ INTRODUKTION

REFAS:

Et forskningsprogram om et vildt problem

**Bibi Hølge-Hazelton**

*Professor og forskningschef, Sjællands Universitetshospital*

**Lene Lauge Berring**

*Professor, docent og forskningschef, Psykiatrien, Region Sjælland*

Denne bog samler viden og indsigter fra forskningsprogrammet REFAS – Rekruttering og FASTholdelse af Sygeplejersker i somatikken og psykiatrien. REFAS er et 5-årigt forskningsprogram, hvis formål har været at højne patientsikkerheden og sygeplejerskers arbejdsmiljø. Det er sket gennem en række anvendelsesorienterede forskningsprojekter, der har undersøgt, hvilke faktorer, der har betydning for, at sygeplejersker vedvarende rekrutteres og fastholdes i Region Sjælland.

Hvordan rekrutterer og fastholder vi sygeplejersker i hospitalsvæsenet? Det er et spørgsmål, som mange søger svaret på, men som sjældent lader sig besvare med én forklaring eller én løsning. Fastholdelse og rekruttering kan kaldes et vildt problem, et såkaldt meta- eller wicked problem – et komplekst problem, hvor årsager, konsekvenser og løsninger er tæt forbundne og konstant påvirker hinan-

den. Sygeplejen har en særlig position i mødet med vilde problemer (Rittel & Webber (1973). Sygeplejersker er til stede i menneskers hverdagsliv, sygdomsforløb og livskriser og møder ofte borgere og patienter, hvis udfordringer rækker langt ud over afgrænsede diagnoser, organisatoriske skel eller enkeltstående indsatser. Derfor opstår nogle af sundhedsvæsenets mest komplekse problemstillinger netop i sygeplejens praksis. Mangel på kvalificerede sygeplejersker kan samtidig være med til at forstærke disse problemstillinger, fordi det at overskue et vildt problem kræver overblik, evnen til at handle under usikkerhed og løbende at kunne revurdere situationen.

## Hvorfor REFAS?

Mangel på sygeplejersker er en realitet med konsekvenser for patienter, medarbejdere og ledere. Dansk og international forskning viser, at manglen på sygeplejersker ikke blot påvirker arbejdsmiljøet, men også patienternes sikkerhed og kvaliteten af den pleje og behandling, som sundhedsvæsenet tilbyder (Dall'Ora et al. 2022; Buckley et al. 2025; Hølge-Hazelton and Berthelsen 2020).

Region Sjælland er blandt de mest udsatte områder i Danmark. Rekrutteringsudfordringer, geografiske forskelle, høj sygdomsbyrde og vanskeligheder med at fastholde erfarne medarbejdere har skabt et behov for ny viden og nye måder at tænke løsninger på.

Men måske endnu vigtigere: Der er behov for at stille

nogle nye spørgsmål.

I stedet for alene at spørge, hvorfor sygeplejersker forlader arbejdspladser eller professionen, er det relevant at undersøge, hvorfor nogle vælger at blive. Hvad er det, der kendetegner det gode arbejdsmiljø på arbejdspladser, hvor sygeplejersker trives?

Vi (programlederne) havde begge tidligere været involveret i forskning med disse fokusområder, og vi ønskede at komme et spadestik dybere og at udvikle et forskningsprogram med afsæt i såvel somatikken som psykiatrien (Hølge-Hazelton and Berring 2022).

Det blev starten på REFAS.

## Mere end et forskningsprogram

REFAS er en forkortelse for REkruttering og FAstholdelse af Sygeplejersker<sup>1</sup>.

Programmet blev etableret i 2021 som et femårigt forskningsprogram med det overordnede formål at bidrage til øget patientsikkerhed gennem ny viden om rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker i somatikken og psykiatrien i Region Sjælland.

---

1 Da programmet blev etableret i 2021, var begreberne rekruttering og fastholdelse de almindeligt anvendte betegnelser på området. I dag anvendes i stigende grad begreberne tiltrækning og tilknytning, som afspejler nyere forståelser af medarbejderes relation til arbejdspladsen. I denne bog fastholdes de oprindelige begreber rekruttering og fastholdelse af hensyn til sammenhængen med programmets udvikling, terminologi og historiske grundlag.

Rekruttering og fastholdelse handler om arbejdsmiljø, men også om ledelse. Om faglighed, relationer, uddannelse, karriereveje, identitet, geografi og samfundsmæssige fortællinger om sygepleje.

## En særlig måde at organisere forskning på

REFAS er inspireret af handlingsorienteret aktionsforskning (Heron and Reason 2006), fordi man her kan adressere komplekse problemstillinger fra forskellige interessenters perspektiv. Forskningstilgangen udspringer af det partcipatoriske paradigme (Bradbury 2015; John Heron and Peter Reason 1997), hvilket betyder, at de aktører, som forskningen handler om, deltager aktivt i forskningen som medforskere. Forskningsmetoderne, der vælges, afhænger af de spørgsmål, der stilles, og vil være både kvantitative, kvalitative og mixed (Creswell and Creswell 2023).

Vi to har udgjort programmets overordnede ledelse. Vi har igennem hele forløbet holdt et fast ugentligt telefonisk møde, faciliteret alle afledte møder i fællesskab og prioriteret at tage på flere fælles skriveophold for at få overblik og skrive vores egne bidrag.

REFAS blev organiseret som et paraplyprojekt (Olsen and Hølge-Hazelton 2016) med en række selvstændige, men tematisk sammenhængende, projekter. Hvert projekt har haft tilknyttet forskere, brugere, pårørende og andre samarbejdspartnere i arbejdsgrupper med egen selvstændige tids- og publiceringsplaner.

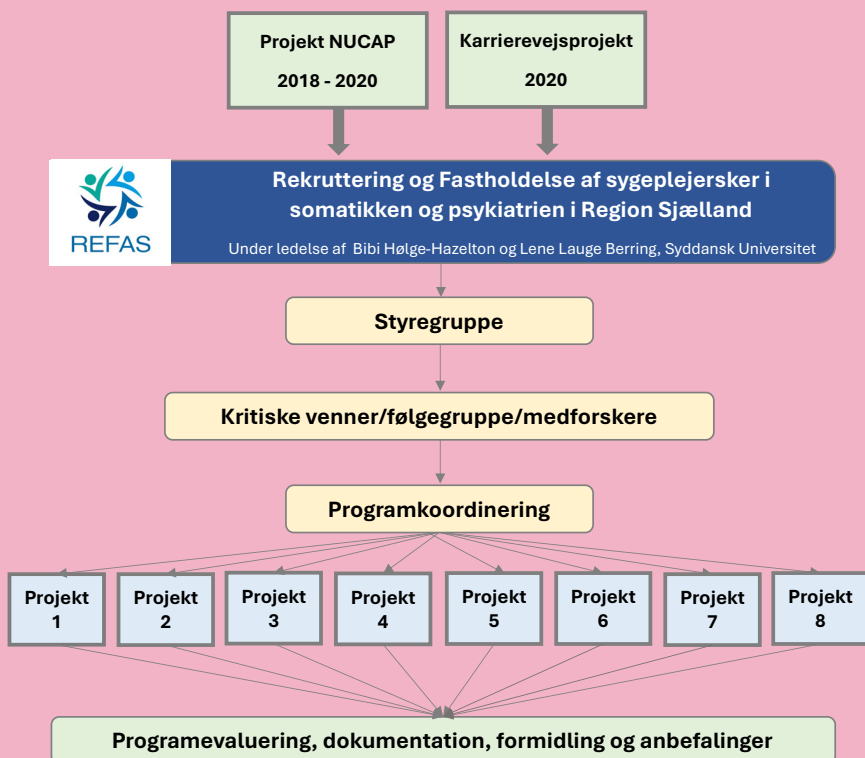
En særlig rolle har gruppen af kritiske venner haft (Costa and Kallick 1993). Gruppen har været sammensat meget bredt, herunder med pårørende-repræsentanter, sygeplejersker, forskere, ledere, uddannelsesfolk og HR- og arbejdsmiljørepræsentanter, alle primært fra Region Sjælland. Disse interessenter blev inviteret med til at tage aktivt del i programmet ved at påtage sig rollen som betroede personer, der har:

- Stillet konstruktive spørgsmål
- Givet feedback
- Taget sig tid til fuldt ud at forstå konteksten for det fremlagte arbejde og de resultater, som efterstræbes
- Positivt støttet og sikret, at arbejdet blev en succes
- Fungeret som gatekeepers og dermed skabt adgang til feltet

Det vil sige, at de kritiske venner har været aktive deltagere i forskningen ved at formulere forskningsspørgsmål, at rådgive, sparre og udfordre projektets forskergrupper, så der kunne sikres de bedst mulige betingelser for, at projektet ville få betydning for praksis, samt at bidrage i sikringen af et højt kvalitativt forskningsmæssigt niveau. I REFAS opstod flere forskningsideer i gruppen af kritiske venner.

Ud over de kritiske venner blev der også etableret en styregruppe bestående af tre sygeplejefaglige vicedirektører fra regionens hospitaler, en sygeplejefaglige forskningsleder, direktøren fra Steno Diabetes Center Sjælland, direktøren fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, samt en repræsentant fra HR-Region Sjælland. Styregruppens opgave var på to årlige møder at rådgive programmets ledelse i beslutninger vedrørende programmets udvikling, prioriteringer og implementeringstiltag.

Den samlede projektorganisering ses i figuren herunder.



## Hvad er der forsket i?

Ved programmets start var der planlagt syv projekter. To af disse blev ikke gennemført på grund af manglende finansiering, mens tre yderligere "bonus projekter" er kommet til. Programmet omfatter således otte projekter.

Nogle af projekterne fokuserede direkte på sammenhængen mellem arbejdsmiljø og patientsikkerhed. Andre har undersøgt betydningen af, og underliggende antagelser om, hvad der påvirker rekruttering og fastholdelse, herunder pendling, psykologisk tryghed, deeskalering, stigma, arbejdsmiljø og tillidsrepræsentanternes rolle, samt konsekvensen af, at der er mange vikarer på arbejdspladsen.

Selvom projekterne var forskellige, begyndte der gradvist at tegne sig nogle fælles temaer:

Betydningen af ledelse, kultur, relationer, faglig udvikling og betydningen af at blive mødt som menneske og fagperson.

I takt med at resultaterne voksede frem, blev det stadig tydeligere, at rekruttering og fastholdelse ikke alene handler om at få flere sygeplejersker ind i professionen. Det handler også om at skabe arbejdspladser, som sygeplejersker ønsker at være en del af.

## Et forskningsprogram, der fik støtte

Man kan aflæse et forskningsprograms betydning på flere måder. Dette kan f.eks. være antal udgivene artikler, antal

deltagere i programmet, omtale i medier eller via den økonomiske opbakning, programmet modtager. Selvom programmet var komplekst og ikke fra starten havde faste eller forudsigelige resultater, fordi det byggede på aktionsforskning over en længere årrække, opnåede vi betydelige bevillinger. Særligt Region Sjælland bidrog med støtte, hvilket er et klart signal om, at regionen ønskede at undersøge og udvikle området gennem forskning og praksisnær læring.

Der er opnået støtte til REFAS programmets projekter svarende til 6.800.000 kr.

Bevillingerne er kommet fra følgende kilder: Region Sjællands strategiske puljemidler, RUC, Psykiatrien, Region Sjællands Forskningspulje, Steno Diabetes Center, Sjælland, og Lån & Spar Fond.

## Et forskningsprogram udviklet under forandring

REFAS-programmet blev etableret i kølvandet på COVID-19-pandemien og udviklede sig i en periode præget af betydelige forandringer i sundhedsvæsenet. Undervejs oplevede vi sygeplejerskestrejken, tiltagende rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer, Robusthedskommissionens anbefalinger, ændrede forventninger til arbejdslivet blandt nye generationer af medarbejdere, samt planerne om etableringen af en ny samlet region øst for Storebælt (Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet 2023) .

Disse begivenheder mindede os løbende om, at rekrut-

tering og fastholdelse ikke kan forstås isoleret fra de organisatoriske, politiske og samfundsmæssige sammenhænge, som sundhedsvæsenet indgår i. Selvom rammevilkårene ændrede sig undervejs, fortsatte programmets kritiske venner, styregruppe og forskere det fælles arbejde. Netop denne kontinuitet skabte mulighed for at følge udviklinger over tid og undersøge, hvordan nye udfordringer og erkendelser opstod.

Flere af de spørgsmål, der optog os ved programmets begyndelse, ændrede karakter undervejs. Derfor blev det nødvendigt løbende at justere forskningsspørgsmål, invitere nye perspektiver ind og være opmærksomme på de indsigter, der voksede frem gennem samarbejdet.

## En polyfon forskningsproces

I REFAS-programmet har vi lyttet til og inddraget perspektiver fra mange forskellige aktører: sygeplejersker, patienter, pårørende, tillidsrepræsentanter, ledere, forskere, uddannelsesinstitutioner, kritiske venner og mange andre. Gennem programmets fem år har mere end 1000 personer bidraget med erfaringer, spørgsmål, refleksioner og kritik på seminarer, workshops, konferencer og i programmets arbejdsgrupper.

Denne flerstemmighed kan beskrives som en polyfon tilgang (Belova et al. 2008). Inspireret af Bakhtin's forståelse af polyfoni, betegner begrebet en sammenhæng, hvor forskellige stemmer og perspektiver eksisterer side om side uden nødvendigvis at blive samlet i én fælles forståelse. Polyfoni

handler ikke om konsensus, men om at give plads til forskellighed. Netop i mødet mellem forskellige erfaringer, interesser og fortolkninger opstår ofte nye indsigter.

For os som ledere af REFAS-programmet betød det, at ledelse ikke alene handlede om at fastholde en plan og en retning. Det handlede også om at skabe kontinuitet og rammer for dialog, refleksion og fælles udforskning, samtidig med at programmet kunne udvikle sig i takt med de erfaringer, der opstod undervejs.

Denne tilgang afspejler aktionsforskningens grundlæggende antagelse om, at viden udvikles i samspillet mellem forskning og praksis. Formålet er ikke alene at beskrive verden, men også at skabe et bedre grundlag for handling og forandring. Når forskellige perspektiver bringes sammen, bliver forståelsen ofte mere kompleks, men også mere nuanceret og anvendelig.

Man kan derfor sige, at denne bog er komponeret som et kor snarere end som en solosang. De enkelte bidrag står ikke nødvendigvis i harmoni med hinanden på alle punkter, men tilsammen giver de et rigere billede af de vilkår, muligheder og dilemmaer, der præger sygeplejerskers arbejdsliv og dermed også patienters pleje og behandling. Polyfonien er i denne sammenhæng ikke et problem, der skal reduceres, men en ressource, som kan kvalificere til refleksion, læring og handling.

Som organisationsteoretikeren Karl Weick har beskrevet, opstår forståelse ofte retrospektivt, når mennesker

ser tilbage på deres erfaringer og forsøger at skabe mening i dem (Weick 1995). Set i dette lys kan bogen læses som et bidrag til den fortsatte meningsskabelse om rekruttering, fastholdelse, arbejdsmiljø og patientsikkerhed. Den repræsenterer ikke én endelig konklusion, men et øjebliksbillede af de erkendelser, der voksede frem gennem programmets fælles udforskningsproces.

## Læsevejledning

Bogen består af fire dele. Den kan læses fra begyndelsen til slutningen som en samlet fortælling om REFAS-programmets udvikling. Bidragene kan imidlertid også læses selvstændigt alt efter læserens interesser og faglige ståsted.

Mellem bogens forskellige dele har vi indsat farvede korte refleksions- og resonanssider. De fungerer som små åndedrag i læsningen og giver mulighed for at standse op, orientere sig og lade bogens forskellige perspektiver træde i dialog med hinanden. Refleksionssiderne er skrevet af os (redaktørerne) og er ikke tænkt som sammenfatninger eller konklusioner, men som invitationer til refleksion over de mønstre, forbindelser og spændinger, der opstår på tværs af bidragene.

Hver del ledsages af en særlig overskrift: I: Partitur, II: Polyfoni, III: Efterklang samt IV: Koda & Genklang. Disse betegnelser afspejler den forståelse af forskning, som har præget REFAS-programmet.

I del I: Partitur, præsenteres de grundlæggende tema-

er og stemmer, der satte forskningen i gang. Det består af tre kapitler skrevet af de forskere, der som ph.d.-studerende har været tilknyttet programmet, og som fra forskellige vinkler undersøger sammenhænge mellem arbejdsmiljø, patientsikkerhed, relationer og organisatoriske vilkår i sundhedsvæsenet.

I del II: Polyfoni, udfoldes de perspektiver og nye spor, som voksede frem gennem dialog, deltagelse og samskabelse. Her præsenteres fire nedslag fra de såkaldte bonusprojekter, som udsprang af nye spørgsmål og muligheder, der opstod undervejs i programmet. Disse kapitler viser, hvordan forskning og praksis gensidigt kan inspirere hinanden, og hvordan nye indsigter kan vokse frem gennem samarbejde.

I del III: Efterklang, rettes opmærksomheden mod de kritiske venners erfaringer, erkendelser og indsigter, der fortsætter med at virke og resonere hos dem efter programmets afslutning. Her præsenteres fire personlige og faglige perspektiver på deltagelse i REFAS-programmet over tid, og der gives indblik i de spor, programmet har sat hos dem, der som centrale og gennemgående aktører har påvirket processen og programmet væsentligt.

Del IV er det afsluttende kapitel: Koda & Genklang. Her tager vi som redaktører og programledere, selv ordet og samler vores erfaringer og vigtigste læring fra det samlede forskningsprogram. Vi argumenterer for, at langvarig forskning er nødvendig, når man arbejder med komplekse eller vilde problemer, som præger nutidens og fremtidens

sundhedsvæsen. Vores kapitel slutter med en opsamling af anbefalinger til forskning, ledelse og praksis, udarbejdet i samarbejde med 120 deltagere på vores afslutningskonference.

Vi håber, at bogen vil inspirere til refleksion, dialog og fortsat nysgerrighed på de komplekse sammenhænge, der former arbejdslivet og udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen.

God læselyst

Region Sjælland, november 2026

***Bibi Hølge-Hazelton og Lene Lauge Berring***

## REFERENCER

Belova, Olga, Ian King, and Martyna Sliwa. 2008. "Introduction: Polyphony and Organization Studies: Mikhail Bakhtin and Beyond." *Organization Studies* 29 (4): 493–500. <https://doi.org/10.1177/0170840608088696>.

Bradbury, Hilary. 2015. *The SAGE Handbook of Action Research*. SAGE.

Buckley, Laura, Linda McGillis Hall, Sheri Price, Sanja Visekruna, and Candice McTavish. 2025. "Nurse Retention in Peri- and Post-COVID-19 Work Environments: A Scoping Review of Factors, Strategies and Interventions." *BMJ Open* 15 (3): e096333. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096333>.

Costa, Arthur L., and Bena Kallick. 1993. "Through the Lens of a Critical Friend - Educational Leadership." *Educational Leadership* 51 (2): 49–51. <http://www.ascd.org/publications/educational-leadership/oct93/vol51/num02/Through-the-Lens-of-a-Critical-Friend.aspx>. Creswell, John W., and J. David Creswell. 2023. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications, Inc.

Dall’Ora, Chiara, Christina Saville, Bruna Rubbo, Lesley Turner, Jeremy Jones, and Peter Griffiths. 2022. "Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: A Systematic Review of Longitudinal Studies." *International Journal of Nursing Studies* 134 (October): 104311. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>.

Heron, John, and Peter Reason. 2006. "The Practice of Co-Operative Inquiry: Research 'with' Rather than 'on' People." In *The Handbook of Action Research*, vol. 2006, edited by Peter Reason and Hilary Bradbury. SAGE Publications Ltd.

Hølge-Hazelton, Bibi, and Lene Lauge Berring. 2022. "REFAS – Et Forskningsprogram Om REkruttering Og FASTholdelse Af Sygeplejersker i Somatikken Og Psykiatrien i Region Sjælland." Forstyrrelsen. <chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://dsr.dk/media/uk5ctf3b/forstyrrelsen-1-2022.pdf>.

Hølge-Hazelton, Bibi, and Connie B. Berthelsen. 2020. "Leading Unique Cultures in Departments with Low Turnover of Nurses. A Positive Deviance Approach Study." *Journal of Nursing Management*, ahead of print. <https://doi.org/10.1111/jonm.13061>.

John Heron and Peter Reason. 1997. "A Participatory Inquiry Paradigm." *Qualitative Inquiry* 3 (3): 274–94.

Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsnets. 2023. *Robusthedskommissionens anbefalinger – September 2023*. Robusthedskommissionen. <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2023/september/robusthedskommissionens-anbefalinger>.

Olsen, Pia Riis, and Bibi Hølge-Hazelton. 2016. "Under the Same Umbrella: A Model for Knowledge and Practice Development." *Nordic Journal of Nursing Research* 36 (2): 95–102. <https://doi.org/10.1177/2057158515626344>.

Rittel HW, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4(2):155–169

Weick, Karl E. 1995. *Sensemaking in Organizations*. SAGE Publications.

# FORORD



**Inge Kristensen**

*Direktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed*

Der er næppe mange emner, der fylder mere i sundhedsvæsenet end rekruttering og fastholdelse. Vi taler ofte om mangel på sygeplejersker som et spørgsmål om kapacitet, økonomi eller demografi. Men i virkeligheden handler det om noget langt mere grundlæggende: Om mennesker. Om faglighed. Om arbejdsglæde. Og i sidste ende om kvaliteten og sikkerheden i den behandling og pleje, patienter modtager.

Jeg har gennem mange år arbejdet med patientsikkerhed og kvalitetsudvikling. Erfaringen er klar: Patientsikkerhed skabes ikke alene gennem retningslinjer, teknologi eller kontrol. Den skabes af mennesker, der hver dag samarbejder, træffer beslutninger, lærer af fejl og lykkes med at skabe tryghed for patienterne – også når hverdagen er travl og kompleks.

Derfor er medarbejdernes arbejdsmiljø, trivsel og mulighed for at blive i faget ikke et personalepolitisk sidespor. Det er en forudsætning for et sikkert og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Netop derfor er denne bog vigtig.

REFAS-forskningsprogrammet har haft modet til at undersøge rekruttering og fastholdelse på en måde, der rækker ud over de enkle forklaringer. Programmet viser, at der sjældent findes én årsag til, at sygeplejersker bliver eller forlader deres arbejdsplads. Relationer, ledelse, arbejdsmiljø, faglig identitet, organisering, samarbejde, tillid og oplevelsen af mening væver sig sammen i komplekse mønstre. Når vi ønsker at skabe varige

løsninger, må vi forstå denne kompleksitet – ikke reducere den.

Det er en af programmets store styrker.

Bogen demonstrerer samtidig værdien af at bringe forskellige perspektiver sammen. Forskere, klinikere, ledere, tillidsrepræsentanter og kritiske venner bidrager hver især med nye indsigter. Tilsammen tegner de et billede af et sundhedsvæsen, hvor udfordringerne er store, men hvor mulighederne for forbedring er mindst lige så betydelige.

Jeg hæfter mig især ved, at REFAS ikke alene beskriver problemerne. Programmet er nysgerrigt på det, der virker. Hvad får mennesker til at blive? Hvordan skaber organisationer rammer, hvor faglighed kan trives? Hvordan hænger arbejdsmiljø og patientsikkerhed sammen? Og hvordan kan forskning bidrage til konkrete forbedringer i praksis?

Det er spørgsmål, som rækker langt ud over sygeplejen. De er relevante for hele sundhedsvæsenet.

I Dansk Selskab for Patientsikkerhed arbejder vi ud fra en grundlæggende erkendelse af, at kvalitet og patientsikkerhed ikke kan adskilles fra de mennesker, der leverer den. Et sundhedsvæsen med høj personaleomsætning, manglende kontinuitet og et presset arbejdsmiljø får vanskeliggøre ved at lære, samarbejde og skabe sikre patientforløb. Omvendt ved vi, at stærke faglige fællesskaber, psykologisk tryghed og en kultur præget af læring og forbedringer er blandt de vigtigste byggesten i et sikkert sundhedsvæsen.

REFAS bidrager med ny viden netop dér, hvor behovet er størst. Ikke som færdige svar på alle udfordringer, men som et solidt forskningsbaseret fundament for de beslutninger, der skal træffes i de kommende år.

Det fortjener anerkendelse.

Min forhåbning er, at denne bog bliver læst bredt – af ledere, klinikere, forskere, politikere og beslutningstagere. Ikke blot som en præsentation af spændende forskningsresultater, men som en invitation til dialog og

handling. For hvis vi vil styrke patientsikkerheden, må vi samtidig skabe arbejdspladser, hvor dygtige medarbejdere har lyst til at blive, udvikle sig og fortsætte med at gøre en forskel.

REFAS viser, at det kan lade sig gøre at kombinere høj forskningsmæssig kvalitet med praksisnær relevans. Det er en stor styrke, og det er et vigtigt bidrag til udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen.

God læselyst.

Inge Kristensen

# DEL I: PARTITUR

Hvor de grundlæggende temaer og stemmer, der satte forskningen i gang præsenteres

I denne del af bogen præsenteres de tre ph.d. projekter der har været tilknyttet REFAS programmet

Det er tre individuelle projekter, som tilsammen belyser REFAS-programmets centrale forskningsområder fra forskellige metodiske og empiriske perspektiver.

To af projekterne, Bettinas Willemoes-Thomsen og Lisbeths Lauge Andersen, undersøgte henholdsvis personalets og patienternes erfaringer med arbejdsmiljø og patient-sikkerhed. Det tredje projekt udført af Trine Vintersborg indeholder en omfattende litteraturgennemgang af den eksisterende viden om sammenhængen mellem sygeplejerskers arbejdsmiljø og patientsikkerhed – et emne, der udgør kernen i REFAS-programmet.

De tre projekter viser, hvordan REFAS-programmet fra begyndelsen blev organiseret omkring forskellige forsknings-traditioner, metodiske tilgange og vidensformer. De forskellige perspektiver og erfaringer gjorde det til tider udfordrende at navigere mellem forskellige forsknings- og organisationslogikker. To af studierne var forankret på Roskilde Universitet og ét på Syddansk Universitet.

Forskningstemaerne udsprang af praksisnære udfordringer

i sundhedsvæsenet, som blev oplevet som væsentlige af alle deltagere i forskningsprogrammet. Undervejs opstod der naturligt spændinger mellem forskellige forståelser af forskningens formål, evidens, sprog og ønskede resultater. Set i et vildt problem-perspektiv blev disse spændinger dog ikke betragtet som barrierer, der skulle fjernes, men som værdifulde kilder til læring og vidensudvikling.

Netop fordi udfordringerne med rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker er komplekse og sammensatte, blev forskellene mellem perspektiver, positioner og institutionelle logikker en vigtig ressource i udviklingen af ny viden.

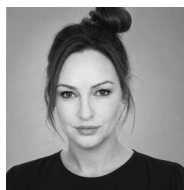
Studierne udfordrede hver især dominerende forståelser af arbejdsmiljø, patientsikkerhed og fastholdelse af sygeplejersker som separate problemstillinger. De centrale temaer er derfor ikke arbejdsmiljø eller patientsikkerhed i sig selv, men de perspektiver og erfaringer, som ofte forbliver tavse eller overses, og som gennem forskningen får mulighed for at bidrage til nye forståelser af området.

Selvom forskerne anvender forskellige teoretiske begreber og sproglige figurer, herunder resonansrum, mellemrum og fællesskab, peger de samlet set på betydningen af dialog, gensidig forståelse og opmærksomhed på forskellige perspektiver. Læst som et partitur udgør kapitlerne ikke én samlet melodi, men flere stemmer, der bevæger sig omkring de samme grundlæggende spørgsmål. Netop denne polyfoni er central i arbejdet med vilde problemer. Formålet er ikke at nå frem

til én endegyldig forklaring på sammenhængen mellem arbejdsmiljø, patientsikkerhed og fastholdelse, men at udvide forståelsen gennem de forskellige erfaringer, relationer og perspektiver, der er med til at forme sundhedsvæsenets virkelighed.

# ARBEJDSMILJØ SOM RELATIONEL PRAKSIS

## ORGANISATORISKE FORBINDELSER SKABT I ANDERLEDES SAMTALER



**Bettina Willemoes-Thomsen**

*Cand. mag. i kommunikation og psykologi, ph.d.-studerende  
ved Roskilde Universitet*

Kapitlet bidrager til REFAS med viden om et godt arbejdsmiljø som en situeret og relationel praksis, der formes i sygeplejerskers daglige arbejde. Gennem medforskernes fotos og fortællinger undersøger jeg, hvordan følelsen af tilhør, kollegiale svarrelationer og faglig dømmekraft får betydning for sygeplejerskers mulighed for at finde fodfæste og blive i arbejdet. I et rekrutteringsperspektiv peger jeg i kapitlet på relationel onboarding som en væsentlig del af nyansattes vej ind i arbejdsfællesskabet, hvor adgangen til tætte kollegiale relationer, faglige normer og hverdagspraksisser får betydning for, hvordan man finder sin plads og skaber forbindelse til arbejdet. Her træder fastholdelsesbegrebet frem som et spørgsmål om adgang til de relationelle og organisatoriske sammenhænge, der skaber mulighed for at forbinde sig til arbejdspladsen både fagligt og menneskeligt. Dermed forskydes opmærksomheden fra robusthed, resiliens og individuel udholdenhed og jeg retter i stedet opmærksomheden mod de relationelle og organisatoriske betingelser, hvor forskellige faglige stemmer kan træde frem og blive besvaret, og hvor sygeplejersker kan stille sig til rådighed for hinandens perspektiver, erfaringer og forståelser. I kapitlet forbinder jeg patientsikkerhed med de arbejdsmiljøbetingelser, hvor erfaring og faglig viden kan udvikles, deles og cirkulere over tid. Analysen viser, at patientsikkerhedsrelevant viden også er relationelt og situeret produceret, og at fastholdelse i et patientsikkerhedscentreret perspektiv derfor også handler om at værne om betingelserne for de forbindelser, hvor der

er tilstrækkelig relationel tryghed til, at sygeplejersker kan bringe deres faglige dømmekraft og viden i spil. Patientsikkerhed kryttes i dette perspektiv til de relationelle sammenhænge, hvor viden om patienten kan deles, udfordres og kvalificeres i det daglige arbejde.

*Foto 1*

*Saras foto af 'et godt arbejdsmiljø'.*



## MENNESKER, DER HAR DET GODT SAMMEN

Sara folder sine hænder til et hjerte og lægger sig på knæ på gulvet for at nå udløseren med næsen. Det er en besværlig måde at tage et foto på. For at vise, at hun er mere end to hænder, må hun bruge hele kroppen. Der på gulvet bliver Saras foto til som en lille kropskoreografi af besværlige stillinger, hvor besværet svarer igen på noget, der gennem længere tid har fyldt i hende. På dette tidspunkt havde de 'varme hænder', 'kolde hænder' og 'manglen på hænder' også fyldt i den offentlige debat om sundhedsprofessionelle i mere end et år.

"Jeg tog det her billede som en eftertanke til nogle løbende debatter, der har været det seneste års tid i medierne, om 'varme hænder', 'kolde hænder', 'vi mangler hænder'. At vi bliver opgjort i hænder som plejepersonale. Så det var en symbolkritik af, at jeg ikke er en hånd, eller to hænder, men at jeg betragter et godt arbejdsmiljø som værende mennesker, der har det godt sammen, og som udfører en fælles gerning, eller i hvert fald arbejder i den samme retning. Eller er enige i rammerne, for hvad vi laver. Eller hvad målet er. Jeg føler lidt, at jeg kan erstattes med en maskine, eller at jeg kan erstattes med en ufaglært eller en person fra en anden profession. Det føler jeg ikke er berettiget. Det kan jeg godt føle lidt negligerende. Jeg er en person. Jeg er ikke en sygeplejerske. Jeg er ikke en hånd. Jeg er ikke en profession. Jeg er et menneske."

*(Sara, photo-elicitation interview, 2022)*

Sara er en af fem somatiske udviklingssygeplejersker, der deltog som medforskere i ph.d.-projektet "Godt arbejdsmiljø i sundhedsvæsenet skaber vi sammen"<sup>1</sup>. Jeg inviterede Sara og hendes kolleger til at tage et foto af det, der for dem var, kunne være, følte som, så ud som, lød som et godt arbejdsmiljø, eller sådan som de håbede på, at det kunne være.

---

<sup>1</sup> Ph.d.-projektet udspringer af NUCAPs delstudie 4 og antagelsen om, at et godt arbejdsmiljø har betydning for fastholdelse af sygeplejersker (Hølge-Hazelton et al., 2020).

I projektets første workshop interviewede jeg Sara og de andre udviklingssygeplejersker i photo-elicitation interviews (Collier, 1957; Harper, 2002) som er interviews med udgangspunkt i deres fotos. Imens lyttede de øvrige medforskere aktivt i rummet. Interviewspørgsmålene var inspireret af Zaltman Metaphor Elicitation Technique med fokus på metaforer, sanselige associationer og de betydninger, der opstod i dialogen om medforskernes fotos (Zaltman, 1997). Efter interviewene fortsatte jeg feltarbejdet i psykiatrien og her opstod der senere en medforskergruppe på syv medforskere, bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og en pædagog.

På et efterfølgende møde i den somatiske medforskergruppe vendte vi tilbage til deres fotos og fortællinger, og de somatiske udviklingssygeplejersker samlede i fællesskab deres fotos i en fotocollage. Collagen blev sendt på en rejse til psykiatrien som en invitation til samskabelse af viden og som deres eget bud på, hvordan et godt arbejdsmiljø kunne se ud, lyde og føles. Den bevægelse blev begyndelsen på et fælles undersøgelsesrum, hvor medforskerne fra somatikken og psykiatrien svarede på hinandens fotos, mødtes, lyttede til hinandens erfaringer og formulerede længsler efter andre måder at være i arbejdet på. Gennem de følgende tre år undersøgte vi sammen det gode arbejdsmiljø midt i en accelererende og umådeligt presset hverdag.

## **FRA FOTOS TIL FORBINDELSER**

Projektet blev gennemført som en samskabende aktionsforskningsproces, hvor viden blev udviklet i samarbejde med de mennesker, forskningen vedrører, og hvor deltagerne blev inddraget som medforskere i en demokratisk og forandringsorienteret forskningsproces (Lewin, 1946, 1948; Bradbury & Reason, 2003; von Heimburg & Ness, 2021). Forskningsdesignet var inspireret af Kenneth Gergens forståelse af future-forming research, hvor forskningen bidrager til at åbne andre måder at forstå, tale om og skabe fremtidige sociale virkeligheder på. Opmærksomheden blev derfor rettet mod det, der kan træde frem, når medforskerne sammen undersøger, håber på og forestiller sig et godt arbejdsmiljø (Gergen,

2015: 291-299). Gennem photovoice, photo-elicitation interviews (Wang & Burris, 1994, 1997; Harper, 2002; Gomez, 2020: 47-48), workshops, fælles tematiseringer, poetiske repræsentationer og gentagne feedforward-og feedbackprocesser samskabte vi viden om det gode arbejdsmiljø, hvor medforskernes fotos og fortællinger gennem hele forskningsprocessen fungerede som dialogiske ankre, der åbnede for anderledes bevægelser ind i forståelserne af, hvad et godt arbejdsmiljø er eller kan være og som vi hele tiden kunne vende tilbage til.

Medforskernes fortællinger læses gennem tre forbundne spor. Det første spor retter blikket mod, hvordan arbejdsmiljø bliver til gennem sprog, relationer og fælles meningsskabelse. Her læses ord som arbejdsmiljø, robusthed, hænder, ressourcer og negativitet som kategorier, der former problemer, løsninger og mulige positioner for medarbejderne (Burr, 2015: 3-8; Gergen, 2015: 291-299). Det andet spor retter opmærksomheden mod, hvordan stemmer mødes, svarer og brydes med hinanden i fortællingerne om arbejdsmiljø (Bakhtin, 1986; Baxter, 2006; Phillips, 2011). Det tredje spor handler om resonans og fremmedgørelse, forstået som de erfaringer, medforskerne sætter ord på, når de fortæller om at blive berørt, kunne svare, blive lyttet til, forstået og mødt, eller når de står i et arbejde, der opleves hårdt og stumt (Rosa, 2013, 2019).

I det følgende undersøger jeg, hvordan det gode arbejdsmiljø forhandles i fortællingerne fra sygeplejerskerne Sara og Mia. Mias fortælling viser, hvordan et godt arbejdsmiljø formes og forhandles i mikrosituationer mellem kolleger. Saras fortælling taler direkte ind i den offentlige debat om sundhedsvæsenets bemanding og medarbejdernes rolle. For at forstå, hvad hun svarer på, vender jeg derfor først blikket mod den politiske kontekst, hendes fortælling bevæger sig i.

## **ROBUSTHED OG VARME HÆNDER**

I sommeren 2022, et år efter projektets start, blev Kommissionen for Robusthed i Sundhedsvæsenet etableret som følge af den politiske aftale af 20. maj 2022 om en sundhedsreform. Formålet var at levere anbefa-

linger, der kunne adressere de fundamentale fastholdelsesudfordringer i sundhedsvæsenet. Det politiske mål var at rette opmærksomheden mod de langsigtede udfordringer i lyset af en voksende ældre befolkning og forventede stigninger i antallet af borgere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser. De politiske diskurser, som Sara refererer til, kom derfor til at indgå som kontekst for, hvordan arbejdsmiljøproblemer i sundhedsvæsenet gøres synlige og mulige at adressere ud fra bestemte problem- og løsningsforståelser:

”Sundhedsvæsenet har længe stået overfor grundlæggende udfordringer, og de kan være umulige at løse ved blot at øge aktiviteten yderligere og ansætte flere medarbejdere. I stedet skal sundhedsvæsenets ressourcer bruges til de rigtige opgaver fx gennem stærkere prioritering og mere effektive arbejdsgange [...]. Vidensgennemgangen peger på, at det er afgørende at fokusere på kerneopgaven og prioritere i, hvad sundheds- og ældreområdet skal kunne levere i fremtiden ved fx at skære overbehandling og uhensigtsmæssig dokumentation fra. Tid til kerneopgaven har samtidig betydning for medarbejdernes motivation og tilknytning” (*Robusthedskommissionen*, 2023: 5).

I citatet forbindes mere tid til kerneopgaven, effektivitet og prioriteringen af de rigtige opgaver med medarbejdernes motivation og tilknytning. Som erfaringseksperter i deres eget arbejdsmiljø satte medforskerne denne forståelse i bevægelse gennem deres fotos og fortællinger om det gode arbejdsmiljø. Den vinterdag, da jeg sidder sammen med Sara, og hendes fotos af hænderne ligger på bordet imellem os, er det dét, jeg vil vide noget om. Hvad hun tænker. Hvad hun siger. Hvad hun mærker. Og hvordan hun har det med det. Sara vender tilbage til fotoet og knytter det til sin egen hverdag. Hun beskriver afstanden mellem det arbejdsliv, hun ønsker, og det arbejdsliv hun faktisk står i, som noget, der sætter sig i kroppen og i hendes måde at være i arbejdet på:

”Man har et billede af, hvor man gerne vil hen, eller hvad man

gerne vil have af resultat, men det er besværligt at komme dertil. Det gør mig frustreret. Sådan lidt latent vredladen. Eller labil. Af og til. Ofte. Tit. Frustreret. Labil. Det er skræmmende, og det gør mig ked af det. Jeg føler rigtig meget, at det handler om min egen uerfarenhed i at sige fra og kunne diktere nogle rammer. Jeg føler også, det er et system og kontekstramme, som ikke passer, eller som ikke er afstemt helt i forhold til forventningerne af, hvad jeg skal gøre. Det kan da godt få mig til at tænke på, om jeg er det rigtige sted. Om jeg er det rigtige sted, eller om systemet er det rigtige sted. Men i hvert fald om jeg vil medvirke til at fortsætte i den retning”  
*(Sara, photo-elicitation interview, 2022).*

Når Sara taler om frustration, labilitet og vrede, knytter hun det gode arbejdsmiljø til afstanden mellem det arbejde, hun gerne vil udføre, og det arbejde, hun faktisk står i. Hun har “et billede af, hvor man gerne vil hen”, samtidig med at vejen dertil opleves som besværlig. Besværet knytter hun både til sin egen “uerfarenhed i at sige fra” og til “et system og en kontekstramme”, der ikke passer til de forventninger, hun mødes af eller til hendes egen forståelse af, hvad arbejdet kræver. Ansvar for belastningen placeres dermed både hos hende selv og i arbejdets organisering. Frustrationen, labiliteten og vreden kan læses som affektive spor af den spænding, der opstår mellem hendes faglighed og de betingelser, hun har mulighed for at udføre arbejdet under.

Da Sara reflekterer over, om hun er “det rigtige sted”, eller om “systemet er det rigtige sted”, tydeliggøres forhandlingen af ansvarsplaceringen. I spørgsmålet om, hvorvidt hun selv er det rigtige sted, positioneres hun som den, der skal kunne sige fra og sætte grænser for at kunne fungere i arbejdet. Spørgsmålet om, hvorvidt systemet er det rigtige sted, retter derimod opmærksomheden mod de organisatoriske betingelser, som hendes arbejde formes gennem. Saras ytring kan derfor læses som en forhandling af en robusthedsdiskurs, hvor fastholdelse knyttes til medarbejderens individuelle resiliens og evne til at fungere inden for de eksisterende rammer. Hendes overvejelse om, hvorvidt hun vil “medvirke til at

fortsætte i den retning”, forbinder samtidig spørgsmålet om at blive i arbejdet med den retning, arbejdet bevæger sig i og med hendes mulighed for fortsat at kunne genkende sig selv som menneske og fagperson i det.

Arbejdet har fortsat betydning for Sara, samtidig med at forbindelsen mellem hendes faglige orientering og de organisatoriske betingelser bliver vanskeligere at holde fast i, fordi arbejdets rammer og rytmer indsnævrer hendes mulighed for at bringe sin faglige dømmekraft i spil og for at svare på arbejdet på måder, hun fagligt kan stå inde for. Denne svækkede svarrelation kan læses som fremmedgørelse, fordi arbejdet fortsat berører hende, samtidig med at hendes mulighed for at svare på det gennem sin faglige dømmekraft begrænses. Arbejdet bliver i den forstand stumt, hårdt og vanskeligt for Sara at svare ind i (Rosa, 2013, 2019).

Den samme forhandling foregår gennem de ord, Sara bliver mødt med. “Hænder”, “ressourcer” og “kapacitet” har allerede cirkuleret i politiske, organisatoriske og mediemæssige sammenhænge, før de kommer til Sara og træder ind i hendes fortælling, hvor de bærer disse sammenhænges vurderinger og problemforståelser med sig. Ord bærer spor af de sammenhænge, vurderinger og stemmer, de tidligere har indgået i, og får ny betydning, når de tages op og besvares i en konkret situation (Bakhtin, 1986). Når sygeplejersker omtales som “hænder”, følger der derfor også en bestemt forståelse med, hvor de dehumaniseres og kun kan træde frem som arbejdskraft, funktion og udskiftelig kapacitet.

Med “jeg er et menneske” svarer Sara på denne positionering og i svaret forhandler hun betydningen af, hvem hun kan være i arbejdet som er en fagperson med et hjerte og en krop med erfaringer. Et menneske med faglig dømmekraft. Et menneske med en faglighed, der har mulighed for at forholde sig kritisk til og påvirke de betingelser, hun arbejder under. Hendes svar indgår her i en dialogisk forhandling af, hvem hun kan være i arbejdet, hvilke stemmer der får betydning, og hvilke positioner der bliver mulige at tale og handle fra. I denne læsning bliver det gode arbejdsmiljø situeret i relationerne mellem sprog, organisatoriske betingelser og svarmuligheder.

## ”HVAD SKER DER MED DIG I DAG?”

En sommerdag på Roskilde Universitet møder jeg Mia, som er sygeplejerske i psykiatrien. På dette tidspunkt har hun været ansat på afdelingen i nogle måneder. Hun fortæller mig om sit foto, imens fem af hendes kolleger lytter på vores dialog. De kolleger, der kender hende godt nok til at spørge ind til, hvordan hun har det, er hun stadig ved at lære at kende, og det giver spørgsmålet om opmærksomhed en særlig vægt i det, hun fortæller mig om sit foto. Men det ved hverken hun eller jeg på dette tidspunkt.

Hun og de øvrige medforskere fra psykiatrien meldte sig frivilligt, inden invitationen fra den somatiske gruppe havde nået afdelingen. Da Mia startede på afdelingen, trådte hun ind i et arbejdsfællesskab, hvor rutiner, vagtrykter og måder at være kolleger på allerede var fastlagt og var svære for hende at påvirke. Samtidig var hun stadig ved at finde sin plads. Mias position som ny på afdelingen følger med gennem hele hendes fortælling og gennem de år, vi er sammen i forskningsprojektet. Når det gode arbejdsmiljø for Mia handler om at blive set, kendt og mødt, hænger det sammen med, at netop de relationer, der bærer den slags, endnu er ved at blive til for hende, og de bliver ved med både at ændre sig og blive til, i takt med at hun får nye kolleger.

”For mig skulle det her billede symbolisere opmærksomhed på hinanden og omsorg. Det betyder meget for mig, at der er plads til at reagere på nogle af de situationer, vi kommer til at stå i. Det kan både være fagligt, at man har brug for at sparre, efter man har haft en krisesamtale eller en situation, men også at man er opmærksomme på hinanden, hvis man kan se, at der er en der pludselig er påvirket, af en situation man lige har været i. At være opmærksomme på hinandens signaler. Og ikke tolke det i en retning. Vær ærlig omkring, er der noget du har brug for at snakke om, eller hvad sker der med dig i dag? Jeg oplever lidt, at der bliver en tendens til at tolke i retning af at ’nå, men vedkommende er sur, eller man holder

afstand” (*Mia, photo-elicitation interview, 2022*).

Hos Mia forskydes spørgsmålet om arbejdsmiljø fra den offentlige sprogliggørelse om hænder til hverdagens mikrosituationer, hvor kolleger positionerer hinanden gennem blik, fortolkning, spørgsmål og svar. Mia har taget et foto af to kolleger, der trøster hinanden, og Mia fortæller mig, at det er et billede på den kollegiale omsorg og opmærksomhed, hun forbinder med et godt arbejdsmiljø i psykiatrien. Mia beskriver arbejdsmiljø som en social praksis, hvor kolleger løbende placerer hinanden gennem deres måder at se, fortolke og henvende sig til hinanden på. I et dialogisk perspektiv kan skellet mellem at tolke og at spørge læses som forskellen mellem en ytring, der lukker, og en ytring, der kalder på svar (Bakhtin, 1986; Phillips, 2011). Når spørgsmålet i stedet lyder ”hvad sker der med dig i dag?” eksternaliseres reaktionen. I stedet for at tillægge kollegaen en personlig egenskab, kan hendes reaktion forstås som et svar på arbejdet, krisesamtalen og den situation, hun lige har været i. Måden, Mia bliver mødt og svaret på, former derfor hendes mulighed for selv at svare, at reagere, høre til og blive forstået som en legitim deltager i fællesskabet (Davies & Gannon, 2012: 363; Davies & Harré, 1990). Mia uddyber, hvordan kollegernes opmærksomhed har betydning for hendes mulighed for at slippe arbejdet igen:

”Jeg savner, at der er den, og det er også noget, der er vigtigt for mig, at der er den opmærksomhed på hinanden og plads til at reagere på de ting, vi nogle gange kan stå i. Det er den måde, jeg bedre kan slippe ting på, når jeg går hjem fra arbejde. Fordi det er et belastet arbejde, vi har. Man bruger meget af sig selv” (*Mia, photo-elicitation interview, 2022*).

Når Mia siger, at ”man bruger meget af sig selv”, knytter hun arbejdet til kroppen og til det, hun tager med sig hjem, når vagten er slut. Noget fra krisesamtalerne, situationerne og de reaktioner, hun står i, sætter sig og følger med hende ud ad døren. Hendes ytring om ”at kunne slippe ting” kan læses i relation til affektiv klæbrighed, hvor følelser og stemninger sætter sig i mødet mellem kroppe, ord og situationer (Ahmed, 2004). At

Foto 2

*Mias foto af 'et godt arbejdsmiljø'*



kunne slippe det, bliver i Mias fortælling knyttet til den kollegiale relation. Når Mia savner "opmærksomhed på hinanden" og "plads til at reagere", beskriver hun en kollegial praksis, hvor det, der har sat sig gennem arbejdet, kan blive mødt og delt. Den anden kollegas svar får betydning for, hvordan Mias reaktion på arbejdet kan få plads i arbejdsfællesskabet. Når reaktionen mødes som noget, der udspringer af arbejdet, kan den deles med en anden, før Mia går hjem, hvor det der har sat sig i hende gennem arbejdet, får mulighed for at blive delt og blive dér, hvor det opstod. På arbejdet.

I den kollegiale svarrelation, hvor man bliver mødt af en anden, der ser en, hører en og svarer på en, kan man "slippe ting". I Mias fortælling knyttes det gode arbejdsmiljø til den lille bevægelse, hvor resterne af arbejdet slipper sit tag i kroppen, fordi det kan lande i et svar i fællesskabet (Rosa, 2019: 274-275). Da jeg spørger Mia, om hun selv oplever at modtage den form for støtte, hun beskriver på fotoet, svarer hun:

"Det kommer meget an på, hvem jeg er i vagt med. Og nu har jeg oplevet i en periode, at den person, jeg mest har været i vagt med oppe i skadestuen, er sygemeldt i øjeblikket. Så det er den person, der faktisk kender mig allerbedst, og hvor vi har været der allermest for hinanden. Og det mangler jeg i øjeblikket. Det skifter hele tiden ud, hvem jeg er sammen med. Jeg er aldrig sammen med de samme, føler jeg. Og der er heller ikke altid tid til det, føler jeg" (*Mia, photo-elicitation interview, 2022*).

Mias svar kan forstås som et billede på, hvordan organiseringen af arbejdet siver ind i relationerne mellem kollegerne. Det, hun beskriver som støtte, afhænger af konkrete vagter, gentagelser og fælles erfaringer. Den kollega, der "kender mig allerbedst", kender hende gennem arbejdet, gennem en relation skabt i de situationer, hvor de har været der "allermest for hinanden", og hvor de over tid har lært hinandens måder at reagere på. Når Mia siger, at "det mangler jeg i øjeblikket", beskriver hun tabet af en svarrelation (Rosa, 2019). Relationen bygger nemlig på, at den

ene kan høre den andens ytring som mere end en umiddelbar reaktion. En kropslig uro, en ændret tone eller tavshed kan blive forstået som et svar på arbejdets betingelser og kalde på et nyt svar fra kollegaen. Når den kollega, der kender Mia, er væk, svækkes denne mulighed og det, der før kunne blive hørt som en reaktion på en belastet arbejdssituation, risikerer nu at blive aflæst som noget irriterende og krævende ved Mias måde at være i arbejdet på. Når Mia siger, at "det skifter hele tiden ud, hvem jeg er sammen med", kan det læses som en erfaring af, hvordan organisatorisk acceleration griber ind i relationerne på afdelingen. Skiftende vagter, udskiftelige kollegarelationer og tidspres påvirker de vaner, rutiner og gentagelser, hvor Mia og hendes kolleger lærer hinanden at kende. Effektivitetens tidslogik svækker dermed den relationelle viden, som kollegial omsorg og resonans afhænger af. Mias fortælling kan i dette perspektiv læses som en forhandling af det gode arbejdsmiljø mellem organisering, kollegiale svarrelationer og relationel kontinuitet.

## AT KUNNE HØRE TIL

Saras og Mias fortællinger forskyder forståelsen af fastholdelsesproblematikker fra spørgsmål om kapacitet og individuel robusthed til spørgsmål om tilhør, svar og organisatoriske betingelser. Hos Sara forhandles det gode arbejdsmiljø i sproget om hænder, ressourcer og kapacitet og i hendes mulighed for at svare på en positionering, hvor hun som sygeplejerske reduceres til en funktion. Hos Mia forhandles det i de kollegiale mikrosituationer, hvor tid, vagtrytmer og organisering både kan muliggøre og begrænse de svarrelationer, der giver en følelse af tilhørsforhold på afdelingen og hvor den kropslige belastning kan fremstå som noget individuelt ved medarbejderen, selv om den formes i relationen mellem arbejdets indhold, tid og organisering. På tværs af Saras og Mias fortællinger samler jeg de små, situerede øjeblikke af kontakt, gensvar og genkendelse i begrebet resonanslommer. De opstår, når kolleger lytter på hinanden og anerkender hinandens sårbarhed som mennesker i den funktion, de har på arbejdet. Arbejdsmiljø som relationel praksis tager form under organisatoriske betingelser, der giver medarbejderne mulig-

hed for at høre til, svare hinanden og blive genkendt som legitime deltagere i arbejdet. Det får form i måden medarbejdere omtaler hinanden og omtales på, i de spørgsmål kolleger stiller, i måden der svares på og i de organisatoriske rytmer, der gør relationer stabile. Analysen forskyder dermed opmærksomheden fra fastholdelse som et spørgsmål om kapacitet, robusthed og individuel udholdenhed til de organisatoriske betingelser, hvor kollegiale svarrelationer kan tage form. I praksis peger analysen mod dialogiske og kreative arbejdsmiljørum med afsæt i levede erfaringer, relationel onboarding, der understøtter professionelle tilhørsforhold og tværfaglig legitimitet, samt organisatorisk værn om tid, rum og sanselige betingelser omkring kerneopgaven.

## **ANDERLEDES SPØRGSMÅL OG ANDERLEDES SVAR**

Forskningsprocessens metodevalg fik betydning for medforskernes oplevelse af processen som et sted, hvor nye forbindelser kunne opstå. De fortalte, at det at lytte på hinanden og dele deres levede erfaringer havde været "en kæmpe øjenåbner" og gav dem en bedre forståelse af hinandens arbejdsliv på tværs af faggrænser. De begyndte at ringe til hinanden og sparre om faglige problemstillinger. I psykiatrien stoppede medforskerne op på gangen, når de så andre medforskere. De havde fået en ekstra opmærksomhed på hinanden, og de oplevede øget synlighed opadtil i organisationen. I den forstand blev forskningsprocessen selv en arbejdsmiljømæssig resonanslomme, der blev formet gennem dialog og relationer, gennem en invitation til at tale, lytte og spørge ind til hinanden. På anderledes måder og med anderledes svar.

## **FORTÆTNING**

Medforskernes fortællinger bærer mere med sig end det, der kan analyseres frem, brydes ned og laves om, når det bliver til en analytisk tekst på et stykke papir. Noget i deres ord, i rytmen, pauserne, gentagelserne, den knugede hånd under bordet, tårerne og rynken mellem øjenbryne-

ne, som ville frem under deres interviews fortyndes, når det reduceres gennem min læsning. I kvalitativ forskning forstås det at skrive som en aktiv erkendelsesproces, hvor form og komposition har betydning for, hvilken viden der kan træde frem (Richardson & St. Pierre, 2005). Poetic representation og found poetry er citater fra interviewmateriale, der arrangeres, så brud, gentagelser, tøven og ambivalens kan indgå som en del af analysen (Faulkner, 2020; Görlich, 2016; Wulf-Andersen, 2011). Det er derfor udgangspunktet for de poetiske repræsentationer, der følger og som er lavet af medforskerne selv på den sidste workshop i projektet. Deres poetiske repræsentationer bygger på deres egne ord, udvælgelse, fortætning og grafisk organisering (Krøjer, 2003) og sender deres levede erfaringer med et godt arbejdsmiljø videre i en anderledes dialog mellem dem og dig som læser. Som en afslutning på dette kapitel, og som en åbning for nye forståelser af et godt arbejdsmiljø.

## VARME HÆNDER

Jeg bliver så træt  
Varme hænder...  
Flere hænder...  
Færre kolde hænder...  
Politikere, medier, ledere, HR  
De snakker hele tiden om brikker  
Og varme hænder

Jeg er et menneske  
Jeg har et hjerte,  
fødder,  
jeg har et sind.  
Jeg bliver så berørt,  
så træt  
Ser skygger, uorden, kaos  
som opsluger mig.  
Det er svært at finde min plads.  
Jeg nægter at se mig selv  
Som en brik  
Som varme hænder.

## EN KRISESAMTALE

Hvad sker der med dig i dag?  
ikke tolke  
nå men  
man holder afstand  
der er heller ikke tid til det  
Der er nogle gange så travlt  
og at vi ikke engang når  
at tale  
om hvordan dagen har været  
opmærksomme  
på hinanden  
Men det skifter hele tiden  
Sygemeldt  
I et belastet arbejde  
Aldrig sammen med den samme  
Vi har været der  
for hinanden  
Den der kender mig  
En måde jeg kan slippe ting på  
Vær ærlig  
er der noget du har brug for?  
Jeg mangler dig  
i øjeblikket  
Allermest.

# REFERENCER

- Ahmed, S. (2004). *The cultural politics of emotion*. Edinburgh University Press.
- Bakhtin, M. M. (1986). *Speech genres and other late essays* (C. Emerson & M. Holquist, Red.; V. W. McGee, Overs.). University of Texas Press.
- Baxter, L. A. (2006). *Voicing relationships: A dialogic perspective*. SAGE Publications.
- Bradbury, H., & Reason, P. (2003). Action research: An opportunity for revitalizing research purpose and practices. *Qualitative Social Work*, 2(2), 155-175.
- Burr, V. (2015). *Social Constructionism* (3. udg.). Routledge.
- Collier, J. (1957). Photography in anthropology: A report on two experiments. *American Anthropologist*, 59(5), 843-859.
- Davies, B., & Gannon, S. (2012). Collective biography and the entangled enlivening of being. *International Review of Qualitative Research*, 5(4), 357-376.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43-63.
- Faulkner, S. L. (2020). *Poetic inquiry: Craft, method, and practice* (2. udg.). Routledge.
- Gergen, K. J. (2015). From mirroring to world-making: Research as future forming. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 45(3), 287-310.
- Gomez, R. (2020). Photostories: A participatory photo elicitation visual research method in Information Science. *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries*, 9(1), 47-63.
- Görlich, A. (2016). Poetic inquiry: Understanding youth on the margins of education. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 29(4), 520-535.
- Harper, D. (2002). Talking about pictures: A case for photo elicitation. *Visual Studies*, 17(1), 13-26.
- Hølge-Hazelton, B., Berthelsen, C., Olsen, K. R., Lind, N., & Bjerregaard, U. (2020). Projekt NUCAP: Defining nursing capacity. Region Sjælland.
- Krøjer, J. (2003). *Fortætninger: At skrive køn og arbejde i den poststrukturalistiske videnskabelighed*. Roskilde Universitetscenter.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts*. Harper & Row.
- Phillips, L. J. (2011). *The promise of dialogue: The dialogic turn in the production and communication of knowledge*. John Benjamins Publishing Company.
- Richardson, L., & St. Pierre, E. A. (2005). Writing: A method of inquiry. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3. udg., s. 959-978). SAGE

## Publications.

Robusthedskommissionen. (2023). Robusthedskommissionens anbefalinger: Robusthed i sundhedsvæsenet med blik for fremtiden. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Rosa, H. (2013). Social acceleration: A new theory of modernity. Columbia University Press.

Rosa, H. (2019). Resonance: A sociology of our relationship to the world. Polity Press.

von Heimburg, D., & Ness, O. (Red.). (2021). Aksjonsforskning: Samskapt kunnskap som endrer liv og samfunn. Fagbokforlaget.

Wang, C., & Burris, M. A. (1994). Empowerment through photo novella: Portraits of participation. Health Education Quarterly, 21(2), 171-186.

Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. Health Education & Behavior, 24(3), 369-387.

Wulf-Andersen, T. (2011). "En anden slags bog": Repræsentationsformer og etiske udfordringer i involverende forskning. Nordiske Udkast, 39(1), 56-70.

Zaltman, G. (1997). Rethinking market research: Putting people back in. Journal of Marketing Research, 34(4), 424-437.

# I PATIENTSIKKER- HEDENS GRÆNSELAND

## PATIENTSIKKERHED I MELLEMRUMMET MELLEM SOMATISKE SYGEPLEJERSKER OG PSKIATRIBRUGERE



**Lisbeth Lauge Andersen**

*Specialuddannet psykiatrisk sygeplejerske, cand.scient.san. og Ph.D. Lektor og konsulent v/ Sundhed, Socialt arbejde & Velfærdsforskning og forsker v/ Anvendt Sundhedsforskning, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole.*

Som sygeplejerske og forsker er jeg optaget af skabe social og sundhedsmæssig forandring. Ulighed i sundhed for mennesker med psykisk lidelse er en vigtig del af denne drivkraft, og med mit ph.d.-projekt har jeg fået mulighed for at skabe indsigt i et aspekt af ulighed, som er meget sparsomt belyst, nemlig ulighed i patientsikkerhed for mennesker med psykisk lidelse. Det er denne ulighed, jeg belyser i dette kapitel med afsæt i ph.d.-projektets første delstudie. Samtidig har jeg med projektet i sin helhed kastet lys over somatiske sygeplejerskers tanker, følelser og kropslige erfaringer i mødet med mennesker med psykisk lidelse. Der åbnes op for følelser af afmagt, frygt og frustration sammen med utilstrækkelig viden, der tilsammen danner grobund for moralsk stress. Når sygeplejerskers oplevelser i dette møde kobles med psykiatribrugernes narrative, skabes ny viden, der kan bruges i arbejdet med at højne patientsikkerhed og og reducere uligheden i patientsikkerhed, og ad den vej understøtter projektet, at sygeplejersker vedvarende rekrutteres og fastholdes i Region Sjælland. Det kan man læse mere om i min afhandling (Andersen, 2025).

Kapitlet bygger på første delstudie i mit ph.d.-projekt (2021-2025 ved Roskilde Universitet), hvor jeg undersøgte somatikkens møde med mennesker med psykisk lidelse med særligt fokus på, hvordan patientsikkerhed udfolder sig i dette møde. Titlen henviser til mellemrummet som et billede for en afstand, hvor stigmatisering og andetgørelse kan udfolde sig, med grænselandet som et billede på en slags patientsikkerhedsmæssigt "ingenmandsland", hvor visse patientkategorier kan have begrænset adgang til patientsikkerhedens goder.

I kapitlet argumenterer jeg for et udvidet og mere nuanceret syn på patientsikkerhed til gavn for de mest udsatte og marginaliserede patienter, i mødet med vores sundhedssystem, og dermed bidrage med aspekter af betydning for lighed i sundhed. Kapitlet tager afsæt i den gængse definition af patientsikkerhed, men kobles samtidig til Nanna, Katrine, Simone, Lotte og Lines narrativer, der får lov at stå i sin egen ret. Læseren kan således skabe sin egen fortolkning af fortællingerne og koble den til sin egen forståelse af patientsikkerhed med henblik på en nysgerrig udforskning af begrebet. Læseren inviteres samtidig til at forholde sig reflektivt og kritisk til mine fortolkninger og refleksioner og behøver således ikke erklære sig enig i mine fortolkninger. Kapitlets, og delstudiets, formål er ikke at promovere en ny definition på patientsikkerhed. Formålet er at bidrage med perspektiver på patientsikkerhed, der kan stimulere og inspirere til forhandling og faglig udveksling, refleksion og dialog. Perspektiver som måske, over tid, inkorporeres i de officielle definitioner. Dermed kan disse perspektiver og drøftelser understøtte en kulturforandringsbevægelse, der, som Kvalitetsguiden foreslår, kan sikre "at patienter og borgere har et sikkert og værdigt møde med sundhedsvæsenet uden farer, uønskede eller ubehagelige situationer" (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2022, s. 28).

## BAGGRUND

I den indledende fase af min ph.d. begyndte jeg hurtigt at anskue somatikkens møde med psykiatribrugere som et "mellemrum", hvor afmagt, stigma og andetgørelse kan udspille sig med konsekvenser for begge par-

ter. Jeg ønskede derfor at undersøge dette møde med patientsikkerhed som den linse, jeg ville anskue det igennem med inspiration fra bl.a. Dauterive et al. (2016; 2018).

Jeg baserede ph.d.-projektets første delstudie, som dette kapitel handler om, på otte narrativer fra mennesker med psykisk lidelse, der fortalte mig om deres oplevelser i forbindelse med en somatisk indlæggelse. Nogle havde været i kontakt med somatikken pga. en fysisk sygdom, akut eller kronisk (fx et fald eller en autoimmun lidelse) og andre pga. selvskade eller selvmordsforsøg i forbindelse med en forværring i deres psykiske lidelse (se fx Andersen, 2023; Andersen et al., 2025).

”Jeg kan huske engang, jeg blev kørt ind på en bære, og en sygeplejerske modtog mig med ordene: ”Nå, her har vi så Simone igen; hende kender vi jo desværre ALT for godt”. Ambulanceredderen kigger ned på mig og kunne nok se at jeg var helt... [ude af mig selv]. Og så aer han mig på kinden. Det var virkelig dejligt. Men jeg skulle jo blive dér, med HENDE. Og jeg havde bare lyst til at forsvinde. Det var SÅ ubehageligt”  
(Simone).

Ovenstående sætning udtales af Simone, der har en borderline personlighedsforstyrrelse og i en periode af sit liv har været jævnligt i kontakt med den somatiske akutmodtagelse pga. selvskade, for eksempel i form af en overdosis. Somatikens møde med mennesker med psykisk lidelse er ofte udfordrende for alle involverede parter og Simones fortælling er blot ét eksempel ud af mange (se fx Behandlingsrådet, 2024; Kusier et al., 2019; MacDonald et al., 2020; Reeves et al., 2018; Walsh & Foster, 2020). International forskning, nationale afrapporteringer og levet erfaring med psykisk lidelse viser, at måden, hvorpå dette møde udspiller sig, kan have betydning for psykiatribrugeres tillid til sundhedsvæsenet og dermed for ulighed i sundhed for mennesker med psykisk lidelse (Alexander et al., 2016; Andersen, 2023; Behandlingsrådet, 2023, 2024; Kuzel et al., 2004).

For mennesker med de sværeste psykiske lidelser er levealderen 15-20 år kortere end baggrundsbefolkningen og svær psykisk lidelse er stadig

forbundet med stigma, fordomme og skam (Jacobsen et al., 2010; Kolb et al., 2022). Men udfordringen forbundet med dette møde kan også påvirke sygeplejerskers, og andre sundhedsprofessionelles, tryghed og trivsel i arbejdet (Alexander et al., 2016; Harris et al., 2016; Mavundla, 2000). For eksempel når kommunikationen med patienten er udfordret, den faglige viden utilstrækkelig og samarbejdet er præget af konflikt eller moralsk stress – som det kan være tilfældet, når man som sundhedsprofessionel går hjem fra arbejde med følelsen af, at man burde have gjort noget anderledes; at man ikke har gjort sit arbejde godt nok (Andersen, 2025; Birkmose, 2023).

## EN PATIENTSIKKERHEDSKULTUR BLIVER TIL

Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser (UTH) er en del af dagligdagen og diskursen i regioner og kommuner, hos tandlæger, fysioterapeuter etc. Der indberettedes i 2023 410.000 UTH i Danmark i somatik og psykiatri tilsammen (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2019), og der udledes megen lærings af den sanktionsfri model, som indtil maj 2025 blev varetaget af Styrelsen for Patientsikkerhed, men i juli 2025 overgik til det nyoprettede Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (u.å.).

Patientsikkerhed defineres som ”Sikkerhed for patienten mod skade eller risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets ydelser eller mangel på samme” (Rexbye & Frappart, 2022, s. 16). Også Kvalitetsguiden (2022) trækker på denne definition, men tilføjer at: ”Over tid har begrebet udviklet sig til også at fokusere på:

- At sikre at sundhedsydelser går godt hver gang
- At patienter og borgere har et sikkert og værdigt møde med sundhedsvæsenet uden farer, uønskede eller ubehagelige situationer” (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2022, s. 28)

Patientsikkerhed i en psykiatrisk kontekst afgrænses ofte til at handle om selvmordsrisiko, nedbringelse af tvang samt fokus på at opspore somatisk sygdom (se fx Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2017; SDU, 2018). I

2025 var fokus for Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn i voksenpsykiatrien fx på patientovergange mellem behandlingsstederne (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2025).

I somatikken er patientsikkerhed og utilsigtede hændelser ofte centreret om tryksårsforebyggelse, medicinfejl, faldulykker, bortkomne blodprøver etc., hvilket understreges af Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut og Dansk Selskab for Patientsikkerheds hjemmesider, der promoverer patientsikkerhed gennem denne type eksempler foruden forkert mærkning af prøver, korrekt insulindosis og fejl i brugen af ilt og luft på hospitalsstuer (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2019; Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025).

Danmark indførte i 2004 verdens første lov om patientsikkerhed, der gav sundhedspersoner pligt til at indrapportere utilsigtede hændelser uden sanktioner. Danmark har således en lang historie for patientsikkerhed, som tilmed har sin egen styrelse, og for monitorering af og læring gennem UTH. Siden 2011 har patienter og pårørende tilmed haft mulighed for at indberette UTH, hvilket er værd at fremhæve, fordi netop et sådant indberetningssystem er, hvad der i international forskning promoveres som "next level" demokratisk og visionært indenfor udviklingen af patientsikkerhed. Det argumenterede blandt andre Hor et al. for tilbage i 2013 (Hor et al., 2013) - og da havde det allerede været en del af det danske indrapporteringssystem i et par år. Vi har således opbygget et efterstræbelsesværdigt, inddragende og transparent system til styrkelse af kvalitet og patientsikkerhed i det danske sundhedsvæsen, som vi kan være stolte af.

I min analyse af psykiatribrugeres fortællinger om deres indlæggelse i somatikken blev det dog tydeligt, at psykiatribrugeres patientsikkerhed kan blive kompromitteret på måder, der rækker langt ud over den gængse, ovenfor beskrevne, forståelse af patientsikkerhed. I det følgende præsenteres nedslag i seks af de narrativer fra mennesker med psykisk lidelse, som jeg indledte min ph.d. med.

## SEKS NARRATIVER FRA MENNESKER MED PSYKISK LIDELSE

Første nedslag er i Lines fortælling. Line har levede erfaringer med svære depressioner og flere fysiske sygdomme, herunder en autoimmun lidelse, hvilket bringer hende i kontakt med flere forskellige somatiske specialer. Kombinationen af forskellige sygdomme gør behandling og monitorering til en kompleks størrelse og kræver ofte afprøvning af forskellige interventioner. Line fortæller:

”Tit har jeg blevet mødt med den der med, det er nok også bare fordi JEG ikke gør det, som de har bedt mig om. Det er ikke fordi, det [behandlingen] ikke virker, altså det er ikke DE-RES behandling, der ikke virker. Det er ikke dét, de igangsætter, der ikke virker. Det er mig, der ikke har gjort det [rigtigt]... og ikke har fulgt det” (Line).

Andet nedslag: Lotte har en sundhedsfaglig baggrund. Hun lider af PTSD, OCD og tilbagevendende depressioner efter en opvækst med omsorgssvigt og seksuelle overgreb, foruden at hun har en alvorlig kronisk tarmlidelse. Sidstnævnte betyder, at hun jævnligt indlægges på et somatisk sengeafsnit mhp. forskellige ambulante indgreb. Det kan dreje sig om omlægning af et centralt venekateter eller en undersøgelse af tarmen med kontrastvæske. De fleste patienter udskrives samme dag efter denne type indgreb, men Lotte har en aftale om, at hun må forblive indlagt til dagen efter pga. hendes psykiske sårbarhed. Der er flere elementer af en sådan indlæggelse og diverse indgreb, der kan trigge Lottes PTSD. Hun har derfor behov for lidt ekstra tid og ro, inden hun skal hjem og være mor for sine børn:

”Jeg har enormt brug for ro, tryghed og forudsigelighed. Så jeg har en aftale med sygehuset om, at når jeg kommer ind [til et ambulant indgreb], så må jeg blive til næste dag. Det står i min journal. Men alligevel kommer der næsten altid én ind ad døren om eftermiddagen og siger ”nå, men du skal vel også

snart hjem?”.

NEJ! det skal jeg altså ikke.

Det opleves virkelig ubehageligt, altså, min krop går helt i  
alarmberedskab” (Lotte).

Det kan også dreje sig om personcentrerede hensyn til hendes psykiske tilstande, der ikke bliver foretaget. Fx betyder Lottes OCD og samtidige sundhedsfaglige baggrund, at hun er særlig opmærksom på hygiejne, men alligevel er der sygeplejersker, der sætter den lille affaldspose op i Lottes seng, når de skal soignere omkring CVK. Det kan også handle om, at der bliver ikke taget hensyn til, at indtag af kontrastvæske eller en dyne uden betræk på kan være en nærmest uoverkommelig udfordring for en med seksuelle overgreb i bagagen. Sidstnævnte er en efterhånden almindelig praksis mange steder i sundhedsvæsenet. Havde man spurgt Lotte om (og husket på), hvilke behov hun har som, hvis opfyldt, kan gøre hendes kontakt med somatikken lidt nemmere, ville hun slippe for selv at skulle tage ansvaret og vurdere, om det er trygt og sikkert at ytre sig i en i forvejen presset situation. Jeg spurgte Lotte, hvordan hun har det efter en indlæggelse i somatikken. Hun fortæller at hun ofte kommer hjem til tankemylder og følelsen af forkerthed og nederlag:

”Man får tanker om, årh nej, er jeg nu dér igen, bliver jeg nu depressiv igen, og det starter en lavine, ikke, og det er jo virkelig ærgerligt. Det er jo ikke det, der er meningen med at skulle behandles fysisk for et eller andet, vel” (Lotte).

Tredje nedslag er i Simones narrativ, som læseren mødte i starten af kapitlet, om, hvilke følelser og kropslige oplevelser en somatisk indlæggelse som den nævnte efterlader hende med. Simone svarer:

”Det kommer an på, hvordan man er blevet mødt på afdelingen, for hvis de stadig behandler én med disrespekt eller, du ved, uværdigt, så er jeg nogle gange gået hjem og har forsøgt (overdosis) igen med det samme. Så det er lidt af en katalysator. Men hvis de har været omsorgsfulde og... med værdighed,

så er jeg taget afsted OK... Du ved, med skam over at jeg har gjort det igen, men ikke med den dér katalysator på min følelse af forkerthed” (Simone).

For Simone er følelsen af forkerthed og skam en følgesvend gennem livet efter en opvækst i en svært dysfunktionel familie. Selvskaden er en mestringsstrategi og en måde at regulere svære følelser, som hun ved er uhensigtsmæssig, men som er dét greb, hun på nuværende tidspunkt har.

Fjerde nedslag: Den oplevelse bakkes op af Nanna, der siger:

”jeg har jo lavt selvværd og selvtillid, så det bliver da bare endnu mere lavt ved det altså, ja. Jeg fik en ubehagelig følelse i kroppen. Så havde jeg da egentlig bare lyst til at gå ud og tage (overdosis) endnu mere” ... ”den sad sådan egentlig hele dagen efterfølgende” (Nanna).

Femte nedslag: Katrine har også flere fysiske sygdomme og samtidig svær psykisk lidelse, der bl.a. kommer til udtryk ved selvskade. Hun forklarer det således:

”Tit når man selvskader og tager en overdosis, så kan det også være træls at få at vide, hvorfor har man prøvet at begå selvmord igen. For det er ikke dét, man gør. Man bruger de talerør, man kan, når man er ordløs. Altså når man er fuldstændig ordløs, så bruger man de talerør, man kan, for at vise folk, at nu kan jeg ikke mere” (Katrine).

Katrine har ofte oplevet at have fast vagt under en somatisk indlæggelse. Hendes beskrivelse er et godt eksempel på en underliggende dehumanisering forstået som en uværdig og umenneskelig (dehumaniserende) behandling. Katrine fortæller om de faste vagter:

”Der er altså nogle af dem; de er vitterligt bare: jeg kommer; jeg skal sidde her ved dig, jeg skal ikke andet. Der føler man bare, at man er et objekt, der bliver passet på. Det er ikke sjovt. Man vil gerne være ligesom et menneske”... ”Det

er manglende øjenkontakt, dét at hun bare sætter sig hen i stolen og begynder at pakke sine ting ud og sidder og kigger på sin private telefon eller begynder at læse en bog, uden at præsentere sig" (Katrine).

Endelig det sjette nedslag, som er i Janes fortælling. Jane blev indlagt akut efter et fald i hjemmet. Hun lider af skizofren og depressioner og er helt uvant med at være indlagt i somatisk regi. Jane oplevede interaktionen med de sundhedsprofessionelle ugennemskuelig og uforudsigelig. Indlæggelse oplevedes angstfyldt og utryg, og Jane var bange for at stille spørgsmål. Der var på den anden side heller ingen, der stillede spørgsmål til Jane, og der fandt således ingen dataindsamling om Janes psykiske lidelser sted på trods af, at der blev udleveret vanlig antipsykotisk og antidepressiv medicin på de faste tider. Jane havde stærke smerter og var bange, men lå meget alene; hun kunne ikke overskue at ringe til pårørende og vidste ikke, hvem hendes kontaktperson var på sengeafsnittet.

Jeg spurgte Jane, hvordan hun havde det, da hun efter en uges tid blev udskrevet:

"Det der er med mig er, at min psykiske sygdom bryder frem, når den vil... og ellers så er den i ro. Og jeg ventede hele tiden på, at den skulle bryde frem, mens jeg var på somatisk, og jeg havde ikke nogen at snakke med om det, og det var frygtindgydende. Og da jeg så kom hjem, så slappede jeg bare af, for så vidste jeg, at jeg havde distriktspsykiatrien, som jeg kunne henvende mig til. Og det er udmærket. Men den der uro, jeg havde på somatisk... og at jeg ikke havde styr på om det [psykose] brød ud eller ej, og hvem jeg skulle henvende mig til, den var ikke rar".

Jane siger videre:

"Jeg havde det ikke godt. Jeg var virkelig... jeg var virkelig mærket af den tur derovre. Jeg havde det sådan at (lang pause). Ja, for at sige det ligeud, jeg troede ikke, jeg ville overleve

det. Jeg havde det virkelig som om, at der skulle jeg aldrig over igen. Jeg sku' aldrig på somatisk igen" (Jane).

Jeg svarer:

"Det kan jeg virkelig godt forstå. Kunne du egentlig have kontaktet distriktspsykiatrien [under indlæggelsen]?"

Jane svarer:

"Ja – hvis jeg havde kunnet finde ud af at tage min telefon og ringe. Det er ikke altid jeg kan det, når jeg er dårlig. Som regel er det sådan, at når jeg lige kommer hjem fra [psykiatrisk] hospital, så henvender distriktspsykiatrien sig til mig og spørger, hvordan jeg har det, og det er det, jeg godt kan lide. Første dag, tredje dag og femte dag, og det véd jeg. Så jeg ved, der er nogen, der griber mig, hvis jeg er ved at falde" (Jane).

Nogen tid efter interviewet har jeg kontakt til Jane igen, og hun fortæller, at hun endte med at blive indlagt nogle dage på psykiatrisk afdeling for stabilisering efter den somatiske indlæggelse. Implicit i vores, sundhedsvæsenets, måde at møde Simone, Jane, Nanna, Lotte og Katrine på, ligger magten til enten at skrue op eller ned for skamfølelse, forkerthed, stigma og andetgørelse. Det er, ud fra en generel og overordnet betragtning, et hverdagseksempel på K.E. Løgstrups eviggyldige konstatering: vi holder vitterlig altid noget af den andens liv i vores hånd. Vi kan få hende til at blomstre eller visne: "Det kan være meget lidt, en forbigående stemning (...) Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej" (forkortet af forfatteren) (Løgstrup, 1956).

## **I PATIENTSIKKERHEDENS GRÆNSELAND? FORFATTERENS FORTOLKNING**

Ud fra en mere specifik betragtning, dvs. med patientsikkerhed som linse, repræsenterer ovenstående fortællinger et blik på patientsikkerhed som

en relationel og situeret størrelse, der er til konstant forhandling, og som rækker ud over indlæggelsens tid og rum. Patientsikkerhed i den gængse forstand er i store træk afgrænset til selve indlæggelsen eller den enkelte kontakt, og som ovenfor beskrevet i vid udstrækning også afgrænset til instrumentelle og konkrete, objektive og målbare fejl og mangler.

Men for det menneske, der har en eller flere psykiske lidelser, kan mødet med den somatiske del af sundhedsvæsenet betyde dage med rumineringen, frygt for tilbagefald af angst, psykose og depressive symptomer; det kan afstedkomme selvled og skam i en grad, der fører til ny selvskade og selvmordsforsøg, hvilket nødvendiggør genindlæggelser i somatikken - og en ond cirkel er startet, hvor patienten risikerer igen at blive mødt med sentensen "hende kender vi jo kun ALT for godt". Mødet kan, som Janes fortælling illustrerer, også have konsekvenser i form af tilbagefald af psykiatriske symptomer, der nødvendiggør kontakt med behandlings- eller socialpsykiatrien og således betyder tilbageskridt i psykisk funktionsevne, som vedkommende skal bruge ressourcer på at bygge op igen. Janes fortælling vidner tillige om, at oplevelserne forbundet med dette møde kan have vidtrækkende betydning for tilliden til sundhedsvæsenet og er afgørende for, om det er trygt at søge hjælp.

De oplistede, potentielle konsekvenser udgør alvorlige barrierer for recovery, dvs. muligheden for at komme sig af sin psykiske lidelse, og har således både sundhedsøkonomiske og menneskelige konsekvenser. De levede erfaringer, jeg her har præsenteret, vidner om, at mennesket med en psykisk lidelse, påtager sig både ansvar for og konsekvenser af et mindre vellykket møde med sundhedsvæsenet jf. Kvalitetsguiden (2022). Der kan samtidig ses snitflader til fx Autorisationslovens fordring om "omhu og samvittighedsfuldhed" (Autorisationsloven, 2024, § 17) og til det etiske grundlag for sygeplejersker (DSR, 2024), der lægger en professionel omsorgsrelation til grund for sygeplejen, "der er kendetegnet ved en sanse- og opmærksomhed, der medfører at sygepleje bliver personcentreret og situationsorienteret, og derved imødekommer det enkelte menneskes behov for sygepleje" (s. 4).

# ANBEFALINGER TIL UDVIDELSE AF DE OFFICIELLE DEFINITIONER AF PATIENTSIKKERHED

Jeg foreslår på baggrund af min analyse en udvidet og mere nuanceret forståelse af patientsikkerhed, der kan favne de emotionelle og psykosociale aspekter af sundhedsvæsenets møde med patienter og i særlig grad de udsatte, stigmatiserede og marginaliserede patientgrupper. Som Travaglia & Braithwaite (2009) påpeger, så er der ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem, hvad behandleren og patienten hver især oplever som "et sikkert møde". Lægen kan have et blik på sikkerhed, som ikke opleves relevant af patienten. Og som fortællingerne her illustrerer, så kan patienters oplevelser af sikkerhed (eller mangel på samme) knyttet til dette møde være intenst problematiske og sætte langvarige aftryk i personens liv – men disse utilsigtede hændelser og deres konsekvenser opdages og anerkendes aldrig, monitoreres ikke og registreres ej heller i nogen databaser.

Hvis vi skal følge Kvalitetsguidens ambition om "et sikkert og værdigt møde med sundhedsvæsenet uden farer, uønskede eller ubehagelige situationer", så fordrer det en åben dialog om, hvad der definerer sikkerhed, hvad der "tæller" som skade og endelig hvorvidt vi har fået konstrueret en for snæver forståelse af patientsikkerhed (Andersen, 2023). Med åben dialog forstår jeg her en dialog, der involverer brugerne af sundhedsvæsenet, dvs. en samskabende tilgang, der inkluderer også potentielt sårbare patientkategorier. Konsekvensen af en for snæver afgrænsning er nemlig, at vi dermed udgrænser visse typer hændelser. Dermed begrænser vi visse patientgrupper i at profitere af et ellers veludviklet system til beskyttelse af individet mod "skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets ydelser eller mangel på samme" (Rexbye & Frapart, 2022, s. 16). Denne dialog kunne bl.a. indbefatte muligheden for at udvide patientsikkerhedsbegrebet til at omfatte emotionelle utilsigtede hændelser, hvilket samtidig ville udgøre et væsentligt bidrag til reduktion af uligheden i sundhed for mennesker med psykisk lidelse.

# REFERENCER

Alexander, V., Ellis, H., & Barrett, B. (2016). Medical-Surgical Nurses' Perceptions of Psychiatric Patients: A Review of the Literature With Clinical and Practice Applications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.018>

Andersen, L. L. (2023). A narrative journey into the borderland of patient safety: Toward an expanded, relational concept of safety. *Qualitative Research in Medicine and Healthcare*, 7(3). <https://doi.org/10.4081/qrmh.2023.11496>

Andersen, L. L. (2025). Dialogisk samskabelse af personcentreret kommunikation i mødet mellem psykiatribrugere og somatiske sygeplejersker [Ph.d.-afhandling]. Roskilde Universitet. [https://ucviden.ucl.dk/admin/files/111901674/AFHANDLING\\_Lisbeth\\_Lauge\\_Andersen\\_2024.pdf](https://ucviden.ucl.dk/admin/files/111901674/AFHANDLING_Lisbeth_Lauge_Andersen_2024.pdf)

Andersen, L. L., Berring, L., Hølge-Hazelton, B., & Phillips, L. (under udarbejdelse). Dialogisk samskabelse af praksisnær viden om personcentreret kommunikation i mellemrummet mellem sygeplejersker og erfaringseksperter på somatiske afdelinger. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*.

Behandlingsrådet. (2023). Rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser. <https://www.ism.dk/Media/638097180557361296/Behandlings-r%C3%A5dets%20rapport%20vedr.%20ulighed%20i%20somatisk%20behandling%20af%20patienter%20med%20psykiske%20lidelser.pdf>

Behandlingsrådet. (2024). Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser. Patientforløb, barrierer og indsatser. <https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2024/02/2024-behandlingsraadets-ulighedsanalyse-for-2023.pdf>

Birkmose, D. (2023). Når gode mennesker handler ondt: Mulige løsninger på et vildt problem. Syddansk Universitetsforlag.

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. (2022). Kvalitetsguiden. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. <https://dsk.dk/kvalitetsguiden-dk/>

Dansk Selskab for Patientsikkerhed. (2017). Sikker Psykiatri – Sikker behandling og patientinddragelse. <https://patientsikkerhed.dk/projekter/sikkerpsykiatri/>

Daumit, G. L., & McGinty, E. E. (2018). Prioritizing Safety Among Patients With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 69(10), 1045–1045. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.691005>

Daumit, G. L., McGinty, E. E., Pronovost, P., Dixon, L. B., Guallar, E., Ford, D. E., Cahoon, E. K., Boonyasai, R. T., & Thompson, D. (2016). Patient Safety Events and Harms During Medical and Surgical Hospitalizations for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 67(10), 1068–1075. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500415>

DSR. (2024). Etisk Grundlag for Sygeplejersker. <https://dsr.dk/sygeplejeetisk-raad/etisk-grundlag-for-sygeplejersker/>

Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., & Shattell, M. M. (2016). Patients' experiences of psy-

- chiatric care in emergency departments: A secondary analysis. *International Emergency Nursing*, 26, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.004>
- Hor, S., Godbold, N., Collier, A., & Iedema, R. (2013). Finding the patient in patient safety. *Health*, 17(6), 567–583. <https://doi.org/10.1177/1363459312472082>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024) Bekendtgørelse af Lov om Autorisation af Sundhedspersoner, LBK nr 1008 af 29/08/2024 . <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2024/1008>
- Jacobsen, C. B., Martin, H. M., Andersen, S. L., Christensen, R. N., & Bengtsson, S. (2010). Stigma og psykiske lidelser: Som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark. Danske Regioner, Dansk Sundhedsinstitut, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. <https://www.vive.dk/media/pure/4419/273339>
- Kolb, K., Liu, J., & Jackman, K. (2022). Stigma towards patients with mental illness: An online survey of United States nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 323–336. <https://doi.org/10.1111/inm.13084>
- Kusier, A., Pedersen, P., Nielsen, M. B., & Sølvhøj, I. (2019). Holdninger i det somatiske sundhedsvæsen til mennesker med psykisk sygdom. [https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/holdninger\\_i\\_det\\_somatiske\\_sundhedsvaesen\\_til\\_mennesker\\_med\\_psykisk\\_sygdom](https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/holdninger_i_det_somatiske_sundhedsvaesen_til_mennesker_med_psykisk_sygdom)
- Kuzel, A. J., Woolf, S. H., Gilchrist, V. J., Engel, J. D., LaVeist, T. A., Vincent, C., & Frankel, R. M. (2004). Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Annals of Family Medicine*, 2(4), 333–340. <https://doi.org/10.1370/afm.220>
- Løgstrup, K. E. (1956). Den etiske fordring. Gyldendal.
- MacDonald, S., Sampson, C., Turley, R., Biddle, L., Ring, N., Begley, R., & Evans, R. (2020). Patients' Experiences of Emergency Hospital Care Following Self-Harm: Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 30(3), 471–485. <https://doi.org/10.1177/1049732319886566>
- Mackenbauer, J., Prior, A., Hjorthøj, C., von Hauen Hansen, M., Knudsen, S. V., Johnsen, S. P., Mainz, J., & Nordentoft, M. Multisyge patienter med samtidig psykisk og fysisk sygdom. *Ugeskrift for Læger*. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/multisyge-patienter-med-samtidig-psykisk-og-fysisk-sygdom>
- Mavundla, T. R. (2000). Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1569–1578. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01661.x>
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS One*, 8(1), e55176–e55176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
- Reeves, E., Henshall, C., Hutchinson, M., & Jackson, D. (2018). Safety of service users with severe mental illness receiving inpatient care on medical and surgical wards: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 46–60. <https://doi.org/10.1111/inm.12426>

Rexbye, H., & Frappart, H. S. (2022). Et historisk blik. Patientsikkerhedsarbejdets udvikling - og forskellige måder at tænke sikkerhed på. I H. Rexbye & H. S. Frappart (red.), Patient-sikkerhed, UTH og risikostyring (s. 15–28). FADL's Forlag.

SDU. (2018). Ugens tal, uge 20, 2018. [https://www.sdu.dk/da/sif/ugens\\_tal/20\\_2018](https://www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/20_2018)

Styrelsen for Patientsikkerhed. (2019). Utilsigtede hændelser. <https://stps.dk/sundheds-faglig/viola-viden-og-laering/utilsigtede-haendelser>

Styrelsen for Patientsikkerhed. (2025). Tilsyn sætter fokus på voksenpsykiatri. <https://stps.dk/nyheder/2025/mar/tilsyn-med-voksenpsykiatri>

Sundhedsministeriet. (2022). Aftale om en tiårsplan for psykiatrien. [https://www.ism.dk/Media/637998818153312977/Psykiatraftale\\_2022\\_FinalVersion.pdf](https://www.ism.dk/Media/637998818153312977/Psykiatraftale_2022_FinalVersion.pdf)

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. (2025). Hjælp os med at blive endnu bedre!. [https://www.sundk.dk/media/limd4sur/hjaelp-os-med-at-blive-bedre\\_pjecea5\\_13pdf-2.pdf](https://www.sundk.dk/media/limd4sur/hjaelp-os-med-at-blive-bedre_pjecea5_13pdf-2.pdf)

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. (u.å.). Utilsigtede Hændelser. <https://www.sundk.dk/uth>

Travaglia, J. F., & Braithwaite, J. (2009). Analysing the “field” of patient safety employing Bourdieusian technologies. *Journal of Health Organization and Management*, 23(6), 597–609. <https://doi.org/10.1108/14777260911001626>

Walsh, D., & Foster, J. (2020). A contagious other? Exploring the public's appraisals of contact with mental illness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2005. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062005>

# ARBEJDSMILJØ OG PATIENTSIKKERHED I SAMSPIL

## KOBLINGER, UDFORDRINGER OG MULIGHEDER



**Trine Vintersborg**

*Sygeplejerske, cand.cur., ph.d.-studerende, Midt- og Vestsjællands Hospital*

Patientsikkerhed, arbejdsmiljø og fastholdelse kan ikke forstås som adskilte problemstillinger. I den kliniske hverdag hænger de tæt sammen. Sygeplejerskers mulighed for at levere sikker og fagligt for-svarlig pleje formes af de arbejdsvilkår, de arbejder under, og samtidig kan oplevelsen af ikke at kunne yde den pleje, man finder nødvendig, påvirke både trivsel og lysten til at blive i professionen. For mig bidrager kapitlet til REFAS' overordnede formål ved at tydeliggøre, hvordan arbejdsmiljøet kan have betydning for både patientsikkerhed og sygeplejerskers mulighed for at blive i professionen. Rekrutte-ring og fastholdelse handler ikke alene om at få flere sygeplejersker ind i sundhedsvæsenet, men også om at skabe rammer, hvor sygeplejersker oplever, at de kan lykkes med deres kerneopgave. Når arbejdsmiljø, patientsikkerhed og kvalitet i plejen styrkes samtidig, ser jeg et potentiale for både bedre patientforløb og mere bæredygtige arbejdsliv for sygeplejersker.

# ET SUNDHEDSVÆSEN UNDER PRES

Sundhedsvæsenet står over for en grundlæggende transformation. En aldrende befolkning, flere kroniske sygdomme og øget kompleksitet i patientforløb stiller voksende krav til både organisering, ressourcer og de sundhedsprofessionelles kompetencer. Samtidig er sundhedsvæsenet udfordret af mangel på sygeplejersker og vanskeligheder med at rekruttere og fastholde personale. Disse udfordringer behandles ofte som separate problemstillinger: patientsikkerhed forstås som et spørgsmål om kvalitet i pleje og behandling, mens arbejdsmiljø og fastholdelse ses som organisatoriske eller personalepolitiske spørgsmål. Dette kapitel argumenterer imidlertid for, at disse områder er tæt forbundne.

Med afsæt i et ph.d.-projekt forankret i forskningsprogrammet REFAS undersøges relationen mellem arbejdsmiljø og patientsikkerhed og hvordan denne relation bidrager til at forme sygeplejerskers mulighed for at blive i faget.

Kapitlet har til formål at:

1. Belyse, hvordan kompleksiteten i patientpopulationen påvirker både arbejdsmiljø og patientsikkerhed
2. Sammenfatte centrale indsigter om sammenhænge mellem arbejdsmiljø og patientsikkerhed
3. Analysere den gensidige påvirkning mellem arbejdsmiljø, patientsikkerhed og fastholdelse
4. Pege på mulige indsatsområder og interventioner

## EN VOKSENDE OG KOMPLEKS PATIENTPOPULATION

En central drivkraft bag udviklingen i sundhedsvæsenet er den stigende andel af borgere over 65 år med multisygdom. Multisygdom forstås her som tilstedeværelsen af både somatiske og psykiske lidelser, hvilket kan

skabe komplekse og uforudsigelige sygdomsforløb (Chowdhury et al., 2023; Doherty & Gaughran, 2014).

At leve længere er i sig selv en positiv udvikling, men det medfører også, at flere borgere lever med kroniske og sammensatte sygdomme. Disse patienter har ofte hyppige kontakter med sundhedsvæsenet, behov for koordineret indsats på tværs af sektorer, øget risiko for forværring og genindlæggelser, polyfarmaci og komplekse behandlingsregimer. International litteratur indikerer, at kompleksitet i patientforløb er en væsentlig risikofaktor for utilsigtede hændelser (Alotaibi et al., 2025). Det gælder særligt i situationer, hvor der er mange involverede aktører, hvor kommunikation og koordinering bliver afgørende. For sygeplejersker betyder denne udvikling at arbejdet i stigende grad indebærer kliniske beslutninger under usikkerhed, kontinuerlig prioritering af opgaver, koordinering på tværs af organisatoriske grænser og relationelt arbejde med patienter og pårørende. Kompleksitet bliver således ikke blot en klinisk udfordring, men en central faktor der påvirker både arbejdsmiljø og patientsikkerhed.

## **ARBEJDSMILJØ I FORANDRING**

De ændrede patientforløb har konsekvenser for sygeplejerskers arbejdsmiljø. Arbejdet er i stigende grad præget af intensitet, fragmentering og følelsesmæssige krav. Litteraturen peger på en række arbejdsmiljøfaktorer, der har betydning for både trivsel og sikkerhed, herunder høj arbejdsbelastning og tidspres, utilstrækkelig bemanding, hyppige afbrydelser og opgaveskift, manglende kontinuitet i plejen og uklare ansvarsforhold (L. Aiken et al., 2011; L. H. Aiken et al., 2002; Lake et al., 2019; Lee & Scott, 2018; Mihdawi et al., 2020). Disse faktorer bidrager til et arbejdsmiljø, hvor sygeplejersker ofte må arbejde under betingelser, der reducerer deres mulighed for at udføre arbejdet i overensstemmelse med faglige standarder (Halm, 2019; Stalpers et al., 2015).

Ud over de organisatoriske forhold er arbejdet præget af betydelige psykosociale krav. Sygeplejersker møder dagligt patienter i sårbare og kritiske

situationer, hvilket stiller høje krav til faglighed og empati. Samtidig indebærer arbejdet eksponering for akutte og livstruende situationer, dødsfald og alvorlig sygdom, vold, trusler og konflikter (Mento et al., 2020; Roche et al., 2010). Når disse belastninger kombineres med manglende tid og støtte, kan det føre til stress, udbrændthed og i nogle tilfælde læn-gerevarende psykiske reaktioner hos sygeplejersker (Dall’Ora et al., 2020; Hylén et al., 2018).

## **SAMMENHÆNG MELLEM ARBEJDSMILJØ OG PATIENTSIKKERHED**

En central indsigt er, at arbejdsmiljø og patientsikkerhed er tæt sammen-vævede. Forskningen viser, at et dårligt arbejdsmiljø øger risikoen for util-sigtede hændelser blandt patienter (L. H. Aiken et al., 2018; Almutairi, 2025). Dette kan forklares ved flere mekanismer:

- Kognitiv overbelastning reducerer opmærksomhed og beslutnings-kvalitet
- Tidspres øger risikoen for genveje og forglemmelser
- Afbrydelser forstyrrer arbejdsgange og øger risikoen for fejl
- Manglende kontinuitet svækker overblik og ansvarsfølelse

Patientsikkerhed bliver dermed ikke alene et spørgsmål om individuel kompetence, men et produkt af de betingelser, som arbejdet udføres under (Lake et al., 2021). Omvendt kan utilsigtede hændelser i sig selv påvirke arbejdsmiljøet. Sygeplejersker, der er involveret i fejl, kan opleve skyld, skam, usikkerhed i forhold til egne kompetencer og frygt for konse-kvenser. Dette fænomen er ofte beskrevet som ”second victim”-proble-matikken, hvor sundhedsprofessionelle selv påvirkes negativt af hændel-ser (Seys et al., 2013; Wu, 2000).

## **DEN NEGATIVE SPIRAL OG DENS BETYDNING FOR FASTHOLDELSE**

En central analytisk pointe er, at samspillet mellem arbejdsmiljø og patientsikkerhed kan udvikle sig til en selvforstærkende spiral:

1. Pressede arbejdsvilkår øger risikoen for fejl
2. Fejl øger den psykiske belastning
3. Øget belastning forværrer arbejdsmiljøet
4. Forværret arbejdsmiljø øger intentionen om at forlade faget

Denne spiral er særlig relevant i lyset af REFAS-programmets fokus på rekruttering og fastholdelse. Når sygeplejersker gentagne gange oplever at arbejde under forhold, hvor de ikke kan levere den kvalitet, de fagligt stræber efter, kan det føre til det, der i litteraturen betegnes som "moral distress". Moral distress opstår, når sundhedsprofessionelle ved, hvad den fagligt rette handling er, men ikke har mulighed for at udføre den på grund af organisatoriske begrænsninger (Epstein & Hamric, 2009; Jame-ton, 1984). Over tid kan dette føre til frustration, udbrændthed og exit fra professionen (Garcia et al., 2019; Li et al., 2024). Dermed bliver arbejdsmiljø og patientsikkerhed ikke kun et spørgsmål om kvalitet og trivsel, men også om bæredygtigheden af sundhedsvæsenets arbejdsstyrke.

## **KRITISKE SITUATIONER: HVOR OPSTÅR RISIKOEN?**

På tværs af indsigter fra projektet fremgår det, at risiko for utilsigtede hændelser og belastning af arbejdsmiljøet koncentrerer sig omkring bestemte typer af kliniske situationer. Risiko opstår i samspillet mellem patientkompleksitet, arbejdets organisering og de betingelser, hvorunder sygeplejersker udfører deres arbejde (Lee & Scott, 2018; Stalpers et al., 2015). En gennemgående pointe er, at situationer præget af høj kompleksitet udgør særlige risikozoner. Det gælder eksempelvis i plejen af multi-syge patienter, hvor samtidige sygdomme, polyfarmaci og uforudsigelige forløb stiller store krav til overblik og løbende prioritering. Komplexitet i sig selv fører ikke nødvendigvis til fejl, men risikoen øges, når kompleksi-

teten ledsages af utilstrækkelig tid, manglende kontinuitet eller begrænset adgang til relevante informationer. I disse situationer opstår fejl ofte som en konsekvens af kumulative belastninger snarere end enkeltstående handlinger.

En anden type kritiske situationer knytter sig til overgange i patientforløb. Overgange mellem afdelinger eller sektorer fremstår som særligt sårbare, idet de indebærer overdragelse af ansvar og information. Disse situationer kan være præget af tidspres, fragmenteret kommunikation og forskelle i arbejdsgange, hvilket øger risikoen for informationsbrist (Chaboyer et al., 2021). For sygeplejersker betyder det, at de i praksis må handle på et ufuldstændigt eller usikkert grundlag, hvilket kan kompromittere både kvalitet og sikkerhed.

Arbejdsbetingelser præget af høj intensitet udgør en væsentlig risikofaktor. Situationen opstår typisk, når arbejdsmængden overstiger de tilgængelige ressourcer, eksempelvis ved underbemanding (Dall'Ora et al., 2020). I disse kontekster bliver arbejdet karakteriseret ved hyppige afbrydelser, skift mellem opgaver og begrænset mulighed for fordybelse. Litteraturen beskriver, hvordan sådanne betingelser kan føre til overbelastning, hvor opmærksomheden fragmenteres, og risikoen for fejl øges (MacPhee et al., 2017; Twigg et al., 2015). Dermed bliver patientsikkerhed tæt knyttet til arbejdets tempo og organisering.

Samlet set indikerer forskningen, at kritiske situationer opstår i spændingsfeltet mellem krav og ressourcer. Det er ikke nødvendigvis de enkelte elementer - kompleksitet, tidspres eller emotionelle krav - der i sig selv skaber risiko, men den måde de optræder samtidigt og forstærker hinanden på. Denne akkumulering af belastninger skaber situationer, hvor både patientsikkerhed og arbejdsmiljø er særligt udfordret.

## **MULIGHEDER FOR INTERVENTION: FRA SAMMENHÆNG TIL HANDLING**

En central implikation er, at forbedringer i arbejdsmiljø og patientsikker-

hed ikke kan udvikles uafhængigt af hinanden. Der er snarere behov for interventioner, der tager højde for deres gensidige afhængighed og den kompleksitet, som præger det kliniske arbejde. På baggrund af projektets indsigter kan følgende indsatsområder fremhæves som særligt centrale:

## **1. Integration af arbejdsmiljø og patientsikkerhed som fælles indsatsområde**

Traditionelt er arbejdsmiljø og patientsikkerhed blevet håndteret i separate organisatoriske spor med forskellige ansvarsområder og logikker. Denne opdeling risikerer at overse, hvordan problemer og løsninger på det ene område påvirker det andet. En mere integreret tilgang indebærer derfor, at arbejdsmiljø og patientsikkerhed forstås som to sider af samme sag. Det betyder, at tiltag rettet mod forbedring af arbejdsmiljøet samtidig bør vurderes i forhold til deres potentielle betydning for patientsikkerheden og omvendt. Når eksempelvis arbejdsorganisering, bemanning eller arbejdsgange ændres, bør man samtidig overveje, hvordan disse ændringer påvirker risikoen for fejl og kvaliteten af plejen. En sådan tilgang kan bidrage til mere sammenhængende og bæredygtige løsninger, hvor forbedringer ikke skaber nye problemer andre steder i systemet.

## **2. Styrkelse af organisatoriske rammer og hverdagspraksis**

Mange af de udfordringer, der påvirker både arbejdsmiljø og patientsikkerhed, udspringer af den måde, arbejdet er organiseret på i hverdagen. Det er ikke nødvendigvis enkeltstående problemer, men snarere summen af små forstyrrelser, manglende kontinuitet og uklare prioriteringer, der skaber belastning og øger risikoen for fejl. En central indsats ligger derfor i at styrke de organisatoriske rammer omkring sygeplejerskers arbejde. Det indebærer blandt andet en bedre tilpasning af bemanning til patienternes kompleksitet, øget kontinuitet i patientforløb og en organisering, der i højere grad understøtter overblik og sammenhæng i arbejdet. Samtidig spiller reduktion af unødvendige afbrydelser og tydeligere prioritering af opgaver en væsentlig rolle.

Når arbejdets struktur i højere grad understøtter sygeplejerskers faglige praksis, øges muligheden for at levere pleje af høj kvalitet. Dette reducerer ikke alene risikoen for utilsigtede hændelser, men mindsker også den oplevede belastning. Oplevelsen af at kunne udføre sit arbejde fagligt forsvarligt fremstår i denne sammenhæng som en afgørende faktor for både trivsel og fastholdelse.

### **3. Psykologisk tryghed og en styrket læringskultur**

I et arbejdsmiljø præget af høj kompleksitet og forandring er det uundgåeligt, at fejl og usikkerheder opstår. Det afgørende bliver derfor, hvordan organisationen håndterer disse situationer. Psykologisk tryghed er i denne sammenhæng et centralt begreb, der refererer til medarbejdernes oplevelse af, at det er trygt at udtrykke tvivl, stille spørgsmål og dele fejl. Når psykologisk sikkerhed er til stede, skabes et fundament for læring og udvikling. Sygeplejersker får mulighed for at dele erfaringer og reflektere over praksis i fællesskab, hvilket kan bidrage til både øget patientsikkerhed og styrket faglighed. Omvendt kan et arbejdsmiljø præget af skyld, kontrol og sanktioner føre til, at fejl skjules og læringspotentialet går tabt (Dekker, 2016).

Udviklingen af en læringskultur forudsætter derfor en ledelsesmæssig prioritering af åbenhed og refleksion samt etablering af rum, hvor medarbejdere kan drøfte udfordringer uden frygt for negative konsekvenser. Dette kan samtidig reducere den individuelle belastning forbundet med patientsikkerhedshændelser og styrke oplevelsen af fællesskab i arbejdet.

### **4. Systematisk håndtering af emotionelle belastninger**

En væsentlig dimension af sygeplejerskers arbejdsmiljø er de følelsesmæssige krav, som arbejdet indebærer. Pleje af alvorligt syge og sårbare patienter samt gentagen eksponering for kritiske hændelser kan være

psykisk belastende, særligt hvis der ikke er tilstrækkelig støtte. Hvis disse belastninger ikke adresseres, er der risiko for, at de ophobes over tid og bidrager til stress, udbrændthed og i nogle tilfælde exit fra professionen. Det peger på behovet for en mere aktiv og organisatorisk forankret håndtering af de emotionelle aspekter af arbejdet. Dette indebærer blandt andet, at støtte efter belastende hændelser ikke overlades til den enkelte, men integreres som en naturlig del af arbejdets organisering. Muligheden for at dele oplevelser med kolleger, reflektere over svære situationer og få anerkendelse for de følelsesmæssige krav i arbejdet kan have stor betydning for både trivsel og fastholdelse.

## **5. Identifikation og håndtering af risikosituationer**

Projektets indsigter peger på, at risiko for både fejl og belastning er koncentreret i bestemte situationer og organisatoriske sammenhænge. Ved at identificere disse situationer bliver det muligt at arbejde mere målrettet med forebyggelse.

Disse risikosituationer opstår ofte i forbindelse med komplekse patientforløb, sektorovergange eller perioder med høj belastning og lav bemanding. Kendetegnende er, at kravene til koordinering, overblik og beslutningstagning her er særligt høje, samtidig med at ressourcerne kan være begrænsede. En systematisk tilgang til at identificere og analysere disse situationer kan skabe grundlag for mere præcise interventioner. Frem for generelle løsninger kan indsatsen målrettes de tidspunkter og kontekster, hvor behovet er størst. Dette øger sandsynligheden for både at forbedre patientsikkerheden og reducere belastningen i de mest kritiske situationer (Bates & Singh, 2018).

## **6. Datainformeret ledelse og udvikling**

Endelig peger projektet på et potentiale i at arbejde mere systematisk med data som grundlag for udvikling. Data om både arbejdsmiljø og patientsikkerhed kan bidrage til at synliggøre mønstre og sammenhænge,

som ellers kan være vanskelige at få øje på i en travl hverdag. Det er imidlertid afgørende, at data anvendes på en måde, der understøtter læring og refleksion snarere end kontrol. Hvis data primært bruges til overvågning eller sanktionering, kan det have en negativ effekt på medarbejdernes villighed til at rapportere fejl og dermed svække både læring og sikkerhed. En datainformeret tilgang indebærer derfor, at data integreres i dialoger i teams og ledelse, hvor fokus er på forståelse og forbedring. Når data bruges aktivt og konstruktivt, kan det styrke organisationens evne til at arbejde proaktivt med både arbejdsmiljø og patientsikkerhed og dermed skabe bedre betingelser for fastholdelse (World Health Organization, 2021)..

## KONKLUSION

Dette kapitel har argumenteret for, at arbejdsmiljø og patientsikkerhed er uløseligt forbundet, og at denne sammenhæng spiller en central rolle i rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker. I et sundhedsvæsen præget af stigende kompleksitet er det nødvendigt at udvikle integrerede løsninger, hvor forbedringer i arbejdsmiljø ses som en forudsætning for patientsikkerhed - og hvor patientsikkerhed forstås som en del af grundlaget for et bæredygtigt arbejdsliv.

## REFERENCER

Aiken, L., Cimiotti, J., Sloane, D., Smith, H., Flynn, L., & Neff, D. (2011). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *MEDICAL CARE*, 49(12), 1047–1053. (WOS:000297222500002). <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Barnes, H., Cimiotti, J. P., Jarrín, O. F., & McHugh, M. D. (2018). Nurses' And Patients' Appraisals Show Patient Safety In Hospitals Remains A Concern. *Health Affairs*, 37(11), 1744–1751. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0711>

Almutairi, A. S. (2025). Influence of Nursing Work Environment on Patient Safety: A Systematic Review. *International Journal of Medical Science and Dental Health*, 11(05), 40–45. <https://doi.org/10.55640/ijmsdh-11-05-06>

Alotaibi, F., Alshibani, A., Banerjee, J., & Manktelow, B. (2025). The association between frailty and hospital-related adverse events in older hospitalised patients: A systematic literature review. *European Geriatric Medicine*, 16(4), 1303–1318. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01242-8>

Bates, D. W., & Singh, H. (2018). Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. *Health Affairs*, 37(11), 1736–1743. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0738>

Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B.O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), 82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>

Chowdhury, S. R., Chandra Das, D., Sunna, T. C., Beyene, J., & Hossain, A. (2023). Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 57, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101860>

Dall’Ora, C., Maruotti, A., & Griffiths, P. (2020). Temporary Staffing and Patient Death in Acute Care Hospitals: A Retrospective Longitudinal Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(2), 210–216. <https://doi.org/10.1111/jnu.12537>

Dekker, S. (2016). *Just Culture: Balancing Safety and Accountability* (0 ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.4324/9781315251271>

Doherty, A. M., & Gaughran, F. (2014). The interface of physical and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(5), 673–682. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0847-7>

Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342.

Garcia, C. de L., de Abreu, L. C., Ramos, J. L. S., de Castro, C. F. D., Smiderle, F. R. N., dos Santos, J. A., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 55(9), 553. <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>

Halm, M. (2019). The Influence of Appropriate Staffing and Healthy Work Environments on Patient and Nurse Outcomes. *American Journal of Critical Care*, 28(2), 152–156. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019938>

Hylén, U., Kjellin, L., Pelto-Piri, V., & Warg, L. (2018). Psychosocial work environment with-in psychiatric inpatient care in Sweden: Violence, stress, and value incongruence among nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1086–1098. <https://doi.org/10.1111/inm.12421>

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice-Hall.

Lake, E. T., Roberts, K. E., Agosto, P. D., Ely, E., Bettencourt, A. P., Schierholz, E. S., Frankenberger, W. D., Catania, G., & Aiken, L. H. (2021). The Association of the Nurse Work Environment and Patient Safety in Pediatric Acute Care. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1546–e1552. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000559>

Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A Meta-Analysis of the Associations Between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Out-

comes. *Medical Care*, 57(5), 353–361. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>

Lee, S. E., & Scott, L. D. (2018). Hospital Nurses' Work Environment Characteristics and Patient Safety Outcomes: A Literature Review. *Western Journal of Nursing Research*, 40(1), 121–145. <https://doi.org/10.1177/0193945916666071>

Li, L., Yang, P., Singer, S., Pfeffer, J., Mathur, M., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA NETWORK OPEN*, 7(11). (WOS:001351945900006). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>

MacPhee, M., Dahinten, V. S., & Havaei, F. (2017). The Impact of Heavy Perceived Nurse Workloads on Patient and Nurse Outcomes. *Administrative Sciences*, 7(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/admsci7010007>

Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 51, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>

Mihdawi, M., AlAmer, R., Darwish, R., Randall, S., & Afaneh, T. (2020). The Influence of Nursing Work Environment on Patient Safety. *Workplace Health & Safety*, 68(8), 384–390. <https://doi.org/10.1177/2165079920901533>

Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & CatlingPaull, C. (2010). Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 42(1), 13–22. (WOS:000275145600003). <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>

Seys, D., Wu, A. W., Gerven, E. V., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S. D., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, 36(2), 135–162. <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>

Stalpers, D., de Brouwer, B. J. M., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nursesensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 817–835. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005>

Twigg, D. E., Gelder, L., & Myers, H. (2015). The impact of understaffed shifts on nursesensitive outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1564–1572. <https://doi.org/10.1111/jan.12616>

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care* (1st ed). World Health Organization.

Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. *BMJ*, 320(7237), 726–727. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>

# DEL II: POLYFONI

Hvor perspektiver og nye spor, som voksede frem gennem dialog, deltagelse og samskabelse udfoldes

I den form for participatorisk forskning, som REFAS-programmet bygger på, blev deltagerne løbende klogere på problemstillingerne og bidrog med forslag til nye undersøgelser og perspektiver.

De fire projekter, der præsenteres i det følgende, kan derfor betragtes som bonusstudier. De indgik ikke i den oprindelige forskningsplan, men voksede frem gennem samarbejder mellem forskere og deltagere og kom til at påvirke programmets udvikling undervejs.

I musik betegner polyfoni flere stemmer, der lyder samtidig uden at miste deres egenart. På tilsvarende vis rummer denne del af bogen studier, som udspringer af forskellige erfaringer, spørgsmål og forskningsinteresser, men som tilsammen udvider forståelsen af REFAS-programmets centrale temaer. Forskelligheden er ikke et problem, der skal overvindes, men en styrke. Netop gennem de mange perspektiver åbnes nye analytiske spor og indsigter, som nuancerer og udfordrer programmets grundlæggende spørgsmål.

REFAS-programmets udvikling afspejler samtidig en forståelse af de undersøgte problemstillinger som vilde pro-

blemer. Disse kendetegnes ved, at de ikke lader sig definere entydigt eller løse gennem lineære processer, men kræver løbende udforskning af forskellige erfaringer, interesser og perspektiver. Set i dette lys kan de fire bonusstudier forstås som forskningsmæssige svar på problemfeltets kompleksitet. De repræsenterer forskellige indgange til fælles udfordringer og bidrager til en mere nuanceret forståelse af de processer, der former rekruttering, tilknytning og arbejdsliv i sundhedsvæsenet.

Dette viser hvordan forskning kan udvikle sig i flere retninger samtidig. Det kan også forstås gennem begrebet human flourishing (Reason and Bradbury 2013), hvor forskning ikke alene skaber ny viden, men også understøtter menneskelig og organisatorisk udvikling gennem deltagelse, læring og fælles refleksion. I aktionsforskningen betragtes sådanne uforudsete og skabende processer som et vigtigt resultat i sig selv.

Der var imidlertid ikke kun tale om nye initiativer, som opstod undervejs i REFAS-programmet. Nogle af studierne var allerede i gang og blev en kilde til inspiration for programmets videre udvikling. Det gælder blandt andet studiet om kompetencestationer i deeskalering, som undersøgte håndtering af kritiske møder i sundhedsvæsenet og betydningen af tryghed for både patienter og personale.

De fire bonusstudier viser, hvordan partecipatorisk forskning ikke blot genererer ny viden, men også skaber nye spørgsmål, forbindelser og erkendelser. Hvert studie repræ-

senterer sin egen stemme i den samlede forskningsproces og bidrager med perspektiver, som både udfordrer og supplerer hinanden. Samlet bidrog studierne med indsigter om blandt andet psykologisk tryghed, tillidsrepræsentanternes rolle, pendling og vikarers betydning. Dermed peger de både tilbage på REFAS-programmets centrale temaer og frem mod nye perspektiver, som kan udforskes videre.

Studierne afspejler samtidig nogle af de forskydninger, der har fundet sted i forståelsen af arbejdsliv, rekruttering og fastholdelse i sundhedsvæsenet. Blandt andet er begrebet fastholdelse i stigende grad blevet suppleret af begreber som tilknytning, der retter opmærksomheden mod relationer, mening, tilhørsforhold og muligheder for deltagelse. Vi har dog valgt at fastholde betegnelsen REFAS, da forskningsprogrammet blev etableret i en periode, hvor rekruttering og fastholdelse var de dominerende begreber.

## REFERENCER

Reason, Peter, and Hilary Bradbury. 2013. *The SAGE Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. SAGE.

# MANGE VIKARER GIVER UTRYGT ARBEJDSMILJØ



**Caroline Liddy Voss Rasmussen**

*Sygeplejerske, cand.soc. i socialt arbejde, Rigshospitalet  
(til højre)*

**Mie Fuglsang Hansen**

*Sygeplejerske, cand.soc. i socialt arbejde, Rigshospitalet  
(til venstre)*

**Bibi Hølge-Hazelton**

*Professor og forskningschef, Sjællands Universitetshospital*

## RESUME

Manglen på sygeplejersker medfører et øget forbrug af sygeplejerskevikarer på mange hospitalsafdelinger. Denne kvalitative undersøgelse er foretaget med henblik på at forstå, hvordan et højt forbrug af sygeplejerskevikarer påvirker det psykosociale arbejdsmiljø med udgangspunkt i de fastansatte sygeplejerskers oplevelser. Der er foretaget fire fokuserede feltobservationer samt semistrukturerede interviews med fem fastansatte sygeplejersker på en medicinsk afdeling med stor mangel på fastansatte sygeplejersker og et højt forbrug af sygeplejerskevikarer.



De fastansatte sygeplejersker er enige om, at de er afhængige af sygeplejerskevikarernes arbejdskraft på grund af mangel på personale. Dog opleves det, at et stort antal skiftende sygeplejerskevikarer fører til manglende struktur og stor uforudsigelighed i hverdagen, samt bidrager til hyppige konflikter mellem fastansatte og vikarer. De fastansatte sygeplejersker har ofte mistillid til nye vikarer og til vikarer generelt, fordi de oplever, at de mangler kompetencer, ikke vil tage ansvar eller har en forkert indstilling til arbejdet. Tilstedeværelsen af sygeplejerskevikarer bidrager ofte til oplevelsen af et øget arbejdspress, fordi de fastansatte sygeplejersker bruger tid på oplæring samt føler sig nødsaget til at dobbelttjekke vikarers arbejde. Konklusionen er, at arbejdsmiljøet ofte opleves utrygt, når antallet af vikarer bliver højt, foruden det føles uretfærdigt, at vikarerne får højere løn, men ikke tager samme grad af ansvar.

## **SYGEPLEJERSKEMANGLENS KONSEKVENSER**

Det danske sundhedsvæsen står overfor kolossale udfordringer med en stigende mangel på sundhedspersonale parallelt med et voksende antal patienter. På sygeplejerskefronten er der store udfordringer forbundet med både rekruttering og tilknytning af sygeplejersker. Færre søger ind på landets sygeplejerskeuddannelser, og et stort antal sygeplejestuderende og nyuddannede sygeplejersker genovervejer deres karrierevalg (Noer et al., 2020; Uddannelses- og Forskningsstyrelsen, 2022). Der mangler aktuelt op mod 5000 sygeplejersker, og dette tal forventes at stige til over 8000 i 2030 (Damvad Analytics, 2021; Larsen & Jakobsen, 2022). Ekspertter peger på, at sygeplejerskemanglen medfører en negativ spiral, hvor et øget arbejdspress medfører mistrivsel og risiko for, at endnu flere forlader faget (Danbjørg, 2021; Trolle, 2022).

Manglen på sygeplejersker medfører, at der i stigende grad anvendes sygeplejerskevikarer (Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, 2022). Den seneste opgørelse viser, at der fra 2011 til 2019 er sket en fordobling fra 900 til 1800 i antallet af

sygeplejerskevikarer fra eksterne vikarbureauer. Derudover er der internt ansatte sygeplejerskevikarer, hvor der aktuelt ikke foreligger opgørelser over antallet (Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, 2022). Kun de færreste regioner eller hospitalsafdelinger stiller ekstraordinære krav til sygeplejerskevikarernes kompetencer eller anciennitet, hvorfor afdelinger kan få alt fra en helt nyuddannet, til en erfaren og velkendt sygeplejerskevikar.

## **DET PSYKOSOCIALE ARBEJDSMILJØS BETYDNING FOR TILKNYTNING**

Forskning viser, at der er en klar sammenhæng mellem sygeplejers-  
Forskning viser, at der er en klar sammenhæng mellem sygeplejerskers arbejdsglæde, tilknytning til arbejdspladsen og det psykosociale arbejdsmiljø på arbejdspladsen (Hølge-Hazelton & Berthelsen, 2020; Lind et al., 2021). Der er forskellige arbejdsmiljømæssige perspektiver på, hvilke faktorer der er vigtige for sygeplejerskers trivsel, og hvordan tilknytningen til arbejdspladsen kan forbedres. Nogle vigtige faktorer er et godt kollegialt samarbejde samt positivt socialt fællesskab kollegaerne imellem, hvilket forudsætter, at man kender og er tryk ved hinanden.

Dette er sjældent tilfældet ved vikaransættelser, fordi de fastansatte sygeplejersker ofte ikke har kendskab til eksempelvis vikarens erfaring og kompetencer. Dette underbygges af et dansk studie, som viser, at en stærk kultur på hospitalsafdelinger og et tæt socialt sammenhold mellem sygeplejerskerne har positiv indflydelse på både arbejdsglæden og sygeplejerskernes lyst til at blive på arbejdspladsen (Hølge-Hazelton & Berthelsen, 2020). Et andet dansk tværsnitsstudie viser, at der er en sammenhæng mellem afdelinger med en høj bemanning og lille udskiftning i personalegruppen og et godt arbejdsmiljø (Lind et al., 2021). Medicinske afdelinger er særligt udfordret i relation til rekruttering og tilknytning af fastansatte sygeplejersker, og der er flere tiltag for at imødekomme disse udfordringer (Region Hovedstaden, 2016).

Der foreligger samtidig kun meget begrænset litteratur, som undersø-

ger, hvordan brugen af sygeplejerskevikarer påvirker det psykosociale arbejdsmiljø for de fastansatte sygeplejerskers perspektiv. Med et stigende forbrug af sygeplejerskevikarer og en undren over sygeplejerskevikarers indflydelse på det psykosociale arbejdsmiljø på arbejdspladsen, blev nærværende undersøgelse foretaget.

## METODE

Data er produceret i forbindelse med et specialeprojekt fra 2023 på kandidatuddannelsen i socialt arbejde ved Aalborg Universitet i København (Rasmussen & Hansen, 2023).

Designet er kvalitativt med udgangspunkt i fænomenologien, analysestrategien tager afsæt i en induktiv tilgang, hvor de analytiske slutninger er dannet med udgangspunkt i det empiriske datamateriale (Schiermer, 2013).

De empiriske dataindsamlingsmetoder var fokuserede feltobservationer og semistrukturerede interviews (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2020; Cruz & Higginbottom, 2013; Kvale & Brinkmann, 2008). Der blev i alt foretaget feltobservationer i fire forskellige vagter samt foretaget fem semistrukturerede interviews med fastansatte sygeplejersker fra samme afdeling.

Undersøgelsen fandt sted på en medicinsk sengeafdeling med en særlig stor mangel på sygeplejersker og et stort forbrug af sygeplejerskevikarer. Afdelingen var normeret til at have 30 fuldtidsansatte sygeplejersker, men der var i undersøgelsesperioden kun ansat svarende til 10 fuldtidsansatte sygeplejersker.

Af etiske hensyn er der valgt både at anonymisere region, hospital, afdelingsspecialet samt navne på informanter med videre, for at sikre afdelingens og informanternes anonymitet. Afdelingens speciale har betydning for konteksten, men da der kun eksisterer et begrænset antal af denne type medicinsk afdeling, har vi valgt at vægte anonymisering højere end kontekstens betydning.

## **CENTRALE FUND FRA DE FASTANSATTE SYGEPLEJERSKERS PERSPEKTIV**

Afdelingen er afhængig af sygeplejerskevikarernes arbejdskraft på grund af mangel på personale.

Brugen af sygeplejerskevikarer fører ofte til oplevelsen af øget arbejds-pres, fordi de fastansatte sygeplejersker bruger tid på oplæring samt føler sig nødsaget til at dobbelttjekke vikarers arbejde.

De fastansatte sygeplejersker oplever mistillid til nye vikarer og til vikarer, som opleves at mangle kompetencer, ikke ville tage ansvar eller har en forkert indstilling til arbejdet.

Det føles uretfærdigt, at vikarerne får højere løn og samtidig tager en mindre grad af ansvar end de fastansatte.

Et stort antal skiftende sygeplejerskevikarer fører til manglende struktur og stor uforudsigelighed i arbejdsdagen, hvilket bidrager til oplevelsen af et utrygt arbejdsmiljø.

## **KONSTANT TRAVLHED PÅ GRUND AF UNDERBEMANDING**

De fastansatte sygeplejersker, som indgik i undersøgelsen, gav alle udtryk for, at de oplevede at være udsat for et konstant fysisk og psykisk arbejds-pres, som udmøntede sig i en konstant travlhed i hverdagen. Arbejdspreset opstod primært på baggrund af en hyppig overbelægning af patienter, hvori antallet af sygeplejersker ikke tilsvarede antallet af patienter. Det har samtidig væsentlig betydning for oplevelsen af arbejds-pres, at den type af medicinske patienter, som var indlagt på afdelingen, blev beskrevet som komplekse og oftest som svært syge.

Et eksempel på, hvordan det opleves at arbejde på afdelingen, kommer til udtryk i følgende citat: *"Det er en afdeling, hvor man skal holde tungen lige i munden, man skal kunne håndtere rigtig, rigtig mange bolde i luf-*

ten" (Sygeplejerske 1).

## TRYGHED OG TILLID MELLEM AFDELINGENS FASTE SYGEPLEJERSKER

Tilknytningen til kollegaerne og motivationen for specialet viste sig at være afgørende for, at de fastansatte sygeplejersker følte, at de kunne navigere i arbejdspresset. Samarbejdet mellem sygeplejerskerne blev overordnet beskrevet som positivt og med en høj grad af tillid til hinanden. Særligt blev det fremhævet, at der var en god fællesskabsfølelse mellem de faste sygeplejerskekollegaer og en arbejdskultur, hvor de forsøgte at hjælpe hinanden ved behov. De faste sygeplejersker oplevede, at man besad en tavs viden omkring arbejdsgange og kultur, når man var fastansat på afdelingen. På denne baggrund kunne de tillidsfuldt hjælpe hinanden ved behov, hvilket var afgørende for oplevelsen af et trygt psykosocialt arbejdsmiljø, når faste kollegaer arbejdede side om side. Et eksempel på dette beskrives i følgende citat:

*"Vi ved alle godt, hvad man står i for nogle situationer, så derfor hjælper man også hinanden. Man samarbejder omkring sine patienter. Det er meget nemmere at få det uddelegeret, det du ikke kan nå, fordi dine kollegaer ved præcis, hvad det er, du uddelegerer til dem, fordi de har ikke brug for en forklaring eller oplæring. Man stoler bare på hinanden. Det er ren tryghed, faktisk" (Sygeplejerske 2).*

Patientsikkerheden blev vægtet som et af de vigtigste parametre på arbejdspladsen blandt alle informanter. Derfor er det netop betydningsfuldt og anses som det mest væsentlige at højne den sygeplejefaglige kvalitet, og det er en stor motivationsfaktor for sit arbejde at kunne yde en værdig og kompetent sygepleje. Det gør, at arbejdet opleves som meningsfuldt, og det har stor betydning for det psykosociale arbejdsmiljø og tilknytningen. Hvis der er udfordringer med at kunne yde sygepleje af høj kvalitet, må det antages at have et negativt udfald for tilknytningen til afdelingen.

## BRUGEN AF VIKARER MEDVIRKER TIL ET UTRYGT ARBEJDSMILJØ

Selvom brugen af sygeplejerskevikarer midlertidigt kunne lette arbejdspresset, var vikarernes tilstedeværelse dog grobund for frustration og utryghed blandt afdelingens faste sygeplejersker. Sygeplejerskevikarerne, som havde deres gang på afdelingen, kom dels fra hospitalets interne vikarkorps, og dels fra forskellige private vikarbureauer. Dog viste det sig, at det ikke var af afgørende betydning for de fastansatte sygeplejersker, hvor sygeplejerskevikarerne kom fra. Snarere havde det betydning for de fastansattes tillid til vikaren, hvilke kompetencer de havde med sig, hvilken grad af ansvar de påtog, og hvilken indstilling de havde til både arbejdet og patienterne. Det var heller ikke uden betydning for sygeplejerskerne, om vikaren kendte afdelingen i forvejen, og dermed havde haft mulighed for at tilegne sig den tavse viden, der gjorde det nødvendigt at navigere i arbejdspresset og hjælpe hinanden.

De fastansatte sygeplejersker oplevede, at der var stor forskel på vikarerne, hvilket i sig selv opleves som utrygt. Variationen i vikarerne blev beskrevet som stor, og spændte fra dem, som var helt grønne og uerfarne, til nogle med mere end 40 års erfaring inden for feltet. Det føltes særligt utrygt, når vikarerne manglede generelle og/eller specialespecifikke kompetencer.

På grund af et konstant tidspres på afdelingen, var det sjældent nemt at navigere i, hvilke vikarsygeplejersker, som besad hvilke kompetencer, og hvad man reelt kunne sætte dem til. Mest trygt føltes det dog for de fastansatte sygeplejersker, når der kom en vikar, som i forvejen kendte afdelingen, og som de over tid havde opbygget tillid til.

Vikarens erfaring og kompetence havde stor betydning for, hvordan de fastansatte sygeplejersker fordelte arbejdsopgaverne, herunder hvor meget ansvar den enkelte vikar fik overdraget, og hvor meget dobbeltarbejde den fastansatte fik. Tilsammen var stor uforudsigelighed i arbejdet i høj grad definerende for oplevelsen af et utrygt arbejdsmiljø i relation til

det høje forbrug af skiftende sygeplejerskevikarer på afdelingen. Blandt sygeplejerskerne blev flere afgørende faktorer fremhævet som afgørende for, hvorfor det store vikarforbrug var negativt for arbejdsmiljøet.

## **AMBIVALENS VEDRØRENDE VIKARERNES TILSTEDEVÆRELSE**

Selvom enkelte af vikarerne blev beskrevet som *“rigtig søde og dejlige og flinke”* (Sygeplejerske 3), så blev størstedelen af vikarerne og deres tilstedeværelse beskrevet ud fra et mere negativt narrativ. Blandt de fastansatte sygeplejersker var der konsensus om, at de er afhængige af vikarernes arbejdskraft på grund af stor mangel på fast personale. Vikarernes bidrag blev anset som afgørende for, at afdelingen havde en større kapacitet af sygeplejefaglige ressourcer til rådighed, som var efterspurgt blandt afdelingens indlagte patienter. Dog var en klar ambivalens vedrørende vikarernes tilstedeværelse også tydeligt:

*“Det bedste ved vikarerne er, at de redder vores røv gang på gang, de slukker ildebrand. Det er nok det bedste ved det, men generelt er det jo for dårligt, at vi er nødsaget til at bruge så frygteligt mange vikarer”* (Sygeplejerske 4).

## **ANSVARET PÅHVILER I SIDSTE ENDE DEN FASTANSATTE**

På afdelingen blev der gennemsnitligt anvendt 15-16 vikarer om ugen, hvorfor det er et vilkår for de fastansatte sygeplejersker, at de konstant skal forholde sig til skiftende vikarer.

Det store vikarflow var medvirkende til en oplevelse af manglende struktur og stor uforudsigelighed i arbejdet samt baggrund for hyppige konflikter mellem fastansatte sygeplejersker og vikarer. Dernæst havde de fastansatte sygeplejersker svært ved at navigere i, hvilke vikarer der kunne hvad, og hvordan de sygeplejefaglige ressourcer blev fordelt korrekt. De fastansatte sygeplejersker oplevede det som deres ansvar løbende at

oplære nye vikarer parallelt med arbejdspresset med et stort antal patienter.

Til tider oplevede de fastansatte sygeplejersker, at det var nemmere, hvis de udførte arbejdsopgaverne selvstændigt, for så slap de samtidig for at bekymre sig for, om vikaren havde udført en arbejdsopgave korrekt. Andre gange blev arbejdsopgaven udført af vikaren, hvorefter de fastansatte sygeplejersker følte sig nødsaget til at dobbelttjekke arbejdet der var udført. Dette gjorde sig særlig gældende, når der var nye vikarer på afdelingen, eller hvis der herskede tvivl om vikarens kompetencer. Et eksempel på dette kommer til udtryk i følgende citat:

*"Jamen, det er jo et ekstra ansvar med vikarer. Vi skal jo følge op på alt, hvad de laver hele tiden. Det er jo ikke nogen, vi kan stole på eller vende ryggen til. Og det er konstant følge op på, hvad der bliver lavet, om tingene bliver lavet ordentligt, i den rigtige rækkefølge... Det igen, jeg tror ikke, at de vikarer, der kommer udefra, de føler ikke, at de har et lige så stort ansvar, når de kommer på afdelingen som vikarer, de kommer bare for at være basissygeplejersker" (Sygeplejerske 3).*

Under alle omstændigheder var det tydeligt, at de fastansatte sygeplejersker oplevede, at det i sidste ende var deres ansvar, at patienterne fik en korrekt behandling, og at patientsikkerheden var høj. I denne sammenhæng var det værd at bemærke, at der fra afdelingledelsens side blev stillet store krav til de fastansatte sygeplejerskers faglige, sociale og organisatoriske kompetencer. Omvendt oplevede de fastansatte sygeplejersker ikke, at der blev stillet samme grad af krav til vikarerne.

## **DE KAN GÅ HJEM OG VÆRE LIGEGLADE, FOR DE HAR TJENT DERES PENGE**

Hvor de fastansatte sygeplejersker beskrev en motivation for at udøve en sygepleje af høj faglig kvalitet, så oplevede de, at en stor andel af vikarerne havde et andet motiv ved arbejdet end dem selv.

De fastansatte sygeplejersker havde en forståelse af, at vikarerne i højere grad var drevet af høj løn og fleksibilitet i arbejdslivet snarere end omsorg for patienterne, ansvar eller faglighed. Dette var ikke blot grobund for mistillid til vikarerne, men var også afgørende for en oplevelse af en uundgåelig distance til vikarerne.

Udover distancen til vikarerne, var vikarernes arbejdsvilkår også grobund for en oplevelse af uretfærdighed, som knyttede sig til ledelsen og det politiske niveau. Det blev omtalt som et strukturelt problem, at de fastansatte sygeplejersker oplevede at blive udsat for et større arbejdspress og påtage sig et større ansvar for, at patientsikkerheden blev overholdt, samtidig med at vikarerne havde en mindre grad af ansvar, men fik en højere løn end dem selv.

Der var en udtalt bitterhed blandt samtlige sygeplejersker i relation til vikarernes høje løn, hvilket blandt andet kommer til udtryk i følgende citat: "Hold da op, det er nogle nemme penge, du lige har tjent. Hvor der kan jeg mærke, at de kan gå hjem og være ligeglade, i bund og grund, fordi de har tjent deres penge" (Sygeplejerske 4).

Det har unægtelig også betydning for de fastansattes arbejdsglæde og oplevelse af tilknytning til afdelingen. Flere af sygeplejerskerne nævnte, at de havde overvejet selv at skifte den faste stilling ud med tilværelsen som vikar. I denne sammenhæng er det næsten uundgåeligt ikke at spekulere over, hvorvidt det høje forbrug af vikarer tilmed bidrager til en reduceret oplevelse af tilknytning til arbejdspladsen?

## KONKLUSION

De fastansatte sygeplejersker, der indgår i undersøgelsen, oplever, at de er afhængige af vikarernes arbejdskraft for at lette et højt arbejdspress på afdelingen. De oplever dog også, at et stort antal skiftende sygeplejerskevikarer medvirker til manglende struktur og stor uforudsigelighed i arbejdet. Sygeplejerskerne oplever desuden en grundlæggende mistillid til nye vikarer, vikarer med manglende kompetencer, vikarer der ikke

tager ansvar, samt vikarer med en anden indstilling til og motivation for arbejdet. Tilsammen er det afgørende for, at det psykosociale arbejdsmiljø overvejende opleves som utrygt i forhold til tilstedeværelsen af mange vikarer. Anvendelsen af vikarer medfører ofte et øget arbejdspress, fordi sygeplejerskerne føler sig nødsaget til at oplære nye vikarer, samt at de ofte må dobbelttjekke vikarers arbejde.

Sygeplejerskerne oplever ikke meningsfuldhed ved at oplære nye vikarer, og samtidig føler de sig ansvarlige for, at vikarernes arbejdsopgaver bliver udført korrekt. Dernæst oplever sygeplejerskerne en uretfærdighed knyttet til, at der ikke stilles krav til vikarernes kompetencer, men at der stilles høje krav til de fastansattes faglige, sociale og organisatoriske kompetencer. Samtidig opleves det uretfærdigt, at vikarerne får højere løn end de fastansatte parallelt med, at det opleves, at de tager en langt mindre grad af ansvar.

## **IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS**

Et centralt fund fra nærværende undersøgelse er, at arbejdsmiljøet opleves som utrygt blandt afdelingens faste sygeplejersker som konsekvens af, at vikarerne ikke nødvendigvis har de fornødne kompetencer og erfaringer, som de fastansatte sygeplejersker oplever afdelingsspecialet påkræver.

Når der mangler retningslinjer for oplæring af nye vikarer, samt mangler stillingtagen til, hvordan rollefordeling, ansvar og krav skal fordeles mellem fastansatte sygeplejersker og sygeplejerskevikarer, påtager fastansatte sygeplejerskerne sig ansvar for at oplære og bistå til kompetenceudvikling, samt dobbelttjekke vikarernes arbejde.

Selvom vikarerne har en grunduddannelse som sygeplejersker, så oplever sygeplejerskerne i dette studie, at vikarerne mangler de nødvendige specialespecifikke kompetencer med konsekvenser for kvaliteten af sygeplejen og patientsikkerheden.

På denne baggrund mener vi, at der på et overordnet plan bør tages stil-

ling til, hvor ansvaret for kompetenceudvikling og oplæring af sygeplejerskevikarer skal ligge. Det empiriske datamateriale indikerer, at der er en faldgrube i hospitalssektoren, hvilket resulterer i, at de fastansatte sygeplejersker og i sidste ende patienterne, bærer de største omkostninger heraf. Skal der samtidig gøres en større indsats for at fastholde de fastansattes tilknytning til afdelingen, bør der også kigges på det store forbrug af sygeplejerskevikarer på de medicinske afdelinger, hvor manglen på sygeplejersker aktuelt er særlig stor.

Brugen af vikarer slukker angiveligt en akut ildebrand på afdelingerne, men bidrager det også til en negativ spiral, hvor det faste personale mister tilknytningen og der opstår en større og mere permanent ildebrand?

Kapitlet er udgivet som artikel på sygeplejevidenskab.dk d. 04.02.2024

<https://doi.org/10.62680/FA1023>

## REFERENCER

Berthelsen, C., & Hølge-Hazelton, B. (2020). Forsker-triangelning: En tilgang til observationer i praksis. *Forstyrrelsen*, 5(3), 16–19.

Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner. (2022). Delrapportering: Eksternt vikararbejde for sygeplejersker i det regionale sygehusvæsen (p. 26). Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner. <https://bm.dk/media/21537/bilag-1-vikaranalyse-delrapportering-1-eksternt-vikararbejde-for-sygeplejersker-i-det-regionale-sygehusvaesen.pdf>

Cruz, E. V., & Higginbottom, G. (2013). The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Researcher*, 20(4), 36–43. <https://doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.36.e305>

Damvad Analytics. (2021). Behovet for velfærdsuddannede i 2030—Prognose fordelt på landsdele. Damvad Analytics.

Danbjørg, B. D. (2021, November 21). Den basale sygepleje er under pres – konsekvenserne er mange—Jyllands-Posten. *Jyllands-Posten*. <https://jyllandsposten.dk/debat/breve/ECE13476072/den-basale-sygepleje-er-under-pres-konsekvenserne-er-mange/>

Hølge-Hazelton, B., & Berthelsen, C. B. (2020). Why do nurses stay? A positive deviance study of nurse turnover. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement\_5), ckaa166.629. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.629>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2008). Interview. Introduktion til et håndværk (2. udgave, Vol. 2008). Hans Reitzels Forlag.

Larsen, M., & Jakobsen, V. (2022). Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder – Forundersøgelse af eksisterende viden. VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Lind, N., Bjerregård, U., Olsen, K. R., Hølge-Hazelton, B., & Berthelsen, C. (2021). Hvad karakteriserer hospitalsafdelinger med lav sygeplejerskeomsætning?: Et regionalt tværsnitsstudie. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 11(2), 167–178. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-02-07>

Noer, V. R., Glavind, J. G., & Ankersen, P. V. (2020). Forskere: Sygeplejerskemangel udgør en alvorlig trussel for patientsikkerheden. *Altinget*. <https://www.ucviden.dk/da/publications/forskere-sygeplejerskemangel-udg%C3%B8r-en-alvorlig-trussel-for-patient-2/>

Rasmussen, C. L. V., & Hansen, M. F. (2023). Sygeplejersker på hospitalets brændpunkter—Mellem arbejdspress og samarbejde med vikarer. Aalborg Universitet.

Region Hovedstaden. (2016). Rekruttering og fastholdelse på det medicinske område. Rekruttering og fastholdelse på det medicinske område. [https://edagsorden.regionh.dk/committee\\_1444/agenda\\_269031/documents/3b76a839-206a-48c1-a6de-a25d03e-e1ac5.pdf](https://edagsorden.regionh.dk/committee_1444/agenda_269031/documents/3b76a839-206a-48c1-a6de-a25d03e-e1ac5.pdf)

Schiermer, B. (Ed.). (2013). *Fænomenologi: Teorier og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag. <https://doi.org/10.7146/ta.v0i69.27305>

Trolle, A. S. (2022, July 6). Styrtdyk i ansøgere får eksperter til at frygte negativ spiral for sygeplejefaget. DR. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/styrtdyk-i-ansoegere-faar-eksperter-til-frygte-negativ-spiral-sygeplejefaget>

Uddannelses- og Forskningsstyrelsen. (2022, September 18). Optagelsen 2022 Velfærdsuddannelser. <https://ufm.dk/uddannelse/statistik-og-analyser/sogning-og-optag-pa-vi-deregaende-uddannelser/2022/notat-3-velfaerdsuddannelser.pdf/>

# DET UNIKKE ARBEJDE SOM DRIVKRAFT FOR AT PENDLE



**Nicoline Møller**

*Adjunkt, sygeplejerske, cand.cur, Københavns Professionshøjskole (øverste billede)*



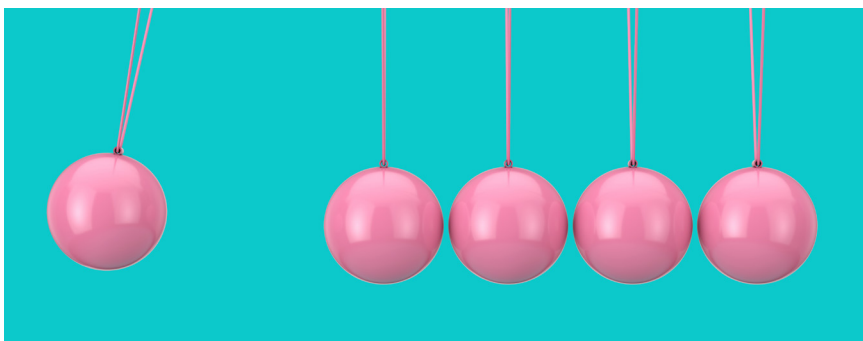
**Connie Berthelsen**

*Professor i klinisk sygepleje, Sjællands Universitetshospital (nederste billede)*

**Bibi Hølge-Hazelton**

*Professor og forskningschef, Sjællands Universitetshospital*

Kapitlet bidrager til REFAS' overordnede formål ved at pege på, at rekruttering og fastholdelse ikke alene handler om geografi og transportafstande, men også om forestillinger, omdømme og faglige narrativer. Når sygeplejersker oplever, at de mest interessante muligheder findes andre steder, opstår der behov for at synliggøre de kvaliteter og udviklingsmuligheder, som arbejdspladserne i Region Sjælland faktisk tilbyder.



# INDLEDNING

Manglen på sygeplejersker udgør en betydelig udfordring for sundhedsvæsenet verden over og har også i Danmark haft omfattende konsekvenser for organiseringen af sundhedsydelser og fordelingen af sygeplejefaglig arbejdskraft (Buchan & Aiken, 2008; Wu et al., 2016). International forskning peger på strukturelle, organisatoriske og arbejdsmiljømæssige forhold som centrale forklaringer på den globale sygeplejerskemangel (Buchan & Aiken, 2008; Wu et al., 2016). Derudover har WHO understreget behovet for langsigtede investeringer i sygeplejersker, idet disse investeringer er afgørende for at sikre tilstrækkelig kapacitet, kvalitet og kontinuitet og dermed bæredygtige sundhedssystemer (Chaib et al., 2020).

I Danmark er manglen på sygeplejersker ikke alene et spørgsmål om antal, men også om en geografisk skæv fordeling. Særligt land- og yderområder oplever rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer, og Region Sjælland har gennem flere år været blandt de hårdest ramte regioner (Hølge-Hazelton & Berthelsen, 2020; Lind et al., 2020). Samtidig pendler en betydelig andel af regionens sygeplejersker dagligt til arbejdspladser i Hovedstadsområdet (Wang, 2016).

Pendling er ofte blevet forstået som en belastning for ansatte herunder sygeplejersker, men dette kapitel anlægger et andet perspektiv ved at undersøge, hvad der motiverer sygeplejersker til aktivt at vælge længere transportafstande. Formålet er at belyse, hvordan arbejdets indhold, organisering og udviklingsmuligheder kan opveje geografisk afstand. Kapitlet bygger på et kvalitativt studie af sygeplejersker bosat i Region Sjælland og ansat i Hovedstadsområdet.

## TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ ARBEJDSMOTIVATION

Kapitlet tager teoretisk afsæt i Herzbergs To-faktor-teori (Motivation-Hygiene Theory) og Hackman og Oldhams jobdesign-teori (Job Characteristics Model) (Herzberg et al., 1959; Herzberg, 2003; Hackman & Oldham,

1976).

Herzbergs teori adskiller motivationsfaktorer, der skaber arbejdsglæde og engagement, såsom ansvar, faglig udvikling og anerkendelse fra de såkaldte hygiejnefaktorer, der primært forebygger utilfredshed, herunder løn, arbejdsvilkår og organisatorisk stabilitet (Herzberg et al., 1959; Herzberg, 2003). Hackman og Oldham fremhæver arbejdets indhold og struktur som afgørende for indre motivation, herunder autonomi, opgavevariation, feedback og oplevelsen af arbejdet som meningsfuldt (Hackman & Oldham, 1976).

Begge teorier er udbredt i sygeplejeforskningen og anvendes ofte til at forklare jobtilfredshed, fastholdelse og turnover (Toode et al., 2011; Stämpfli & Lamarche, 2020). I dette kapitel anvendes teorierne som analytisk baggrund for forståelsen af, hvordan specifikke organisatoriske og faglige forhold kan motivere sygeplejersker til at pendle.

## **METODISK TILGANG**

Kapitlet bygger på et kvalitativt, deskriptivt studie baseret på semistrukturerede interviews med 19 sygeplejersker bosat i Region Sjælland og ansat i forskellige funktioner i Hovedstadsområdet. Deltagerne repræsenterede en bred variation af specialer, herunder hospitalsafdelinger og kommunale tilbud, og havde i gennemsnit næsten 20 års erfaring som autoriserede sygeplejersker.

Data blev indsamlet i perioden oktober til december 2020 gennem telefoninterviews. Interviewene tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide med fokus på arbejdserfaringer, jobvalg, pendling og faglig motivation. Interviewdata blev analyseret ved hjælp af manifest og latent indholdsanalyse inspireret af Graneheim og Lundman (2004).

## **ANALYSENS FUND**

Fundene fra analysen viste, at sygeplejerskernes motivation for pendling

var forankret i oplevelsen af adgang til det, de beskrev som det unikke arbejde. Dette tema udfoldede sig gennem tre forbundne dimensioner: unikke organisatoriske rammer, unikke stillinger og specialisering samt unikke arbejdsmiljøer og udviklingsmuligheder. Tilsammen indfangede disse dimensioner, hvordan arbejdet i Hovedstadsområdet blev tillagt en særlig værdi, som oversteg de ulemper, der var forbundet med daglig pendling.

## UNIKKE ORGANISATORISKE RAMMER

Organisatoriske rammer, og særligt ledelse, fremstod som en væsentlig faktor i sygeplejerskernes motivation for at pendle. Flere beskrev tidligere ansættelser præget af manglende indflydelse, uklare beslutningsprocesser og hyppige organisatoriske ændringer. Oplevelsen af at blive flyttet mellem afdelinger eller arbejdssteder uden inddragelse blev fremhævet som belastende og demotiverende.

I kontrast hertil blev de nuværende arbejdspladser i Hovedstadsområdet beskrevet som kendetegnet ved synlig, tilgængelig og tillidsbaseret ledelse. Sygeplejerskerne oplevede, at deres faglige vurderinger blev taget alvorligt, og at der var større fleksibilitet i forhold til planlægning af arbejdstid, ferie og kompetenceudvikling. For enkelte havde relationen til en konkret leder været afgørende for beslutningen om at skifte job, selvom det indebar længere transport.

Løn- og arbejdsvilkår blev generelt beskrevet som vigtige rammebetingelser, men ikke som den primære motivation for pendling. Den højere løn i Hovedstadsområdet blev opfattet som en rimelig kompensation for transporttid og -omkostninger, mens bedre normeringer og arbejdsvilkår bidrog til oplevelsen af et mere bæredygtigt arbejdsliv. Samlet set blev pendlingen accepteret som et vilkår, der kunne indpasses i hverdagen, når de organisatoriske rammer oplevedes som stabile og understøttende.

## UNIKKE STILLINGER OG SPECIALISERING

Adgangen til højt specialiserede stillinger fremstod som en central drivkraft for sygeplejerskernes motivation for at pendle. Mange beskrev et markant ønske om faglig fordybelse og arbejde med afgrænsede patientgrupper og komplekse problemstillinger, som de ikke oplevede var tilgængelige i deres bopælsregion. Specialisering blev opfattet som en forudsætning for fortsat arbejdsglæde og faglig udvikling.

Tidligere ansættelser blev ofte beskrevet som generalistprægede med brede og skiftende opgaver, mens stillingerne i Hovedstadsområdet blev karakteriseret ved tydeligere funktioner og mere specialiserede ansvarsområder. Arbejde inden for højt specialiserede hospitalsafdelinger og særlige kommunale funktioner blev omtalt som fagligt stimulerende og meningsfuldt.

For flere var pendlingen ikke knyttet til et bestemt arbejdssted, men til arbejdets indhold. Beslutningen om at pendle blev således beskrevet som et aktivt fravalg af generaliststillinger til fordel for en mere specialiseret faglig rolle. Enkelte gav udtryk for, at de ville overveje at arbejde tættere på bopælen, hvis tilsvarende specialiserede stillinger blev tilbudt lokalt.

## UNIKKE ARBEJDSMILJØER OG UDVIKLINGSMULIGHEDER

Muligheder for faglig udvikling spillede en afgørende rolle i sygeplejerskernes motivation for at pendle. Flere beskrev tidligere erfaringer med løfter om efter- og videreuddannelse, som ikke var blevet indfriet, og som havde bidraget til utilfredshed og jobskifte. I deres nuværende stillinger oplevede de derimod, at udviklingsmuligheder var prioriterede og i nogle tilfælde tydeligt formaliseret.

Et godt arbejdsmiljø blev af sygeplejerskerne i høj grad forbundet med faglig kvalitet, sparring og adgang til læring snarere end alene sociale relationer. Mulighed for tværfagligt samarbejde, faglige diskussioner og

deltagelse i udviklings- og forskningsprojekter blev fremhævet som væsentlige elementer, der gav arbejdet mening og variation.

Relationer til kolleger blev generelt beskrevet som vigtige, men ikke afgørende for beslutningen om at pendle. Gode kolleger blev opfattet som noget, der kunne findes mange steder, mens stærke faglige miljøer og udviklingsmuligheder blev betragtet som mere unikke. Samlet set pegede sygeplejerskernes fortællinger på, at arbejdsmiljøet i Hovedstadsområdet blev oplevet som et professionelt rum for faglig fordybelse og udvikling, hvilket gjorde pendling til et acceptabelt vilkår.

## DISKUSSION

Analysens fund peger på, at pendling for de deltagende sygeplejersker ikke primært blev oplevet som en belastning, men som et aktivt og meningsfuldt valg, der understøttede deres faglige ambitioner og professionelle selvforståelse. Dette står i kontrast til tidligere studier, hvor pendling ofte forbindes med øget stress, lavere trivsel og intention om jobskifte (Festini et al., 2011).

Oplevelsen af det unikke arbejde syntes at kunne opveje både geografisk afstand og tidsforbrug. Pendling fungerede som en måde at fastholde en professionel identitet præget af specialisering, autonomi og faglig fordybelse i tråd med jobkarakteristika, der fremmer indre motivation (Hackman & Oldham, 1976) og motivationsfaktorer relateret til ansvar og udvikling (Herzberg et al., 1959; Herzberg, 2003).

Pendling blev endvidere en integreret del af sygeplejerskernes karriere- og identitetsarbejde, hvor karriere ikke blev forstået som hierarkisk advancement, men som mulighed for faglig differentiering (Toode et al., 2011; Staempfli & Lamarche, 2020). I denne sammenhæng fremstår pendling som et dynamisk valg, der løbende vurderes i relation til arbejdets indhold, kvalitet og muligheder for fortsat udvikling frem for som et statisk vilkår i arbejdslivet. Denne forståelse understreger, at sygeplejerskers mobilitet bør ses som et udtryk for aktiv professionsudøvelse snar-

rere end som et passivt resultat af geografiske vilkår.

Samtidig viser analysens fund, at pendling kan fungere som en indikator på strukturelle forskelle i adgang til specialisering og udviklingsmuligheder (Hølge-Hazelton & Berthelsen, 2020; Lind et al., 2020), og at lange transportafstande ikke nødvendigvis reducerer tilknytningen til arbejdspladsen (Steinmetz et al., 2014).

## KONKLUSION

Dette kapitel har belyst, hvordan sygeplejerskers motivation for pendling fra et land- til et hovedstadsområde ikke alene kan forstås som et resultat af geografiske eller logistiske forhold, men i høj grad er knyttet til ønsket om adgang til det, de selv oplever som det unikke arbejde. Gennem analysen blev det tydeligt, at pendling for de deltagende sygeplejersker var tæt forbundet med oplevelsen af faglig kvalitet, udviklingsmuligheder og meningsfuldt arbejde.

Kapitlet fremhæver, at sygeplejerskernes arbejdsmotivation formes i samspillet mellem organisatoriske rammer, specialiserede stillinger og arbejdsmiljøer, der giver mulighed for faglig fordybelse og autonomi. Pendling fremstod dermed ikke som et nødvendigt onde, men som et bevidst og aktivt valg.

Afslutningsvis understreger kapitlet behovet for, at strategier for rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker ikke alene fokuserer på nærhed og stabilitet, men også på kvaliteten af det arbejde, der tilbydes.

Kapitlet er publiceret som artikel i tidsskriftet *Journal of Managerial Psychology* (2022) 37 (3): 279–293. <https://doi.org/10.1108/JMP-02-2021-0107>

## REFERENCER

Buchan, J., & Aiken, L. (2008). Solving nursing shortages: A common priority. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3262–3268.

Chaib, F., Reddy, S., Elliot, R., & Driscoll, D. (2020). WHO and partners call for urgent investment in nurses. World Health Organization.

Festini, F., Ciofi, D., & Bisogni, S. (2011). Commuting patterns among Italian nurses. *International Nursing Review*, 58(3), 354–360.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250–279.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work* (2. udg.). Wiley.

Herzberg, F. (2003). One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 87–96.

Hølge-Hazelton, B., & Berthelsen, C. B. (2020). Leading unique cultures in departments with low turn-over of nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1207–1214.

Lind, N., Bjerregaard, U., Olsen, K. R., Hølge-Hazelton, B., & Berthelsen, C. (2020). What characterizes hospital departments with low nurse turnover? *Nordisk Sygeplejeforskning*.

Staempfli, S., & Lamarche, K. (2020). Top ten factors influencing job satisfaction of emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 49, 100814.

Steinmetz, S., De Vries, D. H., & Tijdens, K. G. (2014). Should I stay or should I go? *Human Resources for Health*, 12, 23.

Toode, K., Routasalo, P., & Suominen, T. (2011). Work motivation of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 246–257.

Wang, D. Y. (2016). Pending blandt sygeplejersker bosat i Region Sjælland. *Dansk Sygeplejeråd*.

Wu, Q., Zhao, L., & Ye, X.-C. (2016). Shortage of healthcare professionals in China. *BMJ*, 354, i4860.

# MERE END LØN OG OVERENSKOMSTER

## TILLIDSREPRÆSENTANTER SOM NØGLEPERSONER I REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE AF SYGEPLEJERSKER

**Bibi Hølge-Hazelton**

*Professor og forskningschef, Sjællands Universitetshospital*

**Lene Lauge Berring**

*Professor, docent og forskningschef, Psykiatrien, Region Sjælland*

Undersøgelsen peger på to vigtige faktorer for rekruttering, fastholdelse og dermed patientsikkerhed. For det første spiller tillidsrepræsentanter en central rolle i at skabe trivsel, tilhørsforhold og stærke arbejdsfællesskaber. For det andet viser studiet, at rollen som tillidsrepræsentant kræver nye relationelle og organisatoriske kompetencer. Samlet peger resultaterne på, at gode samarbejdsrelationer mellem ledelse, medarbejdere og tillidsrepræsentanter kan styrke sygeplejerskers lyst til at blive i faget og på arbejdspladsen.

## MANGLEN PÅ SYGEPLEJERSKER KALDER PÅ NYE PERSPEKTIVER

Manglen på sygeplejersker er ikke længere blot et fremtidsscenario. Over hele verden kæmper sundhedsvæsenet med at rekruttere og fastholde kvalificeret personale, og Danmark er ingen undtagelse. Samtidig viser

forskning, at nogle arbejdspladser lykkes bedre end andre, selv når rammevilkårene ligner hinanden. Derfor bliver det stadig vigtigere at få øje på de ressourcer, der allerede findes i organisationerne. En af disse ressourcer kan være tillidsrepræsentanterne.

Historisk har tillidsrepræsentantens rolle været tæt knyttet til løn, ansættelsesvilkår og medarbejderrettigheder. Men måske er rollen i dag langt bredere end det. Dette studie ønskede tillidsrepræsentanterne at vi gennemførte. Og de hjalp os.

## ET OVERSET PERSPEKTIV

Som en del af forskningsprogrammet REFAS opstod spørgsmål om tillidsrepræsentanternes betydning og roller. Tillidsrepræsentanterne er vigtige bindeled i væsenet og de Kritiske Venner pegede på, at deres perspektiv ofte mangler i debatten om fremtidens sundhedsvæsen og de udfordringer, der knytter sig til rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker.

Derfor inviterede vi tillidsrepræsentanter fra både somatik og psykiatri til at fortælle, hvordan de selv ser deres rolle i forbindelse med rekruttering og fastholdelse.

Undersøgelsen havde også en deltagelsesbaseret tilgang, hvor vigtige repræsentanter fra organisationen, herunder tillidsrepræsentanterne selv og deres ledere bidrog til både udvikling og fortolkning af studiet. Der deltog også repræsentanter fra fagforeningen, der var nysgerrige på selve forskningen og de havde mange overvejelser.

Vi samlede tre forskellige former for data. Først besvarede 41 tillidsrepræsentanter fra sygehusene i Region Sjælland et spørgeskema med åbne spørgsmål om deres rolle i relation til rekruttering og fastholdelse. Dernæst deltog tre erfarne tillidsrepræsentanter i en fokusgruppedrøftelse, hvor de uddybede og perspektiverede de foreløbige resultater. Afslutningsvis deltog syv medlemmer af projektets kritiske vennegruppe, blandt andet ledere, forskere, HR-medarbejdere og sygeplejersker, i en refleksiv dialog om resultaternes betydning for praksis.

## TRE CENTRALE ROLLER TRÅDTE FREM

Undersøgelsen viste tre gennemgående områder, som tillidsrepræsentanterne oplevede som særligt vigtige.

For det første beskrev de deres klassiske rolle som beskyttere af løn- og ansættelsesvilkår. Her handler arbejdet om at sikre ordentlige forhold, retfærdighed og overholdelse af indgåede aftaler.

For det andet pegede mange på deres betydning for arbejdsmiljøet. Det handlede om støtte til kolleger, dialog med ledelsen, hjælp til nye medarbejdere og bidrag til at håndtere hverdagens udfordringer. Mange beskrev sig selv som en slags brobyggere mellem medarbejdere og ledelse.

For det tredje fremhævede flere deres rolle som ambassadører for arbejdspladsen og professionen. De bidrager til at fortælle de gode historier, skabe stolthed om faget og understøtte arbejdspladsens omdømme.

## MERE END EN MEDARBEJDERREPRÆSENTANT

Når man taler om tillidsrepræsentanter, handler samtalen ofte om lønforhandlinger, vagtplaner og overenskomster. Det er fortsat vigtige opgaver. Men undersøgelsen peger på, at mange tillidsrepræsentanter oplever deres rolle som betydeligt mere mangfoldig.

I beskrivelserne fyldte relationer, dialog og nærvær mindst lige så meget som de mere traditionelle opgaver. Flere fortalte om betydningen af at være tilgængelig for kolleger, skabe forbindelse mellem medarbejdere og ledelse og bidrage til, at problemer håndteres tidligt, før de udvikler sig til konflikter.

Det peger på en rolle, som på mange måder ligger i krydsfeltet mellem medarbejderrepræsentation, kulturarbejde og organisationsudvikling. En rolle, som måske ikke altid er synlig, men som kan have stor betydning for hverdagen på en arbejdsplads.

## **RELATIONER BETYDER MERE END VI TROR**

Noget af det mest interessante ved undersøgelsen var, at tillidsrepræsentanterne gentagne gange fremhævede relationernes betydning. Erfaringen var, at gode relationer mellem medarbejdere, ledelse og tillidsrepræsentanter ofte er afgørende for både trivsel og fastholdelse.

I fokusgruppeinterviewet blev det tydeligt, at mange tillidsrepræsentanter ser samarbejde som mere end en traditionel "os og dem"-tankegang. Konflikter skal naturligvis håndteres, men relationel tillid og dialog blev beskrevet som forudsætninger for at skabe varige forbedringer.

## **PSYKOLOGISK TRYGHED SOM EN SKJULT OPGAVE**

Et andet vigtigt fund var tillidsrepræsentanternes rolle i at skabe psykologisk tryghed. Mange medarbejdere oplever, at det er lettere at gå til en tillidsrepræsentant end direkte til ledelsen, særligt hvis de er nye i organisationen eller står i en vanskelig situation.

I den forstand fungerer tillidsrepræsentanten ofte som en sikker kanal for bekymringer, kritik og idéer. Flere deltagere beskrev ligefrem tillidsrepræsentanten som en slags organisatorisk ventil, der kan bidrage til både læring, udvikling og innovation.

## **ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER SKABES IKKE ALENE**

I mange år har diskussionen om rekruttering og fastholdelse været præget af spørgsmål om løn, normeringer og arbejdspress. Det er fortsat afgørende faktorer. Men flere af deltagerne pegede på, at det også handler om noget andet.

Om hvordan nye medarbejdere bliver modtaget.

Om hvordan kolleger taler med hinanden.

Om der er tillid mellem ledelse og medarbejdere.

Om man oplever at blive hørt.

Og om arbejdspladsen har mennesker, der bidrager til at skabe sammenhæng og dialog.

Set i det perspektiv bliver rekruttering og fastholdelse ikke alene et ledelsesansvar eller et HR-anliggende. Det bliver et fælles ansvar, hvor mange forskellige aktører bidrager til at skabe en arbejdsplads, som mennesker har lyst til at blive en del af – og blive på.

## **EN ROLLE I FORANDRING**

Undersøgelsen peger samtidig på, at rollen som tillidsrepræsentant er under forandring. Nutidens sundhedsvæsen stiller krav om samarbejde på tværs, fleksibilitet og evne til at navigere i komplekse relationer. Derfor efterlyste deltagerne større fokus på kompetencer som kommunikation, konflikthåndtering, relationsarbejde og organisatorisk forståelse.

Der blev også peget på behovet for at gøre rollen mere attraktiv for yngre sygeplejersker og skabe nye forståelser af, hvad moderne tillidsrepræsentation kan være.

## **HVAD KAN LEDERE LÆRE AF DETTE?**

Undersøgelsen peger på, at ledere med fordel kan betragte tillidsrepræsentanter som strategiske samarbejdspartnere frem for udelukkende som medarbejdernes repræsentanter. Når tillidsrepræsentanter involveres i onboarding, arbejdsmiljøarbejde og udviklingsinitiativer, kan de bidrage med viden og relationer, som styrker både trivsel og fastholdelse.

Samtidig peger undersøgelsen på, at samarbejde mellem ledere og tillidsrepræsentanter allerede fungerer godt mange steder. Pointen er derfor ikke, at der mangler samarbejde, men at nogle af de relationelle og udviklingsorienterede sider af tillidsrepræsentantrollen ofte bliver overset

eller taget for givet.

## **HVAD KAN TILLIDSREPRÆSENTANTER LÆRE AF DETTE?**

Undersøgelsen peger også på et udviklingspotentiale for tillidsrepræsentanterne selv. Flere deltagere beskrev et behov for nye kompetencer inden for kommunikation, konflikthåndtering, relationelt arbejde og organisatorisk forståelse.

Det rejser spørgsmål om, hvordan fremtidens tillidsrepræsentanter bedst understøttes. Hvis rollen i stigende grad handler om at bygge bro mellem mennesker og interesser, kan der være behov for andre former for kompetenceudvikling end tidligere.

Samtidig kan en bredere forståelse af rollen måske gøre den mere attraktiv for yngre sygeplejersker, der ofte efterspørger mulighed for indflydelse, samarbejde og udvikling.

## **KONKLUSION**

Undersøgelsen viser, at flere af tillidsrepræsentanterne selv oplever deres rolle som langt bredere end de traditionelle opgaver knyttet til løn- og ansættelsesvilkår. Deltagerne beskrev sig som brobyggere, relationsskabere og vigtige bidragydere til arbejdsmiljø, onboarding, psykologisk tryghed og faglig udvikling. Set fra tillidsrepræsentanternes perspektiv er disse funktioner tæt forbundet med mulighederne for at tiltrække og fastholde sygeplejersker.

Undersøgelsen skal ikke forstås som et udtryk for, at samarbejde mellem ledere og tillidsrepræsentanter mangler. Mange steder i sundhedsvæsenet findes allerede tætte og velfungerende samarbejder. Resultaterne peger imidlertid på, at den samarbejdende, relationsskabende og udviklingsorienterede dimension af rollen sjældent fylder i den gængse forståelse af, hvad en tillidsrepræsentant er og gør.

Måske er tiden derfor inde til at nuancere vores forståelse af tillidsrepræsentanten. Ikke som et alternativ til ledelse, men som en samarbejdspartner i arbejdet med at skabe attraktive arbejdspladser, hvor sygeplejersker trives, udvikler sig og vælger at blive.

## **OM UNDERSØGELSEN**

Kapitlet bygger på en upubliceret undersøgelse om tillidsrepræsentanters oplevelser af deres roller i relation til rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker.

# KOMPETENCESTATION I DEESKALERING

## NÅR FORSKNING GØR EN FORSKEL I HVERDAGEN



**Lise Bachmann Østergaard**

*Cand. scient. san, Psykiatrien, Region Sjælland*

**Lene Lauge Berring**

*Professor og forskningschef, Psykiatrien, Region Sjælland*

Sygeplejersker rekrutteres og fastholdes bedst i arbejdsmiljøer, hvor de oplever psykologisk tryghed. Psykologisk tryghed opstår blandt andet, når medarbejderne ved, hvordan de sammen med deres kolleger kan håndtere kritiske og potentielt voldelige situationer i sundhedsvæsenet. Når mødet med alvorligt syge, frustrerede eller kriseramte patienter sker professionelt og med en fælles forståelse af, hvordan situationen skal håndteres, skabes der bedre forudsætninger for målrettet pleje og behandling. Deeskalering er et vigtigt redskab i denne sammenhæng, fordi det bidrager til at forebygge konflikter, styrke relationen mellem patient og personale samt øge sikkerheden for både sygeplejersker og patienter.

## INTRODUKTION

Artiklen Kompetencestation i Deeskalering – fra forskning til praksis af Lise Bachmann Østergaard og Lene Lauge Berring (Østergaard & Berring, 2024) beskriver et større udviklingsprojekt, som var i gang samtidig med

opstarten af REFAS-programmet. Projektet inspirerede REFAS, og gav vigtige erfaringer og perspektiver, som løbende informerede vores forståelse af arbejdsmiljø, sikkerhed, trivsel og fastholdelse i sundhedsvæsenet. Selvom vi ikke gennemførte en dybdegående undersøgelse af deeskalering inden for REFAS, vurderede vi fra begyndelsen, at de temaer, projektet beskæftigede sig med, havde betydning for medarbejderes arbejdsliv og dermed også for rekruttering og fastholdelse.

Projektet udsprang af et ønske om at oversætte forskningsbaseret viden og praksiserfaringer fra psykiatrien til somatiske sygehuse i Region Sjælland. Centralt stod spørgsmålet om, hvordan medarbejdere på tværs af sundhedsvæsenet kan forebygge konflikter, skabe tryghed og bevare relationen til patienter og pårørende i pressede situationer. Gennem et tæt samarbejde mellem forskere, ledere, klinikere og brugere blev der udviklet en kompetencestation i deeskalering, som gjorde det muligt at omsætte forskning til en konkret og praksisnær læringsform. Projektet blev samtidig et eksempel på, hvordan ny viden kan udvikles, tilpasses og implementeres i tæt samspil med praksis, en tilgang, som også kom til at præge REFAS-programmets arbejde med komplekse udfordringer i sundhedsvæsenet.

## **TRYG TRÆNING I DEESKALERING**

Forestil dig, at du er patient på et sygehus. Du er bange, frustreret eller måske i krise. Måske har du ventet længe, fået dårlige nyheder eller føler dig misforstået. En lille konflikt opstår, stemmerne hæves, og situationen bliver gradvist mere anspændt. Hvad gør personalet i sådan en situation?

I mange år har sundhedsvæsenet været optaget af, hvordan man kan forebygge, at konflikter udvikler sig til truende situationer eller vold. Dette arbejde kaldes deeskalering et begreb, der dækker over de handlinger, personalet bruger til at skabe ro, genoprette kontakten og hjælpe mennesker tilbage til en tilstand, hvor dialog igen er mulig. REFAS-forskningen og det tidligere forskningsarbejde om deeskalering viste, at disse kompetencer er afgørende for både patientsikkerhed, arbejdsmiljø og kvaliteten

af plejen. På baggrund af denne forskning blev Kompetencestation i De-eskalering (KiD) udviklet.

## **FRA FORSKNING TIL PRAKSIS**

En af de store udfordringer inden for sundhedsforskning er, at ny viden ikke automatisk bliver en del af hverdagen. Ofte publiceres forskningsresultater i rapporter og videnskabelige artikler, men det betyder ikke nødvendigvis, at personalet får mulighed for at anvende dem i praksis.

I arbejdet med deeskalering ønskede vi at bygge bro mellem forskning og daglig klinisk praksis. Målet var ikke blot at skabe mere viden, men at udvikle et konkret redskab, som kunne hjælpe medarbejdere med at håndtere vanskelige og konfliktfyldte situationer. Derfor transformerede forskere, ledere, medarbejdere og brugere i fællesskab den psykiatriske viden om deeskalering til Kompetencestation i Deeskalering, en praksisnær læringsmodel, der kunne anvendes på tværs af hospitaler og specialer. Ambitionen var at gøre forskningsbaseret viden om tryghed, relationer og konflikt håndtering til en naturlig del af hverdagen i somatikken og dermed styrke både patientsikkerhed, arbejdsmiljø og forhåbentligt, fastholdelse af sygeplejersker.

Det særlige ved projektet var, at det byggede på idéen om, at læring sker bedst, når den tager udgangspunkt i virkelige situationer, som medarbejderne genkender fra deres hverdag. Derfor blev deeskalering ikke undervist som et traditionelt kursus, men som en praktisk træningsform, hvor medarbejdere sammen kunne afprøve, diskutere og reflektere over konkrete hændelser.

## **HVORFOR ER DEESKALERING VIGTIG?**

Konflikter opstår naturligt, når mennesker mødes under svære omstændigheder. På hospitaler og i psykiatrien møder personalet mennesker, som kan være syge, angste, frustrerede eller belastede af livskriser. Påørende kan være bekymrede, og personalet arbejder ofte under tidspres.

Hvis sådanne situationer ikke håndteres professionelt, kan de udvikle sig til verbale trusler, aggression eller vold. Det kan være belastende for patienter, pårørende og medarbejdere. Forskning viser, at konflikter kan føre til stress, utryghed og i nogle tilfælde traumatiske oplevelser for både personale og patienter.

Derfor handler deeskalering ikke blot om at undgå vold. Det handler om at bevare relationen mellem mennesker, skabe tryghed og sikre, at patienten fortsat kan modtage den nødvendige pleje og behandling.

## **DE SYV TRIN TIL AT SKABE RO**

Forskningen (Berring, 2016) identificerede en deeskaleringsproces bestående af syv trin. Processen hjælper medarbejdere med systematisk at skabe kontakt, forstå situationen og hjælpe patienten tilbage til ro og selvkontrol. Trinene omfatter blandt andet at skabe et sikkert personligt rum, lytte aktivt, vise empati, forstå patientens perspektiv, afstemme forventninger og efterfølgende evaluere situationen.

Det lyder måske enkelt, men medarbejdernes erfaringer viste, at disse færdigheder kræver træning. Når situationer bliver pressede, falder vi ofte tilbage på gamle vaner. Derfor er det nødvendigt løbende at øve sig – præcis som vi træner hjertestopbehandling eller brandberedskab.

## **EN NY MÅDE AT LÆRE PÅ**

Kompetencestation i Deeskalering blev udviklet som en såkaldt kompetencestation eller "skill station". Her arbejder medarbejdere med virkelighedsnære scenarier, der afspejler de udfordringer, de møder i deres egen afdeling. Formålet er at gøre læringen konkret og anvendelig.

I stedet for lange teoretiske undervisningsforløb træner medarbejderne sammen gennem refleksion, dialog og praktiske øvelser. De diskuterer eksempelvis, hvordan man møder en patient, der er vred, bange eller frustreret, og hvordan man bedst kan hjælpe situationen tilbage på sporet.

Denne tilgang gør læringen til en del af arbejdspladsens hverdag. Medarbejderne behøver ikke rejse væk på kursus, men kan lære sammen med deres kolleger i deres eget arbejdsmiljø.

## **NÅR MANGE PERSPEKTIVER MØDES**

Udviklingen af kompetencestationen er også et eksempel på den type forskning, som REFAS-programmet bygger på. Viden blev ikke skabt af forskerne alene. Tværtimod blev kompetencestationen udviklet i samarbejde mellem forskere, klinikere, ledere, brugere og medarbejdere fra forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Denne form for samarbejde skaber løsninger, der tager højde for forskellige erfaringer og perspektiver. En metode, der fungerer i psykiatrien, skal ofte oversættes og tilpasses, før den giver mening i somatikken. Derfor blev kompetencestationen løbende justeret i dialog med medarbejderne.

På den måde blev projektet ikke blot et spørgsmål om implementering af forskning, men om fælles læring og vidensudvikling.

## **HVAD LÆRTE VI?**

Evalueringen viste, at medarbejderne oplevede kompetencestationen som relevant, overskuelig og anvendelig. Især fremhævede de, at materialet tog udgangspunkt i deres egen hverdag, og at det gav anledning til nye refleksioner og samtaler blandt kolleger.

Samtidig pegede erfaringerne på betydningen af et fælles sprog. Når alle medarbejdere arbejder ud fra de samme principper, bliver det lettere at samarbejde om at forebygge konflikter og skabe trygge forløb for patienter og pårørende.

Projektet viste også, at implementering af ny viden kræver ledelsesopbakning. Selv de bedste redskaber bliver sjældent brugt, hvis organisationen ikke prioriterer læring og kompetenceudvikling.

## **MERE END ET UNDERVISNINGSREDSKAB**

Kompetencestation i Deeskalering er i dag frit tilgængelig og anvendes flere steder i sundhedsvæsenet. Men måske er projektets vigtigste bidrag ikke selve materialet. Det vigtigste er demonstration af, hvordan forskning kan omsættes til konkret handling gennem tæt samarbejde mellem forskning og praksis.

Projektet illustrerer samtidig en af REFAS-programmets centrale indsigter: Vilde problemer, løses sjældent gennem enkle svar. Når mennesker arbejder sammen over tid, opstår nye forståelser, nye spørgsmål og nye muligheder for handling.

Det gælder også arbejdet med konflikter, arbejdsmiljø og patientsikkerhed. Her handler løsninger sjældent kun om procedurer eller regler. De handler om relationer, tillid og evnen til at forstå situationer fra flere perspektiver samtidigt.

## **HVORFOR ER DET VIGTIGT FOR FREMTIDENS SUNDHEDSVÆSEN?**

Sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle befinder sig ofte midt i de udfordringer, som forskere kalder vilde problemer. Det er problemer, der ikke har en enkel årsag eller en endelig løsning. Menneskers sygdom, livskriser, sociale forhold og organisatoriske rammer væver sig sammen på måder, der kræver både faglighed, refleksion og samarbejde.

Kompetencestation i Deeskalering viser, hvordan forskning kan bidrage til at håndtere sådanne udfordringer. Ikke ved at levere færdige svar, men ved at skabe redskaber, fælles læring og nye måder at arbejde sammen på.

Det er netop denne ambition, der også kendetegner REFAS: at skabe viden, som ikke blot beskriver virkeligheden, men som hjælper mennesker med at forandre den. Hent vejledning i deeskalering via QR-siden.



Kapitlet er publiceret som artikel i tidsskriftet *Klinisk Sygepleje* (2024) 38(2): 116- 124. <https://doi.org/10.18261/ks.38.2.5>

## REFERENCER

Berring LL. (2016) Deeskalering: Håndtering af vold og forebyggelse af tvang på psykiatriske afdelinger. Et handlingsorienteret aktionsforskningssamarbejde. Odense: Syddansk Universitet.

Østergaard, L. B., & Berring, L. L. (2024). Kompetencestation i Deeskalering – fra forskning til praksis. *Klinisk Sygepleje*, 38(2), 116–128.

# DEL III: EFTERKLANG

Hvor opmærksomheden rettes mod de kritiske venners erfaringer, erkendelser og indsigter

Et centralt princip i REFAS har været at skabe rum for det emergente. Emergens handler om, at ny viden, nye forståelser og nye handlemuligheder opstår undervejs gennem samspillet mellem mennesker, relationer og erfaringer. Det er ikke altid muligt at forudsige, hvilke spørgsmål, indsigter eller perspektiver der får betydning. Retningen udvikles løbende gennem dialog, refleksion og de erfaringer, som deltagerne bringer ind i processen. Dette perspektiv bygger på en forståelse af organisationer og forskningsprocesser som komplekse og dynamiske, hvor udvikling sker gennem interaktion og ikke alene gennem planlægning.

De kritiske venner har spillet en central rolle i denne proces. I tråd med den partcipatoriske forskningstradition var de ikke blot informanter, men aktive medskabere af viden. Gennem deres forskellige faglige og personlige erfaringer bidrog de med spørgsmål, refleksioner og perspektiver, som udfordrede etablerede forståelser og åbnede for nye erkendelser og undersøgelsesspor.

De fire nedslag der præsenteres her, giver et indblik i, hvad de kritiske venner hver især har taget med sig fra

deltagelsen i REFAS, og hvilke erfaringer og erkendelser de tillægger særlig betydning. Samtidig illustrerer de, hvordan nye forståelser voksede frem gennem den langvarige forskningsproces, hvor netop denne gruppe udgjorde en vigtig kontinuitet.

I musik betegner efterklang den lyd, der bliver hængende i rummet, efter at tonen er spillet. Den er ikke en gentagelse af tonen, men dens fortsættelse, farvet af det rum, den klinger i. Sådan er det også med de kritiske venners erfaringer: de lyder forskelligt, fordi de har sat sig spor i forskellige mennesker og forskellige praksiser. Netop derfor er de værd at lytte til. Nedslagene peger dermed på aktionsforskningens grundlæggende antagelse om, at viden udvikles i samspillet mellem handling og refleksion, og at læring opstår gennem deltagelse i praksis. Flere af de indsigter, der voksede frem undervejs, fik ikke alene betydning for forskningsprocessen, men også for deltagernes egen praksis og virkelighed.

## REFERENCER

Stacey, R. D. (1995). The Science of Complexity: An Alternative Perspective for Strategic Change Processes. *Strategic Management Journal*, 16(6), 477–495. [labs.utdallas.edu]

Reason, P., & Bradbury, H. (2013). *The SAGE Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. SAGE.

# PÅ EN CYKELTUR SOM FORSKER RUNDT I REGION SJÆLLAND MED REFAS I KURVEN



**Jesper Frederiksen**

*Forskningsleder Medicinsk afdeling Sjællands*

*Universitetshospital, Roskilde & Lektor, Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet*

At være Kritisk Ven i REFAS har givet mig mange værdifulde indsigter, som jeg har kunnet bringe med tilbage til både min afdeling og mine kolleger. Deltagelsen har særligt styrket mit fokus på rekruttering og fastholdelse og på de mange forhold, der har betydning for, at sygeplejersker trives og vælger at blive på en arbejdsplads.

Ser man bort fra mine tre år som ph.d.-studerende på Roskilde Universitet (2012-2015), så er mit ophav, min familie og netværk, min skolegang, min bopæl, uddannelse og mit arbejdsliv nært knyttet til København og Nordsjælland, dvs. den del man kalder Hovedstaden. I 2018 førte mit eget ønske om at komme videre i en forskerkarriere til, at jeg blev positivt bedømt til en docentstilling og ansat ved Sygeplejerskeuddannelsen på Professionshøjskolen Absalon, primært i Roskilde, men med funktioner på alle udbudsstedet i Roskilde, Slagelse, Næstved og Nykøbing F.

I 2022 viste der sig en mulighed for at skifte til en ansættelse på Medicinsk afdeling i Roskilde ved SUH, og derved få en universitetstilknytning

praksisnær stilling. Her arbejder jeg forsat med forskningsledelse og kapacitetsopbygning og vandrer forsat i den østlige del af regionen, idet afdelingen har afsnit i både Roskilde, Køge, Næstved og Nykøbing F.

Mit akademiske afsæt er i uddannelses- og professionssociologien og har medført en længerevarende interesse for rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker i uddannelse og profession. Jeg mødte fra begyndelsen af min cykeltur i Region Sjælland professor Bibi Hølge-Hazelton, og fandt her en person som delte min interesse for pædagogik, uddannelse og kritisk analyse af samfundsforhold – og vi fandt sammen en fælles platform omkring sygepleje. Fra afslutningen af NUCAP og ved REFAS' spæde begyndelse blev jeg inviteret med som 'kritisk ven' og det har haft stor betydning for videre at udvikle en tillidsfuld relation som kollegaer og for at min cykeltur på Sjælland fortsætter.

## **DEN FØRSTE ETAPE VAR EN VANSKELIG RUTE MED VIGTIGE ERKENDELSE**

I lighed med den stilling som lektor på Københavns Professionshøjskole som jeg kom fra, var hjemlen til forskning på Absalon, at udvikle og opbygge et forskningsmiljø, som kunne tiltrække forskningsmidler og inddrage studerende og undervisere (med og uden forskningskompetence) i anvendt og praksisnær forskning på de arbejdsområder som sygeplejerskeuddannelsens dimittender er orienteret imod. Forskningen var således ikke målrettet det empiriske uddannelses- og professionsforskningsfelt som uddannelserne selv udgjorde og rådede over, men i mere snæver forstand det virksomhedsområde, der udføres hos primært det regionale somatiske og psykiatriske sygehusvæsen og i de kommunale plejetjenester, samt i øvrige niches (f.eks. hospice, special- og socialområdet, almen praksis etc.). Det var for så vidt en ambitiøs og interessant målsætning, der imidlertid indeholdt mindst to grundlæggende problemer af særlig relevans for rekrutterings- og fastholdelsesproblematikken:

For det første ville det have været interessant at bedrive forskning i det tilgængelige felt på professionshøjskolerne (professionsuddannelserne)

og derved bidrage til indsigt i det grundlæggende problem, at professionsbachelor kun i sparsomt omfang uddannes på baggrund af egentlig empirisk baseret teoretisk viden om socialt orienterede pleje- og omsorgspraktikker (Frederiksen & Petersen, 2024). Uddannelsen baseres i stedet på en kombination af overvejende filosofiske teorier og normative klinisk udviklede instrumentelle standardmodeller og værktøjer, med tilhørende færdighedstræning. Det sidste er helt sikkert også vigtigt, men bør stå oven på fagteoretisk forskning - som et hus på et fundament og ikke omvendt (Frederiksen, Jørgensen & Petersen, 2025).

For det andet er forskning i anvendt sygepleje på professionshøjskolen udtænkt uden større indsigt – eller måske netop som en konsekvens af – den uddannelses- og professionssociologiske viden om at empiriske forskningsfelter som hospitalet, der udgør sygeplejerskernes største, historisk er viklet ind i komplekse monopol- og magtforhold, hvor adgangen til empiri og videns produktion udgør en central kampplads (Frederiksen, 2016). Det betyder at man som ekstern ikke umiddelbart har adgang til dette empiriske felt og at det man så var henvist til på det kommunale plejeområde, ikke havde en attraktiv akademisk tyngde til at kunne udvikle et umodent og nyetableret forskningsmiljø. Det var muligvis også derfor stort set kun rekvireret sektorforskning/evalueringsforskning bevægede sig her, og at finansieringspotentiallet var meget begrænset.

I en periode med vigende optag på uddannelsen og vanskeligheder med at rekruttere og fastholde sygeplejersker i klinikken, havde forskning i uddannelses- og professionsforhold været af stor betydning, ligesom en interesse for at nuancere vidensgrundlaget kunne være vigtigt for at skabe en bedre balance mellem uddannelse og arbejdsliv.

Uanset, så var det en rigtig god ide at vi fik etableret/oplevet et mere formaliseret samarbejde blandt sygeplejeforskerne i Region Sjælland, og det var efter etableringen af "Netværk for sygeplejeforskning i Region Sjælland", at jeg blev del af REFAS' 'kritiske venner'.

Det blev en tumultarisk tid vi gik ind i da COVID-19 brød ud og Danmark blev lukket d. 11. marts 2020, men vi blev gode til at mødes, formidle og

vejlede på Teams og Zoom. Som ansat på en professionshøjskole, med primært ansvar for forskning, var det størstedelen af tiden ikke muligt at komme på campus og efter en ny omorganisering i 2022 og i forlængelse af ovennævnte erkendelser, var det tid til at cykle videre.

## **DEN ANDEN ETAPE VAR FANTASTISK, KREATIV OG GAV MASSER AF ENERGI**

Min cykel kom som 'kritisk ven' forbi SUH, hvor Bibi Hølge-Hazelton i sit arbejde med rekruttering og kapacitetsopbygning af forskningsområdet for MVU, var et velvalgt sted at tage et pitstop og en kop kaffe.

Bibi matchede mig op med Medicinsk afdeling, Roskilde og chefsygeplejerske Stella Sandfeld, som var i gang med at udvikle en strategi for sygepleje (Medicinsk afdeling, Roskilde, SUH, 2025) i afdelingen og herunder ønskede sig forskning og udvikling i sygepleje, rammesat af Fundamentals of Care som personcentreret tilgang. Jeg blev ansat i den kliniske afdeling med henblik på at etablere et forskningsprogram i sygepleje, der tog afsæt i Strategi for sygepleje og med reference til SUH's forskningsstrategi. Det femårige forskningsprogram (2023-2028) blev på den måde strategisk bundet op på de tre indsatser: Rekruttering og fastholdelse, inddragelse af patienter og pårørende i forløb, samt faglighed i udførelsen af pleje og behandling. Programmets projektportefølje består under temaet: Sygepleje til den medicinske patient, af projekter af varierende størrelse og forskningshøjde. Det kliniske felt og feltet for uddannelse i pleje- og omsorgspraktikker er helt tæt på og samtidig er jeg i min stilling blevet tilknyttet Syddansk Universitet som lektor, hvilket giver mulighed for at trække både uddannelse og vejledning tæt på klinikken. Programmet rummer i dag ph.d.-projekter, kandidatspecialer og klinisk initierede studier, der undersøger problemstillinger om uddannelse, profession, tilrettelæggelse af sundhedstjenestetilbud og klinisk specifikke undersøgelser i eget forskningsfelt. Konstruktionen af programmet ud fra de strategiske ønsker og muligheder adresserer på lange stræk de grundlæggende problematikker med rekrutterings- og fastholdelsesrelevans, som blev

tydelige på første etape – og et åbent, engageret og nysgerrigt ledelsesrum, hvor forskningsfrihed ikke var noget der skulle begrænses, men en historisk bærende værdi blandt akademikerne (lægerne) på hospitalet, har gjort det muligt.

I afdelingen løfter en række af vores kliniske specialister projektledelsen, og vi har arbejdet med forskningskompetenceudvikling, som skal bringe os endnu videre i modningen af afdelingens sygeplejeforskning. Flere kliniske specialister har været aktive i særlig et af REFAS' ph.d.-projekter og Stella også som del af de kritiske venner, med sin smittende entusiasme. Vi har høstet guldgrube fra REFAS og vi har i vores egen satsning på sygeplejefaglig forskning og udvikling og i klinisk arbejde haft gavn af fokus på rekruttering og fastholdelse. En større satsning i afdelingen er etablering af erhvervskandidatforløb i klinisk sygepleje ved SDU (projekt TEKS) for 9 sygeplejersker. Det er en massiv oprustning af refleksive akademiske kompetencer, der kan bidrage til såvel tydelige karriereveje for sygeplejersker, samt mere og bedre forskning og faglig udvikling, med henblik på at kunne rekruttere og fastholde medarbejdere og deres viden til gavn for patienterne.

## **DEN TREDJE ETAPE SER SPÆNDENDE OG MERE BJERGRIG UD**

På den tredje etape ser vi med afslutningen af REFAS på en række indsigter vi har fået og på en meget kuperet strækning de kommende år for hospitalet og for afdelingen, når vi ser på rekruttering og fastholdelse af sygeplejerskerne. Det bliver endnu mere vigtigt at fastholde fokus på sygeplejens faglighed, uddannelse, kompetenceudvikling, karriere, trivsel og arbejdsmiljø, med de kæmpe forandringer vi står overfor. Det er bjergtoppe som på makroniveau betyder omstrukturering efter sundhedsreformen fra 2024, der etablerer Region Øst pr. 1/1 27 og ændrer en række elementer i opgavefordelingen mellem hospitalet og kommuner. På mesoniveau omstruktureres de medicinske afdelinger på SUH ligeledes pr. 1/1 27, og Medicinsk afdeling Roskilde deles i to mere specialspe-

cifikke afdelinger – og så kommer flytningen fra Roskilde til nye bygninger på Køgematrikel, hvor SUH skal samles, i skrivende stund i januar 28. Et moderne hospitalsbyggeri med enestuer, som ændrer arbejdsgange i sygeplejen og omgangen med patienter og pårørende på mikroniveau.

Med så mange forandringer, opstår også opmærksomhedspunkter og spørgsmål som vil være vigtige at følge. Her er blot en håndfuld: 1) Hvad er konsekvenserne af sundhedsreformen? – særligt de utilsigtede? 2) Vil de mange samtidige forandringer som er i spil ændre den hidtidige orientering for sygepleje? 3) Opstår der en forandringsfatigue og blot en forventning om at særligt de ældre medarbejdere stopper? 4) Hvilke behov for ny videns produktion opstår som følge af forandringerne? 5) Er der opmærksomhed på de nyuddannedes vilkår og muligheder for at blive del af den nye arbejdsplads og kultur?

Der bliver også i fremtiden god brug for projekter og programmer som følger og udvikler vores viden og indsigt i rekruttering og fastholdelse på sygeplejerskeområdet specifikt - og i sundhedssystemerne mere generelt. Jeg forudser en spændende etape, der rummer mulighed for gode udbrud, men også risiko for styrt – som det bliver det en fornem opgave at undgå.

## REFERENCER

Frederiksen, J. 2016, Tværprofessionelle velfærdsprofessioner: Tvær samarbejde som en social praktik for den neoliberale velfærdsstats professioner, Ph.d.-afhandling. Institut for samfundsvidenskab og erhverv, Roskilde Universitet.

Frederiksen J., Jørgensen K. & Petersen K.A., 2024, The Knowledge Crisis of Nursing: A warping between ideological methodology, classical phenomenology and reflexive practice. *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sociale praktikker*, e2548. DOI: <http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v6.4198>

Frederiksen J. & Petersen K.A. 2024, Omsorg som et møde mellem fremmede. CCF-magasinet nr. 133, s.10-12, ISSN 2245-9928

Medicinsk afdeling, Roskilde, Sjællands universitetshospital, 2025, Strategi for sygepleje, version 2. *ny-strategi-for-sygeplejen-2-1725-webtilgaengelig.pdf*

# REFLEKSIONER FRA PRAKSIS

## AT DELTAGE I REFAS SOM LEDER



**Tina Lanther**

*Chefsygeplejerske, Hæmatologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital*

At være Kritisk Ven i REFAS har lært mig, at spørgsmålene ofte er vigtigere end de hurtige svar. Deltagelsen har nuanceret min forståelse af de mange sammenhænge mellem arbejdsmiljø, ledelse, kultur og faglig udvikling, som har betydning for rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker.

”Det er, som om jeg også skal være underholdningsmester, ud over at være leder for min personalegruppe”. En af mine oversygeplejersker havde netop modtaget en opsigelse fra en sygeplejerske, der kun havde været ansat i kort tid. Ansættelsen havde ikke levet op til sygeplejerskens forventninger i forhold til at blive sammentømret med resten af sygeplejegruppen, til trods for at hun kendte afsnittet i forvejen igennem tidligere studiepraktik og timelønsansættelse.

Da jeg blev inviteret til at deltage i referencegruppen i forskningsprogrammet REFAS – Rekruttering og Fastholdelse af Sygeplejersker i Region Sjælland – var denne hændelse og flere i samme boldgade en del af min motivation for deltagelse. Med en antagelse om, at hvis vi som faggruppe og jeg som leder bliver klogere på de elementer, der spiller ind for at sik-

re rekruttering og fastholdelse og dermed fremmer patientsikkerheden, bliver sygeplejerskerne både dygtigere og gladere, og mit job som leder bliver en del lettere på det område.

Jeg er chefsygeplejerske i Hæmatologisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital (SUH). Her behandler vi patienter med alvorlige blodsygdomme, hvoraf langt de fleste har en kræftdiagnose som leukæmi, lymfekræft eller myelomatose. Det er et speciale præget af kompleksitet, akutte situationer og kradse behandlinger med kemoterapi og antistoffer, som skal gives til rette tid. Vi har omkring 6.000 patienter tilknyttet, 150 daglige ambulante kontakter og 28 sengepladser. Bag disse tal står en organisation med cirka 150 medarbejdere – hvoraf omkring to tredjedele er sygeplejersker. Det siger næsten sig selv, at mangel på sygeplejersker er en konkret udfordring, som påvirker vores muligheder for at levere sikker og sammenhængende patientbehandling. Vi har brug for at være på tæerne for at stimulere og tilknytte vores sygeplejerspersonale fra start og hele vejen gennem deres ansættelse.

Jeg gik ind i arbejdet med REFAS med en forventning om, at forskningsprogrammet kunne bidrage med ny viden og måske endda konkrete løsninger. Men også med en nysgerrighed i, hvordan forskning og praksis i højere grad kan spille sammen. Og hvad jeg som leder kan lære af at træde et skridt tilbage fra driften og ind i et mere refleksivt rum, der har perspektiv på outcome for patienten såvel som for personalet.

## **ERFARINGER FRA PRAKSIS – NÅR MENING IKKE ER NOK**

På Hæmatologisk Afdeling arbejder vi med patienter, der ofte befinder sig i livstruende situationer. Sygeplejen har mange facetter, og relationen til patienterne er tæt. At være hæmatologisk sygeplejerske er et arbejde fyldt med mening, men på trods af det, ser vi et tydeligt mønster i, at mange søger videre efter nogle år, typisk efter familieførøgelse. Vi kan derfor ikke hvile på en grundlæggende antagelse om, at mening i arbejdet er tilstrækkeligt til at sikre fastholdelse.

## EN NY GENERATION – NYE FORVENTNINGER

En stor del af vores nyansatte sygeplejersker tilhører Generation Z. De er født efter 1990 og kommer ind med andre forventninger til arbejdslivet, end tidligere generationer. De er et kæmpe plus for afdelingen i kraft af at de er ambitiøse, innovative og omstillingsparate. Men de stiller også klare krav til udvikling og progression i arbejdet, og at den samlede livssituation er i balance. Hvis ikke deres behov imødekommes, er de ikke bange for at søge videre. Det stiller nye krav til os som ledere, vi skal bryde med vant modeller og nytænke både fagligt og organisatorisk, herunder bl.a. introduktion, vagtplaner og kompetenceudvikling .

## STRATEGISK GREB PÅ REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE

Et konkret eksempel på vores arbejde med rekruttering og fastholdelse i Hæmatologisk Afdelings sygeplejegruppe, er udvikling og implementering af et personcentreret onboardingprogram. Som et led i tilknytningen af gæsteproffesor Brendan McCormack indledte Hæmatologisk og Onkologisk afdeling i fællesskab et forskningsprojekt om Personcentreret praksisudvikling i 2020. I 2021 startede HR-afdelingen et stort udviklingsprojekt til udvikling af nyt SUH onboardingkoncept. Den strategiske indsats blev løftet som svar på en undersøgelse af SUH's evne til at onboarde nye medarbejdere.

Efterfølgende har vi i Hæmatologisk Afdeling arbejdet videre med onboardingkonceptet i et personcentreret perspektiv og har blandt andet tilrettelagt en onboardingdag for nyansatte efter ca. 3 mdr.s ansættelse. Her bliver de præsenteret for de interne faglige opgaver som sammen og hver for sig orienterer sig mod den enkelte patients behov, og de deltager i undervisning og drøftelser af hvorfor, hvordan og hvilken betydning, det har for patienter og medarbejdere at arbejde personcentreret.

Tilsvarende har vi oprettet et internt kursus, hvor vi samler de erfarne sygeplejersker på tværs af afsnittene. Det er tydeligt i begge forløb, at de

imødekommer behovet for faglig udvikling, men mindst lige så tydeligt er, at der knyttes stærkere relationelle bånd mellem deltagerne, også på tværs af afsnittene.

## RELATIONER SOM VÆRDI

Måske er det blevet endnu vigtigere at tale om relationer – både til patienter, mellem medarbejdere og mellem ledere og medarbejdere? Det er en af de refleksioner, der er vendt tilbage igen og igen i forbindelse med REFAS og for alvor ramte mig, da jeg deltog i en forelæsning af Brendan McCormack i forbindelse med en professortiltrædelse for nylig. McCormack præsenterede os for begrebet 'Den relationelle økonomi', der grundlæggende handler om at se relationer som en central kilde til værdi. Ikke som noget sekundært til drift og resultater, men som selve fundamentet for trivsel, læring og bæredygtig succes.

For mig som leder giver den relationelle økonomi et sprog for noget, jeg allerede oplever i praksis: At kvaliteten af vores relationer har direkte betydning for vores evne til at lykkes. Som når jeg på onboardingdagen spørger de nye sygeplejersker, hvad der er vigtigt for dem, og stort set alle svarer "mine kolleger" og "fællesskabet".

## AFSLUTTENDE PERSPEKTIVER

Deltagelsen i REFAS har ikke givet mig enkle svar, men den har skærpet mine spørgsmål.

Hvordan skaber vi arbejdspladser, hvor sygeplejersker ikke kun starter, men også bliver?

Hvordan balancerer vi hensynet til drift, kvalitet og trivsel?

Og hvordan sikrer vi, at fokus på medarbejdere ikke ses som en modsætning til fokus på patienter?

For mig er svaret ikke et enten-eller, vi er nødt til at have fokus på begge

dele.

Der ligger stor værdi, motivation og energi i mødet med patienterne. Når vi som sundhedspersonale formår at møde mennesket i patienten, tilrettelægge en individuel pleje og behandling og skabe tryghed i et ofte sårbart forløb, opstår der en gensidig udveksling. Sygeplejersken giver faglighed, omsorg og nærvær og vi får faglig og menneskelig anerkendelse tilbage.

Sygeplejepersonalet indgår også i en anden, lige så vigtig relationel udveksling, nemlig med deres leder og arbejdsplads. Her handler det om at blive set som menneske og medarbejder. Når der skabes mulighed for individuel tilrettelæggelse, udvikling og fleksibilitet, styrkes tilknytningen til arbejdspladsen. Det er her grundlaget for et meningsfuldt arbejdsliv, og i højere grad et meningsfuldt liv, tager form.

Hvis vi ser det i lyset af en relationel økonomi, bliver det tydeligt, at både patientrelationen og medarbejderrelationen er bærende for vores samlede succes. Anerkendelse, tillid og gensidighed er ikke blot "bløde værdier", de er afgørende for både kvalitet og fastholdelse.

Derfor er svaret klart: Ja, vi har brug for forskning i, hvordan vi rekrutterer, fastholder og knytter sygeplejersker til deres fag. Og ja, vi har brug for forandringer.

Sygeplejersker går ind i faget med et stærkt værdigrundlag. De er uddannet til at forstå omsorg som en kernekompetence. Men det kræver betydelige faglige og menneskelige ressourcer at blive ved med at yde omsorg i et komplekst sundhedsvæsen; at kunne prioritere, navigere og samtidig mestre sygeplejens fire virksomhedsområder: at udføre, at lede, at formidle og at udvikle.

REFAS bidrager med vigtig viden ved at sætte fokus på de mange faktorer, der har betydning for rekruttering og fastholdelse. Programmet nuancerer billedet og tydeliggør, at ansvaret ikke ligger ét sted. Det ligger hos den enkelte sygeplejerske, men i høj grad også hos uddannelsesinstitutionerne, i arbejdspladsernes organisatoriske rammer og i de politiske rammer.

Hvis vi skal lykkes, kræver det, at vi ser det hele menneske, både hos patienten og hos sygeplejersken.

# ET NYT LYS PÅ SYGEPLEJE

## ET ESSAY OM REFAS, FAGLIGHED OG DET, DER BLIVER HÆNGENDE



**Charlotte Simonj**

*Lektor og sygeplejerske, Midt- og Vestsjællands Hospital*

Jeg har siddet i REFAS styregruppe, og det har gjort indtryk på mig, og min forståelse af patientsikkerhed har udviklet sig. For vi kan ikke tale om patientsikkerhed uden samtidig at tale om arbejdsmiljø, stabilitet og faglig udvikling. Jeg er også blevet inspireret til selv at dyrke faglig udvikling tæt på praksis, og til forsat at tage sygepleje alvorligt.

### EN EFTERMIDDAG MED REFAS

Så er det en af de der lækre eftermiddage igen.

Jeg skal til styregruppemøde i REFAS. Jeg glæder mig.

Jeg har fået en dagsorden, så jeg ved nogenlunde, hvad vi skal tale om. Alligevel ved jeg også, at mødet sandsynligvis vil tage uforudsete retninger. Det gør de ofte. Ikke fordi vi mangler fokus, men fordi Bibi og Lene igen og igen formår at åbne for spørgsmål, som griber ind i praksis – og i os, der deltager.

Jeg sætter mig ved pc'en. Solen står højt, og udenfor mit vindue går et par sygeplejersker forbi. De taler sammen, griner. De stråler i deres unifor-

mer. Det rammer mig – den dér genkendelige følelse af, hvorfor det her arbejde giver mening.

Jeg tager mit headset på og logger ind.

“HEEEJ,” siger Bibi, inden jeg helt har nået at lande mig selv i onlineuniverset. “Dejligt at se jer alle.”

Vi logger på én for én. Og så flyver to timer bare af sted.

Da jeg logger af igen, er solen der stadig. Jeg er fyldt op. Ikke med svar, men med perspektiver. Med ideer. Med eftertanke.

Det er sådan, REFAS ofte føles: som et rum, man forlader lidt klogere – og lidt mere forbundet med sygeplejefaget.

## **AT VÆRE MED HELE VEJEN**

Jeg har været så heldig at kunne følge REFAS siden 2019 tæt på. Som forsker og som medlem af programmets styregruppe har jeg været med i diskussioner om design, om udvikling, om foreløbige fund og – ikke mindst – om programmets betydning for praksis. Vi har mødtes hyppigt i nogle perioder, sjældnere i andre. Altid i takt med programmets bevægelse.

Min egen organisatoriske forankring har også bevæget sig. Jeg kommer fra Midt- og Vestsjællands Hospital, som pr. 1. januar 2026 blev til i en fusion af Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse samt psykiatrien i Region Sjælland. Det har været en stor organisatorisk forandring – og et levende eksempel på, hvordan struktur, kultur og faglighed væver sig ind i hinanden.

REFAS har givet mig et sprog for noget, jeg længe har kunnet mærke: at rekruttering og fastholdelse ikke kan reduceres til tal, normeringer eller kampagner. De handler om hverdagsliv. Om arbejdsmiljø. Om faglig identitet. Og om, hvorvidt sygeplejersker kan se sig selv – og deres fag – i den organisation, de er en del af.

## **FRA NUCAP TIL EN BREDERE FORSTÅELSE**

Noget af det første, der for alvor rykkede min forståelse, var arbejdet med projekt NUCAP. Her blev det tydeligt, hvor stort et tab Region Sjælland står med, når sygeplejersker bosat i regionen i langt højere grad pendler ud for at arbejde, end der kommer den anden vej.

Det er ikke bare et numerisk misforhold. Det er et tab af kontinuitet, af erfaring og af faglig kultur.

NUCAP bidrog med vigtig viden om sammenhængen mellem sygeplejerskebemanding og patientsikkerhed – men også med en afgørende pointe: normeringer kan ikke stå alene. Hvis sygeplejersker skal blive, skal de kunne trives. Og trivsel opstår ikke af sig selv. Den vokser i kulturer, hvor arbejdsmiljø, ledelse og faglighed spiller sammen.

For mig blev det en invitation til at se sygepleje bredere. Ikke kun som opgaver, der skal løses, men som et fag, der skal have plads – og mulighed for at give genlyd.

## **PATIENTSIKKERHED SOM NOGET MERE END FRAVÆR AF SKADE**

I REFAS har patientsikkerhed været et gennemgående tema. Ikke som et fast defineret begreb, men som noget, der gradvist blev udvidet. Fra en forståelse af sikkerhed som fravær af skade – til en forståelse, hvor sikkerhed også handler om værdighed, tryghed og kvalitet i mødet mellem patient og sundhedsvæsen.

Det perspektiv har gjort indtryk på mig. For det peger på noget centralt: kvaliteten af sygepleje hænger sammen med de vilkår, sygeplejersker arbejder under. Vi kan ikke tale om patientsikkerhed uden samtidig at tale om arbejdsmiljø, om stabilitet og om faglig udvikling.

Vi står måske ikke med én entydig konklusion om, hvorvidt rekruttering og fastholdelse i sig selv øger patientsikkerheden. Men vi står med en

solid og værdifuld viden om, hvad der skal til for, at sygepleje kan udfolde sig på en måde, som både patienter og sygeplejersker oplever som meningsfuld og tryk.

## **AT SKABE RUM FOR EFTERKLING – JOURNAL CLUB I MVH**

Noget af det, jeg i særlig grad har taget med mig fra REFAS, er betydningen af at dyrke faglig udvikling tæt på praksis. Det blev et afgørende afsæt, da vi i Midt- og Vestsjællands Hospital (MVH) etablerede en særlig form for Journal Club.

Sammen med forskere fra Sjællands Universitetshospital har jeg undersøgt værdien af Journal Club som format. Ikke som et klassisk forum, hvor artikler gennemgås løsrevet fra hverdagen – men som et rum, hvor sygeplejerskers praksis er det egentlige omdrejningspunkt.

Vores Journal Club tager afsæt i det, sygeplejersker er optaget af i deres daglige arbejde. I situationer, dilemmaer og erfaringer, hvor faget kan mærkes. Her læser vi forskning, ikke for forskningens egen skyld, men for at lade den resonere med praksis. For at skabe efterklang – af sygeplejefaglig karakter.

Det er et rum, hvor spørgsmål får lov at stå åbne. Hvor faglighed ikke skal forsvares, men udforskes. Og hvor sygeplejersker oplever, at deres erfaringer ikke blot er gyldige, men værdifulde i mødet med forskning.

For mig er det blevet et konkret eksempel på, hvordan forbindelsen mellem klinik og forskning kan styrkes – og på hvordan netop den forbindelse kan være en vigtig faktor i både trivsel, engagement og fastholdelse.

## **DET FIK FAGET TIL AT SAMLE SIG – KLINISKE SYGEPLEJESPECIALISTERS FORUM**

Sideløbende har vores kliniske sygeplejespecialister i MVH taget et initiativ, som er inspireret af og i dyb i tråd med REFAS' pointer. De har læst

flere af forskningsarbejderne fra programmer og har nu organiseret sig i et fælles forum med ét klart fokus: at sætte sygepleje – og alt, hvad faget kan – på dagsordenen.

Her deles erfaringer, udfordringer og ideer på tværs. Her tales sygepleje med faglig tyngde og engagement. Og her skabes et fællesskab, som rækker ud over den enkelte afdeling.

Det er et forum, der sender et tydeligt signal: Sygepleje er ikke noget, der foregår i periferien. Det er et centralt, komplekst og højt specialiseret fag, som kræver rum, tid og opmærksomhed.

For mig er det et af de stærkeste vidnesbyrd om, at noget fra REFAS har sat sig. Ikke som en implementeringsplan, men som en bevægelse.

## **FASTHOLDELSE I EN VERDEN I BEVÆGELSE**

I styregruppen har vi ofte talt om fastholdelse – og om, hvorvidt begrebet overhovedet passer til den verden, vi står i. Jeg deler den ambivalens. For måske er god faglighed også forbundet med bevægelse. Med mobilitet. Med at sygeplejersker bevæger sig mellem afdelinger, hospitaler og lande.

Udfordringen er ikke nødvendigvis at holde fast. Men at skabe arbejdspladser, man har lyst til at være en del af – og vende tilbage til.

Her har REFAS været modig. Programmet har insisteret på at lytte til sygeplejerskers ønsker og drømme, også når de ikke passer ind i traditionelle forestillinger om karriere og anciennitet.

## **DET, DER BLIVER HÆNGENDE**

Når jeg ser tilbage på årene med REFAS, er det ikke én konklusion, jeg tager med mig. Det er en stemning. Et sæt af erkendelser. En fornemmelse af, at sygeplejefaget fortjener – og kræver – opmærksomhed, respekt og rum for udvikling.

Jeg håber på en fremtid, hvor det er attraktivt at være sygeplejerske. Hvor faglighed værdsættes. Hvor karriereveje er synlige. Og hvor der fortsat skabes rum for efterklang – af den slags, man mærker længe efter, man har logget af et styregruppemøde i REFAS.

## LYSET PÅ SYGEPLEJE HOLDER VED

Mødet er slut. Skærmen er sort igen.

Jeg læner mig tilbage i stolen et øjeblik, inden jeg rejser mig. Solen står lavere nu. Lyset har skiftet karakter. Det er blødere, varmere.

Udenfor er der blevet stille. De sygeplejersker, jeg så tidligere, er for længst gået videre. Ind i næste opgave. Næste vagt. Næste møde med et menneske, der har brug for dem. Jeg ved godt, at deres arbejdsdag sjældent er let. At travlhed, ansvar og kompleksitet følger dem tæt. Og netop derfor betyder det noget, at der findes steder, hvor faget kan få lov at blive hørt – og mærket.

Jeg tænker på REFAS. På samtalerne. På diskussionerne. På de mange nuancer, der ikke kan reduceres til én konklusion. Jeg tænker på Journal Club, hvor sygeplejerskers praksis får lov at stå først. På de kliniske sygeplejespecialister, der har samlet sig om faget og insisteret på dets betydning. Og på alle de små og store bevægelser, der tilsammen former en kultur.

Noget af det vigtigste, REFAS har lært mig, er dette: Når sygepleje bliver taget alvorligt, sætter det spor. Ikke altid som hurtige løsninger. Ofte snarere som efterklang. En resonans, der bliver hængende og langsomt finder vej ind i hverdagen.

Jeg slukker computeren. Går mod vinduet igen.

Der er stadig lys. Ikke det skarpe middagslys længere, men det, der bliver, inden aftenen tager over. Og jeg tænker, at måske er det netop dér, sygeplejefaget skal have plads: i det lys, der ikke blænder – men som gør det muligt at se.

# REFLEKSIONER OVER AT VÆRE KRITISK VEN SOM LEDER



**Lotte Helveg**

*Sundhedsfaglig Afdelingschef i 1813 og kritisk ven til REFAS' forskningsprogram*

*Chefsygeplejerske i almenpsykiatrien, Slagelse, ,Region Sjælland 2021-2025*

For mig er REFAS største styrke måske, at den peger på muligheder frem for begrænsninger. Den viser, at arbejdet med tiltrækning og fastholdelse ikke alene handler om at løse en bemandingsudfordring. Det handler om at skabe attraktive faglige fællesskaber, tydelige udviklingsmuligheder og arbejds-pladser, hvor sygeplejersker kan se en fremtid for sig selv.

Da jeg for fem år siden blev inviteret til at deltage som kritisk ven i REFAS' forskningsprogram om tiltrækning og fastholdelse af sygeplejersker i Region Sjælland, forventede jeg først og fremmest at få sat yderligere perspektiv på en udfordring, som vi alle kender alt for godt. Rekruttering og fastholdelse har i mange år været blandt de vigtigste ledelsesopgaver i sundhedsvæsenet, og jeg gik ind i arbejdet med en forestilling om, at vi nok kendte de fleste af svarene.

Sådan er det ikke gået.

Gennem årene har jeg haft mulighed for at følge en række forskningsprojekter, som hver især har belyst problemstillingen fra forskellige vinkler.

Projekterne har været meget forskellige i deres tilgang, og netop derfor har de været værdifulde. De har mindet mig om, at der ikke findes én enkelt forklaring på, hvorfor sygeplejersker vælger at blive på en arbejdsplads, skifte spor eller forlade faget. Mennesker motiveres af forskellige ting, og derfor må vores løsninger også være nuancerede.

Arbejdet har samtidig udfordret nogle af mine egne antagelser som leder og chef for sygeplejersker.

Den vigtigste erkendelse for mig har været, hvor stor betydning forskning har for sygeplejerskers faglige identitet. Ikke kun for de få, der selv vælger en forskerkarriere, men også for sygeplejersker i basisstillinger. Jeg tror, at vi som ledere nogle gange undervurderer denne betydning. Når vi taler om fastholdelse, har vi ofte fokus på arbejdsvilkår, arbejdsmiljø og organisering. Det er naturligvis vigtigt. Men forskningen i dette program har gjort det tydeligt for mig, at faglig udvikling og adgang til viden også spiller en væsentlig rolle.

Forskning sender et vigtigt signal om, hvem vi er som profession. Den understreger, at sygepleje ikke blot er omsorg, relationer og nærvær – selv om disse elementer er fundamentale. Sygepleje er også et forskningsbaseret fag og et selvstændigt virke, hvor beslutninger træffes på baggrund af viden, evidens og systematisk udvikling af praksis. Det har betydning for den faglige stolthed, og det har betydning for, hvordan vi ser vores fremtid i professionen.

Det har fået mig til at reflektere over vores ansvar som ledere. Hvis forskning og faglig udvikling er med til at styrke identiteten og tilknytningen til faget, skal vi også være bedre til at synliggøre de muligheder, der findes. Vi skal gøre det tydeligt, at der er mange veje gennem et arbejdsliv som sygeplejerske.

For mig handler det om, at vi aktivt understøtter en udvikling, hvor vejen fra basissygeplejerske til specialist, kandidat og ph.d. bliver synlig og opnåelig. Ikke fordi alle skal gå den vej, men fordi muligheden skal være der. Hver gang en sygeplejerske udvikler sine kompetencer, styrker vi ikke

blot den enkelte medarbejder, men også kvaliteten af den behandling og pleje, vi tilbyder patienterne.

Bogen samler vigtig viden fra fem års forskning. Men for mig er dens største styrke måske, at den peger på muligheder frem for begrænsninger. Den viser, at arbejdet med tiltrækning og fastholdelse ikke alene handler om at løse en bemandingsudfordring. Det handler om at skabe attraktive faglige fællesskaber, tydelige udviklingsmuligheder og arbejdspladser, hvor sygeplejersker kan se en fremtid for sig selv.

Jeg vil gerne takke REFAS for et forskningsprogram, der har udfordret, inspireret og gjort mig klogere. Jeg håber, at bogens resultater vil blive brugt aktivt i de kommende år. Vi står over for store forandringer i sundhedsvæsenet, og behovet for at tiltrække, udvikle og fastholde dygtige sygeplejersker bliver ikke mindre. Tværtimod. Derfor er denne viden vigtig for Region Sjælland i dag – og den vil være mindst lige så vigtig i det fremtidige Region Øst.

# KODA OG GENKLANG

## Hvor forskningsprogrammets erfaringer og vigtigste læring samles

Hvordan rekrutterer og fastholder vi sygeplejersker i hospitalsvæsenet? Med det spørgsmål begyndte bogens ouverture. Efter fem års arbejde med REFAS står spørgsmålet stadig åbent, men vores forståelse af det har ændret sig. Vi har fået ny viden om de forhold, der har betydning for sygeplejerskers arbejdsliv og patienters sikkerhed. Samtidig er vi blevet klogere på, hvad det kræver at undersøge udfordringer, som hænger tæt sammen og forandrer sig undervejs.

I en koda samles musikstykkets temaer i afslutningen. Her tager vi som ledere af REFAS ordet igen og ser på tværs af bogens bidrag: Fra partiturets forskellige forskningsperspektiver over polyfoniens nye spor til efterklangen fra de kritiske venner. Hvad træder frem, når vi lytter til dem i sammenhæng? Og hvad er vigtigt at tage med ind i det videre arbejde?

## Fra rekruttering og fastholdelse til et fælles anliggende

Da vi etablerede REFAS, vidste vi, at rekruttering og fastholdelse var komplekse udfordringer. Vi ønskede at

undersøge sammenhængene mellem arbejdsmiljø og patientsikkerhed og forstå, hvad der kendetegner arbejdspladser, hvor sygeplejersker ønsker at blive. Begrebet vilde problemer var ikke vores udgangspunkt, men blev undervejs en måde at forstå det, vi stod i.

Et vildt problem er vanskeligt at afgrænse, og forskellige mennesker vil have forskellige opfattelser af, hvad problemet består i, og hvad en forbedring vil være. Rittel og Webber (1973) beskrev, hvordan sådanne problemer ikke har en endelig løsning, som kan vurderes uafhængigt af de berørtes værdier og perspektiver. Når vi taler om mangel på sygeplejersker, handler det om uddannelse og bemanding, men også om ledelse, geografi, faglig udvikling, tilhørsforhold og mulighederne for at yde den pleje, patienterne har brug for.

På tværs af REFAS blev det tydeligt, hvor tæt disse forhold er forbundet. Når sygeplejersker beskrev et presset arbejdsmiljø, handlede deres erfaringer samtidig om bekymring for patienterne og om mulighederne for at udføre arbejdet fagligt forsvarligt. Når patienter og pårørende talte om tryghed og nærvær, berørte de også personalets tid, kontinuitet og vilkår for at være til stede.

Arbejdsmiljø, patientsikkerhed og fastholdelse blev dermed et fælles anliggende. De kan undersøges fra forskellige vinkler, men i hverdagen griber de ind i hinanden. Det har betydning for, hvordan vi arbejder videre. En indsats for at styrke patientsikkerheden må også interessere sig

for medarbejdernes arbejdsvilkår. Og en indsats for at tilknytte sygeplejersker må forholde sig til deres muligheder for at bruge og udvikle deres faglighed.

Det flytter også opmærksomheden mod det spørgsmål, vi stillede i ouverturen: Hvorfor vælger nogle at blive? Her går mening, kollegiale fællesskaber, faglig stolthed og oplevelsen af at gøre en forskel igen i vores materiale. Løn og ansættelsesvilkår har fortsat betydning. Men forståelsen må også omfatte det, som gør en arbejdsplads til et sted, man ønsker at høre til.

## At finde retning i vilde problemer

Begrebet *vilde problemer* hjælper os med at forstå, hvorfor arbejdet må fortsætte, selv om vi har fået mere viden. Når en indsats sættes i gang, kan den ændre de forhold, den skulle forbedre, og skabe nye spørgsmål. En løsning må derfor vurderes i sin sammenhæng og følges over tid. Perspektivet på vilde problemer peger på behovet for løbende at undersøge, hvilke hensyn der tilgodeses, og hvilke nye vanskeligheder der eventuelt opstår (Rittel & Webber, 1973).

For REFAS betyder det, at vi må spørge både til resultaterne og til de muligheder for fælles undersøgelse, programmet har skabt. Hvilke forbindelser er blevet tydeligere? Hvilke antagelser er blevet udfordret? Og hvilke handlemuligheder kan vi nu få øje på? Det er spørgsmål, som kan hjælpe os med at præcisere forskningens bidrag uden at gøre dens rækkevidde større, end undersøgelserne giver

grundlag for.

I bogens musikalske sprog giver partituret en ramme, mens samspillet kræver lydhørhed over for de øvrige stemmer. Uenighed kan pege på erfaringer og hensyn, som endnu ikke er blevet hørt. At finde retning kræver derfor, at vi undersøger forskellene og samtidig tager ansvar for at handle på det grundlag, vi har. Denne forbindelse mellem undersøgelse, handling og fornyet eftertanke fører videre til refleksionen over programmets metodiske tilgang.

## Hvad de forskellige stemmer gjorde muligt

REFAS gav os også erfaringer med selve måden at organisere forskning på. Vi samlede forskere, sygeplejersker, ledere, patienter, pårørende og andre samarbejdspartnere omkring spørgsmål, som berørte dem på forskellige måder. Allerede tidligt blev det tydeligt, at der var flere forståelser af, hvad der var vigtigt at undersøge.

En sygeplejerske kunne være optaget af arbejdspress og faglighed. En leder af organisering og bemanning. En pårørende af trygheden ved at møde personale, som kendte patienten. Forskernes spørgsmål blev formet af deres forskellige faglige og metodiske tilgange. Perspektiverne kunne udfordre hinanden, og det var ikke altid enkelt at finde en vej videre.

Efterhånden lærte vi at give forskellene mere plads. Når en antagelse blev udfordret, eller nogen så noget, vi andre havde overset, kunne samtalen åbne sig. Det kunne føre til

nye spørgsmål, ændrede forståelser og nye projekter. Bogens polyfoni er således også et udtryk for den måde, programmet udviklede sig på. De forskellige stemmer har bidraget til at forme forskningen og udviklingen i praksis.

I efterklangen har de kritiske venner beskrevet deres erfaringer med at være en del af REFAS. For os blev samarbejdet med dem afgørende. De stillede spørgsmål, gav adgang til praksis, udfordrede fortolkninger og bidrog med idéer. Deres deltagelse mindede os om vigtigheden af at undersøge, om forskningen gav mening for dem, hvis hverdag den handlede om.

Det betyder ikke, at alle perspektiver kan forenes, eller at alle ønsker kan imødekommes. Der er forskellige interesser og hensyn på spil i sundhedsvæsenet. Erfaringen fra REFAS er, at vi kan blive klogere ved at undersøge disse forskelle sammen. Det kræver, at der er plads til kritik, og at deltagerne kan genkende deres bidrag i det videre arbejde.

## Tid til at udvikle viden sammen

En vigtig forudsætning for at gennemføre REFAS var, at samarbejdet kunne fortsætte over flere år. De samme mennesker mødtes igen, og mellem møderne blev der gennemført undersøgelser, arbejdet med analyser og udviklet nye spørgsmål. Når vi mødtes næste gang, havde vi noget nyt at bringe ind i samtalen.

Tid gav mulighed for at opbygge relationer og tillid.

Deltagernes roller udviklede sig også. Nogle blev tætte sparringspartnere, andre bidrog til analyser eller blev medforskere. Efterhånden blev REFAS omtalt som vores fælles projekt. Ejerskabet voksede gennem det arbejde, vi gjorde sammen.

Det havde betydning, at der var kontinuitet i program-  
mets ledelse og fælles møder, samtidig med at de enkelte projekter havde plads til at udvikle sig. Som programledere skulle vi holde sammen på arbejdet og være åbne for, at nye erfaringer kunne ændre retningen. Det krævede løbende prioriteringer og opmærksomhed på forbindelserne mellem projekterne.

Vi ser derfor den langvarige, deltagende forskning som et væsentligt bidrag fra REFAS. Programmet er et eksempel på, hvordan mennesker med forskellige erfaringer kan udvikle viden sammen om problemer, der ændrer sig undervejs. Det tager tid og kræver ressourcer at skabe sådanne samarbejder. Erfaringerne taler for, at denne tid tænkes ind fra begyndelsen, når nye forsknings- og udviklingsforløb planlægges.

## Hvad lærte vi af den metodiske tilgang?

REFAS var inspireret af handlingsorienteret aktionsforskning og en partecipatorisk tilgang, hvor de mennesker, forskningen handler om, deltager i udviklingen af viden. Denne inspiration prægede organiseringen af det samlede program. De enkelte projekter havde samtidig deres egne

forskningsspørgsmål og metodiske tilgange. Det er derfor vigtigt at skelne mellem programmets fælles ramme for deltagelse og de metoder, som blev anvendt i de enkelte undersøgelser.

Som beskrevet i Del I: Partitur gav mødet mellem forskningstraditioner og organisatoriske logikker indimellem spændinger. Der var forskellige forståelser af forskningens formål, evidens og ønskede resultater. Når vi nu læser studierne sammen, må vi bevare opmærksomheden på disse forskelle. Studierne belyser beslægtede problemstillinger, men besvarer forskellige spørgsmål. De fælles temaer, vi fremhæver i kodaen, er vores samlede læsning af bidragene og må forstås med respekt for det enkelte studies grundlag og rækkevidde.

Åbenheden over for nye spørgsmål havde også sine betingelser. To planlagte projekter kunne ikke gennemføres på grund af manglende finansiering, mens nye projekter kom til undervejs. Programmet blev dermed formet af både faglige prioriteringer, deltageres bidrag og de ressourcer, der var til rådighed. Det har betydning for, hvilke sider af rekruttering og fastholdelse vi har kunnet belyse, og hvilke spørgsmål der fortsat må undersøges.

## Refleksivitet som en del af metoden

Vores egne roller kalder ligeledes på refleksion. Vi har været med til at sætte retning, invitere deltagere ind og skabe rammerne for dialogen. Nu er vi også med til at

vælge, hvilke forbindelser mellem bogens bidrag der træder frem. Nærheden til programmet giver os indsigt, men gør det samtidig nødvendigt at spørge, hvilke forståelser vi selv har taget for givet. En bred deltagerkreds gør det fortsat relevant at overveje, hvilke stemmer der har fået mest plads, og hvilke erfaringer vi mangler at høre.

I en aktionsforskningsinspireret tilgang er denne refleksivitet en del af det metodiske arbejde. Som forskere og programledere deltager vi i den praksis, vi undersøger, og må samtidig træde et skridt tilbage og se kritisk på vores egen deltagelse (Finlay, 2002). Vi er således både medskabende subjekter og gør vores egne handlinger, antagelser og positioner til genstand for undersøgelse. Bevægelsen mellem deltagelse og analytisk distance hjælper os med at undersøge, hvordan vores engagement former den viden, der bliver til.

Finlay (2002) beskriver refleksivitet som en undersøgelse af forskerens involvering og dens betydning for forskningsprocessen. Det indebærer her, at vi spørger, hvordan vores roller som programledere har påvirket de spørgsmål, der blev stillet, de relationer, der blev skabt, og de fortolkninger, vi fremhæver. Refleksivitet kræver, at vi er villige til at lade denne undersøgelse udfordre vores forståelse og få betydning for vores videre valg.

En beslægtet pointe findes hos Braun og Clarke (2019) i deres arbejde med refleksiv tematisk analyse. Her betragtes forskerens perspektiver og fortolkende arbejde som en aktiv

del af vidensproduktionen. Kvaliteten afhænger blandt andet af, at forskeren forholder sig undersøgende til sine antagelser og analytiske valg. Vi henviser til denne forståelse for at tydeliggøre refleksivitetens metodiske betydning. REFAS rummede forskellige metoder, og henvisningen betyder derfor ikke, at alle programmets undersøgelser anvendte refleksiv tematisk analyse.

Når erfaringerne bringes videre, må deres rækkevidde derfor overvejes. REFAS er udviklet i bestemte organisatoriske og geografiske sammenhænge i Region Sjælland. Andre arbejdspladser kan lade sig inspirere af indsigterne, men må undersøge, hvordan de passer til deres egne vilkår. Programmets bidrag omfatter også erfaringerne med at skabe et vedvarende samarbejde, hvor spørgsmål kan udvikles og forskellige perspektiver få betydning. Her ligger en metodisk læring, som kommende forskningsprogrammer kan bygge videre på.

# Referencer

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: The opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative Research*, 2(2), 209–230. <https://doi.org/10.1177/146879410200200205>

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. SAGE.

Lincoln, Y. S. (1986). The Development of Intrinsic Criteria for Authenticity: A Model for Trust in Naturalistic Researches. Paper præsenteret ved American Educational Research Association, San Francisco. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED270459.pdf>

Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4, 155–169. <https://doi.org/10.1007/BF01405730>

# KRITISKE VENNER

| Medlem                         | Stilling                                  | Tilknytning                        |
|--------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|
| Bibi Hølge-Hazelton            | Professor                                 | Sjællands Universitetshospital     |
| Lene Lauge Berring             | Professor                                 | Psykiatrien, Region Sjælland       |
| Birgitte Mortensen             | Chefsygeplejerske                         | Neurologisk afdeling, Roskilde     |
| Birgitte Ravn Olesen           | Lektor                                    | Roskilde Universitet               |
| Erik Lagerberg                 | Pårørenderepræsentant                     | Nykøbing Falster                   |
| Pelle Korsbæk Sørensen         | Docent                                    | Sygeplejerskeuddannelsen, Absalon  |
| Katrine Kottwitz Mathiasen     | Specialkonsulent                          | HR, Sjællands Universitetshospital |
| Helle Brink                    | Fælles tillidsrepræsentant                | Psykiatrien                        |
| Jesper Frederiksen             | Lektor i sygepleje                        | Medicinsk afdeling, Roskilde       |
| Kim Rose Olsen                 | Professor i sundhedsøkonomi               | Syddansk Universitet               |
| Lisbeth Hybholt                | Lektor i sygepleje                        | Psykiatrien                        |
| Lotte Helveg                   | Chefsygeplejerske                         | Psykiatrien Vest                   |
| Louise Jane Phillips           | Professor i kommunikation                 | Roskilde Universitet               |
| Malene Diana Harms             | HR-repræsentant                           | Psykiatrien                        |
| Anne Kaas Kochen               | Fælles tillidsrepræsentant                | Sjællands Universitetshospital     |
| Stella Sandfeld                | Chefsygeplejerske                         | Medicinsk afdeling, Roskilde       |
| Tina Lanther                   | Chefsygeplejerske                         | Hæmatologisk afdeling, Roskilde    |
| Ditte Køppen Thomsen           | Chefsygeplejerske                         | Psykiatrien Øst                    |
| Camilla Elisabeth Kou Andersen | Klinisk sygeplejespecialist               | Medicinsk afdeling, Roskilde       |
| Celina Elin Hedetoft           | Klinisk sygeplejespecialist               | Medicinsk afdeling, Roskilde       |
| Frederikke Warming             | Klinisk sygeplejespecialist               | Medicinsk afdeling, Roskilde/Nyk   |
| Andreas Henrik Christensen     | Sygeplejerske, fælles tillidsrepræsentant | Psykiatrien Syd                    |

# STYREGRUPPE

| Medlem                    | Stilling                        | Tilknytning                        |
|---------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Bibi Hølge-Hazelton       | Professor                       | Sjællands Universitetshospital     |
| Lene Lauge Berring        | Professor                       | Psykiatrien, Region Sjælland       |
| Susanne Lønborg Friis     | Sygeplejefaglig vicedirektør    | Sjællands Universitetshospital     |
| Dorthe Juul Lorenz        | Vicedirektør                    | Psykiatrien, Region Sjælland       |
| Anne Grethe Larsen        | Vicedirektør                    | Midt- og Vestsjællands hospital    |
| Charlotte Simoný          | Sygeplejefaglig forskningsleder | Midt- og Vestsjællands hospital    |
| Inge Kristensen           | Direktør                        | Dansk Selskab for Patientsikkerhed |
| Marianne Evers            | HR-chef                         | Region Sjælland                    |
| Inge Paamejer             | Sygeplejefaglig vicedirektør    | Nykøbing Falster Sygehus           |
| Trine Hedegaard Holgersen | Direktør                        | Det Nære Sundhedsvæsen             |
| Lise Tarnow               | Direktør                        | Steno Diabetes Center, Sjælland    |

# FORFATTERE

| Navn                             | Stilling under REFAS               | Ansættelsessted under REFAS                                                             |
|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Bibi Hølge-Hazelton              | Professor                          | Sjællands Universitetshospital/<br>Syddansk Universitet                                 |
| Lene Lauge Berring               | Professor                          | Psykiatrien, Region Sjælland/<br>Professionshøjskolen Absalon/<br>Syddansk Universitet  |
| Bettina<br>Willemoes-Thomsen     | P.hd.-studerende                   | Roskilde Universitet                                                                    |
| Lisbeth Lauge Andersen           | P.hd.-studerende                   | Roskilde Universitet/<br>UCL Erhvervsakademi og<br>Professionshøjskolen                 |
| Trine Vintersborg                | P.hd.-studerende                   | Syddansk Universitet/Psy-<br>kiatrien, Region Sjælland/<br>Professionshøjskolen Absalon |
| Caroline Liddy Voss<br>Rasmussen | Kandidatstuderende                 | Aalborg Universitet/<br>Rigshospitalet                                                  |
| Mie Fuglsang Hansen              | Kandidatstuderende                 | Aalborg Universitet/<br>Rigshospitalet                                                  |
| Nicoline Møller                  | Adjunkt                            | Københavns Professionshøj-<br>skole                                                     |
| Connie Berthelsen                | Professor                          | Medicinsk afdeling, Køge/<br>Syddansk Universitet                                       |
| Lise Bachmann<br>Østergaard      | Forskningsassistent                | Psykiatrien, Region Sjælland                                                            |
| Jesper Frederiksen               | Lektor                             | Medicinsk afdeling, Roskilde/<br>Syddansk Universitet                                   |
| Tina Lanther                     | Chefsygeplejerske                  | Hæmatologisk Afdeling,<br>Roskilde                                                      |
| Charlotte Simoný                 | Sygeplejefaglig<br>forskningsleder | Midt- og Vestsjællands hospi-<br>tal/ Syddansk Universitet                              |
| Lotte Helveg                     | Chefsygeplejerske                  | Psykiatrien Vest                                                                        |



# ET VILDT PROBLEM KALDER PÅ FLERE STEMMER

## PATIENTSIKKERHED OG SYGEPLEJERSKERS ARBEJDSMILJØ

Hvad får sygeplejersker til at vælge en arbejdsplads, og til at blive? Hvordan hænger deres arbejdsmiljø sammen med patienternes tryghed og sikkerhed? Og hvad kan vi få øje på, når forskning og praksis undersøger spørgsmålene sammen?

I forskningsprogrammet REFAS har forskere, sygeplejersker, ledere, patienter, pårørende og andre samarbejdspartnere gennem fem år (2021 – 2026) bidraget med forskellige erfaringer og perspektiver. Denne bog samler den viden og de fælles indsigter, der er blevet til undervejs.

Rekruttering og tilknytning til arbejdspladsen griber ind i spørgsmål om faglighed, ledelse, fællesskab og mulighederne for at yde god pleje. Bogen belyser disse forbindelser og viser, hvordan forskellige forskningsmetoder og et vedvarende samarbejde med praksis kan åbne nye veje til forståelse og handling. Undervejs undersøges også forskningens egne vilkår: Hvordan udvikler vi viden sammen, når problemerne er vilde, perspektiverne forskellige, og spørgsmålene forandrer sig?

Inspireret af musikkens sprog bevæger bogen sig fra ouverture og partitur over polyfoni og efterklang til koda og genklang og lader de mange stemmer komme til orde. Den henvender sig til alle, der arbejder med, uddanner til, leder eller forsker i sygepleje – og som ønsker at bidrage til et sundhedsvæsen, der er værd at arbejde i og værd at være patient i.