

Forandring af sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø

Et speciale omhandlende hvordan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes.

Antal anslag: 279606
Vejleder: Henrik Bøggild

Katrine Røntved Aaen
Katrine Prisak Pedersen
Marlene Maria Nielsen





AALBORG UNIVERSITET

Titelblad

Titel: Forandring af sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø - Et speciale omhandlende hvordan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes.

Tema: Hvordan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes samt hvilke elementer et forandringstiltag skal indeholde for at mindske sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol.

Afleveringsdato: 1. juni 2016

Universitet: Aalborg Universitet

Uddannelse: Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab

Semester: 4. semester

Projektgruppe: 16gr10309

Vejleder: Henrik Bøggild

Anslag med mellemrum: 279.606

Forord

Dette speciale er udarbejdet af gruppe 10309 på 4. semester af Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet i perioden 1. februar 2016 til 1. juni 2016. Det overordnede tema for specialet er *forandring af en sygdomsforebyggelses- eller sundhedsfremmeintervention på baggrund af et argumenteret beslutningsgrundlag.*

Med afsæt heri, er problemstillingen sygeplejerskers dårlige psykosociale arbejdsmiljø identificeret. Specialets forandringstiltag har til formål at forbedre sygeplejerskers psykosocial arbejdsmiljø, gennem modificering af sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol.

Vi takker medarbejdere i Region Nordjylland for et godt samarbejde og viljen til at inddrage os i problemområdet, sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø. Tak til den afsnitsledende sygeplejerske for informationer til udarbejdelsen af dette speciale. Yderligere skal der lyde en stor tak til både sygeplejersker og ledere på case-afdelingen, for stort engagement og deres bidrag til specialet.

Tak til vores vejleder Henrik Bøggild, som har bidraget med stor indsigt og viden omkring psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker, hvilket har medført mange interessante refleksioner igennem hele processen. Samtidig takker vi vejleder for stort engagement og interesse i specialet.

God læselyst.

Gruppe 16gr10309

Katrine Røntved Aaen

Katrine Prisak Pedersen

Marlene Maria Nielsen

Resumé

Titel: Forandring af sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø - Et speciale omhandlende hvordan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes.

Baggrund: Sygeplejersker er udsat for mange arbejdsmiljørisici, hvor psykosociale risici er den mest markante arbejdsmiljørisici for sygeplejersker i Danmark. Sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø har gennemgået en negativ udvikling i perioden 2012 til 2015. Derudover vurderes det, at der er risiko for en yderligere forværring, grundet et stigende pres på sundhedsvæsenet. Et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø kan få negative konsekvenser for den enkelte sygeplejerskes helbred og trivsel samt for patientsikkerheden.

Formål: Specialets formål er at udvikle et forandringstiltag, der har til formål at mindske sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol for derigennem at forbedre sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø.

Metode: Forskellige metoder inddrages, for at besvare specialets problemformulering. I specialet anvendes et litteraturstudie samt to semistrukturerede interviewundersøgelser. Der anvendes en deduktiv tilgang, hvor Robert Karasek og Töres Theorells krav-kontrol model samt John Kotters teori om forandringsledelse inddrages.

Resultater: Specialets resultater viser, at elementer som medinddragelse, social støtte fra medarbejderne, social støtte fra ledelsen, kompetenceløft og forudsigelighed, alle har betydning for, hvordan sygeplejerskerne oplever ubalance mellem krav og kontrol. Forbedring af sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø kan ske igennem tiltag som miks-møder, fælles pauser, vagtplanlægning, tavle-personalemøder, forbedringstavle, morgentavlemøder, sociale og faglige arrangementer, synlig og anerkendende ledelse, kompetenceløft i hverdagen samt planlægning og koordinering i form af blandt andet prioriteringstrekanten, da alle tiltag kan bidrage til at modificere sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol.

Konklusion: Et forandringstiltag, der har til sigte at mindske sygeplejerskers ubalance mellem krav og kontrol, kan med fordel indeholde elementerne undervisningsseancer, supervision, faglige sociale arrangementer og miks-møder.

Nøgleord: Forandring, udvikling, sygeplejerske, psykosocialt arbejdsmiljø, krav, kontrol, social støtte, indflydelse, kommunikation og kompetenceudvikling.

Abstract

Title: Change in nurses' psychosocial work environment - A thesis concerning how nurses experience imbalance between demand and control can be reduced.

Background: Nurses are exposed to many work environment risks with the psychosocial risks being the most significant in Denmark. The nurses' psychosocial work environment has undergone a negative development from 2012-2015. It is estimated that there is a risk of further deterioration due to increasing pressure on healthcare. A poor psychosocial work environment can have negative consequences for the individual nurse's health and wellbeing as well as for patient safety.

Objective: The aim of this thesis is to develop an intervention, which aims to reduce nurses' experience imbalance between demand and control in order to improve their psychosocial work environment.

Method: Various methods are included, in order to answer the research question. The thesis used a literature study and two qualitative semi-structured interviews. Using a deductive approach, Robert Karasek and Töres Theorells demand-control model and John Kotter's theory leading change is included.

Results: The thesis results show that elements such as participation, social support from the employees, social support from the management, skills development and predictability, all have an impact on how nurses experience the imbalance between demand and control. Improving nurses' psychosocial work environment can be done through initiatives such as mix-meetings, joint breaks, shift planning, board-staff meetings, improving blackboard, morning board meetings, social and professional events, visible and appreciative leadership, skills development during the work day as well as planning and coordination in the form of priorities triangle. These are all initiatives that can contribute to modify the nurses' experience of the imbalance between demand and control.

Conclusion: An intervention that aims to reduce nurses' imbalance between demand and control, may advantageously contain elements such as training sessions, supervision, professional social events and mix-meetings.

Keywords: Change, development, nurse, psychosocial work environment, demand, control, social support, influence, communication and skills development.

Læsevejledning

Nedenstående illustrerer specialets opbygning, for at skabe overblik over specialets fremgangsmåde. Der indgår 11 afsnit, som hver indeholder en række underafsnit.

Initierende problem og Problemanalyse

Sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø problematiseres, udfoldes og afgrænses.

Problemformulering

Problemformulering udarbejdet på baggrund af problemanalyse og afgrænsning præsenteres. Yderligere præsenteres case-afdelingen.

Videnskabsteoretisk position

Specialets videnskabsteoretiske positionering præsenteres.

Forskningstype og forskningsdesign

Anvendt forskningstyper og forskningsdesign præsenteres.

Teoretisk referenceramme

Anvendt teori præsenteres. Teorien udfoldes i forhold til relevans for specialet.

Metode

Anvendt metode præsenteres og begrundes. Yderligere er etiske overvejelser i forhold til anvendt metode udfoldet.

Resultater samt analyse

Resultater fra specialets undersøgelser præsenteres. Yderligere analyseres disse på baggrund af specialets teoretiske referenceramme.

Diskussion

Specialets metode samt resultater diskuteres i to særskilte afsnit.

Implementering

Implementering af udviklede forandringstiltag fra diskussionsafsnit præsenteres.

Konklusion

Specialets problemformulering besvares.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	1
2. Problemanalyse	3
2.1 Definition af psykosocialt og psykisk arbejdsmiljø	3
2.2 Sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø	5
2.3 Håndhævelse af det psykosociale arbejdsmiljø	9
2.3.1 Arbejdstilsynets indsats.....	10
2.4 Stor arbejdsmængde og tidspres	11
2.4.1 Konsekvenserne ved ubalance mellem krav og kontrol.....	12
2.5 Påbud for dårligt psykosocialt arbejdsmiljø	14
2.5.1 Sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol.....	17
2.5.2 Forebyggelse af ubalance mellem krav og kontrol.....	18
2.6 Afgrænsning	20
3. Problemformulering	21
3.1 Case-beskrivelse	22
4. Hermeneutisk videnskabsteoretisk position	23
4.1 Specialegruppens forståelseshorisont	24
5. Forskningstype og forskningsdesign	26
5.1 Den forstående forskningstype	26
5.2 Den handlingsrettede forskningstype	26
5.3 Casestudie	27
6. Teoretisk referenceramme	29
6.1 Robert Karasek og Töres Theorell	29
6.1.1 Krav-kontrol modellen.....	29
6.1.2 Social støtte.....	32
6.2 John Kotter	33
6.2.1 Otte trins modellen.....	34
7. Metode	40
7.1 Litteraturstudie	40
7.1.1 Litteratursøgning til initierende problem og problemanalyse.....	40
7.1.2 Litteratursøgning til problembearbejdning.....	41
7.2 Kvalitativ empirisk interviewundersøgelse	42
7.2.1 Ethiske overvejelser.....	43
7.2.2 Design.....	44
7.2.3 Interview.....	50
7.2.4 Transskription.....	51
7.2.5 Analysestrategi.....	52
8. Resultater	54
8.1 Analyse af resultater fra litteraturstudie	54
8.1.1 Medinddragelse og aktiv deltagelse.....	55
8.1.2 Arbejdsfordeling og handlingsplaner.....	57
8.1.3 Social støtte fra ledelsen.....	58
8.2 Analyse af empiri fra 1. interviewundersøgelse	58

8.2.1 Medinddragelse	59
8.2.2 Ny organisering af arbejdet.....	60
8.2.3 Social støtte fra lederen	63
8.2.4 Medarbejderne i forandringsprocessen	64
8.3 Analyse af empiri fra 2. interviewundersøgelse.....	66
8.3.1 Oplevelsen af det psykosociale arbejdsmiljø	67
8.3.2 Social støtte blandt sygeplejerskerne	68
8.3.3 Sygeplejerskernes arbejdsgang.....	72
8.3.4 Synlig og anerkendende ledelse	78
8.3.5 Kompetenceløft.....	79
8.3.6 Opsamling	81
9. Diskussion	83
9.1 Diskussion af teoretisk referenceramme	83
9.1.1 Karasek og Theorells krav-kontrol model	83
9.1.2 John Kotters otte trins model	84
9.2 Diskussion af metode.....	84
9.2.1 Diskussion af litteraturstudie.....	85
9.2.2 Diskussion af den kvalitative empiriske undersøgelse	87
9.3 Diskussion af resultater	92
9.3.1 Kompetenceudvikling.....	92
9.3.2 Social støtte blandt sygeplejerskerne	98
9.4 Forandringstiltag	105
10. Implementering	106
11. Konklusion.....	112
12. Referenceliste	113

1. Initierende problem

I Danmark er der hvert år 300.000 danske lønmodtagere, som føler sig overbelastet grundet et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø (Lichtenberg & Juul 2015). Psykosociale arbejdsbelastninger kan forårsage hjertekar-sygdomme, stress og udbrændthed, hvilket er faktorer, som kan påvirke individet fysisk, psykisk og socialt (Eller et al. 2009; Mark & Smith 2012; Christensen et al. 2012). Det ses ligeledes at personer, som arbejder i et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, har 30 procent større risiko, for at modtage sygedagpenge (Lichtenberg & Juul 2015). Derudover anslås det, at psykosocialt arbejdsmiljø årligt er medvirkende årsag til cirka 1.400 dødsfald (Christensen et al. 2012). Foruden disse konsekvenser for det enkelte individ, er der også store samfundsmæssige omkostninger forbundet med et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, i form af behandlingsudgifter og overførelsesindkomster til personer, der forlader arbejdsmarkedet, som følge heraf (Arbejdstilsynet 2004). Et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø fremstår dermed både som et problem for individet og samfundet.

Hospitaler er en af de branchegrupper, som oplever flest negative påvirkninger, såsom trusler om vold, højt arbejdstempo samt uforudsigelighed, hvilket kan medføre et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, hvormed medarbejderen hurtigere nedslides psykisk (Graversgård 2011).

Sygeplejersker er en faggruppe, som er udsat for mange arbejdsmiljørisici, hvor psykosociale risici er blevet den mest markante arbejdsmiljørisici for sygeplejersker i Danmark. Psykiske lidelser, som konsekvens af dårligt psykosocialt arbejdsmiljø er nu hovedårsagen til, at sygeplejersker får bevilget førtidspension, hvor det tidligere var fysiske lidelser (Jacobsen 2015). Det ses ligeledes, at sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø kan få negative konsekvenser for kvaliteten samt udviklingen af sygeplejen og dermed patientsikkerheden, samt den enkelte sygeplejerskes helbred og trivsel (Dybbroe 2015). Ydermere ses det i et notat fra Dansk Sygeplejeråd, at sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø generelt har udviklet sig negativt i perioden 2012 til 2015 (Sørensen 2016). Sygeplejerskers dårlige psykosociale arbejdsmiljø kan dels forklares ved, at der igennem de seneste år er sket større ændringer i den offentlige sektor grundet et øget fokus på effektivisering (Jørgensen 2015). Det kan ydermere ses som en konsekvens af, at befolkningen bliver ældre og ældre, hvormed presset på sundhedsvæsenet stiger, da dette medfører øget behov for pleje og behandling, hvilket øger presset på de sundhedsprofessionelle (Arbejdstilsynet 2010), herunder sygeplejersker. På baggrund af det stigende pres på sundhedsvæsenet vurderes det, at sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø er i risiko for yderligere forværring. Ovenstående understreger behovet for en forandring af sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø, således

sygeplejerskers sundhedstilstand ikke forringes i forbindelse med deres arbejde samt for at sikre kvaliteten i sygeplejen.

2. Problemanalyse

Specialets problemanalyse har til formål at udfolde ovenstående initierende problem, omhandlende sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø med henblik på at afgrænse specialets problemstilling.

2.1 Definition af psykosocialt og psykisk arbejdsmiljø

Ved litteraturgennemgang omhandlende sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø, er begreberne *psykisk* og *psykosocialt* arbejdsmiljø fremkommet (Kristensen 2013; Patientsikkerhedsdatabase 2009; Bourbonnais et al. 2006; Adriaenssens et al. 2008; Jönsson 2012). Der findes ikke en fælles anerkendt definition på psykosocialt arbejdsmiljø (Videncenter for Arbejdsmiljø 2016), det er derfor valgt at tage udgangspunkt i Videncenter for Arbejdsmiljø og Arbejdstilsynets definitioner, da disse vurderes som betydningsfulde aktører indenfor arbejdsmiljøområdet i Danmark.

Videncenter for Arbejdsmiljø er en del af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2014b). Arbejdstilsynet er den offentlige myndighed på arbejdsmiljøområdet, hvor arbejdsmiljøloven sætter rammerne for det arbejde Arbejdstilsynet udfører (Arbejdstilsynet 2016d). Videncenter for Arbejdsmiljø definerer det psykosociale arbejdsmiljø som:

”Det psykosociale arbejdsmiljø er fx forholdet til chefen, kolleger, kunder og klienter eller andre, man skal samarbejde med. Det kan også være forhold omkring arbejdets organisering, fx balancen mellem ressourcer og krav eller mellem indsats og belønning. Alle disse faktorer påvirker vores trivsel på arbejdspladsen” (Videncenter for Arbejdsmiljø 2016, s. 1).

Videncenter for Arbejdsmiljø har i definitionen fokus på det enkelte individ samt, hvordan organisationen¹ omkring den enkelte medarbejder og samarbejdspartnere påvirker det psykosociale arbejdsmiljø. Dette kommer til udtryk ved, at det psykosociale arbejdsmiljø omhandler den enkeltes relation til forskellige samarbejdspartnere og, hvordan disse påvirker det psykosociale arbejdsmiljø, men ligeledes, hvordan organisatoriske faktorer påvirker det psykosociale arbejdsmiljø og herunder den enkelte. Videncenter for Arbejdsmiljø redegør dermed for, at der er flere faktorer, som har indvirkning på det psykosociale arbejdsmiljø og, at disse faktorer påvirker medarbejderens trivsel på arbejdspladsen, hvilket må betyde, at det psykosociale arbejdsmiljø er afgørende for, hvordan den enkelte medarbejder trives på arbejdspladsen.

Arbejdstilsynet definerer psykisk arbejdsmiljø som:

¹ ”[...] et socialt system, som er bevidst konstrueret med det formål at løse særlige opgaver og realisere bestemte mål” (Jacobsen & Thorsvik 2014, s. 15).

”Psykisk arbejdsmiljø dækker over en lang række forhold på arbejdspladsen. Det gælder arbejdets organisatoriske og teknologiske betingelser, arbejdets indhold, og den måde arbejdet er tilrettelagt på. Det gælder også samspillet mellem ledelse og medarbejdere, og mellem kolleger indbyrdes. De nævnte forhold har betydning for medarbejdernes psykiske og fysiske helbred, for deres opfattelse af sig selv og for deres sociale liv. Alt i alt kan man sige, at psykisk arbejdsmiljø spiller ind på medarbejderens livskvalitet” (Arbejdstilsynet 2004, s. 7).

Arbejdstilsynet redegør, som Videncenter for Arbejdsmiljø, for at psykisk arbejdsmiljø omhandler flere faktorer. Arbejdstilsynet argumenterer ligeledes for, at hele organisationen har betydning for det psykiske arbejdsmiljø samt, at relationer til samarbejdspartnere på arbejdspladsen har betydning herfor. I modsætning til Videncenter for Arbejdsmiljø redegør Arbejdstilsynet for, at det psykiske arbejdsmiljø har betydning for den enkeltes livskvalitet og derved ikke blot den enkeltes trivsel på arbejdspladsen. Baggrunden herfor er, at det psykiske arbejdsmiljø kan påvirke den enkelte medarbejders helbred både af psykisk og fysisk karakter, samt få betydning for selvopfattelse og det sociale liv. Det betyder, at den enkelte medarbejders hverdagsliv kan påvirkes på baggrund af det psykiske arbejdsmiljø og dermed rækker det psykiske arbejdsmiljø ud over arbejdspladsen. Arbejdstilsynets definition vurderes derfor at indeholde en bredere forståelse i forhold til konsekvenser af et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, da dette indbefatter, hvordan det psykiske arbejdsmiljø påvirker hele individets liv, mens Videncenter for Arbejdsmiljø's definition er afgrænset til trivsel på arbejdspladsen.

Ud fra ovenstående vurderes det, at begreberne psykisk arbejdsmiljø og psykosocialt arbejdsmiljø, begge omhandler, at organisatoriske faktorer og sociale relationer har betydning for arbejdsmiljøet. Det vurderes derfor, at begreberne *psykisk* og *psykosocialt* arbejdsmiljø kan sidestilles på flere punkter, hvorfor der i nærværende speciale tages udgangspunkt i begge definitioner. Begrebet *psykosocialt* arbejdsmiljø anvendes, som synonym for psykisk arbejdsmiljø, da dette begreb tydeliggør, at det psykosociale arbejdsmiljø vedrører flere faktorer og fordi begrebet psykosocialt arbejdsmiljø benyttes nationalt og internationalt (Adriaenssens et al. 2008; Jönsson 2012; DPSD 2009; Malloy & Penprase 2010). Psykosocialt arbejdsmiljø omhandler således medarbejderens fysiske, psykiske og sociale velbefindende på arbejdspladsen samt, hvordan den enkelte medarbejders hverdagsliv påvirkes heraf, hvilket afhænger af individuelle faktorer, organisatoriske faktorer samt sociale relationer på den pågældende arbejdsplads. Fremadrettet vil dette danne baggrund for specialets definition af det psykosociale arbejdsmiljø.

Ovenstående afsnit belyser kompleksiteten i det psykosociale arbejdsmiljø, hvor flere faktorer har indvirkning på, hvordan det psykosociale arbejdsmiljø opleves, herunder at organisatoriske faktorer og sociale relationer har betydning for det psykosociale arbejdsmiljø.

2.2 Sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø

På baggrund af en systematisk litteratursøgning, som beskrives nærmere i afsnit 7.1 *Litteraturstudie* er der fremkommet forskellige dimensioner relateret til sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø, hvilke udfoldes i følgende afsnit, for herigennem at opnå en større forståelse for, hvad der har indvirkning på sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø.

Det er fundet, at organisatoriske forandringer har indflydelse på, hvordan sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø opleves. Sygeplejersker har de seneste år været involveret i en række forandringer i sundhedsvæsenet og der er set en sammenhæng til utilfredshed blandt sygeplejersker og belastninger for sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø (Kristensen 2013; Aiken et al. 2002). Sygeplejersker gennemgår i gennemsnit 2,5 organisatoriske forandringstiltag pr. år, som omlægninger, nedskæringer og fyringer (Kristensen 2013), hvilket kan betyde, at sygeplejerskers arbejde ofte er i forandring. Et studie omhandlende sundhedspersonalets vurdering af kvaliteten i patientbehandlingen under organisatoriske forandringer viser, at 60 procent af sygeplejerskerne mener, at kvaliteten af sygeplejen blev forringet i den pågældende forandringsperiode (Arnetz 1999). På baggrund af ovenstående vurderes disse organisatoriske forandringer at påvirke sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø, da sygeplejersker ikke føler at kunne levere sygepleje af god kvalitet. Dette kan skyldes mindre tid til udførelse af sygeplejefaglige opgaver, da nedskæringer kan betyde, at der vil være færre sygeplejersker til at udføre arbejdsopgaverne. Sammenlægninger eller omlægninger betyder nye arbejdsgange, der kan bevirke, at sygeplejersker oplever arbejdet som uforudsigeligt, såfremt disse ikke kommunikerer tilstrækkeligt under forandringsprocessen (Kristensen 2013), hvorved sygeplejersker kan opleve arbejdet som uhåndterbart, grundet uklarheder i arbejdsopgaverne. Idet Kristensen 2013 er en rapport, udarbejdet til Dansk Sygeplejeråd, kan der være interessenter i forhold til udgivelsen af rapporten, i form af fokus på et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne. Der kan derfor stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt nogle sygeplejersker oplever sammenlægninger og omlægninger positivt og som medvirkende til en forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø.

Der er sket organisatoriske forandringer i måden, hvorpå patientforløb er tilrettelagt idet, indlæggelsestiden de seneste år er reduceret (Kristensen 2013). Dette bevirker et stort patientflow, som ydermere kan være medvirkende til oplevelsen af et stressende arbejdsmiljø for sygeplejersker (Hallin & Danielson 2007). Den kortere indlæggelsestid er medvirkende forklaring til en stigning i produktiviteten i sundhedsvæsenet siden år 2000. Samtidig er den kortere indlæggelsestid medvirkende til et øget pres på sygeplejerskerne, da det store skift i patienter medfører krav til dokumentation, kommunikation og koordinering (Kristensen 2013). Derudover opstår der fortsat nye politiske krav til sundhedsvæsenet om millionbesparelser, hvilket kan betyde fyringer, effektivisering samt produktionsstigning (Kjeldsen & Dreyer-Kramshøj 2015), som kan betyde, at nye krav skal imødekommes. Ovenstående belyser et eksempel på, hvordan sygeplejerskers arbejde er forandret og, hvordan sygeplejersker ofte befinder sig i en forandring grundet politiske krav, hvorved der stilles nye krav til sygeplejerskerne. Det fremkommer, at organisatoriske forandringer kan have indvirkning på, hvordan sygeplejersker oplever det psykosociale arbejdsmiljø, da disse organisatoriske forandringer bevirker yderligere pres på sygeplejerskerne. Det ses dermed, at forandringer og politiske krav har betydning for sygeplejerskers sundhedstilstand.

Det er ydermere fundet, at sygeplejerskers udviklingsmuligheder har betydning for, hvordan det psykosociale arbejdsmiljø opleves (Bach et al. 2011). Til trods for, at sygeplejersker oplever et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø viser en undersøgelse, at sygeplejersker mener, at de har et udviklende og meningsfuldt arbejde (Kristensen 2013). Sygeplejersker oplever, at tid til patienterne, hvor der er mulighed for at støtte og tale med patienten, kan medvirke til personlig og faglig udvikling samt trivsel (Hallin & Danielson 2007). På baggrund af ovenstående litteratur, der viser at sygeplejerskerne har en oplevelse af, at der sker en forringelse af plejen i forandringsperioder, kan denne forringelse af plejen også antages at have betydning for sygeplejerskens tid med patienten og dermed udviklingsmuligheder, hvor disse reduceres i forandringsperioder. Udviklingsmuligheder kan defineres som sygeplejerskers muligheder, for at udvikle sig fagligt ved at lære nyt og som krav, der udfordrer sygeplejersken. Sygeplejerskers udviklingsmuligheder kan have betydning for jobtilfredsheden samt motivationen og anses derfor ofte, som en positiv dimension i det psykosociale arbejdsmiljø. Sygeplejersker er blandt de faggrupper, der vurderer deres muligheder for udvikling signifikant højere end gennemsnittet (Bach et al. 2011). Mulighederne for udvikling kan også blive en belastning, hvis kravene opleves som for høje, og det kan forekomme vanskeligt for sygeplejersker at balancere mellem, hvad der opleves som en udfordring eller en belastning

(Hallin & Danielson 2007). Sygeplejerskers udviklingsmuligheder har således en positiv indflydelse på, hvordan det psykosociale arbejdsmiljø opleves så længe, at disse udviklingsmuligheder ikke overskrider den enkeltes ressourcer og dermed fremstår som et krav til den enkelte sygeplejerske. Sygeplejerskers krav i arbejdet har ligeledes indflydelse på, hvordan det psykosociale arbejdsmiljø opleves. Sygeplejersker oplever høje krav i deres arbejde, hvilket indbefatter både udtalte og ikke-udtalte forventninger fra arbejdsplads, arbejdsgiver, patienter og/eller sygeplejersken selv (Kristensen 2013; Hallin & Danielson 2007). På baggrund af ovenstående, kan krav til sygeplejersker antages at være både udefrakommende, som eksempelvis fra kolleger, ledelse og lovgivning, men også som krav fra sygeplejersken selv. De krav sygeplejersker stiller til sig selv, kan omhandle, at de, indenfor arbejdstiden, skal udføre så mange opgaver som muligt, med det formål at skabe plads til akutte situationer (Hallin & Danielson 2007). Krav fra ledelse og politikere, kan være krav til dokumentation, hvilket sygeplejersker kan opleve som noget, der tager tid fra patienten (Hallin & Danielson 2007). Dette kan betegnes som kvantitative krav, hvilket omhandler arbejdsmængde, hvor mængden af arbejdsopgaver og den tid sygeplejersken råder over er afgørende for, hvorvidt disse opleves som en belastning (Kristensen 2013), hvormed de kvantitative krav ligeledes kan have en negativ sammenhæng med sygeplejerskers mentale helbred (Aust et al. 2007). Idet kravene fra ledelse og politikere kan tage tid fra sygeplejerskers tid med patienten, kan dette også reducere sygeplejerskers udviklingsmuligheder, da disse, som set tidligere, kan opstå i mødet med patienten. Kravene kan dermed både have betydning for sygeplejerskers oplevede belastning og udviklingsmuligheder.

Det er fundet, at social støtte på arbejdspladsen, i form af støtte fra kolleger og ledelse, ses at have en sammenhæng med, hvordan sygeplejersker oplever det psykosociale arbejdsmiljø (Bach et al. 2011; Kristensen 2013; Hall 2007). Ledelsens rolle har betydning for sygeplejerskers oplevelse af det psykosociale arbejdsmiljø og det psykosociale arbejdsmiljø påvirkes af ledelsesstilen (Malloy & Penprase 2010). Den afsnitsledende sygeplejerske har ansvaret, for at skabe rammerne for, at det psykosociale arbejdsmiljø har en positiv indflydelse på patienten såvel som sygeplejersken. Yderligere har ledelsesstilen betydning for sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø og kvaliteten af plejen (Malloy & Penprase 2010). Social støtte fra ledelsen har en positiv betydning for sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø, samt en positiv indflydelse på kvaliteten af sygeplejen, hvilket kan være medvirkende til øget patientsikkerhed (Kristensen 2013). Den afsnitsledende sygeplejerske, som besidder de ledelsesstile, der kaldes transformerende og betinget belønning er de

ledelsesstile, som har sammenhæng til flest positive effekter i forhold til sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø. Transformerende ledelsesstil omhandler blandt andet det at være inspirerende, tillidsfuld samt at udvise integritet. Betinget belønning omhandler, at lederen belønner og anerkender resultater (Malloy & Penprase 2010). Omvendt er den passive undvigende ledelsesstil en stil, hvor lederen undgår involvering med sygeplejerskerne, hvilket associeres med lavere jobtilfredshed blandt sygeplejerskerne (Malloy & Penprase 2010). Ledelsesstilen ses at have en betydningsfuld rolle i sygeplejerskers oplevelse af det psykosociale arbejdsmiljø, hvorved denne både kan have en positiv og negativ indvirkning, alt efter hvor støttende og inddragende lederen formår at være.

Støtte fra kolleger har indflydelse på det psykosociale arbejdsmiljø og dermed medarbejderens sundhed (Bach et al. 2011). Støtte i denne sammenhæng defineres som social støtte, der omhandler det at modtage den nødvendige hjælp på et tidspunkt, hvor det opleves nødvendigt (Bach et al. 2011). Sygeplejersker er blandt de faggrupper, som oplever signifikant mere støtte fra kolleger end gennemsnittet (Bach et al. 2011; Kristensen 2013). På baggrund af denne oplevede støtte fra kolleger kan det antages, at sygeplejersker har et godt sammenhold, hvor de føler sig medansvarlige overfor deres kollegers arbejdsopgaver, hvilket kan være medvirkende til at styrke det psykosociale arbejdsmiljø. Ovenstående kan indikere, at sygeplejersker anser støtte fra kollegerne, som en central dimension i at få arbejdsdagen til at fungere, hvorved den sociale støtte fra kolleger har en positiv indflydelse på, hvordan det psykosociale arbejdsmiljø opleves. Der kan stilles spørgsmålstegn ved, om denne sociale støtte kan få en negativ indvirkning på oplevelsen af det psykosociale arbejdsmiljø, da dette stiller krav til den enkelte sygeplejerske om, at være støttende overfor sine kolleger, hvorved det kræver, at den enkelte sygeplejerske har de fornødne ressourcer. Det ses dermed, at flere faktorer har indflydelse på og sammenhæng med det psykosociale arbejdsmiljø og, hvordan dette opleves, hvorved sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø anses som værende et kompleks problem, grundet de mange faktorer, der har indvirkning herpå.

I ovenstående afsnit fremanalyses kompleksiteten af problemstillingen, sygeplejerskers oplevelse af et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, hvorved det er fundet, at flere faktorer har indvirkning herpå. Yderligere er det fundet, at flere faktorer kan påvirke det psykosociale arbejdsmiljø i en positiv og negativ retning. I den forbindelse findes det relevant at undersøge, hvem der skal sikre, at ansvaret

for det psykosociale arbejdsmiljø varetages, således at sygeplejerskers sundhedstilstand ikke påvirkes af arbejdet.

2.3 Håndhævelse af det psykosociale arbejdsmiljø

Arbejdstilsynet har til opgave at vejlede virksomheder til forbedring af arbejdsmiljø og tilse, hvorvidt lovgivningen omkring arbejdsmiljø overholdes (Beskæftigelsesministeriet 2010). Arbejdstilsynet har igennem § 77 mulighed for, at træffe en afgørelse² om, at den enkelte virksomhed skal forbedre et forhold, som ved tilsynsbesøg er anset, som værende i strid med lovgivning (Beskæftigelsesministeriet 2010). Bekendtgørelse om arbejdets udførelse anvendes generelt ved afgørelser omkring psykosocialt arbejdsmiljø, og i § 4 fremgår det blandt andet, at arbejdets udførelse skal sikres, således at arbejdet hverken på lang eller kort sigt forværrer medarbejdernes sundhed og sikkerhed (Arbejdstilsynet 2016c). Det ses dermed, at arbejdsgiveren ifølge loven skal tage højde for, hvorvidt det psykosociale arbejdsmiljø har konsekvenser for eksempelvis sygeplejerskers sundhedstilstand.

Arbejdstilsynets afgørelser omkring psykosocialt arbejdsmiljø er baseret på tilsynsbesøg på en virksomhed, oftest i form af observation og gruppesamtaler. Der kan derfor stilles spørgsmålstejn ved, om den pågældende dag, hvorpå Arbejdstilsynet besøger en virksomhed kan være udtryk for et reelt billede af det psykosociale arbejdsmiljø, eller om det blot er et øjebliksbillede af eksempelvis en arbejdsdag med sygemeldinger eller andre uforudsete problematikker, som har været medvirkende til, at en afdeling oplevede travlhed netop den dag. Virksomhederne har dog efterfølgende mulighed for at komme med indvendinger eller rettelser til afgørelsen således, at Arbejdstilsynet træffer en reel og pålidelig afgørelse. Virksomheden har ydermere mulighed for at klage over afgørelsen, i forbindelse med uenigheder (Arbejdstilsynet 2016h). På denne baggrund vurderes det, at såfremt virksomheden accepterer afgørelsen, må dette betyde, at Arbejdstilsynets observationer vedrørende arbejdsmiljøet er korrekte.

Det fremgår af arbejdsmiljøloven § 5, at: ”Sikkerheds- og sundhedsarbejdet i den enkelte virksomhed varetages gennem samarbejde mellem arbejdsgiveren, arbejdslederne og de øvrige ansatte” (Beskæftigelsesministeriet 2010, s. 1). Arbejdsgiver besidder altså ansvaret for, at arbejdsmiljølovgivningen overholdes, hvor ansatte og ledelse har pligt til at blive inddraget samt

² I forlængelse af et tilsynsbesøg kan en virksomhed modtage en afgørelse fra Arbejdstilsynet, når arbejdsmiljølovgivningen ikke er overholdt. En afgørelse kan eksempelvis være: påbud med frist, strakspåbud, afgørelse uden påbud og forbud (Arbejdstilsynet 2013).

deltage i samarbejde om arbejdsmiljøet (Arbejdstilsynet 2016f). Derudover fremgår det af § 6b, at virksomheder med 35 ansatte eller flere, hvilket sygeplejersker ansat på sygehusafdelinger må indbefatte, skal organisere ovenstående samarbejde internt ved oprettelse af en arbejdsmiljøorganisation (AMO). AMO skal bestå af arbejdsmiljøudvalg og arbejdsmiljøgruppe, hvor arbejdsmiljøgruppen består af en valgt arbejdsmiljørepræsentant samt en udpeget arbejdsleder, som har til formål at belyse og forebygge arbejdsmiljøproblemer (Arbejdstilsynet 2016f). Virksomheden kan også vælge at udarbejde en organisations- og virksomhedsaftale, hvilket bevirker en anden organisering af AMO, som kan være en MED-aftale (Videncenter for arbejdsmiljø 2015). Ud fra ovenstående placeres ansvaret for det psykosociale arbejdsmiljø hos virksomheden, mens det er Arbejdstilsynet opgave, at føre tilsyn med om virksomheden overholder arbejdsmiljølovgivningen og varetager ansvaret for det psykosociale arbejdsmiljø.

2.3.1 Arbejdstilsynets indsats

I 2014 besøgte Arbejdstilsynet 74 virksomheder indenfor branchen hospitaler³, som en del af en tilsynsindsats målrettet sygeplejersker, med fokus på psykosocialt arbejdsmiljø. Som resultat af denne tilsynsindsats fik 43 virksomheder ud af de 74 mindst en afgørelse omkring psykosocialt arbejdsmiljø. Samlet blev der givet 105 afgørelser i forhold til psykosocialt arbejdsmiljø (Arbejdstilsynet 2016b). 2014 er det første år, hvor antallet af afgørelser omkring psykosocialt arbejdsmiljø overstiger antallet af besøgte virksomheder. Dette kan være et udtryk for, at netop tilsynsindsatsen i 2014 fik tildelt flere midler, med det formål at kunne udføre en mere dybdegående indsats. På denne baggrund afspejler antallet af påbud derfor ikke nødvendigvis problemets omfang, da tilsynsindsatsen ikke har besøgt alle hospitalsafdelinger. Der kan derfor stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt flere midler til tilsynsindsatsen kunne have øget antallet af afgørelser. Det kan betyde, at det psykosociale arbejdsmiljø tidligere har været et emne, der ikke i samme grad har været prioriteret som på nuværende tidspunkt og, at denne tilsynsindsats i 2013-2015 har været medvirkende til et fokus på problemets kompleksitet og omfang. Det fremgår af Arbejdstilsynets database, at påbud omkring psykosocialt arbejdsmiljø er faldende fra 2014 til 2015 (Arbejdstilsynet 2015). Det kan antages, at Arbejdstilsynets opmærksomhed på det psykosociale arbejdsmiljø kan have været medvirkende til et faldende antal af arbejdsmiljøproblemer. Dette fald af mængden af påbud kan også være et udtryk for, at Arbejdstilsynets indsats forgik i 2014 og, at der ikke er

³ Arbejdstilsynet har registreret 234 virksomheder inden for branchen hospitaler. Disse virksomheder indbefatter eksempelvis både offentlige og private hospitaler, universitetshospitaler, smertecentre og psykiatriske afdelinger (Arbejdstilsynet 2016e).

samme ressourcer til at føre tilsyn i 2015. Antallet af afgørelser er dog fortsat højt og det kan derfor tyde på, at problemets omfang fortsat er stort.

Arbejdstilsynet uddelte under tilsynsindsatsen i 2014, afgørelser indenfor følgende seks områder: *psykisk førstehjælp, stor arbejdsmængde og tidspres, vold og traumatiske hændelser, høje følelsesmæssige krav, mobning herunder seksuel chikane og øvrige psykisk arbejdsmiljø*. På baggrund af tilsynsindsatsen fremhæver Arbejdstilsynet *stor arbejdsmængde og tidspres*, som den største risikofaktor (Arbejdstilsynet 2016b), hvorfor der i nærværende speciale afgrænses til denne problematik.

2.4 Stor arbejdsmængde og tidspres

På baggrund af ovenstående analyse af Arbejdstilsynets indsats rettet mod sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø, bearbejdes problemstillingen stor arbejdsmængde og tidspres yderligere, da denne fremstår som den største problemstilling indenfor sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø.

Ifølge Arbejdstilsynet omhandler stor arbejdsmængde og tidspres forholdet mellem den tid sygeplejersker har til rådighed og de opgaver, der skal udføres (Arbejdstilsynet 2016g). I praksis kommer dette til udtryk ved manglende pauser i løbet af dagen, nedsat grundighed i arbejdet, manglende tid til patienten samt en højere risiko for fejl eller misforståelser i sygeplejen (Kristensen 2013). Dermed får de høje krav til sygeplejersker konsekvenser for kvaliteten i behandlingen og plejen, men også for den enkelte sygeplejerskes trivsel (Kristensen 2013). Dette understreger vigtigheden af at arbejde mod en forandring af sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø.

Dansk Sygeplejeråd og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø fremhæver ligeledes i deres seneste spørgeskemaundersøgelse omhandlende sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH), at stor arbejdsmængde og tidspres er et stort problem indenfor sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø. Det fremkommer, at hver anden sygeplejerske altid eller ofte føler sig presset på tid, i forhold til at løse arbejdsopgaverne (Kjeldsen & Dreyer-Kramshøj 2015; Kristensen 2013).

For at tilvejebringe en dybere forståelse for, hvordan arbejdsmængde og tidspres kan udgøre en belastning i det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejersker inddrages Robert Karasek og Töres Theorells krav-kontrol model, som har fokus på miljømæssige faktorer, der virker stressende på

individet (Karasek & Theorell 1990). Ifølge Karasek og Theorell er helbredsproblemer associeret med belastning på jobbet, hvilket er et resultat af høje krav og lav kontrol på arbejdspladsen (Karasek & Theorell 1990). Karasek og Theorell fremhæver, at stress kan opstå, når kravene fra omgivelserne overstiger mulighederne for kontrol, hvor kontrol kan komme til udtryk ved den mængden af indflydelse og udviklingsmuligheder (Karasek & Theorell 1990), sygeplejerskerne oplever at have i deres arbejde. Set i forhold til sygeplejersker, hvor arbejdsmængde og tidspres var den største risikofaktor i 2014 i forhold til et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, kan sygeplejerskernes belastning forstås ved hjælp af Karasek og Theorells model. Stor arbejdsmængde og tidspres er begge faktorer, der vurderes at kunne relateres til elementet krav, da begge henviser til krav fra omgivelserne i forhold til sygeplejerskernes arbejdsbyrde. Da arbejdsmængde og tidspres bevirker en belastning og derved et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker antages det, at de oplever en ubalance mellem krav og kontrol, hvor kravene som arbejdsmængde og tidspres overstiger den kontrol og derved også den indflydelse de oplever at besidde. Det vurderes at sygeplejerskernes jobkrav kan være vanskelige at mindske i et forsøg på at mindske ubalance mellem krav og kontrol, da kravene ofte henfører til politiske beslutninger og yderligere antallet af patienter og patienternes sygdomstilstand. I arbejdet med at mindske sygeplejerskernes ubalance mellem krav og kontrol vurderes det derfor hensigtsmæssigt at udvikle et forandringstiltag, der har til formål at fremme sygeplejerskernes oplevelse af kontrol. Karasek og Theorells krav-kontrol model anvendes i de følgende afsnit som teoretisk forståelsesramme.

2.4.1 Konsekvenserne ved ubalance mellem krav og kontrol

Sygeplejerskernes høje jobkrav er forbundet med, at sygeplejerskerne oplever nedsat livskvalitet (Teles et al. 2014). Yderligere er sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol associeret med dårligere mental sundhed, hvilket kan komme til udtryk, i form af stress, angst eller depression (Jolivet et al. 2010; Mark & Smith 2012). Det bør bemærkes, at disse resultater stammer fra en tværsnitundersøgelse, hvorfor årsagssammenhængen ikke vides (Juul 2013).

Flere studier har påvist denne sammenhæng mellem sygeplejerskers høje jobkrav og risikoen for at udvikle stress (Lambert & Lambert 2008; Sembajwe et al. 2013; Unruh & Nooney 2011). I Danmark defineres stress oftest som: "[...] en individtilstand, som er karakteriseret ved kombinationen af ulyst og anspændthed (arousal)" (Kristensen 2013; Nielsen & Kristensen 2007, s. 8). Arbejdsrelateret stress kan medføre adskillige negative konsekvenser for den enkelte sygeplejerske, såsom søvnforstyrrelser, jobutilfredshed, angst og/eller depression. Derudover kan

kronisk eller langvarig stress have ødelæggende konsekvenser for sygeplejerskers helbred, da sygdomstilstande som kroniske smerter, mavesår, hjertekarsygdomme og depression påvirkes eller forværres af stress (Lambert & Lambert 2008; Graversgård 2011; Netterstrøm 2002).

Ovenstående viser, at stress kan medføre adskillige konsekvenser for den enkelte sygeplejerske. Flere af disse konsekvenser ses også hos sygeplejersker, der oplever ubalance mellem krav og kontrol, der kan derfor sættes spørgsmålstegn ved, om disse konsekvenser er opstået på baggrund af stress, eller om de er særskilte konsekvenser af ubalance mellem krav og kontrol i arbejdet.

Ydermere er der blandt sygeplejersker fundet en signifikant sammenhæng mellem høj arbejdsbelastning og udbrændthed (Adriaenssens et al. 2008). Dette kan betyde, at den enkelte sygeplejerske kan opleve følelsesmæssig udmattelse samt personlighedsændringer (Netterstrøm 2002). Ud fra ovenstående ses det, at sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol kan medføre adskillige konsekvenser for den enkelte sygeplejerskes trivsel og sundhedstilstand.

Foruden konsekvenser for sygeplejersker, har sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol også konsekvenser for patienterne (Berland et al. 2008; Ramanujam et al. 2008).

Sygeplejersker har en vigtig rolle i at sikre patientsikkerheden, hvilket bevirker, at sygeplejersker besidder en forståelse for, hvad der er nødvendigt for at yde en sikker sygepleje. Yderligere udtrykker sygeplejerskerne i studiet en bekymring for patienternes sikkerhed grundet høje jobkrav og mangel på kontrol. Dette betyder, at sygeplejerskerne er nødsaget til at arbejde hurtigere, hvorved sygeplejerskerne udmattes i forsøget på at sikre patientsikkerheden, hvilket kan medføre komplikationer, medicinfejl og undladelser i sygeplejen (Ramanujam et al. 2008). I et fokusgruppeinterview fremkommer det, at sygeplejerskerne oplever, at krav i form af tidspres, har betydning for patientsikkerheden. Ligeledes fremkommer det, at højt arbejdstempo blandt sygeplejerskerne kan betyde, at de oplever ikke at have tilstrækkelig tid til at forberede medicin og teste udstyr, hvilket kan få store konsekvenser for patienterne (Berland et al. 2008). Ovenstående viser således en række konsekvenser både for den enkelte sygeplejerske, men samtidig også for patientsikkerheden. Disse konsekvenser taler for en forebyggelsesindsats rettet mod sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol således, at sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø ikke skader den enkelte sygeplejerske i udførelse af arbejdet eller skader patienterne.

2.5 Påbud for dårligt psykosocialt arbejdsmiljø

Ovenstående viser, at der er mange konsekvenser forbundet med et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. For at opnå en større forståelse for problemområdet ubalance mellem krav og kontrol blandt sygeplejersker inddrages påbud, som er tildelt af Arbejdstilsynet til en sygehusafdeling på baggrund af stor arbejdsmængde og tidspres, der som tidligere nævnt relateres til ubalance mellem krav og kontrol.

I 2015 uddelte Arbejdstilsynet et påbud til en sygehusafdeling i Region Nordjylland. Af hensyn til personale og jævnfør forvaltningsloven vedrørende håndtering af afgørelser (Arbejdstilsynet 2016a), vil den konkrete afdeling være anonymiseret i nærværende speciale, og omtales derfor som *case-afdelingen*. Case-afdelingen er et medicinsk sengeafsnit, som modtager akutte patienter (bilag 1; bilag 2). Påbuddet er baseret på observationer og samtaler med medarbejdere og ledelse i forbindelse med et risikobaseret tilsynsbesøg. Arbejdstilsynet har på baggrund af de samlede oplysninger truffet følgende afgørelse:

”Virksomheden påbydes at sikre, at stor arbejdsmængde og tidspres ikke forringer medarbejdernes sundhed på afdelingen. Virksomheden skal sikre, at arbejdet planlægges, tilrettelægges og udføres sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt. Virksomheden skal derfor sikre, at stor arbejdsmængde og tidspres ikke - hverken på kort eller lang sigt - forringer medarbejdernes sundhed i forbindelse med arbejdet med behandling og pleje af patienter på afdelingen” (bilag 1, s. 1).

Arbejdstilsynets påbud omhandler stor arbejdsmængde og tidspres, hvilket i nærværende speciale sidestilles med krav i Karasek og Theorell krav-kontrol model, jævnføre tidligere afsnit. Kravene påtales at have en negativ effekt på sygeplejerskernes helbredstilstand, ud fra ovenstående afgørelse, hvilket også er identificeret ved tidligere analyse af litteratur i problemanalysen, hvor ubalance mellem krav og kontrol bevirker en belastning. Det antages dermed, at en årsag til, at kravene har en negativ effekt på sygeplejerskernes helbredstilstand på case-afdelingen, kan være sygeplejerskernes manglende oplevelse af kontrol. Det fremhæves ligeledes i påbuddet, at både sygeplejerskernes fysiske og psykiske sundhed kan påvirkes på både kort og lang sigt grundet kravene (bilag 1). Arbejdstilsynet vurderer, at case-afdelingens psykosociale arbejdsmiljø har helbredsmæssige konsekvenser for sygeplejerskerne, som følge af stor arbejdsmængde og tidspres. Sygeplejerskerne udtaler, i forbindelse med tilsynsbesøget, at der er ubalance imellem kravene i arbejdet og ressourcerne (bilag 1). Karasek og Theorell fremhæver, at stress kan opstå, når kravene fra omgivelserne overstiger mulighederne for kontrol (Karasek & Theorell 1990). Det kan antages,

at sygeplejerskerne oplever høje krav fra patienter, pårørende, kolleger, terapeuter, ledelsen som modsatrettede eller uklare, hvilket kan medføre belastning såfremt sygeplejerskerne oplever, at kravene overstiger følelsen af kontrol i arbejdet. Karasek og Theorell redegør ydermere for, at krav-kontrol modellen gør det muligt at undersøge, hvordan arbejdets organisering har indflydelse på arbejdsrelateret stress (Karasek & Theorell 1990). Sygeplejerskernes belastede psykosociale arbejdsmiljø kan altså forebygges, med udgangspunkt i Karasek og Theorell, ved at fokusere på arbejdets organisering. Arbejdstilsynet påpeger ligeledes, at arbejdets organisering er betydningsfuld, da de i påbuddet beskriver, at afdelingen skal sikre, at sygeplejerskernes arbejde planlægges, tilrettelægges og udføres sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt (bilag 1). Arbejdstilsynet fremhæver, at ifølge arbejdsmiljøloven omkring arbejdets udførelse § 38⁴ (Beskæftigelsesministeriet 2010), skal afdelingen arbejde med organiseringen af arbejdet, for at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø. Case-afdeling har tidligere modtaget et lignende påbud i 2014 fra Arbejdstilsynet, omkring samme problematik vedrørende det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen (bilag 2). Påbuddet fra 2014, har som det seneste påbud fra 2015 fokus på høje jobkrav, der har store konsekvenser for sygeplejerskernes sundhedstilstand. Nedenfor ses Arbejdstilsynets begrundelse for påbuddene uddelt i 2014 og 2015, hvor de vurderer, at krav, der opleves som belastende, ikke er tilstrækkeligt forebygget, hvilket de bygger på forekomsten af nedenstående (bilag 2; bilag 1):

⁴ ”Arbejdet skal planlægges, tilrettelægges og udføres således, at det sikkerheds- og sundhedsmæssigt er fuldt forsvarligt” (Beskæftigelsesministeriet 2010).

Begrundelse for påbud i 2014	Begrundelse for påbud i 2015
<ul style="list-style-type: none"> - Afdelingen er præget af mange organisatoriske og opgavemæssige forandringer samt specialeomlægninger. - Uklare krav i arbejdet, som har stået på i mere end 3 måneder. - Mangel på faglige kompetencer i afdelingen. - Krævende patientopgaver, som ikke balancerer med plejegruppen. - Arbejdet er kendetegnet ved et højt tempo. - Sygeplejerskerne når ikke, at få afholdt deres pauser og udskyder toiletbesøg. - Nedprioritering af dokumentationsopgaver og forberedelsesopgaver grundet komplekse arbejdsopgaver. 	<ul style="list-style-type: none"> - Patientgruppe med et komplekst sygdomsbillede, hvilket er tidskrævende. - Ventetid på stuegang, hvilket sænker udskrivelsen. - Tidskrævende koordineringsopgaver i forbindelse med overbelægning. - I weekenden bruger sygeplejerskerne meget tid på, at besvare spørgsmål fra pårørende, hvorfor dokumentationsopgaver udføres efter endt vagt. - Arbejdet er kendetegnet ved et højt tempo. - Sygeplejerskerne udskyder pauserne og toiletbesøg, grundet plejeopgaver. - Stigning i antallet af sengepladser, hvilket betyder flere pleje- og behandlingsopgaver.

Tabel 1: Uddrag af begrundelse for påbud uddelt til case-afdelingen i 2014 og 2015.

Det fremgår af ovenstående tabel, at Arbejdstilsynet har observeret, under tilsynsbesøget i 2014, at afdelingen var præget af store organisatoriske forandringer, hvilket har haft den betydning, at erfarne sygeplejersker flyttede til andre afdelinger. Dette har haft den konsekvens, at mange af sygeplejerskerne har følt sig fagligt utrygge og utilstrækkelige i arbejdet (bilag 2). Det kan dog tyde på, at afdelingen har formået at løfte det faglige niveau blandt sygeplejerskerne, da dette ikke påtales i påbuddet i 2015. Til trods herfor, ses der ud fra Arbejdstilsynets afgørelser både i 2014 og 2015 et meget højt arbejdstempo, krævende pleje- og behandlingsopgaver, manglende pauser og toiletbesøg samt nedprioritering af dokumentationsopgaver grundet spørgsmål fra pårørende og generelle koordineringsopgaver i afdelingen, som konsekvens af overbelægning. Ovenstående antyder, at der er mange gentagne problematikker fra 2014 til 2015, men det kan samtidig antages, at der er sket en forbedring på nogle punkter i forbindelse med forebyggelse af et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø på afdelingen. Det fremgår af Arbejdstilsynets påbud i 2014, at afdelingen påbydes: "[...] at sikre at arbejdsmængde, tidspres og uklare krav ikke forringer medarbejdernes sikkerhed og sundhed" (bilag 2, s. 15), hvorefter afdelingen i 2015 påbydes, "[...] at sikre, at stor arbejdsmængde og tidspres ikke forringer medarbejdernes sundhed på afdelingen" (bilag 1, s. 1). Dette kan betyde, at afdelingens sygeplejersker nu ikke oplever uklare krav men stadig en ubalance mellem krav og kontrol, idet kravene udgør en belastning.

Det tyder på, at afdelingen fra 2014 til 2015 ikke har formået at forbedre ubalance mellem krav og

kontrol blandt sygeplejerskerne i afdelingen. Det konkluderes i påbuddet fra 2015, ifølge Arbejdstilsynet og sygeplejerskerne på afdelingen, at der fortsat er problemer med ubalance mellem krav og kontrol, hvilket forringer sygeplejerskernes sundhedstilstand (bilag 1).

2.5.1 Sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol

Sygeplejerskerne på case-afdelingen oplever blandt andet ekstrem træthed, mangel på nattesøvn og dårlig samvittighed, som konsekvenser af det dårlige psykosociale arbejdsmiljø (bilag 1).

Ifølge en spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker, oplever sygeplejerskerne høje krav i arbejdet (Kristensen 2013), men dette er ikke ensbetydende med, at alle sygeplejersker oplever kravene som høje men, at hvert enkelt individ oplever tingene forskelligt, hvilket betyder, at det psykosociale arbejdsmiljø opleves individuelt. Det kan altså være forskelligt, om sygeplejersker oplever ubalance mellem krav og kontrol, da dette kan afhænge af, hvilke ressourcer den enkelte sygeplejerske besidder. Sygeplejerskerne oplever yderligere, at kollegerne på afdelingen har været meget syge, hvilket har præget arbejdsbelastningen. Dette afkræfter ledelsen dog, da de ifølge statistikken kan se, at der ikke har været mere sygdom på nuværende tidspunkt end i den foregående periode (bilag 1). Det kan antages, at sygeplejerskerne har en følelse af, at der har været mere sygdom i afdelingen grundet overbelægning, hvilket betyder flere pleje- og behandlingsopgaver samt flere dokumentationsopgaver, hvilket kan skabe frustrationer og følelsen af færre ressourcer i afdelingen. Arbejdsmiljøgruppen på afdelingen oplyser dog tilbage i 2014, at afdelingen har været ramt af 4-5 stresssygemeldinger i forlængelse af de organisatoriske forandringer (bilag 2). Der ses dermed divergerende oplevelser af sygefraværet i afdelingen, hvormed ledelsens udtalelse ligeledes kan være et udtryk for, at sygefraværet er uændret fra 2014. Det fremgår ikke af påbuddet i 2015, om afdelingen har medarbejdere, som er sygemeldte.

Det fremgår af påbuddet i 2014, at sygeplejerskerne oplever, at patienter og pårørende klager og kommer med anklagende bemærkninger, som: ”Har min mand skæg, det har han da aldrig haft” (bilag 2, s. 29). Dette påvirker sygeplejerskerne, da de ifølge påbuddet oplyser, ”[...] at de mister faglig stolthed og bliver usikre på egen arbejdsindsats, når der ikke er tid til at præstere det, man er uddannet/oplært i” (bilag 2, s. 29). Sygeplejerskerne føler sig ansvarlige overfor patienternes pleje og behandling, hvilket påvirker sygeplejerskerne. I 2014 udtaler sygeplejerskerne, at de kan blive påvirket af, at de ikke har haft tid til at tjekke op på patienten, når der kommer pårørende på besøg i afdelingen (bilag 2). Dette viser ligeledes den ansvarsfølelse, som sygeplejerskerne føler, hvilket

kan give dårlig samvittighed, da sygeplejerskerne føler sig utilstrækkelige. Sygeplejersker er loyale over for deres patienter og kolleger, hvilket betyder, at de ofte sætter andres behov før deres egne (Mullen 2015). Det tyder altså på, at sygeplejerskerne oplever høje krav fra pårørende og patienter, hvilket kan betyde en psykisk belastning for sygeplejersken når vedkommende ikke oplever at kunne leve op til disse krav. Men det kan ligeledes betyde, ud fra ovenstående, at sygeplejerskerne sætter høje krav til sig selv, hvilket kan være en belastning når disse krav ikke kan indfries.

2.5.2 Forebyggelse af ubalance mellem krav og kontrol

Arbejdstilsynet har i forbindelse med tilsyn i 2014 og 2015 spurgt ledelsen, arbejdsmiljøgruppen og medarbejderne, hvordan de har forsøgt at forebygge stor arbejdsmængde og tidspres i afdelingen (bilag 2; bilag 1). I 2014 var afdelingen præget af den nylige omstrukturering, hvormed ledelsen i den forbindelse planlagde et kompetenceløft til alle medarbejderne. Ligeledes havde afdelingen arbejdet på at forebygge, at sygeplejerskerne mistede kontinuitet og sammenhæng med patienterne, hvilket kan forekomme, når sygeplejerskerne skifter teams og derved ikke har ansvaret for de samme patienter flere dage i træk (bilag 2). Afdelingen har efter påbuddet i 2014 udarbejdet en prioriteringstrekant⁵ og planlagt mindfulness-kurser, for at give sygeplejerskerne redskaber til at håndtere oplevet uro (bilag 2 og 1). Det viser, at afdelingen anvender forskellige forebyggelsesstrategier, for at forebygge ubalance mellem krav og kontrol. Kompetenceløft og mindfulness-kurser til sygeplejersker kan ses, som individorienterede forebyggelsesstrategier (Vallgård et al. 2014), der er afhængig af, at den enkelte sygeplejerske er motiveret for at ændre adfærd. Samtidig har sygeplejersken ansvaret, for at tilegne sig færdigheder, viden og redskaber, i forbindelse med at håndtere og forebygge ubalance mellem krav og kontrol. Derved placeres ansvaret hos den enkelte sygeplejerske, hvilket er i uoverensstemmelse med både Arbejdstilsynet og Videncenter for Arbejdsmiljø definitioner på psykosocialt arbejdsmiljø, hvor det fremgår, at organisationen og relationer på arbejdspladsen begge har betydning for det psykosociale arbejdsmiljø. Dette kan ligeledes have konsekvenser for sygeplejersken, der kan føle sig utilstrækkelig og derved påtage sig dårlig samvittighed, såfremt det psykosociale arbejdsmiljø ikke forbedres ved eksempelvis hendes/hans deltagelse i mindfulness-kurser. Afdelingen har ydermere anvendt en strukturel forebyggelsesstrategi (Vallgård et al. 2014), hvor de ved hjælp af prioriteringstrekanten, forsøger at ændre alle sygeplejerskernes prioritering af pleje- og

⁵ Oplyst ved samtale med afsnitsledende sygeplejerske: Prioriteringstrekanten har til formål, at udgøre et redskab for plejegruppen til at prioritere, hvilke arbejdsopgaver der er vigtigst at udføre, når medarbejderne er presset enten på grund af et stort antal patienter, meget plejekrævende patienter og/eller fravær i plejegruppen på grund af sygdom.

behandlingsopgaver, så de tilpasses afdelingens aktuelle situation. En ulempe ved strukturel forebyggelsesstrategi kan være manglende motivation fra den enkelte sygeplejerske, da tiltaget ikke er rettet specifikt til vedkommende.

Ovenstående viser, at case-afdelingen har igangsat flere forebyggelsestiltag, for at sikre sygeplejerskernes trivsel og helbred. Trods en handleplan, bevidner afdelingens påbud i 2015 om, at forebyggelsestiltagene i afdelingen, ikke har været medvirkende til at mindske ubalance mellem krav og kontrol i et omfang, hvor der ikke kunne gives en afgørelse. Afdelingens omstrukturering i 2014 medførte længerevarende konsekvenser for medarbejderne, ledelsen og afdelingen, hvilket bevirkede flere langtidssygemeldinger med stress blandt medarbejderne. Der ses dermed en sammenhæng mellem afdelingens organisatoriske omstruktureringer og det psykosociale arbejdsmiljø, hvilket har haft konsekvenser for afdelingens sygeplejersker i form af langtidssygemeldinger. Arbejdstilsynet konkluderer i 2014, at afdelingen har påtænkt sig tiltag men, at der er tale om fremtidige tiltag og ikke tilstrækkeligt implementerede forebyggelsestiltag (bilag 2). Ledelsen oplyser til Arbejdstilsynet i 2015, at de i forbindelse med at mindske ubalance mellem krav og kontrol, forsøger at skabe overblik over patientstrømmen ved hjælp af tavlemøder⁶ og ekstra bemanning i afdelingen i form af ledelsen (bilag 1). Yderligere har afdelingen ved hjælp af miks-møder, hvor sygeplejerskerne fra hvert team mødes for at give status på arbejdsopgaverne samt, hvor der er mulighed for uddelegering af disse, forsøgt at mindske ubalancen. Dette vurderer Arbejdstilsynet dog ikke, har haft en tilstrækkelig effekt, hvormed påbuddet uddelt i 2015 kræver, at afdelingen udarbejder en ny handleplan, for at sikre sygeplejerskernes sundhedstilstand og kvaliteten af sygeplejen. Med andre ord skal case-afdelingen udarbejde et nyt forandringstiltag, der har til sigte at mindske sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol.

⁶ Oplyst ved samtale med afsnitsledende sygeplejerske: Morgentavlemøder: ”Der er fokus på det gode patientforløb, udskrivningsplanlægning og koordinering af dagens opgaver”. Tavle-personalemøder: Her drøftes emner, som bade personale og ledelse kan opleve som udfordrende.

2.6 Afgrænsning

Problemanalysen belyser omfanget af dårligt psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker, kompleksiteten i dette fænomen samt, at der er behov for et forandringstiltag grundet de mange konsekvenser som et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø kan medføre. Der er identificeret flere faktorer, som har indflydelse på det psykosociale arbejdsmiljø, såsom organisatoriske faktorer samt sociale relationer på arbejdspladsen. I 2014 tildelte Arbejdstilsynet 105 afgørelser i forhold til psykosocialt arbejdsmiljø på danske hospitaler, og ud af de 105 afgørelser udgjorde fænomenet *stor arbejdsmængde og tidspres* 46 af afgørelserne og var dermed det fænomen, der udgjorde det største omfang. Yderligere har en sygehusafdeling, case-afdelingen, fået to påbud vedrørende stor arbejdsmængde og tidspres, hvormed afdelingen findes relevant at tage udgangspunkt i fremadrettet, da dette gør det muligt at inddrage elementer fra den konkret kontekst, som eksempelvis organisering, medarbejdere og ledelse, i udviklingen af det forandringsstiltag som specialet skal resultere i. På baggrund af ovenstående afgrænses specialet til at omhandle stor arbejdsmængde og tidspres, hvorved det findes relevant at inddrage Karasek og Theorell krav-kontrol model for at bidrage til en dybere forståelse af fænomenet stor arbejdsmængde og tidspres, der anskues som omhandlende kravdimensionen i modellen. Som tidligere nævnt vurderes det vanskeligt at ændre på sygeplejerskernes krav, da disse henfører til patienternes sygdomstilstand og antallet af patienter, samt politiske beslutninger, hvorpå case-afdelingen ikke har indflydelse. Derfor vil specialet fokusere på at ændre sygeplejerskernes oplevelse af kontrol, idet dette kan være medvirkende til, at modificere ubalance mellem krav og kontrol i forbindelse med at ændre sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø.

Ydermere fremkommer forandringen af sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø mangelfuld på baggrund af analyse af påbud fra 2014 og 2015, trods øget fokus herpå. Derfor fokuserer specialet fremadrettet på, hvordan det psykosociale arbejdsmiljø kan forbedres på baggrund af et forandringstiltag, der jævnføre definitionerne, inddrager flere perspektiver på, hvordan ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes. Specialets hovedfokus omhandler derfor ubalance mellem krav og kontrol, og dermed udvikling af et forandringstiltag, der har til formål, at mindske ubalance mellem krav og kontrol, for derved at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejersker.

3. Problemformulering

Med udgangspunkt i problemanalysen og afgrænsningen, er nedenstående problemformulering fremkommet:

Hvordan kan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol mindskes, for derigennem at forandre et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker?

Problemformuleringen operationaliseres i to forskningsspørgsmål:

1. Hvordan kan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol mindskes?
2. Hvilke elementer kan et forandringstiltag indeholde for at mindske sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol?

Forskningsspørgsmålene søges besvaret igennem to særskilte undersøgelser og har til hensigt, at bistå besvarelsen af den overordnede problemformulering, som besvares i specialets konklusion.

3.1 Case-beskrivelse

Nærværende speciale tager afsæt i en konkret case, som kort beskrives nedenfor, da denne allerede er præsenteret i problemanalysen. Casen omhandler en medicinsk sygehusafdeling i Region Nordjylland, hvor der blandt andet er ansat 48 sygeplejersker samt tre afsnitsledere. Afdelingen fik i 2014 et påbud fra Arbejdstilsynet for stor arbejdsmængde, tidspres og uklare krav (bilag 2). Der har været stor udskiftning af personale på afdelingen de seneste år, da flere sygeplejersker har søgt arbejde andre steder, grundet det store tidspres. Yderligere har der været flere langtidssygemeldinger i afdelingen, grundet længere tids psykisk overbelastning blandt sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne og lederne på afdelingen forsøgte selv at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø. De formåede ikke ved egen hjælp, at ændre det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne og i 2015 fik de endnu et påbud for stor arbejdsmængde og tidspres (bilag 1). For at hjælpe afdelingen med at ændre det psykosociale arbejdsmiljø er to arbejdsmiljøkonsulenter fra regionen tilkoblet afdelingen, for i samarbejde med afdelingen at udarbejde en handleplan, som har til formål at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø.

Det er valgt at tage udgangspunkt i en konkret case, idet dette giver specialegruppen mulighed for, at undersøge sygeplejerskernes og ledernes oplevelse af det psykosociale arbejdsmiljø, hvorved forandringstiltaget kan tilpasses afdelingen og efterfølgende implementeres. Afdelingen benævnes case-afdelingen gennem specialet og af hensyn til afdelingens personale fremstår afdelingen anonym og ingen af medarbejderne vil kunne genkendes.

4. Hermeneutisk videnskabsteoretisk position

Følgende afsnit har til formål at belyse specialets videnskabsteoretiske position. Det ønskes at opnå en forståelse for, hvordan ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes samt, hvordan et forandringstiltag kan udvikles på baggrund af case-afdelingens og specialegruppens forståelse, hvorfor der tages afsæt i den hermeneutiske videnskabsteoretiske position, som omhandler læren om forståelse (Birkler 2007). Der tages udgangspunkt i Hans-Georg Gadamers filosofiske hermeneutik. Gadamer arbejder ud fra en forståelse af, at hermeneutikken er et ontologisk princip, hvor forståelse bliver en måde, hvorpå mennesker er tilstede. I nærværende speciale tages udgangspunkt i hermeneutikkens centrale begreber *forforståelse*, *den hermeneutiske cirkel* og *horisontsammensmeltning* (Dahlager & Fredslund 2015).

Ifølge Gadamer, er forforståelse og fordomme en betingelse for at kunne forstå. Forforståelsen og fordommene skaber en samlet forståelseshorisont, som udgør det synsfelt, hvor alt bliver fortolket ud fra (Dahlager & Fredslund 2015; Gadamer 2007). Forståelseshorisont omhandler blandt andet personlige erfaringer og den kulturelle kontekst den enkelte er og har været en del af (Højberg 2014). Gadamer beskriver, at forståelse kræver åbenhed overfor det, der undersøges men, at denne åbenhed altid indbefatter, at den undersøgte mening forstås på baggrund af forskerens egen mening (Gadamer 2007). Gadamer pointerer dermed, at forforståelsen er en del af vores forståelse, i mødet med genstande, der ønskes undersøgt og for at opnå en forståelse udfordres forforståelsen og sættes på spil (Højberg 2014). For at kunne være åben i mødet med det, der ønskes undersøgt skal forskeren være bevidst om sin forforståelse (Gadamer 2007). For at tilvejebringe en bevidsthed blandt specialegruppen om eksisterende forforståelse, vil forforståelsen så vidt muligt blive udfoldet i et efterfølgende afsnit.

Den hermeneutiske cirkel henviser til en cirkulær forståelse, hvor forståelse kun kan opstå på baggrund af forforståelsen. Den hermeneutiske cirkels grundtanke er et samspil mellem helheds- og delforståelse, hvor delene kun forstås i kraft af helheden og helheden kun i kraft af delene (Birkler 2007; Gadamer 2007). Dette betyder, at forforståelsen hele tiden revideres når en ny delforståelse får lov til at revidere helhedsforståelsen (Birkler 2007). Horisontsammensmeltning omhandler, at to horisonter tilsammen resulterer i en ny forståelse (Gadamer 2007), hvilket sker hele tiden via den hermeneutiske cirkel og ofte ubevidst (Højberg 2014). Specialegruppens forståelse er igennem hele specialeforløbet en del af en hermeneutisk cirkel, hvor specialegruppens forforståelse af

sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø og, hvordan dette kan forandres, løbende udvides og revideres i kraft af nye forståelser. Disse nye forståelser fremkommer på baggrund af horisontsammensmeltninger igennem specialegruppens arbejde med blandt andet problemanalyse, litteraturstudie, teoretisk referenceramme samt interviewundersøgelser, hvor det forsøges at opnå en dybere forståelse for det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejersker og, hvordan oplevelsen af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes. Horisontsammensmeltningen omhandler ikke, at der er opnået enighed eller overtagelse af en andens forståelse men blot, at det undersøgte kan begribes og forstås (Højberg 2014).

4.1 Specialegruppens forståelseshorisont

Vores forforståelse har som nævnt betydning for vores forståelse af verden. Dette afsnit har derfor til formål at skærpe specialegruppens og læserens bevidsthed, omkring eksisterende forforståelse af psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker. Dette for at sikre transparens for læseren, samt for at specialegruppen i højere grad kan være åben over for viden fremkommet i litteraturen og viden fra specialets informanter, for dermed så vidt muligt at være åben for en ny forståelse (Gadamer 2007). Specialegruppens forforståelse omhandler både hvert specialemedlems individuelle forståelseshorisont og en samlet forståelseshorisont for gruppen (Højberg 2014). Specialegruppens uddannelsesmæssige baggrund er henholdsvis professionsbachelor i ernæring og sundhed, og sygepleje. En baggrund og praktisk erfaring som sygeplejerske gør, at der på forhånd kan eksistere en grundlæggende forståelse for det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejersker. Denne forståelse omhandler det psykosociale arbejdsmiljø, hvor der er en opfattelse af et travlt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker, som er psykisk hårdt og, hvor mulighederne for at udføre sygepleje af god kvalitet kan være begrænset i nogle situationer. Derudover har et medlem af specialegruppen tidligere skrevet semesterprojekt omkring psykosocialt arbejdsmiljø, hvilket også har bibragt en forforståelse af, hvilke elementer, der kan have betydning for henholdsvis et godt og dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. Da forforståelsen ændres løbende igennem den hermeneutiske cirkel, eksisterede der eksempelvis en anden forforståelse af det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejersker ved specialets start sammenlignet med da problemanalysen var udarbejdet. Gennem arbejdet med specialets problemanalyse fremkom flere og nye aspekter af det psykosociale arbejdsmiljø.

Idet forståelseshorisonten er en del af det fortolkende og forstående menneske vurderes det ikke muligt at fremlægge eller være bevidst om alle forforståelser og fordomme, der er gældende både

individuel og kollektiv i specialegruppen. På de områder, hvor specialegruppen på forhånd er bevidst om en forforståelse vil der løbende blive stillet spørgsmål til forforståelsen, med formålet om at udfordre denne.

Specialegruppens forforståelse har grundet forskellige baggrunde været forskellig ved specialets start, men løbende er der på nogle områder tilvejebragt en kollektiv forforståelse i gruppen. Både den individuelle og den kollektive forforståelse revideres løbende, idet hele specialeforløbet fungerer, som en del af en hermeneutisk cirkel, hvor både gruppediskussioner samt undersøgelser danner baggrund for horisontsammensmeltinger.

5. Forskningstype og forskningsdesign

Specialets problemformulering danner baggrund for valg af forskningstype og -design (Launsø et al. 2011). Der anvendes to forskellige forskningstyper, *den forstående* og *den handlingsrettede forskningstype*. Den forstående forskningstype anvendes løbende gennem hele specialet, hvorimod den handlingsrettede inddrages til besvarelse af andet forskningsspørgsmål.

5.1 Den forstående forskningstype

Grundet specialets fokus på at forstå, hvordan oplevelsen af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes i det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejersker, er den forstående forskningstype valgt. Den forstående forskningstype tager udgangspunkt i den udforskedes perspektiv og forskeren skal søge at forstå og fortolke den udforskedes motiver og vurderinger ud fra den kontekst den udforskede er en del af (Launsø et al. 2011). I nærværende speciale undersøges sygeplejerskers og afdelingsleders holdninger, oplevelser og motiver omkring forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø, hvor konteksten, som værende case-afdelingen, inddrages som en del af fortolkningsprocessen (Launsø et al. 2011).

5.2 Den handlingsrettede forskningstype

Idet specialet ydermere ønsker at opnå en viden, på baggrund af en dialog mellem sygeplejerskerne og specialegruppen, samt mellem afdelingslederne og specialegruppen, vurderes det relevant at inddrage elementer fra den handlingsrettede forskningstype (Launsø et al. 2011). Denne dialog er valgt for at involvere case-afdelingen i udviklingen af forandringstiltaget, da sygeplejerskerne og afdelingslederne besidder viden om den kontekst, hvori forandringen skal finde sted. Herved udvikles forandringstiltages på baggrund af et samspil imellem specialegruppen og informanternes viden. Alle elementer fra den handlingsrettede forskningstype inddrages ikke, idet specialet ikke direkte udgør en handling eller optræder som en del af det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne, hvilket er elementer i den handlingsrettede forskningstype (Launsø et al. 2011). Til besvarelse af andet forskningsspørgsmål inddrages informanterne i udviklingen af et forandringstiltag, hvormed den handlingsrettede forskningstype anvendes, da formålet med denne er rettet mod udvikling og det dominerende perspektiv er informantens i dialog med forskerens (Launsø et al. 2011).

5.3 Casestudie

Den forstående forskningstype er gennemgående for nærværende speciale og valg af forskningsdesign foretages dermed på baggrund af denne forskningstype samt specialets problemformulering. For hver forskningstype kan flere forskellige designs være anvendelige (Launsø et al. 2011). Til besvarelse af specialets problemformulering er casestudiet, som forskningsdesign vurderet særligt relevant, hvilket uddybes i følgende afsnit.

Casestudiet, som forskningsdesign, er anvendeligt når formålet med undersøgelsen fordrer en forståelse for og inddragelse af den kontekst fænomenet er en del af, samt når der er en forståelse af, at fænomenet er svært, at adskille fra dets kontekst (Yin 1994). Robert K. Yin definerer casestudie som: ”[...] an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident” (Yin 1994, s. 13). Denne definition oversættes og forstås som, at et casestudie er en undersøgelse, hvor fænomenet undersøges i den kontekst det optræder i, fordi det kan være vanskeligt at adskille fænomenet fra den kontekst det er en del af. Dette kommer til udtryk ved, at nærværende speciale undersøger, hvordan fænomenet ubalance mellem krav og kontrol blandt sygeplejersker kan mindskes. Dette undersøges i forhold til dets kontekst, som i dette tilfælde er case-afdelingen, hvor medarbejderne inddrages i udviklingen af et forandringstiltag.

Case-afdelingen udgør den kontekst, hvori forandringstiltaget skal udformes og det er derfor relevant, at denne inddrages i overvejelserne omkring udviklingen heraf, hvilket casestudiet kan understøtte (Yin 1994). Ydermere er det igennem problemanalysen fremkommet, at flere faktorer i konteksten, som eksempelvis ledelsesstil og medarbejdergruppen, kan have indflydelse på den ubalance mellem krav og kontrol sygeplejersken kan opleve og det kan derfor være svært at anskue fænomenet ubalance mellem krav og kontrol uden at inddrage konteksten, hvilket ydermere fordrer, at forskningsdesignet er et casestudie (Yin 1994).

Yin beskriver, at der eksisterer fire typer af casestudier: single-case holistic (single-case holistisk), single-case embedded (single-case indlejret), multiple-case holistic (multi-case holistisk) og multiple-case embedded (multi-case indlejret). Single-case design er relevant når studier foretages med udgangspunkt i én case, hvorimod multi-case design er relevant når studier undersøger mere end én case. Holistisk casestudie er anvendeligt når hele casen undersøges, hvorimod indlejret casestudie er relevant når dele eller fænomener af casen undersøges (Yin 1994).

Specialets undersøgelse udgør et single-case indlejret design. Single-case designet kommer til udtryk ved, at det på baggrund af specialets problemformulering er valgt at undersøge fænomenet igennem én case, her det psykosociale arbejdsmiljø på én sygehusafdeling. Single-case designet gør det muligt for specialegruppen at arbejde dybdegående med fænomenet på den enkelte afdeling inden for den givne tidsramme, hvorimod et multiple-case design med samme dybdegående analyse og diskussion er vurderet for omfattende indenfor specialets tidsramme. Derudover ansues casen i et vist omfang, som typisk for fænomen og kontekst velvidende, at der samtidig er faktorer, som gør, at den kan adskilles fra andre, eksempelvis ved forskellighed i medarbejdergruppen. Et multiple-case design kunne været relevant for at belyse ligheder eller/og forskelligheder ved to eller flere udvalgte afdelinger (Yin 1994), hvilket kunne bidrage til en forståelse af, hvorvidt elementer i et forandringstiltag, med formålet at mindske ubalance mellem krav og kontrol, vil kunne overføres til lignende kontekst. Dette vil imødekommes igennem specialets teoretiske referenceramme, hvor denne kan være medvirkende til, at elementer i casen kan være gældende i lignende kontekster. Case designet er samtidig valgt, som værende det Yin kalder indlejret. Dette giver specialegruppen mulighed for, at undersøge enkelte eller flere fænomener i det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejersker (Yin 1994), hvilket er relevant på baggrund af et fokus på ubalance mellem krav og kontrol, da dette kun er en del af fænomenet psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker.

6. Teoretisk referenceramme

I følgende afsnit redegøres for specialets teoretiske forståelsesramme, som udgør Karasek og Theorells krav-kontrol model samt Kotters otte trin til forandring. Den teoretiske referenceramme anvendes i nærværende speciale som en *dåseåbner*, hvormed teoriens funktion er at afgrænse og åbne empirien (Høyer 2012).

6.1 Robert Karasek og Töres Theorell

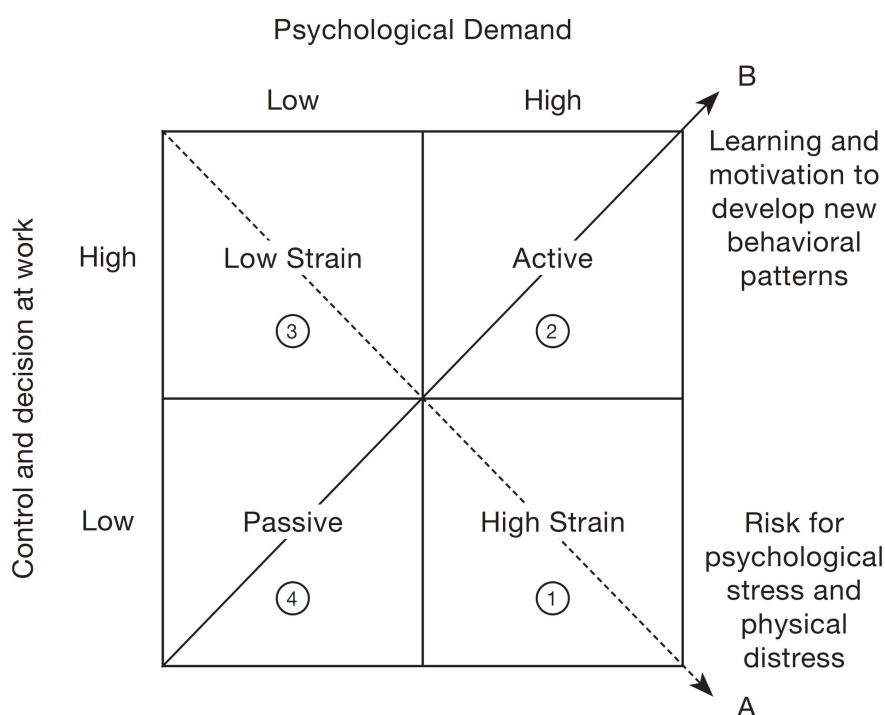
Robert Karasek har udviklet krav-kontrol modellen (the demand-control model), som er en af de hidtil mest anvendte modeller i arbejdet med psykosocialt arbejdsmiljø og helbred (Kristensen 2006). Modellen fokuserer på, hvordan miljømæssige faktorer kan opleves som stressende for individet og Karasek og Theorell demonstrerer, hvordan modellen kan forudsige en række sundheds- og adfærdsmæssige konsekvenser af strukturen i arbejdet (Karasek & Theorell 1990). Karasek og Theorell fokuserer på konteksten, hvilket er i overensstemmelse med specialets definition af det psykosociale arbejdsmiljø. Karasek og Theorell fremhæver, at arbejdets kontekst, som eksempelvis organisering, anses som årsag til arbejdsrelateret stress, og ikke arbejdets indhold (Karasek & Theorell 1990). Ifølge Karasek og Theorell, er det individuelt, hvordan mennesker reagerer på arbejdsbelastninger. De mener dog, at for at ændre et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, skal fokus være på forandring i organisationen og ikke hos individet (Karasek & Theorell 1990). Dette er i overensstemmelse med fund fra problemanalysen, hvor studier fremhæver, at flere faktorer, som blandt andet social støtte fra kolleger og ledelsen (Bach et al. 2011; Kristensen 2013; Hall 2007) samt organisatoriske forandringer (Kristensen 2013), kan have betydning for det psykosociale arbejdsmiljø, hvormed ansvaret flyttes fra individet til organisationen. Krav-kontrol modellens anvendelse som *dåseåbner* (Høyer 2012), skal bibringe specialegruppen en større forståelse for, hvordan sygeplejerskerne på case-afdelingens oplevelser af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes, for derigennem at kunne udarbejde et tiltag til forbedring af sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø. Modellen anvendes derfor som forståelsesramme.

6.1.1 Krav-kontrol modellen

Krav-kontrol modellen er en todimensionel model, som opererer med dimensionerne krav (*demand*) og kontrol (*decision latitude*). Kravdimensionen omhandler psykologiske krav og henviser til arbejdsbyrden. Kravene skal forstås, som de krav medarbejderen stilles i forbindelse med udførelsen af arbejdet og henviser dermed til arbejdsbyrden. Ifølge Karasek og Theorell kan

eksempler på krav i arbejdet omfatte deadlines, hvor meget arbejde medarbejderen skal nå i timen samt, hvor mange rapporter, der skal produceres i løbet af en uge. Disse har alle en effekt på produktiviteten. Kontroldimensionen består af to underdimensioner, som er henholdsvis indflydelse og udviklingsmuligheder som medarbejderen har i sit arbejde.

Fire forskellige former for psykosociale arbejdstyper (belastningstilstande) genereres af samspillet mellem høje og lave niveauer af psykologiske krav og kontrol. De fire arbejdstyper præsenteres i modellen nedenfor og er henholdsvis: højbelastende jobs, aktive jobs, lavbelastende jobs og passive jobs (Karasek & Theorell 1990).



Figur 1: Den todimensionelle krav-kontrol model (Karasek & Theorell 1990, s. 32)

Højbelastende jobs

Højbelastende jobs karakteriseres ved, at medarbejderen oplever høje krav og lav kontrol i arbejdet. Denne belastningstilstand giver, ifølge modellen, de mest markante reaktioner, i form af træthed, angst, depression og fysisk sygdom, og det er ligeledes i denne type jobs, at der er størst risiko for at opleve belastning. Ifølge Karasek og Theorell medfører arbejdets belastning risiko for "the residual strain", som indeholder risiko for psykologisk pres og fysisk sygdom hos individet. Da medarbejdere, som er i højbelastende jobs er underlagt en række krav og samtidig mangler kontrol i

arbejdet, har medarbejderen ikke mulighed for at mindske belastningen, hvorved risikoen for udvikling af ”the residual strain” opstår (Karasek & Theorell 1990). Medarbejderen i højbelastende jobs er eksempelvis montør, tilsynsførende og fragtmand samt servitricer og kok (Karasek & Theorell 1990). De højbelastende jobs er placeret i nederste højre kvadrant i figur 1.

Aktive jobs

De aktive jobs er defineret ved høje krav men, hvor medarbejderen har stor kontrol i arbejdet. Ifølge Karasek og Theorell kræver udfordrende situationer højeste niveau af ydeevne, men uden negativ psykisk belastning, hvilket er karakteristisk for de aktive jobs. Denne type jobs kaldes aktive jobs, fordi undersøgelser har vist, at medarbejdere i denne gruppe, er mest aktive udenfor jobbet, altså i deres fritid (Karasek & Theorell 1990). Det aktive job gør, at medarbejderen har høj kontrol over, hvordan arbejdsopgaverne skal løses og, hvilke metoder medarbejderen finder anvendelige i arbejdet. Denne type jobs er optimale for læring, kreativitet og for, at medarbejderen kan udvikle sig, hvilket styrker medarbejderens motivation og dermed øger produktiviteten. Samtidig bidrager aktive jobs til, at medarbejderen er bedre rustet til at kunne håndtere jobkrav. Der findes dog en naturlig grænse for den belastning kroppen kan klare uanset graden af kontrol. Medarbejdere i aktive jobs er eksempelvis advokater og dommere, sygeplejersker, læger, undervisere, ingeniører, ledere og landmænd (Karasek & Theorell 1990). Yderligere har medarbejdere i aktive jobs en højere indkomst, de har de højeste psykiske belønninger fra jobbet og har langt den højeste jobtilfredshed (Karasek & Theorell 1990). Denne type jobs er placeret i øverste højre kvadrant i figur 1.

Lavbelastende jobs

De lavbelastende jobs er karakteriseret ved en kombination af lave krav samtidig med, at medarbejderen har høj kontrol i arbejdet. Karasek og Theorell beskriver, at medarbejderen i denne type jobs, har mindre risiko for udvikling af ”the residual strain” og fysisk sygdom, fordi høj kontrol i arbejdet tillader medarbejderen at reagere optimalt på hver udfordring og, fordi der er relativt få udfordringer i arbejdet. Medarbejdere i lavbelastende jobs har mindre risiko for at opleve psykologisk mistrivsel som stress, og medarbejderen er derfor gladere og sundere end gennemsnittet. Medarbejdere i lavbelastende jobs er reparatører og arkitekter. Denne gruppe med få problemer, ser ud til at have lidt motivation til at fremme aktive sociale forandringer gennem

kollektive ressourcer, enten for deres egen skyld eller for andres skyld (Karasek & Theorell 1990). De lavbelastende jobs er placeret i øverste venstre kvadrant i figur 1.

Passive jobs

Passive jobs er karakteriseret ved lave krav og lav kontrol i arbejdet. Medarbejdere ansat i denne type jobs, oplever ingen udfordringer i deres arbejde. Karasek og Theorell refererer til undersøgelser, som viser, at medarbejdere i passive jobs er mindre aktive i deres fritid end den gennemsnitlige befolkning. Denne jobtype medfører lav motivation i arbejdet, da medarbejderen ikke har mulighed for at udvikle sig og dermed ligeledes mister tidligere tillærte evner.

Medarbejdere i passive jobs er salgsassistent, kontorassistent, servicepersonale og pedeller (Karasek & Theorell 1990). De passive jobs er placeret i nederste venstre kvadrant i figur 1.

Ovenstående beskriver de fire jobtyper, som indgår i krav-kontrol modellen og som har betydning for medarbejderens oplevelse af det psykosociale arbejdsmiljø. De fire jobtyper viser medarbejdere i forskellige jobs, hvor sygeplejersken er placeret i aktive jobs, som er karakteriseret ved høje krav og, hvor medarbejderen har stor kontrol i arbejdet. Dette stemmer dog ikke overens med sygeplejerskerne fra case-afdelingen, som oplever, at kravene er for høje i forhold til deres kontrol i arbejdet, hvilket skaber oplevelsen af ubalance mellem krav og kontrol. Derfor vurderer specialegruppen, at sygeplejerskerne fra case-afdelingen med udgangspunkt i Karasek og Theorells beskrivelser af jobtyper (Karasek & Theorell 1990), befinder sig i et højbelastende job, hvor sygeplejerskerne oplever høje krav og lav kontrol i arbejdet. Sygeplejerskens arbejde kan ydermere betegnes som et højbelastende job, da sygeplejerskerne ikke har mulighed for indflydelse på antallet af patienter samt patienternes tilstand, og dermed ikke har kontrol over arbejdsdagen.

Det har været nødvendigt at udvide modellen så den kompleksitet, der er i relationen mellem arbejdet og medarbejderens fysiske og psykiske helbred opfanges. På denne baggrund blev modellen i 1988 udvidet med inspiration fra Johnson og Hall, så den også omfatter social støtte (Karasek & Theorell 1990).

6.1.2 Social støtte

På baggrund af fund fra problemanalysen, findes dimensionen social støtte relevant at inddrage for nærværende speciale. Social støtte blev tilføjet som en ekstra dimension til krav-kontrol modellen, fordi Karasek og Theorell vurderede, at social støtte kan modificere ubalance mellem krav og

kontrol. Karasek og Theorell definerer social støtte som: ”Social support at work refers to overall levels of helpful social interaction available on the job from both co-workers and supervisors” (Karasek & Theorell 1990, s. 69). Social støtte betyder altså en hjælpsom social interaktion, som er tilgængelig på arbejdspladsen fra både medarbejdere og ledere (Karasek & Theorell 1990). Social støtte i arbejdet kan påvirke den enkeltes sundhedstilstand på flere måder, men anses som værende en buffermekanisme mellem psykiske stressorer og negativ sundhedstilstand. Karasek og Theorell skelner mellem to forskellige typer af social støtte på arbejdspladsen, den socio-emotionelle støtte (socioemotional support) og den instrumentelle sociale støtte (instrumental social support). Socio-emotionel støtte ses som en støtte, der fungerer som en buffer for psykiske belastninger. Denne støtte kan måles ved mængden af sociale og følelsesmæssige interaktioner med kolleger og ledere på arbejdspladsen, eller ved mængden af social samhørighed og interaktion med den samlede medarbejdergruppe. Instrumentel social støtte omhandler mængden af ekstra ressourcer eller hjælp fra kolleger eller ledelsen, til at løse arbejdsopgaverne (Karasek & Theorell 1990). Derfor har det betydning for sygeplejerskerne på case-afdelingen, om de oplever støtte fra kollegerne samt ledelsen, i forhold til at håndtere ubalance mellem krav og kontrol i deres arbejde.

Ovenstående viser, at krav-kontrol modellen kan bidrage til en forståelse af, hvordan ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes. Som tidligere nævnt kan sygeplejerskerne i case-afdelingen placeres i et højbelastende job, da sygeplejerskerne ifølge Arbejdstilsynet oplever høje krav i form af stor arbejdsmængde og tidspres, hvilket med udgangspunkt i Karasek og Theorell giver en belastningstilstand, som er fysisk og psykisk skadelig for sygeplejerskerne (Karasek & Theorell 1990). For at sygeplejerskernes job kan karakteriseres som et aktivt job, hvilket er det mest udviklende og motiverende job kræver det, at ubalancen mellem krav og kontrol mindskes, hvorfor sygeplejerskerne på case-afdelingen har behov for at opnå mere kontrol i arbejdet.

6.2 John Kotter

John Kotters *otte trins model* inddrages for at fremme en fremtidig implementering og forandringssucces. Kotters otte trins model inddrages på baggrund af viden om, at op imod 70 procent af alle planlagte forandringer mislykkes og derfor ikke lever op til virksomhedens forventede resultat (Voxted 2013). Når forandring af organisationen ikke lever op til forventningerne kan det resultere i, at medarbejderne oplever frustrationer grundet den mislykkede forandring og samtidig kan det betyde spild af ressourcer (Kotter 1999). En mislykket forandring

kan dermed have en række konsekvenser for både den enkelte sygeplejerske og hospitalet. Gennem problemanalysen er det fundet, at offentlige organisationer er præget af forandring, hvilket ligeledes gør sig gældende for case-afdelingen, der netop arbejder med at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø. Da case-afdelingen har modtaget to påbud for samme forhold formodes det, at forandringstiltaget ikke har haft den ønskede effekt. Det findes derfor relevant at opnå viden om, hvad der kan være årsag til, at forandringen enten lykkes eller mislykkes, for at fremme mulighederne for at udarbejde en succesfuld implementering til forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø. Teorien vil derfor anvendes som forståelsesramme for, hvad der kan skabe en forandring samt, hvad der kan være årsag til, at den mislykkes. Modellen anvendes ydermere fremadrettet til implementering af det udviklede forandringstiltag, samt fremme en succesfuld implementering af forandringstiltaget.

6.2.1 Otte trins modellen

Kotter har udarbejdet otte bud på, hvad der er væsentligste årsager til, at en planlagt forandring ikke indfrier forventningerne dertil. Tilsvarende præsenterer han otte trin til, hvad der bør indgå i forandringsprocessen, for at forandringen bliver succesfuld (Kotter 1999). De otte fejl i forandringsprocessen og de otte trin til succes præsenteres som en fælles gennemgang og relateres til case-afdelingen. De otte fejl og trin til forandring er følgende:

Otte fejl i forandringen	Otte trin til at skabe større forandring
1. Man accepterer for stor selvtilfredsstillelse.	1. Etablering af en oplevelse af nødvendighed.
2. Man formår ikke at skabe en tilstrækkelig stærk, styrende koalition.	2. Oprettelse af den styrende koalition.
3. Undervurdering af visionens magt.	3. Udvikling af en vision og en strategi.
4. Visionen kommunikeres utilstrækkeligt.	4. Formidling af forandringsvisionen.
5. Forhindringer får lov til at blokere for den nye vision.	5. Skabe grundlag for handling på bred basis.
6. Man forsømmer at skabe kortsigtede gevinster.	6. Generering af kortsigtede gevinster.
7. Sejren fejres, før slaget er vundet.	7. Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring.
8. Man forsømmer at forankre forandringen i virksomhedskulturen.	8. Forankring af nye arbejdsmåder i kulturen.

Tabel 2: Tabel over John Kotters otte fejl i forandringen samt otte trin til at skabe en forandring. Tabellen er udarbejdet med inspiration fra bogen *I spidsen for forandringer* (Kotter 1999).

Det første trin til at skabe forandring er *at der etableres en oplevelse af nødvendighed*. Hvis organisationens medarbejdere har for stor selvtilfredshed anerkendes behovet for forandring ikke. Denne store selvtilfredshed gør dermed, at medarbejderne ikke føler forandringen nødvendig, og derfor ikke yder den indsats, der kan være afgørende for forandringens succes. Hvis ikke forandringen tages alvorlig og opleves som en nødvendighed, kan dette medføre en kortvarig forandring, da medarbejdernes selvtilfredshed vil få dem til at søge tilbage mod udgangspunktet inden forandringen (Kotter 1999). For at imødekomme denne fejl er det afgørende at etablere en nødvendighed, for at opnå det samarbejde en forandring kræver. Ifølge Kotter er den første opgave i forandringsprocessen at sikre, at medarbejderne har en følelse af, at forandringen er nødvendig for organisationen. Dette kan eksempelvis gøres ved, at ledelsen udviser ærlighed om problemerne og oplyser medarbejderne om fremtidige muligheder samt manglende evne til at indfri muligheder i virksomhedens nuværende situation. Derudover skal ledelsen oplyse om belønning ved opnåelse af forandring og en synlig krise for medarbejderne er en af de bedste måder, hvorpå en følelse af nødvendighed tilvejebringes (Kotter 1999).

I forandringsprocessen til at forbedre sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø vil afdelingslederens første opgave på baggrund heraf være at tydeliggøre overfor medarbejderne, at der er et behov for en forandring. Ifølge påbuddene er sygeplejerskerne bevidste om afdelingens dårlige psykosociale arbejdsmiljø og det vurderes derfor, at sygeplejerskerne ønsker en forbedring heraf for at reducere sundhedsrisici. Det kan dermed vurderes, at sygeplejerskerne fra case-afdelingen på nuværende tidspunkt har en oplevelse af, at forandring er nødvendig.

Det andet trin til at skabe forandring er *oprettelse af den styrende koalition*, hvor skabelse af denne ofte undervurderes. Koalition betyder et sammensat team, hvilket bør indeholde personer fra hele organisationen og skal derfor bestå af både ledere og medarbejdere for at skabe et fælles mål for forandringen. Såfremt der ikke skabes en stærk styrende koalition kan modstand underminere initiativerne (Kotter 1999). Det er ikke muligt for en enkelt leder at gennemføre en større forandring alene og der skal derfor sammensættes en styrende koalition. Når dette team skal sammensættes er der fire faktorer, der bør medtænkes (Kotter 1999). Det første punkt vedrører, om der er tilstrækkelig stillingsindflydelse, hvilket omhandler, om der er nok nøglepersoner i teamet. Det andet punkt er, om der er ekspertise nok eksempelvis i form af erfaring og faglige aspekter, således at der kan træffes fornuftige og velbegrundede beslutninger i forhold til forandringen. Det tredje punkt vedrører troværdighed således, at gruppens udtalelser tages alvorligt. Det sidste punkt

omhandler lederskab, der skal indgå erfarne ledere i teamet således, at beslutninger kan gennemføres (Kotter 1999). Når den styrende koalition er etableret, skal teamet skabe en tillid til hinanden og et fælles mål for forandringen, hvilket bør være både rationelt fornuftigt og følelsesmæssigt appellerende (Kotter 1999).

I forandringen af sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø, bør der dermed oprettes en styrende koalition, der har til formål at styre processen og guide sygeplejerskerne på afdelingen. Den afsnitsledende sygeplejerske bør overveje, hvem der skal indgå i denne koalition, så det sikres, at der er de nødvendige kompetencer er tilstede. Målet med forandringen af det psykosociale arbejdsmiljø, som koalitionen udarbejder, skal fremstå fornuftigt og give mening for den enkelte sygeplejerske.

Det tredje trin til at skabe en forandring er *udvikling af en vision og en strategi*. Hvis visionen ikke er fornuftig eller en rettesnor for beslutningstagerne i forandringsprocessen, kan dette bevirke diskussioner på arbejdspladsen grundet uklarheder, hvorved der kan opstå uenighed blandt medarbejderne, hvilket kan betyde, at forandringen føres i en forkert retning og, at medarbejderne dermed vil tage afstand til forandringen (Kotter 1999). Visionen har til formål at formulere retningen for forandringen, motivere medarbejderne til at tage initiativ i den rigtige retning samt koordinere medarbejdernes handlinger (Kotter 1999). Kotter pointerer vigtigheden af, at ledelsen fra start udarbejder en vision og strategi, der er klar og velformuleret og, som kan pege frem imod det endelige mål (Kotter 1999). En god vision bør formidle et billede af, hvordan den fremtidige situation vil se ud, appellere til de ansattes langsigtede interesser, indeholde et realistisk mål og være klart defineret sådan, at der kan træffes beslutninger herud fra. Derudover skal visionen være nem at kommunikere (Kotter 1999). Det første udkast udarbejdes ofte af lederen, som trækker på egne erfaringer og værdier, således at visionen bliver personlig spændende og fornuftig. Visionen bør herefter diskuteres blandt en gruppe af medarbejdere for eksempel den styrende koalition, sådan at visionen kan revideres (Kotter 1999).

Ud for ovenstående kriterier bør den afsnitsledende sygeplejerske i starten af forandringsprocessen udarbejde en vision for forandringen af det psykosociale arbejdsmiljø. Visionen skal udarbejdes med både indehold af analytisk tænkning og drømme for fremtiden. Efter første udkast bør visionen tilpasses i samarbejde med medarbejderne i den styrende koalition.

Det fjerde trin til at skabe en forandring er *formidling af forandringsvisionen*. Det er ikke nok blot

at have en god vision, denne skal også kommunikeres tilstrækkeligt ud så denne er kendt for medarbejderne. Medarbejderne vil ikke bringe ofre i forandringsprocessen, hvis de ikke oplever fordelene tilstrækkeligt og tror på, at forandringen er mulig, hvorved modstand vil opstå. Gennem kommunikation kan der skabes en fælles forståelse for den ønskede fremtid, der bidrager med motivation og koordinering af den type handlinger, der skaber forandringen (Kotter 1999). Hvis visionen skal kommunikeres effektivt ud, bør følgende elementer medtænkes i kommunikationen. Kommunikation skal være enkel, hvorved alle slangudtryk skal elimineres og der bør anvendes eksempler og metaforer. Samtidig bør forskellige fora i form af møder, nyhedsbreve og uformel interaktion anvendes. Kommunikation bør gentages flere gange, og tovejskommunikation anbefales (Kotter 1999).

I forandringen af sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø, bør den afsnitsledende sygeplejerske være opmærksom på vigtigheden af at kommunikere visionen tilstrækkeligt ud til sygeplejerskerne samt, hvilke virkemidler, der skal anvendes for, at denne kommunikation bliver effektiv. Hvis visionen kommunikeres tilstrækkeligt vil sygeplejerskerne, ifølge Kotter, opleve forandringen fordelagtigt, hvorved sygeplejerskerne bliver villige til at foretage de nødvendige ofre, for at forandringen kan gennemføres. Yderligere vil denne vision, hvis den er kommunikeret tilstrækkeligt ud, være en rettesnor for sygeplejerskerne og mindske uklarheder sygeplejerskerne imellem.

Det femte trin til at skabe forandring er *at skabe grundlag for handling på bred basis*. Hvis medarbejderne føler sig magtesløse på grund af barriere i forandringen, er dette en forhindring i forandringsprocessen. Det er afgørende, at ledelsen forsøger at minimere de barrierer, der kan være medvirkende til at hindre eller svække forandringen (Kotter 1999). Hvis medarbejderne føler sig magtesløse kan eller vil de ikke være behjælpelige i forandringsprocessen, hvorved udvikling af kompetencer er vigtigt. Formålet er at udvikle medarbejdernes kompetencer til at handle, ved at fjerne eller minimere nogle af de barriere, der er i forandringsprocessen. Udviklingen af medarbejdernes kompetencer til at gennemføre forandringen kan ske ved, at medarbejderne gennem kommunikation opnår et fælles formål med forandringen, hvorved iværksættelse af handlinger bliver nemmere. Yderligere bør det sikres, at strukturer og systemer i organisationen er forenelige med visionen, samt bør det sikres, at medarbejderne får den nødvendige undervisning for at kunne gennemføre forandringen. Derudover bør det sikres, at der ikke er ledere, der modarbejder forandringen (Kotter 1999).

Den afsnitsledende sygeplejerske bør sikre, at sygeplejerskerne har de fornødne kompetencer som forandringen kræver, således at sygeplejerskerne ikke mødes med en oplevelse af magtesløshed. Samtidig bør mulige barrierer for forandringen identificeres, hvorefter disse bør forsøges elimineret eller minimeret.

Det sjette trin til at skabe forandring er *generering af kortsigtede gevinster*. En forandringsproces kan vare over en længere periode, og hvis de kortsigtede mål ikke fejres, kan dette betyde, at medarbejderne mister fremdrift, opgiver eller bliver aktive modstandere. Ledelsen kan have tildens til kun at have fokus på hele visionen, hvorved vigtigheden af de kortsigtede mål undervurderes. Medarbejdere har behov for en leder, der også belønner medarbejderne, når de kortsigtede mål opnås, hvilket kan være i form af anerkendelse (Kotter 1999). Disse kortsigtede gevinster bør være synlige, hvilket vil sige, at et stort antal af de ansatte skal opleve resultatet som reelt, samt bør disse gevinster ikke være tvetydige og skal være klart knyttet til forandringsprocessen (Kotter 1999). De kortsigtede gevinster har til formål at støtte medarbejderne således, at deres personlige og faglige ofre i forandringsprocessen betaler sig. Yderligere bidrager de kortsigtede gevinster til at give medarbejderen en lille pause, da det ikke er godt for medarbejderne at være under konstant pres. De kortsigtede mål giver mulighed for, at den styrende koalition kan afprøve visionen i mindre skalaer sådan, at visionen kan tilpasses. De kortsigtede gevinster bidrager også til at eliminere modstandere grundet de tydelige resultater af forandringen (Kotter 1999). Det er vigtigt, at ledelsen sætter nogle delmål, som bør fejres når disse er nået. Dette for at motivere medarbejderne til at forsætte forandringsarbejdet ved at belønne de medarbejdere, der har nået resultatet (Kotter 1999). I forandringen af sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø bør der opstilles nogle delmål, således at disse kan fejres ved opnåelsen heraf, da dette giver sygeplejerskerne en pause fra forandringsarbejdet, hvilket synes vigtigt i sygeplejerskernes situation, hvor de i forvejen befinder sig i en presset situation grundet et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. Yderligere vil disse fejringer give sygeplejerskerne motivation til at forsætte forandringsarbejdet.

Det syvende trin til at skabe forandring omhandler *konsolidering af resultater og produktion af mere forandring*. Grundet den pressede situation, kan det være tiltalende at overfortolke delresultaterne til slutmål og dermed tro, at forandringen er forankret i organisationen, hvorved en videre fremdrift af forhandlingsprocessen stoppes (Kotter 1999). Det er vigtigt, at ledelsen fastholder medarbejderen i forandringen og ikke er bange for at øge ambitionerne for den

fremtidige forandring, hvis denne mulighed byder sig (Kotter 1999). For at undgå, at forandringen stoppes skal den styrende koalition benytte den troværdighed, der er opnået gennem de kostsigtede mål til at igangsætte flere og større forandringer. Dette betyder også, at flere medarbejdere skal inkluderes i forandringen og det er lederens opgave at bevare oplevelsen af nødvendighed for forandringen og at bevare en klarhed over det fælles mål (Kotter 1999).

Ved dette trin er det vigtigt, at den afsnitsledende sygeplejerske fastholder sygeplejerskerne i forandringen således, at de ikke opgiver forandringsprocessen, men samtidig bør forandringen udvides med nye tiltag, hvis det fremstår muligt.

Det ottende trin til at skabe en forandring er *forankring af nye arbejdsområder i kulturen*. En forandring er først gennemført når denne er en selvfølge for organisationen og en del af kulturen. I forlængelse af ovenstående ses det ofte, at lederne stopper forandringsprocessen før denne er forankret i organisationen, hvilket bevirker, at forandringen ikke er holdbar (Kotter 1999). Da kulturer og herunder normer er svære at ændre på en arbejdsplads skyldes det, at medarbejderne påvirkes af hinanden (Kotter 1999). Den nye praksis skal udvikles til, at være en del af normerne og rutinerne på arbejdspladsen. Dette er en tidskrævende proces, som ledelsen bør være opmærksom på under forandringsprocessen og arbejde med, ud fra viden om, at kulturen på arbejdspladsen først kan ændres når medarbejdernes handlinger ændres, og kan se sammenhængen med de nye handlinger og forbedringerne (Kotter 1999). De fleste ændringer af normer på arbejdspladsen, vil først finde sted i slutningen af forandringsprocessen og de nye handlinger vil først blive en del af kulturen når det er tydeligt for medarbejderne, at disse handlinger fungerer bedre end de gamle. Ændringen af kulturen kræver kommunikation, således at de nye handlingers værdi indrømmes samt kan det være nødvendigt at udskifte nøglepersoner i virksomheden, for at kulturen kan ændres (Kotter 1999).

Ved afslutning af forandringen af sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø, bør der fokuseres på, at nye vaner forankres i afdelingens kultur og dette bør ske gennem en øget kommunikation samt synliggørelse af forandringsprocessens resultater.

7. Metode

Følgende afsnit har til formål at belyse og begrunde valg, foretaget i forbindelse med den anvendte metode. Den valgte metode til undersøgelse af specialets problemformulering består af et litteraturstudie og to interviewundersøgelser.

7.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie anvendes, da denne metode er brugbar til at erhverve baggrundsviden og indsigt i centrale begreber til afdækning af problemområdet, hvorigennem en grundlæggende viden om sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø kan opnås. Litteraturstudiet er endvidere valgt, for at kunne besvare første forskningsspørgsmål, igennem eksisterende viden på området (Buus et al. 2008). Litteraturstudiet indeholder to indledende systematiske litteratursøgninger til belysning af problemanalysen samt systematisk litteratursøgning til belysning af specialets problemformulering.

7.1.1 Litteratursøgning til initierende problem og problemanalyse

Til udarbejdelse af specialets initierende problem og problemanalyse er der foretaget indledende litteratursøgning, bestående af fritekstsøgninger via Google, Google Scholar samt relevante hjemmesider som eksempelvis Arbejdstilsynet, Videncenter for Arbejdsmiljø og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Yderligere er der foretaget to systematiske litteratursøgninger i databaserne Cinahl, PubMed, Cochrane og PsycINFO. Første systematiske søgning havde til formål, at bibringe baggrundsviden omkring sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø samt problemets omfang, for herved at afgrænse til specialets endelige problemstilling. Anden systematiske søgning havde til formål at belyse problemområdet, vedrørende ubalance mellem krav og kontrol, for at specificere denne problemstilling. Den indledende søgning har bidraget til identificering af relevante studier, rapporter, lovmateriale og andet baggrundslitteratur, som har bibragt en større viden og forståelse for problemets omfang. Ydermere har søgningen givet inspiration til afgrænsning af problemstillingen, for derigennem at kunne formulere en problemformulering (Buus et al. 2008). Afslutningsvis har den indledende litteratursøgning bidraget til identificering af relevante søgeord til senere systematisk litteratursøgning. Den indledende systematiske litteratursøgning er beskrevet i bilag 3.

7.1.2 Litteratursøgning til problembearbejdning

Foruden den indledende litteratursøgning foretages en systematisk litteratursøgning, med henblik på at besvare første forsknings spørgsmål. Denne litteratursøgning tager afsæt i den indledende søgning, hvor facetterne *sygeplejerske*, *krav og kontrol* viderebringes og facetterne *psykosocialt arbejdsmiljø*, *social støtte* og *forandring* tilføjes. Søgningen er udarbejdet som bloksøgning, hvor søgningen opdeles i facetter. Denne søgestrategi er valgt, for at skabe struktur samt overblik, og yderligere bidrager denne strategi til, at søgningen kan udvides eller indsnævres ved enten at tilføje eller fjerne en facet (Buus et al. 2008).

Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4	Facet 5	Facet 6
Sygeplejerske	Psykosocialt arbejdsmiljø	Krav	Kontrol	Social støtte	Forandring

Tabel 3: Udvalgte søgefacetter til den systematiske litteratursøgning.

Søgningen foretages i databaserne Cinahl, PubMed, Cochrane samt PsycINFO, da disse er fundet relevante til at identificere litteratur til besvarelse af specialets problemformulering (bilag 4). I hver af de udvalgte databaser benyttes thesaurus, for at identificere relevante kontrollerede emneord (Buus et al. 2008). I tilfælde hvor det ikke er muligt at identificere relevante kontrollerede emneord, søges der med søgetermer i fritekstsøgning. I forbindelse med fritekstsøgninger anvendes trunkering og phrase-søgning, for at præcisere og udvide søgningen, hvor det er vurderet relevant. Til kombination af udvalgte søgetermer, kontrollerede emneord og facetter anvendes boolske operatører for henholdsvis at udvide og indsnævre søgningen (Buus et al. 2008). Den fulde søgehistorik og herunder de udvalgte søgetermer og kombinationer heraf fremgår af bilag 4.

Inklusions- og eksklusionskriterier

For at sikre litteraturens relevans for specialets problemformulering, er der opstillet en række kriterier for udvælgelse af forskningslitteratur. Da specialets fokusområde er sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø, inkluderes kun studier omhandlende denne målgruppe, da balancen mellem krav og kontrol, kan afvige fra erhverv til erhverv (Karasek & Theorell 1990). Der søges viden om, hvorledes ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes, hvorfor dette skal være i fokus i de udvalgte studier. For at opnå en højere overførbarhed inkluderes kun studier omhandlende branchen hospitaler, da det vurderes, at de forskellige afdelinger har flere fællestræk trods forskellige specialer, hvorved mængden af krav og kontrol formodes, at være sammenlignelig.

Yderligere inkluderes kun studier fra vestlige lande, da disse vurderes at kunne overføres til dansk kontekst. Derudover inkluderes dansk, engelsk, norsk og svensk sproget studier, da specialegruppens sprogfærdigheder ligger her indenfor (bilag 4).

Udvælgelse og vurdering af litteratur

Den fundne litteratur udvælges, ud fra inklusions- og eksklusionskriterierne gennem tre trin: en primær, sekundær og tertiær udvælgelse (bilag 4). Yderligere vurderes den udvalgte litteratur ud fra anerkendte tjeklister og relevans i forhold til besvarelse af problemformuleringen (bilag 5; bilag 6). Resultaterne fra den systematiske litteratursøgning til problembearbejdningen vil blive præsenteret i afsnit 8.1 *Analyse af resultater fra litteraturstudiet*.

7.2 Kvalitativ empirisk interviewundersøgelse

Til at besvare forskningsspørgsmålene er den kvalitative metode valgt, da forskningsspørgsmålene, med udgangspunkt i specialets videnskabsteoretiske position, begge ønsker at opnå en viden om og forståelse for, hvordan informanterne oplever og forstår det undersøgte fænomen (Launsø et al. 2011), psykosocialt arbejdsmiljø. Begge forskningsspørgsmål har fokus på informanternes meninger, holdninger og oplevelser af det psykosociale arbejdsmiljø og specialet søger forståelse for, den subjektive oplevelse af fænomenet gennem den kvalitative interviewundersøgelse (Tanggaard & Brinkmann 2015a). Til besvarelse af hvert forskningsspørgsmål gennemføres særskilte interviewundersøgelser.

Første forskningsspørgsmål har til sigte at undersøge, hvordan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes. Til besvarelse heraf foretages et semistruktureret enkeltinterview med en afsnitsledende sygeplejerske på en medicinsk afdeling. Denne interviewundersøgelse vil fremadrettet omtales som 1. interviewundersøgelse. Formålet med 1. interviewundersøgelse er at belyse den afsnitsledende sygeplejerskes oplevelse af årsagen til, at den afdeling hvor hun er ansat, har haft succes med forbedring af et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. Afdeling har, som case-afdelingen, ligeledes oplevet ubalance mellem krav og kontrol, i form af stor arbejdsmængde og tidspres, hvilket kom til udtryk ved dårlig trivsel, et højt sygefravær og, at flere medarbejdere sagde op, hvilket er fremkommet på baggrund af et møde med Region Nordjylland. Viden der opnås igennem interviewet, skal bidrage til en forståelse af, hvordan det psykosociale arbejdsmiljø kan forandres.

Andet forskningsspørgsmåls formål er at undersøge, hvilke elementer et forandringstiltag kan indeholde for at mindske sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol på baggrund af et samspil mellem specialegruppens viden og case-afdelings viden. Til besvarelse heraf foretages semistruktureret enkeltinterviews med ledelse og sygeplejersker på case-afdelingen. Denne interviewundersøgelse vil fremadrettet omtales som 2. interviewundersøgelse. 2.

interviewundersøgelse tager udgangspunkt i case-afdelingen og har til formål, at undersøge og inddrage sygeplejerskerne og de afsnitsledende sygeplejerskers mening og oplevelse af specialegruppens forslag til forandring af det psykosociale arbejdsmiljø. Specialegruppens forandringsforslag udarbejdes på baggrund af resultater fra 1. interviewundersøgelse, litteraturstudie samt den teoretiske referenceramme. Undersøgelsen har til formål at tilvejebringe en forståelse for, hvad et konkret forandringstiltag skal indeholde for at mindske ubalance mellem krav og kontrol, på baggrund af et samspil mellem specialegruppens viden og ledelsen og sygeplejerskernes viden.

Velvidende at de to forskningsspørgsmål har forskellige formål, er det valgt at belyse de metodiske valg omkring de to interviewundersøgelser ved en samlet gennemgang, da begge interviewundersøgelser består af enkeltinterviews og ydermere, for at undgå gentagelser i metodebeskrivelsen. Når der findes afgrænsninger mellem de to interviewundersøgelser, præsenteres disse særskilt. Til opbygning af interviewmetoden tages udgangspunkt i Steinar Kvale og Svend Brinkmann, herunder de syv faser i interviewundersøgelsen (Kvale & Brinkmann 2009). Følgende faser beskrives: design, interview, transskribering og analyse.

7.2.1 Ethiske overvejelser

Der er ifølge Kvale og Brinkmann flere etiske overvejelser, forskeren må tage højde for, i planlægningen og udførelsen af en interviewundersøgelse (Kvale & Brinkmann 2009), hvor både mikro- og makroetiske aspekter bør medtænkes.

Makroetikken omhandler undersøgelsens placering i en samfundsmæssig sammenhæng, som omhandler, hvilken større interesse specialet tjener (Brinkmann 2015). Interviewundersøgelsen må ikke blot udføres for at opnå viden, men skal også have til formål at bidrage til en forbedring af den menneskelige situation, der undersøges (Kvale & Brinkmann 2009). Yderligere omhandler de makroetiske overvejelser, at interviewundersøgelsens resultater ikke må skade udefrakommende personer og det er derfor relevant at overveje, for hvem resultaterne vil være positive eller negative (Kvale & Brinkmann 2009; Brinkmann 2015). Mikroetikken omhandler, at forskeren ikke må

påføre informanten skade i forbindelse med interviewet og efterfølgende (Kvale & Brinkmann 2009). De etiske overvejelser, der fortages i forbindelse med interviewundersøgelsen udfoldes i de følgende afsnit.

7.2.2 Design

Den kvalitative empiriske interviewundersøgelse består af enkeltinterviews. 1.

interviewundersøgelse består af et enkeltinterview med den afsnitsledende sygeplejerske på medicinsk afdeling. Det er optimalt også at interviewe sygeplejerskerne på afdelingen, således at det ikke kun er den afsnitsledende sygeplejerskes perspektiv der belyses, men grundet specialets tidsramme er dette ikke muligt. Det vurderes, at den systematiske litteratursøgning kan bidrage med synspunkter udover den afsnitsledende sygeplejerskes forståelse.

2. interviewundersøgelse består af enkeltinterviews med sygeplejerskerne og afsnitsledende sygeplejersker fra case-afdelingen. Enkeltinterviews er valgt på baggrund af viden om afdelingens situation, i form af et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, påbud fra Arbejdstilsynet samt samarbejde med arbejdsmiljøkonsulenter omkring forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø. Grundet disse faktorer, er enkeltinterviews vurderet hensigtsmæssig, da det vurderes, at afdelingen er presset på tid. Et fokusgruppeinterview, hvor flere af sygeplejerskerne interviewes samtidig, vurderes ligeledes relevant, da Arbejdstilsynets definition af psykosocialt arbejdsmiljø indebærer, at relationer medarbejderne imellem også har betydning. Yderligere kan et fokusgruppeinterview producere viden om en social gruppes fortolkninger samt interaktionen mellem informanterne (Halkier 2015). Det er dog ikke muligt at samle et repræsentativt antal sygeplejersker til fokusgruppeinterview, på baggrund af afdelingens ovennævnte situation.

Specialegruppen har på forhånd fastsat et antal informanter på fem til otte sygeplejersker, da dette antal vurderes fyldestgørende på baggrund af personalegruppens størrelse og kan bidrage til opnåelse af et ideelt mætningspunkt (Kvale & Brinkmann 2009). 2. interviewundersøgelse adskiller sig ved, at denne interviewundersøgelse er inspireret af en partcipatorisk tilgang, hvor fokus i det semistrukturerede interview er på udvikling af forandringstiltag, i et samspil mellem forskeren og informanterne (Chevalier & Buckles 2013). Et semistruktureret interview med partcipatorisk tilgang har fokus på tovejskommunikation og her kan både interviewer og informant bidrage til den viden som interviewet skal resultere i, hvor informanterne kan bidrage med deres oplevelser og forståelse omkring emnet (Chevalier & Buckles 2013). Formålet med at inddrage den partcipatoriske tilgang er at involvere informanterne i udviklingen af forandringstiltaget, idet specialegruppen har en

formodning om, at informanterne kan bidrage med viden om, hvilke tiltag der kan fungere på den pågældende sygehusafdeling. Interviewene skal danne baggrund for dette samspil mellem sygeplejerskerne på afdelingen og specialegruppens medlemmer.

Begge interviewundersøgelser udarbejdes som semistrukturerede enkeltinterviews, da dette giver mulighed for at strukturere interviewene ud fra på forhånd fastlagte temaer, og samtidig har interviewerens mulighed for at forfølge informanternes udsagn (Tanggaard & Brinkmann 2015b). Dette er relevant, med udgangspunkt i specialets videnskabsteoretiske position, hvorved interviewguiden og de forud bestemte temaer tager afsæt i specialets forforståelse og samtidig har interviewerens mulighed for at forfølge informantens udsagn med henblik på horisontsammensmeltning (Højberg 2014).

I forhold til design af interviewundersøgelserne er det forsøgt at tage højde for den makroetiske problemstilling, idet formålet med dette speciale er at skabe et forandringstiltag, der har til hensigt at forbedre sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø, hvorved det formodes, at en forværring af sygeplejerskernes sundhedstilstand kan forebygges. Specialegruppen har gjort sig overvejelser omkring, hvorvidt undersøgelsens resultater kan skade udefrakommende personer. Det er uvist, om undersøgelsens resultater kan få konsekvenser for personer uden for undersøgelsen, da specialets fokus er på sygeplejersker, og målet derfor kun er at forbedre sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø. Der kan derfor sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt undersøgelsen vil skade andre faggrupper som eksempelvis læger eller social- og sundhedsassistenter. Dette da en forbedring af sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø kan betyde en forværring af det psykosociale arbejdsmiljø blandt andre faggrupper, for eksempel i form af omfordeling af arbejdsopgaver eller indflydelse i arbejdet til sygeplejerskernes fordel. Det kan ydermere ikke afvises, at sygeplejersker uden for undersøgelsen er tilfredse med det psykosociale arbejdsmiljø, hvorved en ændring heraf kan få negative konsekvenser for disse sygeplejersker. Der kan også forekomme en utilsigtet konsekvens af undersøgelsens resultater, som kan få betydning for ledelsen, i form af en fremstilling af et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, hvilket kan sætte lederne i dårligt lys. Det vurderes, at resultaterne fra denne kvalitative empiriske interviewundersøgelse kan få konsekvenser for udefrakommende. Dette er håndteret ved en åben tilgang omkring disse utilsigtede konsekvenser, for at beslutningstagere kan være opmærksomme herpå ved eventuel implementering af det udviklede forandringstiltag. Yderligere tages der højde for mikroetiske problemstillinger, ved

at der forinden interviewene udarbejdes en samtykkeerklæring, hvorved det fremhæves, hvad deltagelsen betyder for informanten (bilag 7; bilag 8). Samtykkeerklæringen præsenteres for informanten under interviewets briefing og bedes underskrives. Når informanten underskriver samtykkeerklæringen godkender vedkommende sin deltagelse ud fra opstillede betingelse. Det informerede samtykke gennemføres, af hensyn til både informantens deltagelse og specialegruppens mulighed for anvendelse af udsagn.

Interviewguide

De semistrukturerede interviews udføres på baggrund af interviewguides. Interviewguidesne udarbejdes med interviewspørgsmål, der bidrager til en tematisk og dynamisk dimension (Kvale & Brinkmann 2009). Dette for, at interviewguidesne kan bidrage til, at interviewene belyser formålene med interviewundersøgelserne og dertilhørende emner, samt at interviewguidesne, kan bidrage til en relation mellem interviewer og informant, som fordrer informantens lyst til at uddybe og fortælle frit om vedkommendes oplevelser og forståelser (Kvale & Brinkmann 2009). Den tematiske dimension forsøges imødekommes ved, at der i udarbejdelsen af interviewguiden medtænkes den valgte analysestrategi, for herved at fremme muligheden for den efterfølgende analyse. Den dynamiske dimension imødekommes igennem fokus på hverdags- og letforståeligt sprog uden fagtermer, i udarbejdelse af spørgsmålene til interviewguidesne (Kvale & Brinkmann 2009). På baggrund af specialets hermeneutiske videnskabsteoretiske position opbygges interviewguidesne på baggrund af specialegruppens forforståelse. I 1. interviewundersøgelse er temaer og spørgsmål udformet på baggrund af den forståelse, som er fremkommet ud fra initierende problem, problemanalyse og den teoretiske referenceramme. Temaer og spørgsmål i 2. interviewundersøgelse udformes på baggrund af den forståelse, der er opnået igennem litteraturstudie, 1. interviewundersøgelse samt den teoretiske referenceramme.

Interviewguidesne er opbygget omkring forskellige typer af interviewspørgsmål: indledende spørgsmål, opfølgende spørgsmål, sonderende spørgsmål og tavshed, da de forskellige typer af spørgsmål bevirker, at informantens svar nuanceres (Kvale & Brinkmann 2009). Indledende spørgsmål anvendes for, at hjælpe og guide informanten ind på emnet og for at give informanten mulighed for at fortælle om, hvad vedkommende oplever af relevante elementer inden for emnet. Opfølgende spørgsmål indgår for at sikre specialegruppens forståelse af informantens oplevelser. Opfølgende spørgsmål skal eksempelvis bære præg af interviewerens nysgerrighed og interesse i, at

forsøge at forstå informantens forståelsehorisont (Kvale & Brinkmann 2009). Disse opfølgende spørgsmål er ikke på forhånd defineret, men der er enighed i specialegruppen om, at der stilles opfølgende spørgsmål til udsagn, der vurderes at kunne bidrage til en yderligere forståelse af informantens oplevelse af det psykosociale arbejdsmiljø. Sonderende spørgsmål inddrages ligeledes for at opnå uddybelse af informantens udsagn, men sonderende svar inddrages ligeledes, for at interviewerens vedholder åbenhed over for informanten. Disse sonderende spørgsmål er ikke på forhånd defineret, men kan eksempelvis være: ”Kan du sige noget mere om det?” (Kvale & Brinkmann 2009, s. 155). Ved både 1. og 2. interviewundersøgelse lægges vægt på anvendelse af åbne spørgsmål for at sikre, at informantens meninger, holdninger og oplevelser udfoldes og dermed kan inddrages i udviklingen af et konkret forandringstiltag. I 2. interviewundersøgelse er det yderligere valgt, at foretage en begrebsafklaring for at sikre, at informanterne og specialegruppens medlemmer har samme forståelse for relevante begreber anvendt i interviewguiden. Interviewguidesne ses i bilagene 9, 10 og 11.

Pilotinterview

Et pilotinterview kan bidrage til at teste interviewguiden i praksis (Christensen et al. 2015). Inden gennemførelse af interviewene i 2. interviewundersøgelse foretages et pilotinterview. Baggrunden herfor er, at det synes vigtigt, at informanterne forstår interviewspørgsmålene, da deres meninger, holdninger og oplevelser, som sagt, er vigtige i forhold til at inddrage informanterne i udviklingen af forandringstiltaget. Pilotinterviewet udføres med en sygeplejerske på en sygehusafdeling, hvor sygeplejerskerne, som på case-afdelingen, oplever et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. Pilotinterviewet optages på bånd og aflyttes efterfølgende af hele specialegruppen, for at få indblik i, hvordan interviewguiden fungerer i praksis, hvorefter der foretages nødvendige rettelser (Christensen et al. 2015). Det optagede pilotinterview behandles fortroligt og slettes efter brug, således at informanten ikke skades, på baggrund af deltagelse.

Udvælgelse af informanter og setting

Udvælgelsen af informanter er sket på baggrund af samarbejde med Region Nordjylland. Samarbejdet blev etableret ved specialets start og formålet var at opnå viden om igangværende projekter inden for området, samt at få indblik i arbejdsmiljøkonsulenternes arbejde. Samarbejdet bestod i, at Region Nordjylland fungerede som gatekeeper. I 1. interviewundersøgelse er den afsnitsledende sygeplejerske på medicinsk afdeling udvalgt, på baggrund af hendes erfaring med

forandring af det psykosociale arbejdsmiljø samt, at afdelingen ligeledes har oplevet ubalance mellem krav og kontrol. Denne viden om den medicinske afdeling blev opnået gennem Region Nordjylland. Den afsnitsledende sygeplejerske på medicinsk afdeling blev inviteret til at deltage i interviewet via mailkorrespondance (bilag 12). Interviewet foregår på Aalborg Universitetsbibliotek efter ønske fra informanten, hvilket imødekommes, da lokalisation kan være afgørende, for at informanten kan føle sig tryk (Christensen et al. 2015).

Gennem Region Nordjylland er specialegruppen også informeret om case-afdelingen, da de netop samarbejder med afdelingen med henblik på, at forbedre deres psykosociale arbejdsmiljø, og at case-afdelingen eventuelt kunne være interesseret i et samarbejde med specialegruppen. Kontakten til afdelingen er derfor skabt via konsulenter fra Region Nordjylland, således at afdelingen ikke følte sig presset til at deltage i interviewundersøgelsen.

Til rekruttering af sygeplejerskerne på case-afdelingen er det valgt at anvende gatekeeper, som en del af samplingsstrategien, hvor den afsnitsledende sygeplejerske fungerer som gatekeeper.

Gatekeeperen er behjælpelig med, at specialegruppen sættes i kontakt med informanter, og kan udgøre en formel rolle i forbindelse med dataindsamling, hvor gatekeeperen er med til at give specialegruppen adgang til sygehusafdelingen samt de ansatte sygeplejersker på afdelingen (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2015). Dette er valgt, for at sygeplejerskerne skal opleve specialet som vedrørende dem, idet det formodes, at den afsnitsledende sygeplejerske har en god relation til de ansatte, og samtidig er en autoritet, som kan have en betydning for, om sygeplejerskerne vil deltage i interviewene. På baggrund af specialets problemformulering er det valgt at opstille et inklusionskriterie for, hvilke informanter, der kan være hensigtsmæssige til belysning af specialets problemformulering. Inklusionskriteriet omhandler, at informanten har været ansat på afdelingen mindst et år, for at have et godt kendskab til det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen.

Gatekeeperen er præsenteret for ovenstående inklusionskriterie og da udvælgelse af sygeplejerskerne foretages på baggrund af disse kriterier, er der tale om en homogen udvælgelse (Christensen et al. 2015). Der udarbejdes et informationsbrev, som gatekeeperen kan udlevere til sygeplejerskerne, så sygeplejerskerne herigennem informeres om undersøgelsens formål og derudfra kan tage stilling til deltagelse (Christensen et al. 2015; bilag 13). Dette på baggrund af mikroetiske overvejelser, omkring informantens frivillige deltagelse.

Interviewene vil blive gennemført i et lokale på afdelingen. Sygehuset og afdelingen som ramme for interviewene er valgt, på baggrund af overvejelser om, hvad der vil være let tilgængeligt for informanterne samt, at disse omgivelser kan være medvirkende til at sætte rammen for interviewenes emne. Yderligere vurderes det, at afdelingen er et trygt sted for informanterne, hvilket er en forudsætning for at indhente data af god kvalitet, da denne tryghed ydermere kan opfordre informanten til udtalelser vedrørende det ønskede emne (Christensen et al. 2015).

Specialegruppens forskningsrolle

På baggrund af specialets videnskabssteoretiske position, er det relevant at fokusere på overvejelser omkring forskerens rolle, da den hermeneutiske videnskabssteori, som tidligere skrevet, omhandler horisontsammensmeltningen mellem forskeren og genstandens forståelseshorisont (Højberg 2014). Dermed forstået, at specialegruppen er medvirkende til produktionen af datamaterialet, hvor specialegruppens fordomme og forståelseshorisont er en del af datamaterialet og dermed medvirkende til, hvilken viden, der fremkommer igennem hele undersøgelsesprocessen (Højberg 2014). I forbindelse med de semistrukturerede interviews vil horisontsammensmeltningen forekomme mellem informanterne og specialegruppen, hvorved specialegruppens forståelseshorisont revideres for hvert gennemført interview. For at medvirke til den mulige horisontsammensmeltning i de semistrukturerede interviews vil specialegruppen forsøge, at være bevidst om egen forståelseshorisont, og opmærksom på at udfordre denne ved interviewundersøgelsen, ved at inddrage den i interviewguidens spørgsmål, for herved både at undersøge og stille spørgsmål til egen forståelseshorisont. Det er vigtigt i specialegruppens rolle at være opmærksom på, at horisontsammensmeltningen sker på baggrund af både specialegruppen og informantens forståelseshorisont og åbenhed er derfor også en essentiel del af interviewundersøgelsen. Dette imødekommes ved, at interviewerens har mulighed for at spørge uddybende ind til informantens forståelse, for herved at medvirke til, at interviewerens/specialegruppens egen forståelseshorisont udvides inden for problemstillingen sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø (Højberg 2014). 2. interviewundersøgelse danner baggrund for en dialog imellem specialegruppen og informanterne. Denne tovejskommunikation bevirker en højere grad af nærhed specialegruppen og informanterne imellem, hvorved specialegruppens viden bliver en del af det undersøgte.

7.2.3 Interview

Interviewene foretages skiftevis af specialegruppens medlemmer, da alle medlemmer er erfarne interviewere. Denne løsning er samtidig valgt, da der derved kan foretages flere interviews ad gangen. Det kan være optimalt, at det er samme person, der foretager alle interviewene, da forståelseshorisonten som sagt revideres gennem hvert gennemført interview (Højberg 2014). Interviewguiden indeholder både briefing og debriefing (Kvale & Brinkmann 2009). Briefing er valgt med det formål, at kunne informere om undersøgelsens formål, i den forbindelse har specialegruppen gjort sig overvejelser omkring, ikke at love informanterne en forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø, da det ikke kan vides på forhånd, om det fremtidige forandringstiltag har den ønskede effekt. Yderligere er briefing valgt for, at gennemgå samtykkeerklæringen forinden interviewets start. Briefing skal sætte rammen for interviewet og hermed guide informanten ind på emnet psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker og vedkommendes oplevelser omkring dette, ud fra de spørgsmål, der er i interviewguiden (Kvale & Brinkmann 2009). Debriefing anvendes for at takke informanten for deltagelse, samt for at give informanten mulighed for at bidrage med yderligere kommentarer til interviewet. Derudover anvendes debriefingen til at gøre opmærksom på informantens anonymitet fremadrettet og anvendelsen af udtalelserne (Kvale & Brinkmann 2009). Under selve interviewet er det interviewerens opgave at styre interviewet ud fra interviewguiden, samt at forfølge informantens udtalelser, hvis disse har relevans for specialets problemformulering. Det er ligeledes interviewerens opgave at skabe en god kontakt til informanten, hvilket gøres ved at være aktiv lyttende samt vise interesse og forståelse for informantens fortællinger (Kvale & Brinkmann 2009).

Af mikroetiske årsager bør intervieweren under interviewet være opmærksom på, at der kan forekomme en asymmetrisk magtrelation, da intervieweren ofte er den stærkeste part, idet intervieweren definerer interviewsituationen, bestemmer spørgsmålene og beslutter, hvilke spørgsmål, der forfølges (Kvale & Brinkmann 2009). Dette kan medføre ubehag for informanten og for at imødekomme denne problemstilling, skal interviewerne have en anerkendende tilgang til informanten via aktiv lytning (Kvale & Brinkmann 2009). Yderligere er det vigtigt, at informantens personlige grænser ikke overskrides i forbindelse med interviewet, og derfor bør intervieweren være bevidst herom. Dette kan gøres ved, at der i forbindelse med briefing tydeliggøres overfor informanten, at det er acceptabelt, hvis informanten ikke ønsker at besvare et spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2009). Yderligere vurderes det, at den asymmetriske magtrelation mindskes i 2.

interviewundersøgelse, da samspillet imellem informanterne og specialegruppens medlemmer, bevirker en større ligestilling (Kvale & Brinkmann 2009).

7.2.4 Transskription

Alle interviewene optages på diktafon, da det giver plads til, at interviewer kan koncentrere sig om interviewets emner og relationen til informanten (Kvale & Brinkmann 2009). Optagelserne transskriberes herefter, for at gøre data anvendelig og håndterbar til analyse og dermed kan transskriptionen ansues, som første del af analysen (Kvale & Brinkmann 2009). Grundet specialets begrænsede tidsramme vælges det, at interviewereren ikke selv transskriberer interviewet, da det giver andre gruppemedlemmer mulighed for, at opnå indsigt i interviewet, hvorved analyse af resultaterne kan optimeres. Der kan dog hentes hjælp fra interviewereren af det pågældende interview ved uklarheder i form af utydelig tale. Det vil være optimalt, at interviewereren, så vidt muligt, selv transskriberer det udførte interview for herved at gøre det lettere at gendanne eventuelle svært forståelige passager, hvilket kan fremkomme på lydoptagelsen. Samtidig vil interviewereren have kontrol over oversættelsen fra tale til skrift, uden at meningen går tabt (Tanggaard & Brinkmann 2015b). Da ikke alle interviewene transskriberes af samme gruppemedlem, opstilles der transskriptionsregler for at sikre ensartethed (Kvale & Brinkmann 2009). Regelsættet er udarbejdet med inspiration fra Launsø et al. samt Kvale og Brinkmann (Launsø et al. 2011; Tanggaard & Brinkmann 2015b; bilag 14). Regelsættet er udformet på baggrund af den valgte analysestrategi, hvor fokus er på mening, hvormed det er relevant, at datamaterialet fremstilles på en måde, hvor meningen i udsagn fra sygeplejerskerne og afsnitslederne fremstilles i stedet for eksempelvis sproglige elementer ved udsagnene.

Foruden regelsættet for transskriptionen vil der løbende igennem transskriptionsfasen indgå overvejelser om, hvordan informanten fremstilles i det transskriberede materiale, da der er stor forskel mellem det talte og det skrevne sprog. Skrives transskriptionen ordret kan informanten fremstå som mindre begavet, da talesprog er en strøm, hvor informanten løbende henviser til tidligere udsagn, hvorved forståelse går tabt i det skrevne. Der benyttes ligeledes ofte ufuldendte sætninger i talesprog, hvilket kan gøre talen usammenhængende på skrift (Tanggaard & Brinkmann 2015b). Det er derfor valgt, at omskrive talesproget, så sproget fremstår læsevenligt, da det er vurderet, at en omskrivning med fokus på læsevenlighed ikke vil have betydning for meningen og samtidig bevirke, at informanterne ikke vil fremstå som mindre begavet.

7.2.5 Analysestrategi

Til analyse af interviewene er der fundet inspiration i Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi. Denne er valgt, da der er fokus på mening og da der ønskes en forståelse for, hvordan ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes samt for at opnå en forståelse for, hvordan denne viden i samspil med case-afdelingen kan danne baggrund for et konkret forandringsforslag. Denne analysestrategi er også valgt, da en åbenhed for teksten er vigtig, da formålet er at inddrage informanterne i forandringen. Ved at være åben for, hvad teksten fortæller, kan informanternes meninger, holdninger og oplevelser omkring udviklingen af et fremtidigt forandringsforslag fremkomme.

Analysestrategien indeholder en dekontekstualisering⁷ efterfulgt af en rekontekstualisering⁸, der begge styres af problemformulering. Analysestrategien indeholder trinene: *helhedsindtrykket*, *meningsbærende enheder identificeres*, *operationalisering* samt *rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning*. De fire trin skal tilsammen danne baggrund for analysen af den indsamlede empiri, hvorved en ny forståelse kan opstå (Dahlager & Fredslund 2015).

Trinene *helhedsindtrykket* og *meningsbærende enheder identificeres* er inspireret af Giorgis fænomenologiske metode, som vægter, at forforståelsen sættes i parentes. Den fænomenologiske metode harmonerer ikke med specialet videnskabsteoretiske position og deduktive tilgang. Det ønskes derfor ikke at sætte forforståelsen i parentes, men blot inspiration heraf ved at forsøge, at være åben over for, hvad teksten fortæller (Dahlager & Fredslund 2015).

Første trin: Helhedsindtrykket

Først trin har til formål at skabe et helhedsindtryk, hvilket gøres ud fra læsning og lytning af interviewene (Dahlager & Fredslund 2015). Dette helhedsindtryk skabes gennem den hermeneutiske cirkel, hvor delene kun forstås i kraft af helheden og helheden kun i kraft af delene, hvorved en ny forforståelse skabes (Birkler 2007; Gadamer 2007). Delene vil her være de enkelte interviews, mens helheden er den samlede transskription af interviewene.

⁷ Dekontekstualisering omhandler at bryde helheden op i dele for nærmere betragtning (Dahlager & Fredslund 2015).

⁸ Rekontekstualisering omhandler at sætte tekst delene sammen på ny (Dahlager & Fredslund 2015).

Andet trin: Meningsbærende enheder identificeres

Andet trin omhandler en organisering af interviewenes meningsbærende enheder, hvor fokus er på, hvad teksten siger og meningsbærende enheder vil blive identificeret. De meningsbærende enheder vil blive tildelt en kategori, som kaldes for meningskategorisering (bilag 15; bilag 16). Disse kategorier skabes ud fra informanternes begrebsverden, teori eller hverdagsprog og er medvirkende til at strukturere de meningsbærende enheder. I dette trin vil dekontekstualiseringen finde sted (Dahlager & Fredslund 2015).

Tredje trin: Operationalisering

Det tredje trin omhandler en mere dybtgående gennemgang af de skabte kategorier fra trin to. Kategorierne vil blive gennemgået og ordnet, så det sikres, at der er overensstemmelse mellem kategorierne og de meningsbærende enheder (bilag 17; bilag 18). Dette gøres ved at gennemgå de enkelte kategorier ud fra følgende: hvad omhandler denne kategori, er der gentagelser kategorierne imellem, kan de inddeles i underkategorier, kan nogle kategorier slås sammen? Dette gøres for at sikre, at en meningsbærende enhed ikke indeholder eller kan tildeles flere kategorier (Dahlager & Fredslund 2015).

Fjerde trin: Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning

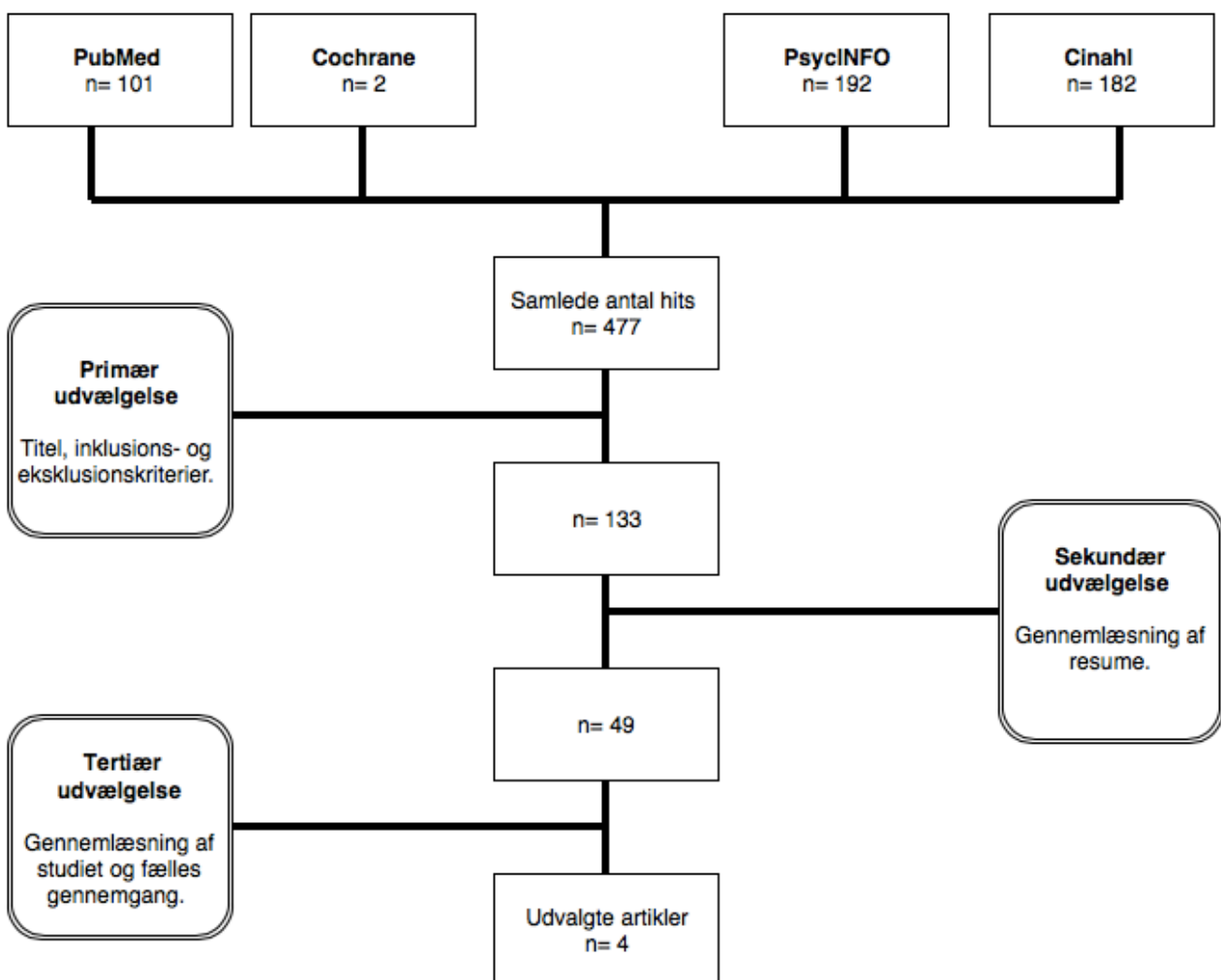
Fjerde og sidste trin er her, hvor rekontekstualisering finder sted. Fokus er ikke på, hvad teksten fortæller men, hvordan denne kan besvare problemformuleringen. Kategorierne knyttes her sammen på en ny måde med fokus på relationen kategorierne imellem. Rekontekstualiseringen vil ske i en bredere referenceramme, som her vil være specialets teoretiske referenceramme, for at forsøge at se det undersøgte i dens helhed og kontekst. Analysen bevæges her fra dele, som er de enkelte kategorier til helhed, hvor teksten skal forstås, som et svar på specialets problemformulering (Dahlager & Fredslund 2015). Denne rekontekstualisering vil ske i afsnit 8. *Resultater*. Den fulde analysestrategi er dokumenteret i bilag 15 og bilag 16.

8. Resultater

Følgende afsnit indeholder præsentation af resultater fundet ved litteraturstudie, 1. interviewundersøgelse og 2. interviewundersøgelse. Yderligere indeholder afsnittet analyse af resultaterne på baggrund af specialets teoretiske referenceramme.

8.1 Analyse af resultater fra litteraturstudie

Følgende afsnit har til formål at analysere resultaterne fra litteraturstudiet, med henblik på at besvare første forskningsspørgsmål som lyder: *Hvordan kan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol mindskes?* Igennem litteraturstudiet blev der udvalgt fire studier med relevans for første forskningsspørgsmål. Af nedenstående flowdiagram ses udvælgelsesprocessen, som tidligere er beskrevet i afsnit 7.1.2.



Figur 2: Flowdiagram over den samlede litteratursøgning og udvælgelse. Udarbejdet på baggrund af bilag 4.

De fire udvalgte studier er henholdsvis partcipatorisk forskningsdesign, tværsnitsdesign, en oversigtsartikel samt et pilotprojekt. Tværsnitsstudiet er vurderet på baggrund af STROBE tjekliste (University of Bern 2009), hvilket det partcipatoriske studie ydermere er, da det indeholder elementer af follow-up, idet der er gennemført spørgeskemaundersøgelse før og efter interventionen. De to resterende studier er ikke vurderet på baggrund af tjeklise, men ud fra relevans for specialet. Vurdering af studierne er udfoldet i bilag 6.

Der er i gennemgangen af studierne fundet flere elementer, der har indvirkning på, hvordan det psykosociale arbejdsmiljø opleves og kan forbedres. Disse præsenteres og analyseres i følgende afsnit.

8.1.1 Medinddragelse og aktiv deltagelse

Aktiv deltagelse i forandringsprocessen for at forbedre sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø er et element, som engagerer sygeplejerskerne til selv at skabe en forandring (Lavoie-Tremblay et al. 2005). Det fremkommer ligeledes, at anvendelse af partcipatorisk tilgang fremmer sygeplejerskernes kommunikation mellem dem og ledelsen i forbindelse med et forandringstiltag (Lavoie-Tremblay et al. 2005). For at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne kræver det fællesskab, i form af samarbejde mellem ledelsen og sygeplejerskerne. Dette fællesskab kan med udgangspunkt i Karasek og Theorell (Karasek & Theorell 1990), forstås som et element, der øger sygeplejerskernes oplevelse af kontrol, da et samarbejde med ledelsen kan formodes at kunne fremme sygeplejerskernes mulighed for indflydelse eksempelvis i forhold til arbejdsopgaver, hvilket betyder, at fællesskabet kan være medvirkende til at øge sygeplejerskernes oplevelse af kontrol i arbejdet. Derudover kan sygeplejerskernes mulighed for aktiv deltagelse i forandringsprocessen ydermere forstås som et element, der øger deres oplevelse af indflydelse på arbejdsopgaver og dermed deres oplevelse af kontrol (Karasek & Theorell 1990).

Udover aktiv deltagelse fremkommer medinddragelse af sundhedspersonalet som et af nøgleelementerne i et forandringstiltag, som har til formål at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø (Lavoie-Tremblay et al. 2005). Denne medinddragelse i forhold til forandringsprocessen kan være et udtryk for Karasek og Theorells begreb indflydelse (Karasek & Theorell 1990), idet sygeplejerskerne igennem medinddragelse i forandringsprocessen også har indflydelse på, hvordan arbejdsgangen skal være, hvilket fremmer sygeplejerskernes oplevelse af kontrol i arbejdet. En partcipatorisk tilgang, hvor medarbejderne inddrages i forandringsprocessen, tilføjer et element af respekt, agtelse og belønning for sygeplejerskerne ved at give dem mulighed for at udfolde deres holdninger og oplevelser, hvilket bidrager til forbedringer af deres arbejdsmiljø (Lavoie-Tremblay

et al. 2005). Fællesskabet og samarbejdet i grupper skaber engagement og tillid blandt sygeplejerskerne, og giver dem mulighed for at identificere kilder til konflikter og finde mulige løsninger herpå (Lavoie-Tremblay et al. 2005; Groff-Paris & Terhaar 2010). Et forandringstiltag, der har til formål at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejersker, vurderes dermed at skulle inddrage sygeplejerskerne i forandringsprocessen og, at denne inddragelse kan komme til udtryk ved, at sygeplejerskerne samarbejder i grupper, hvor de udvikler løsninger på oplevede problematikker i arbejdsmiljøet. Dette samarbejde kan, med udgangspunkt i Karasek og Theorell (Karasek & Theorell 1990), også øge den sociale støtte blandt medarbejderne, idet samarbejdet kommer til udtryk i en hjælpsom interaktion, hvor sygeplejerskerne hjælper hinanden til et bedre psykosocialt arbejdsmiljø. Et forandringstiltag med et sådant element vil dermed også kunne modificere ubalance mellem krav og kontrol.

I et studie udtaler en sygeplejerske, at det var: "[...] exciting to be part of making a difference" (Groff-Paris & Terhaar 2010, s. 6), da sygeplejerskerne på denne afdeling havde været en del af hele processen omkring forandringen. En anden sygeplejerske i samme studie udtaler, at det var: "[...] good to be part of the solution rather than stating issues but seeing no change" (Groff-Paris & Terhaar 2010, s. 6). Begge informanter fremstår positive i forhold til at være en del af forandringen i afdelingen samt muligheden for at komme med forslag til forandringen. For sygeplejerskerne betyder medinddragelse i forandringsprocessen, at de løbende kunne give feedback og se forandringerne ske på baggrund af denne feedback, hvilket engagerede sygeplejerskerne i forandringstiltaget i afdelingen. Dermed fik sygeplejerskerne mulighed for selv at identificere forbedringstiltag, som de fandt relevante til at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø i afdelingen (Groff-Paris & Terhaar 2010).

Sygeplejerskerne italesætter ydermere, at de ønsker inddragelse som en del af beslutningsprocessen samt have mulighed for at udvikle deres faglige færdigheder (Bourbonnais et al. 1999). Dette viser, at sygeplejerskerne udover et ønske om medinddragelse i afdelingens planer og beslutninger også har et ønske om mulighed for kompetenceløft. Med udgangspunkt i Karasek og Theorell, kan kompetenceløft medvirke til at øge sygeplejerskernes oplevelse af kontrol (Karasek & Theorell 1990). I et forandringstiltag, der har til formål at mindske ubalance mellem krav og kontrol, kan det derfor være væsentligt at forfølge sygeplejerskernes ønske om mulighed for kompetenceløft.

8.1.2 Arbejdsfordeling og handlingsplaner

Flere sygeplejersker fremhæver, at jobkrav kan mindskes, hvis arbejdsfordelingen er mere eksplicit⁹ mellem de forskellige medarbejdere i afdelingen (Bourbonnais et al. 1999). Den mere eksplicite arbejdsfordeling kan fremme den enkelte sygeplejerskers forudsigelighed i arbejdet, hvilket kan bevirke, at sygeplejersken i højere grad oplever at kunne anvende vedkommendes indflydelse på arbejdets udførelse, hvilket ifølge Karasek og Theorell øger den enkeltes oplevelse af kontrol (Karasek & Theorell 1990). Det ses dermed, at ubalancen mellem krav og kontrol kan mindskes ved at øge sygeplejerskernes forudsigelighed, idet det fremmer deres oplevelse af indflydelse.

For at sygeplejerskerne skal opleve mere kontrol i deres arbejde foreslår litteraturen, at der gives mulighed for fleksible arbejdstider, fordi den enkelte sygeplejerske derved får indflydelse på både arbejde og privatliv, hvilket giver en større handlefrihed og derigennem oplevelsen af en større kontrol. Sygeplejerskerne skal i højere grad have kontrol over praksis, og være en del af det organisatoriske niveau, hvilket kan tilvejebringes ved en decentralisering af beslutningstagningen, hvilket betyder, at medarbejderne har mulighed og frihed til at foretage beslutninger, der har indflydelse på arbejdsgangen (Way & MacNeil 2006). Sygeplejerskernes deltagelse på et organisatorisk niveau kan dermed øge deres oplevelse af kontrol, da det giver dem indflydelse og denne deltagelse kan derved mindske ubalance mellem krav og kontrol, og bør inddrages i et forandringstiltag med dette formål.

Et studie viser, at en top-down tilgang til forandringen tilvejebragte effektivitet og kontrol i forandringsprocessen, men uden at engagere sygeplejerskerne, som derved ikke støttede forandringstiltaget (Groff-Paris & Terhaar 2010). Med udgangspunkt i Kotter kan sygeplejerskernes manglende støtte til forandringen skyldes top-down beslutningen, som kan bevirke, at der ikke er et fælles mål for forandringen. Det er derfor vigtigt, at der udarbejdes et fælles mål for forandringen for, at sygeplejerskerne støtter forandringen.

Samlet viser studierne, at sygeplejerskerne skal have mere kontrol i arbejdet, hvilket kan tilvejebringes igennem deltagelse på organisatorisk niveau. Men opleves denne deltagelse på organisatorisk niveau som en arbejdsbyrde og dermed et krav, kan dette medføre at ubalance mellem krav og kontrol øges i stedet for at blive reduceret (Karasek & Theorell 1990).

Resultaterne viser ydermere, at handlingsplaner målrettet omlægning af arbejdet, klar beskrivelse af rollefordelingen i afdelingen, kontinuitet i plejen samt forbedring af samarbejdet med læger, har en

⁹ som er formuleret direkte og åbenlyst så det ikke kan misforstås (Det Danske Sprog- og Litteraturselskab 2016, s. 1).

effekt i forhold til at forbedre sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø (Lavoie-Tremblay et al. 2005). Det har altså betydning, hvordan sygeplejerskernes arbejde er struktureret samt, hvilke medarbejdere, der varetager, hvilke arbejdsopgaver i afdelingen. Dette bekræfter fund fra problemanalysen som viser, at organisatoriske forandringer påvirker sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø negativt.

8.1.3 Social støtte fra ledelsen

Sygeplejerskerne foreslår, at social støtte på arbejdet kan styrkes med mere håndgribelig kognitiv støtte fra vejledere og kolleger for at lette kliniske beslutninger. Ydermere fremhæver sygeplejerskerne, at mere anerkendelse fra ledelsen og muligheden for at diskutere spændinger på arbejdspladsen, vil kunne forbedre det psykosociale arbejdsmiljø (Bourbonnais et al. 1999). Med udgangspunkt i Karasek og Theorell kan en forklaring hertil være, at social støtte i arbejdet, i form af eksempelvis anerkendelse fra ledelsen, kan modificere en oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol (Karasek & Theorell 1990), hvormed denne dimension er vigtig at inddrage i forbindelse med forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø.

Resultaterne viser som tidligere nævnt, at decentrale beslutninger understøtter sygeplejerskernes autonomi (Way & MacNeil 2006), hvilket bevirker, at sygeplejerskerne får indflydelse på afdelingens arbejdsgange og procedurer, fordi de i samarbejde med ledelsen udarbejder procedurerne og har indflydelse på afdelingens arbejdsgange fremadrettet. Derfor er det nødvendigt at have en ledelsesfilosofi, der er inddragende, støttende, fleksibel og tilskynder professionel vækst og, hvor sygeplejerskernes udvikling fremmes (Way & MacNeil 2006). Ovenstående viser, at det er vigtigt med en støttende leder, men det kan antages, at sygeplejerskerne samtidig har behov for en leder, der kan give konkret og ærlig feedback omkring sygeplejerskernes arbejdsindsats i afdelingen. Dette kan bevirke en gensidig respekt og anerkendelse mellem sygeplejerskerne og lederne, fordi de kan forventningsafstemme og dermed opnå en større indsigt i afdelingen samt få flere perspektiver på, hvordan denne kan forandres.

8.2 Analyse af empiri fra 1. interviewundersøgelse

Gennem 1. interviewundersøgelse fremkom flere temaer, der belyser hvordan ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes, hvilket præsenteres og analyseres i følgende afsnit. 1. interviewundersøgelse har til formål at besvare første forskningsspørgsmål som lyder: *Hvordan kan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol mindskes?*

8.2.1 Medinddragelse

Den afsnitsledende sygeplejerske Ida¹⁰ fortæller, at afdelingen var inde i en spiral, hvor sygdom gav sygdom idet sygdom blandt sygeplejerskerne medvirkede til, at resterende sygeplejersker også blev syge grundet den større arbejdsbyrde, som resultat af sygdom blandt kollegerne. Samtidig var det psykosociale arbejdsmiljø ikke bedre når alle sygeplejerskerne var raske og på arbejde, idet det stadig var en ”presset dag” (bilag 17, s. 85), og der var derfor behov for at tænke anderledes, end at sygefravær alene var skyld i det dårlige psykosociale arbejdsmiljø (bilag 17). Den afsnitsledende sygeplejerske udtrykker ydermere, at: Ida: ”[...] jeg tror heller ikke det ville løse noget som helst, altså man kunne komme af med folk, men problemet er der jo stadigvæk når der kommer nye folk. Det tror jeg” (bilag 17, s. 98). Det kan dermed ses, at den afsnitsledende sygeplejerske i højere grad ser det dårlige psykosociale arbejdsmiljø som et resultat af afdelingens rammer, fremfor et individbaseret problem.

Idet den afsnitsledende sygeplejerske havde svært ved at lokalisere en egentlig årsag til det dårlige psykosociale arbejdsmiljø, indkaldte hun, sammen med den ledende overlæge, sygeplejerskerne til personalemøde (bilag 17). Medarbejdergruppens input ved personalemødet blev derefter reduceret til tre fokusområder, som ikke beskrives yderligere i interviewet. Derudover blev der indgået aftale imellem sygeplejerskerne, den afsnitsledende sygeplejerske og den ledende overlæge om fremadrettet at arbejde i fællesskab, for at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø (bilag 17).

Sygeplejerskernes medinddragelse i prioriteringen af tre fokusområder kan, forstået ved hjælp af Karasek og Theorells teori (Karasek & Theorell 1990), medvirke til en øget oplevelse af kontrol over situationen, idet det kan bevirke en oplevelse af indflydelse på deres arbejdsgange i afdelingen. Samtidig kan aftalen om et fællesskab fremadrettet være medvirkende faktor til, at sygeplejerskerne oplever et sammenhold omkring forandringen af det psykosociale arbejdsmiljø, fordi de dermed ikke står alene med ansvaret for trivselen i afdelingen. Yderligere synes daglig medinddragelse i afdelingen ligeledes vigtig, så sygeplejerskerne altid har fornemmelsen af fællesskabet i afdelingen, og ikke kun i forbindelse med temadage eller lignende. Det ses dermed, at medinddragelse og fællesskab kan være medvirkende til at mindske ubalance mellem krav og kontrol, hvilket også fremkom af litteraturstudiet.

De konkrete fokusområder bevirkede, at den afsnitsledende sygeplejerske oplevede at være berettiget til at fokusere på enkelte områder, fremfor på én gang at skulle fokusere på alle de

¹⁰ Ida er et fiktivt navn for informanten fra 1. interviewundersøgelse.

oplevede problemer, der fremstod i afdelingen (bilag 17). Dette kan ligeledes have indflydelse på den sociale støtte, som den afsnitsledende sygeplejerske har mulighed for at yde, idet hendes sociale støtte kan komme til udtryk ved, at hun formår at holde fokus på det, der forventes og som er aftalt, på det givne tidspunkt. Idet hun holder fokus og støtter sygeplejerskerne til at bevare fokus på de tre fokusområder, kan hun medvirke til en modificering af sygeplejerskernes oplevelse af krav og kontrol, ved at støtte dem i ikke at inddrage yderligere fokusområder, hvilket ellers kunne bevirke en oplevelse af øget arbejdsbyrde. Det kan yderligere være en fordel, at medarbejdernes diskussioner holder fokus, hvormed forandringen kan synes mere overskuelig og målrettet. Dermed kan fokusområder være medvirkende til, at sygeplejerskerne oplever en større kontrol i forandringsprocessen og dermed i deres daglige arbejdsgang, fordi aftalen netop er, at arbejde mod små delmål i stedet for at ændre hele afdelingen på én gang. Ifølge Karasek og Theorell kan indflydelse mindske ubalancen mellem krav og kontrol (Karasek & Theorell 1990). Idet sygeplejerskerne får medbestemmelse omkring, hvilke områder afdelingen skal fokusere på i forbindelse med forandringen får de indflydelse på arbejdsgangen. Derudover kan deres fælles fokus også forstås som social støtte mellem medarbejderne idet det hjælper dem til at arbejde sammen og støtte hinanden i arbejdet mod det fælles mål, og et fælles fokus er dermed medvirkende til at mindske ubalancen mellem krav og kontrol. Dette fælles mål er ifølge Kotter godt, det er dog ydermere vigtigt, at dette fælles mål og dermed vision for forandringen er klart formuleret, for at mindske diskussioner, der kan opstå grundet uklarheder i forhold til forandringens retning (Kotter 1999).

8.2.2 Ny organisering af arbejdet

Den afsnitsledende sygeplejerske oplevede, at det ikke var hensigtsmæssigt for sygeplejerskernes sundhed måden, hvorpå arbejdet var organiseret og derfor gennemførte hun i samarbejde med sygeplejerskerne og den ledende overlæge en ny organisering af arbejdet (bilag 17).

Ida: ”[...] hvor man det ene øjeblik har en langtidssyg patient som man har gået og passet og plejet og mobiliseret i fem dage og det næste øjeblik står man og skal hjælpe med at lægge en pacemaker og sådan nogle ting og det går simpelthen ikke. Det kan man ikke holde til oppe i hovedet [...]” (bilag 17, s. 87).

Den afsnitsledende sygeplejerskes udtalelse viser, at sygeplejerskerne ikke har den nødvendige kontrol til at kunne arbejde på den måde, hvorpå arbejdet tidligere var organiseret, idet arbejdsopgaverne var meget varierende og dermed bibragte gentagende uforudsigelige situationer for sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne skulle førhen kunne varetage flere arbejdsopgaver, hvilket

blev ændret til, at sygeplejerskerne stadig skulle have et vist generelt niveau til arbejdet i sengeafdelingen, men samtidig være specialist inden for ét område (bilag 17). I den forbindelse blev arbejdet organiseret, sådan at sygeplejerskegrupperne for sengeafsnittet og ambulatoriet blev slået sammen, således at sygeplejerskerne fra sengeafsnittet og ambulatoriet kan varetage vagter begge steder (bilag 17). Den afsnitsledende sygeplejerske fortæller, at hun oplever, at hun har gjort, hvad hun kunne for at gøre denne omorganisering til en god proces, hvor hun har forsøgt at bevirke, at forandringen opleves som håndterbar for sygeplejerskerne, ved eksempelvis at tilbyde oplæring og ved at klarlægge fremtidige fordele i forhold til et forbedret psykosocialt arbejdsmiljø for de sygeplejersker, der umiddelbart ikke kunne se fordelene (bilag 17). På baggrund af Kotters teori (Kotter 1999), kan kortlægning af fremtidige fordele være den afsnitsledende sygeplejerskers forsøg på at etablere en oplevelse af nødvendighed, hvilket har betydning for forandringens succes, idet en sygeplejerske, der ikke kan se fordelene i at gennemføre en forandring, nødvendigvis heller ikke yder den indsats, der kan være afgørende for forandringens succes (Kotter 1999). Derudover har hun forsøgt at imødekomme de sygeplejersker, der ikke så forandringen som positiv, ved at tildele dem mere ansvar eller nye roller som eksempelvis bindeled mellem ambulatoriet og sengeafsnittet, for herved at give dem en følelse af også, at få noget positivt ud af forandringen (bilag 17). Det viser, at den afsnitsledende sygeplejerske forsøger at omplacere eller tildele sygeplejerskerne mere ansvar, for derved at mindske den modstand, der ses i forhold til den nye organisering og derved forandringen i afdelingen. Ovenstående viser, at den afsnitsledende sygeplejerske oplever, at der er nogle sygeplejersker, som er imod forandring, da de dermed får flere arbejdsopgaver og samtidig flere fysisk hårde arbejdsopgaver, som de tidligere i ambulatoriet ikke havde (bilag 17). Modstanden kan skabe en negativ stemning i afdelingen, hvilket den afsnitsledende sygeplejerske giver udtryk for at være opmærksom på, idet hun tilbyder sygeplejerskerne forskellige muligheder i forhold til arbejdsopgaver og rollefordelingen i afdelingen. Der kan dog sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt denne håndtering af modstand ved eksempelvis at tilbyde ansvar kan bevirke, at bagvedliggende elementer i den enkelte sygeplejerskes modstand overses og ikke håndteres. Kotter belyser at modstand kan elimineres, ved at medarbejdernes kompetencer udvikles, således at medarbejderne er i stand til at gennemføre forandringen eller ved, at medarbejderne har en oplevelse af nødvendighed omkring forandringen (Kotter 1999).

Ved at inddrage Karasek og Theorells, kan den afsnitsledende sygeplejerskes nye organisering, hvor sygeplejerskernes kompetencer skal være tilgængelige på to afdelinger omhandle, hvilke krav

sygeplejerskerne oplever i deres job. Den nye organisering kan have bevirket en ubalance mellem krav og kontrol, hvor sygeplejerskerne har oplevet, at kravene har oversteget kontrollen, idet der opsættes krav, som de måske ikke oplever at kunne varetage, ud fra de kompetencer de besidder. Den afsnitsledende sygeplejerske forsøger at imødekomme denne ubalance ved at tilbyde kompetenceløft i form af tilbud om oplæring i de opgaver, hvor sygeplejerskerne ikke føler sig fagligt tilstrækkelige (bilag 17). Tilbud om oplæring kan have haft en positiv betydning for sygeplejerskernes oplevelse af kontrol, idet oplæring kan have bevirket, at sygeplejerskerne kunne tilegne sig yderligere viden om situationer, hvor de ellers følte sig usikre og uden oplevelsen af kontrol. Denne oplæring kan have tilvejebragt en større oplevelse af kontrol blandt sygeplejerskerne og dermed bevirket, at den nye organisering ikke blev oplevet som en stor belastning for den enkelte sygeplejerske.

Den nye organisering bevirker, at den afsnitsledende sygeplejerske i højere grad kan lade medarbejderne veksle mellem mere eller mindre belastende arbejdsopgaver, hvor hun fortæller, at arbejdet som sygeplejerske i sengeafsnittene er mere belastende end arbejdet som sygeplejerske i ambulatoriet (bilag 17).

Ida: ”jamen, det kan jeg ikke lave om på. Der er stress og der mangler hænder men jeg kan gøre det mere tåleligt for dem. Og det kan jeg jo ved, at det ikke er hver gang de er på arbejde, at de er i den funktion. Der er sindssygt travlt og man, når man arbejder i en akut kardiologisk afdeling så har man valgt at arbejde i en afdeling, hvor der nogle gange er 13 patienter og 20 senge og andre gange så er der 28 patienter og 20 senge og det ved man at sådan er det. Og at man ikke synes det er sjovt, det må bare ikke være sådan at det er den eneste mulighed man har. [...]” (bilag 17, s. 92).

Ved at have en stor medarbejdergruppe, der kan veksle mellem arbejdet i sengeafsnittene og arbejdet i ambulatoriet har den afsnitsledende sygeplejerske mulighed for at tage højde for medarbejderens overskud den enkelte dag eller periode (bilag 17). Forstås dette med udgangspunkt i Karasek og Theorells teori (Karasek & Theorell 1990), har den afsnitsledende sygeplejerske, gennem en støttende adfærd mulighed for at modificere sygeplejerskernes ubalance mellem krav og kontrol, idet hun kan forsøge at undgå, at medarbejderne konstant er i en position, hvor de oplever ubalance mellem krav og kontrol, hvilket kan opstå i arbejdet i sengeafsnittet. Hun forsøger dermed at mindske sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol, igennem hendes støttende adfærd. Såfremt medarbejderen oplever denne mulighed for at skifte mellem arbejdsopgaver som støttende i forhold til arbejdsbelastning, da er den afsnitsledende sygeplejerske lykkedes med at være en støttende leder i denne sammenhæng.

8.2.3 Social støtte fra lederen

Empirien viser, at den afsnitsledende sygeplejerske giver udtryk for en forståelse af, at hendes kendskab til sygeplejerskerne er essentielt i hendes virke som leder. Ida: "[...]. Det vigtigste tror jeg i første omgang for mig var simpelthen at lære dem at kende, hver enkelt af dem på en anden måde end bare kollega.." (bilag 17, s. 95). Ved at kende sygeplejerskerne kan hun både hjælpe dem i den retning de gerne vil med deres karriere og samtidig medvirke til, at der bliver sat realistiske mål for deres karriere i forhold til ansvarsområder på jobbet og prioriteter i fritiden (bilag 17). Ida: "[...] jamen hjælpe dem til stadig at få tilfredsstillt, at de rykker sig i forhold til deres karriere men, at de også kan være der for deres børn uden at have dårlig samvittighed og stress alle andre ting på grund af det. [...]" (bilag 17, s. 95). Dette kan være et udtryk for, at den afsnitsledende sygeplejerske forsøger at støtte sygeplejerskerne i at opnå deres karrieremål og dermed, fremkommer støtte for den afsnitsledende sygeplejerske ikke blot som, at hjælpe sygeplejerskerne til at opnå deres mål for karriereliv, men også at støtte sygeplejerskerne i at opsætte realistiske mål. Dette kan også forstås som Karasek og Theorells begreb social støtte (Karasek & Theorell 1990), da den afsnitsledende sygeplejerske igennem støtte hjælper sygeplejerskerne til at kunne udføre arbejdsopgaver, idet hun forsøger at tilpasse arbejdsmængden, til det ambitionsniveau den enkelte ønsker. Derudover har den afsnitsledende sygeplejerske fokus på at rose sygeplejerskerne men, at denne ros ikke fremstår ligegyldig, men i stedet er konstruktiv i forhold til sygeplejerskernes arbejde, hvilket kommer til udtryk ved ærlig feedback (bilag 17). Den afsnitsledende sygeplejerskes ledelsesstil kan derved anskues som det, der fremkommer som "betinget belønning" i problemanalysen, hvilket er en ledelsesstil, der anerkender medarbejdernes resultater. Denne lederstil, sammen med transformerende ledelsesstil, har vist sammenhæng med et godt psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker (Malloy & Penprase 2010). Den afsnitsledende sygeplejerske giver ydermere udtryk for at forsøge at fremme sygeplejerskernes sociale støtte indbyrdes, idet hun har fokus på at stoppe bagtallerri og sladder, hvor hun har en forståelse af, at der ofte ligger noget andet til grund for bagtallerriet og sladder, som eksempelvis personlige problemer udenfor arbejdet. Hun fremhæver i forlængelse heraf, at sygeplejerskerne er gode til at støtte hinanden (bilag 17), hvilket kan være et udtryk for, at et arbejdsmiljø uden indbyrdes sladder har forbedret sygeplejerskernes fællesskab og den sociale støtte. Den afsnitsledende sygeplejerske taler om et dynamisk sammenspil mellem sygeplejerskerne og hende, hvor hun alt efter, hvilken sygeplejerske hun står overfor tilpasser hendes ledelsesstil:

Ida: "[...]. Det er et puslespil og det er meget dynamisk. Det er et spørgsmål om hele tiden at tilpasse sig den person jeg er sammen med og den gruppe jeg er sammen med af mine medarbejdere. Man kan ikke gå ud og sige det er sådan her man skal gøre, det kommer også an på hvad det er for nogle medarbejdere" (bilag 17, s. 96).

Den afsnitsledende sygeplejerske fremhæver, at som leder foregår hendes sociale støtte til sygeplejerskerne ikke på en bestemt måde, men er tilpasset den enkelte sygeplejerske, hvilket indebærer et godt kendskab til sygeplejerskerne. Samtidig pointerer hun også, at der ikke er en decideret opskrift til, hvordan hun leder og støtter sit personale, idet hun siger det er et puslespil og dynamisk og, at det afhænger af den enkelte medarbejder i situationen (bilag 17).

8.2.4 Medarbejderne i forandringsprocessen

Som en del af forandringen får sygeplejerskerne i højere grad mulighed for, selv at komme med ideer til løsninger på de problemer de oplever (bilag 17). Sygeplejerskerne får mulighed for at komme til den afsnitsledende sygeplejerske med deres ideer:

Ida: "jamen, hvis de kommer med en god ide så får de lov til at forfølge den. [...]" (bilag 17, s. 99).

Ida: "[...]. Og så ind i mellem så kommer de jo også, at der er et eller andet de helt vildt trætte af, og kan vi ikke gøre det her anderledes og så kommer de med ideer for det er det vi har aftalt, man må ikke bare komme og aflæse, læse af, man må komme med nogle forslag til det. Og så har de jo mange gange diskuteret det i vagterne og så kommer de sådan en gruppe på 3-4 stykker og siger ved du hvad vi har en rigtig god ide, kan vi ikke gøre et eller andet her og så får jeg ideen og så udvikler vi på den og så prøver vi den af. Nogle gange så virker det og nogle gange så gør det ikke. [...]" (bilag 17, s. 103).

Dette element i forandringsprocessen, hvor medarbejdergruppen inddrages i arbejdet med at identificere løsninger på de problemer som de oplever, kan være medvirkende til, at de føler et ansvar overfor forandringsprocessens forløb og det psykosociale arbejdsmiljø. Den afsnitsledende sygeplejerskes oplevelse af ansvarsfølelsen blandt sygeplejerskerne fremkommer af citatet ovenfor, hvor det ses, at flere sygeplejersker kommer med ideer til, hvordan oplevede problemer kan løses, hvilket også kan indikere motivation for en forbedring. Inddragelsen kan også bevirke en øget oplevelse af kontrol over forandringsprocessen hos sygeplejerskerne, hvilket kan resultere i, at de oplever at kunne håndtere de krav, der sættes til dem, om eksempelvis at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø.

Den afsnitsledende sygeplejerske oplever, at der sker en udvikling i medarbejdergruppen fra, at afdelingen erkender, at der er et problem til nu. Denne udvikling oplever hun både i forhold til, at der tidligere var mange sygeplejersker, der opsagde deres stillinger, men også en udvikling i forhold til et bedre fællesskab i medarbejdergruppen. Den afsnitsledende sygeplejerske begrundede dette med, at hun har haft fokus på, at få sygeplejerskerne til at arbejde i samme retning mod et bedre psykosocialt arbejdsmiljø i afdelingen (bilag 17). Den afsnitsledende sygeplejerske giver udtryk for, at hun oplever, at der er blevet et bedre fællesskab, hvilket med udgangspunkt i Karasek og Theorells teori kan betyde, at den sociale støtte mellem medarbejderne er blevet bedre. Dette kan bidrage til at forstå, hvorfor sygeplejerskerne ikke opsiger deres stilling i samme omfang som tidligere, da den sociale støtte modificerer den ubalance mellem krav og kontrol som de oplever, og det psykosociale arbejdsmiljø er derfor ikke nær så høj en belastning nu som før, hvilket kan bevirke at færre opsiger deres stilling.

Den afsnitsledende sygeplejerske fortæller, at der i starten af processen opstod en oplevelse blandt sygeplejerskerne af, at det ikke var en fælles indsats for et bedre psykosocialt arbejdsmiljø og derfor tog sygeplejerskerne initiativ til at afholde personalemøde uden ledelse. Ifølge Kotter skal der være en oplevelse af, at forandringen tages alvorligt og er nødvendig, for at denne kan gennemføres og for, at der ikke søges tilbage mod udgangspunktet (Kotter 1999). Initiativet fra en sygeplejerske kan være et udtryk for en følelse af en manglende fælles oplevelse af at tage forandringen alvorligt og det kan betyde, at der eksisterede en oplevelse af, at forandringen var tilbagegående og, at der dermed var behov for et møde herom. Den afsnitsledende sygeplejerskes forståelse af dette møde var, at det omhandlede et ønske om klarhed i forhold til, hvilken retning folk arbejdede i, for et bedre det psykosociale arbejdsmiljø.

Ida: "[...] der var der nogle stykker der simpelthen sagde højt, som jeg har forstået det, at vi er nødt til at blive enige om vil man det her eller også så rejser man, og så kæmper vi for at få det her til at fungere. Og der var nogle der rejste efterfølgende. Der var nogle der blev. [...]" (bilag 17, s. 101).

Det virker til, ud fra den afsnitsledende sygeplejerskes opfattelse af mødet, at sygeplejerskerne ville synliggøre, at alle i fællesskab har et ansvar for det psykosociale arbejdsmiljø i afdelingen, hvor dette fællesskab kan forstås som Karasek og Theorells social støtte (Karasek & Theorell 1990), idet fællesskabet i forandringsprocessen udgør en hjælpsom interaktion i målet til et bedre psykosocialt arbejdsmiljø. Der kan dermed være et behov for social støtte blandt medarbejderne for at kunne forbedre det psykosociale arbejdsmiljø.

Den afsnitsledende sygeplejerske giver udtryk for en oplevelse af, at sygeplejerskerne har en forståelse af, at et godt psykosocialt arbejdsmiljø kræver, at de indbyrdes støtter hinanden, hvilket fremkommer i følgende citater.

Ida: "[...] Og det er jo så fordelene ved, at der er så mange, der møder ind. Det er ikke alle der har det godt hver dag, der er altid nogle der kan give en ekstra skalle eller flytte ind og det er noget vi gør i fællesskab. [...]" (bilag 17, s. 102).

Ida: "Jamen det kommer til udtryk på den måde, at der er generelt en glæde og de tager ansvar for at når man er på arbejde så har man også et ansvar for at den der sidder ved siden af en og overfor en også har en god dag. [...]" (bilag 17, s. 103).

Det ses i ovenstående, at den afsnitsledende sygeplejerske har en opfattelse af, at sygeplejerskerne har en forståelse af, at det psykosociale arbejdsmiljø er et fælles ansvar. De føler altså et ansvar overfor hinanden, for fællesskabet, hvilket kan forstås som Karasek og Theorells begreb social støtte, da det ansvar de tager, kommer til udtryk i en hjælpsom interaktion, hvor de kan aflaste hinanden. Den afsnitsledende sygeplejerske udtrykker ydermere, at sygeplejerskerne generelt har en forståelse af, at de er hinandens psykosociale arbejdsmiljø og derfor tager ansvar for hinandens dag. Dette antages at indebære, at den enkelte sygeplejerske både er opmærksom på vedkommendes kolleger, men samtidig også er opmærksom på, hvordan vedkommende selv bidrager til det psykosociale arbejdsmiljø. At sygeplejerskerne generelt har en sådan forståelse kan igennem Karasek og Theorells teori, være et udtryk for, at der i medarbejdergruppen eksisterer en social støtte.

Den afsnitsledende sygeplejerske oplever yderligere, at sygeplejerskerne tager et medansvar for hinandens læring, hvilket kommer til udtryk i vidensdeling samt ved, at kolleger får tilbud om at lytte med ved samtale med patienter, når det er vurderet relevant for kollegaens læring. Dette kan ligeledes på baggrund af krav-kontrol modellen betyde, at den sociale støtte, der opleves ved, at medarbejderne tænker på hinandens læring forbedrer deres oplevelse af kontrol i arbejdet. Samtidig kan sygeplejerskernes oplevelse af mulighed for kompetenceløft fremmes ved, at den afsnitsledende sygeplejerske tillader eller fremmer denne vidensdeling, og denne sociale støtte øger dermed også sygeplejerskernes oplevelse af kontrol.

8.3 Analyse af empiri fra 2. interviewundersøgelse

På baggrund af specialets litteraturstudie, 1. interviewundersøgelse samt teoretiske referenceramme fremstod en række begreber som gennemgående for, hvordan sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol kan mindske. Begreberne var: *medinddragelse*, *social støtte fra*

medarbejderne, social støtte fra ledelsen, kompetenceløft og forudsigelighed. Disse blev inddraget som temaer i interviewguiden for 2. interviewundersøgelse. Følgende afsnit vil præsentere og analysere resultater fra 2. interviewundersøgelse og har til formål at besvare specialets andet forskningsspørgsmål, som lyder: *Hvilke elementer kan et forandringstiltag indeholde for at mindske sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol?*

Tabellen nedenfor illustrerer relevante data om specialets informanter til 2. interviewundersøgelse.

Informant (fiktive navne)	Stillingsbetegnelse	Anciennitet	Antal år ansat i afdelingen
Anne	Afsnitsledende sygeplejerske	17 år	5 år
Bente	Afsnitsledende sygeplejerske	20 år	2,5 år
Camilla	Sygeplejerske	17 år	15 år
Ditte	Sygeplejerske	6 år	2 måneder
Eva	Sygeplejerske	4 år	1 år
Gitte	Sygeplejerske	13 år	7 år
Heidi	Sygeplejerske	12 år	7 år

Tabel 4: Data om specialets informanter, som er angivet med fiktive navne.

8.3.1 Oplevelsen af det psykosociale arbejdsmiljø

Interviewundersøgelsen med sygeplejersker og afsnitsledende sygeplejersker blev gennemført på et tidspunkt, hvor afdelingen var i gang med en forandringsproces i forhold til det psykosociale arbejdsmiljø. På det tidspunkt oplever flere sygeplejersker, at det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen er i en proces, hvor det bliver bedre (bilag 18). De afsnitsledende sygeplejersker oplever, at det psykosociale arbejdsmiljø er positivt og, at medarbejdergruppen er blevet gladere, mindre stresset og i højere grad giver udtryk for at kunne udføre arbejdsopgaver mere tilfredsstillende end tidligere (bilag 18). Samtidig oplever sygeplejerskerne stadig at være pressede og med mange sygemeldinger blandt kollegerne. Eva: ”[...] man ved næsten aldrig fra dag til dag, om vi har sygemeldinger, vi har næsten altid sygemeldinger, spørgsmålet er hvor mange” (bilag 18, s. 110). Dette kan være et udtryk for, at sygeplejerskerne på afdelingen sygemeldes grundet belastningen i afdelingen, hvormed den enkelte sygeplejerske måske fysisk eller psykisk ikke kan holde til arbejdet. Det kan ligeledes være et udtryk for, at sygeplejerskerne ikke kan få dagligdagen til at hænge sammen, hvormed de sygemeldes, måske fordi arbejde og privatliv ikke kan forenes. Der kan dermed være flere årsager til sygemeldingerne. Med udgangspunkt i Karasek og Theorell kan

ovenstående betyde, at sygeplejerskerne ubevidst forsøger at mindske oplevelsen af ubalance mellem krav og kontrol, ved at kontrollere, hvornår de møder på arbejde, hvor belastningen og dermed kravene er høje.

8.3.2 Social støtte blandt sygeplejerskerne

Det første tiltag informanterne fremhæver, der kan være med til at øge den sociale støtte blandt medarbejderne er kommunikationen mellem sygeplejerskerne, da denne kan være medvirkende til at øge deres muligheder for at støtte hinanden i løbet af arbejdsdagen i forhold til arbejdsopgaver (bilag 18). Den kommunikation som sygeplejerskerne omtaler, kan på baggrund af Karasek og Theorells teori, også forstås som social støtte, da sygeplejerskerne lægger vægt på, at kommunikationen skal øge deres muligheder for at hjælpe hinanden, hvilket dermed gør kommunikationen til en instrumentel social støtte. Kommunikationen kan dermed være medvirkende til at mindske den ubalance mellem krav og kontrol som sygeplejerskerne kan opleve, og bør derfor indgå i et forandringstiltag, der har til formål at mindske denne.

Flere sygeplejersker har et ønske om at forbedre kommunikationen mellem medarbejderne, men samtidig belyser sygeplejerskerne også, at det kan være svært at få kommunikeret i løbet af en travl arbejdsdag (bilag 18). Bente fortæller, at det kan være vanskeligt for den enkelte sygeplejerske at vide, hvor belastet vedkommendes kolleger er, hvis ikke de kommunikerer i løbet af dagen, efter de har haft morgenmøde, og at denne kommunikation godt kan forbedres (bilag 18). Gitte fremhæver, at en måde, hvorpå kommunikationen kan øges er gennem daglige miks-møder, hvor sygeplejerskerne mødes for at diskutere, hvordan arbejdsdagen går, med henblik på at få kommunikeret og støttet hinanden imellem de forskellige teams (bilag 18):

Gitte: ”[...] Så det kunne i hvert fald være med til at optimere, at vi holdte fast i, at vi skulle mødes, hver dag til de der miks. Så selvfølgelig, at vi kommer over og får noget at spise og drikke, for det er også derovre, at vi har vores kommunikation med hinanden, også udover hvad der sker på afdelingen, hvad vi skal gøre og sådan, men der får vi ligesom lidt mere med, der kommer vi lidt ind bag hinanden også” (bilag 18, s. 116).

På baggrund af Gittes forslag kan et forandringstiltag indeholde et fokus på at gennemføre daglige samtaler af kort varighed, hvor sygeplejerskerne har mulighed for at opdatere hinanden i forhold til oplevet arbejdsmængde og tidspres, hvilket kan fremme muligheden for at fordele belastningen ligeligt. Miks-møder kan bidrage til en større oplevelse af social støtte fra medarbejdere, idet sygeplejerskerne kan opleve at have større mulighed for at aflaste hinanden og dermed hjælpe

hinanden i forhold til at løse arbejdsopgaver, hvilket kan modificere ubalancen mellem krav og kontrol. Ydermere kan et sådant møde bidrage til sygeplejerskernes oplevelse af kontrol, idet de får mulighed og ansvar for at uddelegere arbejdsopgaver og dermed mere indflydelse på graden af belastning, hvilket kan mindske vedkommendes ubalance mellem krav og kontrol.

Der er uenighed blandt sygeplejerskerne i forhold til afholdelse af pauser, da nogle af sygeplejerskerne belyser vigtigheden af at holde pauser sammen, hvor en anden sygeplejersker fremhæver, at hun sørger for at passe på sig selv. Sygeplejerskerne fremhæver ydermere, at pauserne kan anvendes i forhold til at øge kommunikationen dog belyses det, at det er svært for sygeplejerskerne at få arbejdsopgaverne til at gå op sådan, at de kan holde pauser sammen (bilag 18). Lederen Bente foreslår, at en måde at løse dette på, kan være ved at opsætte nogle retningslinjer for pauserne, hvor sygeplejerskerne skal holde pauser i hold og have ansvar for at huske hinanden på at holde pauserne, derved kan sygeplejerskerne holde pauser sammen og samtidig også øge kommunikationen (bilag 18).

Sygeplejerskerne fremhæver yderligere, at kommunikationen i afdelingen kan være en udfordring i forhold til forandringen. Anne fremhæver, at det kan være svært at holde fokus på, hvad de netop aftaler (bilag 18). Ifølge Kotter skal visionen kommunikerer klart ud til medarbejderne, så der skabes en fælles forståelse for, hvad forandringen skal indeholde (Kotter 1999). Hvis alle sygeplejerskerne i afdelingen ikke er bevidste om, hvad forandringen indeholder, og hvad målet med den er, vil forandringen ikke blive en succes. Eva fortæller ligeledes, at:

Eva: ”[...] netop det her med at sørge for at holde sine pauser og passe på sig selv kan godt mistolkes af nogen, som værende, at så er man ligeglad. Og det synes jeg jo netop er fuldstændig misforstået i min verden. [...]” (bilag 18, s. 142).

Citatet antyder, at sygeplejerskerne ikke kommunikerer godt sammen, da der ses en manglende fælles forståelse for, hvad sygeplejerskerne prioriterer i deres arbejde, hvilket kan skabe uenigheder i personalegruppen. Eva udtaler også, at det kan være en udfordring, at sygeplejerskerne har forskellige opfattelser i forhold til spisepauser, hvilket kan være frustrerende (bilag 18). Det er altså en stor udfordring, når sygeplejerskerne ikke kommunikerer, da der derved opstår misforståelser, som skaber et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø i afdelingen.

Sygeplejersken Ditte fortæller, at hun savner samarbejde og ligeværd, hvilket kræver, at alle medvirker til at skabe et godt patientforløb (bilag 18). Dette viser, at det er nødvendigt med en fælles indsats for at få forandringen til at fungere i afdelingen, hvilket kan være en udfordring.

Udfordringen omkring kommunikationen blandt sygeplejerskerne bliver tydelig i perioder, hvor der er meget sygdom blandt medarbejderne:

Ditte: ”Jeg kan mærke det lige så snart der er sygdom og der ikke er en afløser inde, at så er det hektisk igen, der er ikke denne gnist og man ved godt man ikke er dernede, hvor man er grøn i afdelingen og det præger bare, der er ikke lige det der smil og det kører på samle bånd på dage og det er en skam, så der kan jeg mærke det i hvert fald” (bilag 18, s. 142).

Dette viser, at kommunikationen mellem sygeplejerskerne også kan være i form af et smil, og generelt en mere positiv stemning i afdelingen, selvom der er travlt. Denne kommunikation kan dermed forstås ved Karasek og Theorells socio-emotionelle støtte, der netop omhandler interaktionen. Øges kommunikationen og dermed interaktionen mellem sygeplejerskerne, vil ubalancen mellem krav og kontrol på denne baggrund også modificeres (Karasek & Theorell 1990). Udover kommunikationen, som en måde at øge den sociale støtte på blandt sygeplejerskerne, fremhæver flere informanter, at kommunikation kan være en vigtig del af at føle sig medinddraget og for at kunne medinddrage kolleger. Gitte har en forståelse af, at kommunikation kan øge hendes oplevelse af medinddragelse:

Gitte: ”[...] Altså meget mere anerkendende tilgang og åbenhed omkring det, der sker lige nu, ikke pakke tingene ind og gøre dem til sine egne men, at man åbner det og gør det..., altså vi skal jo favne alle sammen og løfte vores arbejdsmiljø, så gør det nu også legalt, at vi har nogle problemer og dem skal vi løfte sammen” (bilag 18, s. 111).

Sygeplejersken har en oplevelse af, at ledelsen har mulighed for at være mere åben omkring, hvilke problemer, der er i det psykosociale arbejdsmiljø og ved hjælp af mere åbenhed kan inddrage medarbejderne i højere grad i forhold til en fælles løsning på de oplevede problemer. Det kan antages, at Gitte har en oplevelse af ikke at blive inddraget i det omfang, hvor hun føler, at hun kan bidrage til at løse problemet. Gittes ønske om mere medinddragelse i forhold til forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø, kan forstås som et ønske om øget kontrol, idet medinddragelse skal fremme hendes indflydelse. En mere åben kommunikation omkring det psykosociale arbejdsmiljø, kan derfor bidrage til en følelse af større medinddragelse og indflydelse i forhold til løsningen, hvilket kan fremme sygeplejerskernes oplevelse af kontrol.

Gitte omtaler problemer både som noget, der kan opleves som ”egne” og samtidig som noget, der skal løses i fællesskab, hvilket kan indikere en opfattelse af, at de er hinandens psykosociale arbejdsmiljø forstået sådan, at idet en medarbejder har det dårligt på afdelingen kan det påvirke de andres oplevelse af at være på afdelingen negativt. Det omtales i forbindelse med åbenhed og

kommunikation, som her kan anskues som Gittes mulighed for inddragelse, hvor manglende åbenhed omkring oplevede problemer, både fra ledelse og kolleger (bilag 18), mindsker hendes oplevelse af at være inddraget som en del af løsningen, selvom problemet også vedkommer hende idet det kan påvirke hende. Denne manglende inddragelse påvirker hendes oplevelse af kontrol over løsningen på problemet negativt. I stedet vil det hjælpe hende, at problemerne bliver ”legale” ved, at der skabes en kultur i afdelingen, hvor det er tilladt at fortælle, hvordan det psykosociale arbejdsmiljø opleves. En organisationskultur omhandler det, at en gruppe har fælles meninger, oplevelser og tanker i en given kontekst (Jacobsen & Thorsvik 2014b), hvilket her omhandler sygeplejerskerne og de afsnitsledende sygeplejerskers meninger omkring håndtering af det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen. For at øge medarbejdernes indflydelse på løsningen af problemet og dermed øge deres kontrol over det psykosociale arbejdsmiljø, kan der derfor udvikles tiltag, der kan være med til at fremme en mere åben kultur omkring oplevede problemer på afdelingen. Idet Gitte har et ønske om, at det i højere grad skal være tilladt at udtrykke, hvilke problemer der opleves, kan det indikere, at hun på nuværende tidspunkt ikke oplever, at det er legalt at udtale, at afdelingens rammer, som eksempelvis ledelsesstil og arbejdsgang er problemet, hvorimod det i højere grad fremkommer, at sygeplejerskerne gør problemerne individuelle, hvor det er den enkelte sygeplejerske, der har eller er et problem. Det antages, at der kan være en opfattelse på afdelingen af, at oplevelsen af et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, er et problem den enkelte må løse i forhold til sig selv.

Da det på nuværende tidspunkt vides, at det psykosociale arbejdsmiljø omhandler mange faktorer, kan det være fordelagtigt at arbejde med at fremme en kultur, hvor flere faktorer kan anses som afgørende for det psykosociale arbejdsmiljø og dermed også tillade sygeplejerskerne at give feedback på disse faktorer.

Udover kommunikationen som en vej til øget social støtte fremhæver sygeplejerskerne også, at sociale arrangementer er vigtige i forhold til at øge den sociale støtte imellem medarbejderne og dermed forbedre det psykosociale arbejdsmiljø. Disse arrangementer kan både være af privat eller faglig karakter (bilag 18):

Eva: ”Jamen der har jo lige været lagt op til, at der skulle være lavet en temadag, den ved jeg faktisk ikke om den bliver til noget eller ej. Men det kunne for eksempel være sådan nogle ting, hvor vi har nogle temadage, hvor vi laver noget sammen. Og det kan jo både være fagligt og ikke-fagligt. Men noget der sådan også styrker vores bånd imellem os. [...]” (bilag 18, s. 119).

Det fremstår betydningsfuldt for sygeplejerskerne, at de har et kendskab til hinanden både fagligt og privat, for i højere grad at have en oplevelse af at kunne støtte hinanden. Dette fællesskab eller bånd imellem sygeplejerskerne som skabes ved sociale arrangementer kan, med udgangspunkt i Karasek og Theorells teori (Karasek & Theorell 1990), forstås som social støtte, og det antages, at idet sygeplejerskerne har et større fællesskab vil deres muligheder for socio-emotionel støtte også øges da fællesskabet vil bevirke en naturlig interaktion og social samhørighed. På den baggrund vil sociale arrangementer, hvor sygeplejerskerne styrker deres fællesskab kunne modificere oplevelsen af ubalance mellem krav og kontrol blandt sygeplejerskerne på case-afdelingen. Sygeplejerskerne foreslår, at den sociale støtte kan øges ved både private- og faglige arrangementer, hvor sygeplejerskerne kan lære hinanden bedre at kende og se hinanden i andre omgivelser. De private arrangementer kan være sommerfester, julefrokoster og biografturer, samt faglige arrangementer som kurser, temadage og supervisionshold (bilag 18).

8.3.3 Sygeplejerskernes arbejdsgang

Det fremkommer, at de afsnitsledende sygeplejersker forsøger at give sygeplejerskerne indflydelse, i det omfang det er muligt samt, at sygeplejerskerne oplever at have indflydelse, i forhold til vagtplanen (bilag 18), hvilket fremhæves som et element, der har betydning for det psykosociale arbejdsmiljø.

Bente: "[...]. For det giver jo helt klart også mere tilfredse medarbejdere. At arbejdet passer sammen med familielivet" (bilag 18, s. 136).

Heidi: "[...] I forhold til afdelingen er der vigtigt i forhold til det psykosociale arbejdsmiljø, at vi har en arbejdsplan vi kan holde ud og, at vi kan have medbestemmelse på den, det er super vigtigt. Det er virkelig noget, der kan vælte folk når man har en arbejdsplan, der ser rigtig træls ud [...]" (bilag 18, s. 114).

Det fremkom af definitionerne på det psykosociale arbejdsmiljø i problemanalysen, at den enkeltes hverdagsliv, udover arbejdsdagen kan påvirkes af et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. Ud fra empirien fremkommer en gensidig sammenhæng mellem arbejdsdag og det hverdagsliv, der er udover, idet vagtplanens overensstemmelse med familieliv har betydning for medarbejderens tilfredshed på arbejde samtidig med, at vagtplanen har betydning for medarbejderens oplevelse af familielivet. Indflydelse i forhold til vagtplanen kan dermed forstås som Karasek og Theorells begreb kontrol, da denne indflydelse er medvirkende til, at sygeplejerskerne føler en øget kontrol over arbejdet, idet de har indflydelse på tilrettelæggelsen. Det er derfor hensigtsmæssigt fremadrettet at fastholde denne indflydelse. Derudover kan medarbejdernes mulighed for

indflydelse også forstås som en social støtte fra ledelsen, hvor ledelsen forekommer fleksibel i forhold til den enkelte medarbejders ønsker og derved støtter medarbejderen i at kunne udføre sine arbejdsopgaver. Indflydelse på vagtplanlægningen kan dermed være medvirkende til at mindske ubalancen mellem krav og kontrol. Da det på baggrund af ovenstående vurderes at fungere godt på case-afdelingen, vil dette ikke indgå i diskussionsafsnit omkring, hvordan ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes igennem indflydelse på vagtplaner på case-afdelingen.

Informanterne forklarer, at de hver dag mødes til *morgentavlemøder*, som afholdes fra kl. 8.45 til 9.10 på hverdage, hvor der er fokus på det gode patientforløb, udskrivningsplanlægning og koordinering af dagens opgaver. Mødet ledes af ledende overlæge, afsnitsleder eller ansvarshavende sygeplejerske. På mødet bliver alle patienter gennemgået og uddelt, og formålet med disse møder er både at forbedre patientforløbet, men også at skabe forudsigelighed i sygeplejerskernes arbejde (bilag 18). Morgentavlemøderne skaber et overblik over, hvad den enkelte sygeplejerskes arbejdsopgaver er i løbet af dagen, hvorved arbejdsdagen bliver mere forudsigelig. Samtidig kan den enkelte sygeplejerske opleve at have indflydelse på arbejdsgangen, idet vedkommende er en væsentlig del af mødet og sygeplejerskerne kan derved opnå en større følelse af kontrol i arbejdet. Men samtidig fremhæver Camila også det faktum, at sygeplejerskejobbet er uforudsigeligt og, at det kræver, at den enkelte sygeplejerske er omstillingsparat i forhold til at kunne revurdere sine opgaver efter arbejdssituationen (bilag 18). Morgentavlemøderne forstås som et element, der fremmer sygeplejerskernes indflydelse på egen arbejdsdag, idet sygeplejerskerne har mulighed for, i et vist omfang, at være med til at planlægge arbejdsdagen, hvilket ifølge Karasek og Theorells teori fremmer sygeplejerskens oplevelse af kontrol.

En gang ugentligt afholdes *tavle-personalemøderne*, som har en varighed af 30 minutter, hvor både medarbejdere og ledelsesteamet indenfor hvert speciale deltager. På disse tavle-personalemøder er der mulighed for at foreslå ændringer eller fremhæve områder, der skal drøftes. Dette sker i form af gule post-it, der sættes på en forbedringstavle, som ved tavlemødet bliver gennemgået (bilag 18). Disse elementer fremhæver flere sygeplejersker som medvirkende årsag til, at de føler sig medinddraget og samtidig oplever ledelsen dette som en god måde at inddrage sygeplejerskerne på i forandringsprocessen til et bedre psykosocialt arbejdsmiljø. Det fremkommer fra både ledelse og sygeplejersker, at såvel store som små ting kan sættes på forbedringstavlen, hvor små ting eksempelvis er hjul på kontorstole samt flere blodtryksapparater og store ting kan være forslag til en

organisatorisk forandring (bilag 18). Denne strategi for forandringsprocessen kaldes *deltagende udvikling* og har fokus på ”bottom-up”, hvilket betyder at sygeplejerskernes læring i deres daglige arbejdsgang, eksempelvis omkring, hvad der kan forbedre det psykosociale arbejdsmiljø, medvirker til handling (Jacobsen & Thorsvik 2014b). Derudover indebærer en ”bottom-up” strategi også, at ledelsen vurderer disse ideer til forandring (Jacobsen & Thorsvik 2014b), hvilket på afdelingen sker idet ideerne tages op ved *personalemøder*, som afholdes eksempelvis en gang om måneden med medarbejdere og ledelse. Denne strategi for forandring kan forstås som en social støtte fra ledelsen, idet den bevirker, at sygeplejerskerne føler, at ledelsen hjælper dem til at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø ved at anerkende sygeplejerskernes input. Denne strategi kan dermed, med udgangspunkt i Karasek og Theorells teori (Karasek & Theorell 1990), modificere sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol. Derudover kan sygeplejerskernes indflydelse på, hvilke elementer forandringen og dermed arbejdsgangen skal indeholde, være medvirkende til at øge sygeplejerskernes oplevelse af kontrol. Forbedringstavlen med ideer til forandring er i sig selv en forandring samt noget forholdsvist nyt og det fremkommer af empirien, at den endnu ikke er forankret i afdelingen.

Heidi: ”Jamen det er jo, vi skal bliver bedre til at bruge de her personaletavlemøder, det her med at blive holdt op på de ting man gerne vil have forandret, det skal vi bliver bedre til ellers så løber det bare ud i sandet, ja eller så synes jeg ikke (bilag 18, s. 115).

Det antages på baggrund af ovenstående, at arbejdet med implementering af sedlerne på forbedringstavlen, på nuværende tidspunkt, ikke indgår som en naturlig del af case-afdelingen, idet der er en oplevelse af manglende opfølgning på ønskede tiltag. Kotter fremhæver, at hvis forankring af forandringen nedprioriteres har det betydning for, hvorvidt forandringen lykkedes (Kotter 1999). Det er derfor vigtigt, at afdelingen fremadrettet er opmærksom på, hvorvidt tavlen og arbejdet omkring den er en selvfølgelig del af arbejdsgangen, idet det fra ovenstående citat kan antages, at forbedringstavlen endnu ikke er forankret i afdelingen.

Det vurderes på baggrund af ovenstående, at forbedringstavlen kan fremme sygeplejerskernes kontrol, idet den øger deres indflydelse på arbejdets udførsel og fremmer sygeplejerskernes oplevelse af social støtte fra ledelsen, idet ledelsen lytter til sygeplejerskerne og på baggrund heraf forsøger at hjælpe sygeplejerskerne til at udføre arbejdsopgaverne. Det er derfor ikke et forandringstiltag, der skal udvikles i denne forbindelse, men det kan være fordelagtigt for case-afdelingen i højere grad at have fokus på forbedringstavlens implementering og dermed forankring i afdelingen, da dette vurderes at kunne forbedre afdelingens udbytte af tavlen.

Som tidligere nævnt viser empirien en forståelse af, at arbejdet som sygeplejerske aldrig kan blive helt forudsigeligt, da sygeplejerskerne ikke kan forudse, hvor mange patienter, der vil blive indlagt den pågældende dag eller om patienternes tilstand forværres (bilag 18). De understreger, at denne uforudsigelighed er en del af jobbet som sygeplejerske men, at uforudsigeligheden kan forsøges mindsket (bilag 18). Case-afdelingen har dog forsøgt at øge forudsigelighed i arbejdet ved hjælp af en prioriteringstrekant (bilag 18).

Prioriteringstrekanten er et redskab, der har til sigte at give sygeplejerskerne klare retningslinjer for, hvilke opgaver der bør udføres alt efter, hvor presset afdelingen er, i forhold til tid og arbejdsmængden. Prioriteringstrekanten består af et grønt, gult og rødt felt, hvor sygeplejerskerne selv har været med til at udforme, hvilke arbejdsopgaver der skal ligge i hvert felt. Det grønne felt fravælges først ved travlhed, og dernæst det gule felt, hvor det røde felt er de opgaver, der ikke kan fravælges. Sygeplejerskerne ved derfor, hvilke opgaver de bør prioritere i pressede situationer (bilag 18). Ved at sygeplejerskerne er med til at udforme, hvilke arbejdsopgaver der skal være inden for hvert felt, kan prioriteringstrekanten fremme sygeplejerskernes oplevelse af kontrol, fordi de netop har indflydelse på arbejdets udførsel. Dermed kan prioriteringstrekanten være med til at mindske sygeplejerskernes ubalance mellem krav og kontrol. Flere af informanterne påpeger, at de oplever, at prioriteringstrekanten er et godt redskab til at prioritere arbejdsopgaverne men samtidig har flere af sygeplejerskerne også en forståelse af, at prioriteringstrekanten ikke er implementeret tilstrækkeligt i afdelingen på nuværende tidspunkt:

Gitte: ”jeg kan sige, at den er ikke 100 % implementeret som vi ønsker den skal være for at vi kan gøre det til et synligt arbejdsredskab. Det jeg sidder og arbejder med lige nu, sammen med forbedringskontoret, det er at få gjort den mere synlig. Og få den netop implementeret som et arbejdsredskab. For det har mange af os syntes, at den har ikke været ordentligt implementeret i vores daglige arbejde [...]” (bilag 18, s. 140).

Eva: ”Jamen jeg tænker bare, at den i det hele taget har fungeret rigtig dårligt her i afdelingen. Jeg synes det er et rigtig godt værktøj, hvis det blev brugt, jeg tror bare ikke vi er rigtig gode til at bruge det her endnu. Vi har ikke fået den ind under huden [...]. Jeg tror desværre ikke, at vi er gode nok til at bruge den og måske fordi vi mangler introduktion i den. Vi mangler lidt mere synliggørelse af den også, tror jeg” (bilag 18, s. 137).

Bente: ”[...] vi er nok ikke gode nok til at bruge den og det tror er noget med, hvordan de selv opfatter den og det er også meget forskellige fra medarbejder til medarbejder hvordan de egentlig opfatter den og synes de arbejder med den” (bilag 18, s. 140).

Dette betyder, at udfordringen omkring prioriteringstrekanten omhandler selve implementeringsprocessen, som ikke synes at være tilpasset sygeplejerskerne på case-afdelingen, da

de har svært ved at anvende den. Der er forskellige opfattelser af, hvordan prioriteringstrekanten anvendes i praksis, hvilket er en del af grundlaget for en forandring, at medarbejderne ved, hvordan forandringsværktøjerne anvendes. Empirien viser, at der er forskellige opfattelser af, hvornår den enkelte sygeplejerske har travlt, hvilket lederen Bente fortæller om: "[...] der er også meget stor forskel på hvad man opfatter og hvornår man synes man har travlt og hvad det er man har travlt med.." (bilag 18, s. 141). Bente har altså bemærket, at nogle sygeplejersker kan håndtere en større belastning end andre sygeplejersker, hvilket kan komme til udtryk ved, at nogle sygeplejersker mener de ofte har travlt. Dermed anvendes prioriteringstrekanten som et individuelt redskab fremfor et fælles redskab. Samtidig kan dette forstås som, at nogle sygeplejersker oftere oplever denne ubalance mellem krav og kontrol, hvilket bevirker at de er mere belastede end de sygeplejersker, som eksempelvis ved hjælp af det sociale fællesskab i afdelingen formår at håndtere denne ubalance og dermed skabe kontrol i arbejdet. Det kan antages, at sygeplejerskerne med en fælles forståelse af og enighed om anvendelsen af prioriteringstrekanten, ville kunne skabe et fælles udgangspunkt for, hvilke arbejdsopgaver, der skal prioriteres i hvilke situationer. Hermed kan sygeplejerskernes oplevelse af social støtte fremmes, idet de vil opleve at kunne hjælpe hinanden med arbejdsopgaver, hvilket vil modificere ubalancen mellem krav og kontrol. Dette kræver dog yderligere, at kommunikationen mellem sygeplejerskerne optimeres.

Endnu tydeligere bliver den manglende implementeringen idet den afsnitsledende sygeplejerske Bente udtaler, at de ikke anvender prioriteringstrekanten, hvilket har den konsekvens, at sygeplejerskerne ikke finder redskabet nødvendigt. Dette belyser Eva, i ovenstående citat, da hun nævner, at sygeplejerskerne ikke har fået "[...] den ind under huden" (bilag 18, s. 137), og derved tyder det på, at prioriteringstrekanten ikke er blevet uundværlig og en del af kulturen på afdelingen (Kotter 1999). Heidi fortæller, at det tager lang tid og, at prioriteringstrekanten "[...] har taget en krig" (bilag 18, s. 143), at implementere i afdelingen. Det viser, at sygeplejerskerne oplever forandringen som en meget tidskrævende proces. Ifølge Kotter er det vigtigt, at sygeplejerskerne kan se fremskridt i forandringen, hvor synliggørelse af resultater løbende i forandringsprocessen, kan opretholde motivationen for sygeplejerskerne og lederne (Kotter 1999). Dette kræver ligeledes, at sygeplejerskerne og lederne kommunikerer resultaterne tydeligt, så alle har den samme forståelse af, hvor langt afdelingen er i implementeringsprocessen. Ydermere kan det på baggrund af Karasek og Theorells begreb social støtte forstås sådan, at sygeplejerskerne mangler social støtte fra ledelsen i forbindelse med prioriteringstrekanten, da de oplever, at ledelsen ikke i tilstrækkelig grad anvender prioriteringstrekanten og dermed ikke hjælper dem til at kunne gennemføre denne

arbejdsopgave.

Sygeplejerskerne erkender, at de har svært ved at tage ansvar for at bruge prioriteringstrekanten, hvilket Heidi fortæller: ”Det er den ansvarshavende, der skal tage teten i det, og det er det vi stadig har problemer med og øver os i at indarbejde [...]” (bilag 18, s. 143), hvilket med udgangspunkt i Kotter kan betyde (Kotter 1999), at prioriteringstrekanten ikke er forankret i organisationen. Det kræver, at prioriteringstrekanten bliver en del af sygeplejerskernes rutiner, så de ubevidst kan prioritere ud fra de forskellige niveauer i trekanten, som sygeplejerskerne indbyrdes i afdelingen har aftalt. Det kan ydermere være en udfordring i weekenden, hvor ledelsen ikke er i afdelingen, at vide, hvem der har ansvaret for at holde overblikket, både i forhold til belægningen af patienter og sygeplejerskernes arbejdsbelastning. Heidi fortæller, hvor vigtigt det er, at ledelsen er tydelig og gør brug af redskaberne, fordi når ledelsen ikke anvender dem, så gør sygeplejerskerne det heller ikke (bilag 18).

Sygeplejerskerne fortæller, at tendensen til negativitet omkring forandringer i afdelingen kan være en stor udfordring, fordi denne negativitet ofte smitter andre sygeplejersker (bilag 18), hvilket blandt andet kommer til udtryk når samtalen falder på prioriteringstrekanten:

Camilla: ”[...] Altså jeg bruger den faktisk ikke, det gør jeg ikke. Fordi jeg synes den er unødvendig på en eller anden måde, så skal man stå og forholde sig til det også. Det ved jeg ikke, man sorterer nok alle sammen lidt i, hvad der sådan er, når vi har for travlt” (bilag 18, s. 141).

Dette kan være udtryk for en personlig holdning til redskabet, men samtidig være et udtryk for en kritiske holdning omkring forandringer i afdelingen, i dette tilfælde prioriteringstrekanten. Med udgangspunkt i Kotter (Kotter 1999), kan dette være et udtryk for, at prioriteringstrekanten ikke opleves som en nødvendighed for sygeplejersken, hvormed hun ikke yder den nødvendige indsats, for at prioriteringstrekanten skal blive en del af hendes hverdag. Modsat kan sygeplejerskens manglende engagement være et udtryk for, at ledelsen ikke har kommunikeret visionen klart for medarbejderne, hvormed sygeplejersken har svært ved at se fordelene ved prioriteringstrekanten.

På baggrund af ovenstående ses prioriteringstrekanten som et redskab, der kan fremme sygeplejerskernes oplevelse af indflydelse på arbejdets udførsel og dermed mindske ubalancen mellem krav og kontrol. Det vurderes derfor, at denne er et godt redskab men, at case-afdelingen med fordel i højere grad kan arbejde med implementeringen af denne. Derfor vil prioriteringstrekanten ikke inddrages i diskussionsafsnit omkring, hvordan ubalance mellem krav og

kontrol kan mindskes, da det vurderes at arbejdet omkring prioriteringstrekanten i højere grad omhandler implementering af den eksisterende.

8.3.4 Synlig og anerkendende ledelse

Den afsnitsledende sygeplejerske Bente forsøger at være synlig ved eksempelvis at starte dagen med at udføre få timers kontorarbejde i personalestuen fremfor på kontoret (bilag 18). Her oplever hun, at det er lettere for medarbejderne at spørge hende til råds og samtidig får hun en anden relation til sygeplejerskerne (bilag 18). Bente: ”[...] at man som ledelse også kan vise at man er et menneske og kan grine af de samme ting som de kan. [...]” (bilag 18, s. 125). Denne ”menneskeliggørelse” af sig selv kan bevirke, at sygeplejerskerne i højere grad er trygge ved at tale med lederen og dermed øges deres oplevelse af social støtte fra ledelsen, hvor relationen kan være medvirkende til, at de både kan opleve den sociale støtte i forhold til arbejdsliv og andre faktorer, som berører arbejdslivet. Dette kan dog kræve, at lederen accepterer, at denne synliggørelse kan betyde mindre effektivitet i forhold til hendes arbejdsopgaver. Det kan dermed ses som en prioritering fra lederen. Samtidig kan lederens placering i personalestuen have den konsekvens, at sygeplejerskerne føler sig overvåget og, at de derved ikke har mulighed for at diskutere situationer i afdelingen, som kan inkludere ledelsen. Overvågning kan opleves som manglende tillid fra ledelsen til, at sygeplejerskerne udfører deres arbejde, hvilket har negativ betydning for sygeplejerskernes oplevelse af socio-emotionel støtte fra ledelsen. Dermed kan den afsnitsledende sygeplejerskes beslutning både have en negativ og positiv betydning for det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne.

Det vurderes, at det i stedet kan være hensigtsmæssigt, at ledelsens ressourcer i forhold til at optræde synlig fremkommer i forbindelse med en anerkende tilgang, hvilket sygeplejerskerne på case-afdelingen giver udtryk for kunne forbedres (bilag 18). Sygeplejerskerne har en generel positiv oplevelse af ledelsen og påpeger, at ledelsen har en anerkendende tilgang men samtidig, at den anerkendende tilgang kan blive bedre i forhold til det arbejde sygeplejerskerne udfører samt anerkendelse af et travlt arbejdsmiljø og de prioriteringer det kan medføre i forhold til eksempelvis plejen, hvilket fremkommer af nedenstående.

Gitte: ”[...] at få et klap på skulderen en gang i mellem, for det vi gør. Det, altså ikke en belønning pengemæssigt set, men at der bliver sagt, jamen du har sku gjort det godt, det er sku godt det du gør!” (bilag 18, s. 123).

Heidi: ”Altså det vi tit har snakket om det er den anerkendelse af, at der kan være rigtig travlt og det er de ikke altid lige gode til at få sagt til os og sige der er godt nok

travlt lige nu må vi lige, det er ikke altid. Det kunne være rart engang imellem, at det blev sagt højt også fra ledelsen side af” (bilag 18, s. 127).

Det fremkommer af citaterne, at det ikke er store ord om deres indsats som sygeplejerskerne efterspørger, men i højere grad efterlyser en følelse af, at deres indsats bliver bemærket og, at den prioritering de føler sig nødsaget til at foretage bliver italesat. Med udgangspunkt i Karasek og Theorells teori, kan det element som sygeplejerskerne efterspørger være social støtte fra ledelsen, da de i højere grad ønsker hjælp til at kunne udføre eksempelvis prioriteringer, hvor en hjælp i den sammenhæng kan komme til udtryk i en anerkendelse af valget omkring prioritering. Det vurderes derfor, at de afsnitsledende sygeplejersker i højere grad kan have fokus på at være synlige i forhold til anerkendelse af sygeplejerskernes arbejde, hvilket kan komme til udtryk i møderne omkring prioriteringstrekanten. Jævnføre tidligere afsnit vil specialet ikke arbejde videre med prioriteringstrekanten, da denne i højere grad mangler implementering end udvikling, derfor vil ledelsens anerkendende tilgang heller ikke indgå i diskussionsafsnittet da denne, i forhold til caseafdelingen, kan forbedres i forbindelse prioriteringstrekanten, og dermed en forbedring af prioriteringstrekantens implementering.

8.3.5 Kompetenceløft

Sygeplejerskerne giver udtryk for, at de har behov for et kompetenceløft i afdelingen, hvilket ledelsen ligeledes er opmærksom på. Samtidig indikerer begge parter, at små kompetenceløft i hverdagen kan hjælpe sygeplejerskerne med at opnå en større kontrol i arbejdet:

Bente: ”[...] Men jeg synes også der ligger kompetenceløft i hverdagen hele tiden og hvor man kan sige vores ledende overlæge [...] er fantastisk dygtig og går ud og underviser, altså hun er jo rigtig god til i hverdagen at fortælle, hun er som regel med på alle tavlemøder, hvis der er et eller andet, så kan hun godt lige tage 5 minutter hvor hun fortæller og underviser [...]. Så jeg synes det foregår både formaliseret og uformaliseret. Jeg synes egentlig det foregår hele tiden” (bilag 18, s. 129).

Heidi: ”[...] sindssyg dygtig læge og de laver også en lille smule undervisning og der har vi selv være med at til skrive på, hvad vi kunne tænke os at blive undervist i, hvad er det vi synes vi halter lidt i [...]. Så det er jo fint at vi kan blive støttet i det, hvor vi selv tænker vi godt kunne bruge lidt mere” (bilag 18, s. 134).

Citaterne viser, at sygeplejerskerne er meget bevidste om, hvordan kompetenceniveauet i afdelingen kan løftes og, at det blot handler om små undervisningsseancer i hverdagen, som kan være koblet op på en bestemt situation, hvilket gør det lettere at relatere til (bilag 18). Det kræver, ifølge sygeplejerskerne ikke mange ressourcer eller meget tid i hverdagen, at skabe muligheder for læring

og udvikling. Kompetenceløft er ligeledes medvirkende til at skabe tryghed blandt sygeplejerskerne i afdelingen:

Heidi: ”[...] Og vi er habile i det, det gør jo vores hverdag meget nemmere når man står med nogle ting, så man ikke føler sig så usikker når man står med nogle ting, at det kommer til at sidde mere og mere på ryggraden, hvad men gør i den og den situation [...]” (bilag 18, s. 133).

Det skaber en sikkerhed for sygeplejerskerne, at de føler sig fagligt kompetente, hvilket ligeledes giver sygeplejerskerne kontrol i arbejdet. Samtidig foreslås, at bevidstheden om at anvende hinandens kompetencer, ligeledes kan løfte kompetenceniveauet i afdelingen og skabe små læringssituationer i hverdagen, hvilket skaber kontrol for sygeplejerskerne. Flere af sygeplejerskerne foreslår ydermere, at kurser og temadage er måder, hvorpå kompetenceniveauet i afdelingen kan løftes, hvor også aktører udefra kan bidrage til kompetenceløft. Heidi fortæller, at det kunne være rart med input ude fra i form af temadage, hvor sygeplejerskerne kan summe over tingene (bilag 18). Det betyder, at et kompetenceløft af sygeplejerskerne i form af kurser og temadage, får sygeplejerskerne til at reflektere over deres arbejdsgange, hvormed ideer til forandringer i afdelingen kan opstå.

Kompetenceudvikling giver yderligere overskud, hvilket Bente fortæller, at sygeplejerskerne der har været på udvidet hjertestopskursus fortæller at: ”[...] de var helt høje og syntes bare det havde været så fantastisk [...]” (bilag 18, s. 118). Der er altså engagement og interesse for at løfte kompetenceniveauet i afdelingen blandt sygeplejerskerne, hvilket ligeledes kan være medvirkende til, at et kompetenceløft kan bidrage til forandring af det psykosociale arbejdsmiljø.

Supervision fremstår ydermere som en måde, hvorpå kompetenceniveauet blandt sygeplejerskerne i afdelingen kan løftes. Lederen Bente fortæller, at de har en sygeplejerske ansat i afdelingen, som støtter op omkring sygeplejerskernes kompetenceudvikling ved, at hun følger sygeplejerskerne en dag og stiller nogle spørgsmål, som har til hensigt at fremme deres refleksion over deres arbejdsgange samt mulighederne for uddelegering af arbejdsopgaver til kollegerne (bilag 18). Dette indikerer, at de har en form for supervision i afdelingen, hvor sygeplejerskernes kompetencer og koordineringsevner styrkes og udvikles. Dette synes at være et tiltag, som italesættes af flere personer i afdelingen:

Gitte: ”[...] Det kunne også være noget supervision på nogle områder indenfor noget specifikt tænker jeg. Så det tænker jeg nok er muligt at få, hvis det er vi har ønske om

det. Det oplever jeg det er. [...] men jeg ser det ikke som at det ikke kan lade sig gøre, det handler bare om planlægning” (bilag 18, s. 128).

Camilla: ”[...] Så skal vi lære af hinanden. På et tidspunkt får man det jo lært, men det er da ja, det er da skønnest at vide, hvad man har med at gøre (bilag 18, s. 130).

Det er altså et ønske fra afdelingens medarbejdere, at der er mere supervision i afdelingen, som er koblet op på konkrete problemstillinger, som sygeplejerskerne dagligt oplever i afdelingen. Yderligere kan supervision skabe tryghed og kontrol i arbejdet, hvormed uforudsigelighed ligeledes mindskes. Samtidig viser empirien, at flere af sygeplejerskerne henviser til planlægning i forhold til, at kompetenceudviklingen i afdelingen bliver en realitet (bilag 18). Dermed kan supervision være et forandringstiltag, som ikke kræver så mange ressourcer at implementere i afdelingen, men blot planlægning af små supervisionsseancer. Såfremt, at det er ældre og erfarne sygeplejersker, som skal stå for supervisionen i afdelingen til sygeplejersker med mindre erfaring, kan der opstå den utilsigtede konsekvens, at de erfarne sygeplejersker føler sig overbelastet, hvormed der kan opstå konflikter i afdelingen. Det kan derfor være kompliceret at planlægge supervision, for at tilfredsstille alle sygeplejersker.

Empirien viser, at sygeplejerskerne oplever, at supervision, små undervisningsseancer og temadage skal indgå i et forandringstiltag i forhold til at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø i afdelingen. Sygeplejerskerne belyser også, at kompetenceløft kan øge forudsigeligheden, idet den enkelte sygeplejerske ved, hvad hun skal foretage sig i de forskellige situationer og, at situationen derfor vil blive forudsigelig. Gennem uddannelse vil sygeplejerskerne opnå en større viden om, hvordan de skal handle i de konkrete situationer, hvorigennem sygeplejerskerne vil opnå en følelse af kontrol. På baggrund af Karasek og Theorell kan forklaringen på dette være, at følelsen af kontrol fremmes i takt med øgede kompetencer i forhold til det specifikke arbejdsområde (Karasek & Theorell 1990).

8.3.6 Opsamling

Ovenstående empiri fra 2. interviewundersøgelse viser, at sygeplejerskerne og lederne udtaler, at kommunikation, vagtplanlægning, tavle-personalemøder, forbedringstavle, morgentavlemøder, sociale arrangementer, synlig og anerkendende ledelse, kompetenceløft i hverdagen samt planlægning og koordinering i form af blandt andet prioriteringstrekanten alle er tiltag, som kan være medvirkende til at mindske oplevelsen af ubalance mellem krav og kontrol, hvilket kan forbedre det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne på case-afdelingen.

Specialegruppens partcipatoriske tilgang i interviewsituationen bevirkede, at sygeplejerskerne og de afsnitsledende sygeplejersker fik mulighed for at bidrage til udviklingen af forandringstiltaget i forhold til deres psykosociale arbejdsmiljø. På baggrund af resultaterne fremkommer det essentielt at udvikle forandringstiltag med fokus på *kompetenceudvikling* og *social støtte* for case-afdelingens forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø. Resultaterne fra litteraturstudie og 1.

interviewundersøgelse belyser, at indflydelse endvidere er vigtigt for at mindske ubalance mellem krav og kontrol, det fremkommer dog af resultaterne fra 2. interviewundersøgelse, at case-afdelingen har en række tiltag, der kan fremme sygeplejerskernes indflydelse og, at det i højere grad er implementeringen af disse tiltag, der kan forbedres for at fremme sygeplejerskernes indflydelse, snarere end udvikling af nye tiltag på nuværende tidspunkt. Det er derfor ikke vurderet relevant for nærværende speciale, at *indflydelse* bringes videre til diskussionsafsnittet omhandlende udvikling af forandringstiltag, der kan fremme sygeplejerskernes oplevelse af indflydelse, da fokus på implementering af eksisterende værktøjer snarere kan være relevant for case-afdelingens mulighed for at fremme sygeplejerskernes oplevelse af indflydelse.

Det betyder, at specialegruppen har valgt, at tage udgangspunkt i *kompetenceudvikling* og *social støtte*, som inddrages i det følgende diskussionsafsnit. Disse elementer er endvidere i overensstemmelse med specialets teoretiskereferenceramme, hvor elementerne kan henføres til Karasek og Theorells begreber kontrol og social støtte, hvilket kan modificere eller mindske ubalancen mellem krav og kontrol (Karasek & Theorell 1990). Derudover er der tidligere redegjort for manglende muligheder for at mindske kravene som et tiltag i forhold til at mindske ubalancen mellem krav og kontrol, hvilket ydermere taler for udvikling af forandringstiltag, der kan henføres til kontrol og social støtte dimensionerne, for at mindske sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol.

9. Diskussion

I nedenstående afsnit diskuteres specialets teoretiske referenceramme samt metode, med henblik på at vurdere om den valgte metode har været fyldestgørende til besvarelsen af specialets problemformulering. Afsnittet indeholder yderligere en diskussion af resultater, der skal bidrage til besvarelse af specialets problemformulering.

9.1 Diskussion af teoretisk referenceramme

Følgende afsnit har til formål at diskutere specialets teoretiske referenceramme i form af Karasek og Theorells krav-kontrol model og John Kotters otte trins model.

Teoriens anvendelse som dåseåbner har betydet, at teorien er anvendt til at afgrænse samt åbne problemfeltet. Når teorien anvendes som dåseåbner, vides det ikke på forhånd om teorien er korrekt til besvarelse af problemformuleringen (Høyer 2012), hvorfor dette diskuteres i nedenstående.

Specialets deduktive tilgang har haft indflydelse på, hvilke oplysninger, der er fremkommet under interviewene, da den teoretiske referenceramme har udgjort den overordnede struktur i interviewguiden i form af udvalgte temaer. Grundet den videnskabsteoretiske referenceramme, hermeneutikken, er forståelseshorisonten løbende gennem hele specialet revideret. Den teoretiske referenceramme er blevet en del af specialegruppens forforståelse, hvorfor den teoretiske referenceramme også har haft indflydelse på analysen af interviewene, i form af hvilke emner, der blev identificeret relevante at inddrage, og måden hvorpå informanternes udsagn er forstået, da forforståelse er en forudsætning for at kunne forstå (Dahlager & Fredslund 2015; Gadamer 2007). Den deduktive tilgang kan have betydet, at relevante emner til at forbedre sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø ikke er identificeret og der kan derfor sættes spørgsmålstejn ved, hvorvidt en mere åben tilgang til interviewene havde bidraget med andre perspektiver på, hvordan sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø kan forbedres. Det er dog forsøgt at være åben overfor informanternes udsagn, dog inden for de forudbestemte temaerne.

9.1.1 Karasek og Theorells krav-kontrol model

Karasek og Theorells krav-kontrol model er, som tidligere nævnt, blevet kritiseret igennem de sidste år (Spector 1998; Jeding et al. 1999). Et kritikpunkt for modellen er, at den fokuserer meget på kontekst fremfor det enkelte individ, men da fokus for specialet netop har omhandlet at udarbejde et forandringstiltag til forandring af rammerne i arbejdsmiljøet, har modellen fungeret efter hensigten.

Modellen har gjort specialegruppen i stand til at opnå en større forståelse for, hvordan sygeplejerskerne på case-afdelingen oplever ubalance mellem krav og kontrol, samt en forståelse for, hvordan denne ubalance kan mindskes, hvilket var formålet med anvendelse af modellen. I besvarelsen af problemformuleringen vurderes det, at teorien har haft få begrænsninger. Det kan diskuteres om begreberne krav, kontrol og social støtte er for bredt definerede, hvorved brugen af teorien er blevet overfladisk, da det ikke er beskrevet fyldestgørende, hvad de forskellige begreber indebærer. Endvidere har det været vanskeligt i nogle tilfælde at forstå teorien, da det ikke er tydeligt, hvornår der skelnes mellem konteksten og individet, hvilke kan betyde en fejltolkning af teorien. Det vurderes dog på baggrund af ovenstående, at dette ikke haft stor begrænsning i besvarelsen af problemformuleringen.

9.1.2 John Kotters otte trins model

Kotters otte trins model er overordnet beskrevet og har primært fokus på, hvad der bør gøres men i begrænset omfang, hvordan det skal gøres og modellen vurderes derfor ikke at være løsningsorienteret. I besvarelsen af problemformuleringen vurderes det, at teorien har begrænsninger, da metoden ikke direkte harmonerer med forholdene på case-afdelingen, da flere af løsningsforslagene ikke vil kunne overføres til en sygehusafdeling. Kotters fokuserer eksempelvis på økonomiske gevinster, hvilket ikke giver mening for case-afdelingen, hvor fokus er at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø, og det er derfor svært for afdelingen at vide, hvornår målet er opnået. Ifølge Kotters er modellen en lineær proces, hvor alle otte trin skal gennemføres (Kotters 1999), og der kan dermed stilles spørgsmål ved, hvorvidt dette giver mening for en sygehusafdeling, da det kan diskuteres, hvorvidt der er ressourcer, i forhold til tid og økonomi, til at gennemføre en så omfattende forandringsproces. Til trods for teoriens begrænsninger er Kotters model dog fundet anvendelige til besvarelse af specialets problemformulering, da modellen fokuserer på, hvad der kan mislykkes i en forandringsproces, hvorved fejlene i forandringsprocessen kan inddrages i det konkrete forandringstiltag og i en fremtidig implementering.

9.2 Diskussion af metode

Følgende afsnit indeholder diskussion af specialets metodiske valg samt, hvorvidt disse valg bidrager til besvarelse af problemformuleringen. Diskussionen af litteraturstudiet og den kvalitative empiriske undersøgelse foretages på baggrund af kvalitetsbegreberne tilhørende forskningsmetoden, og præsenteres i nedenstående.

9.2.1 Diskussion af litteraturstudie

Nedenstående afsnit indeholder diskussion af litteraturstudiet ud fra kvalitetskriterierne recall, precision, generalisering og reproducerbarhed.

Recall og precision

Kvaliteten af den systematiske litteratursøgning er vurderet i forhold til begreberne *recall* og *precision*. Recall henviser til den mængde af relevant litteratur, som blev identificeret i databaserne. Dette er dog ikke muligt at måle, da den uidentificerede litteratur ikke er kendt, hvilket betyder, at begrebet udelukkende er teoretisk (Frandsen et al. 2014). Precision beskriver andelen af søgeresultater, som er relevante (Frandsen et al. 2014).

Der blev anvendt tre kriterier for evaluering af litteratursøgningen, hvor type 1-kriterier har stor betydning, type 2-kriterier har nogen betydning og hvor type 3-kriterier ingen central betydning har for recall og precision. Type 1-kriteriet omhandler, hvorvidt forskningsspørgsmålet blev korrekt oversat til søgetermer, om boolske operatører blev anvendt korrekt og, i hvilken grad der blev anvendt kontrollerede emneord (Frandsen et al. 2014). Det vurderes, at den systematiske litteratursøgning opfylder type 1-kriteriet, da specialegruppen identificerede relevante søgetermer via videnskabelig litteratur, fra den systematiske litteratursøgning, til belysning af problemformuleringen, og efterfølgende modtog vejledning, omkring de valgte facetter, fra en akademisk medarbejder på Aalborg Universitetsbibliotek. Dette blev ligeledes udført i forhold til at sikre, at de enkelte søgetermer blev oversat korrekt, hvilket yderligere blev kontrolleret ved at afprøve søgetermerne i databaserne. Ydermere blev der søgt på kontrollerede emneord, for at sikre precision, da dette sikrer, at relevante studier omhandlende emnet medtages (Buus et al. 2008). Da specialgruppen er erfaren i udførelse af systematiske litteratursøgninger vurderes det, at de boolske operatører blev anvendt korrekt. Type 2-kriteriet omhandler anvendelsen af fritekstsøgning og variation af stavemåde (Frandsen et al. 2014). Det vurderes, at litteratursøgningen opfylder dette kriterium, da der blev anvendt fritekstsøgning, hvor det ikke var muligt, at identificere relevante kontrollerede emneord. De steder det blev vurderet relevant blev der ved fritekstsøgning anvendt trunkering, således at alle bøjninger af søgetermet blev inkluderet i søgningen. Type 3-kriteriet omhandler, i hvilken grad der blev kombineret med både kontrollerede emneord og fritekstsøgning i samme søgestreng (Frandsen et al. 2014). Dette kriterium blev ikke opfyldt, da det i samråd med den akademiske biblioteksmedarbejder blev vurderet, ikke at anvende kontrollerede emneord og fritekstsøgning i samme søgestreng, da dette kunne medføre, at søgningen blev upræcis.

Den systematiske søgnings fokus på at identificere litteratur, omhandlende muligheder for at mindske sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol, bibragte få brugbare resultater, da kombinationen af facetter tilsammen medførte få eller ingen resultater.

Specialegruppen valgte derfor at kombinere facetterne på forskellige måder, for derved at identificere flere anvendelige studier til besvarelse af problemformuleringen. Kombinationerne bevirkede, at søgningen blev upræcis, da den resulterede i studier, som ikke undersøgte det ønskede, hvorved precisionen vurderes lav i disse søgninger. I den systematiske litteratursøgning blev kædesøgning ikke anvendt, hvilket vurderes, at have betydning for precision, da relevante studier måske ikke blev identificeret. Det er uvist, om de udvalgte søgedatabaserne identificerede alle brugbare studier, eller om andre databaser kunne supplere med andre studier på området.

Da databaserne ikke er ens, blev det forsøgt at identificere relevante søgetermer til de enkelte databaser. Dette var vanskeligt grundet forskellen på de medicinske og psykologiske databaser. Derfor er der risiko for, at de udvalgte søgetermer ikke var dækkende i alle databaserne, hvorved relevant litteratur ikke blev identificeret. I søgningen blev få og præcise søgetermer anvendt, for at sikre en præcis søgning, hvorved irrelevante studier kunne undgås (Frandsen et al. 2014). Det er uvist, om søgetermerne var dækkende, da der ikke blev anvendt synonymer i alle facetterne. Ligeledes indgik søgetermer i søgeblokken, som ikke var synonym for den pågældende facet. Derfor er det uvist, om flere studier kunne være blevet identificeret såfremt flere søgetermer blev inddraget. Udvælgelsen af relevante studier, kan ligeledes have haft betydning for precisionen, da udvælgelsen af studier i den primære og sekundære udvælgelse blev foretaget på baggrund af titel og abstract, hvorfor relevante studier kan være blevet ekskluderet, eller irrelevante studier blev medtaget i denne udvælgelse.

Generalisering

Gennem den systematiske søgning blev studier, som havde til formål at undersøge, hvordan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes, ikke identificeret. De udvalgte studier indeholdt kun elementer, som kunne anvendes til at besvare specialets problemformulering, hvilket vurderes at have indflydelse på generalisering, da studierne ikke undersøger det ønskede, hvilket kan skyldes, at dette problemområde endnu ikke er undersøgt videnskabeligt. Af denne grund var det ikke muligt at overholde alle inklusions- og

eksklusionskriterier. Dette betød, at der blev udvalgt studier, som inkluderede faggrupper som social- og sundhedsassistenter, læger og ledere, foruden sygeplejersker. Yderligere blev den kontekst, hvori sygeplejerskerne befandt sig, ikke beskrevet i alle studierne, hvormed det var uvist, om studierne var baseret på en anden kontekst end hospitaler. Dette kan have betydning for generaliseringen af fundene, da disse resultater muligvis ikke er gældende for sygeplejerskerne ansat på en sygehusafdeling. Flere studier var af ældre dato, for eksempel Bourbonnais et al. 1999, hvorved der kan sættes spørgsmålstegn ved, om fundene fra dette studiet, kan overføres til nutidens kontekst, da det psykosociale arbejdsmiljø har ændret sig gennem tiden. Dette vurderes, at have stor betydning for en generalisering, hvormed resultaterne muligvis ikke kan overføres til forandring af det psykosociale arbejdsmiljø i dag. Yderligere inddrages to studier fra litteraturstudiet, henholdsvis Bourbonnais et al. 1999 og Way & MacNeil 2006, hvor studierne resultater ikke findes brugbare i besvarelsen af specialets problemformulering. Studierne er dog valgt, idet forfatterne afslutningsvist i studierne foreslår forandringstiltag. Idet disse resultater ikke vurderes videnskabeligt funderet, vægtes resultaterne ikke højt sammenlignet med specialets resultater fra interviewundersøgelserne.

Reproducerbarhed

For at sikre søgningens reproducerbarhed, blev den systematiske søgning dokumenteret i et detaljeret søgebilag (bilag 3; bilag 4; Juul 2013). Søgebilaget gør det muligt, at gentage den systematiske søgning, hvor samme resultater opnås, hvilket øger reproducerbarheden (Juul 2013). Yderligere blev den systematiske søgning dokumenteret i afsnit 7. *Metode*, hvor flowdiagrammet ligeledes kan give overblik over udvælgelsesstrategien samt resultatet heraf, hvilket er en styrke for reproducerbarheden (Juul 2013). Det bør dog understreges, at udvælgelsen var en subjektiv vurdering, hvormed det er uvist, om tilsvarende resultater kan opnås ved gentagelse af søgningen. Dette blev dog forsøgt imødekommet igennem opstilling af inklusionskriterier.

9.2.2 Diskussion af den kvalitative empiriske undersøgelse

Følgende afsnit vil indeholde diskussion af den kvalitative metodes anvendelighed i besvarelsen af specialets problemformulering. Inden for den kvalitative metode er der stor uenighed om, hvilke mål, der skal anvendes som kvalitetskriterier, hvilket betyder, at der eksisterer forskellige og overlappende kvalitetskriterier (Christensen et al. 2015). Det er valgt at tage udgangspunkt i begreberne intern validitet, reliabilitet samt analytisk generaliserbarhed, hvilke er atypiske for den kvalitative metode. Dette er valgt, da den kvalitative metode tager udgangspunkt i Kvale og

Brinkmann, hvorfor deres kvalitetskriterier ligeledes anvendes i nærværende diskussion.

Intern validitet

Intern validitet omhandler, hvorvidt metoden undersøger det, som var hensigten (Kvale & Brinkmann 2009). Udførelsen af en pilottest i forbindelse med udarbejdelsen af interviewguide til 2. interviewundersøgelse, bidrog til en mulighed for at rette sproglige formulering samt indforståede elementer, således at misforståelser blev forsøgt undgået, hvilket vurderes at kunne have styrket den interne validitet. Pilottest for 1. interviewundersøgelse blev fravagt, hvormed det er uvist, om der opstod misforståelser under interviewet. Dette blev forsøgt imødekommet ved, at opfordre informanten til at spørge, hvis der opstod tvivl i forhold til spørgsmålene, dog havde specialegruppen ikke en opfattelse af, at der opstod uklarheder og misforståelser under interviewet.

Trods pilottest af interviewguiden til 2. interviewundersøgelse opstod enkelte problematikker i forbindelse med interviewet. Der blev foretaget en begrebsafklaring, for at sikre en fælles forståelse, men denne begrebsafklaring blev informanten ikke introduceret til, hvilket skabte usikkerhed og forvirring blandt informanterne. Begrebsafklaringen kunne med fordel, have være en del af introduktionen i briefing, således at informanterne vidste, hvilket formål denne begrebsafklaring havde, og at den var en del af interviewet. Specialegruppen blev dog hurtig opmærksom på den manglende introduktion, så dette blev rettet i de efterfølgende interviews, så informanterne blev opmærksom på, at begrebsafklaringen var gennemgående for hele interviewet. Valget om at spørge ind til informanternes forståelse af begreberne, inden specialegruppens forståelse blev fremlagt, havde en god effekt. Dette skabte en samhørighed og et fællesskab, informant og interviewer imellem, hvorved en dialog blev skabt. Denne begrebsafklaring vurderes at medvirke til at øge den interne validitet, da det bevirkede, at informanterne og interviewerne, så vidt muligt, talte ud fra samme forståelse af begreberne.

Under interviewene forekom det svært for informanterne at besvare spørgsmål vedrørende konkrete forandringsforslag, samt var informanterne begrænset af en opfattelse af, at det psykosociale arbejdsmiljø kun kunne forbedres gennem tilførsel af flere ressourcer (bilag 18). Det kunne overvejes, om det havde været en fordel, hvis informanterne forinden interviewet fik tilsendt interviewguiden, således at informanterne have mulighed for, at reflektere over spørgsmålene, og derved kunne give et mere uddybende svar omkring konkrete foranstaltninger. Der kan dog sættes spørgsmålstegn ved, om samme relation og dialog imellem informanterne og interviewerne ville

have fundet sted, hvis informanternes svar fremstod indøvet. Samtidig ville informanterne have haft mulighed for at snakke sammen om svarene, således at informanterne muligvis ville give sammenlignelige svar. Dette kan have betydning for den interne validitet, idet besvarelserne dermed ikke ville afspejle den generelle oplevelse af det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne på afdelingen.

Under interviewene blev den semistrukturerede interviewmetode fulgt, hvori interviewguidens åbne spørgsmål blev vægtet højt, således at informantens meninger, holdninger og oplevelser for specialets problemformulering blev forfulgt. Dette vurderes at medvirke til at øge den interne validitet, da der gennem interviewguidens åbenhed blev opnået den ønskede viden. I analysen af resultaterne blev det vægtet højt, at inddrage citater, hvilket medvirker til at øge den interne validitet, idet det tydeliggøres overfor læserne, at anvendelsen af udsagnene er tro mod informanternes udsagn (Kvale & Brinkmann 2009).

Case-afdelingen havde et samarbejde med arbejdsmiljøkonsulenter med henblik på at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne, hvilket foregik sideløbende med specialegruppens kvalitative empiriske undersøgelse. Det er derfor uvist, om informanterne kunne skelne mellem arbejdsmiljøkonsulenternes arbejde og specialegruppens undersøgelse, hvorved information kan være gået tabt. Informanterne kan for eksempel have talt med arbejdsmiljøkonsulenterne forinden interviewundersøgelsen, hvilket kan have resulteret i, at sygeplejerskerne fik en opfattelse af, at de allerede havde omtalt overvejelser omkring det psykosociale arbejdsmiljø og derfor var tilbageholdende med information, da det kan have været oplevet som en gentagelse. Hvis sygeplejerskerne ikke formåede at skelne mellem arbejdsmiljøkonsulenternes arbejde og specialegruppens undersøgelse, kan dette have indvirkning på den interne validitet, da alt information derved ikke blev opnået. Specialegruppen har dog en oplevelse af, at dette ikke var tilfældet, idet informanterne bidrog med uddybende information. Interviewene blev ikke udført af samme specialemedlem, da flere interviews derved kunne foretages på samme tidspunkt. Det kunne have været optimalt, hvis det var samme specialemedlem, som havde foretaget alle interviewene, da forståelseshorisonten revideres gennem hvert gennemført interview (Højberg 2014). Samtidig ville dette også kunne bevirke, at interviewets retning blev ændret som et resultat af den reviderede forståelseshorisont, og at interviewerens dermed ikke ville anvende samme sonderende spørgsmål ved sidste interview som ved første. Dette kunne have reduceret informantens udsagn til at omhandle det de foregående informanter havde foreslået. Dette

kom ligeledes til udtryk i transskriptionerne, idet der var forskel på omfanget samt, om og hvornår sonderende spørgsmål blev anvendt, for at forfølge informanternes udsagn. Dette kan have betydning for den interne validitet, da der er risiko for, at information enten er gået tabt eller, at informanterne blev ledt i en bestemt retning grundet de sonderende spørgsmål. Dette blev dog forsøgt imødekommet igennem en fælles udarbejdelse af interviewets formål, som værende besvarelse af forskningsspørgsmålet, hvilket kan have bibragt lignende forståelse for relevant anvendelse af sonderende spørgsmål.

Reliabilitet

Reliabilitet i den kvalitative forskning vedrører konsistens og troværdighed, og omhandler hvorvidt resultaterne kan reproduceres af en anden forsker. Dette giver dog ikke mening inden for den kvalitative metode, da informanterne nødvendigvis ikke vil give samme svar, hvis interviewet udføres af en anden forsker, på et andet tidspunkt (Kvale & Brinkmann 2009). Reliabiliteten i den kvalitative forskning omhandler derfor, at gøre forskningsprocessen transparent for læseren, således at læseren bliver bevidst om de valg, der er foretaget i forskningsprocessen og, hvorfor disse valg er truffet (Kvale & Brinkmann 2009). Det blev vægtet højt, at metodologien blev transparent således, at forskningsprocessen kunne følges fra forskningsspørgsmål til konklusion. Den kvalitative metode blev derfor beskrevet og begrundet i metodeafsnittet. Det vurderes, at metoden er transparent, hvorved reliabiliteten er styrket.

Grundet den participatoriske tilgang blev det under interviewene vægtet højt, at informanternes svar blev forfulgt, således at informanternes oplevelser, meninger og viden fremkom, for at informanternes svar kunne medtænkes i udarbejdelsen af et forandringstiltag til at mindske ubalance mellem krav og kontrol. Idet den anvendte participatoriske interviewform er baseret på tovejskommunikation, vurderes det, at relationen mellem interviewer og informant kan have haft betydning for empiriens indhold og mængde. Det har dog været en generel opfattelse blandt specialegruppen, at relationen og kommunikationen i interviewene har været positiv for empirien, idet informanterne har uddybet deres svar og indvilliget i samtale og diskussion omkring mulige forandringstiltag. For at øge konsistensen i interviewene blev det samtidig prioriteret, at interviewguidens spørgsmål og de overordnede temaer skulle besvares (Kvale & Brinkmann 2009). Ved at interviewerene ikke transskriberede egne interviews, gav det andre specialemedlemmer mulighed for at opnå indsigt i disse interviews, hvorved analysen kunne optimeres.

Transskriptionsreglerne blev testet ved at lade interviewerene transskribere en passage af interviewet

og sammenligne dette, med en passage transskriberet af et andet specialemedlem. Dette for at vurdere, om der forekom en betydelig forskel imellem de to transskriptioner, hvilket ikke har været tilfældet, idet der fremkom fem afvigelser i testen. Afvigelserne var primært i form af små ord, som vurderes ikke at have betydning for meningen (bilag 19). Transskriptionsreglerne vurderes derfor er være med til at styrke reliabiliteten.

Analytisk generalisering

Analytisk generalisering omhandler en vurdering af, hvorvidt og i hvilket omfang resultaterne kan overføres til en lignende kontekst, hvorved der foretages en vægtning af ligheder og forskelle (Kvale & Brinkmann 2009). Det semistrukturerede interview med afsnitsledende sygeplejerske fra medicinske afdeling, kunne med fordel være blevet udvidet til også at inkludere interviews med afdelingens sygeplejersker, da resultaterne kun belyser den afsnitsledende sygeplejerskes perspektiv. Det er derfor uvist, om sygeplejerskerne deler samme oplevelse i forhold til ændringen af det psykosociale arbejdsmiljø, som den afsnitsledende sygeplejerske beskriver. Sygeplejerskerne kan formodes at have oplevet andre vigtige dimensioner i forandringen og udfordringer herved, som ikke er fremkommet af interviewet med den afsnitsledende sygeplejerske. Fundene kan derfor i mindre omfang generaliseres, da forandringstiltaget omhandler sygeplejerskers psykosociale arbejdsmiljø. Dette blev dog forsøgt imødekommet ved inddragelse af fund fra litteraturstudiet og den teoretiske referenceramme, hvorved en højere grad af generalisering kunne finde sted. Den afsnitsledende sygeplejerske fra case-afdelingen blev anvendt som gatekeeper, hvilket fungerede godt i forhold til rekruttering af et passende antal informanter. Det blev dog bemærket, at et flertal af informanterne var positive over for ledelsen på afdelingen, mens de samtidig pointerede, at flere af deres kolleger ikke delte samme overbevisning (bilag 18). Der kan derfor stilles spørgsmålstejn ved, om dette var en bevidst udvælgelse, som den afsnitsledende sygeplejerske foretog, eller om dette var ubevidst eller en tilfældighed. Dette betyder, at en bevidst udvælgelse fra gatekeeperen kan skabe tvivl, om resultaterne var gældende for hele case-afdelingen, hvorved generaliseringen mindskes, såfremt dette var tilfældet. Samtidig kan den afsnitsledende sygeplejerskes udvælgelse have været ubevidst, hvormed resultaterne kan generaliseres til andre sygehusafdelinger, såfremt konteksten er lignende. Yderligere kan den afsnitsledende sygeplejerske ubevidst have påvirket sygeplejerskerne i form af hendes autoritet som leder, hvormed sygeplejerskerne har følt sig presset til deltagelse i interviewundersøgelsen, hvilket kan få betydning for informanternes udtalelse, grundet eksempelvis manglende interesse. Samtidig er det

vigtigt at pointere, at alle sygeplejerskerne og lederne var interesserede i at modtage hjælp i forbindelse med at forandre det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen, hvorfor sygeplejerskernes besvarelser må antages at afspejle deres oplevelse af det psykosociale arbejdsmiljø med henblik på forbedring. På baggrund af dette kan der ydermere sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt sygeplejerskerne fremstiller det psykosociale arbejdsmiljø værre end det er, grundet et ønske om et øget fokus herpå.

Specialegruppens fastsættelse af fem til otte informanter til interviewundersøgelsen, blev indfriet i form af syv interviews, hvorved antallet af informanter bevirkede elementer af datamætning, da der fremkom flere ligheder i interviewene. Dette vurderes, at styrke den analytiske generalisering. En fuld datamætning blev dog ikke opnået, da nye aspekter fremkom i alle interviewene (Kvale & Brinkmann 2009), samtidig var der dog nogle elementer, der gik igen og det vurderes dermed at være elementer af datamætning.

9.3 Diskussion af resultater

På baggrund af resultaterne fra litteraturstudiet, 1. interviewundersøgelse samt 2. interviewundersøgelse er temaerne, som tidligere nævnt i afsnit 8.3.6 *Opsamling*, kompetenceudvikling og social støtte fremkommet relevante at viderebringe til diskussion for derigennem at besvare specialets problemformulering.

9.3.1 Kompetenceudvikling

Litteraturstudiet viser, at sygeplejersker har ønske om mulighed for kompetenceudvikling (Bourbonnais et al. 1999), samt at ledelsen bør fremme denne mulighed (Way & MacNeil 2006). 2. interviewundersøgelse viser ligeledes, at sygeplejerskerne både har et ønske om samt oplever et behov for mulighed for kompetenceudvikling og derudover, at kompetenceudvikling kan bevirke en større oplevelse af tryghed og kontrol blandt sygeplejerskerne, hvilket mindsker ubalancen mellem krav og kontrol. Resultaterne fra 1. interviewundersøgelse viser ligeledes at den afsnitsledende sygeplejerske har en forståelse af, at sygeplejerskernes mulighed for kompetenceløft kan mindske en ubalance mellem krav og kontrol og hun tilbyder derfor kompetenceløft i forbindelse med ændring af sygeplejerskernes arbejdsgange, hvilket kan mindske deres usikkerhed omkring nye patienter og situationer. Det vurderes derfor, at sygeplejerskernes mulighed for kompetenceløft er et forandringstiltag i forhold til at mindske sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol.

Resultaterne fra 1. og 2. interviewundersøgelse viser, at kompetenceudvikling kan eksistere på forskellige niveauer i forhold til både et tidsmæssigt aspekt og kan eksempelvis være oplæring, supervision, kurser, temadage og små undervisningsseancer (bilag 17; bilag 18). Af resultaterne fra 2. interviewundersøgelse fremkommer to overvejelser i forhold til kompetenceudvikling, antallet af deltagere og den anvendte tid. Med udgangspunkt i denne viden diskuteres antallet af deltagere, den anvendte tid og hvorvidt kompetenceudviklingen skal være formaliseret eller ikke, i forhold til oplæring, supervision, kurser, temadage og små undervisningsseancer, for at få en forståelse af, hvilke forandringstiltag der findes relevante for sygeplejerskerne på case-afdelingen, for at mindske ubalancen mellem krav og kontrol.

Antallet af deltagere

Kompetenceudvikling i form af oplæring og supervision, som blandt andet omhandler faglig vejledning, uddannelse, refleksion og støtte, kan med udgangspunkt i case-afdelingen ses som en form for daglig kompetenceløft, da disse former for kompetenceudvikling kan foregå i alle vagter på afdelingen og ikke fordrer, at alle afdelingens sygeplejersker deltager. Dette kan have den utilsigtede konsekvens, at sygeplejerskerne ikke opnår den sociale støtte, som kompetenceudvikling i fællesskab med flere sygeplejersker vil kunne bidrage til, hvormed ubalancen mellem krav og kontrol ikke modificeres på baggrund heraf. Oplæring og supervision kan dog også anskues som små intense undervisningsforløb, idet den enkelte sygeplejerske får en specifik viden indenfor et område, så supervisoren, typisk en erfaren sygeplejerske, har mulighed for at tilpasse undervisningen til den enkelte sygeplejerske, hvormed læringsudbyttet formodes at være større. Supervision og oplæring er altså to former for kompetenceudvikling, hvor der er mulighed for at stort fagligt udbytte på kort tid, men er samtidig individuelle tiltag, hvor alle sygeplejerskerne ikke inddrages samtidig, hvorved fællesskabet omkring undervisningen ikke er til stede, og den social støtte fremmes dermed ikke blandt alle sygeplejerskerne. Derved kan oplæring og supervision anskues som individuel forebyggelse (Vallgård et al. 2014), idet kun en enkelt sygeplejerske opnår nye kompetencer, hvorfor vedkommende, som den eneste sygeplejerske, kan opnå mere kontrol i arbejdet og derved, mindsker belastningen og sundhedsrisici.

For at inddrage alle sygeplejerskerne på case-afdelingen i kompetenceudvikling er små undervisningsseancer, temadage og kurser former for kompetenceudvikling som fordrer, at en større gruppe af sygeplejersker deltager samtidig, hvorved de får mulighed for at diskutere det faglige indhold i undervisningen specifikt i forhold til deres afdeling med kolleger. Litteraturstudiet viser,

at sygeplejerskernes samarbejde i grupper skaber tillid (Lavoie-Tremblay et al. 2005), og fælleskompetenceløft kan dermed ligeledes øge den sociale støtte blandt sygeplejerskerne, udover at øge sygeplejerskernes oplevelse af kontrol. Det kan dog diskuteres, om de sygeplejersker, som ikke har mulighed for at deltage i undervisningen, ikke fortsat har mulighed for at opnå kompetencerne tillært i forbindelse med små undervisningsseancer, temadage og kurser, da denne viden kan videreformidles i form af supervision i afdelingen.

Resultater fra 2. interviewundersøgelse viser yderligere, at forståelse for kollegers kompetencer kan være medvirkende til at løfte kompetenceniveauet i afdelingen, hvilket ydermere forbedrer det psykosociale arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne. Den fælles sparring, som foregår i forbindelse med små undervisningsseancer, temadage og kurser, formodes yderligere at tilvejebringe en forståelse og bevidsthed om kollegers kompetencer, hvilket fremmer sygeplejerskernes muligheder for at støtte hinanden. Dette kan komme til udtryk ved faglig støtte, i form af supervision eller oplæring blandt sygeplejerskerne i hverdagen, da sygeplejerskerne i forbindelse med fælles sparring ved kompetenceløft, bliver bevidste om hinandens kompetencer. Fælles kompetenceudvikling ansues som strukturel forebyggelse, idet fælles-kompetenceudvikling skal forbedre det psykosociale arbejdsmiljø og derved reducere sygeplejerskernes sundhedsrisici ved ændringer i miljøet (Vallgård et al. 2014). Muligheden for fælles kompetenceudvikling reducerer endvidere behovet for en overlevering af den viden den enkelte sygeplejerske har opnået igennem små undervisningsseancer, temadage og kurser, idet alle interesserede har været til stede.

Vidensoverlevering fra den sygeplejerske, der har deltaget i kompetenceudvikling, til de sygeplejersker der ellers er interesserede, kan bevirke, at én sygeplejerske gøres til ansvarlig for vidensoverlevering, hvilket kan resultere i en utilsigtet konsekvens, hvor sygeplejersken føler et ansvar for, at det psykosociale arbejdsmiljø og dermed kollegers sundhedsrisici afhænger af vedkommendes evne til vidensoverlevering, hvilket formodes at kunne være en psykisk belastning. Derved kan dette ansvar, som sygeplejersken får, opleves som en ekstra arbejdsbyrde og dermed endnu et krav, hvilket kan få konsekvenser for den enkeltes sundhedstilstand grundet en øget belastning.

Der ses således fordele og ulemper ved ovennævnte tiltag, hvor oplæring og supervision anses som forandringstiltag, der bibringer kompetenceløft hos den enkelte sygeplejerske og, hvor små undervisningsseancer, temadage og kurser medvirker til at fremme kompetenceløft af flere sygeplejersker samtidig.

Resultater fra 2. interviewundersøgelse viser, at to sygeplejersker har været på kursus i forhold til kompetenceudvikling. En fordel ved dette kan være, at det er mindre ressourcekrævende sammenlignet med, at alle afdelingens sygeplejersker skal deltage i et kursus uden for afdelingen. Såfremt denne mulighed kun opstår sjældent vurderes det dog vanskeligt at foretage en prioritering af, hvilke medarbejdere, der skal deltage ud af en medarbejdergruppe, hvor der ses et generelt ønske om kompetenceudvikling (bilag 18). En utilsigtet konsekvens ved denne form kan dermed være, at nogle sygeplejersker kan føle sig overset. Derudover vurderes dette yderligere at kunne bevirke en ulige fordeling af kompetencer i afdelingen, da nogle sygeplejersker derved opnår kompetencer som de resterende sygeplejersker ikke har mulighed for at opnå. I denne sammenhæng, kan oplæring og supervision anses som mindre ressourcekrævende, da disse former for kompetenceudvikling kan foregå i hverdagen i afdelingen, og uden den store planlægning, hvilket fremkom af resultatafsnittet. Dette kan dog fortsat give en ulige fordeling af kompetencerne i afdelingen, idet denne form for kompetenceudvikling kan kræve, at den enkelte sygeplejerske selv opsøger viden fra erfarne sygeplejersker, hvilket kræver et stort individuelt ansvar fra den enkelte sygeplejerske, hvormed ansvaret for kompetenceudvikling placeres hos individet.

Det vil være fordelagtigt, at alle sygeplejerskerne fra case-afdelingen deltager i temadage samtidig. Dette vil være ressourcekrævende for afdelingen, og ses derfor ikke som en mulighed, da der altid vil være sygeplejersker, som er på arbejde.

På baggrund af ovenstående vurderes det, at kompetenceløft i form af supervision og oplæring, samt små undervisningsseancer, temadage og kurser som forandringstiltag, kan medvirke til at mindske oplevelsen af ubalance mellem krav og kontrol blandt sygeplejerskerne på case-afdelingen. Samtidig er der fordele og ulemper ved forandringstiltagene, hvorved alle forandringstiltagene ikke vurderes egnet til implementering på case-afdelingen, idet der kan sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt det er muligt at planlægge kompetenceudvikling sådanne, at alle interesserede sygeplejersker har mulighed for at deltage heri. Som tidligere nævnt, fremkommer det dog af 1. og 2. interviewundersøgelse, at kompetenceudvikling kan fremstå på forskellige niveauer og tidsforbruget vil derfor i det følgende blive diskuteret, i forhold til at flest mulige sygeplejersker skal opleve at have mulighed for kompetenceudvikling.

Den anvendte tid samt formalisering

Resultaterne fra 2. interviewundersøgelse viser, at kompetenceløft kan være i form af ”små” hverdags-kompetenceløft, hvor eksempelvis læger eller sygeplejersker underviser eller supervisere kolleger. Sådanne korte kompetenceløft vurderes at kunne finde sted både formaliseret, hvor det eksempelvis er skemalagt eller ikke formaliseret, hvor kompetenceløft sker løbende igennem arbejdsugen på tidspunkter, hvor der er overskud. Fordelen ved ikke at skemalægge hverdags-kompetenceløft i form af oplæring og supervision er, at de kan gennemføres når der opstår tid og behov. Idet case-afdelingen er pressede i forhold til overskud og tid, kan mulighederne ved ikke skemalagte hverdags-kompetenceløft også medføre den utilsigtede konsekvens, at de sjældent bliver gennemført grundet manglende tid og overskud. Yderligere viser påbuddet fra 2014, at case-afdelingen har forsøgt med undervisning og kompetenceløft i en måned, for på daværende tidspunkt at efterkomme påbuddet (bilag 2). Men da sygeplejerskerne ifølge 2. interviewundersøgelse fortsat efterspørger kompetenceløft (bilag 18), tyder dette på, at intensive undervisningsforløb og kompetenceløft ikke er hensigtsmæssige for sygeplejerskerne på case-afdelingen, som har behov for yderligere og/eller vedvarende kompetenceløft. Derfor vurderes det hensigtsmæssigt at formalisere hverdags-kompetenceløft, da dette kan være med til at sikre, at disse bliver gennemført. Formaliserede hverdags-kompetenceløft kan ydermere have den fordel, at det bliver synligt for sygeplejerskerne, at de har muligheder for kompetenceløft, såfremt visionen med hverdags-kompetenceløftene kommunikeres tilstrækkeligt ud. Hverdags-kompetenceudvikling kan være en frivillig mulighed den enkelte sygeplejerske får tildelt, hvilket kan resultere i en utilsigtet konsekvens, da resultater fra 2. interviewundersøgelse belyser en forståelse af, at sygeplejerskerne er hinandens psykosociale arbejdsmiljø. Én sygeplejerskes manglende deltagelse i kompetenceudvikling kan derfor have betydning for kollegernes psykosociale arbejdsmiljø, eksempelvis ved manglende social støtte grundet uvidenhed omkring fordelingen af kompetencer i afdelingen. Resultaterne fra både litteraturstudie, 1. og 2. interviewundersøgelse viser dog en generel lyst til deltagelse i kompetenceløft og det vurderes derfor, på baggrund af ovenstående problematikker, ikke nødvendigt at kompetenceløft skal være tvunget. Det vurderes på baggrund af ovenstående, at hverdags-kompetenceløft i form af oplæring og supervision ikke er egnet, som enkeltstående forandrings tiltag, idet ansvaret for kompetenceudvikling placeres hos individet, da dette er frivilligt.

Ovenstående viser, at kompetenceløft i form af temadage og kurser er ressource- og tidskrævende set i lyset af case-afdelingens nuværende situation, hvormed disse kompetenceudviklingstiltag ikke anbefales implementeret på case-afdelingen på nuværende tidspunkt. Yderligere kan kompetenceløft i form af små undervisningsseancer i afdelingen, hvor flere sygeplejersker har mulighed for at deltage og samtidig har indflydelse på, hvilken viden undervisningen skal indeholde, være medvirkende til at øge kommunikationen imellem sygeplejerskerne og dermed den sociale støtte i afdelingen, hvilket kan være medvirkende til, at ubalance mellem krav og kontrol mindskes blandt sygeplejerskerne på case-afdelingen. Samtidig viser ovenstående, at små kompetenceløft i hverdagen i form af supervision og oplæring kan være en tidsbesparende og mindre ressourcekrævende form for kompetenceudvikling, som kan anvendes i forlængelse af små undervisningsseancerne, såfremt nogle sygeplejersker ikke har mulighed for at deltage i undervisningsseancerne, hvormed denne viden kan videregives i form af supervision.

Undervisningsseancerne

Små undervisningsseancerne kan planlægges sådan, at sygeplejerskerne på case-afdelingen selv byder ind med forslag til indholdet af undervisningen, hvorved de får indflydelse på kompetenceudviklingen i afdelingen, hvilket yderligere kan skabe engagement blandt sygeplejerskerne, da de opnår medinddragelse og medbestemmelse i forandringen. Indflydelse i undervisningsseancerne er ligeledes medvirkende til, med udgangspunkt i Karasek og Theorell (Karasek & Theorell 1990), at skabe oplevelsen af kontrol hos sygeplejerskerne. Yderligere kan undervisningsseancerne foregå ved, at sygeplejerskerne får ansvaret for undervisningen på skift, hvorved fællesskabet blandt sygeplejerskerne styrkes, idet undervisningen bliver et fælles anliggende for sygeplejerskerne, som formodes at kunne skabe refleksioner blandt sygeplejerskerne. Dette kan, som tidligere nævnt, have den utilsigtede konsekvens, at den undervisningsansvarlige oplever dette ansvar for undervisningen som et krav, hvorved kompetenceudvikling derved ikke mindsker ubalancen mellem krav og kontrol for den undervisningsansvarlige. Samtidig kan dette ansvar motivere sygeplejerskerne, idet de selv har mulighed for at planlægge og koordinere undervisningen. Ydermere kan undervisningen udført af sygeplejerskerne på afdelingen skabe et forum eller socialt rum, hvor sygeplejerskerne har mulighed for at stille undrende spørgsmål til den viden, som formidles i undervisningsseancerne, hvilket kan antages at være vanskeligt, ved en udefrakommende underviser, hvor den sociale relation kan formodes udelukkende at være faglig. Derved kan det anses som en fordel, at

sygeplejerskerne på case-afdelingen planlægger undervisningen, idet sygeplejerskerne har haft indflydelse på indholdet, hvilket formodes at skabe oplevelsen af nødvendighed i forhold til kompetenceløft i afdelingen.

Resultaterne fra 2. interviewundersøgelse viser, at alle sygeplejerskerne ikke har mulighed for at deltage i undervisningen på afdelingen (bilag 18). Derfor foreslås supervision som supplement til undervisningsseancerne da sygeplejerskerne, som ikke har deltaget i undervisningsseancerne, derved har mulighed for at opnå samme viden, som resten af afdelingens sygeplejersker.

Supervision kan være uformel, hvorved sygeplejerskerne, som har deltaget i undervisningsseancerne, får til opgave at formidle den viden og de kompetencer, som de har opnået, til en sygeplejerske, som ikke har deltaget i undervisningen, hvormed kompetenceudviklingen bliver et fælles ansvar for alle sygeplejerskerne, og ikke kun for den enkelte sygeplejerske, som har ansvaret for undervisningsseancerne. Dette fælles ansvar kan bevirke, at belastningen, i forhold til formidlingen ved supervisionen, kan være mindre for den enkelte, sammenlignet med tidligere nævnte belastning i sammenhæng til videnoverlevering. Dette pointerer, at sygeplejerskerne er hinandens psykosociale arbejdsmiljø, idet sygeplejerskerne har et fælles ansvar for at skabe rammerne for et godt psykosocialt arbejdsmiljø på case-afdelingen.

9.3.2 Social støtte blandt sygeplejerskerne

Igennem specialets resultater er der fundet flere elementer, som kan fremme den sociale støtte på en sygehusafdeling og dermed modificere sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol. Disse elementer er sociale arrangementer, miks-møder og fælles pauser, hvilke vil blive diskuteret i nærværende afsnit, med henblik på at udvikle et forandringstiltag, der har til sigte at mindske sygeplejerskernes ubalance mellem krav og kontrol.

Sociale arrangementer

Litteraturstudiet viser, at sygeplejerskernes indbyrdes tillid og engagement kan tilvejebringes igennem gruppearbejde og fællesskab (Lavoie-Tremblay et al. 2005). Lignende fremkommer det af 1. interviewundersøgelse, at den afsnitsledende sygeplejerske fokuserer på at opbygge medarbejdergruppens fællesskab omkring forandringens sigte, ved at sygeplejerskerne samarbejder i grupper (bilag 17). Det ses dermed, at fællesskab kan medvirke til tillid blandt sygeplejerskerne og, at fællesskabet kan tilvejebringes ved, at sygeplejerskerne samarbejder i grupper. Det er

tidligere fundet, at fællesskabet i medarbejdergruppen er vigtigt for det psykosociale arbejdsmiljø, da et fællesskab vil øge den sociale støtte blandt sygeplejerskerne, når det kommer til udtryk i hjælpsom interaktion, hvilket kan mindske ubalance mellem krav og kontrol, ved at modificere ubalancen (Karasek & Theorell 1990).

Private sociale arrangementer fremkommer af analysen som et tiltag, der kan fremme sygeplejerskernes indbyrdes socio-emotionelle støtte, idet arrangementerne kan øge sygeplejerskernes oplevelse af social samhørighed og interaktion. Private sociale arrangementer kan bevirke, at medarbejdergruppen får et større fællesskab, hvor den enkelte sygeplejerske føler sig som en del af medarbejdergruppen. Derudover vurderes private sociale arrangementer også at kunne tilvejebringe yderligere dimensioner i sygeplejerskernes relation til hinanden, idet de ses i en anden sammenhæng og dermed kan interaktionen omhandle andet end arbejde. Ifølge Kotter indeholder private sociale arrangementer ofte samtaleemner som fritidsinteresser, politik og livsstil (Kotter 1999), hvilket kan være uhensigtsmæssigt for det fællesskab det private sociale arrangement skal bevirke. Disse samtaleemner kan være uhensigtsmæssige da disse kan bevirke, at personer med anderledes fritidsinteresser, politisk overbevisning eller livsstil ikke føler sig som en del af fællesskabet og dermed bliver der ikke skabt en social samhørighed. Samtaleemner hvor kolleger har forskellige overbevisninger og holdninger vurderes også, at have negativ betydning for det psykosociale arbejdsmiljø såfremt de forskellige overbevisninger resulterer i uenighed, der har indvirkning på relationen som kolleger. Dette kan i værste tilfælde vurderes at få utilsigtede konsekvenser for de arbejdsopgaver sygeplejerskerne udfører, da disse kan sætte krav til samarbejde. Der kan dog stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt sygeplejerskernes pauser ikke allerede indeholder sådanne samtaleemner og, hvorvidt det derfor kan undgås, at sygeplejerskerne diskuterer emner som politik, livsstil og fritid.

De sociale relationer som private sociale arrangementer kan bevirke, at sygeplejerskerne får en relation udenfor arbejdets rammer og en relation udover at være kolleger, hvilket kan bevirke en glæde og være positiv for den enkelte (Lund 2011). Samtidig kan disse relationer også bevirke en belastning for den enkelte, igennem bekymring (Lund 2011). Bekymring kan være en belastning som resultat af social relation, idet sygeplejersken i højere grad bekymrer sig om sine kollegers helbred og eksempelvis arbejdsbelastningens betydning herfor i pressede perioder.

På baggrund af ovenstående vurderes der derfor at eksistere en balance mellem på den ene side fællesskabet, som indbyrdes socio emotionel støtte blandt sygeplejerskerne og på den anden side fællesskab som sociale relationer, der også kan resultere i utilsigtede konsekvenser, som bekymring

for den enkelte og som u hensigtsmæssige relationer sygeplejerskerne imellem. Det kan være vanskeligt på forhånd at vurdere, i hvilket omfang fællesskabets vil udfoldes som resultat af private sociale arrangementer, i forhold til sociale relationer, men det er essentielt at være opmærksom på utilsigtede konsekvenser i forbindelse hermed.

Udover private sociale arrangementer foreslås det også i 2. interviewundersøgelse, at sociale arrangementer kan være faglige, som eksempelvis kurser, temadage og supervisionshold (bilag 18). Faglige sociale arrangementer vil kunne bidrage til både sygeplejerskernes kompetenceudvikling og sociale støtte. Det faglige sociale arrangement skal planlægges, således at det indeholder elementer, hvor sygeplejerskerne interagerer og ikke blot modtager undervisning, for så vidt muligt at sikre, at arrangementet fremmer den socio-emotionelle støtte blandt sygeplejerskerne. Det kunne eksempelvis være gruppearbejde omkring et givent emne, hvilket, som tidligere nævnt, kan være medvirkende til at fremme den sociale støtte blandt sygeplejerskerne. Et fagligt socialt arrangement kan endvidere fremme sygeplejerskernes instrumentelle sociale støtte, idet de igennem gruppearbejdet kan hjælpe hinanden til et bedre psykosocialt arbejdsmiljø. Som tidligere nævnt er det dog vurderet at temadage eller kurser kan være ressourcekrævende.

Ud fra ovenstående vurderes sociale arrangementer at kunne fremme den sociale støtte blandt sygeplejerskerne, og dermed modificere ubalancen mellem krav og kontrol. Det anbefales, at de sociale arrangementer er faglige sociale arrangementer, da dette på baggrund af ovenstående vil fremme en socio-emotionel samt instrumentel social støtte blandt sygeplejerskerne, hvor private sociale arrangementer ikke nødvendigvis vil fremme den instrumentelle sociale støtte.

Miks-møder

Litteraturstudiet finder derudover, at samarbejde, og derigennem kommunikation sygeplejersker imellem, forbedrer deres muligheder for at identificere kilder til konflikt (Lavoie-Tremblay et al. 2005; Groff-Paris & Terhaar 2010). Samtidig viser resultaterne fra 2. interviewundersøgelse, at en forbedring af kommunikationen blandt sygeplejerskerne kan øge den instrumentelle støtte, idet kommunikation øger deres mulighed for at støtte hinanden. Det ses dermed, at kommunikation i mellem sygeplejerskerne forbedrer sygeplejerskernes muligheder for at identificere årsager til konflikt og, at kommunikation kan øge deres muligheder for at støtte hinanden i forhold til arbejdsopgaver. Kommunikation imellem sygeplejerskerne kan derved mindske ubalancen mellem krav og kontrol, såfremt kommunikation er en social interaktion, hvor sygeplejerskerne kan hjælpe hinanden. Det fremkommer af resultaterne fra 2. interviewundersøgelse, at kommunikationen og

derved den sociale støtte mellem sygeplejerskerne kan fremmes igennem miksmøder og fælles pauser.

Case-afdelingen har allerede miksmøder, men det fremkommer af 2. interviewundersøgelse, at disse ikke bliver afholdt som ønsket (bilag 18), og det er derfor relevant at diskutere, hvordan miksmøderne kan udvikles til at blive en naturlig del af case-afdelingens hverdag, idet de netop kan medvirke til at øge kommunikationen og dermed modificere ubalancen mellem krav og kontrol ved at fremme oplevelsen af instrumentel social støtte. Dette vurderes også at kunne bevirke en større mulighed for at forebygge pressede situationer i det psykosociale arbejdsmiljø, idet miksmøderne kan fremme den instrumentelle sociale støtte og derved kan arbejdsbelastningen i højere grad fordeles. Miksmøderne kan derfor være medvirkende til at forebygge at arbejdsmiljøet forringer sygeplejerskernes sundhedstilstand.

Miksmøder er et dagligt møde af kort varighed, hvor de forskellige teams på afdelingen mødes for at kommunikere omkring arbejdsopgaverne og arbejdsdagen (bilag 18). For så vidt muligt at sikre, at miksmøderne bliver afholdt kan det være hensigtsmæssigt, at disse i højere grad formaliseres, ved eksempelvis skemalagt tid og sted for miksmøderne. For at miksmøderne er lettilgængelige for sygeplejerskerne, kan det være relevant, at miksmødernes lokation er en naturlig del af deres arbejdsgang, hvilket kan være i personalestuen. Når lokationen er en naturlig del af deres arbejdsgang vurderes dette at kunne have indflydelse på prioriteringen af miksmøderne, da sygeplejerskerne derved ikke skal bruge ekstra tid på at komme til og fra mødet. Det vurderes ikke hensigtsmæssigt at placere miksmøderne på afdelingens fælles kontor, idet dette kan være forstyrrende for andre faggrupper og samtidig kan telefonsamtaler forekomme forstyrrende for sygeplejerskerne i forbindelse med miksmøderne.

Det kan være hensigtsmæssigt, at miksmøderne placeres om formiddagen fremfor om eftermiddagen, idet sygeplejerskerne derved har mulighed for tidligt på dagen, at koordinere og uddelegere opgaver, til sygeplejersker som har patienter, hvor der eksempelvis ikke er behov for assistance til plejeopgaver, hvorved de har mulighed for at hjælpe andre kolleger. Ved at placere miksmøderne om eftermiddagen, kan en utilsigtet konsekvens heraf være, at miksmøderne ikke afholdes tidnok til at forebygge en presset situation, idet sygeplejerskerne på case-afdelingen ifølge påbuddet oplever, at miste overblikket over tiden ved middagstid, hvorfor miksmøderne vurderes relevant at placere om formiddagen.

Et forslag til rammerne for miks-møderne kan være, at miks-møderne indeholder en kort briefing fra hver enkelt sygeplejerske eksempelvis kl. 09.15 i en dagvagt, hvor status for arbejdsopgaverne fremlægges for kollegerne, og hvor uddelegering af arbejdsopgaver kan finde sted. Dermed er der under disse møder mulighed for at omprioritere og koordinere anderledes, såfremt en kollega har brug for hjælp. Briefingen kan tage udgangspunkt i tre spørgsmål som sygeplejerskerne mener, har betydning for at miks-møderne bliver meningsfulde. Tre spørgsmål, der skal gennemgås ved briefing, vurderes at kunne være medvirkende til at strukturere miks-mødernes indhold og dermed fastholde fokus. Dette kan være hensigtsmæssigt for at sygeplejerskerne ikke oplever miks-møderne som unødvendige, hvilket kan antages at kunne bevirke at sygeplejerskerne nedprioriterer dem. Derudover kan sygeplejerskernes udarbejdelse af de tre spørgsmål bevirke, at de oplever indflydelse på arbejdsgangen i mødet. Det vurderes vanskeligt at fastsætte et bestemt antal minutter, hvorpå miks-møderne skal gennemføres, grundet manglende indsigt i, hvor lang tid der er behov for. Det er dog vigtigt, at sygeplejerskerne ikke oplever det som tid, der er spildt, grundet en overestimering af miks-mødernes varighed, da dette kan bevirke, at sygeplejerskerne igen nedprioriterer afholdelse af dem. Samtidig skal varigheden ikke være for kort til at miks-møderne kan resultere i det der er formålet, at modificere ubalance mellem krav og kontrol.

En utilsigtet konsekvens af ovenstående forslag til rammerne omkring miks-møderne kan være, at dette konflikter med andre faggruppers arbejde, da miks-møderne eksempelvis kan sammenfalde med lægernes stuegang. Det er derfor vigtigt, at informationer omkring mødernes formål kommunikeres til lægegruppen, for at opnå en forståelse herfor samt, hvilke fordele disse møder har for dem (Kotter 1999), i form af en forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø. Medinddragelse af lægegruppen er ydermere vigtig for implementerings succes på case-afdelingen, så lægerne ikke fremkommer som modstandere af miks-møderne (Kotter 1999). Yderligere kan det også have betydning for social- og sundhedsassistenter og terapeuter, at sygeplejerskernes arbejdsgang ændres. Eksempelvis kan det formodes, at miks-mødernes placering på dagen interagerer med terapeuternes arbejde, idet de muligvis har behov for oplysninger vedrørende patienterne, som kun sygeplejersken, der har ansvaret for patienten, kan være behjælpelig med. Disse faggrupper kunne inddrages i beslutningen omkring, hvornår på dagen miks-møderne skal afholdes, for derved at mindske modstanden og så sygeplejerskerne i deres planlægning af miks-møderne i så høj grad som muligt kan tage højde for andre faggruppers arbejdsgang.

Kommunikation, i kraft af instrumentel social støtte kan modificere ubalance mellem krav og kontrol og miks-møder er vurderet at kunne være et tiltag, der kan fremme denne kommunikation. På baggrund af ovenstående vurderes det, at de eksisterende miks-møder på case-afdelingen kan videreudvikles i forhold til formalisering som eksempelvis, at miks-møderne gennemføres hver dag kl. 9.15 i ca. 6-17 minutter med udgangspunkt i tre spørgsmål udarbejdet af sygeplejerskerne. Derudover kan det være hensigtsmæssigt at inddrage andre faggrupper i forhold til miks-mødernes fysiske og tidsmæssige placering i vagten.

Fælles pauser

Resultaterne fra 2. interviewundersøgelse viser ydermere, at fælles pauser kan fremme sygeplejerskernes kommunikation og derved den sociale støtte. Det blev foreslået, at disse fælles pauser enten foregik i hold af flere sygeplejersker eller i par af to sygeplejersker. I forhold til, at fælles pauser skal øge den sociale støtte, kan formålet med pauserne være forskellige henført til de to dimensioner i Karasek og Theorells begreb social støtte. Formålet med den fælles pause kan være at fremme den socio-emotionelle støtte og dermed sygeplejerskernes sociale interaktion og samhørighed i medarbejdergruppen, eller formålet med fælles pauserne kan være at fremme den instrumentelle støtte og dermed sygeplejerskernes muligheder for at hjælpe hinanden med at løse arbejdsopgaver.

Såfremt målet med fælles pauser er instrumentel social støtte, og at fælles pauser derved omhandler arbejdet og eksempelvis sparring i forhold til arbejdsopgaver og patienter, kan en konsekvens heraf være, at sygeplejersken ikke har oplevelsen af pause i løbet af dagen. Samtidig oplever sygeplejersken ikke muligheden for at afholde pause, men blot muligheden for eksempelvis at spise frokost imens vedkommende arbejder. Dette formodes at kunne udgøre en belastning for sygeplejersken, idet vedkommende da kan opleve, at frokostpausen bliver en arbejdsbyrde, hvor arbejdsopgaver skal udføres inden den tidsramme som pausen udgør.

Det vurderes i højere grad hensigtsmæssigt, at formålet med fælles pauserne er at fremme den socio-emotionelle støtte blandt sygeplejerskerne, da denne vurderes at kunne fremmes igennem en pause fra arbejdet, hvor flere sygeplejersker har pause på samme tid. For at sikre, at sygeplejerskerne holder pauser sammen blev det foreslået i 2. interviewundersøgelse, at sygeplejerskerne holder pause i par og i den sammenhæng skal huske hinanden på at skulle holde pause og samtidig holde pause sammen. Det fremkom af case-afdelingens påbud, at sygeplejerskerne ikke oplevede at have tid til pause (bilag 18). På den baggrund kan det have en

positiv betydning for den enkelte sygeplejerske, at en kollega minder vedkommende om, at tiden er til pause, da dette kan bevirke, at sygeplejerskerne får afholdt pauserne. Dette kan også fremme den enkeltes oplevelse af social støtte, da den sociale interaktion, hvor en kollega minder vedkommende om pausen, både kan opleves som en hjælp til at løse arbejdsopgaver, da en pause kan give fornyet energi til resten af dagens arbejdsopgaver og samtidig kan opleves som en følelsesmæssig interaktion, hvor sygeplejersken oplever, at kollegaen er opmærksom på vedkommende. Samtidig kan det dog være en ekstra arbejdsopgave for vedkommende, der skal huske kollegaen på at holde pause, men dette vurderes dog at kunne blive en naturlig del af at gå til pause og derved ikke som sådan en arbejdsbyrde for den enkelte.

Da det på nuværende tidspunkt forekommer svært for case-afdelingen at finde tid til fælles pauser, vurderes det på baggrund af ovenstående, at case-afdelingen kan forsøge at afholde pauser i par som en start og derefter udvide til hold, såfremt sygeplejerskerne har en oplevelse af, at det fungerer. Derudover vurderes det mest hensigtsmæssigt, at formålet med pauserne er at fremme den socio-emotionelle støtte, for herved at reducere den utilsigtede konsekvens, at sygeplejerskerne ikke oplever at kunne holde den pause, som de har ret til.

9.4 Forandringstiltag

På baggrund af ovenstående diskussion er nedenstående forandringstiltag udviklet. Formålet med forandringstiltagene er at mindske sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol. Det anbefales i denne sammenhæng, at case-afdelingen implementerer følgende forandringstiltag. Ydermere kan disse forandringstiltag anvendes af afdelinger med sammenlignelig kontekst, der oplever tilsvarende forhold.

Undervisningsseancer:

Sygeplejerskerne skal bidrage med forslag til indholdet i undervisningen og sygeplejerskerne kan på skift have ansvaret for de små undervisningsseancers indhold samt planlægning og koordinering i forhold hertil. Undervisningsseancerne har til formål at fremme sygeplejerskernes muligheder for kompetenceudvikling.

Supervision og oplæring:

Et supplement til undervisningsseancerne, hvor sygeplejersker, der ikke har deltaget i undervisningsseancerne, har mulighed for at blive superviseret af sygeplejersker, der har deltaget. Supervisionen og oplæringen har til formål at fremme sygeplejerskernes muligheder for kompetenceudvikling samt sociale støtte.

Faglige sociale arrangementer:

Fagligt socialt arrangement, hvor sygeplejerskerne har mulighed for at interagere, eksempelvis igennem gruppearbejde. De faglige sociale arrangementer har til formål at fremme sygeplejerskernes sociale støtte.

Miks-møder:

Formaliserede møder af kort varighed, hver dag, eksempelvis kl. 9.15 i ca. 6-17 minutter, med udgangspunkt i tre spørgsmål som sygeplejerskerne har udarbejdet. Møderne har til formål at fremme sygeplejerskernes instrumentelle og socio-emotionelle sociale støtte, samt oplevelse af kontrol.

Fælles pauser:

Fælles pauser i par eller hold, hvor sygeplejerskerne husker hinanden på at afholde pause sammen. Fælles pauserne har til formål at fremme den socio-emotionelle støtte blandt sygeplejerskerne.

10. Implementering

På baggrund af specialets diskussion er der udarbejdet forandringstiltag, som har til sigte at øge sygeplejerskernes oplevelse af kontrol og social støtte i arbejdet, for derigennem at mindske oplevelsen af ubalance mellem krav og kontrol. Der er udviklet fem forslag til forandringstiltag som er små undervisningsseancer, supervision og oplæring, faglige sociale arrangementer, miks-møder og fælles pauser. Det er fundet relevant at inddrage en konkret metode til implementering af forandringstiltagene, grundet viden om at case-afdelingen tidligere har haft problemer i forandringsprocessen. Det fremkommer af resultatafsnittet at case-afdelingen fortsat har problemer med implementering og dermed forankring af tiltag til forbedringen af det psykosociale arbejdsmiljø som eksempelvis prioriteringstrekant og forbedringstavle. Yderligere fremkom det af specialets problemanalyse, at de mange forandringstiltag, som sygeplejersker gennemgår, har utilsigtede indvirkning på det psykosociale arbejdsmiljø (Kristensen 2013; Aiken et al. 2002). Samtidig er der opnået viden om, at modstand kan opstå i forandringsprocessen, der har betydning for hvorvidt implementeringen bliver succesfuld (Kotter 1999). Derfor inddrages Plan-Do-Study-Act modellen (PDSA) og Kotters otte trins model, for at fremme en succesfuld implementering af forandringstiltag, samt for så vidt muligt at minimere den modstand, der kan opstå i forandringsprocessen. PDSA modellen anvendes som implementeringsredskab, grundet viden fra 1. interviewundersøgelse, hvor den afsnitsledende sygeplejerske beskriver, at de har haft succes med anvendelse af modellen (bilag 17), og yderligere er denne en gennemprøvet metode, der har haft god effekt i sundhedsvæsenet de sidste 30 år, i forbindelse med implementering af forandringstiltag (Sundhedsstyrelsen 2014).

PDSA modellen er et redskab til at omsætte forandringsforslag til handling og er en cirkulær proces, der anvendes til at skabe læring og viden via afprøvning af hypoteser, hvorefter indførelse af forandring kan ske ved tilpasning af tiltaget og udvidelse til en større skala, hvor flere medarbejdere inddrages (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013). PDSA modellen indeholder tre spørgsmål, der skal besvares forinden PDSA-cirklen anvendes, jævnfør nedenstående figur:



Figur 3: PDSA modellen (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013).

Hvad ønsker vi at opnå?

Dette spørgsmål omhandler udarbejdelse af målsætning for implementeringen, som udarbejdes på baggrund af SMART¹¹-kriterierne (Sundhedsstyrelsen 2014; Kousholt 2014). Målet med implementering af forandringstiltagene er at øge sygeplejerskernes indbyrdes sociale støtte igennem øget kommunikation samt ved at øge sygeplejerskernes mulighed for kompetenceudvikling i arbejdet, for herved at mindske sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol. Målet er forbedring af sygeplejerskernes psykosociale arbejdsmiljø inden for et år, hvor afdelingen har arbejdet med forandringstiltagene. Dette ses som den overordnede vision for forandringstiltagene. Det er foruden en vision, ifølge Kotter, vigtigt at opstille delmål, således at små sejre fejres (Kotter 1999), hvilket gøres for at sygeplejerskerne så vidt muligt forbliver motiveret igennem forandringen og ikke udgør en modstand for forandringen. Fokus på delmål vurderes at skabe forudsigelighed i forandringsprocessen for sygeplejerskerne, da det bliver tydeligt for sygeplejerskerne, hvilke delmål der arbejdes med, som yderligere vurderes at kunne være medvirkende til, at forandringstiltaget i mindre omfang belaster sygeplejerskerne.

¹¹ SMART: S=specifik, M=målbar, A=Ambitiøs, R=Realistisk, T=Tidsbestemt (Kousholt 2014).

Hvordan ved vi at en forandring er en forbedring?

Viden om, hvornår målet er opnået kan tilvejebringes igennem en kvantitativ undersøgelse, hvor der tages udgangspunkt i Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø's spørgeskema om psykosocialt arbejdsmiljø, som indeholder 40 spørgsmål omhandlende 23 forskellige dimensioner i det psykosociale arbejdsmiljø (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2014a).

Spørgeskemaet er vurderet brugbart, da det er valideret og, samtidig måles der på faktorer, som forsøges at forbedre igennem forandringstiltaget. Yderligere er spørgeskemaet anonymt, hvilket kan fremme sygeplejerskernes ærlige udsagn om deres oplevelse af det psykosociale arbejdsmiljø. Det kan overvejes at anvende en forsimplet udgave af spørgeskemaet, hvor nogle spørgsmål undlades, da der eksempelvis indgår spørgsmål om vold og mobning, hvilke ikke er fokusområder for nærværende forandringstiltag.

Case-afdelingen bør forinden implementering af forandringstiltaget anvende spørgeskemaundersøgelsen, for at opnå viden om, hvad status er i forhold til det psykosociale arbejdsmiljø på daværende tidspunkt ud fra spørgeskemaundersøgelsens parametre.

Sammenligningen mellem før og efter undersøgelserne kan give et billede af, hvorvidt det psykosociale arbejdsmiljø er forbedret eller ikke, men ikke årsagen hertil da undersøgelserne vil udgøre tværsnitsundersøgelser (Juul 2013). Det er derfor uvist, om en eventuelt forbedring er fremkommet på baggrund af forandringstiltaget eller af anden årsag. Det kunne derfor være en fordel at tilføje åbne spørgsmål til spørgeskemaundersøgelsen således, at sygeplejerskernes oplevelser udfoldes. De enkelte forandringstiltag evalueres og tilpasses løbende i PDSA-cirklen.

Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?

Dette spørgsmål omhandler udvælgelse af implementeringstiltag på baggrund af en lokal barriereanalyse (Sundhedsstyrelsen 2014).

De anbefalede forandringstiltag er: små undervisningsseancer, supervision og oplæring, faglige sociale arrangementer, miks-møder og fælles pauser.

For at sikre en optimal implementering bør der udarbejdes en barriereanalyse, for herved at øge kendskabet til, hvilke fremmende og hæmmende faktorer, der kan være i forhold til implementering af tiltaget (Sundhedsstyrelsen 2014). En barriereanalyse kan udarbejdes på baggrund af resultater fra interviews med personer og institutioner, der kan have betydning for implementeringens succes (Sundhedsstyrelsen 2014). I nærværende tilfælde vil det være relevant at udarbejde en

barriereanalyse, hvor eksempelvis repræsentant fra sygeplejersker, de afdelingsledende sygeplejersker, terapeuter, social- og sundhedsassistenter, læger og klinikledelse er repræsenteret i semi-strukturerede interviews, der kan bidrage til en kortlægning af fremmende og hæmmende faktorer. Disse faktorer kan eksempelvis være organisatoriske barrierer, modstand fra personalet, og opbakning til forandringstiltaget. Kotter argumenterer ligeledes for, at ledelsen så vidt muligt skal minimere barrierer for forandringen, da dette har betydning for medarbejdernes engagement i forandringen (Kotter 1999). Efter udarbejdelse af barriereanalysen foretages en vurdering af, hvorvidt det udviklede forandringstiltag kan gennemføres på case-afdelingen, samt om der skal foretages forandringer før en implementering af tiltaget.

Efter besvarelse af ovenstående spørgsmål, vedrørende forandringstiltag og implementering, skal disse omsættes til handling. Dette gøres igennem PDSA-cirklen.

PDSA-cirklen

Da det tidligere er beskrevet, at de enkelte forandringstiltag kan implementeres enkeltvis som delmål, illustreres det, hvordan PDSA-cirklen kan udformes, for et af tiltagene. Der tages udgangspunkt i miks-møder, som beskrives i afsnit 9.3.2 *Social støtte blandt sygeplejerskerne*. I forbindelse med PDSA-cirklen kan der med fordel udarbejdes det Kotter omtaler som en styrende koalition (Kotter 1999), der har til formål at guide sygeplejerskerne i forandringen. Det foreslås, at den styrende koalition i dette tilfælde består af en afdelingsledende sygeplejerske, en arbejdsmiljørepræsentant samt to til fire sygeplejersker, da dette vurderes repræsentativt for personalegruppens størrelse, samt at det vurderes, at det kan være vanskeligt for sygeplejerskerne grundet tidspresset, at træde ud af plejen for at deltage i møder vedrørende forandringen.

Plan

PDSA-cirkelns første trin plan, omhandler opstilling af en hypotese samt planlægning af denne (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013). Formålet er at afprøve miks-møder som en del af sygeplejerskernes arbejdsgang, som redskab til at fremme deres indbyrdes sociale støtte og dermed modificere ubalance mellem krav og kontrol. Hypotesen for afprøvningen er, at miks-møder som en del af sygeplejerskernes arbejdsgang kan forbedre sygeplejerskernes kommunikation og dermed deres mulighed for at hjælpe hinanden, hvorved den sociale støtte øges. Sygeplejerskerne skal hver dag kl. 09.15 bruge ca. 6-17 minutter på at mødes, hvor tre spørgsmål, udarbejdet af sygeplejerskerne gennemgås med henblik på at belyse status for arbejdsopgaver og

arbejdsbelastning. Evaluering af de afprøvede miksmøder bør foregå således, at involverede sygeplejersker mødes med den styrende koalition en gang om ugen for at evaluere miksmøderne og eventuelle forbedringer.

Do

I do afprøves hypotesen mens der indsamles data om processen (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013). Da afprøvning sker i små skalaer, kan gennemførelse af første PDSA-cirkel indeholde, at to teams har til opgave at afprøve miksmøder i en uge ad gangen, ud fra ovenstående beskrivelse af tiltaget. Sygeplejerskerne skal i denne periode notere, hvilke overvejelser de har omkring miksmøder. De skal notere både hvad de oplever der fungerer godt og hvad de oplever der fungerer mindre godt. Sygeplejerskerne kan med fordel notere disse overvejelser i løbet af ugen, hvis der findes tid til dette, således at det ikke føles som en ekstra opgave for sygeplejerskerne.

Study

Dette trin omhandler analysering af det indsamlede data, hvordan virkede hypotesen?, skal der laves ændringer? (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013). I forbindelse med første trin plan, bør det aftales, hvornår der skal afholdes møder om evaluering af tiltaget således, at forandringsprocessen bliver gennemsigtig for sygeplejerskerne. Det foreslås, at disse møder afholdes efter forandringstiltaget er afprøvet i én uge. På møderne, skal sygeplejerskerne mødes med den styrende koalition for at sammenfatte oplevelser fra den forgangne uge. Disse sammenfatninger skal anvendes til analyse af tiltaget og hvorvidt eventuelle ændringer skal gennemføres. Sygeplejerskerne får her mulighed for at udfolde oplevelser med tiltaget, hvilke medtages i den videre udvikling af miksmøderne.

Act

Sidste trin er Act, hvor hypotesen bekræftes eller forkastes. Det er ligeledes her, at hypotesen justeres ud fra det lærte og næste PDSA-cirkel planlægges (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013). Her vurderes, hvorledes miksmøderne fungerer efter hensigten, eller om opbygningen af disse skal revurderes. Fungerer miksmøderne efter hensigten kan afdelingen forsøge at gennemføre PDSA-cirklen i en større skala, hvor flere sygeplejersker skal gennemføre miksmøder dagligt. Fungerer miksmøderne ikke efter hensigten, kan miksmøderne revurderes ud fra

sygeplejerskernes erfaringer. Derefter kan PDSA-cirklen gennemføres igen, med det revurderede tiltag.

PDSA-cirkler forsætter således med afprøvning og revidering af tiltaget til dette er tilpasset afdelingen og alle sygeplejersker på afdelingen er inddraget, hvorved det vurderes, at tiltaget miksmøder er implementeret. Afdelingen bør herefter starte PDSA-cirklen forfra, med et nyt af de anbefalede forandringstiltag. Afdelingen kan med fordel også anvende PDSA-cirklen til at forbedre implementering af forbedringstavlen, og prioriteringstrekanten, da det fremkom af resultatafsnittet at disse tiltag kan være medvirkende til at mindske sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol.

11. Konklusion

Følgende afsnit har til formål at besvare specialets problemformulering:

Hvordan kan sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol mindskes, for derigennem at forandre et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø blandt sygeplejersker?

Specialet finder, at sygeplejerskers oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol kan mindskes igennem kompetenceudvikling, hvor det i forhold til case-afdelingen anbefales at være i form af små undervisningsseancer og supervision, dette anbefales for at flest mulige sygeplejersker kan opleve at have mulighed for kompetenceudvikling. Det fremkommer, at supervision og oplæring kan indgå i forlængelse af undervisningsseancerne, hvor sygeplejersker, der har deltaget i undervisningsseancerne superviserer interesserede sygeplejersker, som ikke har haft mulighed for at deltage i undervisningsseancerne.

Udover kompetenceudvikling fremkommer social støtte blandt sygeplejerskerne som et element, der er hensigtsmæssigt for case-afdelingen, i forhold til at mindske sygeplejerskernes oplevelse af ubalance mellem krav og kontrol. Specialet belyser, at social støtte blandt sygeplejerskerne kan fremmes igennem fællesskabet i medarbejdergruppen og kommunikation i mellem sygeplejerskerne. Det anbefales, at fællesskabet øges igennem faglige sociale arrangementer, da dette både kan fremme den socio-emotionelle samt instrumentelle sociale støtte. Derudover kan kommunikationen blandt sygeplejerskerne øges igennem fælles pauser og videreudvikling af eksisterende miks-møder. Det anbefales, at miks-møderne formaliseres og gennemføres på baggrund af udarbejdede spørgsmål. Yderligere anbefales det, at sygeplejerskerne afprøver fælles pauser i par eller mindre hold.

Ovenstående anbefalede forandringstiltag kan med fordel implementeres med udgangspunkt i PDSA-modellen, for at fremme en succesfuld implementering jævnføre afsnit 10.

12. Referenceliste

- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S., 2008. Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), pp.290–297.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P. & Sloane, D.M., 2002. Hospital staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, pp.187–194.
- University of Bern, 2009. STROBE Statement [Online]. University of Bern. Available at: <http://strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists> [Accessed 2016-04-11].
- Arbejdstilsynet, 2016a. Afgørelser [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: [http://arbejdstilsynet.dk/da/om arbejdstilsynet/interne-instrukser-og kvalitetsprocedurer-mv/kvalitetsprocedurer/generelt-for-tilsyn/g-202-afgorelser](http://arbejdstilsynet.dk/da/om%20arbejdstilsynet/interne-instrukser-og-kvalitetsprocedurer-mv/kvalitetsprocedurer/generelt-for-tilsyn/g-202-afgorelser) [Accessed 11-03-2016].
- Arbejdstilsynet, 2013. Afgørelser [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: [http://arbejdstilsynet.dk/da/om arbejdstilsynet/interne-instrukser-og-kvalitetsprocedurer-mv/kvalitetsprocedurer/generelt-for-tilsyn/g-202-afgorelser](http://arbejdstilsynet.dk/da/om%20arbejdstilsynet/interne-instrukser-og-kvalitetsprocedurer-mv/kvalitetsprocedurer/generelt-for-tilsyn/g-202-afgorelser) [Accessed 11-03-2016].
- Arbejdstilsynet, 2016b. Afsluttende status for den særlige tilsynsindsats om psykisk arbejdsmiljø inden for hospitaler (målrettet sygeplejersker og psykiatri) [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: <http://arbejdstilsynet.dk/da/tilsyn/tilsynsformer/saerlige-indsatser-psyk/afsluttende-status-hospitaler> [Accessed 02-03-2016].
- Arbejdstilsynet, 2016c. Bekendtgørelse om arbejdets udførelse [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: [http://arbejdstilsynet.dk/da/regler/bekendtgorelser/ a/sam-arbejdets-udforelse-559](http://arbejdstilsynet.dk/da/regler/bekendtgorelser/a/sam-arbejdets-udforelse-559) [Accessed 03-03-2016].
- Arbejdstilsynet, 2010. Fremtidens Arbejdsmiljø 2020, Kbh.: Litotryk.dk
- Arbejdstilsynet, 2004. *Håndbog om psykisk arbejdsmiljø* [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: <https://arbejdstilsynet.dk/da/temaer/tema-psykisk-arbejdsmiljo/handbog-om-psykisk-arbejdsmiljo> [Accessed 04-02-2016].
- Arbejdstilsynet, 2016d. Om arbejdstilsynet [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: [http://arbejdstilsynet.dk/da/om arbejdstilsynet](http://arbejdstilsynet.dk/da/om%20arbejdstilsynet) [Accessed 09-03-2016].
- Arbejdstilsynet, 2016e. Resultat af søgning efter virksomheder. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: <http://arbejdstilsynet.dk/da/tilsyn/smiley/avanceret-smileysogning> [Accessed 23-03-2016]

- Arbejdstilsynet, 2016f. Samarbejde om arbejdsmiljø i virksomheder med mindst 35 ansatte [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: <http://arbejdstilsynet.dk/da/regler/at-vejledninger/s/f-3-3-samarbejde-i-virksomheder-med-mindst-35-ansatte> [Accessed 16-03-2016].
- Arbejdstilsynet, 2016g. Stor arbejdsmængde og tidspres [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: <http://arbejdstilsynet.dk/da/regler/psykisk-arbejdsmiljo/stor-arbejdsmaengde-og-tidspres> [Accessed 02-03-2016].
- Arbejdstilsynet, 2015. Tilsyn i tal [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: [http://cognos.at.dk/cognos8/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27Eksternt+Indhold%27%5d%2fpackage%5b%40name%3d%27Tilsyn+i+tal+\(kub\)%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Tilsyn+i+tal%27%5d&ui.name=Ti](http://cognos.at.dk/cognos8/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27Eksternt+Indhold%27%5d%2fpackage%5b%40name%3d%27Tilsyn+i+tal+(kub)%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Tilsyn+i+tal%27%5d&ui.name=Ti) [Accessed 03-03-2016].
- Arbejdstilsynet, 2016h. Virksomhedens rettigheder og pligter ved tilsynsbesøg [Online]. Kbh.: Arbejdstilsynet. Available at: <http://arbejdstilsynet.dk/da/tilsyn/rettigheder-og-pligter> [Accessed 11-03-2016].
- Arnetz, B.B., 1999. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(4), pp.345–351.
- Aust, B. et al., 2007. Psychosocial work environment of hospital workers: Validation of a comprehensive assesment scale. *international Journal of Nursing Studies*, 44, pp.814–825.
- Bach, E. et al., 2011. *Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2010*, Kbh.
- Berland, A., Natvig, G.K. & Gundersen, D., 2008. Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), pp.90–97.
- Beskæftigelsesministeriet, 2010. Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø [Online]. Kbh.: Retsinformation. Available at: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=133159> [Accessed 02-03-2016].
- Birkler, J., 2007. *Videnskabsteori - en grundbog*. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Bourbonnais, R. et al., 2006. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup Environ Med*, 63(5), pp.335–342.
- Bourbonnais, R., Comeau, M. & Vezina, M., 1999. Job Strain and Evolution of Mental Health

among Nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), pp.95–107.

Brinkmann, S., Etik i en kvalitativ verden. In L. Tanggaard & S. Brinkmann eds. 2015. *Kvalitative metoder*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag, pp. 463– 479.

Buus, N. et al., 2008. Litteratursøgning i praksis- begreber, strategier og modeller [Online]. *Sygeplejersken*, 10. [about 14 pp.] Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller> [Accessed 10-02-2016].

Chevalier, J.M. & Buckles, D.J., 2013. *Participatory Action Research - Theory and methods for engaged inquiry.*, Abingdon.: Routledge.

Christensen, A.I. et al., 2012. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987*, Kbh.: Rosendahls Schultz Grafisk a/s.

Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L., Det kvalitative forskningsinterview. In S. Vallgård & L. Koch, eds. 2015. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Kbh.: Munksgaard, pp. 61– 89.

Dahlager, L. & Fredslund, H., Hermeneutisk analyse. In S. Vallgård & L. Koch, eds. 2015. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Kbh.: Munksgaard, pp. 157– 181.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013. *Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet* [Online]. Kbh.: Available at: <http://patientsikkerhed.dk/materialer/metoder-til-hurtige-og-holdbare-forbedringer-i-sundhedsvaesenet/> [Accessed 04-05-2016].

Det Danske Sprog- og Litteraturselskab, 2016. Eksplicit [Online]. Kbh.: Den Danske Ordbog. Available at: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=eksplicit> [Accessed 19-04-2016].

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2014a. NFA's spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø - kort udgave [Online]. Kbh.: Det nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Available at: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe/det-korte-spoergeskema> [Accessed 25-05-2016].

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2014b. Om NFA [Online]. Kbh.: Det nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Available at: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/om-os> [Accessed March 9, 2016].

DPSD, 2009. *Temarapport 2009: arbejdsmiljø og utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet* [Online]. Kbh.: Sundhedsstyrelsen. Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/63BDDECB6CBA459497A83FA3AA7E409F.ashx>

[Accessed 05-02-2016]

- Dybbroe, B., Sygeplejerskearbejde med mening og værdi - fra usynliggørelse til demokratisk dialog om sygeplejerskers arbejde? In J. Gleeurup, eds. 2015. *Bladet fra munden - mod og vilje til et godt arbejdsliv*. Kbh. Dansk sygeplejeråd. pp. 63–80.
- Eller, N.H. et al., 2009. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiology in review*, 17(2), pp.83–97.
- Frandsen, T. et al., 2014. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger*, 176(7), pp.647– 651.
- Gadamer, H.-G., 2007. *Sandhed og metode*. 2nd ed. A. Jørgensen, ed., Aarhus: Academica.
- Graversgård, J., 2011. *Psykisk arbejdsmiljø*. 4nd ed. Frederiksberg C: Frydenlund.
- Groff-Paris, L. & Terhaar, M., 2010. Using Maslow's Pyramid and the National Database of Nursing Quality Indicators(R) to Attain a Healthier Work Environment [Online]. *Online journal of issues in nursing*, 16(1), [about 6pp.] Available at: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Articles-Previous-Topics/Maslow-and-NDNQI-to-Assess-and-Improve-Work-Environment.aspx> [Accessed 07-04-2016].
- Halkier, B., Fokusgrupper. In S. Brinkmann & L. Tanggard, eds. 2015. *Kvalitative metoder*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag, pp. 137– 151.
- Hall, D.S., 2007. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. *Nursing administration quarterly*, 31(1), pp.68–80.
- Hallin, K. & Danielson, E., 2007. Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *international Journal of Nursing Studies*, (44), pp.1221–1230.
- Højberg, H., Hermeneutik. In L. Fuglsang, P. B. Olsen, & K. Rasborg, eds. 2014. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Kbh.: Samfundslitteratur, pp. 289–325.
- Høyer, K., Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In S. Vallgård & L. Koch, eds. 2012. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Kbh.: Munksgaard, pp. 17–41.
- Jacobsen, D. Ingvar & Thorsvik, J., 2014. *Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse* 3rd ed., Kbh.: Hans Reitzels Forlag.

- Jacobsen, K., Det psykiske arbejdsmiljø mellem lovgivning og aftalesystem. In J. Gleeurup, eds. 2015. *Bladet fra munden - mod og vilje til et godt arbejdsliv*. Kbh. Dansk sygeplejeråd., pp. 15–24.
- Jolivet, A. et al., 2010. Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: A mediating effect of effort-reward imbalance? The ORSOSA study. *Social Science and Medicine*, 71(3), pp.534–540.
- Jönsson, S., 2012. Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among Swedish registered nurses and physicians - a follow-up study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), pp.236–244.
- Juul, S., 2013. Epidemiologi og evidens. 2.nd ed., Kbh.: Munksgaard.
- Jørgensen, L. hede, 2015. Håndtering af stess hos sygeplejersker. *Sygeplejersken*, 3, pp.90 – 92.
- Karasek, R. & Theorell, T., 1990. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York: Basic Books.
- Kjeldsen, B.S. & Dreyer-Kramshøj, M., 2015. Sygeplejersker slår alarm: Vi kan ikke arbejde fagligt forsvarligt. *Sygeplejersken*, 10, pp.22–23.
- Kotter, J., 1999. *I spidsen for forandringer* Kbh.: Peter Asschenfeldts nye Forlag a/s.
- Kousholt, B., 2014. *Forandringsledelse og forandringskommunikation*. 4th ed., Odense: PRAXIS - Nyt Teknisk Forlag.
- Kristensen, T.S., Arbejde og helbred. In L. Iversen et al., eds. 2006.. *Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom*. Kbh.: Munksgaard Danmark, pp. 153– 180.
- Kristensen, T.S., 2013. *Psykisk arbejdsmiljø blandt Sygeplejersker*, Kbh.: Arco grafik.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *Interview, Introduktion til et håndværk* 2nd ed., Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Lambert, V. & Lambert, C., 2008. Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), pp.38 – 44.
- Launsø, L., Olsen, L. & Rieper, O., 2011. *Forskning om og med mennesker, Forskning og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 6th ed., Kbh.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Lavoie-Tremblay, M. et al., 2005. Improving the psychosocial work environment. *Journal of*

advanced nursing, 49(6), pp.655–664.

Lichtenberg, E. & Juul, J.S., 2015. *Hårdt psykisk arbejdsmiljø øger risikoen for sygedagpenge med 30 pct.*, [Online]. Kbh.: Arbejderbevægelsens erhvervråd. Available at: <http://www.ae.dk/analyser/haardt-psykisk-arbejdsmiljoe-oeger-risikoen-for-sygedagpenge-med-30-pct> [Accessed 05-02-2016].

Lund, R., Sociale relationer og helbred. In R. Lund, U. Christensen, & L. Iversen, eds. 2011. *Medicinsk Sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*. Kbh.: Munksgaard Danmark, pp. 63–85.

Malloy, T. & Penprase, B., 2010. Nursing leadership style and psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*, 18(6), pp.715–725.

Mark, G. & Smith, A.P., 2012. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), pp.505–521.

Mullen, K., 2015. Barriers to Work – Life Balance for Hospital Nurses. *Workplace health & safety*, 63(3), pp. 96–99.

Netterstrøm, B., 2002. *Stress på arbejdspladsen - årsager, forebyggelse og håndtering*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.

Nielsen, N.R. & Kristensen, T.S., 2007. *Stress i danmark - hvad ved vi?* [Online]. Kbh.: Sundhedsstyrelsen. Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/4D04513E8FAF4B938D5808A68E685AC8.ashx> [Accessed 05-02-2016].

Ramanujam, R., Abrahamson, K. & Anderson, J.G., 2008. Influence of workplace demands on nurses' perception of patient safety. *Nursing and Health Sciences*, 10(2), pp.144–150.

Sembajwe, G., Tveito, T.H. & Hopcia, K., 2013. Psychosocial Stress and Multi-site Musculoskeletal Pain. *workplace health & safety*, 61(3), pp.117–125.

Sundhedsstyrelsen, 2014. *Gennemfør planen* [Online]. kbh.: Sundhedsstyrelse. Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nkr/implementeringshaandbog/model-for-implementering/gennemfoer-planen#2.7.1> [Accessed 22-04-2016].

Sørensen, L.K., 2016. *NOTAT Overblik over sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø for 14 arbejdsplads typer*, Kbh.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S., Interviewet: Samtale og forskningsmetode. In S. Brinkmann & L.

- Tanggaard, eds. 2015a. *Kvalitative metoder*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag, pp. 29–53.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S., Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. 2015b. *Kvalitative metoder*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag, pp. 29–55.
- Teles, M.A.B. et al., 2014. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), pp.72–.
- Tjørnhøj-Thomsen, T. & Whyte, S., Feltarbejde og deltagerobservation. In S. Vallgård & L. Koch, eds. 2015. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Kbh.: Munksgaard, pp. 90–118.
- Unruh, L.Y. & Nooney, J., 2011. Newly licensed registered nurses' perceptions of job difficulties, demands and control: Individual and organizational predictors. *Journal of Nursing Management*, 19(5), pp.572–584.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T., 2014. *Sygdomsforebyggelse*, Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Videncenter for Arbejdsmiljø, 2016. Hvad er psykosocialt arbejdsmiljø? [Online]. Kbh.: Arbejdsmiljøviden Available at: <http://www.arbejdsmiljoviden.dk/Vaerd-at-vide-om-arbejdsmiljo/Intro/Hvad-er-arbejdsmiljo/Psykosocialt-arbejdsmiljo> [Accessed 02-03-2016].
- Videncenter for arbejdsmiljø, 2015. Organisering af arbejdsmiljøarbejdet [Online]. Kbh.: Arbejdsmiljøviden. Available at: <http://www.arbejdsmiljoviden.dk/Vaerd-at-vide-om-arbejdsmiljo/Arbejdsmiljoarbejdet/Kom-godt-i-gang-med-arbejdsmiljoarbejdet/Organisering-af-arbejdsmiljoarbejdet> [Accessed 16-03-2016].
- Voxted, S., 2013. *Forandinger af organisationer*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Way, M. & MacNeil, M., 2006. Organizational Characteristics And Their Effect on Health.[Article]. *Nursing Economics*, 24(2), pp.67–76.
- Yin, R.K., 1994. *Case Study Research: Design and Methods*. 2nd ed., London, California, New Delhi: SAGE Publications.

Anvendt referencesystem: Harvard