



AALBORG UNIVERSITET

FRA ERFARING TIL FORANDRING: MELLEMLEDERES BIDRAG TIL FOREBYGGELSE AF HÅND- OG FINGERBELASTNINGER BLANDT SYGEPLEJERSKER

Louise V. K. Johansson
Nathalie Rode Meldgaard

KANDIDATAFHANDLING I
FOLKESUNDHEDSVIDENSKAB

DET SUNDHEDSFAGLIGE FAKULTET
AALBORG UNIVERSITET

Gruppe: 10308
Vejleder: Sine Agergaard
Anslag: 224.017 - APA 7th edition

2. JUNI 2025

Forord

Dette kandidatspeciale er udarbejdet som den sidste og afsluttende del af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet. Specialet er gennemført i perioden fra d. 1. februar til d. 2. juni 2025, med formålet om, at undersøge ledelsesmæssige erfaringer med implementering af hjælpemidler, for at støtte op om brug af hjælpemidler mod hånd- og fingerbelastninger blandt sygeplejersker på hospital X. Specialet henvender sig til dem, der har interesse i at få kendskab til hospitalsansatte sygeplejerskers udfordringer med arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger, og hvordan mellemlædelsen kan arbejde forebyggende med denne problematik.

Vi vil gerne sige en stor tak til vores vejleder Sine Agergaard for konstruktiv, lærerig og kyndig feedback og vejledning. Derudover vil vi gerne sige tak til vores praksiskontakt på hospital X samt vores praksiskontakt hos firmaet ByLink, der producerer lavteknologiske hjælpemidler til sundhedssektoren. De har begge bidraget til vores forståelse for mange af de kompleksiteter, der er forbundet med implementering af hjælpemidler mod arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger. En yderligere tak til Mr. Darren Sacks, *UX-designer*, for hans tålmodige vejledning i brug af grafiske designprogrammer, som har muliggjort udformningen af vores konceptuelle model.

Vores ønske med dette speciale, er en øget opmærksomhed på en underbelyst folkesundhedsmæssig problematik, hvor vi vil bidrage til forandring af, hvordan arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger forebygges.

God læselyst

Louise og Nathalie

Abstract

Introduction: Work-related hand and finger strains is a well-known but undocumented issue among nurses working in hospitals, and there are no national guidelines addressing these problems in Denmark. Nurses' work is characterized by time pressure and professional pride, where they often rather set their own needs aside in favor of the patients. Research highlights that the leader's support is crucial for the implementation of preventive assistive devices. Meanwhile, the hospital sector is a complex system challenged by limited resources, which can hinder effective implementation.

Purpose: The aim is to explore and understand middle managers' experiences with strengthening the implementation of assistive devices at Hospital X, with the goal of developing a proposal for change that can support the prevention of work-related hand and finger strain among the nurses.

Method: This Master Thesis is based on a philosophical hermeneutic approach. A systematic literature review and qualitative interviews were conducted to identify factors that hinder or promote implementation, and to uncover the middle managers' experiences of implementation at Hospital X. Fixsen's Implementation Drivers was used as the theoretical framework, for the qualitative analysis and as a foundational perspective for the systematic literature review.

Results: The results of the systematic literature review shows that organizational support, visible leadership, and an inclusive work culture, promotes the implementation of assistive devices among hospital nurses. In contrast, the complexity of the device and a lack of adaptation to local contexts are barriers. The qualitative findings indicate that middle managers are responsible for identifying the need for assistive devices and establishing usable implementation strategies. Inclusion and creating a sense of purpose are seen as essential to successful implementation of assistive devices used against work-related hand and finger strains. Nurses often struggle to change their work habits, which highlights the need for structured follow-up and time for individual reflection on the perceived value of using assistive devices.

Conclusion: The findings show that organizational factors and middle managers' support are crucial to the implementation of assistive devices at Hospital X. The implementation process is influenced by several promoting and hindering factors, where a sense of purpose and the nurse's personal perception of value are central to achieving sustainable change.

Resume

Introduktion: Arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger er en velkendt, men ikke dokumenteret lidelse blandt hospitalsansatte sygeplejersker, hvor nationale retningslinjer ift. håndtering af hånd- og fingerproblematikker mangler. Sygeplejerskens arbejde er præget af travlhed og faglig stolthed, hvor egne behov tilsidesættes til fordel for patientens sundhed. Forskning viser at mellemlederens opbakning er vigtig ift. implementering af forebyggende hjælpemidler. Samtidig er hospitalsvæsenet en kompleks organisation, udfordret af knappe ressourcer, hvilket vanskeliggør effektiv implementering.

Formål: Formålet er at undersøge og forstå mellemlederes erfaringer med implementering af hjælpemidler på hospital X, for efterfølgende at udforme et forandringsforslag, der kan støtte op om mellemlederens implementering af hjælpemidler til styrket forebyggelse af arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger.

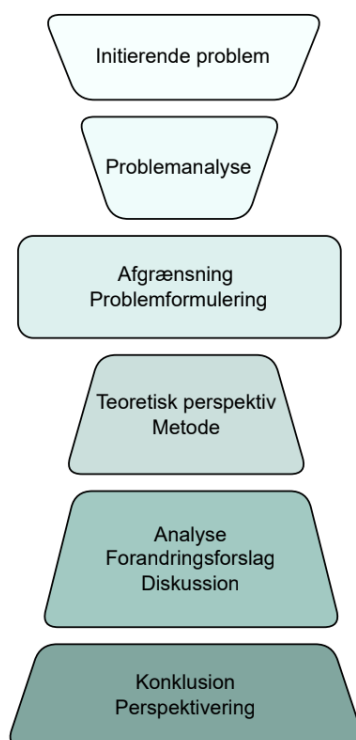
Metode: Specialet tager afsæt i den filosofisk hermeneutiske videnskabsteori, og metodologisk anvendes en systematisk litteratursøgning samt kvalitative interviews til henholdsvis at identificere faktorer, der hæmmer og fremmer implementering af hjælpemidler, samt at afdække mellemlederes erfaringer med implementering på hospital X. Fixsens Implementation Drivers benyttes som teoretisk perspektiv til analysen af de kvalitative resultater, samt grundlæggende perspektiv til den systematiske litteratursøgning.

Resultater: Fundene fra den systematiske litteratursøgning viser at organisatorisk støtte, synlig ledelse og en inkluderende arbejdskultur fremmer implementering af hjælpemidler blandt sygeplejersker i hospitalssektoren. Komplexiteten af hjælpemidlet og manglende tilpasning til lokale forhold hæmmer derimod implementeringen. De kvalitative resultater viser, at det er op til mellemlederen at identificere behovet for hjælpemidler samt fastsætte en brugbar implementeringsstrategi. Medinddragelse og meningsskabelse ses som afgørende for at implementeringen lykkes. Samtidig ses det, at sygeplejerskerne har svært ved at ændre arbejdsvaner. Her ses et behov for en struktureret opfølgning på brug af hjælpemidler mod arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger, samt tid til refleksion mht. den subjektive værdi ved at anvende hjælpemidler.

Konklusion: På baggrund af specialets resultater ses det, at organisation og ledelse har en afgørende betydning for implementering af hjælpemidler blandt sygeplejersker på hospital X. Implementeringsprocessen er forbundet med adskillige hæmmende og fremmende faktorer, hvor meningsskabelse og den enkelte sygeplejerskes forståelse af hjælpemidlets værdi er grundlæggende for at kunne skabe forandring.

Læsevejledning

Specialet er udarbejdet på baggrund af modellen for problembaseret læring, også kaldet PBL (Hougaard, Ryberg, Stegeager, Stentoft og Thomassen (2023)). Den problembaserede læring danner grundlag for arbejdet med virkelighedsnære og komplekse problemer, hvor den studerende indkredser og identificere et relevant problem og efterfølgende inddrager relevante faglige teorier og metoder til behandlingen af problemet (Hougaard et al., 2023). Nedenstående model, *jf. figur 1*, beskriver specialets opbygning, der indledningsvist indeholder en kort identifikation af specialets initierende problemstilling, i en opsummerende beskrivelse af det initierende problem, der præciserer specialets problemfelt. Dernæst udfoldes problemstillingen i procesanalysen, hvor problemidentifikationen leder op til en afgrænsning af problemfeltet og danner grundlag for specialets problemformulering. Problemformuleringen er retningsgivende for den metodiske fremgangsmåde og den efterfølgende behandling af problemstillingen. Dette fører til en analyse og et forbedringsforslag, der herefter diskuteres. Afslutningsvist afrundes specialet med en konklusion og en perspektivering.



Figur 1: Model over specialets opbygning inspireret af modellen for PBL (Hougaard et al., 2023b. s.37)

Indholdsfortegnelse

.....	1
1. INITIERENDE PROBLEMANALYSE.....	8
2. PROBLEMANALYSE	9
2.1 ARBEJDSKADER BLANDT SYGEPLEJERSKER	9
2.2 HOSPITALSVÆSENET SOM ORGANISATORISK RAMME	11
2.3 SYGEPLEJERSKERNES RAMME OG VIRKELIGHED	13
2.3.1 Sygeplejerskers vilkår og arbejdsforhold	13
2.3.2 Forståelse af sygeplejerskers fagidentitet.....	15
2.3.3 Sygeplejerskers egenomsorg	16
2.4 LEDELSESMÆSSIG TILGANG TIL IMPLEMENTERING	17
2.4.1 Mellemedelsens rolle i en organisatorisk ramme	17
2.4.2 Implementering af arbejdsmiljøtiltag – en kompleks intervention	20
2.5 IMPLEMENTERINGSUDFORDRINGER I PRAKSIS.....	22
3. AFGRÆNSNING	23
4. PROBLEMFORMULERING	24
4.1 PROBLEMBEARBEJDNING	25
5. VIDENSKABSTEORETISK POSITION	25
5.1 FILOSOFISK HERMENEUTIK SOM METODISK PRINCIP	27
6. TEORETISK PERSPEKTIV	29
6.1 MEDARBEJDERNES KOMPETENCER	30
6.2 ORGANISATORISKE RAMMER OG FAKTORER.....	32
6.3 LEDELSENS ROLLE	33
6.4 SAMSPILLET MELLEM DE TRE DRIVERS	33
7 METODE	34
7.1 INDLEDENDE LITTERATURSØGNING.....	34
7.2 DEN SYSTEMATISKE LITTERATURSØGNING.....	35
7.2.1 Valg af databaser	35
7.2.2 Søgestrategi	36
7.2.3 Inklusions- og eksklusionskriterier	38
7.2.4 Udvælgelse af videnskabelige artikler	39
7.2.5 Kvalitetsvurdering af de udvalgte artikler	41
7.3 DEN KVALITATIVE DATAINDSAMLING.....	43
7.3.1 Semistruktureret interview	43
7.3.2 Udvælgelse og rekruttering af informanter	44
7.3.3 Tema- og interviewguide.....	45
7.3.4 Gennemførelse af de individuelle interviews.....	47
7.3.5 Transskribering	49
7.3.6 Kvalitativ analysestrategi	50
7.4 ETISKE OVERVEJELSER.....	52
8. RESULTATER.....	53

8.1 ANALYSE AF DEN SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING.....	53
8.1.1 Artikel 1: Haraldsson et al. (2024)	53
8.1.2 Artikel 2: Morvati et al. (2025).....	54
8.1.3 Artikel 3: Greenhalgh & Abimbola (2019)	55
8.1.4 Delsyntese: Resultater af den systematiske litteratursøgning	57
8.2 ANALYSE AF DE KVALITATIVE INTERVIEWS.....	58
8.2.1 Tema 1: Når behovet for et hjælpemiddel bliver aktuelt.....	59
- fra kropslige erfaringer til erkendt behov	59
8.2.2 Tema 2: Implementering i en hverdag med daglig drift og patientpleje	61
8.2.3 Tema 3: Opkvalificering af sygeplejerskens kompetencer.....	66
8.2.4 Tema 4: Forandring i praksis - fra behov for hjælpemiddel til ændret adfærd	68
8.2.5 Delsyntese: Resultater af den kvalitative analyse.....	71
9. FORBEDRINGSFORSLAG TIL IMPLEMENTERING I PRAKSIS	74
9.1 INTRODUKTION TIL VÆRDIBASERET IMPLEMENTERING.....	74
- ET FORANDRINGSPERSPEKTIV	74
9.2 VÆRDIKLØVEREN - EN KONCEPTUEL MODEL	77
9.2.1 Værdikløveren	77
9.2.2 Vejledning af refleksion og dialog.....	81
9.3 OPSUMMERING AF VÆRDIBASERET IMPLEMENTERING	86
10. DISKUSSION AF RESULTATER	87
10.1 RESULTATDISKUSSION	87
10.1.1 Ledelsesmæssige indflydelse på forandringsprocessen ved implementering af hjælpemidler mod AHFB.....	87
10.1.2 Arbejdskulturens betydning for forandring gennem implementering.....	89
10.1.3 Værdibaseret implementering i teori og praksis	91
10.2 METODEDISKUSSION	93
10.2.1 Diskussion af litteratursøgning.....	93
10.2.2 Diskussion af kvalitativ metode.....	95
11. KONKLUSION	97
12. PERSPEKTIVERING.....	98
13. REFERENCELISTE.....	99

1. Initierende problemanalyse

Arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger (AHFB) er et betydeligt, men underbelyst problem blandt hospitalsansatte sygeplejersker, hvilket fremkom af resultaterne fra vores tidligere projekt *"Hånd- og fingerbelastninger blandt intensivsygeplejersker – et udviklingsperspektiv"* (Boe et al., 2024). I samarbejde med hospital X, blev udbredelse og konsekvenser af AHFB undersøgt, hvor resultaterne viste at 24,2% af sygeplejerskerne, dagligt eller næsten dagligt, oplevede smerter i hænder og fingre efter endt arbejdsdag. Derudover havde 86,9 % oplevet AHFB inden for de seneste seks måneder, særligt i forbindelse med medicinhåndtering. Samtidig viste de kvalitative resultater fra Boe et al. (2024), at AHFB har omfattende konsekvenser for både individet og arbejdspladsen, idet belastningsskader kan føre til nedsat arbejdsevne, såvel som negativ påvirkning af privatlivet. Derudover peger resultaterne på, at kollegial støtte, ledelsesmæssig opbakning og en god arbejdskultur, har en positiv indflydelse på brug af hjælpemidler, hvilket kan føre til mindsket AHFB, og dermed øge livskvaliteten blandt intensivsygeplejerskerne.

Som del af den nye sundhedsreform introduceres en kommende folkesundhedslov, der bl.a. skal fremme trivsel og sundt arbejdsmiljø (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2024). Tilsvarende fremgår det af arbejdsmiljøloven (Arbejdstilsynet, 2021, kap 4, 5 & 6) at ansvaret ligger hos arbejdsgiveren ift. at sikre, at arbejdsforhold er sundheds- og sikkerhedsmæssigt forsvarlige, samt at arbejdspladsen skal være indrettet og arbejds gange tilrettelagt således at skader forebygges. Ifølge *European Network for Workplace Health Promotion* (2018), er et sundt arbejdsmiljø afgørende for den generelle folkesundhed, idet arbejdslivet ikke er begrænset til selve arbejdspladsen, men har tilsvarende indflydelse på den enkeltes sundhed, hvorfor AHFB bør betragtes som et folkesundhedsmæssigt problem. Sygeplejersker besidder ifølge Ziam et al. (2023) den nødvendige viden ift. at forebygge arbejdsrelaterede muskuloskeletale lidelser. De har dog svært ved at overføre denne viden til deres egen professionelle praksis, hvor organisatoriske faktorer såsom ledelsesmæssig opbakning, arbejdskultur, feedback mekanismer og træning af færdigheder ses som afgørende for at kunne overføre viden til egen praksis. Derfor er det relevant at undersøge, hvordan ledelsen på hospital X, kan prioritere og facilitere en forandringsproces blandt hospitalsansatte sygeplejersker med henblik på at forebygge AHFB gennem øget brug af hjælpemidler.

2. Problemanalyse

I specialets problemanalyse tages der udgangspunkt i den initierende problemanalyse, med fokus på at udvide forståelsen af den sygeplejefaglige kontekst, der danner rammen for både mellemlederens og sygeplejerskens daglige praksis. Idet hospitalsvæsenet er en kompleks organisatorisk struktur, er det ligeledes nødvendigt at analysere sygehuset som organisation med henblik på at forstå den kontekst, mellemlederen agerer i, når hjælpemidler skal implementeres.

2.1 Arbejdsskader blandt sygeplejersker

Ifølge Solar et al. (2019) er sygeplejersker i større risiko for at udvikle muskuloskeletale smerter (MSP), hvor disse smerter opstår som følge af muskuloskeletale lidelser (MSD) (Descatha, Bradly, Leclerc og Roquelaure 2020). Muskuloskeletale lidelse kan ifølge WHO (2022), have indvirkning på den enkeltes arbejdsduelighed og kan føre til tidlig fratrædelse fra arbejdsmarkedet, og ligeledes have negative konsekvenser for den generelle deltagelse i samfundet. Arbejdsskader har derfor store konsekvenser, ikke kun for den skaderamte, men også for arbejdspladsen, som følge af sygemeldinger og nedsat arbejdsevne, hvorfor forebyggelse af arbejdsskader bør prioriteres.

I Danmark blev der i 2023 oprettet 46.655 arbejdsskadesager, hvoraf 5.555 arbejdsskader var indenfor sundhedsvæsenet og sociale Foranstaltninger (Arbejdsmarkeds erhvervssikring, 2023). Begrebet *arbejdsskade* rummer to forskellige skadetyper; erhvervssygdomme og arbejdsulykker. Erhvervssygdomme omhandler sygdomme og lidelser, der er forårsaget pga. arbejdet, hvor arbejdsulykker drejer sig om pludseligt opståede fysiske og psykiske skader indenfor max 5 dage, på baggrund af arbejdet eller arbejdsforhold (sundhed.dk, 2024). Ifølge BFA, Branche Fællesskab Arbejdsmiljø (2022), udgør høje følelsesmæssige krav, snuble- og faldulykker samt forflytnings- og stikskader nogle af de risici, der er forbundet med arbejdsulykker indenfor hospitalsvæsenet. Det er dog ikke muligt at fremsøge konkrete skadestatal for sygeplejersker, idet tal opgøres ud fra overordnede brancher og jobtyper (Arbejdstilsynet, 2024) på baggrund af branchekoder (Danmarks statistik, 2025). Muskelskeletpåvirkninger er dog blandt Arbejdstilsynets hovedgrupper af påvirkninger i arbejdsmiljøet, der kan forårsage, forværre eller medvirke til en erhvervssygdom (Arbejdstilsynet, 2024). Ift. AHFB er det ligeledes problematisk at få konkrete data, for selvom *hænder* og *fingre* findes som selvstændige kategorier i forbindelse med skadesanmeldelser (Arbejdstilsynet, 2024), eksisterer

der ikke en officiel definition eller en officiel diagnose på arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger. Derfor tager dette speciale udgangspunkt i følgende definition af Boe et al., (2024, s.4); *en overordnet betegnelse, der omfatter smerter og ubehag, under samtidig inddragelse af de specifikke tilstande og diagnoser, der relaterer sig til hånd- og fingerbelastninger, og som kan opstå i en arbejdskontekst.* Definitionen er udformet på baggrund af Arbejdstilsynets beskrivelse af tilstande relateret til hånd- og armbesvær (Arbejdstilsynet 2005), samt Beskæftigelsesministeriets (2023, stk. 2.2.1) formulering af belastninger af hænder og fingre ifm. erhvervssygdomme. Arbejdstilsynets vejledninger i relation til arbejdsrelateret muskel- og skeletbesvær, anviser arbejdsgiverens pligt til at indrette arbejdspladsen så overbelastning af f.eks. arme og hænder undgås, og at ansatte oplæres i gode arbejdsteknikker, hensigtsmæssige arbejdsmetoder samt brug af hjælpemidler (Arbejdstilsynet, 2005). Til trods for at det er arbejdspladsens ansvar at undgå disse skader, er Workrelated Musculoskeletal disorder (WMSD), ifølge Gorce og Jacquier-Bret (2025), udbredte skader blandt sygeplejersker. Et systematisk review af Ellapen og Narsigan (2014), har identificeret de mest udsatte områder, ift. WMSD hos sygeplejersker som værende, nedre ryg, skuldre og nakke som følge af bl.a. dårlige arbejdsstillinger. Dette svarer til fund fra Gorce og Jacquier-Bret's (2025) systematiske review og metaanalyse, der ligeledes fandt den højeste prævalens for WMSD, i disse områder af kroppen, blandt europæiske sygeplejersker. Derudover fandt de en gennemsnitlig prævalens for WMSD i håndled/hænder på 32% i de inddragede studier. Ifølge Ou, Liu, Chang og Lee (2021), har Musculoskeletal Disorder (MSD), i bl.a. hænder og håndled, desuden en negativ indvirkning på sygeplejerskers arbejdsevne. Westergren og Lindberg (2021) har identificeret at de sygeplejersker, der behandler nyrepatienter og dermed betjener dialyseapparater regelmæssigt, er udsat for ekstra belastning af hænder, fingre og håndled, som følge af belastende arbejdsopgaver. Ydermere ses der en sammenhæng mellem graden af smerte, som følge af muskuloskeletale udfordringer, og risikoen for længere sygefravær blandt arbejdstagere i Danmark, hvor sammenhæng mellem en stigende forekomst langtidssygemeldinger, stiger i takt med graden af oplevet smerte (Skovlund et al., 2023). Samtidig indikerer undersøgelsen, at en sjettedel af disse sygemeldinger potentielt kunne være undgået ved at reducere eller fjerne de muskuloskeletale smerter hos dem med moderate smerter. Derudover er WMSD, ifølge Barr, Bable og Clarke (2001), associeret med langvarigt sygefravær og store produktionstab som følge af sygefraværet.

Muskuloskeletale lidelser er et udbredt fænomen blandt sygeplejersker (Gorce og Jacquier-Bret, 2025), og til trods for, at der hverken findes en officiel definition af arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger eller en anerkendt diagnose, er det en velkendt problematik hos sygeplejersker.

Vigtigheden af at forebygge arbejdsskader, herunder muskuloskeletale lidelser og AHFB, gennem implementering af ergonomiske tiltag, synes relevant; dette for at mindske antallet af sygeplejerskers arbejdsskader, og dermed forbedre deres arbejdslivskvalitet, samt at sikre den generelle arbejdskvalitet samt fastholde ansatte i faget længst muligt.

2.2 Hospitalsvæsenet som organisatorisk ramme

Det danske hospitalsvæsen er præget af en kompleks og hierarkisk struktur, hvor beslutninger og ansvar er fordelt på flere forskellige niveauer. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2022), kendetegnes hospitalsvæsenet som et professionelt bureaukrati, der er decentraliseret, hvor beslutninger bliver taget på mange forskellige niveauer af kompetente, specialiserede fagfolk, hvilket lægger op til hurtig beslutningstagen og sagsbehandling. Idet den organisatoriske opbygning spænder fra politisk og administrativ topledelse i regionerne, til direktører, centerledelser, afdelingsledelser og afsnitsledere, er der mange lag i strukturen. Dette skaber ifølge Holm-Petersen & Buch, (2014) både muligheder og udfordringer mht. implementering af arbejdsmiljøtiltag, idet hvert ledelsesniveau har sine egne mål, økonomiske rammer og strategiske fokusområder, der ikke altid er lette at koordinere. Et hospital fremstår således som en multistandardorganisation, hvor lokale forandringer kan ske f.eks. på en afdeling, uden at dette breder sig videre til andre enheder (Jacobsen & Thorsvik, 2010). Ved at der tages mange forskellige lokale beslutninger, kan institutionelle standarder fremstå som ukoordinerede, idet der ofte mangler en fælles retning om, hvad der virker, hvilket bidrager til at forandring er en meget langsom proces indenfor hospitalsvæsenet. Derved er den professionelle bureaukratiske organisationsform gavnligt ift. at specialiseringer er opdelt, således at f.eks. infektionsmedicinsk- og intensivplejeafsnittene er adskilt og besat med specialiseret personale. Dette kan derfor tænkes at være en barriere for vidensdeling i forbindelse med succesfulde arbejdsmiljøtiltag, mht. sygeplejefaglige arbejdsopgaver med lignende karakter og belastning. Allokerede knapressourcer anvendes oftest lokalt, som kortsigtede centrale puljemidler, hvilket ifølge Holm-Petersen & Buch (2014, s. 7), i et større perspektiv, omhandler, at der er for få attraktive incitament; dvs., belønning af tværprofessionel og -sektoriel adfærd, der potentielt kan lede til øget samarbejde og standardisering af arbejdsmiljømæssige tiltag.

I Danmark udgør de samlede årlige driftsudgifter til sundhedsvæsenet omkring 262 mia. kr., hvoraf hospitalerne står for cirka 116 mia. kr. (Danske Regioner, 2024). Af disse midler går en mindre

andel direkte til arbejdsmiljøforbedringer, hvor f.eks. Region Sjælland, i budgettet for 2024, øremærkede 10 mio. kr. specifikt til forbedring af arbejdsmiljøet på sygehusene, samt 1 mio. kr. til forebyggelse mod sygefravær (Region Sjælland, 2023). På landsplan blev der ligeledes afsat en arbejdsmiljøpulje på 216 mio. kr. for perioden 2024-2026 med fokus på forebyggelse af fysisk nedslidning og arbejdsulykker (Beskæftigelsesministeriet, 2024). Det er dog, ifølge Edwards (2016) få organisatoriske udviklingsprojekter i det danske sygehusvæsen, der når deres ønskede mål, hvilket bl.a. kan tilskrives, at implementering af nye tiltag sker sideløbende med den daglige drift og patientpleje, som fortsat prioriteres højest i hospitalsvæsenet. Projektrelaterede opgaver ledsages sjældent af allokerede ressourcer, som f.eks. ekstra arbejdskraft, hvilket ifølge Fixsen et al. (2005) er en nødvendighed, idet forandring kræver større organisatorisk støtte, for at implementering skal lykkes.

Forebyggelse af belastningsskader hos sygeplejersker illustrerer tydeligt de organisatoriske udfordringer. Selv om sygeplejersker udgør en stor del af hospitalsvæsenets arbejdsstyrke og er blandt de mest udsatte grupper mht. arbejdsrelaterede belastninger (DSR, 2025), er ansvaret for arbejdsmiljø ofte spredt ud over flere organisatoriske niveauer i hospitalsvæsenet, hvilket kan føre til uklare ansvarsområder. En afdelingsleder skal bl.a. balancere arbejdsmiljøhensyn med patientpleje, mens ressourcetildeling og opfølgning ligger højere oppe i systemet (OUH, u.å.), hvilket kan vanskeliggøre prioritering af arbejdsmiljøindsatser med et langsigtet perspektiv. Tiltag som forebyggelse af belastningsskader risikerer at blive nedprioriteret, hvis ikke de kobles tydeligt til driftsmål eller akutte behov (Arbejdstilsynet, 2021), hvorfor succesfuld implementering kræver organisatorisk forankring, hvor både ledelse og medarbejdere ser en mening med indsatsen.

En væsentlig udfordring mht. organisatorisk forandring er forskellen i fokus mellem ledelsesniveauer og fagprofessionelle, hvor der ifølge Sundhedsstrukturkommissionen (2024), kræves ændring af ledelsesmæssig og faglig selvforståelse, for at omstilling skal lykkes. Mens den øvre ledelse ofte prioriterer effektivitetskrav og økonomistyring, er sygeplejersker og deres nærmeste ledere primært motiveret af kerneopgaven som er patientpleje, hvor denne forskel kan skabe modstand mod nye tiltag, hvis de ikke opleves som meningsfulde og relevante (Pedersen, 2023). Forandring kræver derfor et klart fokus på de langsigtede konsekvenser af fysisk nedslidning blandt sygeplejersker, hvor AHFB ifølge (Boe et al., 2024) ikke kun påvirker sygeplejerskers livskvalitet, men også deres arbejdsdygtighed. Ifølge Holm-Petersen og Buch (2014) påvirker generelle belastningsskader blandt sygeplejersker ligeledes hospitalernes effektivitet og økonomi, hvorfor arbejdsmiljøindsatser mod belastningsskader bør ses som strategiske, langsigtede investeringer

snarere end kortsigtede omkostninger. På baggrund af ovenstående, er det væsentligt at undersøge organisatoriske barrierer mht. forebyggelse af problematikker, der er generelle for sygeplejersker, for at forstå, hvad der bidrager til succesfuld implementering i hospitalssektoren.

2.3 Sygeplejerskernes ramme og virkelighed

2.3.1 Sygeplejerskers vilkår og arbejdsforhold

Sygeplejersker repræsenterer den største faggruppe på de offentlige sygehuse (Robusthedskommissionen, 2023), hvor oplevelsen af arbejdspress, ifølge Holland, Tham, Sheehan og Cooper (2019), kan få sygeplejersker til at overveje at forlade deres stilling. Et godt arbejdsmiljø med kollegial støtte, ses dog at bidrage til at sygeplejersker bliver i faget (Tjørnelund og Pedersen, 2022). Grundlæggende handler arbejdsforhold om de vilkår og betingelser, der er for en ansættelse, men gode arbejdsforhold handler også om arbejdskultur og arbejdsmiljø, og rammesætter de daglige arbejdsvilkår for arbejdsgiver såvel som arbejdstager. I hospitalsregi består en sygeplejerskes overordnede arbejdsopgaver af at sikre, at patienten modtager optimal behandling og pleje under indlæggelsen ved at observere symptomer, administrere medicin og koordinere praktiske tiltag under indlæggelsen (Helbredsprofilen.dk, 2023). Nogle af de opgaver sygeplejersker selv vurderer som de vigtigste, er god patientkontakt og -pleje med udgangspunkt i patientens egne ressourcer samt overblik og udførelse af patientrelaterede opgaver (Holm-Petersen, Asmussen & Wûgler, 2006).

På sundhedsområdet har generelle rekrutteringsudfordringer og mangel på arbejdskraft været et problem i en årrække og den forgæves rekrutteringsrate, dvs. hvor mange stillinger der ikke bliver besat, eller besættes af en, der ikke har de ønskede kvalifikationer, lå i 2021 på 43% (Larsen & Jakobsen, 2022). Samlet set er lidt over halvdelen af danske sygeplejersker ansatte på hospitaler i det sekundære sundhedsvæsen (eSundhed, 2024). Godt 85 % af alle nyuddannede sygeplejersker bliver ansat indenfor bl.a. sundhedsområdet, i det første år efter endt uddannelse, mens ansættelsesraten falder i takt med antal år på arbejdsmarkedet (Finansministeriet, 2020). Derved ses det, at det kan være svært at fastholde de unge og nyuddannede sygeplejersker, idet de ofte starter deres karriere indenfor sundhedsområdet, men efter nogle år søger videre til andre områder. Denne tendens kan have indflydelse på det faglige niveau, hvis de ansatte ikke bliver længe nok til at opbygge en solid rutine og erfaring. Dette understøttes af undersøgelsen *Hvorfor sygeplejersker stopper i det offentlige sundhedsvæsen*, hvor 73% af respondenterne stoppede fra stillinger i det regionale hospitalsvæsen

(Vaaben, Weinreich, Dahlager, Mouritsen & Manstrup, 2023). For Vaaben et al. (2023) indikerer dette, at nogle sygeplejersker starter i hospitalsvæsenet, for efterfølgende at konstatere, at det er for hårdt, på grund af bl.a. for lidt tid til patienterne og manglende balance mellem job og privatliv, og derfor søgte videre ud i kommunerne. Undersøgelsen viser tilsvarende at manglen på sygeplejersker påvirker kvaliteten af sygeplejen og patientsikkerheden, idet en stor del af personalet, som følge af denne mangel, er vikarer og nyuddannede (Vaaben et al., 2023). Derved ses det ifølge Hølge-Hazelton, Bertelsen, Olesen, Lind og Bjerregaard (2021, s. 6), kan sygeplejerskeomsætningen, dvs. den gennemsnitlige sygeplejerskeudskiftning i form af fra- og tiltrædelser på en afdeling, ligeledes være en indikator, for sygeplejerskers utilfredshed med deres arbejdsvilkår. På den måde får sygeplejersken arbejdsvilkår indflydelse på hende mulighed for at udføre sit arbejde på en tilfredsstillende måde, hvilket ydermere kan have en negativ indflydelse på lysten til at blive i den pågældende stilling eller endda i selve faget.

Ifølge en Schweizisk undersøgelse af *burnout* blandt sundhedsfagligt personale, fremgår det at 50% af sygeplejerskerne oplever en høj fysisk arbejdsbyrde, samt en ubalance mellem indsats og belønning i arbejdet (Hämmig, 2018). Af Robusthedskommissionens (2023) afdækning af arbejdstempo og -mængde fremgår det, at hospitalsansatte sygeplejersker er den faggruppe, der oftest oplever at arbejdstempoet påvirker kvaliteten af deres arbejdsopgaver, samt at det ofte sker at de ikke når alle deres arbejdsopgaver. Et systematisk review identificerer tilsvarende en positiv sammenhæng mellem øgede personaleressourcer og jobtilfredshed blandt intensivsygeplejersker (Dilig-Ruiz et al. 2018), hvilket understreger, hvordan antallet af kollegaer har indflydelse på sygeplejerskers arbejdsvilkår og arbejdsglæde. Erfaringer fra hospitalsafdelinger med lav sygeplejerskeomsætning peger på tre afgørende faktorer for at fastholde personalet; Kollegialt fællesskab, professionel stolthed og ledelsesmæssig opbakning (Hølge-Hazelton & Bertelsen, 2021). Her ses, hvordan en ledelse, der er aktivt involveret i det daglige arbejde, agerer frontperson for de ansatte og støtter den enkelte sygeplejerske, bidrager til et arbejdsmiljø, der bygger på gensidig tillid og en anerkendende ledelsesstil. Sammenhængen mellem positiv og støttende ledelsesstil og arbejdstilfredshed understøttes af et systematisk review, hvor det identificeres at ledelsen er uundværlig, ift. at skabe et positivt arbejdsmiljø (Specchia et al., 2021).

Samlet ses det at sygeplejerskers vilkår og ansættelsesforhold er udfordrede pga. samfundsmæssige og strukturelle forhold, såsom sygeplejerskemangel og rekrutteringsvanskeligheder, hvilket kan have en negativ indflydelse på den enkelte sygeplejerskes mulighed for at udføre sit arbejde optimalt. Det fremgår dog, at udfordringerne kan påvirkes positivt

ved at ledelsen sikrer et godt opbyggende arbejdsmiljø, hvilket understøtter betydningen af et sundt og bæredygtigt arbejdsmiljø.

2.3.2 Forståelse af sygeplejerskers fagidentitet

Følgende afsnit belyser, hvordan tidligere normer og værdier, såsom kaldstækning og selvopofrelse, stadig præger sygeplejerskers fagidentitet og praksis, trods en stigende professionalisering og akademisering af faget. Sygeplejerskefaget og diskursen herom, er formet af en 400 år lang historisk arv, hvor mange af dets værdier, ifølge Malchau (2008), udspringer fra fagets religiøse og institutionelle fundament, baseret på de Barmhjertige Søstres katolske klosterarbejde i Frankrig, samt fra Florence Nightingales verdslige sygepleje (Elstad, 2008). Sygeplejefaget blev i lang tid set som et kald (Holen, 2008), hvilket stadig er en del af den moderne retorik vedrørende faget og den professionelle identitet (Bo-Kristensen, 2009). Diskurser ændrer sig gradvist over tid (Fairclough, 1992), så selv om sygeplejen både er blevet autoriseret og senere hen akademiseret, hænger tidligere forståelser af sygepleje stadig ved og påvirker sygeplejefaget; dette både politisk og i folkemunde, såvel som for den enkelte sygeplejerskes fagidentitet, hvilket påvirker nutidens sygeplejefaglige praksis (Bo-Kristensen, 2009). Med vedtagelse af sygeplejeautorisationen i 1933, overgik ansvaret for kvaliteten af sygeplejen til et statsligt ansvar (Petersen, 1989). Selv om sygeplejens professionelle opgradering og akademisering har ført til sekularisering af faget, er kaldstækningen stadig til stede i diskursen (Bo-Kristensen, 2009). Dette ses bl.a. stadig i de vedvarende forventninger om, at sygeplejersker skal udvise en særlig grad af selvopofrelse og dedikation (Bo-Kristensen, 2009), hvilket resultaterne fra Boe et al. (2024) understøtter, idét at nogle intensivsygeplejersker ignorerer egne smerter, især i akutte situationer, eller tager smertestillende for at udføre sit arbejde. Selv om løbende opdateringer af autorisationsloven (Retsinformation.dk, 2024), og akademisering af faget har medført øget fokus på, og præcisering af sygeplejerskens faglige kompetencer, er diskursen om selvopofrelse fortsat fremtrædende både som generel omtale af sygeplejefaget, såvel som i sygeplejerskens egen professionsidentitet (Bo-Kristensen, 2009). Derved ses det, hvordan sygeplejerskers faglige engagement og dedikation, for at sikre patienters velbefindende, kan medføre en nedprioritering af eget helbred. Set i lyset af ovenstående, kan det tænkes, at ledelsesmæssig facilitering af interventioner påvirkes i forskellig grad af den eksisterende diskurs om sygepleje. Derfor er en forståelse for sygeplejerskens fagidentitet relevant, således at forebyggelse af egen AHFB vægtes ligeværdigt med omsorgsforpligtelsen.

2.3.3 Sygeplejerskers egenomsorg

Sygeplejefagets tilsidesættelse af egne behov hersker, som i *afsnit 2.3.2*, fortsat blandt sygeplejersker, og ifølge Linton og Koonmen (2020), vil 68% af sygeplejersker, i *The American Nurse Association*, sætte patientens sundhed, sikkerhed og velfærd før deres egen. Sygeplejerskers egenomsorg er, ifølge Williams, Fruh, Barnas & Graves (2022), et emne, der generelt får for lidt opmærksomhed, især med sygeplejerskers stressende arbejdsforhold taget i betragtning. Egenomsorg, eller *self-care*, defineres som en persons evne til at drage omsorg for sig selv, samt evne til at udføre nødvendige aktiviteter for at opnå, vedligeholde eller fremme optimalt helbred (Richard & Shea, 2011). Siden 1970'erne har egenomsorg været koblet sammen med den sundhedsfaglige og sundhedspolitiske diskurs i Danmark, hvor sundhedsprofessionelle, herunder sygeplejersker op gennem 00'erne, har arbejdet for at styrke patienters egenomsorg gennem bl.a. patientundervisning og -rådgivning (Willemann & Hanak, 2006). På trods af at sygeplejersker i årtier har undervist patienter i sund livsstil, er det ifølge Ross et al. (2017) ikke en selvfølge at denne viden overføres til egenomsorg for den enkelte sygeplejerske, som følge af bl.a. travlhed og lange arbejdsdage. Et scoping review af egenomsorg hos sygeplejersker og jordemødre viser at sygeplejerskers egenomsorg påvirkes af deres fagidentitet, og at de har brug for accept fra både dem selv og deres omgivelser, for at kunne drage omsorg for sig selv (Sist et al. 2022). Patientcentreringen og den manglende egenomsorg kan derfor forstås som følge af både fagets historiske traditioner, men også den sundhedsfagliges ansvar for patienters sundhed, som vilkår for det sygeplejefaglige virke.

Med den sundhedsfaglige autorisation har den sundhedsfaglige pligt til at udøve sin virksomhed med omhu og samvittighedsfuldhed (Retsinformation, kap.5, §17), og selve formålet med autorisationsordningerne, er at styrke patientsikkerheden (Retsinformation, Kap.1, §1). Ifølge Letvak (2013), er det dog nødvendigt at begynde at passe på sygeplejerskers sundhed, ikke kun for sygeplejerskerne skyld, men også for patienternes, idet sygeplejersken fysiske og mentale helbred har indflydelse på udførelsen af arbejdsopgaverne. Dermed fremhæves vigtigheden af sygeplejerskers egenomsorg, ikke kun for at tage vare på sig selv, men for at kunne udføre sit arbejde bedst muligt, og dermed opnå størst mulig patientsikkerhed. Sygeplejerskers egenomsorg er dermed flerdimensionel, idet den ikke kun har betydning i relation sygeplejerskens egen ve og vel, men også patienternes. *The International Council of Nurses* (ICN) (2021), fremhæver i deres *Code of ethics for nurses*, jf. punkt 2.4, at sygeplejersken skal værdsætte sin egen værdighed, velfærd og sundhed. Derudover skal sygeplejersker jf. punkt 2.2 vedligeholde deres *fitness of practice*, der betyder at

sygeplejersken har kompetence, viden, helbred og karakter til at udføre sit job sikkert og effektivt. Til trods for at den enkelte sygeplejerske ofte kan have svært ved at drage omsorg for sig selv, ses det at sygeplejefaget anerkender behovet for egenomsorg. Dette er derfor et vigtigt for en arbejdsplads at adressere, for fremadrettet at kunne medvirke til at styrke sygeplejerskers egenomsorg, f.eks. ved at hjælpe dem med at passe bedre på deres hænder og fingre ved at bruge aflastende hjælpemidler.

2.4 Ledelsesmæssig tilgang til implementering

2.4.1 Mellemlidelsens rolle i en organisatorisk ramme

Ifølge Christensen et al. (2018, s. 5) kan en mellemlider defineres som: *”en leder med ledelsesansvar for medarbejdere og eventuelt også andre ledere, men som ikke er medlem af organisationens direktion. Dvs. at mellemlideren selv har ledelsesansvar over for andre medarbejdere, men samtidig også selv er medarbejder under en højere rangeret leder”*. Ved implementering af arbejdsmiljøtiltag, som f.eks. hjælpemidler til forebyggelse af AHFB hos sygeplejersker, er mellemlideren dermed altid forankret i den organisatoriske ramme, de arbejder indenfor. Derfor er det essentielt at forstå mellemlidelsens rolle i en større kontekst end blot implementering. Mellemliderens rolle er præget af et konstant krydspres mellem krav fra ledelse over sig, ofte relateret til effektivisering og økonomisk ansvar, og praktiske behov ift. den daglige drift (Dyring Larsen, 2021). I hospitalssektoren er det ofte medarbejdere, med mange års erfaring og stort kendskab til den enkelte afdeling, der bliver forfremmet, hvilket giver en mellemlider med dybt forankret faglighed, men det kan også have betydning for, hvordan den enkelte mellemlider håndterer transitionen fra kollega til ledere for de selvsamme medarbejdere (Davidsen, 2024). Dette kan have betydning for mellemliderens evne til at balancere forventninger fra egen ledelse og medarbejderne under sig, hvilket medfører risiko for pres og kritik fra begge sider, såvel som et horisontalt pres fra mellemlidere af andre afdelinger (Dyring Larsen, 2021). Ligeledes ligger der modsatrettede forventninger af mellemlidere mht. teknologisk forandring og udvikling, som rammer alle dele af samfundet. Ifølge en rapport udarbejdet af Lederne (2017) oplever fire ud af fem mellemlidere, at deres arbejde er præget af konstant forandring og udvikling, hvilket bidrager med et konstant arbejdspress. En nyere norsk undersøgelse lavet af Kassah, Nordahl-Pedersen og Wølner (2024) relateret til sundhedsfaglig mellemlidelse, peger ligeledes på, at mellemlidere i sundhedssektoren spiller en særlig rolle i at binde organisatoriske mål og klinisk praksis sammen, hvor de samtidig fungerer som brobyggere, der skal oversætte strategiske

forandringer til noget meningsfuldt og håndterbart i praksis. Den samme undersøgelse viser dog, at bureaukratiske krav sammen med omfattende forventninger relateret den daglige drift og uforudsigelighed, mht. sygemeldinger og vikarrekruttering, bidrager til øget stress og uro. Dette er ligeledes en del af det mellemledelsesmæssige arbejde, hvorfor det bør tages i betragtning ved nye implementeringsopgaver.

Hvor mellemlederen fungerer som bindeled og oversætter af strategiske mål til konkrete handlinger på afdelingsniveau, og hvor ledelse og administration ifølge Jacobsen og Thorsvik (2022) er to sider af samme sag. Derfor er det nødvendigt, at visioner og strategier omsættes til praksis på en måde, der opleves som meningsfuld og realistisk for medarbejderne. Derved er der store krav til mellemlederen, der både skal stå for implementering, det strategiske, personaleledelse, den interne og eksterne kommunikation med interessenter og samtidig møde dem alle i øjenhøjde (Christensen et al., 2018). I kommunikationen med den øvre ledelse handler det ifølge DEA (2008) om at både kunne sige fra og at formidle vigtige inputs mht. medarbejderne, hvilket kræver balance mellem dømme- og handlekraft. Ligeledes omhandler ledelsen af medarbejderne ofte anerkendelse og motivation, samt uddelegering af opgaver, hvor nærvær er vigtig, såvel som forståelse, for at alle har forskellige præferencer ift., hvordan deres ledere skal være overfor dem. Mellemledelse er derfor ifølge Christensen et al. (2018) en yderst kompleks rolle, der kræver evnen at navigere og håndtere mange, ofte modsatrettede interesser og organisatoriske lag, hvilket ydermere ofte indebærer tilpasning af nationale og regionale krav mht. lokale forhold og arbejdsopgaver. Derved kræves både ledelsesmæssige kompetencer og forståelse for de udfordringer, som medarbejderne møder i praksis.

Set på baggrund af ovenstående perspektiv, består de hospitalsansatte mellemlederes udfordring ikke blot i at sikre implementeringen af nye arbejdsmiljøtiltag på deres respektive afdelinger, men i at skabe en reel organisatorisk forankring, hvor tiltagene opleves som meningsfulde og anvendelige i praksis. Dette kræver både evnen til at opnå støtte fra det strategiske ledelsesniveau, og til at skabe engagement og motivation hos den enkelte sygeplejerske. Mellemlederens kapacitet til at oversætte strategiske målsætninger til konkret, bæredygtig forandring, og at engagere personalet samt integrere forandringer i hospitalets og afdelingens kultur, kan således være centralt for at arbejdsmiljøinitiativer lykkes.

2.4.1.1 Mellemlederens rolle i forbindelse med implementering i hospitalsvæsenet

Som beskrevet i ovenstående afsnit, er mellemlederens rolle identificeret som en medierende funktion mellem overordnet strategier og den daglige praksis, og spiller derfor en central rolle i forbindelse med implementering af interventioner. Idet mellemledere fungerer som bindeled mellem topledelse og medarbejdere, er det oftest dem, der introducerer nye interventioner til sygeplejerskerne, som f.eks. hjælpemidler. Ifølge Jacobsen et al. (2019), er sygeplejerskers brug af hjælpemidler i det danske hospitalsvæsen forbundet med mange barrierer, der begrænser omfanget af den daglige brug. Disse barrierer er medvirkende til at hjælpemidlerne ikke bliver brugt så ofte som de burde, til trods for at sygeplejerskerne har udfordringer med muskuloskeletale smerter, som følge af det daglige arbejde. Studiet er en dansk randomiseret brugerinvolveret intervention med ledere og medarbejdere, hvor tidspres, akutte patienter og manglende tilgængelighed, ses som nogle af de største barrierer, som medarbejderne identificerer, ift. brug af forflytningshjælpemidler (Jacobsen et al., 2019). Ledelsens opbakning er dog også afgørende for brugen af hjælpemidler, idet det fremgår af undersøgelsen, at implementering er mest succesfuld på de afdelinger, hvor ledelsen har været deltagende på de specifikke interventionsdage og generelt støtter op om interventionerne (Jacobsen et al., 2019).

Ifølge Rasmussen, Larsen, Holtermann, Søgaard og Jørgensen (2014), er ledelsens positive overbevisning i relation til interventions fremtidig effekt, en afgørende faktor ift. at arbejdspladsen accept af interventionen. Studiet er ligeledes et dansk studie, og undersøger ledelses- og medarbejderperspektiv ift. integrering af flerstrengt intervention mod rygsmerter blandt SOSU-assistenter. Her viser resultaterne at lederens tro på, at interventionen kan medvirke til lavere sygefravær samt øge de ansattes velvære og kvaliteten af arbejdet, har indflydelse på om interventionen adopteres af medarbejderne. Begge undersøgelser indikerer, at ledelsen både kan have en hæmmende og en fremmende effekt på brugen af forflytningshjælpemidler, alt efter hvor engagerede de er, og afhængigt af, om de bakker op om interventionen eller ej. Samtidig indikerer fund fra Birken et al. (2015), at topledelsens støtte har indvirkning på mellemlederes engagement, ift. implementering af innovative tiltag i sundhedssektoren. Her kan toplederen vise sin støtte, ved at tydeliggøre at initiativet har høj prioritering indenfor organisationen, og sikre at strategier og ressourcer er til rådighed for mellemlederne. Dermed opstår en triangulerende effekt af samspillet mellem topleder, mellemleder og implementering, der har indflydelse på mellemlederens evne til at udføre opgaven, motivere og tænke innovativt (Birken et al., 2015). Eftersom mellemlederens rolle er under indflydelse af den daglige drift og krav fra ledelsen over sig (Dyring Larsen, 2021), ses det at denne støtte fra topledelsen, kan have en afgørende effekt på implementeringen.

Et systematisk review af Birken et al. (2018) fremhæver den indflydelse mellemledere, herunder afdelingssygeplejersker, har på facilitering og implementeringen af interventioner indenfor sundhedsorganisationer. Ifølge Birken et al. (2018), består mellemlederens rolle bl.a. i at indhente viden, tilpasse informationer og interventioner, forbinde strategier og daglige aktiviteter og sælge implementeringen. Det systematiske review viser dog en gensidig påvirkning af mellemlederens indflydelse på interventionen og det miljø den implementeres i, idet miljøet ligeledes påvirker mellemlederne (Birken et al., 2018). Til trods for mellemlederens indflydelse på interventioner i sundhedsvæsenet, indikerer en vekselvirkning mellem den ledelsesmæssige involvering samt omgivelserne, at ledelsens indflydelse tilsvarende er under påvirkning af udefrakommende faktorer.

2.4.2 Implementering af arbejdsmiljøtiltag – en kompleks intervention

Når arbejdsmiljøtiltag skal implementeres i hospitalsvæsenet, foregår det i en organisatorisk kontekst præget af høj kompleksitet, hvor både menneskelige, faglige og strukturelle forhold spiller sammen. Tiltag, der forudsætter adfærdssændringer mht. sygeplejerskers måde, hvorpå de arbejder, aktualiserer behovet for at forstå implementering, som mere end bare en lineær proces. En kompleks intervention kendetegnes ved at flere aktører er involveret, og at det påvirkes af lokale forhold, samt udfolder sig over tid i skiftende organisatoriske og sociale rammer (Petersen, Ledderer, Maildal og Overgaard, 2022), hvilket kan gøre en implementeringsproces i hospitalsvæsenet dynamisk og uforudsigelig. Derfor er det ifølge Petersen et al. (2022) vigtigt at både slutbrugeren af en implementeret indsats samt centrale interessenter involveres, idet forebyggelse griber ind i det enkelte menneskes liv. Værdier, kultur, behov og ønsker er derfor vigtige at afdække forud for en implementering, idet det yderligere bidrager til en implementeringens kompleksitet. Engel (1980) understreger at menneskets fysiologi, psykologi og sociale omgivelser er uadskillelige faktorer, der konstant og simultant påvirker hinanden og individets måde at føle, tænke og handle på i mødet med omverden. Derfor kan disse elementer ikke forstås isoleret, uden at tage højde for deres gensidige påvirkning, hvorfor en holistisk, biopsykosocial tilgang er særlig relevant i forbindelse med implementering af komplekse interventioner. Mellemlederens rolle bliver dermed ikke kun at sikre adgang til fysisk ergonomiske ressourcer, men også at understøtte kulturelle, psykiske og sociale aspekter af en forandringsproces. Ifølge et systematisk review over bæredygtig implementering af innovative indsatser i sundhedssektoren (Greenhalgh et al., 2004), er nyintroduceret innovation blandt sundhedspersonale nødt til at opleves som meningsfuldt i det daglige praksisfællesskab, for at skabe grobund for

bæredygtig implementering. Desuden viser reviewet, at kongruens ift. den enkeltes behov øger den enkeltes evne til at adoptere nye innovationer, hvilket ligeledes gør sig gældende for organisationens kultur mht. succesfuld adaption. Det vil sige, at et fysisk hjælpemiddel kræver mere end blot evnen til at håndtere et redskab, men også et psykologisk aspekt mht. de kontekstuelle betingelser. Ifølge Pedersen, Jakobsen, Buttenschøn og Haagerup (2022) kan medarbejderes social kapital i det danske sundhedsvæsen styrke relationerne mellem kolleger og på tværs af afdelinger, hvilket kan bidrage til en højere kvalitet mht. sundhedsydelser. Samtidig kan den positive effekt af social kapital modvirke de negative konsekvenser af arbejdspress og højt arbejdstempo, der ellers kan påvirke kvaliteten negativt. Derved fremstår det sociale aspekt ligeledes som en central ressource i forandringsprocesser i sundhedsvæsenet, hvor stærke relationer og høj grad af tillid mellem medarbejdere og mellemlidelse har positiv betydning for kvaliteten af deres arbejde og for modtageligheden overfor forandringer. Dette understøttes yderligere i reviewet af Greenhalgh et al. (2004), der ligeledes peger på at innovation der anses værende simple at adoptere af nøglepersoner, bliver nemmere adopteret af medarbejdere, hvor omvendt, udtryk for at det er komplekst medvirker til at medarbejdere har sværere ved at adoptere nyt. Derved er det ikke kun det sociale aspekt, men også spejling og peer learning, der har indflydelse på komplekse interventioner, hvilket bør medregnes, når et hjælpemiddel skal implementeres i hospitalssektoren.

Implementering kan desuden skabe nye belastninger for medarbejderne. Ifølge et tysk studie foretaget på baggrund af tre tværsnitsstudier (Backhaus, 2024), medfører organisatoriske forandringer ofte psykosociale risici. Dette ses særligt når krav og forandringstempo overstiger medarbejdernes handlekapaцитet, hvilket kan medføre utilsigtede konsekvenser for medarbejderne i forbindelse med implementering. For mellemlidere indebærer dette et behov for at håndtere både de praktiske aspekter af implementeringen og de emotionelle og relationelle implikationer, som opstår i praksis. Den ledelsesmæssige indsats bliver således ikke alene et spørgsmål om processtyring, men om at forstå og understøtte kompleksiteten i medarbejdernes reaktioner og tilpasningsstrategier. Kompleksiteten ligger dermed ikke kun i selve implementeringsprocessen mellem sygeplejersker, afdelinger og ledelse, men muligvis også i de konsekvenser, forandringen har for den enkelte sygeplejerske. Derved er det afgørende, for at forstå kompleksiteten i en forandringsproces, at der ikke kun fokuseres på de enkelte elementer hver for sig, men at de ses i en dynamisk sammenhæng (Backhaus, 2024), hvilket ligeledes peger på nødvendigheden af en flerstrengt tilgang, hvor organisatorisk, fysiologisk, psykologisk og social forståelse inddrages i implementeringsarbejdet af hjælpemidler.

2.5 Implementeringsudfordringer i praksis

Dette speciale er udført i et fortsat samarbejde med hospital X, hvor vores kontakt til hospitalet primært er foregået gennem vores praksiskontakt og gatekeeper (praksiskontakt 1). Derudover har vi ligeledes haft et mere perifert eksternt samarbejde med det firma, der producerer flere af de hjælpemidler, der anvendes mod AHFB på hospital X (praksis kontakt 2).

På trods af et øget fokus på tilgængelighed af hjælpemidler til forebyggelse af AHFB blandt sygeplejersker på hospital X (praksiskontakt 1), har det vist sig at være stor variation i anvendelsen af de implementerede hjælpemidler mellem afdelingerne. Hjælpemidlerne, der er udviklet af praksiskontakt 2, har vist sig at have god effekt og er tilgængelige på flere sengeafsnit. De forskellige afsnits implementering og anvendelse i praksis afhænger dog i høj grad af lokale forhold, hvor det er den enkelte leder for et afsnit, der har ansvaret for implementering af nye hjælpemidler. En intern rapport udarbejdet af praksiskontakt 2, viser at ledelsesmæssigt engagement er vigtig i implementeringen af hjælpemidler, og at nøglepersoner skal undervises og inddrages, for at sikre fastholdelse i brugen af hjælpemidlerne. Dette er ifølge praksiskontakt 2 en udfordring, idet nøglepersoner ikke anses at være nok engagerede i implementeringsprocessen, hvor disse egentlig bør spille en central rolle. Desuden ses en uklarhed mht. ansvarsfordeling, hvor ildsjæle varetager og støtter i opstartsfasen af implementering af hjælpemidler, hvilket ses som sårbart i det lange løb, idet det konkurrerer med den daglige drift. Ligeledes ses det af praksiskontakt 2, at der ikke afsættes nok tid til læring og afprøvning, på trods af at de har morgenmøder, hvor de kan sikre bred vidensdeling. Ved investering i nye hjælpemidler, kan det ifølge praksiskontakt 2 være svært for en leder at argumentere for et køb, idet der mangler fokus på økonomiske analyser, der kan understøtte investeringer i hjælpemidler. Således spiller de organisatoriske rammer, ressourcepersoners kompetenceniveau samt mellemlederens synlighed og prioritering en væsentlig rolle for, om hjælpemidlerne indgår som en naturlig del af arbejdsgangen, hvilket tydeliggør behovet for at forstå, hvordan implementering af hjælpemidler mod AHFB kan forankres mere bæredygtigt i de enkelte afdelinger, og hvilken betydning mellemlederen har i denne proces.

3. Afgrænsning

På baggrund af den ovenstående problemanalyse, ses det hvordan forandringsprocesser, i forbindelse med implementering af nye tiltag, ofte er udfordrede, idet de foregår sideløbende med den daglige praksis.

Hospitalsvæsenet er ledelsesmæssigt organiseret i mange strukturelle lag, fra topledelsen i regionerne ned til lederen af de enkelte hospitalsafsnit, hvor hvert niveau har sine mål og økonomiske rammer (Holm-Petersen & Buch, 2014). Her er mellemlederen placeret i en arbejdsfunktion, der både skal varetage den daglige drift og medarbejderens behov samt opretholde et økonomisk ansvar. Derfor er mellemlederens rolle under indflydelse af krav fra ledelsen over sig og de praktiske behov ift. den daglige drift (Dyring Larsen, 2021).

Muskuloskeletale lidelser er et velkendt og udbredt problem blandt sygeplejersker (Gorce og Jacquier-Bret, 2025). Deres fokus er dog på patienten, hvilket gør det svært at prioritere egenomsorgen (Linton og Koonmen, 2020). Selv om arbejdsmiljømæssige tiltag igangsættes, er der i praksis generelt mange barrierer forbundet med brug af hjælpemidler (Jacobsen et al., 2019), og dermed også muligheden for at afhjælpe og forebygge muskuloskeletale lidelser, herunder AHFB. For at sikre den størst mulige brug af hjælpemidler, ses det at ledelsesmæssig opbakning er afgørende for at en forandringsproces kan ske (Jacobsen et al., 2019). Forandringsprojekter i det danske sundhedsvæsen mislykkes dog oftere end de lykkedes grundet de forskellige barrierer, hvilket gør det svært at fastholde og understøtte langsigtet forandring, efter endt implementering (Edwards, 2016). Det kollegiale fællesskab og samarbejde på tværs af afdelinger, kan ifølge Pedersen, Jakobsen, Buttenschøn og Haagerup (2022), modvirke nogle af de negative konsekvenser forbundet med en travl hverdag i det danske sundhedsvæsen. Dette understøtter Engel's (1980) teori om at bio-psyko-sociale faktorer er uadskillelige og påvirker den måde vi som mennesker tænker, føler og handler på. For at forstå kompleksiteterne i forbindelse med en forandringsproces, er det derfor afgørende, at de forskellige elementer ses i en dynamisk sammenhæng (Backhaus, 2024). Implementering af hjælpemidler er således en kompleks intervention, hvorfor en biopsykosocial tilgang er vigtigt for at få effektive, bæredygtige og langsigtede interventioner.

Med udgangspunkt i denne problemafgrænsning, vælger vi med dette speciale at undersøge ledelsesmæssige erfaringer mht. implementering af hjælpemidler, og hvordan disse kan bidrage til fremtidige forandringsprocesser med henblik på at afhjælpe og forebygge AHFB blandt sygeplejersker på hospital X.

4. Problemformulering

Overordnet problemformulering:

Hvordan kan mellemlederes erfaringer med implementering af hjælpemidler bidrage til forandring, der styrker forebyggelse af hånd- og fingerbelastninger blandt sygeplejersker på hospital X?

Undersøgelsesspørgsmål relateret den systematiske litteratursøgning:

Hvordan kan viden om organisatoriske, ledelses- og kompetencemæssige faktorer, der hæmmer og fremmer implementering af hjælpemidler, bidrage til forebyggelse af hånd- og fingerbelastninger hos sygeplejersker?

Undersøgelsesspørgsmål relateret den kvalitative dataindsamling:

Hvordan kan mellemlederes erfaringer med implementering af hjælpemidler bidrage til et forandringsforslag, der styrker forebyggelse af hånd- og fingerbelastninger hos sygeplejersker på hospital X?

4.1 Problembearbejdning

Afgrænsningen af specialets problemfelt udmønter sig i en overordnet problemformulering med to tilhørende undersøgelsesspørgsmål, hvor vi gennem specialets to dataindsamlingsmetoder har til hensigt at besvare hver sin del af problemformuleringen, samt samlet bidrage til et konkret forandringsforslag. Blase, Dyke og Fixsens *Implementation Drivers* (2015) bliver brugt som et teoretisk afsæt for begge dataindsamlingsmetoder. Viden om de tre *drivers* danner grundlag for, hvad vi screener for i den systematiske litteratursøgning, idet de ifølge Blase et al. (2015) er de tre vigtigste faktorer ved implementering. Desuden bruges viden om Fixsens *Implementation drivers* (Blase et al. 2015) til at udarbejde tema- og interviewguiden til de kvalitative interviews. Udvalgte dele af den kvalitative data bliver ligeledes analyseret gennem den samme teori, for at udbrede vores forståelse af de faktorer, som mellemlederens erfaringer med implementering er påvirket af. Det første undersøgelsesspørgsmål besvares ved hjælp af den systematiske litteratursøgnings fund, hvor der tages udgangspunkt i de tre *organisatoriske, ledelses- og kompetencemæssige drivers*. Det andet undersøgelsesspørgsmål besvares gennem analysen af den kvalitative dataindsamling, der består af fire individuelle interviews med mellemledere på hospital X. Gennem den kvalitative analyse kan mellemledernes erfaringer bidrage til at identificere konkrete måder, hvorpå vi kan understøtte dem i implementeringsarbejdet. Fundene fra den systematiske litteratursøgning skal definere hæmmende og fremmende faktorer, der kan have indvirkning på implementeringsprocessen i en hospitalskontekst. Således er der brug for begge undersøgelsesmetoder til at udforme et konkret forandringsforslag, der kan bidrage til at forebygge AHFB blandt sygeplejersker på hospital X, og dermed til at besvare den overordnede problemformulering.

5. Videnskabsteoretisk position

Specialet tager udgangspunkt i Gadammers filosofiske hermeneutik som videnskabsteoretisk position, der ligeledes danner grundlag for specialets metodiske og refleksive tilgang. I følgende afsnit præsenteres den filosofiske hermeneutik, med afsæt i nøglebegreberne; den hermeneutiske cirkel, forforståelse, forståelseshorisont og horisontsammensmeltning, samt hvilken betydning den filosofiske hermeneutiske videnskabsteoretiske position har, for vores speciale ift. at afdække mellemlederes erfaringer med implementering af hjælpemidler på hospital X.

Hermeneutikkens primære opgave, er ifølge Juul (2012), at skabe en fortolkende forforståelse af den mening, der er indlejret i menneskers ytringer og handlinger, hvilket fordrer en indsigt i de rammer, hvori disse ytringer opstår. Muligheden for denne fortolkning opstår i mødet mellem forsker og *genstand*, idet forskeren, i den filosofiske hermeneutik, selv indgår som en del af den verden, der undersøges (Juul, 2012). Med inddragelse af forskerne som en aktiv del af forskningsprocessen, understreger Gadamer den forskningsmæssige konsekvens af den filosofiske hermeneutiske ontologi, der udspringer af Heideggers *væren i verden* og omhandler *det værende*, dvs. det at være menneske (Juul, 2012). Ifølge Dahlager og Fredslund (2016), er forskeren ikke i stand til at udviske sine forforståelser, også kaldet fordomme, hvor de fremhæver, at Gadamer anså forskerens forforståelser for en nødvendighed. Viden om det undersøgte emne samt evnen til at kunne erfare, er afgørende for at kunne stille de rigtige forskningsspørgsmål, og dermed bliver forskeren en del af den hermeneutiske cirkel (Dahlager & Fredslund, 2016). For at skabe transparens, er en tydeliggørelse af disse forforståelser vigtig, idet gennemsigtighed, ifølge Juul (2012), er væsentligt ift., hvordan forskerens fordomme har indflydelse på den cirkulære proces. Juul (2012), pointerer ligeledes en tendens til en manglende eksplicitering af egne fordomme blandt studerende, til trods for at hermeneutiske tanker og antagelser dannes i takt med, at den studerende læser sig ind i projektets tema.

Vores faglige forforståelser tager afsæt i specialets problemanalyse, hvor vi bl.a. har belyst ledelsesmæssig opbakning og organisatoriske rammer ved implementering af hjælpemidler i hospitalssektoren, velvidende at denne udlægning er et resultat af vores indledende analyse. Fagligt har begge en psykomotorisk uddannelse bag sig forud for kandidaten i folkesundhedsvidenskab, der tager afsæt i en biopsykosocial forståelse af mennesket (Sørensen & Stampe, 2017). Vores faglighed påvirker dermed vores forforståelse, i retning af behovet for en holistisk tilgang til implementering af interventioner, for at sikre et bæredygtigt outcome. Derudover trækker vi på viden fra 3. semesterprojektet (Boe et al., 2024), som har bidraget med viden om udbredelse og konsekvenser af AHFB, hvilket har bidraget til vores grundlæggende forståelse og inspiration til specialets afsæt.

Indenfor den filosofiske hermeneutik vedkender den epistemologisk erkendelse, at vi som mennesker indgår i og er påvirket af vores historie og det samfund vi er en del af, uden at kunne frigøre os fra den (Juul, 2012). Den epistemologiske erkendelse kommer til udtryk i Gadamer's situationsbegreb, der ifølge Dahlager og Fredslund (2016), indbefatter at baggrunden for den enkeltes ståsted og forforståelse, opstår med afsæt i situationen og den situerede historicitet, som følger af den sociale virkelighed vi indgår i. Situationen og forforståelsen danner tilsammen den enkeltes

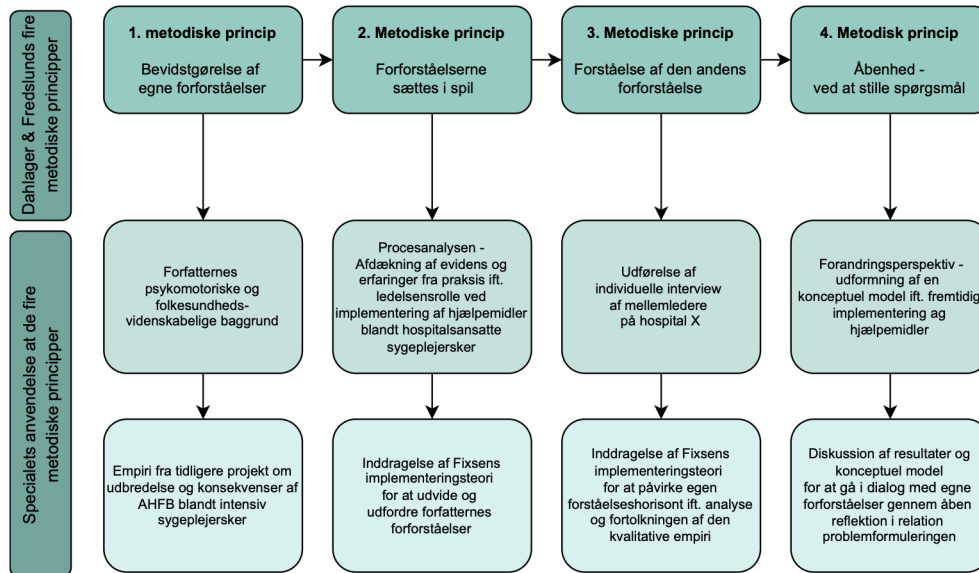
forståelseshorisont, hvor forforståelser i mødet med andre udfordres og kan flyttes (Dahlager og Fredslund, 2016). Juul (2012) beskriver, hvordan forskere skal være parate til at lade sig belære af nye erfaringer, idet der i hermeneutikken ikke er en endegyldig sandhed. Specialets tolkningen af den indhentede empiri, kan derfor medvirke til at udfordre vores eksisterende forforståelser, og kan potentielt lede til nye forståelseshorisonter, idet villighed til at lade sig udfordre er afgørende for horisontens bevægelighed. I den filosofiske hermeneutik betragtes forskeren, ifølge Juul (2012), ikke som en fejlkilde, men som en vigtig kilde til erkendelse. Erkendelse er for Gadamer forbundet med horisontsammensmeltning (Juul, 2012), hvor denne sammensmeltning indebærer, at man sætter sig i den andens sted, hvor der som resultat af mødet mellem nye horisonter skabes noget tredje (Dahlager og Fredslund, 2016). Gennem specialeprocessen har vi kontinuerligt reflekteret over, og udfordret egne forforståelser, via dialog med hinanden, vejleder, praksiskontakt 1 og 2, samt Trivsels- og arbejdsmiljøudvalget på hospital X; dette i tråd med Juuls (2012) betoning af åbenhed i processen. For at fastholde overblik og dokumentere udviklingen i mødet med nye forståelseshorisonter, har begge forfattere ført logbog undervejs, som anbefalet af Dahlager og Fredslund (2016).

Baseret på Juul (2012), er det, som nævnt, i mødet mellem forsker og den udforskede at fortolkningen sker, hvor forskeren, som en aktiv del af den hermeneutiske cirkel, pendulerer mellem de respektive fordomme, hvor erkendelsen af disse fordomme dermed kan bidrage til en mulig horisontsammensmeltning. En filosofisk hermeneutisk videnskabsteoretisk position vil, i dette speciale, kunne bidrage med en forståelse af mellemledernes egne forståelser samt tolkning af deres forståelse af deres rolle og ansvar ifm. implementering af hjælpemidler, ift. at forebygge AHFB blandt hospitalsansatte sygeplejersker. Denne nye forståelse vi får som følge af vores nye forforståelser, kan medvirke til at besvare specialets problemformulering, og på den måde give indsigt i forandringspotentialet ifm. fremadrettet implementering af hjælpemidler på hospital X.

5.1 Filosofisk hermeneutik som metodisk princip

Gadamers filosofiske hermeneutik er, ifølge Dahlager og Fredslund (2016), rettet mere mod et filosofisk sigte end et metodisk, idet der ikke foreligger konkrete forskningsmetodiske anvisninger på baggrund af hans teorier. For at imødekomme dette, har de udarbejdet fire metodiske principper til at understøtte en metodisk tilgang, hvor forskerens forforståelser håndteres og sættes i spil gennem

hele forskningsprocessen. De fire metodiske principper samt dette speciales tolkning af principperne fremgår af, *jf. figur 2*.



Figur 2: De fire metodiske principper

Det første af de fire principper omfatter bevidstgørelse af egne forforståelser, dvs. en bevidstgørelse af de forforståelser forskeren bringer med ind i forskningsprocessen, og dermed også grænserne for forskerens forståelseshorisont (Dahlag og Fredslund, 2016). I specialet relaterer specialemedlemmernes forforståelser, som tidligere nævnt, sig til deres forudgående faglige kompetencer samt det 3. semesters projekt. I det andet princip sættes forforståelserne, ifølge Dahlag og Fredslund (2016), i spil, hvilket, omhandler udarbejdelsen af specialets procesanalyse samt inddragelse af Fixsens *Implementation Drivers* (Blase et al., 2015) som teoretisk perspektiv, til at hjælpe med at åbne implementeringsbegrebet op og forstå det i en bredere kontekst. Tredje princip indbefatter forståelse af det fænomen, der studeres, og baggrunden for dennes udtalelser og handlinger, og dermed deres forforståelser (Dahlag og Fredslund, 2016). For specialet vedrører det udførelsen af de individuelle interviews, for at få en dybere og praksisrelevant forståelse af mellemledernes opfattelse og fortolkning af deres erfaringer, i forbindelse med implementering af hjælpemidler på hospital X, og hvordan det kan skabe grundlag for forandring. Derudover bidrager specialets teoretiske perspektiv til fortolkning af den kvalitative analyse, ikke som bud på en sandhed, men som en yderligere samtalepartner ifm. en dialogisk fortolkning af empirien. Det sidste metodiske princip omhandler åbenhed, og sættes i relation til spørgsmålets struktur, idet udformningen af

spørgsmålet bestemmer retningen for processen, hvor forholdet mellem spørgsmål og svar udgør essensen i den hermeneutiske fortolkning (Dahlager og Fredslund, 2016). At stille spørgsmål berører i nærværende speciale, udformningen af en konceptuel model, med udgangspunkt i et forandringsperspektiv formuleret på baggrund af analyse og fortolkning af empirien. Ydermere sættes det i relation til diskussionen af specialets resultater og konceptuelle model, for at sætte spørgsmål ved de fremanalyserede fund ift. problemformuleringen, som led i den hermeneutiske cirkel, for at udfordre specialets nye forståelseshorisonter.

Samlet tolkes arbejdet med de fire metodiske principper som en iterativ proces, hvor de fire principper genbesøges og sættes i spil i specialeprocessen. Et indblik i en forståelse af praksisfeltet vil derved understøtte den fremadrettede forandringsproces, idet mellemlidernes perspektiv i samspil, med specialets teoretiske perspektiv og specialemedlemmernes forforståelser, kan bidrage til indsigt i nye konkrete tiltag ift. fremadrettet implementering af hjælpemidler.

6. Teoretisk perspektiv

Implementering i sundhedsvæsenet er en kompleks proces, med mange involverede aktører og interessenter, hvorfor en strategisk, teoretisk funderet tilgang til organisatorisk forandring kan være nødvendig. I specialet danner Fixsens *Implementation Drivers* (Blase et al., 2015) det teoretiske grundlag, for at skabe en dybdegående forståelse for de faktorer, der har betydning for implementering af hjælpemidler på hospital X, samt udarbejdelsen af konkrete forandringstiltag, der kan bidrage til at fremme bæredygtig implementering i praksis. Blase et al. (2015), herunder Fixsen, har på baggrund af mange års arbejde udarbejdet tre drivers, som udgør modellens kerneelementer. Disse er udviklet med udgangspunkt i den omfattende litteratur-syntese *Implementation Research: A Synthesis of the Literature* (Fixsen et al., 2005), hvorfor denne publikation ligeledes anvendes som en central del af det teoretiske grundlag i specialets litteratursøgning og kvalitative analyse.

Ifølge Fixsen et al. (2005, s. 5) defineres implementering som en målrettet proces, hvor et sæt nøje udvalgte aktiviteter eller programmer udføres for at opnå et specifikt mål. Disse aktiviteter vælges ud fra deres styrker og deres evne til at understøtte hinanden i arbejdet mod et fælles outcome. Fixsens *Implementation Drivers* (Blase et al., 2015) er særligt relevant i sundhedsvæsenet, herunder hospital X, idet denne multistandardorganisation jf. afsnit 2.2, er præget af hierarkiske strukturer og tværfaglige samarbejder, hvilket kan gøre implementeringsprocesser mere komplekse (Jacobsen &

Thorsvik, 2010). Når nye hjælpemidler indføres for at reducere AHFB blandt sygeplejersker, bliver implementeringens succes, ifølge Fixsens teori (Fixsen et al., 2005; Blase et al., 2015), afhængig af, hvordan de forskellige komponenter aktiveres og integreres i organisationens eksisterende strukturer og arbejdsgange. En velfungerende implementering kræver derfor en målrettet indsats for at sikre, at nødvendige kompetencer udvikles, og at organisatoriske rammer understøtter forandringen.

De tre *implementation drivers* (Blase et al., 2015), jf. figur 3, bygger på en forståelse af implementering som et fænomen, hvor succes afhænger af samspil mellem tre centrale drivkræfter: *kompetencedrivere*, *organisatoriske drivere* og *ledelsesdrivere*. De tre driveres underkomponenter understøtter implementeringens kvalitet og bæredygtighed og sikrer, at nye tiltag ikke blot introduceres, men også fastholdes og udvikles over tid (Blase et al., 2015).



Figur 3: Implementation Drivers (Blase et al., 2015, s. 2)

6.1 Medarbejdernes kompetencer

Kompetencedriverne fokuserer på individuelle og faglige forudsætninger for implementering, hvilke omhandler, hvorvidt medarbejderne har de nødvendige færdigheder, viden og træning mht. at implementere effektivt og hensigtsmæssigt (Blase et al., 2015). Dette omfatter både rekruttering, træning, coaching, og kontinuerlig opfølgning og kompetenceudvikling, der er afgørende for en vellykket implementering. *Kompetencedriveren* er opdelt i fire faktorer:

Den første faktor omhandler *rekruttering af medarbejdere*, der bidrager til at drive implementeringen fremad. Disse nøglepersoner udvælges på baggrund af en række kriterier ud over de grundlæggende uddannelsesmæssige kvalifikationer, idet flere af kriterierne relaterer sig til personkarakteristika, som ifølge Blase et al. (2015) og Fixsen et al. (2005) betragtes som vanskelige at tilegne sig gennem et evidensbaseret træningsprogram. På den baggrund kan forskellige typer af karaktertræk og kompetencer bruges til medarbejdernes forskellige roller og bidrag i forhold til implementeringsprocessens forskellige stadier (Fixsen et al., 2005).

Essensen af implementering er at skabe adfærdsændringer blandt medarbejderne, hvor den anden faktor *træning* spiller en central rolle, idet evidensbaserede interventioner introducerer nye tilgange og rationaler, der styrker deres færdigheder og hjælper dem med at forstå, hvordan de bedst håndterer problemstillinger (Fixsen et al., 2005). Derfor er det vigtigt at der skabes rigelige muligheder, hvor medarbejderne kan introduceres samt øve og teste egne færdigheder gennem hele implementeringsprocessen, hvor bl.a. træningsworkshops nævnes som værende effektive, mht. at overføre viden og demonstrationer; dog med forbehold, idet det kræver at der yderligere skabes rig mulighed for at øve de ny erhvervede kernekompetencer (Fixsen et al., 2005).

For at kunne træne personale, kræves effektiv *coaching*, som udgør den tredje faktor. Udover oplæring mht. den specifikke intervention, er dette ligeledes en støttende funktion igennem træningsforløbet, hvilket grundlæggende skal bidrage til adfærdsændringer, der ræsonnerer med den pågældende intervention (Blase et al., 2015; Fixsen et al., 2005). Nye adfærdsmønstre påvirker altid den enkeltes omgivelser, hvilket gør coachens støtte særligt vigtig i opstartsfasen, ligesom det er afgørende at forberede medarbejderen på forskellige reaktioner fra interessenter, idet disse kan virke demotiverende ift. at fortsætte de nye handlinger, der medvirker til forandring (Fixsen et al., 2005). Derfor er kontinuerligt afsat tid en essentiel faktor, mht. at gå fra at introducere medarbejderne til en ny intervention, til at de selv udgør selve interventionen (Fixsen et al., 2005).

Den fjerde og sidste faktor, relaterer til at medarbejdernes *færdigheder vurderes systematisk*; dette for at sikre, at de anvender de kompetencer, der er udvalgt i rekrutteringen, undervist gennem træningsforløb og er støttet gennem coaching. Disse vurderinger af medarbejdernes egne færdigheder bidrager med feedback mht. implementeringsprocessen, og bruges til at identificere styrker og områder til forbedring. Dette bidrager til at *udvælgelse, træning og coaching* kan justeres efter behov, hvor målet er at sikre, at implementeringen ikke afviger for meget fra det evidensbaserede grundlag, idet dette øger sandsynligheden for at den virker efter hensigten (Blase et al., 2015).

6.2 Organisatoriske rammer og faktorer

Ifølge Fixsen kræver en vellykket implementering også organisatorisk forandring (Fixsen et al., 2005); dvs. de organisatoriske rammer skal understøtte en implementering. I det danske sundhedsvæsen kan organisatoriske barrierer så som manglende tid og højt arbejdspress dog gøre det vanskeligt at prioritere en ny implementering (Edwards, 2016). Selv de mest veludviklede interventioner har kun effekt i teorien, hvis ikke de implementeres grundigt, idet mangelfuld implementering hindrer den ønskede forandring i praksis (Fixsen et al. 2005).

De organisatoriske drivere udgør de strukturelle og systemiske rammer og faktorer, der understøtter implementeringsprocessen (Blase et al., 2015). Især kernekomponenterne *træning, coaching og feedback* sikres gennem tilførsel af ressourcer såsom økonomi og tilstrækkeligt med medarbejdere, så en implementering kan integreres og skabe langsigtet forandring (Fixsen et al., 2005).

Dette understøttes af den første ud af de tre organisatoriske faktorer, hvor *systeminterventioner* omfatter, at der ledelsesmæssigt er sikret tilstrækkelige ressourcer til at påvirke konteksten og skabe en understøttende ramme. Dette ledelsesmæssige fokus er med til at opretholde og videreudvikle implementeringen og dens effekt over tid, så den bliver bæredygtig (Blase et al., 2015).

Succesfuld implementering er ligeledes afhængig af den anden faktor, af en *faciliterende administration*, der understøtter implementeringsprocessen, gennem at holde medarbejdere fokuserede på outcome. Denne faktor udgør ifølge Blase et al. (2015) bl.a. de love og procedurer ledelsen skal forholde sig til, idet de former de organisatoriske rammer omkring de involverede.

Den tredje og sidste faktoren i *organisationsdriveren*, er *decision support data system*, der kan bruges som beslutningsgrundlag ift. organisatoriske forbedringer, hvor løbende indsamling af data er med til at kvalitetssikre implementeringen, hvor forandring og organisatoriske justeringer kan foretages, for at forbedre effektiviteten (Blase et al., 2015).

6.3 Ledelsens rolle

Den tredje driver i Fixsens *Implementation Drivers* er *ledelsesdriveren*, som refererer til den rolle, ledelsen spiller i implementeringsprocessen, hvor der skelnes mellem *adaptiv* og *teknisk ledelse*. Ifølge Blase et al. (2015) er ledelse ikke en statisk funktion, men en dynamisk proces, hvor forskellige personer og former for ledelse er nødvendige i forskellige faser af implementeringen.

Den *adaptive* ledelsesform er særlig vigtig i de tidlige faser af implementeringen (Blase et al., 2015), idet det er her behovet for implementering bliver identificeret og forandringen gradvist skal forankres i den vedkommende organisation, indtil forandringen er fuldt accepteret og en naturlig del af den daglige drift (Fixsen et al., 2005). I denne periode kræves ledelsesmæssig fleksibilitet og tilpasning, ikke kun i forhold til de organisatoriske rammer og ressourcer, men også ift. medarbejdernes behov. Usikkerheder og modstand kan opstå både internt og eksternt i forbindelse med den pågældende forandringsproces (Fixsen et al., 2005), hvilket stiller krav til ledelsen om at være synligt engageret og motivere medarbejderne til at se værdien i den nyetablerede praksis.

Efterhånden som implementeringen skrider frem, bliver den *tekniske* ledelsesform mere fremtrædende (Blase et al., 2015), hvilket indebærer at faste procedurer begynder at etableres, og strukturer og systemer understøtter det vedvarende brug af den implementerede intervention (Fixsen et al., 2005). Her er ledelsens fokus på langsigtet fastholdelse vigtig, for at sikre standardisering af arbejdsprocesser, samt opfølgning på den fortløbende dataindsamling, der bør vise et tilfredsstillende resultat mht. det ønskede outcome. Dog forbliver behovet for *adaptiv* ledelse relevant, idet implementering ikke blot er en engangsproces (Blase et al., 2015). Bæredygtig ledelse kræver løbende justeringer og tilpasninger, i takt med udskiftning og optræning af medarbejdere, samt organisatoriske og samfundsmæssige forandringer (Fixsen et al., 2005; Blase et al., 2015). Således skal ledelsen være dynamisk og balancere mellem stabilitet og udvikling, så nyimplementerede interventioner både fastholdes i praksis, samtidig med at det fortsat optimeres over tid.

6.4 Samspillet mellem de tre drivers

Effektiv implementering afhænger ifølge Blase et al. (2015), af samspillet mellem *kompetencedriveren*, den *organisatoriske driver* og *ledelsesdriveren*, der hver især understøtter forskellige aspekter af implementeringsprocessen. *Kompetencedriveren* skal sikre, at medarbejdere

rekrutteres, trænes og coaches, men dette kræver en organisatorisk ramme, der muliggør læring, ressourcer og systematisk opfølgning (Blase et al., 2015). Ledelsen fungerer som en dynamisk faktor, der både yder opbakning gennem *adaptiv* ledelse i de tidlige faser, og fortløbende tilpasning mht. forandring, samt sikrer stabilitet gennem *teknisk* ledelse på længere sigt (Blase et al., 2015). Hvis én driver er svagere end anbefalet, kan de andre drivere kompensere, hvor f.eks. målrettet coaching delvist kan opveje manglende træning. Implementering af nye interventioner er derfor ifølge Blase et al. (2015) en helhedsorienteret, flerstrænget proces, hvor drivernes indbyrdes samspil og afhængighed, sikrer, at nye tiltag ikke blot introduceres, men også forankres og videreudvikles i praksis.

7 Metode

I følgende afsnit præsenteres det metodiske grundlag for den systematiske litteratursøgning og den kvalitative dataindsamling, hvor der redegøres og argumenteres for specialets valg af metoder. Ligeledes beskrives de etiske overvejelser, der er forbundet med anvendelsen af disse metoder.

7.1 Indledende litteratursøgning

Den indledende litteratursøgning blev brugt til at afdække relevant litteratur, til analyse af specialets problemfelt for at rammesætte baggrunden for specialet, samt afgrænse problemfeltet. Ifølge Holgaard, Ryberg, Stegeager, Stentoft & Thomassen (2023), er en sådan afgrænsning afgørende for at kunne præcisere projektets problemformulering. Der blev foretaget søgninger i CINAHL, PubMed og i søgemaskinerne PRIMO, Google og Google Scholar. PRIMO er Aalborg Universitetsbiblioteks specifikke søgedatabase (AUB, u.å.), der bl.a. giver adgang til Danmarks Forskningsportal, hvilket er en søgeportal, der indeholder en sammenfatning af danske forskningsdatabaser. En udfordring ved at bruge Google og Google Scholar kan dog være, at de begge indeholder videnskabelige og ikke-videnskabelige kilder, der ikke nødvendigvis er peer-reviewed i modsætning til de bibliografiske databaser. Derudover anvendes personaliserede algoritmer, der giver risiko for informationsbias i søgningerne, hvor en undersøgelse af bl.a. Google Scholar bekræfter at confirmation bias kan føre til skævvridning af søgeresultaterne (Keprski et al., 2023).

Vores tilgang var kendetegnet ved dét Rasmussen, Remvig og Wien (2022), betegner som ustrukturerede søgninger, der bruges til at udforske problemfeltet, samt fritekstsøgninger, der ifølge Buus, Tingleff, Rossen og Kristiansen (2008), er søgninger med ord fra det naturlige sprogbrug med reference til problemstillingen. Der blev ligeledes foretaget kædesøgninger, hvilket ifølge Rasmussen et al. (2022), kan foregå både prospektivt og retrospektivt. Den prospektive kædesøgning, gav mulighed for at finde nyere litteratur, på baggrund af ældre artikler gennem funktionen *Cited by* eller *Related articles*, afhængigt af databasen, hvor den retrospektive søgning var på baggrund af de fremsøgte artiklers referencer, der blev brugt som inspiration til nye søgninger. I fritekstsøgningerne blev der anvendt både danske og engelske ord og vendinger, for at fremsøge relevant litteratur i henholdsvis dansk og international kontekst. Samtidig blev der søgt efter forskningsartikler samt grå litteratur, der ifølge University of Exeter Library (2025), eksempelvis indeholder statslig, akademisk og erhvervsrelateret information. Den grå litteratur var således relevant at inddrage i den indledende søgning, idet publicerede rapporter fra f.eks. statslige institutioner bidrager til at afdække viden ift. dansk kontekst.

7.2 Den systematiske litteratursøgning

7.2.1 Valg af databaser

I den systematiske litteratursøgning blev søgningerne afgrænset til de bibliografiske databaser: CINAHL, PubMed og PsycInfo. Databasernes respektive emneområder supplerede hinanden for at afdække relevant litteratur, i relation til problemformuleringens første undersøgelsesspørgsmål: *Hvordan kan viden om organisatoriske, ledelses- og kompetencemæssige faktorer, der hæmmer og fremmer implementering af hjælpemidler, bidrage til forebyggelse af hånd- og fingerbelastninger hos sygeplejersker?* CINAHL (Cumulative Index to Allied Health Literature) er en database, der har et stort omfang af især sygeplejefaglig viden indenfor den kvalitativ forskning (Lund, Juhl, Andreasen & Møller, 2014), og blev valgt grundet sin store sygeplejefaglige relevans. PubMed er en database med mere end 35 mio. biomedicinske referencer (AUB, 2025a), med forskellige emneområder, bl.a. sygepleje (Kristensen, 2020) og blev udvalgt, idet den dækker et stort felt indenfor den sundhedsfaglige forskning. PsycInfo er en database med psykologisk, social, adfærds- og sundhedsrelateret forskning (AUB, 2025b), og blev anvendt, idet den kunne bidrage til afdækningen af de psykologiske aspekter, i forbindelse med brug af hjælpemidler indenfor sundhedsvæsenet.

Samlet danner de tre databaser grundlaget for specialets systematiske litteratursøgning og bidrog til at problemformuleringens første undersøgelsesspørgsmål kunne besvares.

7.2.2 Søgestrategi

For at skabe overblik og gennemsigtighed over den systematiske litteratursøgning, blev den opstillet i søgeblokke, hvor specialets problemstilling blev opdelt i fire blokke med hver sine facetter, *jf. tabel 1*, hvilket dermed udgjorde søgestrengen for den systematiske litteratursøgning. Med afsæt i problemformuleringens første undersøgelsesspørgsmål, blev tematiseringen af facetterne for hver blok identificeret, idet Rasmussen et al. (2022) fremhæver, at ved at kombinere nøglebegreber fra problemformuleringen, dannes udgangspunktet for søgeprofilen.

Den systematiske litteratursøgning tog udgangspunkt i specialets teoretiske fundament ift. Fixsens tre drivers: de *organisatoriske, ledelses- og kompetencemæssige drivers*. For at finde frem til den bedst mulige søgestrategi ift. af fremsøge artikler, der omhandler de respektive drivers, blev der afprøvet to forskellige søgestrategier i CINAHL. I forbindelse med den første søgestrategi blev søgt på fire facetter; *Implementering, Brug af hjælpemidler, Sundhedsvæsenet og Forebyggelse og arbejdsmiljø*, hvor søgeresultaterne, efterfølgende blev screenet for de studier med relevans ift. de tre drivers. Den anden søgestrategi bestod af tre individuelle søgninger, på hver af de tre drivers, hvor facetterne for de tre første blokke var konstante, men facetten for blok fire ændrede sig, afhængigt af, hvilken drivermekanisme der blev søgt på, *jf. tabel 1*. Efter en vurdering af, hvilken af de to søgestrategier, der gav de mest relevante hits, besluttede vi at anvende søgestrategi nr. to, idet den viste sig at give mere præcise hits end den første søgestrategi. Denne afprøvning og valg af søgestrategi blev udarbejdet i dialog med Aalborg Universitets ansatte cand.scient.bibl. Søgeordene fra søgningen i CINAHL dannede grundlag for søgningerne i PubMed og PsycInfo. Ud over de valgte nøglebegreber i søgestrengene, var alle søgeord synonymer i relation til tematiseringen af de fire facetter, og blev suppleret med over- og underbegreber, idet dette kunne være med til at indkredse og præcisere emnet. Ifølge Rasmussen et al. (2022), kan dette være en fordel, hvis de valgte synonymer ikke er fyldestgørende. Dette ses i facetten; *forebyggelse og arbejdsmiljø*, *jf. tabel 1*, hvor der, i CINAHL søgningen, blev suppleret med søgeordene "*Occupational Health*", som alternativ til søgetermer omhandlende forebyggelse og muskuloskeletale lidelser. Dermed blev termen arbejdsmiljø føjet til søgningen som et overbegreb, og var på den måde med til at brede søgningen ud.

I forbindelse med den systematiske litteratursøgning, blev der søgt både som fritekstsøgninger og søgninger med kontrollerede emneord i de valgte databaser. Søgning med kontrollerede emneord foregik vha. databasernes forskellige thesauri, hvor det i CINAHL hedder *CINAHL Subject Headings*, som indeholder en række indekserede emneord der er hierarkisk opstillet, hvor det i PubMed sker via databasens indekserede *Mesh-termer* (Lund et al., 2014). Boole'ske operatører, *AND* og *OR*, bruges til at kombinere søgeord og søgninger, hvor *OR* samler de valgte søgeord til en fællesmængde og dermed udvider søgningen, og *AND* giver foreningsmængden mellem to eller flere søgninger og indskrænker dermed søgningen (Rasmussen et al., 2022). De udvalgte søgeord i de individuelle søgeblokke, blev kombineret med *OR* for at samle søgeordene i facetter, og blev efterfølgende kombineret med *AND* for at finde fællesmængde for søgestrengen. Frasesøgning blev anvendt til at frasortere irrelevante hits, ved søgninger på begreber, der bestod af to eller flere ord, ved at sætte anførselstegn ”” om de kombinerede ord, idet frasesøgning ifølge Rasmussen et al. (2022), sikrer at der ikke fremkommer hits på de individuelle ord, men kun på selve begrebet. Trunkering * blev brugt i forbindelse med fritekstsøgning til at korrigere for mulige endelser af det pågældende søgeord, idet trunkering, som beskrevet af Kristensen (2020), sættes efter ordets grundstamme, for at få andre endelser med efter grundstammen.

Forskellen mellem fritekstsøgning og søgning ved hjælp af kontrollerede emneord, er ifølge Kristensen (2020) at fritekstsøgninger er søgninger i hele databasen, herunder titel, abstract og emneord, hvor der i forbindelse med søgninger på kontrollerede emneord, søges blandt de emneord databaserne på forhånd har tildelt kilderne. Brug af fritekstsøgninger giver således adgang til et bredere felt, og disse søgninger giver ofte mange hits. Søgninger på kontrollerede emneord giver derimod mulighed for mere præcise søgninger, og giver generelt færre hits. *Publikationsår* og *full text* blev ydermere brugt som filter i både bloksøgninger og fritekstsøgninger, for at begrænset antallet af hits og sikre fremsøgningen af de nyeste publikationer. Søgeprotokollerne for de valgte databaser fremgår af, *jf. bilag 1*.

Søgematrice Søgning i CINAHL				
AND				
OR	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
	Implementering af hjælpemidler	Forebyggelse og arbejds miljø	Hospitalsansatte sygeplejersker	Organisation
	(MH "Program Implementation") OR (MH "Implementation Science") OR "Implementation" OR XB "Intervention" OR (MH "Workload Measurement") OR (MH "Work Redesign") OR (MH "Adaptation, Occupational") OR (MH "Task Performance and Analysis+") OR (MH "Ergonomics+") OR XB "Ergonomic tool*" OR XB "Ergonomic equipment*" OR XB "Implementation strateg*" OR XB "Implementation method"	(MH "Impairment, Health Professional") OR (MH "Occupational Health") OR (MH "Equipment Safety") OR (MH "Occupational Safety") OR (MH "Musculoskeletal Pain") OR XB "Musculoskeletal disorder" OR (MH "Cumulative Trauma Disorders") OR (MH "Musculoskeletal Diseases") OR (MH "Injury, Occupational Disease, Poisoning") OR XB "Repetitive strain injur*" OR XB "Prevention strateg*" OR OR XB WMSD OR XB "Work-related Musculoskeletal disorder"	(MH "Hospitals") OR (MH "Hospitals, Private") OR (MH "Hospitals, Public") OR (MH "Hospitals, Rural") OR (MH "Hospitals, Special") OR (MH "Nurses+") OR XB "staff nurse*" OR OR XB "Hospital unit" OR XB "Clinical work environment"	(MH "Organizational Objectives") OR (MH "Organizational Change") OR (MH "Organizational Development") OR "Healthcare organization*"

Tabel 1: Søgestrategi for CINAHL

7.2.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

Der blev med udgangspunkt i problemformuleringens første undersøgelsesspørgsmål, udformet in- og eksklusionskriterier, jf. tabel 2, for at præcisere kriterierne for til- og fravalg af artikler, idet disse, ifølge Buus et al. (2008), er med til at skabe transparens i søgeprocessen. Kristensen (2020), fremhæver ligeledes at inklusions- og eksklusionskriterier kan være med til at begrænse mængden af kilder i de enkelte databaser, hvorfor flere af de udvalgte kriterier blev brugt til at afgrænse søgningen, mens andre blev anvendt under screeningen af de udvalgte artikler. For at sikre størst mulig overførbare, omhandlede inklusionskriterierne interventioner indenfor hospitalsvæsenet samt

interventioner i relation til arbejdsmiljømæssig kontekst – ift. fysiske arbejdsmiljø og brug af hjælpemidler. De opstillede kriterier blev ligeledes udformet med udgangspunkt i de tre drivers, for at sikre relevans ift. specialets teoretiske perspektiv. Studier fra 2015 og frem af høj evidens, hvor systematiske reviews eller metaanalyser, havde forrang foran studier med lavere evidensniveau, idet disse ifølge Evans (2003), har det højeste evidensniveau indenfor sundhedsforskning. Udover de opstillede eksklusionskriterier, blev artikler på andre sprog end engelsk samt peer-reviewed ligeledes ekskluderet.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
- Skal omhandle implementering i hospitalsvæsenet - Skal omhandle implementering af hjælpemidler relateret til arbejdsmiljø - Studierne skal være overførbare til dansk kontekst - Studier med et højt evidensniveau - Studier publiceret mellem 2015 - 2025 - Peer reviewed <u>Inklusionskriterier ift. drivers:</u> - Studier, der omhandler organisatoriske driver faktorer mht. implementering - Studier, der omhandler ledelsesmæssige driver faktorer mht. implementering - Studier, der omhandler kompetencemæssige driver-faktorer mht. implementering	- Studier der ikke omhandler implementering af arbejdsmiljømæssige interventioner - Studier der ikke omhandler implementering i hospitalsvæsenet - Studier der ikke kan relateres til én af de tre drivers - Studier fra ikke vestlige lande, med en mindre overførbar tilgang til arbejdsmiljø - Studier med et lavt evidensniveau - Studier før 2015

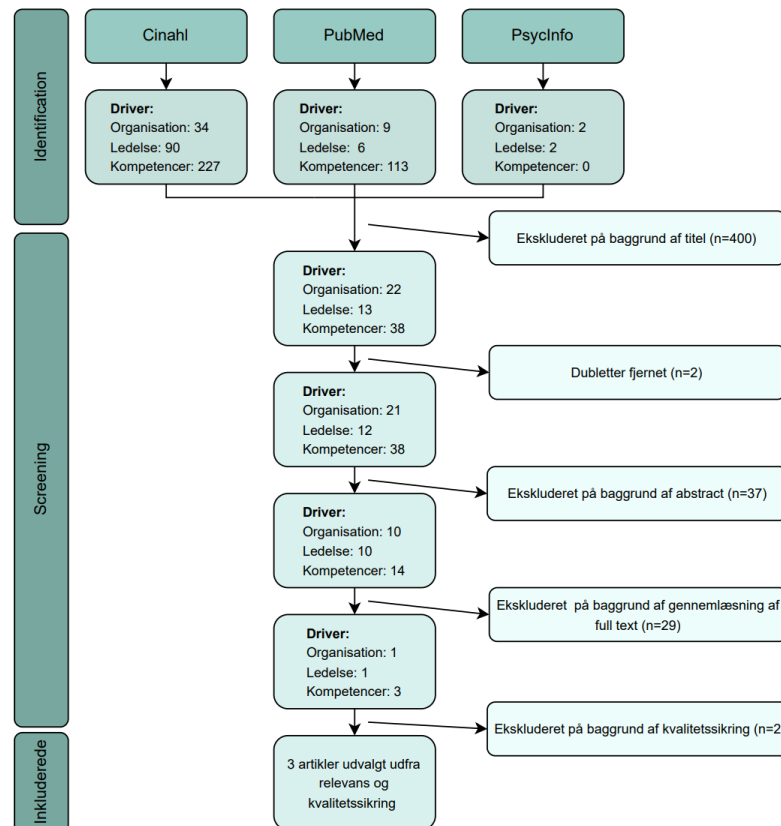
Tabel 2: Inklusions- og eksklusionskriterier

7.2.4 Udvælgelse af videnskabelige artikler

De udvalgte artikler blev anvendt til at besvare problemformuleringens første undersøgelses-spørgsmål, hvorfor udvælgelsen skete på baggrund af de opstillede in- og eksklusionskriterier. Selve udvælgelsesprocessen var inddelt i faser, hvilket fremgår *jf. figur 4*. De udvalgte artikler er valgt på baggrund af søgning på de respektive driver i CINAHL, PubMed og PsycINFO, hvilket resulterede i 22 artikler i relation til de *organisatoriske driver*, 13 artikler i relation til *ledelsesdrivere* og 38 artikler i relation til *kompetencedrivere*. Sammenlagt blev 73 artikler udvalgt på baggrund af titel: 21 Organisatoriske, 12 Ledelse og 38 Kompetence. Dubletterne er identificeret og fjernet manuelt,

hvilket blev gjort først, idet mængden af artikler var overskuelig. Af dem blev 71 studier udvalgt til læsning af abstract, hvor 34 artikler, i relation til de tre drivers, efterfølgende blev udvalgt til gennemlæsning af fuldttekst; 10 Organisatoriske, 10 Ledelse og 14 Kompetence. Derefter blev 5 artikler udvalgt til kvalitetssikring og afslutningsvis blev tre artikler udvalgt; en fra PubMed, en fra PsycInfo og én fra CINAHL. De tre studier blev valgt på baggrund af relevans og efterfølgende på baggrund af evidensniveau, idet det ifølge Lund et al. (2014) er vigtigt at forholde sig til, hvilken type litteratur, der bliver fremsøgt.

Studierne var alle fra 2020 til 2025 og repræsenterede dermed den nyere forskning ift. implementering af interventioner indenfor hospitalsvæsenet. Der blev ligeledes udvalgt, én artikel med relation til hver enkelt driver; *organisatoriske, ledelses- og kompetencemæssige drivere*, for at besvare problemformuleringens første undersøgelsesspørgsmål, og samtidig understøtte interviewguiden, ved at sikre et evidensbaseret grundlag for udformningen af spørgsmålene. På trods af at de tre valgte artikler var fremsøgt på baggrund af driversøgningerne, indeholder alle tre studier komponenter fra alle tre drivers. Dette er naturligt, idet de tre driverfaktorer, ifølge Blase et al. (2015), fungerer i samspil med hinanden og dermed kan være svære at isolere fra hinanden.



Figur 4: Flowchart over udvælgelsesproces

Artiklen skrevet af Haraldsson, Nylander, Junker, Ros og Josefsson (2024), er et Systematic Review, der blev udvalgt til at understøtte den organisatoriske driver, selv om den blev fremsøgt fra driversøgningen; *kompetencer* i PubMed. Denne beslutning blev truffet ud fra bevidstheden om de tre drivers overlap, og grundet artiklens primære relevans ift. den organisatoriske driver, til trods for at dens indeksering placerede den i relation til kompetencesøgningerne. De resterende artikler er udvalgt fra deres respektive driversøgninger. Morvati, Solbakken, Vaag og Hilli (2025), er et Meta-etnografisk studie og blev udvalgt fra driversøgningen; *ledelse* i CINAHL, og Greenhalgh og Abimbola (2019), dækker den *kompetencemæssige driver*, hvor den sidstnævnte er fundet på baggrund af frittekstsøgning i CINAHL.

7.2.5 Kvalitetsvurdering af de udvalgte artikler

Her præsenteres kvalitetsvurderingen af de tre artikler, der er udvalgt på baggrund af den systematiske litteratursøgning. Kvalitetsvurdering har ifølge Lund et al. (2014) til formål at sikre troværdigheden af resultaterne i de udvalgte artikler; dette ved at vurdere, i hvilket omfang forfatterne har formået at begrænse risikoen for at bias, der kan have skævvredet artiklens resultater. Dette vurderes ved at undersøge studiets metodologi ved hjælp af relevante tjeklister, som er udvalgt på baggrund af artiklens studiedesign, idet der ikke stilles de samme forskningsmæssige krav til de forskellige designs, hvorfor de ikke kan kvalitetsvurderes ud fra det samme grundlag (Lund et al. 2014).

7.2.5.1 Artikel 1: Haraldsson et al. (2024)

Det systematiske review *Workplace interventions focusing on how to plan, organize and design the work environment in hospital settings: A systematic review*, af Patrik Haraldsson, Elisabeth Nylander, Dirk Jonker, Axel Ros og Kristina Areskoug Josefsson (2023), blev kvalitetsvurderet ud fra JBIs tjekliste for systematic reviews: *Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses - critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews*, jf. Bilag 2. Tjeklisten består af 11 spørgsmål, der er udformet på baggrund af JBIs forståelse af evidens indenfor sundhedssektoren (Aromataris et al., 2015), og som hver især har til formål at tydeliggøre artiklens metodologi. Artikel 1 får 11 Yes ud af 11 mulige, og har derfor ingen No, Unclear eller Not applicable, hvilket gør at artiklen vurderes til at være af høj kvalitet, fordi det er transparent og systematisk i dets gennemgang af de inkluderede

studier. Samtidig er det vurderet at det systematiske review opfylder de præciserede in- og eksklusionskriterier, hvilket medvirker til at besvare problemformuleringens andet undersøgelsesspørgsmål samt afdække hæmmende og fremmende faktorer i relation til den *organisatoriske driver*.

7.2.5.2 Artikel 2: Morvati et al. (2025)

Artikel 2; *Nurses' and nurse leaders' perspectives on a healthpromoting work environment: a meta-ethnographic study* af Diako Morvati, Rita Solbakken, Jonas Vaag & Yvonne Hilli, 2025. Studiet er et metaetnografisk studie, der har til formål at integrere og syntetisere sygeplejerskers og oversygeplejerskers forståelse af et sundhedsfremmende arbejdsmiljø. Til kvalitetsvurdering af artiklen, er der ligeledes anvendt JBIs tjekliste for systematic reviews, jf. bilag 2; *Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses - critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews* (Aromataris et al., 2015). Her opnåede studiet 10 *Yes* og 1 *No* ud af de 11 spørgsmål, hvorfor den også vurderes at være af høj kvalitet og vil kunne bidrage til at identificere faktorer, der hæmmer og fremmer implementering relateret til den *ledelsesmæssige driver*.

7.2.5.3 Artikel 3: Greenhalgh & Abimbola (2019)

Denne artikel; *The NASSS Framework – A Synthesis of Multiple Theories of Technology Implementation* af Trisha Greenhalgh og Seye Abimbola (2019), og er et Framework udfærdiget til at understøtte implementering i sundhedsvæsenet. Artiklen er blevet kvalitetsvurderet udfra *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools - Checklist for Text and Opinion* (McArthur, A., Klugarova, J., Yan, H. & Florescu, S., 2015), jf. bilag 2, der består af seks spørgsmål med svarmulighederne: *Yes*, *No*, *Unclear* eller *Not applicable*. Den videnskabelige artikel opnåede 5 *Yes* og 1 *Unclear*, og vurderes derfor at være af høj kvalitet. Dermed vil den, ligesom de to andre udvalgte artikler, kunne hjælpe med at besvare det første undersøgelsesspørgsmål, her i relation til den *kompetencemæssige driver*.

7.3 Den kvalitative dataindsamling

Med den udarbejdede problemformulering og det kvalitative undersøgelsesspørgsmål, placerer specialet sig indenfor den forstående forskningstypes ramme (Launsø, Rieper & Olsen, 2021), hvor fortolkningen af centrale aktørers bidrag er grundlæggende. Specialets ønske om at forstå og fortolke mellemlederes erfaringer med implementering af hjælpemidler blandt hospitalsansatte sygeplejersker, understøttes af Brinkmann og Tanggaard (2020), idet forskeren bruger den kvalitative metode med formålet om at indsamle data, der bl.a. omhandler, hvordan noget udføres, opleves og erfares. Specialets udarbejdelse af et forandringsforslag, der kan bruges i praksis, understøttes ligeledes af Launsø et al. (2021), idet den forstående forskningstype anses som værende særligt anerkendt, i forbindelse med forskning relateret til forandringsbehov.

7.3.1 Semistruktureret interview

For at opnå en dybdegående forståelse af informanternes erfaringer, oplevelser og perspektiver, benyttes det semistrukturerede kvalitative interview som dataindsamlingsmetode. Denne tilgang er velegnet til udforskning af informanternes subjektive erfaringer og de betydninger, de tillægger dem, idet den kombinerer en fast struktur, med fleksibiliteten at forfølge de retninger og perspektiver, der opstår undervejs i interviewet (Merriam & Tisdell, 2016; Kvale & Brinkmann, 2015). Metoden muliggør dermed en balanceret tilgang, hvor interviewguiden, *jf. bilag 3*, sikrer den overordnede retning, samtidig med at spørgsmålene tilpasses den enkelte informant, for at forfølge emner, ideer og uddybe refleksioner, hvorfor rækkefølgen af de enkelte spørgsmål ikke er fast. Derved sikres det at interviewet ikke begrænses af en rigid struktur, men er åbent for en mere nuanceret forståelse af det undersøgte fænomen. Den semistrukturerede tilgang understøtter ligeledes, ifølge Merriam og Tisdell (2016), en dynamisk dialog, hvor interviewerens kan justere spørgsmålene og dykke ned i temaer afhængigt af informanternes svar. Det semistrukturerede interview som dataindsamlingsmetode lægger således op til at balancere mellem åbenhed og styring, hvor interviewerens både er sensitiv over for informanternes fortællinger, og samtidig sikrer relevans og retning i interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Som beskrevet i afsnit 5, ligger den filosofisk hermeneutiske tilgang til grund for specialet. Denne tilgang forudsætter, at forforståelse og fortolkning spiller en central rolle i den videnskabelige erkendelsesproces, hvilket i interviewsituationen bringer både interviewerens og informantens

forforståelse aktivt i spil. Dette er essentielt for at opnå indsigt i informanternes livsverden og de meningsskabende processer, der knytter sig til deres erfaringer, hvor denne interaktion skaber en cirkulær og iterativ bevægelse, hvor ny forståelse kontinuerligt udvikles gennem dialog og refleksion (Launsø et al., 2021).

7.3.2 Udvælgelse og rekruttering af informanter

Der er ved specialets kvalitative interviews indhentet data fra i alt fire informanter; alle med specifikke stillinger i hospitalssektoren, hvorfor disse er anonymiseret og betegnes som mellemledere, uanset sammenhæng. Derfor præsenteres ingen informantkarakteristika; informanterne opdeles i mellemlederstillinger relateret sygeplejearbejde samt mellemledere, der arbejder administrativt og på tværs af organisationen. I analysen har alle informanter fået androgyne navne, for at sløre mellemlederens køn. Følgende afsnit gennemgår de anvendte strategier for sampling og rekruttering af de fire informanter.

7.3.2.1 Samplingstrategi

Udvælgelsen af informanterne var baseret på *purposeful sampling* (Merriam & Tisdell, 2016), hvor de fire informanter blev udvalgt på baggrund af deres specifikke erfaringer og viden i relation til specialets problemstilling. Denne tilgang sikrer ifølge Merriam & Tisdell (2016), en dybdegående indsigt i genstandsfeltet, ved at inkludere informationsrige cases, altså informanter, der kan bidrage med relevant og nuanceret viden. Dette kan anses som ekstra vigtigt, med specialets forholdsvis lille sample, hvor Merriam & Tisdell (2016) understreger, at informanternes potentiale kan overgå antallet, hvis deres viden kan bidrage til større forståelse for det pågældende fænomen. Malterud, Siersma og Guassora (2016) fremhæver ligeledes, at et lille antal informanter stadig kan give en høj grad af *information power*, hvilket derved kan være med til at kompensere for specialets lille samplestørrelse. Det er således ikke antallet af informanter, men deres specifikke viden og erfaringer, der styrker dataenes validitet, idet dybdegående viden indenfor en bestemt kontekst kan bidrage med høj overførbarhed (Malterud et al., 2016).

7.3.2.2 Rekrutteringsstrategi

Rekrutteringsprocessen er gennemført i samarbejde med den eksterne samarbejdspartner på hospital X, der har fungeret som den primære gatekeeper. Ifølge Creswell (2009, s. 166) kan en gatekeeper facilitere adgang til relevante informanter, grundet viden om det interne felt og dermed understøtte en formålsrettet rekruttering. Gatekeeperen har således identificeret flere velegnede mellemledere, hvor vi nøje har udvalgt de fire informanter, på baggrund af deres specifikke stillinger, der vurderedes at kunne bidrage væsentligt til besvarelsen af problemformuleringen. Derudover har gatekeeperen etableret den første kontakt med samtlige informanter, for at på forhånd afklare deres interesse i deltagelse, hvilket har bidraget til en effektiv rekrutteringsproces.

7.3.2.3 Information til informanterne

Forud for informanternes deltagelse har de, som det første, modtaget skriftlig information, udarbejdet af specialets medlemmer, om undersøgelsens formål samt en beskrivelse af, hvorfor netop de som mellemledere er udvalgt, og hvad deres bidrag kan tilføre undersøgelsen. Formålet med denne introduktion har været at sikre, at informanterne fra begyndelsen har haft en helt klar forståelse af specialets tema og mål, hvilket er i tråd med anbefalinger fra Launsø et al. (2021, s. 145). Derved bidrog det til, at informanten allerede i starten af den etablerede kontakt kunne tage stilling til egen deltagelse på et så oplyst grundlag, som muligt, udover den obligatoriske samtykkeerklæring, *jf. afsnit 7.4*.

7.3.3 Tema- og interviewguide

Forud for gennemførelsen af interviewene blev der udarbejdet en temaguide, *jf. bilag 3*, med formålet om at skabe overblik over centrale temaer og problemstillinger relateret til specialets kvalitative problemformulering, og blev anvendt som et redskab til at organisere og afgrænse, hvilke aspekter af mellemlederes erfaringer, der skulle belyses. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan interviewspørgsmålene deles op i tematiske kontra dynamiske dimensioner, hvor en tematisk guide kan vinkles mod den direkte viden der er behov for, for at besvare problemformuleringen. Derved består interviewguiden i dette speciale af den dynamiske del, der bidrager til selve interviewinteraktionen og dermed indeholder formulerede spørgsmål, der er passende til

informanternes hverdagssprog. Temaguiden blev således et redskab til at forstå den tematiske dimension, og derved forholde sig systematisk til udarbejdelse af interviewguiden. Temaguiden blev delt op i tre temaer, baseret på specialets teoretiske grundlag: *organisatoriske- ledelsesmæssige- og kompetencedrivers*, der hver især blev omsat til brugbare rationaler mht. besvarelse af problemformuleringen. Ud fra de tre temaer, blev der reflekteret over: *Faktorer, Problematikker* samt *Overvejelser mht. spørgsmål*. Denne operationalisering af, hvilken viden, der hørte hjemme under hvilken driver, bidrog med en reflektiv forberedelsesproces og dannede dermed grundlag for en fokuseret interviewguide.

På baggrund af temaguiden blev der i det næste skridt udviklet en semistruktureret interviewguide, jf. bilag 4, der fungerede som det primære værktøj i samtlige interviews. En semistruktureret interviewguide gør det muligt at være fleksibel mht. de udarbejdede spørgsmål, hvor interviewer kan holde fokus på centrale temaer, og samtidig tilpasse formulering og rækkefølge af spørgsmål undervejs (Merriam & Tisdell, 2016). Interviewguiden bestod af i alt seks spørgsmål, hvor tre af dem (spørgsmål 3-5) var relaterede til de tre temaer *organisatoriske-, kompetencemæssige- og ledelsesmæssige forhold*. Denne tilgang er i tråd med Merriam & Tisdell (2016), der understreger vigtigheden af, at interviewguiden udspringer af undersøgelsens teoretiske ramme og formål. Ligeledes var der et introspørgsmål (spørgsmål 1), som havde til formål at lade informanten starte blødt ud, ved at fortælle kort om sig selv og sine arbejdsopgaver, hvilket Merriam og Tisdell (2016) anbefaler, idet det danner grundlaget for, hvorfra de følgende spørgsmål kan udspringe fra. Ved spørgsmål 2. blev der afsat længst tid, idet det gav rig mulighed for at gå i dybden med informanternes erfaringer vedrørende implementering af hjælpemidler, uden at det af interviewer blev ledt i retning af de tre drivers; dette for at se, hvad informanten selv ville byde ind med uden at være påvirket af de andre spørgsmål. Det 5. og sidste spørgsmål, var et afsluttende spørgsmål, der var af perspektiverende og afrundende karakter, hvilket skabte en naturlig afslutning ved samtlige interviews.

Interviewspørgsmålene blev bevidst udformet som åbne, letforståelige og varierende, idet der ifølge Merriam og Tisdell (2016) nemt opstår misforståelse og forvirring, hvis spørgsmålene er for komplekse. Samtlige spørgsmål blev konkret skrevet ud som hovedspørgsmål og uddybende spørgsmål under hvert tema i en mere struktureret forstand, end en klassisk semistruktureret guide; dette for at sikre at interviewer følte sig støttet igennem interviewet, og ikke "tabte tråden". Dette betød dog ikke, at der blev spurgt i en særlig rækkefølge eller ordret, som det blev skrevet i guiden; tværtimod fulgte interviewer informantens egne initiativer indenfor interviewets på forhånd definerede ramme.

For at sikre dybdegående interviews, blev de forskellige former for spørgsmålstyper, herunder *erfarings-*, *videns-*, *følelses-* og *meningsspørgsmål* (Merriam & Tisdell, 2016), anvendt for at understøtte rige og detaljerede beskrivelser. Ifølge Merriam & Tisdell (2016) bidrager disse spørgsmålstyper med at få adgang til informanternes egne oplevelser og forståelser, hvilket fordrer empirisk kvalitet og dybde. Den fleksible brug af interviewguiden, understøttede endvidere interviewets eksplorative karakter, og gjorde det muligt for interviewer at følge op med sonderende spørgsmål. Dette fremhæver Kvale & Brinkmann (2015) som centralt for at skabe dialog og få adgang til informantens egne meninger, og derved sonderer uden at bestemme, i hvilken retning, hvilket overlades til informanten.

Udover de seks spørgsmål, blev der i interviewguiden integreret en struktur for briefing og debriefing, som henholdsvis indledte og afsluttede interviewene. Briefingen bidrog til at informere informanten om undersøgelsens formål og rammer, og sikrede, at informeret samtykke var givet på oplyst grundlag. Debriefingen havde til hensigt at opsummere samtalen og give mulighed for eventuelle tilføjelser fra informanten, samt at informere om, hvor informanten kunne henvende sig, hvis spørgsmål opstod eller vedkommende ville trække sit samtykke tilbage. Kvale & Brinkmann (2015) understreger betydningen af en etisk forankret interviewsituation, hvor tydelig kommunikation før og efter interviewet styrker informantens tryghed, og dermed fremmer en tillidsfuld relation, hvilket medvirker til øget kvalitet af den indsamlede data.

7.3.4 Gennemførelse af de individuelle interviews

For at sikre at dataindsamlingerne blev tilpasset informanternes behov og kontekstuelle forhold, måtte de selv vælge tid og sted, indenfor et på forhånd angivet tidsrum. Her valgte samtlige informanter fysiske interviews på egen arbejdsplads. Denne fleksibilitet understøttede informanternes tryghed, hvilket ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er afgørende for at fremme åbenhed og refleksion i interviewsituationen. I interaktionen mellem interviewer, moderator og informant, var stemningen let, smilende og anerkendende igennem samtlige interviews, hvor både interviewer og moderator aktivt arbejdede med at skabe et trygt rum, for at sikre en så behagelig oplevelse for informanten som muligt. Ifølge Merriam og Tisdell (2016) er interaktionen i interviewsituationen et komplekst fænomen, som altid påvirkes af samtlige parter ubevidste og bevidste faktorer. Dette influerer dataene, der indsamles, uanset hvad, hvorfor de ligeledes fremhæver vigtigheden af en åben og respektfuld tilgang i interviewrollen, for at skabe de bedst mulige forhold i interviewsituationen. I

denne specifikke kontekst, hvor forskellige mellemledere blev interviewet om deres erfaringer inden for eget ekspertiseområde, kunne det dog forventes, at de var vant til at reflektere og dele egne erfaringer, og at deres faglige ekspertise, ville bidrage til tryghed, og dermed begrænse eventuel asymmetri i interviewsituationen. Ifølge Merriam og Tisdell (2016) kan informanter, der udvælges på baggrund af deres viden, nemlig opleve en følelse af at bidrage med værdifuld indsigt, hvilket på forhånd kan styrke egen tryghed og selvtillid, og gøre en interviewsituation mere behagelig for den enkelte. En tillidsfuld atmosfære understøttedes yderligere gennem briefing og debriefing (Kvale & Brinkmann, 2015), hvor informanterne til at starte med introduceres til formålet med undersøgelsen, og efter interviewet blev informeret om, hvor de kunne henvende sig, hvis der skulle opstå spørgsmål eller bekymringer efter interviewet. Således blev informationer og formalia fordelt, med mindst mulig forstyrrelse af interviewspørgsmålene.

Under interviewet blev der tilstræbt at balancere mellem en struktureret tilgang, mht. besvarelse af spørgsmålene, samtidig med en mere dynamisk, nysgerrig og åben tilgang, der gav plads til uventede indsigter og fordybelse i informanternes perspektiver. Denne fremgangsmåde understøttes af Merriam og Tisdell (2016), der understreger vigtigheden af at lytte til, hvad informanten siger, for at kunne stille relevante og meningsfulde, opfølgende spørgsmål. Rækkefølgen af temaer og spørgsmål blev desuden brugt forskelligt i relation til informanten, idet nye spørgsmål opstod på baggrund af den enkeltes initiativer, som blev forfulgt i den udstrækning, som gav mening for besvarelsen af specialets problemformulering. Ligeledes blev spørgsmålene formuleret forskelligt afhængigt af mellemlederens rolle grundet uens ledelsespositioner, hvilket udover informanternes egne temaer, bidrog til forskellige perspektiver ind i specialets teoretiske fundament ud fra de tre temaer: *ledelse, organisation og kompetencer*. Idet interviewerens indgår som en aktiv del af processen gennem opfølgende spørgsmål og aktiv lytning (Brinkmann & Tanggaard, 2022), etableredes der derfor en grobund for en mere nuanceret og dybdegående undersøgelse relateret de tematikker, der udforskes i specialet. Denne metodiske tilgang bidrager ifølge Launsø et al. (2021) til en dybere forståelse af informanternes oplevelser i en bredere kontekst, hvilket er afgørende i en hermeneutisk fortolkningsproces.

7.3.5 Transskribering

Efter gennemførelsen af samtlige interviews blev det optagede datamateriale transskriberet med henblik på den efterfølgende analyse. Transskribering forstås som den proces, hvor informanternes og interviewernes mundtlige udsagn omdannes til skriftligt materiale, og udgør ifølge Kvale og Brinkmann (2015) et centralt trin i den kvalitative analyse, idet det er her rådata bliver til en mere struktureret bearbejdningsform. Transskriberingen blev foretaget af begge specialets medlemmer, hvilket styrkede den fælles forståelse af, og fortrolighed med datamaterialet, og fungerede derved som en aktiv del af den indledende analytiske proces. For at sikre konsistens og mindske usikkerhed mht. fortolkninger, blev der forud for transskriberingen udarbejdet en fælles transskriptionsguide med transskriptionskonventioner, *jf. tabel 3*, som begge specialets medlemmer har fulgt. Idet disse blev udarbejdet i fællesskab, begrænsede dette forskellige skriveprocedurer. Dette stemmer overens med Kvale og Brinkmanns (2015) anbefalinger om at fastsætte klare retningslinjer, når flere personer arbejder med det samme empiriske materiale, for at undgå vidt forskellig bearbejdning og fortolkning. Samtlige interviews blev ligeledes gennemført med begge projektmedlemmer til stede, hvor rollerne som interviewer og moderator blev ligeligt fordelt mellem de fire interviews, hvilket gav begge mulighed for at opnå en nuanceret forståelse af både de verbale og nonverbale aspekter i samtalen.

Transskriptionen blev udført manuelt ved hjælp af et lydafspilningsprogram på lokal disk, hvor samtlige transskriptioner blev lagt ind i analyseprogrammet NVivo. Dette understøttede den fremadrettede analyseproces, idet de næste analysetrin primært foregik i NVivo, hvilket minimerede flytning af data og dermed enhver risiko for at følsomme data ville eksistere flere steder samtidig. Denne fremgangsmåde sikrede ligeledes at datamaterialet blev korrekt opsat med henblik på analyse, hvilket ifølge Merriam og Tisdell (2016) er grundlæggende i transskriptionen, idet linjenummerering, mellemrum og bred margin gør tekstmaterialet overskueligt og tillader noter og kodninger. Dette har været vigtigt for specialets begge medlemmer, idet begge to sideløbende med Nvivo, har arbejdet med de anonymiserede færdigtransskriberede tekster i printet format, løbende igennem analyseprocessens faser.

Transskriptionskonventioner	
Informant 1: Informant 2: Informant 3: Informant 4:	Informanterne angives konsekvent med det tal, de hver især er tildelt i starten af hver ny talesekvens, efterfulgt af interviewerens eller moderatorens. Her startes en ny linje med den pågældende informant og dets nummer efterfulgt af kolon.
I:	Intervieweren angives ved hver ny talesekvens efterfulgt af den pågældende informant eller moderator, hvor en ny linje startes
M:	Moderatoren angives ved hver ny talesekvens efterfulgt af den pågældende informant eller interviewere, hvor en ny linje startes
“Ja”, “Mmm”	Fyldord, der transskriberes hos informanten, men undlades hos interviewerens
“Øhh”, “Ehh”, “ja, ja, ja” samt lignende fyldord og gentagelser, der mangler relevans for det sagte	Fyldord samt gentagelser, der helt undlades at transskriberes
Understregning	bruges ved særligt betonedede ord
Store bogstaver	Bruges ved ord og sætninger, der er udtalt med højere stemme end ellers
//	Angives, ved utydelig tale eller forstyrrelser, der gør det sagte uforståeligt
(...)	Angives ved længerevarende pause/tavshed
%	Angives ved personfølsomme data, som vurderes at kunne røbe informantens identitet

Tabel 3, Transskriptionskonventioner

7.3.6 Kvalitativ analysestrategi

Til analysen af det kvalitative datamateriale blev en fortolkende tilgang anvendt, med afsæt i en hermeneutiske analysemodel bestående af fire trin, udarbejdet af Dahlager og Fredslund (2016). De to første trin er af udarbejdede med inspiration af Giorgis fænomenologiske analysemetode, hvor dette, selv om hermeneutisk tænkning traditionelt set ikke sætter egen forforståelse i parentes, anses for at være gavnligt, idet det lader forskeren træde tilbage og teksten komme til orde. Denne

analysestrategi blev valgt, idet den ifølge Dahlager og Fredslund (2016) muliggør en systematisk og samtidig refleksiv bearbejdning af det indsamlede datamateriale, hvilket var relevant mht. fortolkning og besvarelse af specialets kvalitative problemformulering. Ved at følge en stringent metode, øges følsomheden ifølge Dahlager og Fredslund (2016) af den indsamlede data, og muliggør samtidig dialogen mellem forskere og materialet, hvilket tillader nye perspektiver at træde frem. Derved kunne interviewere og informanternes forforståelser mødes i en iterativ, refleksiv dialog, hvor der ifølge Juul (2012) kan opstå noget helt tredje.

Analyseprocessens *første trin* bestod af gennemlæsning af de transskriberede interviews for at opnå en fornemmelse af materialets helhed, samlede indhold og stemning. Ifølge Malterud (2018) er helheden vigtigst så tidlig i analysen, hvorfor der endnu ikke fokuseredes på analysens enkeltdele eller tolkninger, men søgte at forstå materialet som en samlet fortælling.

Ved *andet trin* blev de meningsbærende enheder identificeret i samtlige interviews. Disse enheder blev udvalgt og meningskategoriseret i temaer på baggrund af deres relevans i forhold til specialets problemstilling, dog med en åben tilgang for at lade uventede aspekter træde frem. Det er ifølge (Dahlager og Fredslund, 2016) ikke alt, der bliver sagt, der er relevant mht. det pågældende forskningsspørgsmål; dog er det vigtigt at meningskategoriseringen omhandler *hvad* teksten siger, idet der ikke er brug for en dybere mening i analysens andet trin. Der blev i alt udledt 48 meningsbærende enheder, som efterfølgende blev kondenseret til 14 meningskategorier, hvor hele analysens kodningsarbejde udførtes i analyseprogrammet NVivo, *jf. bilag 5*. Kategoriseringer og kodninger blev foretaget med udgangspunkt i informanternes egne ordvalg og begreber samt teori, hvilket anbefales af Dahlager og Fredslunds (2016) mht. reducering af meningsbærende enheder ned i temaer.

I *tredje trin* blev de foreløbige meningskategorier bearbejdet yderligere gennem en tematisk operationalisering. Dette blev indledningsvist gjort manuelt, hvor samtlige meningskategorier blev skrevet på papirsedler for at fremme en mere dynamisk proces, ved at dele dem op og sammensætte temaerne på forskellige måder. Ifølge Dahlager og Fredslund (2016) kommer kategorierne nemt til at overlappe hinanden, hvilket kræver at de enten bliver sat sammen eller yderligere inddeles i underkategorier. Efter afprøvning af flere mulige sammensatte temaer, blev der til sidst samlet og struktureret i alt 4 overordnede hovedtemaer med 1 tilhørende undertema til tema 2. Denne proces bidrog med dybdegående kendskab til samtlige informanternes udsagn, og skabte derfor sammenhæng og overblik over datamaterialet og de underliggende tematikker, hvilket overordnet gav en dybere

analytisk forståelse. Efterfølgende blev operationaliseringen af de 14 meningskategorier foretaget i NVivo, for at kode de tre analysetrin til en færdig Codebook, *jf. bilag 5*.

Det *fjerde trin* i analyseprocessen bestod af rekontekstualisering af samtlige identificerede temaer, hvor denne proces, ifølge Dahlager og Fredslunds (2016), er knyttet til, hvordan de hver især kan forstås og relateres til besvarelse af problemformuleringen. Temaerne blev derved genindsat i en bredere kontekst og fortolket som helhed i lyset af projektets teoretiske ramme *jf. afsnit 6*, hvilket muliggjorde og dermed bidrog med en teoretisk udvidet forståelse af mellemledernes erfaringer og de faktorer, der påvirker implementeringsarbejdet. Formålet med dette trin var således ikke blot at gengive og sammensætte informanternes udsagn, men at forstå og fortolke dem som meningsfulde svar på den overordnede problemformulering. Derved udgjorde de fire trin bearbejdningen, der muliggjorde det efterfølgende arbejde med resultaterne.

7.4 Ethiske overvejelser

Kvalitativ forskning rejser væsentlige etiske spørgsmål, idet den beskæftiger sig med mennesker, deres oplevelser og erfaringer samt deres følsomme oplysninger (Brinkmann, 2015). Derfor blev der indhentet informeret samtykke fra alle informanter, der ligeledes blev oplyst om undersøgelsens formål, deres rettigheder og muligheden for at trække samtykket tilbage. Dataindsamlingen blev gennemført i overensstemmelse med Datatilsynets retningslinjer og den gældende GDPR-lovgivning (Justitsministeriet, 2018; Gildberg & Hounsgaard, 2018). Af hensyn til datasikkerhed blev lydfilerne ligeledes opbevaret i krypteret format, bag to adgangskoder og slettet efter endt transskribering. I transskriptionsprocessen er der taget højde for etiske hensyn gennem anonymisering af navne, steder, specifik lederstilling og øvrige personidentificerbare oplysninger. Endvidere er citater, som indgår i analysen, i enkelte tilfælde let redigeret med henblik på læsbarhed, uden at ændre meningsindholdet i informanternes udsagn. I selve interviewsituationen blev der lagt vægt på at mindske magtubalancen, hvilket ifølge Brinkmann (2015) er vigtigt i det kvalitative interview, idet interviewerens besidder en magtposition, der kan påvirke informanten. Både det skriftlige arbejde og i kontakten med informanter og eksterne samarbejdspartnere blev der således taget udgangspunkt i principperne i *Danish Code of Conduct*, med fokus på gennemsigtighed, integritet og ansvarlighed, hvilket ifølge Gildberg & Hounsgaard (2018) skaber grundlag for god, etisk forskningspraksis.

8. Resultater

I nedenstående afsnit bliver resultaterne af analysen af de indsamlede empiriske data præsenteret. Først præsenteres de tre videnskabelige studier hver især, efterfulgt af en samlet delsyntese af deres resultater. Derefter bliver de fire identificerede temaer samt undertema hver især analyseret, efterfulgt af en samlet delsyntese af resultaterne.

8.1 Analyse af den systematisk litteratursøgning

Fundene fra den systematiske litteratursøgning udgør dette speciales empiriske grundlag, relateret besvarelsen af det første undersøgelsesspørgsmål: *Hvordan kan viden om organisatoriske, ledelses- og kompetencemæssige faktorer, der hæmmer og fremmer implementering af hjælpemidler, bidrage til forebyggelse af hånd- og fingerbelastninger hos sygeplejersker?*

8.1.1 Artikel 1: Haraldsson et al. (2024)

I artiklen *Workplace interventions focusing on how to plan, organize and design the work environment in hospital settings: A systematic review*, af Haraldsson et al. (2023), undersøges organisatoriske og ledelsesmæssige betingelser, der er nødvendige for en succesfuld implementering af arbejdsmiljø-interventioner i hospitalssektoren. I gennemgangen af eksisterende forskningsartikler belyses faktorer, der hæmmer og fremmer gennemførelsen af organisatoriske ændringer, der er rettet mod at forbedre arbejdsmiljøet blandt sygeplejersker, læger samt det øvrige hospitalspersonale.

Haraldsson et al. (2024) søger at identificere strategier og organisatoriske betingelser, der er tilstrækkelige til at sikre, at interventioner ikke blot igangsættes, men også opretholdes over tid og når de satte mål. Studiet baserer sig på et bredt udvalg af forskellige empiriske studier, der både er kvantitative, kvalitative samt mixed methods, hvilket ifølge Haraldsson et al. (2024) bidrager med et nuanceret billede af kompleksiteten, mht. forskellige måder at implementere og skabe forandring på hospitaler. Ifølge Haraldsson et al. (2024) er ledelsesstøtte og medarbejderdeltagelse centrale forudsætninger for at kunne skabe en bæredygtig kultur, hvor organisatoriske forandringer accepteres og integreres i den daglige praksis. Det fremgår desuden, at en decentraliseret ledelsesstil, hvor

medarbejdere inddrages i beslutningsprocesserne, ofte er forbundet med bedre implementeringsresultater. Ligeledes set det, at løbende evaluering og tilpasning af interventioner, baseret på feedback fra personalet, er særdeles vigtigt for at fastholde deres motivation og for at undgå, at interventionen mister sin relevans over tid. Haraldsson et al. (2024) fremhæver at organisatorisk forankring, herunder klar målsætning, tildeling af nødvendige ressourcer samt klar og tydelig kommunikation om formål og forventninger, er væsentlige elementer, der kan imødekomme barrierer, som f.eks. personalets modstand mod forandring, tidsmangel og ressourceknaphed. Organisatoriske forandringer bør ligeledes altid tilpasses den kompleksitet, der ses i det enkelte hospitals struktur og kultur, hvilket kræver en kontekstspecifik tilgang, der er fleksibel og tager højde for lokale betingelser og forskellige medarbejderperspektiver.

Det systematiske reviews resultater (Haraldsson et al., 2024) viser at en implementeringsproces i hospitalskontekst bør være iterativ og inkluderende mht. dets medarbejdere og deres input, hvorfor organisatoriske forandringer ligeledes bør ses mere som en løbende proces end et projekt, der har en slutdato. Succesfuld implementering på hospitaler kræver ifølge Haraldsson et al. (2024) således en helhedsorienteret, strategisk og deltagelsesbaseret tilgang, der tager højde for ledelse, kultur, struktur og medarbejderinddragelse, hvilket samlet set formodes at øge sandsynligheden for, at en intervention integreres i den daglige praksis, og dermed har en varig positiv effekt på arbejdsmiljøet.

8.1.2 Artikel 2: Morvati et al. (2025)

Studiet *Nurses' and nurse leaders' perspectives on a health-promoting work environment: a meta-ethnographic study*, lavet af Morvati et al. (2025), anvender en specifik kvalitativ metode udviklet af Noblit og Hare (1988), hvor meta-etnografien søger at fortolke og syntetisere fund; dette for at udvikle nye måder at forstå fænomener samt udvikle teorier. Dette har ifølge Morvati et al. (2025) bidraget til en holistisk forståelse af analysen af de forskellige kvalitative studier, hvor deres resultater præsenteres gennem en metafor om et *træ*, hvor de forskellige faktorer i arbejdsmiljøet bliver kategoriseret som henholdsvis *rødder*, *stamme* og *jordbund*, hvor alle er essentielle for, at dette *træ* kan vokse og trives.

Ifølge Morvati et al. (2025) repræsenterer *træets rødder* respekt, anerkendelse, fællesskab og engagement. Disse værdier udgør fundamentet for organisationens kultur og identitet, og ses som centralt for at kunne skabe en arbejdsplads, hvor medarbejderne føler tilknytning, og at de er

respekterede og værdsatte. Det ses at sygeplejersker, der oplever anerkendelse på sin arbejdsplads, viser større vilje til samarbejde og solidaritet, hvilket bidrager til øget trivsel. Morvati et al. (2025) understreger, at disse værdier er nødt til at være dybt integrerede i organisationens grundlag, idet det skaber grobund for at medarbejdernes sundhed kan *blomstre*.

Træets stamme repræsenterer ifølge Morvati et al. (2025) ledelsen, og udgør den bærende struktur, der forbinder *rødderne* med organisationens øvrige dele. Her ses det at værdibaseret og bevidst ledelse bidrager til bl.a. stabilitet og retning, samt et arbejdsmiljø præget af gensidig respekt og tydelig kommunikation. Den ledende oversygeplejerske har ifølge Morvati et al. (2025) særligt ansvar for at fremme en kultur, hvor medarbejdernes værdier og velbefindende prioriteres højt. Ligeledes ses det at ledere har brug for organisatorisk støtte i form af nødvendige ressourcer, for at kunne udføre deres ledelsesmæssige arbejde optimalt, hvilket bidrager til et sundt arbejdsmiljø, præget af øget trivsel, motivation og jobtilfredshed blandt medarbejderne.

Den frugtbare jord repræsenterer sikre arbejdsvilkår, idet det ifølge Morvati et al. (2025) giver de rette betingelser for at *træet* skal vokse og trives. Dette omfatter både det fysiske arbejdsmiljø såvel som organisatoriske processer og arbejdsstrukturer, der danner grundlag og støtte for, at medarbejderne kan udføre deres arbejde under sikre betingelser. Ifølge Morvati et al. (2025) indebærer dette også organisatorisk fleksibilitet og en kultur, hvor medarbejdernes helbred prioriteres gennem sundhedsfremmende initiativer.

Samlet set understreger Morvati et al. (2025), at når samarbejdet mellem sygeplejersker og deres ledere er velfungerende, skaber det grobund for et arbejdsmiljø, der fremmer sundhed, trivsel og videreudvikling. Det konkluderes ligeledes, at det er ledelsens rolle og ansvar at forme og opretholde denne kultur, hvilket kræver ledelsesmæssig bevidsthed om deres egen indflydelse og medarbejdernes behov. Derfor ses det som vigtigt, at organisationen prioriterer at understøtte dette med passende ressourcer og organisatoriske tiltag.

8.1.3 Artikel 3: Greenhalgh & Abimbola (2019)

The NASSS Framework - A Synthesis of Multiple Theories of Technology Implementation, skrevet af Greenhalgh og Abimbola (2019), omhandler det analytiske framework *NASSS (Non-adoption, Abandonment, Scale-up, Spread, Sustainability of technology)*, som er udviklet til at skabe dybdegående forståelse af komplekse faktorer, der påvirker, hvorvidt sundhedsteknologier har høj implementeringssucces, samt evnen at opretholde den over tid. Udviklingen af *NASSS*-frameworket

er baseret på en kombination af et tidligere lavet systematisk litteraturstudie samt empiriske studier af forskellige interventioner vedrørende teknologiske hjælpemidler i sundhedssektoren. Undersøgelsens formål (Greenhalgh og Abimbola, 2019) har været at identificere og undersøge de forskellige hæmmende og fremmende faktorer i forbindelse med facilitering af implementering i praksis. Ligeledes adresserer artiklen, hvordan strategier kan forbedres og bruges til at introducere nye teknologier i komplekse sundhedssystemer.

Frameworket er ifølge Greenhalgh og Abimbola (2019) opbygget omkring syv centrale domæner, hvor de seks første omhandler de grundlæggende faktorer, der påvirker teknologiens adoptionsproces: 1. sygdomstilstanden eller det problem, der skal løses; 2. selve teknologien og dens funktioner, kompleksitet, brugervenlighed mv.; 3. incitamentet for at anvende teknologien, herunder økonomiske, juridiske eller personlige gevinster; 4. målgrupper mht. brug, og de faktorer der påvirker deres villighed og evne til at anvende teknologien; 5. organisationerne, herunder sundhedsvæsenets strukturer, ressourcer, arbejdsgange og kultur; 6. politiske, lovgivningsmæssige, kulturelle og økonomiske faktorer, der kan have indvirkning på teknologiens adoption. I det syvende domæne i frameworket, ses der på dynamikken i samtlige faktorer på tværs af domænerne, og hvordan de kan forandre sig over tid og derved både udvikles og gøre tingene nemmere såvel som det modsatte. Dette perspektiv anerkender, at sundhedsprofessionelle, patienter, organisationer og politikere er i konstant forandring, og at noget, der i en periode synes ukompliceret at implementere, kan blive mere kompleks eller omvendt, afhængigt af organisationens kontekstuelle forandringer. I artiklen (Greenhalgh og Abimbola, 2019) understreges det, at jo mere kompleks en teknologi er, jo sværere er det at opnå en stabil og bred implementering, hvilket øger risikoen for, at teknologien ikke bliver fuldt adopteret eller at den senere forlades.

Greenhalgh og Abimbola (2019) fremhæver, at intentionen med *NASSS*-frameworket er at bruge det til at skabe et rigt og kontekstspecifikt narrativ om de forskellige påvirkninger på et konkret projekt. Ved at analysere de enkelte domæner kan der identificeres, hvor der er mulighed for at reducere kompleksitet ved f.eks. at simplificere delelementer. Ligeledes kan der ses på eksterne systemer, såsom det politiske og kulturelle miljø, der kan skabe både muligheder såvel som barrierer. Endvidere understreger Greenhalgh og Abimbola (2019) at rammeværket bør anvendes som et dynamisk værktøj, til at danne en beskrivende forståelse af de mange faktorer, der påvirker implementeringsprocessen. Derved kan beslutningstagere, forskere og praktikere nemmere navigere og håndtere usikkerheder og uforudsigeligheder, der uundgåeligt er en del af implementeringen i komplekse sundhedssystemer. Greenhalgh og Abimbola (2019) konkluderer, at en systematisk

anvendelse af NASSS-frameworket kan forbedre evnen til at planlægge, evaluere og justere interventionsstrategier, og dermed reducere kompleksiteter eller tilpasse indsatsen til den specifikke kontekst, hvilket øger chancerne for succesfuld og langtidsholdbar implementering.

8.1.4 Delsyntese: Resultater af den systematiske litteratursøgning

Denne delsyntese er vores besvarelse på det første undersøgelsesspørgsmål i specialets problemformulering, relateret den systematiske litteratursøgning: *Hvordan kan viden om organisatoriske, ledelses- og kompetencemæssige faktorer, der hæmmer og fremmer implementering af hjælpemidler, bidrage til forebyggelse af hånd- og fingerbelastninger hos sygeplejersker?*

Besvarelsen bygger på de tre udvalgte peer-reviewed studier, der hver især bidrager med forskellige perspektiver på implementering i hospitals- og sundhedssektoren. To af studierne (Haraldsson et al., 2024; Morvati et al., 2025) relaterer sig direkte til arbejdsmiljø, organisatorisk implementering og ledelse, mens Greenhalgh og Abimbola (2019) præsenterer et teoretisk framework, der fungerer som en analytisk ramme til at forstå komplekse implementeringsprocesser af sundhedsteknologiske hjælpemidler i sundhedssektoren.

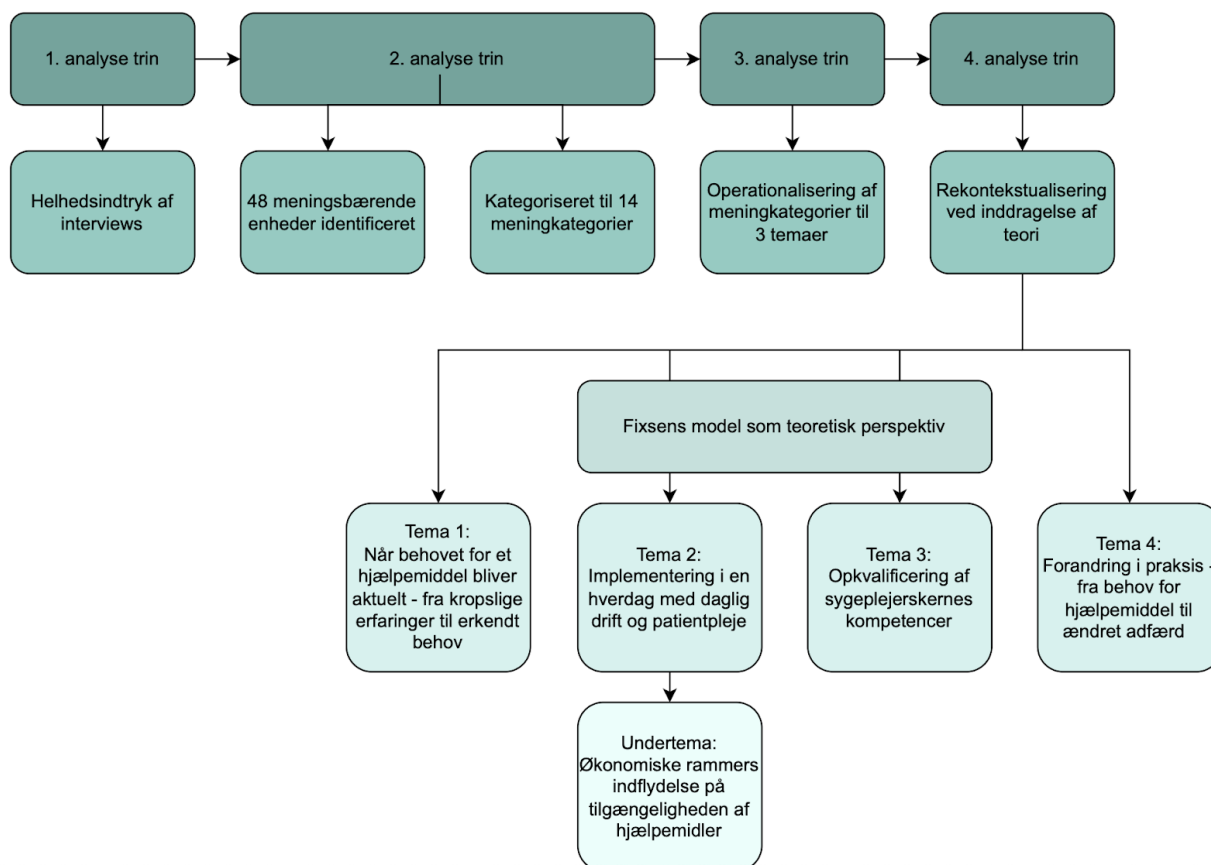
Implementering af hjælpemidler i hospitalssektoren afhænger af en række organisatoriske, ledelsesmæssige og kompetencemæssige forhold. Fælles for Haraldsson et al. (2024), Morvati et al. (2025) og Greenhalgh & Abimbola (2019) er betydningen af ledelsesmæssig støtte og medarbejderinddragelse, hvor Haraldsson et al. (2024) fremhæver, at en decentral ledelsesstil, hvor sygeplejersker deltager i beslutningsprocesser, øger chancen for, at interventioner forankres i deres daglige praksis. Undersøgelsen af Morvati et al. (2025) viser at relationelt orienteret og bevidst ledelse, der bygger på respekt, tillid og anerkendelse, skaber motivation og engagement blandt medarbejderne, hvilket ligeledes bidrager til øget chance for succesfuld implementering. Denne sammenhæng kan yderligere forstås gennem NASSS-frameworket (Greenhalgh & Abimbola, 2019), hvor organisatoriske forhold og ledelsesmæssig kapacitet ses som afgørende for, om teknologiske interventioner adopteres og opretholdes over tid. Her ses desuden at organisatorisk kompleksitet og manglende tilpasning til lokale forhold, kan være en barriere for implementering, hvilket ligeledes bekræftes af Haraldsson et al. (2023) og Morvati et al. (2025), hvor kontinuerlig tilpasning og kontekstuel forankring fremhæves som fremmende ved implementering af hjælpemidler. Ifølge Haraldsson et al. (2024) og Greenhalgh & Abimbola (2019) er succesfuld implementering ikke en lineær engangs-indsats, men en iterativ proces, der kræver løbende feedback og justering, idet

sundhedsvæsenet altid er under forandring, hvorfor tilpasning aldrig stopper med at være nødvendig over tid. Ligeledes understreger Morvati et al. (2025) at organisatorisk fleksibilitet og nærværende ledelse bidrager til at sundhedsmedarbejdere oplever større ejerskab og mening med brug af hjælpemidler, hvilke er faktorer, der fremmer anvendelsen af nye hjælpemidler. En fællesnævner på tværs af alle tre studier er betydningen af arbejdskultur og værdisæt. Haraldsson et al. (2023) og Morvati et al. (2025) fremhæver begge, hvordan en arbejdskultur præget af engagement, fællesskab og tydelig kommunikation fremmer positiv organisatorisk forandring. Morvati et al. (2025) illustrerer dette gennem metaforen om *træets rødder* som symbol for de grundlæggende værdier: respekt, anerkendelse og tilhørsforhold, hvilket relaterer sig til arbejdsmiljøindsatser, herunder brug af hjælpemidler.

Sammenfattende viser artiklerne stor enighed om, at organisatorisk støtte, tydelig ledelse, og en arbejdskultur, hvor der er plads til dialog og medarbejderperspektiver, er afgørende faktorer og derfor fremmende for succesfuld implementering, hvor mangel på de samme faktorer vil virke hæmmende. Desuden ses det, at for at teknologiske og fysiske hjælpemidler kan adopteres, kræver det, at de understøttes af de organisatoriske forhold, hvor ledelsen er strategisk mht. den langsigtede implementering. Denne implementeringsstrategi bør ligeledes involvere løbende feedback og opfølgning, og at ledelsen prioriterer, at medarbejderne føler sig involveret samt at interventionen tilpasses lokale forhold, hvis det skal fremme implementeringen.

8.2 Analyse af de kvalitative interviews

I følgende afsnit analyseres de fire kvalitative interviews, der består af fire temaer, med et tilhørende undertema, *jf. figur 5*. Dette udgør det fjerde trin i Dahlager og Fredslunds filosofiske hermeneutiske analysemetode, hvor der sker en rekontekstualisering af de operationaliserede temaer fra analysens tredje trin. Her inddrages Fixsens implementeringsteori (Blase et al., 2015; Fixsen, 2005), som en teoretisk ramme, og dermed udvidelse af vores forståelse af mellemledernes erfaringer relateret implementering af hjælpemidler. Således besvares problemformuleringens andet undersøgelsesspørgsmål: *Hvordan kan mellemlederes erfaringer med implementering af hjælpemidler bidrage til et forandringsforslag, der styrker forebyggelse af hånd- og fingerbelastninger hos sygeplejersker på hospital X?*



Figur 5: Oversigt over analysens fire trin

8.2.1 Tema 1: Når behovet for et hjælpemiddel bliver aktuelt

- fra kropslige erfaringer til erkendt behov

Tema 1 omhandler identifikation af AHFB blandt sygeplejerskerne, og hvordan deres kropslige erfaringer med smerter, som følge af belastende arbejdsopgaver, fører til et behov for hjælpemidler, for at lette deres arbejdsgange og aflaste hænder og fingre.

AHFB er en velkendt, men ikke dokumenteret problematik blandt sygeplejersker, hvorfor mellemledere på hospital X ikke har mulighed for at indhente viden udefra: *“Vi har nogle medarbejdere, der er blevet syge med det her - altså, som ikke længere kan holde til at være på arbejde. Det er jo den måde, vi bliver opmærksomme på det. (Kim).* Ligeledes har hospital X ingen adgang til danske statistikker mht. arbejdsmiljøskader og belastende opgaver relateret til sygeplejersker, hvorfor mellemlederne først bliver opmærksomme på udfordringer, som følge af lokale erfaringer på de enkelte afsnit. Dette vanskeliggør mellemlederens opgave relateret primær forebyggelse blandt sygeplejerskerne, idet belastningerne generelt opstår over tid, hvilket betyder at

forebyggelse først bliver aktuelt når sygeplejerskerne oplever smerter. Derfor er der ofte tale om tertiær- fremfor primær forebyggelse.

AHFB-relaterede problematikker tages alvorligt af de enkelte mellemledere, der hver især italesætter en forpligtelse for at passe på deres medarbejders sundhed; ikke kun i relation til at sikre en stabil drift, men også for at sikre at sygeplejerskerne kan blive på arbejdsmarkedet længst muligt. Medarbejderens trivsel vægtes højt såvel som effektiviteten, hvilket viser at fokus på at mindske AHFB ligeledes beror på oprigtig omsorg for sygeplejerskerne, så: ”. . . de ikke bliver misligholdt af at gå på arbejde, at de ikke bliver ringer stille sundhedsmæssigt, fordi at de har det her arbejde.” (Alex). Samtidig er der en opmærksomhed på at sygeplejerskernes fingersmerter har en langt større konsekvens for den enkelte end blot fysiske smerter:

”Det gør jo noget ved det fysiske arbejdsmiljø, men i bund og grund rammer det jo også det psykiske, fordi hvis man begynder at gå og have nogle skavanker, som er udløst af et eller andet fysisk altså, så påvirker det jo én.” (Renee)

Derved ses et behov for en helhedsorienteret arbejdskultur, med fokus på samspillet mellem krop og psyke som nødvendigt blandt mellemlederne, idet identificeringen ikke kun relaterer sig til smerter, men også kan vise sig på andre måder. I kraft af AHFBs mere dybdegående betydning for individ og for arbejdsplads, bliver sygeplejerskernes belastninger og smerter en kropslig markør for en arbejdsmiljømæssig problematik, som de respektive mellemledere har til ansvar at håndtere. For at mellemlederne kan få kendskab til omfanget af AHFB er arbejdskulturen vigtig: ”. . . det her med at vi har høj psykologisk tryghed er rigtig vigtigt i vores afdeling - at man bare kan komme til mig.” (Alex). Når mellemlederne skaber et arbejdsmiljø, hvor sygeplejerskerne er trygge ved at være ærlige om deres arbejdsrelaterede smerter, opstår muligheden for at afdække de belastende arbejdsgange og forstå sygeplejerskernes problematikker mere indgående. Selv om fremgangsmåden er forskellig blandt mellemlederne, beskriver de alle, hvordan de vægter den åbne dialog på møder og i én til én relationen med medarbejderne. Mellemlederens kendskab til de enkelte arbejdsgange danner beslutningsgrundlaget, for hvilke hjælpemidler, der kan være relevante:

”. . . hvordan sikrer vi at de bruger deres krop rigtigt? Det er nok sådan mit første go to, også når vi snakker håndbelastning. Hvordan er det vi sikrer at vi bruger hænderne og vores krop rigtigt, men også, hvad er det for nogle hjælpemidler, de ligesom kan bruge?” (Bille)

Mellemlederen giver således udtryk for, at der er et behov for at identificere, hvilken form for hjælpemidler de kan implementere, for at afhjælpe belastende arbejdsopgaver. Nogle mellemledere bruger APV'er og fælles snakke på morgen- og personalemøder til at afdække de opgaver, der belaster sygeplejerskernes hænder og fingre. Enkelte mellemledere går dog mere systematisk til værks gennem et grundigt analysearbejde af de specifikke arbejdsopgaver og stuegennemgang. Dette bidrager med at afdække behovene mere specifikt, og giver mellemlederen en større indsigt i både, hvilke arbejdsituationer belastningerne opstår, samt hvilke problematikker, der skal sættes ind overfor. Ved at den enkelte sygeplejerske opfordres til at sætte ord på, hvad der belaster, bliver det også en del af hendes faglige praksis: *"Hvad nu hvis det også er faglighed at passe på sin egen krop?" (Bille)*. Mellemlederen fortæller her om et stort ønske om, at sygeplejerskerne tager deres krop alvorligt, så de kan holde til at være på arbejdsmarkedet i lang tid og undgå belastningsskader. Den mest belastende arbejdsopgave anses af alle mellemledere for at være medicin håndtering, hvor det at stå og trække medicin op i 50 ml sprøjter er utrolig hårdt for hænder og fingre. Dette kan imødekommes ved at bruge hjælpemidler, men for at helt undgå hånd- og fingerbelastninger er færdigblandet medicin ifølge mellemlederne den mest effektive form for forebyggelse, idet det gør at sygeplejersken helt undgår at stå og trække medicinen op. Selvom dette ikke vil være muligt for alle former for medicin og andre væsker, vil mindsket medicinoptræk naturligt betyde mindre belastninger for den enkelte sygeplejerske.

8.2.2 Tema 2: Implementering i en hverdag med daglig drift og patientpleje

Implementering af hjælpemidler i en travl hverdag kan være forbundet med både organisatoriske, ledelsesmæssige og individuelle udfordringer. Nedenfor vil vi beskrive de komplekse forhold som mellemlederne peger på spiller ind ved implementering af hjælpemidler mod AHFB. Her inddrages Fixsens *organisatoriske- og ledelsesmæssige driver* (Blase et al., 2015), i både hovedtemaet samt det medfølgende undertema, for at forstå hvilke faktorer der påvirker implementeringsprocessen.

Implementering af hjælpemidler på hospital X, foregår i en travl og kompleks hverdag, præget af kontinuerlig drift og patientpleje: *"... her er jo lidt over % sygeplejersker, der arbejder på tre forskellige tidspunkter af døgnets 365 dage om året."* (Bille). Alle mellemledere er i den forbindelse bevidste om deres ansvar i forbindelse med implementeringen. *"... arbejdsmiljø er jo bundet op på ledelsen, altså det er ledelsen, der har det objektive ansvar."* (Kim). Samtidig er der en erkendelse af, at den komplekse hverdag med treholdsskift, sammen med en stor personalegruppe, vanskeliggør

muligheden for selv at kunne sikre implementering og brug af hjælpemidler blandt sygeplejersker på tværs af alle vagtlag. Her italesætter flere af mellemlederne behovet for et stærkt fagligt team omkring sig, hvilket som regel ses bestå af bl.a. den kliniske arbejdskoordinator, TRIO-samarbejdet bestående af tillidsrepræsentant (TR) og arbejdsmiljørepræsentant (AMR), udviklings-, uddannelses- og undervisningssygeplejersker (U-sygeplejersker) samt forflytningsvejledere mfl.:

” . . vi har fået det her nye, og har nogle nøglepersoner, der ligesom bliver lært op i noget undervisning (...) - en sygeplejerske, der er rigtig god til at komme ud i alle vagtlag, for at være med til at få det implementeret.” (Alex)

Samarbejdet med nøglepersoner er således en vigtig komponent i mellemlederens ledelsesstrategi og spiller derfor en central rolle ved implementering af hjælpemidler på de enkelte afsnit. Ifølge Blase et al. (2015) er *ledelsesdriveren* ikke nødvendigvis bundet op på én enkelt formel leder, men snarere flere. Disse opstår gennem distribueret og delegeret ledelse, hvor flere aktører så som nøglepersoner engagerer sig i forskellige former for ledelse i forbindelse med implementeringsprocessen. Derved styrker nøglepersonerne funktionerne relateret til *ledelsesdriveren*, idet de varetager ledelsesmæssige opgaver, der bidrager til vedvarende fokus på brug af hjælpemidler. Synlighed og engagement er særligt vigtigt i de tidlige faser af implementeringsprocessen, hvor den *adaptive* ledelsesform er særligt fremtrædende (Blase et al., 2015), idet det fordrer håndtering af potentiel usikkerhed og modstand, der kan opstå hos medarbejderne (Fixsen et al. 2005):

”Det er jo at jeg bakker op om det og støtter det, og er med til at gå forrest, og siger at det er det her vi skal. Det er det vi skal, fordi det er for personalets bedste og for at passe dem. Det er jo min rolle i det, tænker jeg.” (Renee)

Ved at gå forrest og vise vej, sender mellemlederen et tydeligt signal om engagement og opbakning ift. brug af hjælpemidler, for at sygeplejerskerne skal passe på sine hænder og fingre. Der understreges dog at brugen af hjælpemidler kræver at det er meningsfuldt for sygeplejerskerne, hvor: *”Forflytning er jo noget, der altid har været meget i fokus, men det her med at have fokus på de små ting på vores bevægeapparat, kunne man godt ønske sig noget mere af.” (Alex)*. Eftersom dét, at passe på sine fingre, endnu ikke er inkorporeret som et led i sygeplejerskens daglige arbejdsgang, er det nødvendigt at skabe mening hos sygeplejerskerne i en travl hverdag med fokus på patientpleje.

Derfor fremhæves meningsskabelse som en vigtig ledelsesstrategi i implementering af et nyt hjælpemiddel:

” . . . når vi skal have implementeret noget, så er jeg meget optaget af meningsskabelse. At vi skaber mening for medarbejderen. [...] Jeg plejer på personalemøderne at kalde det ‘The big why’. Hvorfor er det vi skal det her? Fordi hvis det giver mening, så kan vi meget bedre tage det ind.” (Bille)

Samtlige mellemledere er optaget af denne strategi, i et forsøg på at få sygeplejerskerne til at tage ejerskab for brug af hjælpemidlerne. I relation til *ledelsesdriverens adaptive* ledelsesform (Blase et al., 2015) kan dette ses som mellemlederens måde, hvorpå vedkommende inviterer sygeplejerskerne ind i beslutningsprocesserne, og derved anerkender at de er fagspecialister, for at hjælpe dem med at tage ejerskab. Derfor ses bottom-up tilgangen som den mest gængse ledelsesstrategi: *”Det er jo dem, der er i feltet. Det er ikke mig. Så jeg har jo behov for dem i min ledelse. Jeg bruger rigtig meget tid på det her med at medinddrage mine medarbejdere, altså gennemsigtighed i ledelse.” (Alex)*. Gennem inddragelse og ledelsesmæssig åbenhed, kan ledelsesansvaret udvides til at omfatte både nøglepersoner og sygeplejersker, som dermed får en aktiv rolle i implementeringen af hjælpemidler. Dette kan bidrage til den fælles forståelse og langsigtede forandring: *” . . . hvis vi skal gøre den enkelte medarbejder til ambassadør, så er man nødt til at sige - Jamen hvorfor er det jeg skal gøre det her? Ja, fordi så er alle lige pludselig ambassadører.” (Bille)*. Derved ses en ambition om at skabe fælles forståelse for, hvorfor sygeplejersker skal passe på deres hænder og bruge hjælpemidler, for at integrere det i den faglige praksis. Der er dog samtidig en erkendelse blandt lederne, at forandringer tager tid og at medinddragelse ikke nødvendigvis kan stå alene. Erfaringer fra tidligere implementeringer viser, at der i perioder kan være behov for mere stram styring, for at et tiltag bliver fuldt implementeret. Ligeledes italesættes det at motivation og behov er forskelligt:

” . . . når det handler om arbejdsmiljø, så er der nogen, der ikke synes det er et problem, og nogen der synes det er et OK problem, og nogen synes det er et stort problem. Det kan være i den samme medarbejdergruppe, der laver lige præcis det samme.” (Kim)

Ved at opfattelsen om behov er forskellige, kan det være svært at nå alle sygeplejersker og vide, hvilke belastningsproblematikker, der skal handles på. Derfor mener samtlige mellemledere at det er

vigtigt med en tydelig ledelse, der skaber rammerne og muliggør brugen af hjælpemidler på det enkelte afsnit: “. . . *det er jo dit ansvar at bruge hjælpemidlerne. Det er mit ansvar, at de er der, men det er dit ansvar at bruge dem.*” (Bille). Således kræver adfærdsændring ikke kun ledelsesmæssigt ansvar, men også at sygeplejerskerne tager medansvar, som aktør i den fælles implementeringsproces mht. at forebygge hånd- og fingerbelastninger ved brug af hjælpemidler.

8.2.2.1 Økonomiske rammers indflydelse på tilgængeligheden af hjælpemidler

På hospital X er afdelingernes budgetter placeret lokalt, hvilket betyder, at de enkelte mellemledere administrerer deres økonomi ved anskaffelse af hjælpemidler. Således er investeringer under indflydelse af mellemledernes prioritering af de tildelte midler:

”Det er jo den der evige ledelsesmæssige prioritering, om at få hverdagen til at hænge sammen, og så sikre sig, at man har de rigtige remedier - de rigtige værktøjer til at arbejde med det. Og sikre sig at de er let tilgængeligt. . . ” (Kim).

De individuelle valg medfører således lokale forskelle i tilgængeligheden af hjælpemidler og dermed sygeplejerskernes arbejdsvilkår, hvor: *”Der er nogen, der har nogle andre vilkår end andre.”* (Kim). Dette betyder, at de økonomiske ressourcer, som er en del af dét, Blase et al. (2015) betegner som *systeminterventioner*, ikke er fordelt ens på tværs af hospitalets sengeafsnit. *Systeminterventionen* omhandler de strukturelle forhold, herunder de økonomiske midler, der skal understøtte implementeringen (Blase et al., 2015), hvilket grundet en decentral implementeringspraksis fordeles forskelligt. Således afhænger implementeringens strukturelle rammer i høj grad af, hvordan den enkelte mellemleder prioriterer og håndterer økonomien lokalt. Derved fremstår det tydeligt, at tilgængeligheden af hjælpemidler både afhænger af de økonomiske rammer og af de prioriteringer, der træffes i det daglige ledelsesarbejde. Mellemlederne har forskellige opfattelser af, hvad der kræves, for at et hjælpemiddel mod AHFB er let tilgængeligt, hvor de sygeplejefaglige mellemledere vurderer, at det er tilstrækkeligt at anskaffe nogle stykker, der ligger på de arbejdsstationer, hvor de benyttes. Derimod giver de administrative mellemledere udtryk for, at hjælpemidlerne bør være så tilgængelige, at de altid er indenfor sygeplejerskernes rækkevidde, hvor de end befinder sig. Igen ses afdelingsforskelle, der har betydning for rammerne omkring driveren *faciliterende administration*

(Blase et al. 2015), hvilket medvirker til uklare rammer og manglende forståelse for behovet for hjælpemidler.

Når mellemlederen har besluttet, at der bør investeres og indkøbes hjælpemidler for større beløb end det vedkommende har til rådighed, skal der søges godkendelse højere oppe i ledelseshierarkiet, hvilket ofte kræver et stort argumentationsarbejde fra mellemlederens side:

”... og så siger de jamen det er dyrt. OK, men kan du sætte pris på sygeplejerskernes hænder, fordi jeg kan ikke? Jeg kan ikke sige, hvad sygeplejerskernes hænder er værd, og det er der så heller ikke rigtig nogen af dem, der kan sige.” (Bille)

Mellemlederen er således nødt til at synliggøre arbejdsmiljømæssige hensyn og problematikker i en økonomisk argumentation, der skal anerkendes af den øvre ledelse. Dette kan opleves udfordrende, idet det kan være svært at måle sygeplejerskernes daglige belastninger ift. de knappe monetære ressourcer, hvor især primær forebyggelse mange gange først viser sig flere år senere, end dér, hvor investeringen skal foretages. Selv om omkostninger forbundet med køb af hjælpemidler kan have en negativ indvirkning for anskaffelsen, er der dog en oplevelse af, at den øvre ledelse også er lydhøre overfor mellemlederens argumenter, for behovet for hjælpemidler:

”... hvis der er noget i forhold til arbejdsmiljøet, og det er noget med patientsikkerhed, altså når vi begynder at have nogle tunge ting på vægtskålen, [...] så får vi bare opbakning, fordi det er jo det, der er virkeligt, der betyder noget. Så synes jeg faktisk at det kan være en støtte for os.” (Renee)

Mellemlederne oplever derved den øvre ledelses opbakning som en støtte, trods de økonomiske begrænsninger, der kan være i forbindelse med at ville passe på sygeplejerskernes hænder. Mellemlederens begrundelser for behovet for hjælpemidler mod AHFB, og den øvre ledelses forståelse og støtte, bliver dermed afgørende for anskaffelsen. Derved ses det, at mellemledelsen oplever deres øvre leders opbakning forskelligt, idet nogle af mellemlederne synes, trods de gode intentioner, at deres øvre ledere mangler føling med sygeplejerskernes hverdag og arbejdsgang på afsnittet.

Undertemaet viser, at mellemledernes økonomiske prioriteringer og evne til at formidle behov opad i organisationen, spiller en central rolle for anskaffelsen og dermed også implementeringen af

hjælpemidler. Dette understøtter Fixsens forståelse af ledelsesdriveren (Blase et al., 2015) som en funktion, der ikke alene omhandler støtte, men også om at skabe sammenhæng mellem forskellige systemniveauer og praksis. Når hjælpemidlers tilgængelighed mht. anskaffelse varierer, bliver det tydeligt at *organisatoriske drivers* ikke blot er strukturer; det bliver til noget, der skal forhandles i praksis, hvilket kræver ledelsesmæssig opmærksomhed og lokal tilpasning.

8.2.3 Tema 3: Opkvalificering af sygeplejerskens kompetencer

Opkvalificering af nøglepersoner og sygeplejersker er ikke blot et spørgsmål om generel kompetenceudvikling; det er også en måde at sikre at de sygeplejersker, der fungerer som nøglepersoner kan varetage sin støttefunktion i forbindelse med implementering af hjælpemidler. Nedenfor vil vi med udgangspunkt i Fixsens teori om *kompetencedriveren* (Blase et al., 2015) undersøge, hvordan mellemlederne arbejder med at opbygge og vedligeholde nøglepersoners og sygeplejerskers kompetencer, og hvilke forhold, der kan understøtte og styrke denne opkvalificering.

Mellemleder fortæller at de har erfaret, at enkelte undervisningsgange ikke er nok, idet implementering kræver kontinuerlig og praksisnær opkvalificering, der både muliggør konkret færdighedstræning og egen refleksion over arbejdsgange og anvendelse af hjælpemidler: *"Vi kører faktisk også simulation to gange om måneden, hvor vi øver os i forflytning, for simpelthen at passe på os selv og blive rigtig dygtige til at lære at få flyttet vores patienter"*. (Alex). Når det kommer til hjælpemidler relateret til AHFB, er opmærksomheden på denne problematik fortsat så ny, at træning i brug endnu ikke systematisk planlagt, men kun genbesøges og adresseres mundtligt til møder:

"Jeg tænker stadigvæk, at den der OpenIt bliver brugt. Dog er der nogle funktioner på den, som jeg ved, man måske har glemt eller overset. F.eks. er der sådant et lille hul i den ene ende, hvor jeg tænkte lidt, at man kan vride et eller andet af med. Den tror jeg ikke der er ret mange, der bruger, fordi den tror jeg, man har glemt, hvad det er man bruger den til." (Alex)

Dette indikerer, at genbesøg og træning i brug af hjælpemidler er lige så vigtigt, som ved brug af mere komplekse hjælpemidler, idet det minder sygeplejersken om, hvordan hjælpemidlets forskellige funktioner skal bruges, og hvordan de hver især bruges korrekt. Således kan træning også bidrage til vedligeholdelse af brug, idet genbesøg ved andre mere komplekse hjælpemidler viser, at det bidrager til at sygeplejerskerne "dygtiggør og passer bedre på sig selv", som tidligere nævnt. Ifølge Blase et

al. (2015) bør *træning* og *coaching* ikke blot bestå af en kort introduktion, men skal suppleres med gentagne muligheder for at øve og integrere nye færdigheder i praksis, sammen med coaching fra nøglepersoner, der er uddannede i at varetage den specifikke implementering. Når mellemlederen beskriver, at en funktion i hjælpemidlet glemmes over tid, vil den manglende opfølgning således understrege vigtigheden i driverfaktorerne *træning* og *coaching*, idet vedligeholdelse kræves for at ændring af adfærd skal ske, også selv når hjælpemidlet fremstår simpelt: *“... det er jo ikke af ond vilje at medarbejderne glemmer det, [...] det er jo igen vanens magt.” (Renee)*. Her er opmærksomhed på at regelmæssig påmindelse om at bruge de tilgængelige hjælpemidler en ligeledes vigtig komponent, hvor nøglepersonerne er en stor støtte grundet deres adgang til alle vagtlag, jf. tema 2: *“... så har vi vores uddannelse- og udviklingsansvarlige, som jo også løfter en kæmpe opgave i det og er virkelig gode til, når hun går rundt og kigger og ser - ‘jamen hov husker I nu at bruge?’” (Renee)*.

Undervisning og træning på afsnittene foregår generelt på morgenmøder og faste undervisningsdage, hvor det hovedsagelig er nøglepersoner, der er særligt undervist i at facilitere og vidensdele, som står for undervisningen af deres kollegaer. Andre mellemledere vælger decideret at afsætte tid, hvor f.eks. forflytningsvejledere tages ud af den daglige drift, for at støtte kollegerne ved implementering og brug af forflytningshjælpemidler. For at kunne varetage denne undervisning af kollegaer, får nøglepersonerne opkvalificeret deres viden og færdigheder, gennem kurser, som bl.a. tilbydes af hospitalets arbejdsmiljø- og trivselsteam. Forflytning er det område, hvor der størst erfaring med at bruge hjælpemidler, hvor der f.eks. er *“... lavet et rum, hvor man kan komme ned og træne sine færdigheder, så der kan man komme ned og træne som afdeling.” (Kim)*. Derved findes foranstaltningerne til at øve færdigheder for både nøglepersoner og sygeplejersker i brug af hjælpemidler, hvilket dog kun ses blive gjort ved de mere komplekse hjælpemidler, og ikke ved de mere simple hjælpemidler, der er udviklet til at skåne hænder og fingre. Således ses det, at flere af de elementer, som Blase et al. (2015) og Fixsen et al. (2005) fremhæver som centrale for træningseffekt i implementering, herunder adgang til gentagen træning, færdighedsudvikling og kontekstnær læring, formelt er til stede på hospital X. I relation til AHFB, hvor der ikke findes officielle uddannelser eller retningslinjer, virker disse færdigheder ikke til at blive trænet med samme systematik. Dermed ses det, at hænder og fingre pt. ikke får den samme opmærksomhed, som de større kropsdele mht. forebyggelse af belastninger, på trods af at medicinhåndtering er belastende for sygeplejerskerne. Når træningen ikke systematiseres, øges risikoen for fejlbrug, hvorfor mellemlederne er opmærksomme på at brug af hjælpemidler ikke ”kun” trænes, men at brugen af hjælpemidlet skal indlæres korrekt fra starten. Uden systematisk observation og feedback risikeres, at fejlanvendelse ikke opdages, og

at læring såvel som inkorporering af et hjælpemiddel udebliver. Dette relaterer til faktorerne *træning* og *coaching* i *kompetencedriveren*, hvor introducerende træning er vigtig, men kræver løbende observation, dialog og støtte for at vedligeholdes og skabe langsigtet adfærdsændring (Blase et al., 2015; Fixsen et al., 2005).

Som følge af de manglende retningslinjer indenfor AHFB, er samarbejde med producenter og forhandlere en støtte ved træning af nøglepersoner, i forhold til at kunne oplære andre i brug af hjælpemidler: *“De får jo undervisning Det er jo tit sammen med forhandleren, der kommer og skal sælge tingene, så får vi noget undervisning i det” (Renee)*. I forbindelse med at afsnittene havde hjælpemidlet Pullit, til optræk af 50 ml. sprøjter, på prøve, blev prøveperioden fulgt op med et evalueringsskema fra forhandleren. Dette er dog ikke en praksis mellemlederne regner med at indføre på afsnittene, hvor de i stedet for evaluerer mundtligt ved morgenmøder. Set i relation til *kompetencedriveren* (Blase et al., 2015), understreges vigtigheden af at sikre, at *træning* og *evaluering* ikke blot sker som enkeltstående begivenheder, men for at understøtte vedvarende kompetenceudvikling gennem løbende feedback. Feedback relaterer derfor kun til, hvorvidt sygeplejerskerne finder hjælpemidlerne brugbare eller bruger dem, men bidrager med et overordnet billede, hvor der løbende kan justeres efter behovet på afsnittet, hvilket ifølge Blase et al. (2015) er udtryk for at der ikke kun skal ske en teknisk oplæring, men også fortsat sparring for at sikre, at der ikke afviges fra implementeringens langsigtede mål.

I overensstemmelse med Fixsens teori om kompetence som en central driver i implementering (Blase et al., 2015), giver mellemlederne udtryk for at opkvalificering ikke kun er et spørgsmål om teknisk oplæring, men om fortsat sparring, tilstedeværelse og synlighed af hjælpemidler. Ligeledes er der behov for nøglepersoner, der skal undervise og coache sygeplejerskerne i den daglige brug af hjælpemidler. Kompetencer skal ifølge Blase et al. (2015) og Fixsen et al. (2005) ikke blot tilegnes i starten af implementeringsprocessen, men vedligeholdes og udvikles i praksis, idet forandring over tid er uundgåeligt og kræver at implementeringer bliver genbesøgt og justeret. Derved ses behovet for at formalisere og systematisere træning og feedback i fremtidige implementeringsprocesser.

8.2.4 Tema 4: Forandring i praksis - fra behov for hjælpemiddel til ændret adfærd

Når et hjælpemiddel mod hånd- og fingerbelastninger bliver implementeret og introduceres blandt sygeplejerskerne, er dette kun begyndelsen. Forandring sker ikke af sig selv, og et hjælpemiddel er nødt til at blive brugt og integreret i den daglige praksis, for at ændre adfærden langsigtet hos

sygeplejerskerne, hvilket kræver langt mere end introduktion og instruktion. Dette tema er således en analyse af, hvad der kan motivere den enkelte sygeplejerske til at bruge et hjælpemiddel.

Mellemlederne er enige om at brugen af deciderede hjælpemidler hænger sammen med meningsskabelse og værdi for den enkelte, *jf. tema 2*, og at incitamentet om at det forebygger slitage på egen krop sjældent er nok. De oplever ofte, at sygeplejerskernes egenomsorg kommer i anden række, med mindre det decideret er for smertefuldt ikke at bruge et hjælpemiddel. Kun en af mellemlederne har en oplevelse af at alle sygeplejerskerne på afsnit bruger hjælpemidlet *OpenIt*, som er specifikt udviklet til at skåne hænder og fingre, hvor en anden vurderer at det nok er 50/50, og at det nok skyldes vane at ikke alle bruger den. Selv om sygeplejerskerne kommer til deres ledere eller den tilknyttede TRIO, *jf. tema 2*, og fortæller om belastninger og smerter i hænder og fingre, er der en arbejdsgang og vaner på afdelingerne, der kan være årsag til fravalg af hjælpemidler: *"Der er nogen, der har nogle vaner, der har været indgroet igennem mange, mange år. Det tager rigtig lang tid at ændre en vane for sygeplejerskerne, [...] man begynder først at ændre dem, når man får ondt."* (Alex). Flere af mellemlederne påpeger derfor, at det ikke nok bare at minde sygeplejerskerne om at bruge et hjælpemiddel; brugen opstår først, når sygeplejersken selv oplever, at det giver mening i netop den enkeltes arbejde - og det kan hverken læres eller tvinges igennem. Størstedelen af mellemlederne oplever en vis modstand mht. ændringer af vaner relateret til brug af hjælpemidler, hvilket de også italesættes direkte overfor sygeplejerskerne, for at skabe bevidsthed:

"Hvorfor er det man synes det er irriterende at bruge den? At være nysgerrig på det og så spørge ind til dem, [...] Hvorfor er det, at det er irriterende, at vi skal det her? Fordi tit så vil der være modstand. Det vil altid være nogen, der er imod, fordi det er en vane." (Renee)

Derved ses det, at den subjektive værdi er nødt til at være tydelig og stærk nok, for at den enkelte sygeplejerske skal se det som et incitament til at lægge energi og kræfter i at ændre egne "indgroede" vaner. Det er ligesom grundmotivationen at medarbejderen skal kunne se værdien for dem selv: *"Det er jo den gamle klassiske 'What's in it for me'."* (Kim). Samme mellemleder pointerer:

"Derudover er en af de store motivationer jo, hvis det er godt for patienten. Personalet er bedre ved patienten end de er ved dem selv, så hvis det er, at det kan være godt for patienten, så er der også stor motivation i det." (Kim)

Den enkelte sygeplejerskes incitament for at ændre adfærd, kan dermed findes i relationen til deres patienter; et incitament der kan kobles til motivationen for at bruge et forflytningshjælpemiddel: ”*‘Jamen hvis du forflytter patienten rigtig, så bliver der ikke brandsår eller liggesår og så får patienten ingen smerter’, og sådan nogle ting. Det er jo også en del af vores måde at motivere vores personale.*” (Kim). Samme mellemleder understreger yderligere, at brug af hjælpemidlet skal give mening ift. sygeplejerskernes patienthåndtering og helst ikke tage for lang tid eller være alt for ”bøvlet”. Opmærksomhed på denne form for motivation, og dét at være eksplicit omkring, hvordan brugen tilsvarende vil være til gavn for patienten, er derfor vigtigt ved implementering af et nyt hjælpemiddel, for at brugen taler ind i den enkeltes værdigrundlag. Ligeledes beskriver mellemlederne, at motivationen også kan komme af at vide at kollegaer på afsnittet har brug for hjælpemidlet: ”*Jamen, det er faktisk nogle af dine kollegaer, der har sagt de har det her problem. Det gør det nemmere og mere relaterbart, end hvis det er noget jeg er kommet med.*” (Bille). Dette kan ses som yderligere en faktor, der taler ind i den enkeltes værdi, idet der ifølge mellemlederne ikke er nogen, der har lyst til at deres kollegaer skal gå rundt og have ondt; at de godt kan lade være med at bruge hjælpemidlet for egen skyld, men at de ikke vil være indirekte skyld i kollegaens smerter. Alligevel er det vigtigt for samtlige mellemledere at sygeplejerskerne på de respektive afsnit reelt set forstår, hvorfor de skal bruge hjælpemidlet. Derfor er dialogen og refleksionen vigtig, idet formålet med især den primære forebyggelse ikke er implicit ud fra den formelle introduktion:

“Det er meget nemmere at implementere ting, når vi godt kan se meningen i at bruge hjælpemidler; ‘Det er for at passe på jeres fingre’ - ‘Jamen, jeg har ikke ondt i mine hænder.’ - ‘Nej, men det er for at du ikke skal få ondt.’ - ‘Nåhr’, siger de så. Så kan de godt se det.”
(Bille)

Sygeplejerskens bevidsthed om at passe på egen krop, sker således ofte først i det øjeblik, hvor hjælpemidlet sættes i relation til sygeplejerskens fremtidige arbejdsliv. Mellemlederen bruger derfor en personlig og konkret dialog til at skabe denne subjektive bevidsthed relateret til brugen af hjælpemidler for at sygeplejersken skal passe på sine fingre. Her gør mellemlederne både brug af de førnævnte morgenmøder og ad hoc én til én-situationer, jf. tema 1, til at skabe rum for refleksion over egen værdi, når chancen byder sig. Der kan dog være store udfordringer, jf. tema 2, med at nå hver enkelt sygeplejerske grundet arbejdsstrukturen: ”*. . . så når vi har et morgenmøde, er det jo en lille gruppe, der sidder der, så det er jo altid et fragmenteret blik vi får på det hver gang.*” (Renee). Derved

ses det at, selv om det er nødvendigt, at hver enkelt sygeplejerske finder sin subjektive grund til at bruge et nyt hjælpemiddel, og mellemlederne er bevidste om dette grundvilkår, er der bare ikke ledelsesmæssig kapacitet til at nå omkring, hver enkelt sygeplejerske på afsnittet.

"Hvis man kommer et år senere og den så bare ligger ovre i hjørnet og samler støv, så bliver man nødt til at spørge sig selv. Er det så fordi at man jo faktisk i virkeligheden ikke synes at den fungerer?" (Alex)

Flere af mellemlederne understreger ligeledes at sygeplejerskerne er nødt til at give et hjælpemiddel en reel chance, før de henkaster den, hvilket kan være svært, når et lille hjælpemiddel, som er simpelt at bruge, ikke bliver genbesøgt systematisk, sammenlignet med f.eks. forflytningsteknik, som er skemalagt, jf. tema 3. Samtidig kan det være lettere for medarbejdere at fravælge hjælpemidler i travle situationer, idet konsekvensen kan virke mindre synlig her og nu. Derfor er vedholdenhed, synlighed og gentagelse helt centralt i det langsigtede implementeringsarbejde, hvor der konstant skal følges op og justeres.

Det handler ikke kun om at sætte noget igang, men om at holde det i gang, hvor mellemlederne når nogle sygeplejersker, men langt fra alle. Det er i de meningsfulde refleksioner og samtaler, at forandring tager fat, og adfærdsændringer kan begynde at ske. Forandringen sker ikke i kraft af selve hjælpemidlet, men i værdien det skaber; for sygeplejersken, kollegerne og patienterne. Denne værdi skal ikke blot forstås - den skal mærkes, før brugen af hjælpemidlet bliver et personligt tilvalg og en integreret del af sygeplejerskens praksis.

8.2.5 Delsyntese: Resultater af den kvalitative analyse

På baggrund af analysen af de fire temaer, fremtræder en række af mellemledernes erfaringer og refleksioner vedrørende implementering af hjælpemidler, der tilsammen bidrager med værdifulde indsigter. Formålet med følgende delsyntese er således, på baggrund af analysen, at lave en samlet besvarelse af specialets andet undersøgelsesspørgsmål, relateret den kvalitative dataindsamling: *Hvordan kan mellemlederes erfaringer med implementering af hjælpemidler bidrage til et forandringsforslag, der styrker forebyggelse af hånd- og fingerbelastninger hos sygeplejersker på hospital X?*

I mellemledernes erfaringer med implementering af hjælpemidler på hospital X, ses et komplekst samspil mellem individuelle, organisatoriske og strukturelle forhold. Behovet for forebyggelse af AHFB blandt sygeplejersker identificeres lokalt, gennem fysiske symptomer hos medarbejderne, hvor mellemlederne beskriver en virkelighed, hvor fraværet af nationale data og systematisk dokumentation gør dem afhængige af observationer og direkte samtaler i og om det daglige arbejde. Det er den psykologiske tryghed på de enkelte afsnit, der skaber rum til, at sygeplejersken kan italesætte sine belastninger, hvormed de opdages og adresseres. Mellemlederne viser en gennemgående forståelse for, at sygeplejerskernes fingersmerter ikke blot er et fysisk anliggende, men at det har dybere konsekvenser både for deres psykiske velvære og trivsel, såvel som for den langsigtede arbejdsevne og fastholdelse. Mellemlederne oplever derfor en stærk forpligtelse til at handle og yde omsorg for sine sygeplejersker, også selvom det ofte først sker, når skaderne er opstået; altså tertiær frem for primær forebyggelse. Således italesættes et tydeligt behov for en arbejdskultur, hvor der tages højde for både krop og psyke, og hvor trivsel og effektivitet ikke står i modsætning til hinanden, hvor alle er ambassadører og dét at passe på sig selv som sygeplejerske skal være en del af deres faglighed. Mellemlederne fremhæver at implementering af et hjælpemiddel sker i en virkelighed præget af kontinuerlig drift og treholdsskift, hvilket komplicerer muligheden for at følge op på, om hjælpemidlerne faktisk bruges. Her bliver samarbejdet med sygeplejersker, der også har rollen som nøglepersoner, afgørende, idet de både fungerer som mellemledernes nærmeste sparringspartnere, udøver distribueret ledelse og samtidig fungerer som bindeled til de øvrige sygeplejersker.

Mellemlederne søger at skabe mening, ejerskab og forandring nedefra i tæt samarbejde med sygeplejerskerne, for at imødekomme modstand eller lav motivation. De oplever dog også, at bottom-up tilgangen kræver vedholdenhed og til tider et mere styrende greb, for at implementering skal blive succesfuld. Netop motivation er et gennemgående tema, hvor mellemlederne oplever at sygeplejersker ofte først ændrer adfærd, når smerterne er blevet et personligt problem; altså når forebyggelse ikke længere er abstrakt, men konkret. Derfor arbejder lederne aktivt med meningsskabelse, både i forhold til den enkelte sygeplejerskes fremtidige helbred og i forhold til patientens sikkerhed samt kollegial omsorg. Her forsøger mellemlederne én til én at koble brugen af hjælpemidler til sygeplejerskens personlige og professionelle værdigrundlag, for at fremme adfærdsændring gennem egen-refleksion, hvilket de kan se har en virkning. Det opleves dog som udfordrende, idet lederne har ansvar for mange medarbejdere, og ikke har kapacitet til at nå personlige samtaler med dem allesammen. Mellemlederne er samtidig bevidste om, at travlhed og vaner er

barrierer for brug af hjælpemidler, og at det kræver både refleksion, samtaler og gentagelse, for at ændre adfærd i deres daglige praksis. Således ses et behov for et refleksionsrum og fælles dialog, hvor sygeplejerskerne kan identificere sin egen subjektive værdi i anvendelsen af hjælpemidler som forebyggelse af AHFB.

Mellemlederne taler om opkvalificering af nøglepersoner og sygeplejersker som en vigtigt men udfordret faktor. Selvom de har gode erfaringer med træning og coaching ift. forflytning, bliver brugen af simple hjælpemidler til hænder og fingre ikke systematisk genbesøgt, idet de opleves som lette at lære at bruge. Der mangler således både strategi og faste træningsrutiner, hvilket øger risikoen for fejlansvendelse og manglende støtte til ændret adfærd. Derfor ses det som nødvendigt, at træning i brug af hjælpemidler mod hånd- og fingerbelastninger bliver gentaget, og at kompetenceudvikling forstås som en vedvarende indsats, også for de mindre komplekse hjælpemidler. Det handler ikke kun om korrekt brug, men også om synlighed og gentagelse.

Økonomien fremstår som en strukturel faktor, der har grundlæggende betydning for om mellemlederne kan imødekomme sygeplejerskernes behov, og om en implementering overhovedet kan gennemføres. Mellemlederne har ansvaret for lokale budgetter, hvilket skaber forskelle på afsnittene mht., hvilke hjælpemidler der prioriteres, og hvor tilgængelige de er. Økonomiske begrænsninger betyder, at et ønske om forebyggelse skal forhandles opad i systemet, ofte med argumentation, der kobler arbejdsmiljøet til patientsikkerhed, for at passe på sygeplejerskerne. Her beskriver nogle af mellemlederne, at de oplever støtte fra den øvre ledelse, mens andre oplever, at der mangler forståelse for den kliniske virkelighed på afsnittene. Således medvirker den decentrale tilgang både til kontekstnær forebyggelse, samtidig med at det skaber ulighed i adgang af hjælpemidler på tværs af afsnittene, idet ikke alle mellemledere prioriterer ens.

Mellemledernes erfaringer viser samlet set, at implementering af hjælpemidler ikke blot handler om at stille udstyr til rådighed, men om at skabe varig adfærdsændring i en travl og kompleks hverdag. Dette kræver ledelsesmæssig vedholdenhed, internt samarbejde mellem mellemledelse og nøglepersoner, meningsskabelse og systematisk opkvalificering. Intet af dette kan dog få den enkelte sygeplejerske til at aktivt have lyst til at bruge hjælpemidler; kun når de kan mærke, at et hjælpemiddel giver dem subjektiv værdi, enten for dem selv, kollegerne eller patienterne, opstår der mulighed for en bæredygtig forandring, der kan forebygge AHFB og sikre fastholdelse i faget. Forståelsen for behovet for denne grundlæggende subjektive værdi ved implementering af hjælpemidler mod AHFB på hospital X, bidrager således til udfærdigelsen af nedenstående forandringsforslag, og dermed til besvarelsen af specialets andet undersøgelsesspørgsmål.

9. Forbedringsforslag til implementering i praksis

I følgende afsnit præsenteres vores forandringsforslag, hvor vi har udviklet en konceptuel model, som vi kalder *Værdikløveren*. Den er en del af det vi kalder *Værdibaseret implementering*, hvilket er en forandringsstrategi, som vi mener at mellemlederen kan bruge, når hjælpemidler mod AHFB skal implementeres på hospital X. Dette er ikke en afprøvet strategi, men et perspektiv og en vision, der er udarbejdet som en forlængelse af vores analyse og besvarelse af specialets problemformulering.

9.1 Introduktion til *Værdibaseret implementering*

- Et forandringsperspektiv

I det danske sprog og samfund bruges ordet *værdi* i flere forskellige sammenhænge. Ifølge Danmarks Nationalleksikon (Lex.dk, u.å.) bliver begrebet i filosofisk forstand brugt til at beskrive dét, vi tillægger betydning; dét, vi anser som vigtigt og rigtigt i tilværelsen. Den Danske Ordbog (Det Danske Sprog- og Litteraturselskab, u.å.) peger ligeledes på, at værdi omhandler dét, der tillægges betydning, og dét noget er værd, enten i en konkret eller mere abstrakt forstand. Generelt handler værdi altså om, hvad der subjektivt opleves som meningsfuldt og vigtigt. I denne kontekst og konceptuelle model definerer vi værdi dels fra den generelle mening, samtidig med at vores definition bygger på resultaterne fra analysen og den systematiske litteratursøgning, hvor vi, *jf. tema 4*, ser at værdi opstår, når den enkelte kan se og mærke en reel mening i at anvende et hjælpemiddel mod AHFB; både i forhold til den egne praksis, kollegaer, patienter og afsnittets arbejdskultur. Det handler om den enkelte sygeplejerskes subjektive betydning og oplevelse af mening, og om en langsigtet holdbarhed i faget. Ifølge Morvati et al. (2025) ses det at relationelle kontekster bidrager med øget motivation mht. forandring, hvilket ligeledes understøttes af Greenhalgh og Abimbola (2019), der understreger at succesfuld implementering afhænger af om et hjælpemiddel opleves at være meningsfuldt i den daglige praksis.

Værdiens betydning i implementering træder tydeligt frem i de interviews vi har haft med mellemlederne. Gennemgående kan deres omsorg for sygeplejerskerne mærkes, og at der er en oprigtig intention om at sikre både trivsel, faglighed og holdbarhed - både fysisk og mentalt. De ved godt, at implementeringen af et hjælpemiddel mod AHFB ikke lykkes alene gennem retningslinjer

eller instruktioner, men at adfærdsændring først begynder at ske, når den enkelte sygeplejerske kan se sig selv i og finde personlig mening i denne brug. De store antal medarbejdere fordelt på tre skiftehold, den daglige drift og patientplejen gør det dog svært at nå ud til hver enkelt sygeplejerske, hvor vi ud fra analysen kan se ét fælles behov for samtlige mellemledere: et konkret og brugbart værktøj, hvor lederen eller en nøgleperson strategisk og systematisk kan skabe refleksion, engagement og ejerskab blandt sygeplejerskerne og deres brug af hjælpemidler mod hånd- og fingerbelastninger. Den konceptuelle model er udviklet, for netop at imødekomme dette behov; at mellemlederne strategisk kan gøre plads til sygeplejerskernes egne refleksioner, så der er mulighed for den enkelte at komme i kontakt med egen værdi i relation til at passe på sine hænder og fingre ved hjælp af hjælpemidler. Dette understøttes ligeledes af Haraldsson et al. (2024), idet organisatorisk tilpasning og dialog ses bidrage til at implementering forankres i praksis.

Værdikløveren er bygget op omkring en firkløver, *jf. model 1*, som både er genkendelig og betydningsfuld i sygeplejerskefaget. Firkløveren, som også findes i Dansk Sygeplejeråds emblem, tegnet 1899, har lige siden repræsenteret sygeplejerskens faglige identitet og stolthed samt lykke i arbejdet (Dietz, 2022). Selvom de ikke ligner hinanden, ud over at de begge to er en illustration af den samme plante, rummer de en form for genkendelighed, som vi håber, kan skabe en fælles refleksion om, hvad faglighed også kan rumme; som mellemlederen *Bille* siger, *jf. tema 1*: “Hvad nu hvis det også er faglighed at passe på sin egen krop?”



Model 1: Værdikløversymbolet (Johansson & Meldgaard, 2025)

Modellen er tænkt som et praksisnært værktøj, som mellemledere kan anvende i fællesskab med sygeplejerskerne, idet det er her refleksionen kan ske i et fælles rum, hvor de personlige refleksioner deles og forankres i en kollektiv forståelse, og dermed for sygeplejersken i gruppen og i relationen til kollegaen. På den måde kan det individuelle forenes med det fælles, og måske opdages og opstår der en *fælles tredje* (Madsen, 1996) værdi, en ny grund til at bruge hjælpemidlet, som giver mening for fællesskabet i det daglige arbejde på afsnittet. Det er i bevægelsen mellem det personlige og det kollektive, at modellen kan bidrage til at sygeplejersken vil bruge et hjælpemiddel mod hånd- og fingerbelastninger, idet bevidstheden om dets egne værdigrundlag, forankret i det kollektive, kan åbne op for, hvad der giver mening for dem selv. Derved kan sygeplejerskerne føle, at det er lettere at engagere sig i forandringer; ikke fordi de skal, men fordi det giver mening. Og i sidste ende er det dét, der gør forskellen for implementeringen - at handlingen bunder i oplevet værdi.

Denne konceptuelle model er ikke tænkt at erstatte eksisterende implementeringsmetoder og strategier, men at fungere som et fleksibelt supplement, der kan tages op undervejs i processen, genbesøges, justeres og gentænkes. Den er ikke bundet til én bestemt fase i en implementeringsproces, men kan integreres dér, hvor mellemlederen vurderer, at der er behov for øget motivation for brug af hjælpemidler. Selvom der er investeret ressourcer i hjælpemidler og implementering, bliver de ikke nødvendigvis en integreret del af hverdagen, medmindre den enkelte sygeplejerske oplever personlig værdi. I organisationer som sundhedsvæsenet, hvor strukturer og systemer kan være svære at ændre, kan modellen ligeledes påvirke indefra, med afsæt i den enkelte, uden at organisationen er nødt til at tage højde for, hver enkelt sygeplejerskes subjektive værdigrundlag.

Med den *Værdibaserede implementering* vender vi perspektivet; I stedet for at begynde med arbejdsopgaven, teknologien eller systemet, tager modellen udgangspunkt i mennesket. I rollen som sygeplejerske og personen bag. Det handler om at se sygeplejerskernes faglighed som noget, der udspringer af den enkeltes værdioplevelse, og hvor motivationen for forandring ikke kan påtvinges udefra, men skal bidrage med at nære et indre engagement. Denne tilgang bygger på et holistisk og biopsykosocialt menneskesyn (Engel, 1980), hvor faglig udvikling og arbejdsmiljø ikke alene omhandler det fysiske aspekt, men også om det psykologiske og sociale, som tilsammen påvirker sygeplejerskens trivsel og muligheder for at engagere sig i forandring. Når vi tager udgangspunkt i, hvad der giver mening for den enkelte sygeplejerske, kan hjælpemidler mod AHFB forankres i praksis, og samtidig styrke den enkeltes ejerskab og langsigtede arbejdsevne. Ved at forbinde det personlige værdigrundlag med det fagprofessionelle i et sygeplejefællesskab, kan et forandret

arbejds miljø ses som en mulighed for at passe på sig selv og sine kollegaer, i stedet for at se det som en hindring i at udføre de daglige arbejdsopgaver. Med *Værdibaseret implementering* vil vi bidrage til styrkede forandringsprocesser, der både forebygger AHFB blandt sygeplejersker og samtidig styrker individet, fællesskabet og fagets bæredygtighed.

9.2 *Værdikløveren* - en konceptuel model

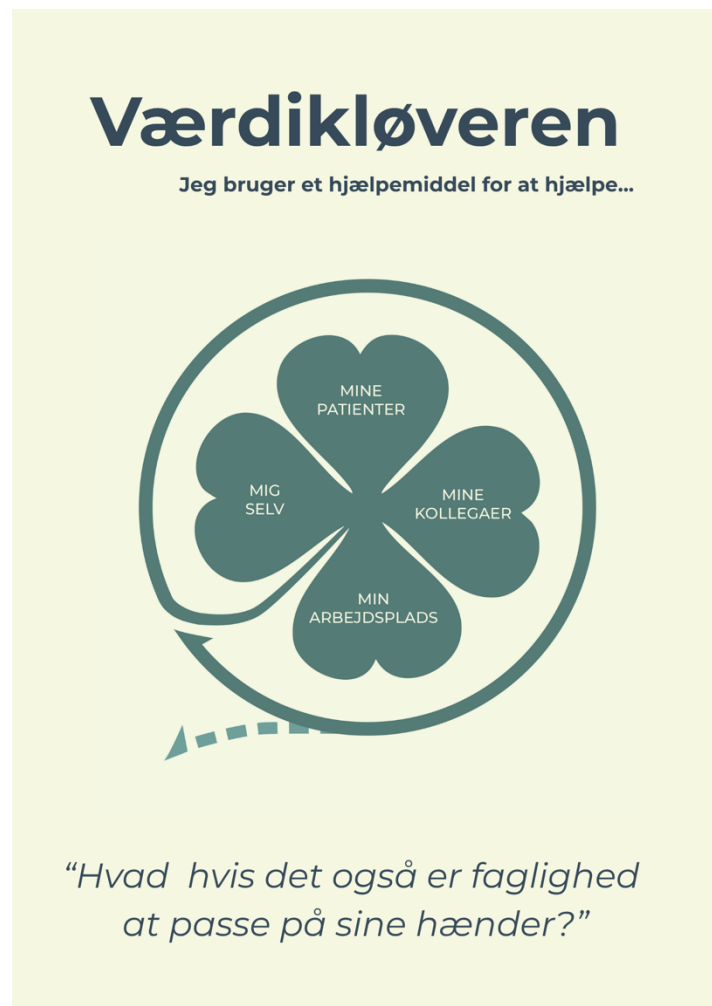
Som tidligere nævnt, har vi udviklet *Værdikløveren* som et praksisnært værktøj til mellemledere på hospital X. Den kan bruges til at skabe refleksion og dialog om, hvordan den enkelte sygeplejerske oplever værdien af at bruge hjælpemidler. Den efterfølgende fælles dialog om den enkeltes værdier, giver mulighed for at bidrage til en dybere indsigt i, og arbejde med *Værdibaseret implementering*. Følgende afsnit er en gennemgang af den konceptuelle model og beskrivelse af, hvordan mellemlederen i praksis skal bruge modellen for at facilitere refleksion og dialog blandt sygeplejerskerne.

Den konceptuelle model indeholder to konkrete redskaber; selve *Værdikløveren* samt et pædagogisk dialogredskab bestående af en oversigt og en vejledning, til at skabe mening og læring for den enkelte sygeplejerske og den samlede gruppe. Modellen er inspireret af Mezirows (2012) teori om *transformativ læring*, hvor kritisk refleksion bliver anvendt til at skabe mening ud fra egne erfaringer, hvilket danner grundlag for fortolkninger, der vejleder efterfølgende beslutninger. Ifølge Mezirov (2012), er vanemæssige handlinger en ikke reflekteret handling. Ved at reflektere over en handling, dvs. foretage en *reflekteret handling*, er denne refleksion uløseligt forbundet med beslutningen om, hvordan en handling bedst udføres, og dermed bliver det en integreret del af en *overvejet handling* (Mezirow, 2012). Derved kan sygeplejerskernes manglende brug af hjælpemidler være en følge af at det "bare" ikke har reflekteret over det endnu.

9.2.1 *Værdikløveren*

Den konceptuelle model er illustreret som en firkløver, der er drejet mod højre, så den hviler på et kløverblad og stilken peger mod venstre og fortsætter rundt i en cirkel rundt om firkløveren, for at slutte i to pile; en pil, der ender tilbage ved udgangspunkt for stilken og en stiptet pil der drejer væk fra cirkelens udgangspunkt i den sidste del af cirklen, jf. *model 2*. Udover den genkendelighed, som

firkløveren symboliserer for sygeplejersken, repræsenterer de fire kløverblade hvert sit perspektiv, ift. de områder brug af hjælpemidler mod AHFB kan have indflydelse på. *Værdikløveren* formidles til sygeplejerskerne via plakater i forskellige størrelser, der f.eks. kan hænge i medicinrummet for at påminde dem, om at huske at bruge de tilgængelige hjælpemidler, ved at minde dem om den værdi, som brugen af hjælpemidlet har for dem selv og for afsnittet.



Model 2: *Værdikløveren* (Johansson & Meldgaard, 2025)

Modellen begynder som udgangspunkt ved kløverbladet til venstre for stilken, jf. model 2. Dette blad repræsenterer *MIG SELV*, og den værdi, brug et hjælpemiddel, har for den enkelte sygeplejerske både som fagperson og som privatperson, at passe på sine hænder og fingre. Refleksionen starter ved dette kløverblad. Ved at starte her, er der mulighed for, at resten af refleksionen bliver forankret i en subjektiv meningsskabelse, men udgangspunkt i sygeplejersken selv. Behovet for meningsskabelse er identificeret i den kvalitative analyse, jf. tema 2 og tema 4,

hvor den er italesat som "*The big why*" (Bille) og "*What's in it for me?*" (Kim). Ved at starte med sygeplejerskens egen-refleksion, er der mulighed for at sygeplejersken kan finde ind til sin egen grundmotivation, der er forankret i den enkeltes subjektive forståelse af hjælpemidlets værdi, koblet til at passe på sine egne hænder og fingre. Her er det vigtigt at refleksionen både er i relation til sygeplejerskens arbejdsdygtighed og rolle som fagperson samt som privatperson, eftersom AHFB har konsekvenser, der rækker udover det faglige arbejde, og påvirker sygeplejerskens private gøremål, når først smerterne er opstået (Boe et al., 2024), *jf. afsnit 1*. Ved at give sygeplejersken et rum for denne refleksion, og en efterfølgende mulighed for at italesætte sine behov på baggrund af sine værdier, kan mellemlederen få indsigt i disse behov, hvilket ifølge Morvati et al. (2025), er nødvendigt for at kunne skabe en sund arbejdsplads. Dermed kan sygeplejerskens egen-refleksion og muligheden for at foretage *overvejede handlinger*, på baggrund af refleksionen, være et vigtigt redskab ind i mellemlederens arbejde med implementering.

Næste blad i den konceptuelle model repræsenterer *MINE PATIENTER*, *jf. model 2*, og dermed den værdi brugen af hjælpemidler kan have for patienten. Brug af hjælpemidler mod AHFB har som udgangspunkt ikke værdi for patienten, idet hjælpemidlerne udelukkende er til gavn for at lette sygeplejerskens arbejdsgange og aflaste hænder og fingre. Indirekte har det, at sygeplejersken passer på sine hænder og fingre, alligevel værdi for patienten, hvis det betyder at den højtspecialiserede sygeplejerske kan blive i sin ansættelse i mange år og samtidig kan udføre sit arbejde uden at være begrænset af smerter, *jf. tema 1*. Ydermere fortæller mellemlederne, *jf. tema 4*, at sygeplejerskerne ofte er bedre ved patienterne, end ved dem selv, hvorfor patienten er et vigtigt element i *Værdikløveren*. For selv om hjælpemidler mod AHFB ikke er lavet til at passe på patienten, men på sygeplejersken, får det alligevel en indirekte værdi for patienten. Derfor har vi placeret *MINE PATIENTER* øverst i modellen, idet patienterne kommer i første række, og er den fundamentale årsag til at sygeplejersken udfører sit arbejde.

Det tredje kløverblad der reflekteres over, er *MINE KOLLEGAER*, *jf. model 2*. Bladet er placeret til højre i modellen og relaterer sig til den værdi, den enkelte sygeplejerskes brug af hjælpemidler har for vedkommendes kollegaer. I den kvalitative analyse blev det fremanalyseret, at det kan være en motiverende faktor, hvis en kollega har behov for at bruge hjælpemidler for at passe på sine hænder og fingre, *jf. tema 4*. Derfor er sygeplejerskens kollegaer ligeledes et element i *Værdikløveren*, for at skabe mulighed for at sygeplejersken kan reflektere over, hvordan beslutningen om brug af hjælpemidler har indflydelse på kollegerne. Dermed sættes den enkelte sygeplejerskes brug af hjælpemidler i relation til kollegial støtte, hvilket understøttes af Greenhalgh et al. (2004), *jf.*

afsnit 2.4.3. Her fremhæves kollegial støtte som en central faktor i implementeringen i sundhedsvæsenet, idet positive holdninger blandt kollegaer øger sandsynligheden for, at hjælpemidler bliver taget i brug af medarbejderne.

Det fjerde og sidste blad i firkløveren er det nederste blad, der omhandler MIN ARBEJDSPLADS, *jf. model 2*. Dette er symbolsk i sin placering som dét fundament, som både sygeplejerskens arbejde og *Værdikløveren* hviler på. Arbejdspladsen omhandler den arbejdskultur, der hersker på afsnittet herunder afsnittets fysiske og psykiske arbejdsmiljø, *jf. tema 2*, hvor resultaterne fra den kvalitative analyse viser store individuelle forskelle i oplevet behov for hjælpemidler. Ved at give sygeplejersken mulighed for at reflektere over, hvilken indvirkning hendes valg, ift. brug af hjælpemidler, har på afsnittet, giver det tilsvarende mulighed for at skabe en fællesforståelse for de forskellige i behov og værdier, der måtte være på afsnittet. På den måde inddrages både den enkelte sygeplejerskes og kollegagruppens værdier, som en del af hele arbejdspladsens værdier relateret til brugen af hjælpemidler mod AHFB, hvilket, *jf. tema 2*, medvirker til at alle bliver ambassadører. Dette understøttes af Haraldsson et al. (2024), der fremhæver vigtigheden af medarbejderinddragelse i forbindelse med beslutningsprocessen, idet dette har positiv indvirkning på implementeringsresultaterne.

Ringene rundt om firkløveren, *jf. model 2*, symboliserer i første omgang den efterfølgende fælles-dialog, hvor alle deler deres egen-refleksion over de fire kløverblade med deres kollegaer. Derudover repræsenterer cirklen den cirkulære implementeringsproces, der er nødvendig for, *jf. tema 3*, at sikre at implementeringen af hjælpemidlerne bliver genbesøgt. Samtidig symboliserer ringen, hvordan en implementeringsproces, *jf. tema 3*, bliver afsluttet, når den vurderes fuldt implementeret. Ifølge Haraldsson et al. (2024), kan implementeringsprocesser indenfor hospitalsvæsenet dog ikke ses som projekter med en endelig slutdato, men som en kontinuerlig proces, hvorfor det er vigtigt at genbesøge værdien af de tilgængelige hjælpemidler, for at sikre en effektiv brug. Dette understøtter behovet for en cirkulær implementeringsform, hvilket afspejles i cirklen rundt omkring firkløveren, hvor sygeplejersken genbesøger sine refleksioner over kløverbladenes værdi. Derudover symboliserer ringen hospitalsvæsenets evige forandring, der af Greenhalgh og Abimbola (2019), påpeges som et vilkår når noget skal implementeres på et sygehus, hvor noget, der f.eks. oprindeligt virkede ukompliceret at implementere, pludselig kan være forbundet med uventede komplikationer. De to pile, der afslutter ringen rundt om firkløveren og ender hvert sit sted, *jf. model 2*, betoner de to retninger implementeringsprocessen kan tage, afhængigt af, hvorvidt den enkelte sygeplejerske bliver ved med at forholde sig til egen værdi i relation til at vælge hjælpemidlerne til, eller om det bliver

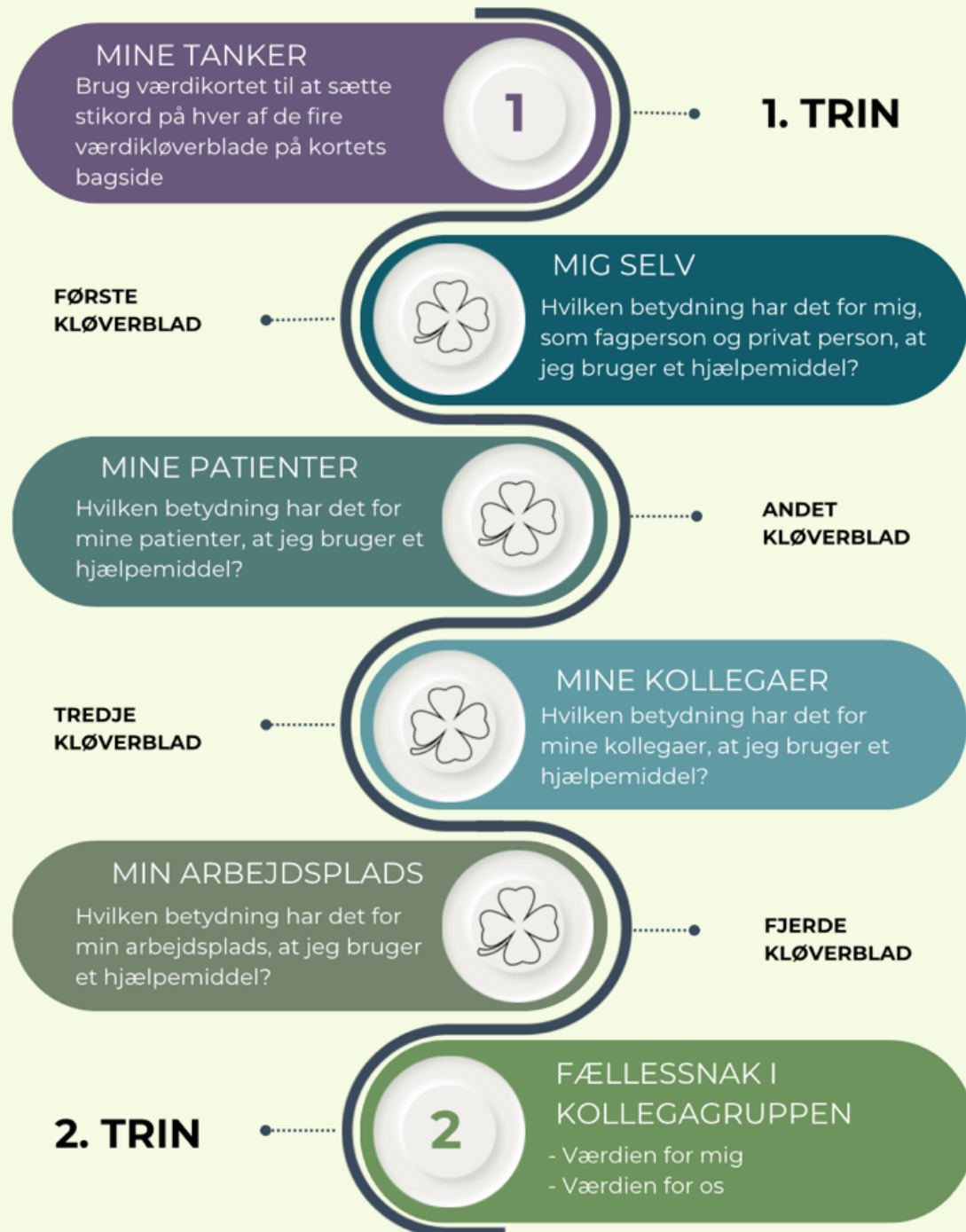
glemt og ikke genbesøgt. Derved symboliserer cirkelens to pile at genbesøg ikke kun hjælper sygeplejersken med at huske at bruge hjælpemidler; egne værdier og fælles grunde til brug kan ligeledes blive genopfrisket, og derved bidrage til et bevidst tilvalg af hjælpemidler mod AHFB.

9.2.2 Vejledning af refleksion og dialog

Resultaterne fra den kvalitative analyse viser at mellemlederne på hospital X, *jf. tema 1*, allerede bruger redskaber som dialog og refleksion i forbindelse med implementeringen af hjælpemidler, men at de, *jf. tema 3 og 4*, mangler en struktureret og systematisk måde at facilitere på. Her repræsenterer *Værdikløveren* en faglig og visuel ramme, der på en enkelt måde guider mellemlederen gennem *Værdikløverens* to trin. Vores tanke bagved den konceptuelle model *Værdikløveren* er, at den skal være et simpelt arbejdsredskab for mellemlederen, der kan hjælpe sygeplejersken med at bevidstgøre vaner og rutiner, og dermed ændre dem fra *uovervejede handlinger* til *overvejede handlinger*, der indeholder en ny indsigt om fordele ved at bruge hjælpemidler, *jf. 9.2.1*. Samtidig kræver modellen hverken omfattende økonomiske- eller personalemæssige ressourcer, men kan let kan inkorporeres i den daglige praksis på hospital X. Her kan *Værdikløveren* let inddrages f.eks. på et personalemøde, *jf. tema 3*, og være et punkt, der genbesøges med jævne mellemrum, som led i *Værdibaseret implementering* af hjælpemidler mod AHFB. De pædagogiske værktøjer består af en kronologisk oversigt over refleksions- og dialogprocessen, *jf. model 3*, samt en konkret vejledning i brug af *Værdikløveren*, *jf. model 4*, der guider facilitatoren af processen gennem de individuelle refleksioner og den efterfølgende fælles-dialog. Begge værktøjer er udformet på en måde, så de er lette at forstå, og på en enkel måde vejleder, hvordan man som facilitator af trin 1 og 2, skal gennemføre refleksionen og fælles-dialogen. Dermed bliver *den kronologiske oversigt*, *jf. model 3*, og *vejledningen*, *jf. model 4*, pædagogiske dialogredskaber til at guide mellemlederen gennem dialogen og den refleksive proces, der danner grundlaget for brugen af *Værdikløveren*.

HVILKEN BETYDNING HAR DET AT **JEG** BRUGER ET HJÆLPEMIDDEL FOR AT PASSE PÅ **MINE** HÆNDER?

MILESTONE NO. 6



Model 3: Kronologisk oversigt over Værdikløverens to trin (Johansson & Meldgaard, 2025)

Første trin omhandler sygeplejerskens refleksioner over de fire områder i *Værdikløvernes* blade; *MIG SELV*, *MINE PATIENTER*, *MINE KOLLEGAER* og *MIN ARBEJDSPLADS*. Den kronologiske oversigt, *jf. model 3*, beskriver kort formålet med trin 1, og viser de fire refleksionsspørgsmål, der følger med til hvert kløverblad i *Værdikløveren*. Vejledningen, *jf. model 4*, er en detaljeret beskrivelse af dét mellemlederen skal være opmærksom på, når vedkommende skal guide sygeplejerskerne igennem refleksionsprocessen. De spørgsmål, der følger med, er formuleret så de kan læse op, for at undgå tvivl om spørgsmålenes ordlyd. Derudover er der rettet en opmærksomhed på, at der skal afsættes et bestemt antal minutter af til refleksionen, og at det er vigtigt, at sygeplejerskerne ikke taler sammen under egen-refleksionen. Teksten har vi valgt at udforme i en instruerende stil med brug af direkte henvendelse i anden person ental, hvor de didaktiske overvejelser bagved denne formulering beror på en refleksiv tilgang, hvor det tales direkte til den enkelte person, for at få hver enkelt deltager til at "lytte indad". Tilgangen er inspireret af Tomms (2019) brug af refleksive spørgsmål, hvor han bruger "du"-formen, for at engagere og fremme personlig refleksion. Denne måde at tale i anden person ental på, kan være uvant for mange, hvorfor spørgsmålene er skrevet, så de bare kan læses op. Den direkte taleform guider ligeledes den enkelte sygeplejerske til at forstå, at det er vedkommendes egne tanker, der her er i centrum. På trin 1 skal refleksionen relatere sig til den værdi det at bruge det pågældende hjælpemiddel har for sygeplejersken selv, samt konsekvensen af de valg, der følger med beslutningen om at bruge eller ikke at bruge hjælpemidlet. En tydelig guidning af refleksionsprocessen kan være nødvendig, eftersom det for mange kan være uvant med denne form for egen-refleksion.

Vejledning til brug af Værdikløveren

Det er vigtigt at alle spørgsmålene bliver formuleret, så der tales direkte til den enkelte medarbejder

1. Trin

Værdikløveren bruges til at sygeplejersken kan reflektere over, hvilken betydning det har for vedkommendes arbejdsliv, at hun/han bruger et hjælpemiddel, for at passe på sine hænder og fingre

Italesæt:

"Tag lidt tid for Dig selv til denne refleksion, og brug værdikortet til at skrive et eller flere stikord, til hver af de fire værdikløverblade"

Vejledning:

-Aftal på forhånd, hvor meget tid der er behov for

1. Kløverblad

Første refleksionsspørgsmål:

"Hvilken betydning har det for Dig som fagperson og for Dit privatliv, at Du bruger et hjælpemiddel, for at passe på Dine hænder og fingre?"

Vejledning:

-Det er vigtigt at der er ro, så alle har mulighed for at vende opmærksomheden indad under refleksionen

2. Kløverblad

Andet refleksionsspørgsmål:

"Hvilken betydning har det for Dine patienter, at Du bruger et hjælpemiddel, for at passe på Dine hænder og fingre?"

3. Kløverblad

Tredje refleksionsspørgsmål:

"Hvilken betydning har det for Dine kollegaer, at Du bruger et hjælpemiddel, for at passe på Dine hænder og fingre?"

4. Kløverblad

Fjerde refleksionsspørgsmål:

"Hvilken betydning har det for Din arbejdsplads, at Du bruger et hjælpemiddel, for at passe på Dine hænder og fingre?"

2. Trin

Fællesdialog:

Refleksionerne bruges nu til en fælles snak i kollegagruppen, om de fire kløverblades værdi for den enkelte ansatte, og hvordan det kan bidrage til afsnittets Fælles værdi, ift. brug af hjælpemidler mod hånd- og fingerbelastninger

Vejledning:

-Afsæt længst tid til denne del af processen

-Tag en runde så alle har mulighed for at dele deres refleksioner

-Det er vigtigt at alle får delt nogle af deres ord/stikord med kollegagruppen, for at få gang i den fælles refleksion

-Mind gerne dem, der ikke så tit siger noget, om at deres refleksioner også er vigtige og bidrager til den fælles forståelse af afsnittets værdier

For at støtte og konkretisere den enkelte sygeplejerskes refleksion, medfølger der et værdikort, *jf. model 5*, til hver person, hvorpå de kan skrive deres stikord. Dette giver sygeplejerskerne mulighed for at gemme sit kort, så det kan tages frem senere, når der følges op på den *Værdibaserede implementering*. Derved kan den iterative implementeringsproces understøttes med et konkret redskab, hvor den enkelte kan genkalde sig sine tidligere refleksioner.

Værdikløveren
Jeg bruger et hjælpemiddel for at hjælpe...

MINE PATIENTER
MIG SELV
MINE KOLLEGAER
MIN ARBEJDSPLADS

"Hvad hvis det også er faglighed at passe på sine hænder?"

Værdikort
-Jeg bruger hjælpemidler for at hjælpe..

MIG SELV
MINE PATIENTER
MINE KOLLEGAER
MIN ARBEJDSPLADS

Model 5: Værdikort (Johansson & Meldgaard, 2025)

Andet trin er dér, hvor den enkelte sygeplejerskes egen-refleksion deles med kollegaerne i plenum, i en fælles refleksion og dialog; dette for at forankre sygeplejerskens egne værdier i fællesskabet, men også for at forankre fællesskabets værdier i sygeplejersken. Formålet med fælles-dialogen er at skabe en fælles forståelse, for vigtigheden af at bruge hjælpemidler og at den enkelte sygeplejerskes valg ikke kun har betydning personen selv, men kan have konsekvenser der påvirker hele afdelingen. Denne fælles forankring af værdier og forståelse for valg eller fravalg mht. brug af hjælpemidler, understøtter det fremanalyserede behov for meningsskabelse og medarbejderinvolvering, der italesættes af mellemlederne i den kvalitative analyse, *jf. tema 2 & 4*. Ifølge Haraldsson et al. (2024), er den decentraliserede ledelsesstil, *jf. afsnit 8.1*, hvor medarbejderne involveres, forbundet med bedre implementeringsresultater. Derfor styrker fælles-dialogen muligheden for en mere vellykket og bæredygtig implementering.

Den kronologiske oversigt, *jf. model 3*, gengiver kort, hvad trinnet indeholder, og vejledningen, *jf. model 4*, guider, på en enkelt måde facilitatoren gennem fællesdialogen. Til denne

del af arbejdet med *Værdikløveren*, jf. model 2, er der ikke udformet ordrette spørgsmål, som skal stilles i plenum. Derimod beskriver vejledningen formålet med fælles-dialogen, så mellemledere og nøglepersoner forstår, hvorfor det ikke er nok at den enkelte medarbejder selv reflekterer over hjælpemidlets værdi, i *Værdikløverens* første trin. Vejledningen er en instruktion i, hvordan den fælles dialog skal faciliteres, og den præciserer vigtigheden af at alle får mulighed for at dele deres refleksioner, samt en påmindelse om at inddrage de medarbejdere der ofte undlader at sige noget i plenum, idet deres refleksioner er tilsvarende vigtige for fællesskabet. Igen er der en reference ift. tiden, eftersom det kan være en fordel at afsætte længere tid til denne sidste del, for at sikre et godt flow i fælles-dialogen. Ved at rammesætte tiden, risikeres det ikke at tiden pludselig er gået, uden at alle har haft mulighed for at komme med deres bidrag til fælles-dialogen og dermed fælles-forståelsen for, hvorfor der bruges hjælpemidler på afsnittet.

Samlet bidrager *Værdikløveren* med en anderledes tilgang til at arbejde med implementering af hjælpemidler i en travl hverdag i en personalegruppe, der ofte sætter patienten sundhed og sikkerhed før deres eget fysiske velbefindende (Linton og Koomen, 2020), på baggrund af stærk faglig dedikation.

9.3 Opsummering af *Værdibaseret implementering*

Den *Værdibaserede implementering*, herunder *Værdikløveren* og de medfølgende instruktioner, kan hjælpe mellemlederen med at skabe et mere meningsfuldt og engagerende grundlag for implementering af hjælpemidler mod hånd- og fingerbelastninger blandt sygeplejersker på hospital X. Modellen lægger op til, at både individuelle og kollektive værdier bringes i spil gennem refleksion og dialog, hvilket potentielt kan styrke motivationen for at anvende hjælpemidler, og dermed også forebygge egne hånd- og fingerbelastninger i den daglige praksis. Ved at mellemlederen tager udgangspunkt i den enkelte sygeplejerskes oplevelse af mening, værdi og relevans, og samtidig reflektere over og koble dem til deres kollegaer, patienter og arbejdspladsens kultur, åbnes muligheden for at forankre nye arbejdsgange i både personlige og fælles værdier, hvor hjælpemidler bliver et aktivt tilvalg. Dette kan tænkes at understøtte en bæredygtig implementering, hvor den enkeltes ejerskab og engagement får plads, og hvor brugen af hjælpemidler ikke blot ses som en opgave, men som en integreret del af sygeplejerskens faglighed. Modellen kan fungere som et billigt og fleksibelt supplement til eksisterende implementeringsstrategier, idet den kan anvendes løbende

og tilpasses lokale behov og forandringsprocesser. Selvom *Værdikløveren* endnu ikke er afprøvet, viser mellemlidernes erfaringer fra praksis, at en værdibaseret tilgang er essentiel mht. at få sygeplejersker til at aktivt ændre vaner og tilvælge hjælpemidler, hvorfor *Værdibaseret implementering*, er relevant for de mellemlidere, der ønsker at fremme arbejdsmiljø og styrke forebyggelse af AHFB blandt sygeplejersker gennem øget brug af hjælpemidler.

10. Diskussion af resultater

10.1 Resultatdiskussion

Specialets resultater fremhæver en række forhold, der både kan fortolkes som understøttende og udfordrende i implementeringen af hjælpemidler blandt sygeplejersker på hospital X. De enkelte fund supplerer hinanden, men belyser samtidig forskellige perspektiver, der er relevante at se nærmere på og forholde sig til, når målet er at skabe aflastning af arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger gennem implementering af hjælpemidler. Derfor er nyfremsogte studier brugt til at bringe nye perspektiver ind i og udbrede forståelsen for de udvalgte dilemmaer i diskussionen.

10.1.1 Ledelsesmæssige indflydelse på forandringsprocessen ved implementering af hjælpemidler mod AHFB.

Den kvalitative analyse viser, at mellemlideren fungerer som katalysator for implementeringsprocessen, for at implementeringen overhovedet igangsættes, og efterfølgende som brobygger mellem sygeplejersken og den faktiske brug af hjælpemidler, *jf. tema 1 & 2*. Dette behov for ledelsesmæssig involvering fremgår ligeledes af NASSS Frameworket, der ikke kun fremhæver vigtigheden af ledelsesmæssig kapacitet, som en afgørende faktor, men også de økonomiske forhold (Greenhalgh & Abimbola, 2019). I analysen ses der forskelle fra afsnit til afsnit ift. hvilke hjælpemidler der prioriteres, samt tilgængeligheden af dem, som følge af det lokale ansvar for budgetterne, *jf. tema 2.1*. På den ene side kan de lokale forskelle understøtte den kontekstuelle forankring, der af Morvati et al. (2025) beskrives som en fremmende faktor i forbindelse med implementering af hjælpemidler, hvis forskellene på de enkelte afsnit opstår på baggrund af

individuelle behov. På den anden side fortolkes forskellene i analysen primært som en konsekvens af mellemlidernes forskellige økonomiske prioriteringer, hvilket aktualiserer spørgsmålet om, hvorvidt disse forskelle har indflydelse på den enkelte sygeplejerskes mulighed for at passe på sine hænder og fingre. Dermed kan der være risiko for at uens tilgængelighed af hjælpemidler mod AHFB, på hospital X, medvirker til en arbejdsbetinget ulighed i sundhed, som en utilsigtet konsekvens for hospitalets sygeplejersker, især da der, *jf. afsnit 2.1*, ikke er muligt at anmelde AHFB som en arbejdsskade, og der ikke eksisterer konkrete retningslinjer for håndtering af AHFB. For at imødekomme denne ulighed, og sikre at AHFB ikke afhænger af sygeplejerskers brug af hjælpemidler, vil en prioritering af indkøb af færdigblandet medicin medvirke til at de undgår mange af de belastende arbejdsopgaver, *jf. tema 1*. Derved er det et strukturelt problem, som ikke nødvendigvis kan løses af mellemliderne, men kræver organisatorisk involvering mht. at udfærdige fælles retningslinjer for indkøb af færdigblandet medicin.

I den kvalitative analyse, *jf. tema 2 & 4*, understreges vigtigheden af genbesøg af de enkelte hjælpemidler, for at sikre at sygeplejerskerne anvender dem. Mellemliderne har erfaringer fra implementering på hospital X, der viser at genbesøg og regelmæssig træning i korrekt brug af forflytningshjælpemidler har en positiv effekt på sygeplejerskers vedvarende brug. Modsat ses det, at der mangler samme systematisering af opfølgning på træning, når det kommer til brug af de mindre komplekse hjælpemidler mod AHFB. Greenhalgh og Abimbola (2019), understreger at jo mere kompleks en teknologi er, jo mere kompleks er den at implementere, og kompleksiteten bliver derved en hæmmende faktor for implementeringsprocessen. Idet hjælpemidler mod AHFB er lavteknologiske hjælpemidler, der er udviklet til at være nemme at bruge, er der risiko for at mellemliderne vurderer at træning i brug af dem er unødvendigt. Den manglende systematisering af opfølgning af brugen, kan dog være et resultat af, at AHFB er en forholdsvis nyadresseret problematik på hospital X, og dermed mangler strukturelle retningslinjer, som mellemliderne kan følge, i modsætning til implementering af forflytningshjælpemidler. I et systematisk review af Sousa, Baixinho, Presado og Henriques (2023), identificeres træning i brug af hjælpemidler som afgørende for en interventions effekt på forebyggelse af MSD hos sygeplejersker. Derved er det vigtigt at mellemliderne er klar over, at brug af hjælpemidler skal trænes, uanset hjælpemidlets størrelse og kompleksitet, idet regelmæssig opfølgning og træning i brug, er et vigtigt led i implementeringen.

Samlet understøtter mellemlidernes forståelse, af kompleksiteter forbundet med implementering af hjælpemidler mod AHFB, også en forståelse af den forandringsproces, der ligger Ydermere medvirker en forståelse af den ledelsesmæssige indflydelse på denne forandringsproces,

til at kunne bistå mellemlederen arbejde med implementeringen. Det kan f.eks. gøres ved at introducere *Værdibaseret implementering*, idet forskning ifølge Haraldsson et al. (2024) og Morvati et al. (2025), viser at ledelsen og specielt mellemlederen er afgørende for at sikre effektiv implementering af hjælpemidler i hospitalsregi.

10.1.2 Arbejdskulturens betydning for forandring gennem implementering

Gennem specialets litteratursøgning og kvalitative analyse blev det klart at arbejdskulturen er vigtig for implementering af hjælpemidler. I arbejdskulturen er mellemlederens strategier for implementering af hjælpemidler central, hvilket ligeledes gør sig gældende for sygeplejerskerne, hvor deres daglige arbejde og brug eller manglende brug af hjælpemidler er med til at forme arbejdskulturen. Ifølge Haraldsson et al. (2024) og Morvati et al. (2025), er et arbejdsmiljø, der er præget af gensidig respekt, fællesskab og anerkendelse, fremmende for implementering af nye tiltag, idet det bidrager til større engagement og skaber tillid mellem ledelsen og medarbejderne. I de to ovennævnte studier fremstår arbejdskultur som noget, der enten understøtter eller hæmmer forandring, afhængigt af, hvor godt nye tiltag harmonerer med de eksisterende værdier på arbejdspladsen. Dette bekræftes til dels i dette speciales kvalitative analyse, hvor mellemlederne fremhæver, at arbejdskulturen på det enkelte afsnit spiller en stor rolle mht., hvordan hjælpemidler bliver modtaget blandt sygeplejerskerne. Det kan dog samtidig udledes af vores analyse, at arbejdskulturen ikke blot kan betragtes som en bagvedliggende ramme, idet mellemledernes erfaringer viser, at arbejdskultur i høj grad også er noget, der kontinuerligt formes og forhandles i mødet mellem mellemlederne og sygeplejerskerne. Arbejdskulturen fremstår derved ikke som enten modtagelig eller afvisende over for nye implementerede hjælpemidler; arbejdskultur kan snarere tolkes som en dynamisk størrelse, der påvirkes og formes af både implementeringsstrategien og den måde, medarbejderne inddrages i den. Således kan de to artiklers (Haraldsson et al., 2024; Morvati et al., 2025) underliggende antagelse om arbejdskultur som en relativt stabil faktor, igennem den kvalitative analyse forstås som et mere dynamisk fællesskab, hvor mening skabes i relation til konteksten og i mødet mellem kollegaer og mellemledere. Derved påvirkes og formes arbejdskulturen både af de ledelsesmæssige strategier for implementering af hjælpemidler, såvel som den måde, hvorpå medarbejderne forholder sig til hjælpemidlerne i deres daglige arbejde.

I artiklerne af Haraldsson et al., (2024) og Morvati et al. (2025) fremgår det, at når ledelsen er synlig og tilgængelig, og de inddrager medarbejdere i beslutninger, bidrager det til mindsket modstand og større ejerskab i tilegnelsen af allerede implementerede hjælpemidler. Det samme fremgår også i den kvalitative analyse, hvor mellemlederne beskriver, hvordan samarbejde med nøglepersoner og dialog med deres sygeplejersker på de respektive afsnit udgør en central del af deres tilgang, når et hjælpemiddel skal implementeres. Det fremgår dog samtidig, at en udelukkende bottom-up tilgang ikke altid er tilstrækkelig, hvor mellemlederne nogle gange har behov for at tage en mere top-down-præget og stramt styrende lederrolle, for at gentagelse og fastholdelse sikres over tid, således at der er klare retningslinjer for sygeplejerskens tilegnelse af et hjælpemiddel. Det lader således til, at der er et behov for balance mellem sygeplejerskernes involvering og ledelsesmæssig tydelighed og styring i implementeringsprocesser, hvor det ene ikke nødvendigvis udelukker det andet. Ifølge Kitson et al. (2021), anser svenske, canadiske, engelske og australske sygeplejeledere at det er vigtigt at implementere *Best Practise* indenfor sygeplejeforskning. På denne måde sikrer sygeplejelederne at deres afsnit holder sig up to date mht. evidensbaseret praksis eller f.eks. miljølovgivning, hvorfor det nogle gange bliver nødvendigt for sygeplejeledelsen at implementere top-down. Set i relation til specialets kvalitative analyse, vil top-down styret implementering begrænse sygeplejerskernes indflydelse, og eventuelt skabe modstand mod at tilegne sig implementeringen. Dette kan dog ifølge Kitson et al. (2021) imødekommes gennem god kommunikation, gensidig tillid samt måden, hvorpå sygeplejeledelsen introducerer og ”sælger” nye implementeringsforslag, idet dette har stor indflydelse på, hvordan sygeplejerskerne tager imod et nyt top-down styret tiltag. Derved kan dét som Morvati et al. (2025) refererer til som *den frugtbare jord, jf. afsnit 8.1.2*, tolkes som essentiel i alle henseender, hvor der skal implementeres, uanset om det er top-down, bottom-up eller en blanding af de to.

Den ledelsesmæssige strategi og det arbejdskulturelle har stor indvirkning på, om et hjælpemiddel bliver taget godt imod af sygeplejerskerne. Mellemledernes erfaringer viser dog at sygeplejerskerne ofte først ændrer adfærd, når problemerne er blevet konkrete, således at de først bruger hjælpemidler mod AHFB, når det er for smertefuldt ikke at bruge dem. Samtidig fremgår det at sygeplejerskerne kan opleve hjælpemidlerne som mere relevante at bruge, når deres anvendelse relaterer til deres patienters eller kollegaers velvære. For at imødekomme dette, arbejder mellemlederne med at synliggøre netop denne kobling, i et forsøg på at øge sygeplejerskernes forståelse for hjælpemidlernes betydning for den enkelte. Dette er dog ofte utilstrækkeligt, idet vaner og indarbejdede rutiner fremstår som en væsentlig barriere for varig adfærdsændring hos

sygeplejerskerne. Ifølge Lally et al., (2010) tager det mellem 18 og 254 dage at automatisere nye vaner, hvilket kræver vedvarende støtte og opfølgning, især i arbejdsmæssige sammenhænge. Sygeplejerskernes vaner kan således tolkes som enten en svært foranderlig praksis eller også en form for stabilitet i deres daglige arbejde, idet arbejdsgange gentages og indlejres over tid. Selvom motivationen til at f.eks. bruge hjælpemidler er til stede, kan tidsaspektet tænkes at have stor betydning for den enkelte sygeplejerske, idet de arbejder med syge mennesker, som ofte har brug for akut behandling. Således vil tilegnelse af nye vaner og bryde med gamle, tage værdifuld tid fra patienten i øjeblikket, og potentielt holde sygeplejersken fra at ændre sin vane, hvilket er afgørende for, om nye implementeringer adopteres af den enkelte eller ej.

Sygeplejerskens erkendelse for sammenhængen mellem værdi og handling fremstår således ikke entydig, når hjælpemidler mod AHFB skal implementeres. Selv når brugen af hjælpemidler vurderes som fagligt meningsfuldt, er det ikke givet at denne erkendelse fører til ændret praksis. I en hverdag præget af travlhed og etablerede vaner, kan det gennem specialets kvalitative analyse ses, at ledelsesmæssig støtte, arbejdskultur og værdiskabelse sammen bidrager til at skabe de rammer, hvor adfærdsændring bliver mulig over tid. Subjektiv værdi bør derfor ikke betragtes som en isoleret grund til forandring, men som noget, der gradvist kan opstå og styrkes gennem refleksion, gentagelse og konkret erfaring med hjælpemidlernes anvendelighed i praksis.

10.1.3 *Værdibaseret implementering* i teori og praksis

Den *værdibaserede implementering* er udformet som en strategi for mellemlederen, til at identificere og skabe grobund for et fælles værdigrundlag blandt de ansatte på afsnittet, og har dermed til formål at støtte både igangværende og fremtidige implementering af hjælpemidler. Set ud fra den kvalitative analyse, understøtter mellemledernes vægtning af medarbejderinddragelse og meningsdannelse, *jf. tema 2*, det værdibaserede grundlag for den konceptuelle model. Den manglende testning og medinddragelse af selv samme mellemledere og sygeplejerskerne som slutbrugere af den *Værdibaserede implementering*, står dog som kontrast til den teoretisk funderede konceptuelle model. ”Et er et søkort at forstå – et andet skib at føre...” (Ordnet.dk, u.å.), så én ting er teori, en anden er praksis. I kraft af den manglende afprøvning af *Værdibaseret implementering* som koncept og *Værdikløveren* som teoretisk værktøj, hviler antagelser om modellens effekt udelukkende på fortolkning af mellemledernes udsagn. Derved er der en usikkerhed forbundet med, hvorvidt *Værdibaseret implementering* som strategi overhovedet er brugbart ind i en sygeplejefaglig kontekst

på hospital X. Derfor er der behov for at teste denne forståelsesramme, hvorfor det er centralt at afprøve om den konceptuelle model også fungerer ind i en travl hverdag. Set i lyset af mellemlidernes ønske om meningsskabelse, kan modellen fremstå som en støtte og et brugbart redskab, der åbner op for en mulighed for refleksion og selvindsigt ift. hvilken værdi brug af hjælpemidler repræsenterer for den enkelte sygeplejerske. Til trods for at Tashiro, Shimpuku, Naruse, Matsutani og Matsutani (2013), beskriver hvordan refleksion som metode kan styrke sygeplejerskers egen-læring og faglige modenhed, kan det ved nærmere eftersyn dog vise sig, at den refleksive proces bliver mødt med modstand. Dette kan vise sig ved at sygeplejerskerne ikke er aktivt deltagende i refleksionen af *Værdikløverens* fire emner samt den efterfølgende dialog. Dermed er den konceptuelle model sårbar overfor manglende engagement, idet den er afhængig af sygeplejerskernes deltagelse for at fungere, og en fremtidig afprøvning af den konceptuelle model, hviler derfor på en erkendelse af denne sårbarhed.

Set fra dét perspektiv er det vigtigt at forstå, hvordan modstand mod forandring kan opstå blandt sygeplejersker. Ifølge Cheraghi, Ebrahimi, Kheibar og Sahebihagh (2023), kan modstand mod forandring hos sygeplejersker inddeles i tre kategorier; individuelle, interpersonelle og organisatoriske faktorer. De personlige faktorer relaterer sig til bl.a. frygt, usikkerhed, tvivl, og personlige træk som negativt mindset, samt relationen til kollegaer, og hvordan interventionen bliver formidlet før og under implementeringen. Derudover kan mangel på tydelig ledelse forstærke modstanden, mens involvering af personalet fra starten af implementeringen kan have en positiv effekt på organisatoriske forandringer. Så set fra det perspektiv handler det om den enkeltes sygeplejerskes oplevelse af forandringen. Her kan faciliteret refleksion og dialog, ved hjælp af *Værdikløveren*, bidrage til en ny meningsforståelse, f.eks. ved at en sygeplejerske, der ikke selv har ondt, forstår hvordan vedkommende, gennem opbakning og brug af hjælpemidler, kan støtte sin kollega. Derved kan det udledes at *Værdibaseret implementering* potentielt kan bidrage til medinddragelse og en nuanceret forståelse for, hvorfor det kan være en fordel at bruge hjælpemidler mod AHFB, men det er dog ikke nødvendigvis en tilstrækkelig betingelse i sig selv, hvis sygeplejerskerne reagerer med modstand. Det teoretiske grundlag for *Værdikløveren* og den *Værdibaserede implementering*, er derfor et forandringsforslag, der bidrager til alternativ mulighed for mellemlidene til at skabe både en individuel og en fælles kollegial forståelse af vigtigheden af at bruge hjælpemidler. For at sikre modellens effekt, kræver det en testning af modellen i samspil med mellemlidere og sygeplejersker på hospital X, samt ledelsesmæssig opbakning og en adressering af potentiel modstand blandt personalet.

10.2 Metodediskussion

10.2.1 Diskussion af litteratursøgning

Som led i besvarelsen af specialets første undersøgelsesspørgsmål i problemformuleringen, er eksisterende forskning og litteratur afdækket ved at udføre en systematisk litteratursøgning. Selv om en systematisk og gennemsigtig tilgang er tilstræbt, ses der begrænsninger ved nogle af de metodiske valg, der ligger til grund for udvælgelsen af de tre artikler.

Formålet med søgestrategien har været at identificere relevant og nyere forskning, der belyser de organisatoriske, ledelsesmæssige og kompetencemæssige faktorer, som enten kan virke hæmmende eller fremmende ved implementering af hjælpemidler blandt hospitalsansatte sygeplejersker. Valget af CINAHL, PubMed og PsycInfo som de primære databaser, er truffet ud fra deres respektive relevans for specialets problemfelt, idet disse databaser tilsammen dækker det sygeplejefaglige, sundhedsvidenskabelige og psykosociale område, hvilket har bidraget til at sikre en vis bredde i litteraturen. Dog kan denne afgrænsning medvirke til at have ekskluderet relevante studier fra andre databaser, såsom Embase eller Scopus, hvilket kan medføre selektionsbias, idet relevant litteratur ifølge Lefebvre et al. (2024) kan overses, hvis der bliver søgt i for få databaser. Idet de nævner to eller færre som værende for få, kan det dog anses være nok med tre, selvom det ikke kan udelukkes at litteraturens dækningsgrad er begrænset i specialet.

Søgestrategien er opbygget i en blokstruktur, hvor centrale begreber fra problemformuleringen er operationaliseret ind i de fire søgeblokke, idet metoden ifølge Rasmussen et al. (2022) sikrer et konkret udgangspunkt i søgeprofilen. Bloksøgningen er ligeledes brugt, idet det ifølge Buus et al., (2008) øger systematik og transparens i den systematiske litteratursøgning. Både kontrollerede emneord og frittekstsøgning er anvendt, hvilket på den ene side kan øge sandsynligheden for at identificere relevante studier, uanset hvordan de er indekseret i databaserne. På den anden side ses det, at en mere systematisk tilgang til både udvælgelsen af søgeord i blokkene og anvendelsen af frittekstsøgning kunne have bidraget til at stramme blokkene op og dermed øget stringens og præcision i søgningen. Dermed kan risikoen for selektionsbias ikke udelukkes i specialet, idet der potentielt forefindes relevant litteratur, der ikke er identificeret, grundet at søgeordene enten ikke har været tilstrækkeligt dækkende eller ikke har været placeret optimalt i søgestrengen. Derved ville en yderligere gennemgang af søgeordene, med fokus på korrekt placering og relevante synonymer således have kunnet bidrage med at mindske risikoen for at overse væsentlig litteratur og

dermed styrke søgningens dækningsgrad. For at opnå en tilstrækkelig bredde i litteratursøgningen, er der desuden inddraget over- og underbegreber, f.eks. *Occupational Health*, idet begreber som disse, ifølge Rasmussen et al. (2022), supplerer de mere snævre termer. Denne tilgang har dog medført, at søgningen i nogle tilfælde har genereret et meget stort antal irrelevante hits, hvilket har gjort screeningsprocessen for omfattende. Derved er der risiko for, at relevante artikler er blevet overset undervejs. I CINAHL blev der dog søgt med kombinerede fritext og kontrollerede emneord, idet det ifølge Lund et al. (2014) kunne specificere samt udbrede søgningen yderligere. Dette bidrog derfor med flere relevante resultater end søgningerne med kun kontrollerede emneord i CINAHL.

Ved udvælgelsen af videnskabelige artikler har systematiske reviews og metaanalyser været foretrukne, for at både besvare specialets problemformulering og bidrage til dets forandringsperspektiv. Ifølge WHO's *Handbook for Guideline Development* (2014) bestræbes det indenfor den folkesundhedsvidenskabelige tradition at forefinde så høj evidens som muligt, når anbefalinger vedrørende implementering skal understøttes. Ligeledes italesættes det i specialets teoretiske afsæt, at *Best Practice* baseres på metasynteser og systematiske reviews (Fixsen et al., 2005). Ifølge Murad, Asi, Alsawas og Alahdab (2016) er den øverste del af evidenshierarkiet dog ikke altid pålidelige, idet kvaliteten kan variere og have metodologiske begrænsninger. Når det er sagt, fremhæver de ligeledes, at der stadig er grund til at bruge metasynteser og systematiske reviews, når der ønskes at være snæver og sammenfattende mht. vurdering af evidens, hvilket er passende til specialet, idet specifik viden om hæmmende og fremmende faktorer relateret implementering i sundhedsvæsenet er fremsøgt. For at imødekomme risikoen for dårlig kvalitet, er der foretaget relevante kvalitetsvurderinger af samtlige udvalgte artikler.

Det endelige udvalg af artikler er relativt snævert, idet der er inkluderet én enkelt artikel for hver driver, hvilket på den ene side bidrager til en fokuseret og dybdegående analyse. På den anden side indebærer dette valg en risiko for, at visse aspekter ikke belyses tilstrækkeligt, og at resultaterne i højere grad påvirkes af de enkelte studiers metodiske og teoretiske tilgang. Dette er dog imødekommet ved at alle relevante artikler gennemgik fuld gennemlæsning samt kvalitetsvurdering, før de tre endelige artikler blev udvalgt, som de mest egnede mht. besvarelse af specialets problemformulering. Det kan dog betragtes som en styrke, at de udvalgte artikler, trods deres primære driverfokus, også inddrager elementer fra de øvrige drivers, hvilket bekræfter Fixsens teori, *jf. afsnit 6*, idet de tre drivere overlapper hinanden og er indbyrdes forbundne. Derved afspejler artiklerne den kompleksitet, der kendetegner implementeringsprocesser i praksis, idet de illustrerer, hvordan

organisatoriske, ledelsesmæssige og kompetencemæssige faktorer ikke optræder isoleret, og at de forskellige elementer påvirker hinanden simultant i det konkrete implementeringsforløb.

10.2.2 Diskussion af kvalitativ metode

Med udgangspunkt i den forstående forskningstype, der er kendetegnet ved, at der forsøges at nærme sig de udforskedes perspektiver på et problemfelt (Launsø et al., 2021), havde den kvalitative analyse til formål at besvare problemformuleringens andet undersøgelsesspørgsmål: *Hvordan kan mellemlederes erfaringer med implementering af hjælpemidler bidrage til et forandringsforslag, der styrker forebyggelse af hånd- og fingerbelastninger hos sygeplejersker på hospital X?*

Valget af purposeful sampling (Merriam & Tisdell, 2015) som metode for udvælgelse af informanter, sikrede at de interviewede mellemledere alle havde kendskab til AHFB blandt sygeplejersker på hospital X, samt at de havde erfaringer med implementering af hjælpemidler, inkl. hjælpemidler mod AHFB. På den måde havde vi mulighed for at afdække relevante mellemlederes erfaringer med implementering, og dermed få indsigt i de udforskedes perspektiv. Ved at Fixsens *Implementation Drivers* (Blake et al., 2015) blev anvendt til at analysere de kvalitative data, kan analysen udvide vores forståelse indenfor den teoretiske ramme. Det kan dog ses som en lidt snæver udvælgelse kun at tale med mellemledere, når vores hensigt var at undersøge erfaringer relateret ledelsesmæssige, organisatoriske og kompetencemæssige faktorer. De interviewede mellemledere havde enten en sygeplejefaglig baggrund eller en administrativ funktion på tværs af organisationen, jf. afsnit 7.3.2, hvorfor vi vurderede, at de var bedst egnede til at bidrage med erfaringer mht. organisatoriske og ledelsesmæssige faktorer. De kompetencemæssige faktorer blev dog ikke afdækket ved at nøglepersoner eller sygeplejersker blev interviewet, hvor de med fordel kunne have bidraget med en anden vinkel end mellemledernes. Samtidig kunne vi tilsvarende have interviewet flere fra den administrative ledelse, på ledelsesniveauer over mellemlederniveau, for at få et mere nuanceret organisatorisk perspektiv. En ulempe ved denne tilgang kunne dog være, at de interviewede nøglepersonerne og øverste ledelse, kunne være blevet sat i en ubehagelig situation, hvor de skulle udtale sig om mellemlederens arbejde med at implementere hjælpemidler. Derved kunne der opstå et etisk dilemma grundet den asymmetriske relation, der er mellem leder og medarbejder. Ifølge Helsinki-deklarationen stk. 16 og 17 (World Medical Association, 2022), har forskere et ansvar for at sikre, at deltagere i forskning ikke bliver udsat for risiko og unødvendige byrder. Trods det begrænsede antal informanter, blev det vurderet, at det var muligt at opnå tilstrækkelig høj

informations power (Malterud, 2016), ved at vinkle spørgsmålene i interviewguiden, hvorfor vi fravalgte en bredere samplingstrategi. Dermed danner de udførte interview et stabilt grundlag for at besvare problemformuleringen, til trods for de få informanter, baseret på høj *informations power*. På den ene side sætter Merriam og Tisdell (2015), kvaliteten af den kvalitative forskning i relation til forskerens troværdighed, og Juul (2012), beskriver at validitet, i hermeneutisk forstand, er et spørgsmål om at godtgøre resultaternes troværdighed og anvendelighed. På den anden side er fire informanter måske ikke nok til at opnå datamætning, der opnås når der ikke længere fremkommer ny viden til at besvare den fremsatte teori (Malterud, 2001) Ifølge Kitto, Chester og Grbich (2008), er en homogen sampling med til at sikre informanternes repræsentativitet, hvor der dog Ifølge Malterud (2016), ikke forefindes en standard for størrelsen af sample size, idet målet med kvalitativ forskning ikke er en stor sample size, men datamætning. Derved understøttes valget og antal af informanter, samtidig med at vi har været eksplicitte med, hvordan dataindsamlingen blev udført, hvilket ifølge Kitto et al. (2008), bidrager til metodologisk stringens og dermed til specialets validitet. Launsø et al., (2021) fremhæver dog den forstående forskningstypes gyldighedskriterium *helhedskriteriet* som værende vanskeligt at vide, hvorvidt det er opfyldt, idet det kræver tid og tilbageblik, for at vurdere en eventuel forandring. Derved kan vi ikke helt sikkert kende til specialets samlede validitet kun på baggrund af de metoder, der er brugt. Det andet gyldighedskriterium *spejlkriteriet* (Launsø et al., 2021) vil dog kunne bidrage til validiteten, ved at lade informanterne læse vores fortolkninger af interviewene med deres meninger og oplevelser. På den ene side, ville dette kunne bidrage til at sikre at vores fortolkninger af både oplevelser og den kontekst, de opererer i, ikke er langt væk fra informantens egne meninger. På trods af at dette ville være optimalt, kan det på den anden side imødekommes af at forskeren besidder baggrundsviden og forstår det større sammenhæng vedrørende konteksten, idet (Launsø et al., 2021) fremhæver at baggrundsviden er med til at øge forskerens forståelse for den udforskede og dens kontekst i en større sammenhæng. Derved danner vores tidligere projektarbejde (Boe et al., 2024) i samme kontekst grundlag for den måde, hvorpå vi fortolker informanternes udsagn.

11. Konklusion

Ovenstående speciale har til formål at undersøge, hvordan mellemlederes erfaringer med implementering af hjælpemidler kan bidrage til forandring ift. styrket forebyggelse af arbejdsrelaterede hånd- og fingerbelastninger blandt sygeplejersker på hospital X. Resultaterne fra den systematiske litteratursøgning viser, at succesfuld implementering af hjælpemidler i hospitalssektoren, fremmes af en decentral og relationel ledelsesstil, hvor sygeplejersker inddrages i beslutninger, og hvor både ledelsesstrategi og arbejdskultur er præget af respekt, tillid og anerkendelse. Ligeledes kræves organisatorisk fleksibilitet og lokal tilpasning, for at skabe varig forandring. Derudover ses høj kompleksitet som hæmmende for brug af hjælpemidler, hvor organisatorisk støtte og synlig ledelse fremmer implementering og adoption af hjælpemidler. Arbejdskultur præget af engagement, fællesskab og tydelig kommunikation er ligeledes fremmende, for at skabe ejerskab og mening blandt medarbejderne relateret til brug af hjælpemidler.

De kvalitative resultater viser, at mellemlederne oplever vanskeligheder, i forbindelse med at opdage belastninger tidligt, idet symptomer er forskellige, hvorfor en arbejdskultur med fokus på krop-psyke-sammenhænge er vigtig; dette mht. identificering af hånd- og fingerbelastninger hos sygeplejerskerne. Sygeplejerskernes hverdag er kompleks, hvor drift og patientpleje prioriteres, hvilket udfordrer implementering af hjælpemidler, særligt i en kontekst med skiftende arbejdstider, travlhed og uens lokale ressourcer, i relation til indkøb og prioritering af hjælpemidler. Mellemledernes erfaringer viser, at en bottom-up-tilgang bidrager til meningsskabelse og ejerskab, gennem inddragelse af sygeplejerskerne. Dog ses stram styring som nødvendig i perioder. Noglepersoner vurderes som centrale sparringspartnere og bindeled til sygeplejerskerne, i forbindelse med opfølgning og påmindelse om brug af hjælpemidler mod AHFB. Idet sygeplejerskernes arbejdsvaner er svære at ændre, kan manglende genbesøg og træning føre til fravalg i brug af hjælpemidler. Ligeledes ses den enkelte sygeplejerskes subjektive værdi som afgørende for det aktive tilvalg af hjælpemidler, hvorfor et behov for refleksion er nødvendig. Derved ses meningsskabelse som grundlæggende, og den enkelte sygeplejerskes forståelse af hjælpemidlets værdi som essentiel, for at kunne skabe forandring, hvor *Værdikløveren* og den *Værdibaserede implementering* kan støtte mellemlederens implementeringsarbejde ved styrket forebyggelse af AHFB på hospital X.

12. Perspektivering

Hånd- og fingerbelastninger er en velkendt og underbelyst problematik i den danske hospitalssektor. Sygeplejerskens faglige dedikation og tilsidesættelse af egne behov, kan være en hindring for implementeringen af hjælpemidler, der aflaster denne problematik. Derfor italesætter mellemlederne, at der er behov for en meningsskabende bevidstgørelse af hjælpemidlernes værdi, blandt sygeplejerskerne, når de skal implementere hjælpemidler mod AHFB. Her kan den *Værdibaserede implementering*, ved hjælp af *Værdikløveren*, bidrage til mellemlederens implementeringsarbejde, ved at skabe et mere meningsfuldt og værdibaseret grundlag for implementeringen. Der er dog behov for at afprøve den konceptuelle model i samspil med mellemledere og sygeplejersker på hospital X, gennem en samskabelsesproces, der kan hjælpe med at konkretisere og forfine modellen; dette for at mellemlederne bedst mulig kan støtte sygeplejerskerne i at ændre adfærd, og dermed forebygge AHFB. Udover behovet for meningsdannelse, erkender mellemlederen at sygeplejerskerne har svært ved at ændre deres vaner og arbejdsgange, hvilket adresserer en nødvendighed, for at introducere den værdibaserede tankegang så tidligt som muligt i sygeplejerskens karriere. Her kan *Værdikløveren* med fordel bruges forebyggende på sygeplejerskeuddannelserne, til at øge bevidstheden om vigtigheden af at passe på sig selv, så brug af hjælpemidler bliver en naturlig del af arbejdsrutinerne fra start, og ikke vaner, der skal ændres når sygeplejersken først har fået ondt. Fremadrettet er der behov for yderligere afprøvning af den *Værdibaserede implementering* som tilgang, i samspil med slutbrugerne. Først og fremmest er der dog behov for en skærpet opmærksomhed på sygeplejerskernes hænder og fingre - lokalt og nationalt, så de ikke får skader af at gå på arbejde. Derudover er der brug for fokus på, hvordan mellemledere støttes bedst muligt i at afhjælpe denne problematik på landets hospitaler.

13. Referenceliste

- Arbejdsmarkedets erhvervssikring 2023, Årsstatistik om arbejdsskader. Retrieved from <https://www.aes.dk/statistik/arbejdsskader/aarsstatistik-om-arbejdsskadesager>
- Arbejdstilsynet. (2005). *Arbejdsrelateret muskel- og skeletbesvær*. Retrieved from <https://at.dk/regler/at-vejledninger/arbejdsrelateret-muskel-skeletbesvaer-d-3-4/>
- Arbejdstilsynet. (2021). *Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø*. Retrieved from <https://at.dk/regler/love-eu-forordninger/arbejdsmiljoe-2062-sam/>
- Arbejdstilsynet. (2024). *Anmeldte arbejdsulykker i tal*. Retrieved from <https://at.dk/arbejdsmiljoe-i-tal/anmeldte-arbejdsulykker-i-tal/>
- AUB (u.å.), Aalborg University Library. Retrived from <https://www.aub.aau.dk/sog>
- AUB (2025a). PubMed. Aalborg University Library. Retrieved from https://kdbkaub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920699421705762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=any,contains,pubmed&offset=0&databases=any,pubmed
- AUB (2025b). APA PsycINFO. Aalborg University Library. Retrieved from https://kdbkaub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbsearch?query=any,contains,Psycinfo&tab=jsearch_slot&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&offset=0&databases=any,Psycinfo
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Kahlil, H., & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: Methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 132–140.
- Backhaus, I., Lohmann-Haislah, A., Burr, H., Nielsen, K., Dragano, N., & di Tecco, C. (2024). Organizational change: Challenges for workplace psychosocial risks and employee mental health. *BMC Public Health*, 23(1), Article 1706. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16520-y>
- Barr, A. E., Barbe, M. F., & Clark, B. D. (2001). Work-related musculoskeletal disorders of the hand and wrist: Epidemiology, pathophysiology, and sensorimotor changes. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 34(10), 610–627. <https://doi.org/10.2519/jospt.2004.34.10.610>
- Beskæftigelsesministeriet. (2023). *Retsinformation – vejledning om erhvervssygdomme*. Stk. 2.2.1. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2023/9427>

- Beskæftigelsesministeriet. (2024). *Faktaark om udmøntning af arbejdsmiljømidler fra trepartsaftalen*. Retrieved from <https://bm.dk/media/meghe4a2/faktaark-om-udmoentning-af-arbejdsmiljoemidler-fra-trepart-om-loenloeft.pdf>
- Birken, S. A., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., Larson, M., Walker, J., & Charns, M. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: A systematic review. *Implementation Science*, 13(149).
<https://doi.org/10.1186/s13012-018-0843-5>
- Birken, S. A., Lee, S-Y. D., Weiner, B. J., Chin, M. H., Chiu, M. & Schaefer, C. T. (2015). From strategy to action: How top managers' support increases middle managers' commitment to innovation implementation in health care organizations. *Health Care Management Review*. 40(2) 159-68 DOI: 10.1097/HMR.0000000000000018
- Blase, K., van Dyke, M., & Fixsen, D. (2015). *Implementation drivers: Assessing best practices*. National Implementation Research Network, Frank Porter Graham Child Development Institute, *University of North Carolina at Chapel Hill*.
- Blase, K., van Dyke, M., & Fixsen, D. (2015). *Implementation drivers: Assessing best practices*. National Implementation Research Network, Frank Porter Graham Child Development Institute, *University of North Carolina at Chapel Hill*. (s. 2)
- Boe, M. M. M., Johansson, L. V. K., King, H., & Meldgaard, N. R. (2024). *Hånd- og fingerbelastninger blandt intensivsygeplejersker – et udviklingsperspektiv*. Kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet.
- Boe, M. M. M., Johansson, L. V. K., King, H., & Meldgaard, N. R. (2024). *Hånd- og fingerbelastninger blandt intensivsygeplejersker – et udviklingsperspektiv*. (s. 4). Kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet.
- Bo-Kristensen, K. (2009). Kampen om den sygeplejefaglige identitet. *Sygeplejersken*. Retrieved from <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/sygeplejersken-2009-8/kampen-om-den-sygeplejefaglige-identitet/>
- Branchefællesskab arbejdsmiljø. (2022). *Forebyggelse og håndtering af ulykker*. Retrieved From https://www.godtarbejdsmiljo.dk/media/rtfos1hh/bfa-arbejdsulykker_sosu-tryk.pdf
- Brinkmann, S. (2015). Etik i en kvalitativ verden. I: S.Brinkmann & L.Tanggaard, (red.) *Kvalitative metoder: en grundbog*. (s. 581-600) Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udg.). (s. 15-16, 48-49). Hans Reitzels Forlag.

- Buus, N., Tingleff, E. B., Rossen, C. B., & Kristiansen, H. M. (2008). Litteratursøgning i praksis – begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*. Retrieved from <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/sygeplejersken-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller/>
- Cheraghi, H. E., Kheibar, N., & Sahebihagh, M. H. (2023). Reasons for resistance to change in nursing: An integrative review. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01460-0>
- Christensen, S. E., Harbsmeier, O., Madsen, H. B., Koppel, A., & Andersen, J. (2018). *Mellemedelse i en disruptiv tid – sådan tager du føring i en uvis fremtid*. DEA, NOCA og Lederne. Retrieved from <https://www.lederne.dk/-/media/files/subsites/lid/fokus/mellemedelse-i-en-disruptiv-tid.pdf>
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Sage Publications. (s. 166)
- Dahlager, L., & Fredslund, H. (2016). Hermeneutisk analyse: Forståelse og forforståelse. I: Vallgård, S. & Koch, L. (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (s. 157–181). Munksgaard.
- Danmarks statistik, 2025 – Dansk branchekode 2025 DB25_V1_2025. Retrieved from <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/db>
- Danske Regioner. (2024). *Økonomisk styring*. Retrieved from <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-styring/>
- Dansk Sygeplejeråd. (2025). Sygeplejerskers arbejdsvilkår. København: DSR. Retrieved from <https://dsr.dk/kreds-hovedstaden/arbejdsvilkaar/>
- Davidson, T. (2024). Erhvervspsykolog: Mellemedere oplever stigende pres. *Forkant*. Retrieved from <https://dsr.dk/lederforeningen/ledelsesmagasinet-forkant/nov24/pres/>
- Descatha, A., Evanoff, B. A., Leclerc, A., & Roquelaure, Y. (2020). Occupational determinants of musculoskeletal disorders. s, https://doi.org/10.1007/978-3-030-24334-0_8
- Det Danske Sprog- og Litteraturselskab. (u.å.). Værdi. *Den Danske Ordbog*. Retrieved from <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=v%C3%A6rdi>
- Dietz, S. M. (2022). Symbolet på den høje faglige kvalitet. *Sygeplejersken*, 2022(9), 15. Retrieved from <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/sygeplejersken-argang-2022-nr-9/symbolet-paa-den-hoeje>

- Dilig-Ruiz, A., MacDonald, I. Varin, M. D., Vandyk, A., Graham, I. D. & Janet E. Squires, J. E. (2018). Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 88. 123-134.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.014>
- Edwards, K. (2016). Projektbølger – Effektiv projektmodel for organisatoriske udviklingsprojekter på hospitaler. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen (Online)*, 92(2), 16–23. Retrieved from
https://backend.orbit.dtu.dk/ws/portalfiles/portal/128589134/B_lgemodel_Tidsskrift_for_Dansk_Sundhedsv_sen_v3.pdf
- Ellapen, T. J., & Narsigan, S. (2014). Work related musculoskeletal disorders among nurses: Systematic review. *Journal of Ergonomics*. S4:S4 <http://dx.doi.org/10.4172/2165-7556.S4-003>
- Elstad, I. (2008). Florence Nightingale og sygeplejen. I: S. Glasdam & J. Bydam (Red.), *Sygepleje i fortid og nutid – et historisk indblik* (s. 64–86). Dansk Sygeplejeråd.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), s. 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- European Network for Workplace Health Promotion. (2018). *Barcelona declaration on developing good workplace health practice in Europe*. Retrieved from
https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/declaration_englisch_a3.pdf
- Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*. 12: 78-84.
<https://doi/pdf/10.1046/j.1365-2702.2003.00662.x>
- Exeter University Library (2025). About Grey Literature? Retrieved from
<https://libguides.exeter.ac.uk/c.php?g=670055&p=4756572>
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Polity Press.
- Finansministeriet. (2020). *Veje til flere hænder – Task force om social- og sundhedsmedarbejdere* (s. 141–142). Retrieved from
<https://fm.dk/udgivelser/2020/juni/veje-til-flere-haender-task-force-om-social-og-sundhedsmedarbejdere/>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. National Implementation Research Network, *University of South Florida*. (s. 5, 16-17, 36-47, 55-64)
- Gildberg, F. A., & Hounsgaard, L. (2018). Kvalitative analysemetoder i sundhedsvidenskab. I

F. A. Gildberg & L. Hounsgaard (Red.), *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning*. Klim.

Gorce, P. & Jacquier-Bret (2025). Work-Related Musculoskeletal Disorder Prevalence by Body Area Among Nurses in Europe: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Funktional Morphology and Kinesiology* 10, 2-16 <https://doi.org/10.3390/jfmk10010066>

Greenhalgh, T., & Abimbola, S. (2019). The NASSS framework – A synthesis of multiple theories of technology implementation. *Healthcare*, 7(4), 1–12. <https://doi.org/10.3390/healthcare7040087>

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Haraldsson, P., Nylander, E., Jonker, D., Ros, A., & Areskoug Josefsson, K. (2024). Workplace interventions focusing on how to plan, organize and design the work environment in hospital settings: A systematic review. *IOS Press*. 78(2):331–348. DOI: [10.3233/WOR-230205](https://doi.org/10.3233/WOR-230205)

Hämning, O. (2018). Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals – a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *Health Services Research*. 18:785 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3556-1>

Helbredsprofilen.dk. (2023). Hvad laver en sygeplejerske. Region Sjælland. Retrieved from <https://www.helbredsprofilen.dk/hvad-kan-jeg-faa-hjaelp-til/presentation-af-faggrupper/hvad-laver-en-sygeplejerske>

Holen, M. (2008). Forestillinger om kvinden i sygeplejefaget. I Glasdam, S. & Bydam, J. (red.) *Sygepleje i fortid og nutid – et historisk indblik* (s. 220-240). Dansk Sygeplejeråd.

Holland, P., Tham, T. L., Sheehan, C. & Cooper, B. (2019). The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Applied Nursing Research* 49, 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.06.001>

Holgaard, J.E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D. & Thomassen, A.O. (2023). Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser. 2. udgave, 3 oplag. Samfundslitteratur.

Holm-Petersen & Buch (2014). Ledelse i sundhedsvæsenet. København. VIVE. (s.5-7) Retrieved from <https://www.vive.dk/media/pure/4z63qrzq/2034681>

Holm-Petersen, C., Asmussen, M. & Wügler, W. M. (2006). *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger*, (s.73-78). Retrieved from <https://www.vive.dk/da/udgivelser/sygeplejerskers-fagidentitet-og-arbejdsopgaver-paa-medicinske-afdelinger-4z62g5vq/>

Hølge-Hazelton, B. & Berthelsen, C. B. (2021). Why nurses stay in departments

with low turnover: A constructivist approach. *Nordic Journal of Nursing Research*. 41(3) 158-165 <https://doi.org/10.1177/2057158521991434>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). *Aftale om sundhedsreform* (s. 60).
<https://www.ism.dk/Media/638743383915480390/Aftale%20om%20sundhedsreform%202024%20%20vers.%202-04.02.2025.pdf>

Jacobsen & Thorsvik (2022). *Hvordan organisationer fungerer*. (s. 91). København. Hans Reitzels Forlag.

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2022). *Hvordan organisationer fungerer* (s. 90-91). Hans Reitzels Forlag.

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2010). *Hvordan organisationer fungerer* (s. 347, 336-364). Hans Reitzels Forlag.

Jakobsen, M. D., Aust, B., Scherfig, N., Kines, Madeleine, P. M., Dyreborg, J. & og Andersen, L. L. (2019). Deltagerinvolverende intervention for bedre brug af hjælpemidler i hospitalsvæsenet. Retrieved from <https://amff.dk/media/11495/hjaelpemidler-i-hospitalsvaesenet-slutrapport.pdf>

Juul, S. (2012). Hermeneutik. I: Juul, S. & Pedersen, L. B. (Red.),
Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – en indføring (s. 107–148). Hans Reitzels Forlag.

Justitsministeriet. (2018). *Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven)*.
<https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2018/502>

Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. & Wølner, M. R. (2024) Mellomledere i spesialisthelsetjenesten– emosjonelt arbeid og organisatoriske endringer– emosjonelt arbeid og organisatoriske endringer. Retrieved from <https://tidsskrift.dk/tidsskrift-for-arbejdsliv/article/view/151521/194214>

Kitson, A., Harvey, G., Hunter, S., Kelly, J., Cummings, G., Ehrenberg, A., Kislov, R., Pettersson, L., Wallin, L., & Wilson, P. (2021). How nursing leaders promote evidence-based practice implementation at point-of-care: A four-country exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(5), 2447–2457.
<https://doi.org/10.1111/jan.14773>

Kitto, C.S., Chester, J. & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research. Criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. 18(4), 243-246.

Kristensen, H. G. (2020). Litteratursøgning. I: J. L. Rasmussen & M. K. Pedersen (red.)
Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi (s. 205–236). Gads Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Interview – Det kvalitative forskningsinterview som

håndværk. (s. 177-178, 193-194, 183-187, 190, 238-239). 3. Udgave. Hans Reitzels Forlag.

Lally, P., van Jaarsveld, C. H. M., Potts, H. W. W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40(6), 998–1009. <https://doi.org/10.1002/ejsp.674>

Larsen, K. D. (2021). Mellemlederen i det evige dilemma. Retrieved from <https://psykologeridanmark.dk/2021/09/mellemlederen-i-det-evige-dilemma/>

Larsen, M., & Jakobsen, V. (2022). Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de Storevelfærdsområder. *VIVE*. Retrieved from <https://www.vive.dk/media/pure/4vlnboxj/6598683>

Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2021). *Forskning om og med mennesker: Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (7. udg.). Munksgaard.

Lederne (2017): Profil af mellemlederen. Lederne

Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Featherstone, R., Littlewood, A., Metzendorf, M.-I., Noel-Storr, A., Paynter, R., Rader, T., Thomas, J., & Wieland, L. S. (2024). Chapter 4: Searching for and selecting studies (Section 4.3.1). I J. P. T. Higgins et al. (Red.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (version 6.3). Cochrane. Retrieved from <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-04#section-4-3-1>

Letvak, S. (2013). We Cannot Ignore Nurses' Health Anymore: A Synthesis of the Literature on Evidence-Based Strategies to Improve Nurse Health. *Nurs Admin Q*. 37(4) 295-08. DOI: 10.1097/NAQ.0b013e3182a2f99a

Lex.dk. (u.å.). *Værdi*. Retrived from <https://lex.dk/v%C3%A6rdi>

Linton, M., & Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*, 27(5), 1120–1130
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1177/0969733020940371>

Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J. & Møller, A. (2014). Håndbog i kritisk læsning. Redskaber til evidensbaseret praksis. 1. udgave. 1 oplag. Munksgaard

Malchau, S. (2008). Katolsk sygeplejeordners grundlæggelse og virke. I: S. Glasdam & J. Bydam (Red.), *Sygepleje i fortid og nutid – et historisk indblik* (s. 46–63). Dansk Sygeplejeråd.

Maltarund, K. (2018). Systematisk tekstkondensering I: F. A. Gildberg & L. Hounsgaard (red.). *Kvalitative analysemetoder I sundhedsforskning*. (s. 115-134). Klim

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760.

- McArthur, A., Klugarova, J., Yan, H., & Florescu, S. (2015). Innovations in the systematic review of text and opinion. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 188–195. Retrieved from https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Text_and_Opinion.pdf
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (2012). Hvordan kritisk refleksion fører til transformativ læring I: Illers, K. (red.). 49 tekster om læring. (s.156-171). Samfundslitteratur.
- Morvati, D., Solbakken, R., Vaag, J., & Hilli, Y. (2025). Nurses' and nurse leaders' perspectives on a health-promoting work environment: A meta-ethnographic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), Article 2460255. <https://doi.org/10.1080/17482631.2025.2460255>
- Murad, M. H., Asi, N., Alsawas, M., & Alahdab, F. (2016). New evidence pyramid. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(9), 1270–1275. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27339128/>
- Odense Universitetshospital. (u.å.). *Ledelse på OUH – et ledelsesgrundlag der sætter retning*. Retrieved from <https://ouh.dk/ouh-som-arbejdsplads/vaerdier-og-strategier/ledelse-pa-ouh/ledelse-pa-ouh-et-ledelsesgrundlag-der-saetter-retning>
- Ou, Y.-K., Liu, Y., Chang, Y.-P., & Lee, B.-O. (2021). Relationship between musculoskeletal disorders and work performance of nursing staff: A comparison of hospital nursing departments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7814. doi: [10.3390/ijerph18137085](https://doi.org/10.3390/ijerph18137085)
- Ordnet.dk. (u.å.). Det Danske Sprog- og Litteraturselskab. Retrieved from <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=mundheld>
- Pedersen, L. M. (2023). Hvad motiverer sygeplejersker på et offentligt hospital efter COVID-19? En kvalitativ analyse af intrinsisk og ekstrinsisk motivation samt amotivation. *Tidsskrift for Arbejdsliv*. <https://tidsskrift.dk/tidsskrift-for-arbejdsliv/article/view/140161/184140>
- Pedersen, L. M., Jakobsen, A. L., Buttenschøn, H. N., & Haagerup, A. (2022). Positive association between social capital and the quality of health care service: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 13952. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36375309/>
- Petersen, E. (1989). Fra kald til fag – kampen om statsautorisation. I *Dansk Sygeplejeråd* (s. 141–175).
- Petersen, K. S., Ledderer, L., Maindal, H. T., & Overgaard, C. (2022). Introduktion til

komplekse interventioner. I: K. S. Petersen, H. T. Maindal, L. Ledderer & C. Overgaard (Red.), *Komplekse interventioner: Udvikling, test, evaluering og implementering* (s. 7–14 & s. 29). Aalborg Universitetsforlag.

- Rasmussen, C. D. N., Larsen, A. K., Holtermann, A., Søgaard, K., & Jørgensen, M. B. (2014). Adoption of workplaces and reach of employees for a multi-faceted intervention targeting low back pain among nurses' aides. *BMC Medical Research Methodology*, 14(60). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-60>
- Rasmussen, L. T., Remvig, K., & Wien, C. (2022). Litteratur- og informationssøgning til opgaven. I *Den gode opgave: Håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning* (6. udg., s. 149–174). Samfundslitteratur.
- Region Sjælland. (2023). Budgetaftale for Region Sjælland 2024. Retrieved from <https://www.nrsygehuse.dk/nyheder/2023/juli-september/flere-penge-til-at-sikre-robuste-sygehuse-i-region-sjaelland>
- Retsinformation. (2024). *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1008>
- Retsinformation (2024). Omhu og samvittighedsfuldhed. Kap.5, §17, *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1008#P17>
- Retsinformation (2024). *Formålet med autorisationsordninger*. Kap.1, §1. *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1008#P1>
- Richard, A. A. & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. 43(3) 255-264
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>
- Robusthedskommissionen, 2023, *Robusthedskommissionens anbefalinger*. (s. 31, 61)
Retrieved from <https://www.ft.dk/samling/20222/almdel/suu/spm/640/svar/1980119/2753444.pdf>
- Ross, A., Bevans, M., Brooks, A. T., Gibbons, S., & Wallen, G. R. (2017). Nurses and health-promoting behaviors: Knowledge may not translate into self-care. *AORN Journal*, 105(3), 267–275. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.12.018>
- Sist, L., Savadori, S., Grandi, A., Martoni, M., Baiocchi, E., Lombardo, C. & Colombo, L. (2022). Self-Care for Nurses and Midwives: Findings from a Scoping Review. *Healthcare*. 10 (12): 2473 doi: [10.3390/healthcare10122473](https://doi.org/10.3390/healthcare10122473)
- Skovlund, S. V., Bláfoss, R., Calatayud, J., Bueno, R. L., Sundstrup, E. & Andersen, L.L. (2023). Musculoskeletal pain intensity and risk of long-term sickness absence in the general working population: A prospective cohort study with register follow-up. 1-7

DOI: [10.1016/j.ypmed.2023.107636](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107636)

- Soler-Font, M., Ramada, J. M., van Zon, S. K. R., Almansa, J., Bültmann, U., & Serra, C. (2019). Multifaceted intervention for the prevention and management of musculoskeletal pain in nursing staff: Results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*. doi: [10.1371/journal.pone.0225198](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225198)
- Sousa, A. D., Lavareda Baixinho, C., & Henriques, M. A. (2023). The effect of interventions on preventing musculoskeletal injuries related to nurses' work: Systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*. [https://DOI:10.3390/jpm13020185](https://doi.org/10.3390/jpm13020185)
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership styles and nurses' job satisfaction: Results of a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1552. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
- Sundhedsstrukturkommissionen. (2024). *Hovedrapport: Fremtidens sundhedsvæsen*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (s. 372). Retrived from <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/juni/sundhedsstrukturkommissionen>
- Sundhed.dk. (2024). *Arbejdsulykker og erhvervssygdomme*. Retrived form <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/arbejdsmedicin/arbejdsrelaterede-sygdomme/arbejdsulykker-og-erhvervssygdomme/>
- Sørensen, D., & Stampe, A. S. (2017). Psykomotorisk terapi som komplimenterende behandlingstilbud blandt skulderpatienter med smerter af mere end 3 mdr. varighed. Retrieved from <https://www.ucviden.dk/da/projects/psykomotorisk-terapi-som-komplimenterende-behandlingstilbud-bland>
- Tashiro, J., shimpuku, Y., Naruse, K. Matsutani, M. & Matsutani, M. 2013. Concept analysis of reflection in nursing professional development. *Japan Journal og Nursing Science*. 10(2) 170-179. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00222.x
- Tjørnlund, A. M., & Pedersen, L. M. (2022). Et godt arbejdsmiljø får sygeplejersker til at blive i faget. *Sygeplejersken*. Retrieved from <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/fag-forskning-argang-2022-nr-3/et-godt-arbejdsmiljoe-faar-sygeplejersker-til-at-blive-i-faget/>
- Tomm, K. (2019). Refleksive spørgsmål og de internaliserede andre I: Kristensen, R. (red.). *Flere Fantastiske Forbindelser – Relationer og konstruktioner i læringsmiljøer*. Dafolo
- Tænketanken DEA (2008): Hvidbog: Ledelse i øjen- højde, mellemlederen i centrum. Tænketanken DEA
- Vaaben, N., Weinreich, E., Dahlager, L., Mouritzen, S. S., & Manstrup, S. (2023). Hvorfor stopper sygeplejersker i det offentlige sundhedsvæsen? – Og hvad skal der til, for at de bliver? Retrieved from https://ucviden.kp.dk/ws/portalfiles/portal/104642802/Hvorfor_stopper_sygeplejersker.pdf

- Westergren, E., & Lindberg, M. (2021). Work-related musculoskeletal complaints among haemodialysis nurses: An exploratory study of the work situation from an ergonomic perspective. *Work*, 70(4), 1065–1075. <https://doi.org/10.3233/WOR-205241>
- Williams, S. G., Fruh, S., Barinas, J. L., & Graves, R. J. (2022). Self-care in nurses. *Nursing Clinics of North America*, 57(1), 121-132.
<https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2021.11.001>
- Willemann, M., & Hanak, M. L. (2006). *Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme*. Sundhedsstyrelsen. Retrieved from <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2006/Egenomsorg---et-saerligt-perspektiv-paa-forebyggelse-og-sundhedsfremme---Temahaeft-om-egenomsorg>
- WMA. (2023). *International Code of Medical Ethics*. Retrived from <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>
- Ziam, S., Lakhal, S., Laroche, E., Lane, J., Alderson, M. & Cagné, C. (2023). Musculoskeletal disorder (MSD) prevention practices by nurses working in health care settings: Facilitators and barriers to implementation. *Applied Ergonomics* 106, 2-9
<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2022.103895>