



LEDARSKAP I OMVÅRDNAD

NÅGRA AVDELNINGSCHEFERS UPPFATTNINGAR OM SINA FUNKTIONER

Författare: Kaarina Rämö-Bandgren, Rose-Marie Scherman

Handledare: Gullvi Flensner

Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1

Omvårdnad 41-60p

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

December 2004

| | |
|------------------------|--|
| Arbetets titel: | Ledarskap i omvårdnad: Några avdelningschefer's uppfattningar om sina funktioner. Leadership in nursing care: Some first line nurse managers' perceptions of their functions. |
| Författare: | Kaarina Rämö-Bandgren, Rose-Marie Scherman |
| Handledare: | Gullvi Flensner |
| Institution: | Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla |
| Arbetets art: | Enskilt arbete i omvårdnad 10p, fördjupningsnivå 1 |
| Antal sidor: | 23 |
| Kurs: | Fristående kurs i omvårdnad, 41-60 p |

Abstract

The aim of the study was to elucidate five first line nurse managers' perceptions of their leadership of nursing care, investigated out of three questions: What is the function of leadership of nursing care on a ward? In what way could leadership be used as a resource that will benefit good nursing care? What are the possibilities and the hindrances? Five nurse managers, within different fields of specialities in a hospital in the west of Sweden, were interviewed. The transcribed interviews were analysed with a qualitative method and the nurse manager's perceptions were described. The nurse managers perceived their work from the perspectives of two main categories: either the patient or the staff. The leadership focused on patients through the following six subcategories: having an idea and knowledge about the care, giving individual care, documentation of care, encouraging cooperation between different professions, mediating a caring approach, and contributing to caring development. The leadership focused on support of the staff in the following four subcategories: initiating conversations about events on the ward, implementing talk about professional development, encourage education, and being responsible for a good working environment. Finally perceptions of possibilities and hindrances in nursing care were described. It was concluded that the first line manager has an important role to be a model in her professional leadership.

Keywords: First Line Nurse Manager, Nursing, Quality and Safety, Shortage of Nurses

Nyckelord: Avdelningschef, Kvalitet och Säkerhet, Omvårdnad, Sjuksköterskebrist

| | |
|---|----|
| Innehåll | |
| Inledning | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Omvårdnad – sjuksköterskans ansvar och yrkesroll | 3 |
| Organisationsmodeller | 4 |
| Problemformulering och syfte | 5 |
| Metod | 6 |
| Urval och etisk tillämpning | 6 |
| Datainsamling | 7 |
| Analys | 7 |
| Resultat | 9 |
| Ledarskap genom att sätta patienten i centrum | 9 |
| Att ha en idé och kunskap om vården | 10 |
| Att ge individuell omvårdnad | 10 |
| Att dokumentera omvårdnaden | 10 |
| Att stimulera samarbete mellan olika professioner | 11 |
| Att förmedla förhållningssätt | 11 |
| Att bidra till utveckling av vården | 11 |
| Ledarskap genom att stödja personalen | 12 |
| Initiera samtal vid händelser på avdelningen | 12 |
| Genomföra utvecklingssamtal | 12 |
| Stimulera utbildning | 12 |
| Ombesörja en god miljö för personal | 13 |
| Möjligheter och hinder i omvårdnaden | 13 |
| Möjligheter | 13 |
| Hinder | 14 |
| Diskussion | 14 |
| Metoddiskussion | 14 |
| Resultatdiskussion | 15 |
| Konklusion | 19 |
| Referenser | 20 |
| Bilaga | |

Inledning

Sjuksköterskans ansvarsområde omvårdnad skall utformas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (SOSFS 1993:17). För att kunna se vilka omvårdnadsåtgärder och på vilket sätt dessa har utförts, skall omvårdnaden dokumenteras (SFS 1985:562). Dokumentation av omvårdnaden utgör också ett viktigt redskap för kvalitetssäkring och utveckling (SOSFS 1996:24).

Det som bidrar till att göra omvårdnaden synlig är de handlingar och åtgärder som sjuksköterskor dokumenterar. Ofta innehåller sjuksköterskors dokumentation enbart rent medicinska åtgärder. Den omvårdnad som givits individen är emellertid inte alltid lätt att se eller att utläsa. Hur patientens reaktioner har varit eller om och hur man försökt lindra dessa, återfinns oftast inte. Frågor om vilken omvårdnad som patienten har erhållit väcks.

Inom avdelningen är det avdelningschefen som har det yttersta ansvaret för omvårdnadsfrågorna och att dessa löses på ett för patienten optimalt sätt. Omvårdnaden behöver organiseras så att grundläggande värderingar för vården framträder. Enligt Lundgren (2002) är omvårdnadsfilosofi, omvårdnadsmodell och bemanning ömsesidigt beroende.

Bakgrund

Ledarskap kan enligt Their (1998) ses i två dimensioner: att leda själva arbetet, produktionen ("att leda sak", management), och de som utför produktionen ("att leda människor", leadership). Inom en sjukvårdsinrättning förekommer ledarskap på olika nivåer. Vid ett medelstort sjukhus i västra Sverige finns tre nivåer på ledarskap; en sjukhusdirektör, som är ledare för hela sjukhuset; en verksamhetschef, som är ansvarig för en klinik; och slutligen avdelningschefen, som är chef för arbetet på en avdelning. Dessa finns i en så kallad linjeorganisation där varje nivå har tydliga ansvarsområden. Innehavet av samtliga dessa befattningar är tidsbegränsade i tre år. Sjukhusdirektören

uteses av landstings-/region- direktören, som har ett övergripande verksamhets-, ekonomi- och personalansvar. Sjukhusdirektören har även ansvar för arbetsmiljön men har delegerat detta direkt till avdelningschefen. Verksamhetschefen utses av sjukhusdirektören, personal och fackliga organisationer och ansvarar för vård, budget och personal inom en klinik. Avdelningschefen utses av verksamhetschefen, personal och fackliga organisationer. Hon ansvarar för budget, drift, personalfrågor samt för ledning av omvårdnadsarbetet, som är delegerat till avdelningschefen på avdelningsnivå.

Avdelningschef som titel används sedan i början på 1990-talet. Tidigare var titeln avdelningsföreståndare (Olsson 2002), som innebar en något annorlunda funktion än avdelningschef. Holmdahl (1997) beskriver synen på avdelningsföreståndaren, som identisk med sin avdelning. Inläggande läkare kunde säga: ”Vi lägger in patienten hos Syster Märta”. Alla involverade parter visste då vilken avdelning som patienten lades in på. Avdelningsföreståndaren kunde och bestämde omvårdnaden och såg till att avdelningen sköttes enligt hennes anvisningar. Hon deltog aktivt i vårdarbetet och såg till att givna medicinska ordinationer följdes. Avdelningsföreståndaren hade emellertid inget budget- eller personalansvar (Kihlgren m fl 2000).

Funktionen som avdelningschef och ledande sjuksköterska på en avdelning kräver särskild kompetens inom arbetsledning, administration, budgetarbete och insikt i hälsoekonomi samt förmåga att initiera och leda utvecklingsarbete inom verksamheten. I ledningsarbetet ingår även att följa upp hur personalen utför sina delar av kvalitetssäkringsarbetet (SOSFS 1995:15). När det gäller omvårdnad innebär ledarskapet att uppgifter skall lösas på ett ändamålsenligt sätt för att uppnå god omvårdnad. De två dimensionerna av ledarskapet handlar då dels om att leda själva omvårdnadsarbetet (management), dels om att leda de människor som vårdar (leadership) (Thier 1998).

I avdelningschefens arbetsuppgifter ingår således inte att själv vårda patienter utan att skapa förutsättningar för en god vård. Detta sker genom att avdelningschefen leder utvecklingen av omvårdnaden och genom att hon vårdar personalen (Björvell 2001). Enligt Lindholm och Udén (1999) innebär detta att det krävs förmåga och skicklighet i

att ta hand om människor och verksamhet, ekonomi och information. De skriver vidare att om avdelningschefen har utbildning inom omvårdnad ökar dennes engagemang i vårdutvecklingsfrågor.

Omvårdnad - sjuksköterskans ansvar och yrkesroll

Omvårdnad ses både som konst och vetenskap. Konsten består i att vårda den sjuka och inte sjukdomen. Sjuksköterskor integrerar teori med klinisk erfarenhet. Redan Florence Nightingale menade att praktiken ger den teoretiska kunskapen liv (Gustafsson & Persson, 1997). Enligt medicinska forskningsrådets definition (MFR, 1982) innebär omvårdnad att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov och att tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återfinna optimal hälsa, liksom att tillgodose behov av vård i livets slutskede. Omvårdnaden utgör ett komplement till medicinsk vård, beaktande såväl psykiska som sociala och kulturella aspekter.

Socialstyrelsen (SOSFS 1993:17) föreskriver att patienten skall ges möjlighet att delta i beslut och genomförande av sin omvårdnad. Omvårdnaden skall vara av god kvalitet och vila på vetenskap och beprövad erfarenhet (SOSFS 1993:17).

Sjuksköterskan har också ansvar för att de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna för omvårdnaden tydliggörs (SOSFS 1993:17). Kirkevold (1994) skriver att omvårdnadsteorier förväntas beskriva det unika hos professionen och att de skapar struktur och sammanhang för arbetet.

Enligt Socialstyrelsens rapport (1997) Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:5 om kompetens, är det hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och den s k åliggandelagen (SFS 1998:531) som reglerar sjuksköterskans arbete. Med utgångspunkt i dessa lagar måste en legitimerad sjuksköterska kunna, med ett etiskt förhållningssätt och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, utföra omvårdnad inom sitt yrkesområde (Socialstyrelsen 1997).

Genom att dokumentera omvårdnaden blir den tillgänglig för andra och därmed möjlig att utveckla (Edqvist & Trewe, 1997). När patientjournallagen kom 1985 (SFS 1985:562), fanns inga nationella kriterier eller riktlinjer för dokumentation av omvårdnad (Ehnfors m.fl. 1992). Att systematiskt dokumentera omvårdnad i patientens journal hade inte varit tradition bland sjuksköterskor utan lösa lappar eller små block användes. Omvårdnaden skrevs med blyerts och raderades ut allt eftersom nya situationer uppkom (Ehnfors m.fl. 1998).

På olika sjukvårdsinrättningar i landet pågår en intensiv utveckling av journalföring av omvårdnad. Den så kallade VIPS – modellen (Välbefinnande – Integritet – Prevention – Säkerhet) är den i särklass vanligaste dokumentationsmodell som används (Ehnfors m.fl. 1998). När omvårdnaden skall utvärderas och kvalitetssäkras måste hela omvårdnadsprocessen vara dokumenterad. I en kartläggning av omvårdnadsdokumentation vid ett mellanstort sjukhus i västra Sverige visades, att endast vid få enheter dokumenterades hela omvårdnadsprocessen (Larsson & Sahlsten 1998). Dessutom har få avdelningar en vårdorganisation som skapar förutsättningar för omvårdnadsdokumentation (Björvell 2001).

Organisationsmodeller

Segesten (1997) menar att Socialstyrelsens författning om omvårdnad (SOSFS 1993:17) och föreskrifter om kvalitetssäkring (SOSFS 1996:24) inte är möjliga att leva upp till, om inte speciella krav uppfylls vad gäller både arbetsmodell och bemanning. Vidare skriver Segesten att Sverige har en lång tradition av vårdavdelningar med ett fåtal sjuksköterskor och många undersköterskor. För att uppnå en god omvårdnads kvalitet behövs tillräcklig mängd personal med adekvat kompetens (Andersson 1995).

Det finns olika sätt att organisera vårdarbetet på avdelningen. Primär omvårdnad eller ”primary nursing” innebär mer än en arbetsorganisation. Det är en vårdfilosofi där patienten är i centrum. Patientens problem bedöms utifrån en helhetssyn och efter egen förmåga deltar patienten i besluten om och utförandet av sin egen vård (Björvell 2001). Vården organiseras så att en sjuksköterska, beroende på patientens vårdbehov, är

primärt ansvarig för tre till sex patienter (Lundgren, 2002). När den ansvarige sjuksköterskan inte finns på plats övertar en annan sjuksköterska ansvaret utifrån de givna direktiven från den som är primärt ansvarig (Segesten 1997). Denna organisation innebär att enbart sjuksköterskor är anställda och ansvarar för och utför omvårdnaden (Björvell 2001).

I parvård arbetar en sjuksköterska och en undersköterska i par. De arbetar samma arbetspass och vårdar alltid gemensamma patienter. I parvård möter alla patienter en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en och samma undersköterska (Björvell 2001). Sjuksköterska och undersköterska ansvarar för 6-7 patienter (Andersson 1992). Vårdavdelningar med parvård har lika många sjuksköterskor som undersköterskor anställda (Björvell 2001).

I rondsystemet fokuseras intresset på arbetsuppgifterna mer än på patienten. För patienten innebär det att många olika vårdare deltar i deras vård och ingen får helhetsintrycket. Inte bara sjuksköterskor utan all personal arbetar över hela avdelningen (Andersson, 1992). Denna organisationsmodell innebär att kunskapen om patientens omvårdnadsbehov minskar, liksom helhetssynen på vården (Kihlgren m fl 2000). Någon sjuksköterska som har omvårdnadsansvar för patienten finns inte utan patienten kan vårdas av samtliga som just då tjänstgör (Björvell 2001).

Problemformulering och syfte

Utifrån den beskrivna bakgrunden ställer vi oss följande frågor: Vad är ledarskapets funktion i omvårdnad på en vårdavdelning? På vilket sätt blir ledarskapet en resurs som gagnar god omvårdnad? Vilka möjligheter och vilka hinder finns?

Syftet var att belysa fem avdelningschefers uppfattningar om ledarskapets funktion i omvårdnad.

Metod

För att nå vårt syfte genomförde vi en empirisk studie. Datainsamlingen skedde med hjälp av kvalitativa intervjuer. Med kvalitativa metoder kan egenskaperna hos något, hur någonting är beskaffat beskrivas (Larsson 1986). Kvalitativ intervju är en metod för att utröna, upptäcka, förstå och lista ut beskaffenheter eller egenskaper i ett fenomen eller en uppfattning (Alexandersson, 1994).

Urval och etisk tillämpning

För att få tillstånd för studien och få lämpliga informanter togs kontakt med chefsjuksköterskan på ett mellanstort sjukhus. Chefsjuksköterskan informerade och tillfrågade avdelningscheferna innan hon delgav oss namn på avdelningschefer, som kunde vara lämpliga för vår studie. Vi fick namnen på sex avdelningschefer från sex olika kliniker. De var informerade om att vi skulle kontakta dem per telefon och vid telefonkontakten åter tillfrågas om de ville låta sig intervjuas. Två avböjde, men en av dessa föreslog en annan kollega på sin klinik, som tillfrågades och hon hade möjlighet att delta. Sammanlagt tillfrågades alltså sju avdelningschefer av vilka vi intervjuade fem.

Alla avdelningscheferna fick muntlig information via telefon om studien, dess syfte, frågeställningar och om hur genomförandet av intervjun skulle ske med hjälp av bandspelare. Ingen skriftligt information gavs. Avdelningscheferna informerades också om att deras svar skulle behandlas konfidentiellt och att det inte skulle kunna gå att identifiera någon individuellt. De fick också själva välja datum, klockslag och plats för intervjun. Alla avdelningschefer valde att bli intervjuade på sina respektive arbetsplatser. Rum hade reserverats, där vi kunde vara ostörda. Intervjuerna genomfördes hösten 2000.

Datainsamling

Vid ankomsten till avdelningen presenterade vi oss och samtalade en stund för att bli bekanta med varandra innan själva intervjun började. Vi berättade igen om studien och

dess syfte. Samtliga avdelningschefer hade möjlighet att avböja intervjun. Själva intervjun inleddes med att vi bad avdelningscheferna beskriva sitt ledarskap i omvårdnad. Våra inledande frågor ställdes utifrån problemformuleringen (Se Bilaga 1). För att utveckla intervjun mera på djupet ställdes kompletterande följdfrågor genom att upprepa något av det som sagts eller ”Hur menar Du”? Intervjuerna varade mellan en till en och en halv timma. Avdelningscheferna var utexaminerade mellan åren 1973 och 1976 och hade arbetat som avdelningschef mellan 3 och 15 år. Intervjuerna bandinspelades och skrevs sedan ut ordagrant och inspelningsbanden har förvarats inlåsta.

Analys

Den kvalitativa analysen har inspirerats av Kvale (1997) och gjorts i följande fem steg:

1. Upprepade genomläsningar av den transkriberade intervjun för att bli bekant med texten.
2. Innebörder i intervjumaterialet har markerats och formulerats i kanten. På så sätt den talade texten i intervjun förkortats och det mest centrala och själva kärnan i texten har fåtts fram.
3. De olika innebörderna grupperades utifrån nyanserna först till huvudkategorier och inom dessa olika underkategorier.
4. I varje huvudkategori och underkategori formulerades det som var betecknande och centralt i utsagan. Detta har sedan belysts med hjälp av citat från rådata.

För att bli bekanta med texten har båda läst de transkriberade intervjuerna flera gånger. Innebörderna i de transkriberade intervjuerna har vi först tagit fram var och en för sig. Sedan har vi jämfört våra innebörder, sammanställt de preliminära kategorierna och formulerat kärnan i respektive huvudkategori och underkategori gemensamt.

Exempel ur en av avdelningschefernas svar där hon ombeds beskriva de tankar hon får om det specifika i ett ledarskap vars mål är omvårdnad.

A 5 ”En speciell tanke blir att plocka fram hos var och en, känslan av hur jag skulle vilja bli behandlad om jag hade varit patient eller om det varit min mamma att man försöker hitta ett sätt att närma sig och respektera och låta patienten vara delaktig. Vi

har en bit kvar i den här frågan om delaktighet, att patienten blir informerad om situationen och förutsättningarna på ett för dom... ett sätt som dom liksom kan förstå och att man sedan respekterar deras beslut. Det tycker jag är väldigt viktigt. Det har framkommit också i patientenkäter att det där med delaktighet, att låta patienterna vara delaktiga i beslut, där har vi en bra bit kvar. Mycket, mycket viktig sak för de upplever ibland att vi har högre ambitioner än patienten, många gånger tvärtom men där möter man ju patienten i en diskussion oftast, om det är en patient som vill mer. Dom tar för sig av sin natur och dom kanske har orealistiska förväntningar, men det förs fram till utan... bli till en diskussion. Dom här andra som anpassar sig för att vara till lags det är svårare att se. Det tycker jag är det specifika. Det är väldigt viktigt med personalens förhållningssätt i dom här intima situationerna. Det är väl dom viktigaste egenskaperna en sjuksköterska, undersköterska kan ha, det är väl att hjälpa patienterna i dom intima situationerna utan att dom känner sig utelämnade, så lite som möjligt i alla fall”.

Steg 2 Det mest centrala

- Att plocka fram hos var och en känslan av hur man skulle vilja bli behandlad som patient.
- Hitta sätt att närma sig och respektera och låta patienten vara delaktig.
- Informera patienten om situationen och respektera patientens beslut. Patientenkäter visar att vi fortfarande inte låter patienten vara delaktig i beslut, detta är mycket, mycket viktigt.
- En del patienter har lätt att ta för sig men har orealistiska förväntningar. Ibland har personalen högre ambition än patienten och patienten anpassar sig för att vara till lags. Det specifika är att kunna möta orealistiska förväntningar och att se när patienter vill vara till lags.
- Personalens förhållningssätt är speciellt viktig i intima situationer för att inte patienten skall känna sig utelämnad.

Steg 3 Jämförelse av innebörderna

Innebörderna i de fem avdelningschefernas beskrivningar jämfördes genom att skriva in dem i en matris. Vid jämförelse betonar avdelningscheferna olika funktioner i sin syn på vad som är specifikt i ett ledarskap vars mål är omvårdnad. Vad som sägs, men också hur det sägs beaktas.

Steg 4 Huvudkategorier och underkategorier

Innebörderna grupperades till preliminära kategorier genom att det som handlade om samma sak fördes samman. Förutom möjligheter och hinder fann vi två huvudkategorier i ledarskapets förhållningssätt. En huvudkategori där patienten står i centrum och en med betoning på personalens utveckling. Under varje huvudkategori fann vi underkategorier.

Steg 5 Formulering av det centrala och val av citat

Med hjälp av de grupperade och kondenserade innebörderna kunde det centrala i respektive huvudkategori och underkategori formuleras. I detta avslutande steg valdes slutligen en lämplig rubrik samt lämpligt citat.

Resultat

Avdelningscheferna beskriver ledarskapets funktion i omvårdnad på ett varierande sätt. I huvudsak finner vi att deras uppfattningar om sitt ledarskap fokuseras på å ena sidan att sätta patienten i centrum och å andra sidan att stödja personalen i omvårdnadsarbetet.

Ledarskap genom att sätta patienten i centrum

Inom huvudkategorin patienten i centrum framkom underkategorierna: ”att ha en idé och kunskap om vården”, ”att ge individuell omvårdnad”, att dokumentera omvårdnaden”, ” att stimulera samarbetet mellan olika professioner”, ” att själv förmedla förhållningssätt” och ” att bidra till utveckling av vården”.

Att ha en idé och kunskap om vården

Det som avdelningscheferna säger är att det finns en ideologi, en teori att det behövs kunskap om vård, en idé om vården, hur den skall bedrivas i praktiken och att se möjligheter. Vad det finns för kunskaper och krafter hos personalen och hur man som

chef kan ta vara på det. Ledarskapets förhållningssätt har stor betydelse för utvecklingen av vården inom en avdelning.

A 5 ”Jag har arbetat med omvårdnadsutveckling och tror att det handlar om att identifiera krafterna som finns, låta dom komma till tals och vara med om att forma vården”.

Att ge individuell omvårdnad

Individuell omvårdnad med patienten i centrum är något man strävar efter. Personalomsättningen är emellertid ofta alltför stor för att uppnå fullt utvecklad individuell omvårdnad, där sjuksköterskan vårdar en och samma patient under hela vårdtiden. På en avdelning har man personalen indelad i två team med två sjuksköterskor i varje team. Då kan man hinna med att ta tag i de saker man vill utveckla och diskutera gemensamt. Många av dagarna är man ensam sjuksköterska i teamet. Det handlar då om att hinna med de absolut viktigaste uppgifterna.

A 4 ”Vi försöker ändå ge individuell omvårdnad, även om vi inte har helt utarbetat PAS-skap (patientansvarig sjuksköterska), beroende på stor personalomsättning”.

Att dokumentera omvårdnaden

En avdelningschef säger att det är ju mycket omvårdnad som tas upp när man dokumenterar enligt VIPS, men ingen av avdelningscheferna anger någon omvårdnadsteori som grund för arbetet. Dokumentation är en del av omvårdnaden. Två avdelningschefer understryker att det tar tid att dokumentera. Det har blivit mycket mera pappersarbete och det tar tid från patienten. Mycket papper skall faxas till kommunerna. En av avdelningscheferna påpekar att de dagar som det är god sjuksköterskebemanning kan man arbeta mer med dokumentation och vårdplaner. Sjuksköterskor vill gärna vara tillhands ständigt men behöver hjälp med att identifiera tid för dokumentation. På två avdelningar har man infört datadokumentation och alla avdelningschefer påpekar att man dokumenterar enligt VIPS. På några avdelningar har man valt att inte dokumentera omvårdnaden på patienter med korta vårdtider fullständigt. Sjuksköterskor behöver bli bättre att dokumentera det viktiga i omvårdnad så att omvårdnaden blir tydlig, är det en av avdelningscheferna som säger.

A 5 ”Om sjuksköterskor hade samma inställning till dokumentation som läkare så tog vi tiden och stängde dörren”.

A 2 ”Vi har inga direkta omvårdnadsteoretiker, som vi går efter, men vi har ju VIPS, som vi följer”.

Att stimulera samarbete mellan olika professioner

Det är många olika professioner kring en patient. På en vårdavdelning är inte avdelningschefen chef för sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer. När det är olika professioner kring en patient är det viktigt att ha en gemensam syn på patientens vård och den kapacitet patienten har för att mobilisera sina krafter för olika träningsmoment. En av avdelningschefens uppgifter blir att överbrygga gränserna mellan olika professioner, stimulera team-arbete.

A 5 ”Det är att ta tag i detta att överbrygga gränserna för professionerna, se till patientens bästa och inte till professioners utveckling alltid”.

Att förmedla förhållningssätt

Som avdelningschef kan man genom sitt förhållningssätt visa hur man vill att personalen skall förhålla sig gentemot patienterna. Att man visar respekt så att patienten inte känner sig utlämnad. Hos svårt sjuka patienter där man inte kan göra någonting mer än att vara nära, krävs kunskap och erfarenhet.

A 3 ”Jag förmedlar på något sätt vad jag har för tankar och inriktning hur jag egentligen vill vara mot patienterna”.

Att bidra till utvecklingen av vården

Vårdarbetets organisation och god bemanning påverkar utvecklingen av vården. Vid tillräckligt god sjuksköterskebemanning kan man byta arbetspass med varandra när någon går en utbildning. Sjuksköterskor ges möjlighet att fördjupa sig inom olika specialområden eller nischer. En sjuksköterska med nutrition som specialområde, kan undervisa både patienter och personal. Att som sjuksköterska utveckla omvårdnaden i bemötandet hos rädda patienter kan vara en nisch. Ett gemensamt förhållningssätt har också betydelse för vidareutveckling av vården. På avdelningar där personalen har arbetat med varandra i många år, finns det en grundtrygghet. Som avdelningschef måste man vara öppen för när och i vilken takt utvecklingen skall drivas.

A 4 ”Som ledare är det väldigt viktigt att samla ihop sjuksköterskor som har var sin bit som man kan specialisera sig för i omvårdnaden och ge dem möjlighet till utbildning”.

Ledarskap genom att stödja personalen

Inom huvudkategorin att stödja personalen, framkom underinner vi kategorierna: ”initiera samtal”, ”genomföra utvecklingssamtal”, ”stimulera utbildning” och ”ombesörja en god miljö för personalen”.

Initiera samtal vid händelser på avdelningen

En av avdelningscheferna berättar att det en dag dog tre patienter, det var jobbigt för personalen, fast dödsfallen var väntade. Vid dessa tillfällen är det viktigt att personalen sätter sig och diskuterar det inträffade. Finns det behov deltar avdelningschefen i diskussionen. Avdelningschefen påpekar att det gäller att vara lyhörd och göra något åt situationen. På avdelningen har man rutiner när det är många dödsfall samtidigt, men som chef behöver man ibland påminna om det.

A 2 ”Lyssna in personal då får man en öppen dialog”.

Genomföra utvecklingssamtal

Vid utvecklingssamtal framkommer vad den enskilda medarbetaren skulle vilja vidareutbilda och förkovra sig i. Det är en metod som en av avdelningscheferna använder sig av. Önskemål om fortbildning varierar. Utbildning på det som saknas från grundutbildningen, IT-kunskap och fördjupning i omvårdnad. I samtalen framkommer behov av att inom personal gruppen diskutera svåra patientfall med någon utifrån. Avdelningen har anlitat Företagshälsovården som lett dessa samtal i personalgruppen.

A 4 ”Vid utvecklings samtal kommer upp vad den enskilde vill utveckla sig inom”.

Stimulera utbildning

En av avdelningscheferna ger uttryck för att det är hon som skall lyfta upp alla att utveckla de områden som sjuksköterskan är intresserad av. Hon skall initiera utbildningar och fortbildningar av olika slag. För att kunna ge patienten god omvårdnad behövs goda medicinska kunskaper. När patienten uppfattar att sjuksköterskan vet vad hon pratar om blir patienten lugn och trygg. Ett samspel uppstår då mellan sjuksköterskan och patienten, vilket gynnar omvårdnaden. Avdelningscheferna betonar att ny personal får intern utbildning för avdelningens specifika inriktning.

Sjuksköterskor förkovrar sig i olika externa kurser både långa och korta. På avdelningarna har sjuksköterskor skaffat sig fördjupningskunskaper i t.ex. diabetes eller nutrition.

A 2 ” Det ser jag till att alla som börjar på den här avdelningen lär sig allting, hur man tar emot patienten, ser på patienten och hur man informerar patienten. Viktigt att man får en helhetsbild. Att få patienten lugn det ser jag väldigt viktigt. Hur behandlar vi den här patienten när det gäller omvårdnad och att kunna det medicinska”.

Ombesörja en god miljö för personal

En av avdelningscheferna tar upp att hon är till för personalen. Hon skall se till att personalen har en bra miljö i sitt patientarbete. För att vara nära svårt sjuka patienter, är det viktigt att det finns tid och personal för det. Vid tillfällen då det saknas sjuksköterskor är det ibland nödvändigt att minska antalet vårdplatser. Det gäller att lära sig vara lyhörd för sjuksköterskors signaler, säger en av avdelningscheferna. Inneliggande patienter försöker man få hem så fort som möjligt, för att kunna ta in nya patienter och samtidigt vill man ju ge vård av god kvalitet. Det är en pressad tillvaro, när svårt sjuka patienter ringer för att bli inlagda. Sjuksköterskor behöver tid till att i lugn och ro dokumentera omvårdnad som ges till patienterna.

A 2 ”det är viktigt att personalen har en bra miljö viktigt för mig som arbetsledare för då mår patienten bra man ger en bra omvårdnad”.

Möjligheter och hinder i omvårdnaden

Utöver nämnda huvudkategorier beskrev avdelningscheferna också möjligheter och hinder de hade.

Möjligheter

En av avdelningscheferna är tydlig med att hon har både ansvar och befogenheter och har ganska lätt att genomdriva det hon vill driva. En bra bemanning gör att man kan organisera om personalen till det som behövs just då. Finns det tillräckligt med personal i det praktiska vårdarbetet ger det utrymme för engagemang i annat som rör omvårdnaden.

A 5 ”när man kan vara två i sjuksköterskor i teamet har man möjlighet att diskutera och utveckla saker tillsammans”.

Hinder

Hinder som tre av avdelningscheferna tar upp är sjuksköterskebristen. Ansvarsområden som finns på avdelningen, praktikplats, vårdkedja mm. blir svåra att genomföra. Sjuksköterskebristen gör att man bara hinner med det absolut viktigaste uppgifterna. Det finns ingen tid till de värdefulla gemensamma diskussionerna som behövs för att vården ska kunna utvecklas. En av avdelningscheferna säger något uppdraget att de administrativa uppgifterna tar tid från arbetet med vårdens utveckling. Hon har försökt att påverka detta men än så länge utan resultat. Bristen på sjuksköterskor leder också till att allt pappersarbete i samband med utskrivningar ses som ett hinder. Avdelningschefen tar också upp behovet av att för egen del ha en mentor som bollplank. Men det viktigaste för tillfället är att driva frågan om fler sjuksköterskor till avdelningen.

A 5 ” En väldigt viktig inställning hos en chef är, att se möjligheterna och inte hindren hela tiden”.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med vår studie var att belysa avdelningscheferns uppfattning av ledarskapets funktion i omvårdnad. Vi har valt att göra en empirisk studie. Det som vi upplevt varit betydelsefullt för oss, var att få intervjua erfarna avdelningschefer. Avdelningscheferna som deltog i denna studie hade olika lång erfarenhet av chefskap och ingen av dem var helt ny på sin befattning. Att göra en empirisk undersökning med intervju har emellertid varit nytt för oss båda och detta arbete har därför utgjort ett inläringstillfälle.

Vår studie förankrades i verksamheten genom att vi tog kontakt med chefsjuksköterskan på ett mellanstort sjukhus före studien. Hon delgav oss namn på av henne informerade och tillfrågade personer för vår studie. Av sju avdelningschefer som tillfrågades kunde fem delta. Kontakten togs endast per telefon, där vi berättade om vår studie, hur den

skulle genomföras och vilka frågor som skulle ställas. Telefonkontakten med avdelningscheferna upplevdes som fullt tillräcklig och någon skriftlig information gavs inte. Avdelningscheferna bestämde också själva lämplig tid och plats för själva intervjun.

En frågeguide med färdigformulerade frågor utifrån problemformuleringen gav förankring till vårt syfte. Ingen av oss hade emellertid någon tidigare erfarenhet av att genomföra en intervju. Detta medförde att vi ibland förbisåg följdfrågor som kunde ha fördjupat innehållet och gett flera värdefulla upplysningar om ledarskapets funktion i omvårdnad. För studiens bredd hade det emellertid varit värdefullt med fler respondenter, eftersom avdelningscheferna betonade skilda områden inom omvårdnaden olika starkt.

Analysen utgick från den ordagrant transkriberade texten, som vi läste upprepade gånger. Vårt resonemang och vår tolkning av intervjuerna går att följa i de fem olika steg som beskrivits under metoden. Innehållet kategoriserades och belystes med citat, som har använts för att belysa underkategorierna av avdelningschefernas uppfattning. Genom citaten möjliggörs för läsaren att bedöma överensstämmelsen med innehållet i kategorin. Hur väl de olika analysstegen går att följa och hur väl citaten överensstämmer med innehållet i kategorierna stärker trovärdigheten i vår studie.

Resultatdiskussion

Vi uppfattar att avdelningscheferna hade en idé och kunskap om hur vården skulle bedrivas i praktiken. Målet var och förblev en god omvårdnad för patienten även om vägen dit utpekades på ett varierande sätt. Patientens individuella omvårdnad i fokus betonades av några medan andra framhöll att om personalens miljö var bra ledde det till god omvårdnad. Oavsett om det var patienten eller personalen som stod i fokus i deras utsagor, var ändå målet att ge patienterna en god omvårdnad. Avdelningscheferna i vår studie förhöll sig därmed till båda de två dimensionerna som beskrivs av Their (1998), att leda vårdarbetet och leda personalen som vårdar.

Avdelningscheferna strävade efter att ge patienterna individuell omvårdnad trots brister i avdelningens organisation och resurser. En arbetsorganisation där patienten är i centrum kräver tillgång på en viss mängd personal med adekvat kompetens. Att detta påverkar omvårdnads kvaliteten skriver Andersson (1995). Två avdelningschefer beskrev hur de har organiserat sjuksköterskornas arbete inom sin avdelning. De kunde dock inte leda en avdelning efter en önskad vårdfilosofisk idé, som krävde fler sjuksköterskor än de tjänster som fanns att tillgå (Björvell 2001).

Segesten och Segesten (1995) har intervjuat flera kända och framstående sjuksköterskor om framtidens sjuksköterska. Dessa sjuksköterskor lyfter upp omvårdnadens betydelse för patienten och att sjuksköterskan är patientens advokat. Avdelningscheferna i denna studie betonade att sjuksköterskorna måste dokumentera den omvårdnad som ges patienterna tydligare. Omvårdnaden skall dokumenteras för att visa på vilken vård patienten fått. Sjuksköterskorna borde använda dokumenterad erfarenhet och bättre utnyttja omvårdnadsforskning. Detta i sin tur kunde leda fram till kvalitetssäkring och utveckling av vården, vilket också Edqvist och Trewe (1997) framhåller.

Enligt Björvell (2001) har få avdelningar en vårdorganisation som skapar förutsättningar för att genomföra en god omvårdnadsdokumentation. En viktig förutsättning för att kunna dokumentera omvårdnaden är att alla sjukskötersketjänster är bemannade. För lite personal är en av orsakerna till den tidsbrist som sjuksköterskor uppger vara ett hinder för att dokumentera (Björvell 2002). Avdelningscheferna i denna studie lyfte fram att vad de kan göra var att hjälpa sjuksköterskorna att ta sig tid och utrymme för reflektion och dokumentation. Sjuksköterskorna måste inte ständigt finnas till hands i det praktiska patientarbetet.

Dokumentation är en del av omvårdnaden, dvs en omvårdnadsåtgärd som behöver utvecklas och bli tydligare. Larsson och Sahlsten (1998) skriver i sin kartläggning att få enheter dokumenterar hela omvårdnadsprocessen. I Schagerströms och Torger Malvilas (2003) uppsats framgår det att omvårdnadsplaner ofta inte följs upp. Detta framkom även i denna studie. Avdelningscheferna betonade att sjuksköterskor behöver liksom läkare se dokumentationen som en självklarhet och skall inte förväxla omvårdnadsdokumentationen med administrativa arbetsuppgifter.

En av avdelningscheferna nämnde att de inte följer någon speciell omvårdnadsteoretiker, men anser att om man dokumenterar enligt VIPS, tar man upp många omvårdnadsfrågor. Vår tolkning är att man inte har reflekterat över skillnaden mellan VIPS som strukturellt hjälpmedel för dokumentation och bakomliggande omvårdnadsteori eller vårdfilosofi. Detta problem beskrivs också av Ehnfors m fl (1998). Som chef förmedlade man ändå tankar och inriktning hur man ville vara mot patienterna. Detta gjordes framför allt genom avdelningschefens eget förhållningssätt och i samtal med personalen. De övriga fyra avdelningscheferna nämnde inte alls omvårdnadsteoriens betydelse för vården. Kirkevold (1994) menar att omvårdnadsteorier beskriver det unika hos professionen. Vår tolkning är att tidsbristen hindrar avdelningscheferna från att tillsammans med sin personal fördjupa sig i ämnet.

Avdelningschefen är den som skall se till att personalen får en bra arbetsmiljö, vilket ökar förutsättningarna för att patienten får en god omvårdnad. Detta framhöll en av avdelningscheferna vid ett flertal tillfällen. En god arbetsmiljö frambringar en vård av hög kvalitet skriver också Furåker och Berntsson (2003).

För avdelningschefen som har verksamhetsansvaret beskrevs det svårt att motivera samsyn mellan olika professioner när hon inte är chef för all personal runt patienten. En av hennes viktigaste uppgifter blir då att hitta lösningar där patienten kommer i centrum, inte den egna professionen. Detta arbetssätt överensstämmer med Konsinska och Niebrój (2003), som säger att ledarens arbete är att utveckla arbetet i teamet.

En såväl stödjande som professionell och personligt utvecklande funktion, som avdelningschefen har, har utvecklingssamtalen (Furåker & Berntsson 2003). Behovet av att kunna diskutera svåra patientfall efterfrågades efter särskilda händelser. Arbetet med omvårdnadens utveckling hindrades av allt för många administrativa uppgifter, påpekade en av avdelningscheferna. Detta beskrivs också i en rapport från FoU-projektet "Chefsskap i Västra Götalandsregionen" (2004), där flera chefer anser att administrativa uppgifter hindrar arbetet med vårdutveckling.

Avdelningschefen skall ha förmåga att initiera och leda utvecklingsarbete inom sin verksamhet (SOSFS 1995:15). En av avdelningscheferna använde utvecklingssamtalen som en metod att få reda på var enskilda medarbetare vill vidareutbilda och fördjupa sig i. Alla avdelningschefer var angelägna att ge sina sjuksköterskor möjlighet att vidareutveckla sin kompetens inom avdelningens inriktning. De menade att kunskap stärker sjuksköterskans självkänsla, vilket medför en trygghet för patienten. Detta måste sägas vara i linje med Socialstyrelsens intentioner. Sjuksköterskor skall med ett etiskt förhållningssätt och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet utföra omvårdnad (Socialstyrelsen 1997).

Det framkom tydligt att ledarskapets förhållningssätt till omvårdnad har stor betydelse för utvecklingen av vården inom en vårdavdelning. En kontinuerlig vårdutveckling ger förutsättningar för patientens specifika omvårdnad. Furåker och Berntsson (2003) skriver att avdelningschefernas uppgift är att se förmågorna hos sina medarbetare, bry sig om och stödja personalen.

Finns det tillräckligt med personal i det praktiska vårdarbetet ger det möjligheter till utveckling av omvårdnaden menade en av avdelningscheferna. Just bristen på sjuksköterskor och därmed svåra bemanningsproblem var det största hindret som avdelningscheferna beskrev. Det hindrar dokumentation, omvårdnadsutveckling och tid för reflektion. Även den egna nödvändiga administrationen av arbetet sågs som hinder. Detta nämnde avdelningscheferna vid flera tillfällen. De menade att sjuksköterskebrist leder till tidsbrist och blir därmed ett stort hinder i omvårdnaden.

Avdelningscheferna på ett mellanstort sjukhus i västra Sverige erbjuds utbildning inom ledarutveckling i olika steg och nivåer. Dessa utbildningar innehåller dock inga uttalade steg eller nivåer i ämnet omvårdnad. Framtida frågor blir hur politiker, landstingsledning, sjukhusledning och klinikledningar ser på omvårdnad som ett komplement till medicinsk vård. Är patientens individuella omvårdnad i fokus, måste man kunna ta vara på forskning och utveckling skriver Furåker och Berntsson (2003). Om avdelningschefen verkligen ges resurser i form av egen tid och tillräcklig mängd personal, skapas bättre förutsättningar för den goda omvårdnad alla strävar efter. I vår studie betonade tre

avdelningschefer sjuksköterskebristen och att detta motverkar diskussion kring utveckling av omvårdnadsfrågor. Detta skulle vara intressant att undersöka vidare.

Att försöka bota utan omvårdnad är otänkbart skriver Kottow (2001). Omvårdnad och behandling är ouplösligt sammanvävt i ett arbete som till ”syvende og sidst” bygger på samarbete människor emellan.

Konklusion

Avdelningschefen har i sin funktion en viktig roll som förebild i sitt ledarskap. Vi fann i våra utsagor en tendens att betona antingen patientens eller personalens miljö men patienten är alltid i fokus. Avdelningschefen framhåller vikten av en individualiserad vård för att patienten ska känna sig trygg och säker, vilket också personalens utveckling och kunskap leder till. Stöd genom utvecklingssamtal och möjlighet till utbildning är alltså en omvårdnadsfråga. Samarbetet mellan olika personalgrupper måste fungera bra och där kan mycket göras. Att utveckla teamarbete är en mycket viktig sak för en avdelningschef. Omvårdnad inbegriper också det kvalitets- och säkerhetsarbete, som dokumentationen utgör. Då krävs tillräcklig mängd personal med adekvata kunskaper. Sjuksköterskebrist är ett hinder i det arbetet. Idéer och kunskap fattas inte och tillsammans med personalen vill avdelningschefen arbeta för att förvandla en oerhört komplex organisation till god omvårdnad för patienten.

Referenser

Alexandersson M. (1994) Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I Bent Starrin & Per-Gunnar Svensson (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori, kap 5* Lund: Studentlitteratur

Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:5. (1997) *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Andersson I. (1992). *Vårdtyngd, vårdkvalitet och vårdorganisation – vårdens villkor vid minskade resurser*. Lund: Studentlitteratur

Andersson I. (1995). *Utveckling av metoder för mätning av vårdkvalitet – med inriktning mot omvårdnad*. Akademisk avhandling. Linköping: Linköpings universitet, Hälsouniversitetet, Institutionen för omvårdnadsforskning.

Björvell C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur

Björvell C. (2002). *Nursing Documentation in Clinical Practice. Instrument development and evaluation of a comprehensive intervention programme*. Akademisk avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för vårdvetenskap.

Edqvist M & Trew D. (1997) Kunskapsutveckling och teoretisering i omvårdnaden – ett dialektiskt samspel mellan samhällets styrmedel och sjuksköterskekåren. I Anneli Sarvimäki (red.). *FoU Rapport 51 Reflektioner kring omvårdnad – från huvudsatser, bisatser till slutsatser*. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF

Ehnfors M & Thorell-Ekstrand I. (1992). *Omvårdnad i patientjournalen En modell för dokumentation av omvårdnad med hjälp av sökord*. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.

Ehnfors M, Ehrenberg A & Thorell-Ekstrand I. (1998). *VIPS-boken Om en forskningsbaserad modell för dokumentation och omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.

Furåker C & Berntsson L. (2003). Vårdenhetschefers mål och arbete. *Vård i Norden*, 3, 27-32

Gustafsson G & Persson K. (1997) Synen på kunskap (I Elisabeth Hamrin (red.). *FoU Rapport 50, Florence Nightingale – en i nutida perspektiv*. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.

Holmdahl B. (1997). *Sjuksköterskans historia. Från siukwacterska till omvårdnadsdoktor*. Stockholm: Liber

Kihlgren M, Johansson G, Engström B & Ekman S-L. (2000). *Sjuksköterska, ledande och ledare inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold M. (1994). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kosinska M & Niebrój L. (2003). The position of a leader nurse. *Journal of Nursing Management*, 11, 69-72

Kottow MH. (2001) Between caring and curing. *Nursing Philosophy*, 2, 53-61

Kvale S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson I & Sahlsten M. (1998). *Kartläggning av omvårdnadsdokumentation i NU-sjukvården – hur avdelningschefer och sjuksköterskor upplever och bedömer att omvårdnaden dokumenteras*. Trollhättan: NU-sjukvården.

Larsson S. (1986). *Kvalitativ analys – exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur

Lindholm M & Udén G. (1999). Utbildning för sjuksköterskor i chefsposition: påverkan på chefsroll och chefsskap. *Chefer och ledare i vården* 3, 19-20

Lundgren S. (2002). *I spåren av en bemanningsförändring. En studie av sjuksköterskors arbete på en kirurgisk vårdavdelning*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Medicinska forskningsrådet (MFR) 1982: *Teorier och metoder i omvårdnadsforskning*. Rapport från en arbetsgrupp.

Olsson K. (2002). *Från likhet till olikhet*. Lund: Studentlitteratur.

Schagerström K & Torger Malvila E. (2003). *Sjuksköterskan – spindeln i nätet. En explorativ studie inspirerad av Grounded Theory*. Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1. Högskolan i Trollhättan/Uddevalla, Institutionen för omvårdnad.

Segesten K. (1997). *The Dream Team: Bemanning och arbetsmodeller på vårdavdelning*. Rapport 1997:1, Stockholm: Socialstyrelsen.

Segesten K & Segesten K. (1995). *Framtidens sjuksköterska, Tio internationellt ledande sjuksköterskor om framtidens omvårdnad*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Svensk författningssamling, (SFS 1982:763). Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk författningssamling, (SFS 1985:562). Patientjournallag. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk författningssamling, (SFS 1998:531). Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsens författningssamling. (SOSFS 1993:17. Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsens författningssamling. (SOSFS 1995:15). Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsens författningssamling. (SOSFS 1996:24). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Their S. (1995). *Det pedagogiska ledarskapet.* Tampere: Tammer-Paino Oy.

Wikström E, Adolfsson P & Eriksson R. (2004). *Chefskap i NU-sjukvården.* Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet.

Bilaga 1

Frågor vid intervjuerna:

Vad innebär ledarskapets funktion i omvårdnad på en vårdavdelning?

På vilket sätt blir ledarskapet en resurs som gagnar god omvårdnad?

Vilka möjligheter och vilka hinder finns?

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99
www.htu.se