



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska Fakulteten

Undersköterskans upplevelser av sjuksköterskans ledarskap i hemtjänst

En intervjustudie

Författare: Sofie Johansson
Pamela Lukacs

Handledare: Ingrid Bolmsjö

Magisteruppsats

November 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Undersköterskans upplevelser av sjuksköterskans ledarskap i hemtjänst

En intervjustudie

Författare: Sofie Johansson
Pamela Lukacs

Handledare: Ingrid Bolmsjö

Magisteruppsats

November 2013

Abstrakt

Bakgrund: Sjuksköterskans ledarskap är väsentligt för att främja evidensbaserad omvårdnad när det gäller kvalitén i omvårdnaden kring patienten. Sjuksköterskans ledarskap syftar till att ta vara på undersköterskornas kompetens och tillsammans arbeta mot ett gemensamt mål. Detta genom att informera, handleda och undervisa undersköterskorna när de saknar omvårdnadskompetens. **Syfte:** Var att undersöka hur undersköterskor som arbetar inom hemtjänsten upplever sjuksköterskans ledarskap. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor genomfördes på 10 undersköterskor i tre hemtjänstgrupper i södra Sverige. Resultatet analyserades enligt en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Det framkom att undersköterskorna upplevde att sjuksköterskans ledarskap fungerade bra när sjuksköterskan var närvarande men det fanns specifika situationer då ledarskapet var bristfälligt som när sjuksköterskans engagemang och förtroende sviktade samt när samarbetet mellan hemtjänsten och hemsjukvården inte fungerar. Det framkom också att undersköterskan och sjuksköterskan saknade vetskap om varandras arbetsuppgifter. **Konklusion:** Genom ett ökat samarbete mellan yrkeskategorierna kan bristerna som framkom i resultatet minimeras och därmed skapa en säkrare vård.

Nyckelord

Innehållsanalys, kommunikation, ledarskap, samarbete, sjuksköterska, undersköterska

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund.....	3
Lagstadgat samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen	3
Undersköterskans arbete inom hemtjänsten som regleras av Socialtjänstlagen (SoL).....	3
Sjuksköterskans arbete inom hemsjukvården som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763)	4
Sjuksköterskans delegering av uppgift till undersköterskor	5
Samarbete och kommunikation mellan hemtjänst och hemsjukvård.....	5
Ledarskap	7
Direktstyrt - och detaljstyrt ledarskap	8
Återkoppling.....	9
Karitativt ledarskap	9
Syfte	10
Metod	10
Urval av undersökningsgrupp	11
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	12
Förförståelse.....	13
Genomförande av datainsamling	13
Genomförande av databearbetning	14
Etisk avvägning.....	16
Resultat.....	17
Positivt ledarskap	18
Personorienterat	18
Likheter och närhet.....	18
Ömsesidig kommunikation.....	19
Detaljstyrning	20
Ledarskap och ansvarsfördelning.....	20
Delegeringar ökar ansvars känslan	20
Delegering utifrån resursbrist inger oro.....	21
Orättvisa delegeringar leder till missnöje	22
Bristfälligt ledarskap.....	23
Otillgänglig sjuksköterska	23
Bristande närhet och engagemang	24
Otillräckligt förtroende	24
Diskussion	25
Diskussion av vald metod	25
Diskussion av framtaget resultat	28
Konklusion och implikation.....	31
Referenser.....	32
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	
Bilaga 5	

Problembeskrivning

Socialstyrelsens (2008) kompetensbeskrivning för distriktssjuksköterskor innefattar bland annat ledning, planering, utveckling, samarbete och administration inom det egna ansvarsområdet samt med andra organisationer, yrkesgrupper och myndigheter. Enligt Barret, Latham och Levermore (2007) är sjuksköterskans roll att arbeta kliniskt och vara en arbetsledare (a.a.). Sjuksköterskans ledarskap är väsentligt för att främja evidensbaserad omvårdnad och är därför en huvudfaktor för att påverka kvalitén i omvårdnaden kring patienten (Newhouse, 2007; Cook & Leathard, 2004). Wong och Cummings (2007) visar i en review studie att ledarskap har en stor betydelse i omvårdnaden då det bidrar till ett positivt välbefinnande för patienten samt minskade komplikationer. Ledarskap har förmåga att påverka personalen mot att uppnå organisatoriska mål och har positiv påverkan på beteenden genom att stötta personalen och hjälpa varandra till ett bättre samarbete, vilket kan påverka patientens livskvalitet (a.a.). En effektiv ledare kan hjälpa personalen att se och förstå situationer ur olika perspektiv. Genom att stötta personalen genom olika situationer där problem uppstår, hjälper ledarskapet att få personalen att se andra alternativ och lösningar på situationen (Cook & Leathard, 2004). Alla som arbetar inom vården är med och påverkar den och kompletterande kunskaper bör nyttjas för att effektivisera vården (Bliss, 2004). Starkt ledarskap är nödvändigt för utvecklingen av sjuksköterskans yrkesroll inom omvårdnaden i kommunen (McKenna, Keeney & Bradley, 2004).

Med hänsyn till ovanstående litteraturgenomgång anser författarna att det är av vikt att intervjua undersköterskor för att få uppslag till hur sjuksköterskans ledarskap fungerar, då det finns begränsad forskning kring undersköterskans upplevelser.

Bakgrund

Enligt World Health Organization, (WHO) (2012) ökar andelen äldre i världen. Människor över 60 år har fördubblats sedan 1980 och förväntas uppgå till ca 2 miljarder år 2050. Detta leder till större utmaningar för hälso- och sjukvården för att kunna ge den vård som krävs (a.a.). I Sverige idag lever de flesta över 65 år kvar i sina ordinära boenden. De bor även ensamma och är multisjuka. Dessa personer behöver då i många fall hjälp av hemtjänst (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Sveriges Officiella statistik (2012) har 162 311 personer från 65 år och uppåt beviljade insatser i hemtjänst och 160 009 personer har trygghetslarm. Totalt blir det 322 320 personer som har hemtjänst och/eller trygghetslarm (a.a.).

Lagstadgat samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen

I Socialtjänstlagen (SoL) (SFS 2001:453, kap 2, 1§) stadgas att kommunen ansvarar för socialtjänsten inom sitt område, för att den enskilda ska få rätt stöd och hjälp (a.a.). *"När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan"*. Det är kommunen eller landstinget som bedömer om planen ska upprättas för att tillgodose den enskildes behov. Dessutom krävs samtycke från den enskilde (SoL, kap 2, 7§). Planen lyfter fram de insatser som behövs och vilka insatser som respektive huvudman ansvarar för (Lag om ändring i Socialtjänstlagen, SFS 2009:981).

Undersköterskans arbete inom hemtjänsten som regleras av Socialtjänstlagen (SoL)

Hemtjänst är ett av de vanligaste bistånden inom äldreomsorgen och innebär att personen kvarstannar i sitt boende med hjälp av insatser från kommunen (Socialstyrelsen, 2012a). Hemtjänst innefattar stöd, omvårdnad och service i hemmet till äldre som har en tillfällig eller varaktig funktionsnedsättning (SFS, 1993:387). Om den enskilda personen inte kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda, har personen enligt SoL, 4 kap, 1 § rätt till bistånd för sin försörjning. Hemtjänstens huvudmän är kommunen eller privata aktörer som regleras av SoL (Dunér och Blomqvist, 2009). I hemtjänsten arbetar undersköterskan som ansvarar för

personlig service och omvårdnad (Socialstyrelsen, 2008b). Personlig service är praktisk hjälp med städning, tvätt, utföra ärenden till bank etc., hjälp med måltider samt distribution av färdiglagad mat. Personlig omvårdnad är insatser som behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov, som t.ex. personlig hygien, stöttning vid matintag, påklädning och övriga insatser som krävs för att bryta isolering eller för att personen ska känna sig trygg i sitt eget hem (Socialstyrelsen, 2012a). Undersköterskans ansvar är också att rapportera till sjuksköterskan vid tillstånd som förknippas med ohälsa och/eller är avvikande hos patienten (Socialstyrelsen, 2008b).

Sjuksköterskans arbete inom hemsjukvården som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763)

Om landstinget ansvarar för hemsjukvården utgår den från primärvården dvs. vårdcentralen medan hemtjänsten utgår från kommunen. Detta innebär att om en person har hemtjänst och behöver någon form av sjukvårdstjänst ska denna utgå från vårdcentralens distriktssköterskor eller läkare (Seniorval.se u.å.). För att bli beviljad hemsjukvård ska personen anmälas till hemsjukvården i kommunen och insatserna ska enligt HSL ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Dessutom ska vårdbehovet bestå under en längre period. Hemsjukvården är skild från öppenvården och ges i ordinarie boende, särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. I den hemsjukvård som kommunerna ansvarar för ska det alltid finnas en sjuksköterska som svarar för patientens läkemedel och dess delegering med säkerhet för patienten. Sjuksköterskan i hemsjukvården utför medicinska och omvårdnadsinsatser (Socialstyrelsen, 2012a; Socialstyrelsen, 2008b; HSL, 24 §). Sjuksköterskan ansvarar för patientens läkemedel och ska på ett adekvat sätt hantera dessa och ha kunskap om dess användning och funktion. De medicinska insatser som sjuksköterskan utför är t.ex. provtagningar, näringstillförsel via dropp eller sond, injektioner, såromläggningar och blodtransfusioner. Sjuksköterskan tillgodoser patientens basala omvårdnadsbehov samt organiserar arbetet kring patienten (Socialstyrelsen, 2008b; SOU, 2011; Socialstyrelsen, 2005). Framförallt har sjuksköterskan det övergripande ansvaret för patientens totala omvårdnad. Med omvårdnad menas stöd till personer som inte klarar av att självständigt genomföra handlingar i sin vardag på grund av sitt hälsotillstånd. (Socialstyrelsen, 2008b; SOU, 2011). Socialstyrelsen (2008b) har på uppdrag av regeringen publicerat en rapport ”Hemsjukvård i förändring” som kartlägger hemsjukvårdens omfattning. Enligt

Socialstyrelsen finns det ingen precisering eller tydlig beskrivning av vad hemsjukvården ska innehålla. De regelverk som finns beskriver inte heller hur hemsjukvårdens vårdnivåer ska organiseras. Rapporten belyser också en tydlig utveckling mot en mer avancerad vård i den enskildes hem. I en del verksamheter inom hemsjukvården kan sjuksköterskan ansvara för upp till 400 patienter vilket innebär risk att krav på god och säker vård inte kan upprätthållas (a.a.).

Sjuksköterskans delegering av uppgift till undersköterskor

Vården ska vara patientfokuserad, säker, effektiv och ges i rimlig tid. För att uppfylla dessa kriterier måste sjuksköterskan, delegera en del av arbetsmomenten till undersköterskan (Socialstyrelsen, 2008b). Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14). Delegering är när sjuksköterskan som har formell kompetens för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en undersköterska som saknar formell kompetens för uppgiften. Undersköterskan ska visa sig vara reellt kompetent genom erfarenhet eller genom utbildning (a.a.). När dessa uppgifter genomförts via en delegering, får undersköterskan samma ansvar som hälso- och sjukvårdspersonal i övrigt. Undersköterskan kan därför delegeras av sjuksköterskan att utföra medicinska insatser som t.ex. läkemedelshantering, hantering av sonder och urinkatetrar, provtagning och analys av blodsocker samt såromläggningar. Utan delegering är det omöjligt för sjuksköterskan att hantera sina arbetsuppgifter i hemsjukvården. I många fall blir dessa delegeringar så omfattande att de strider mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrifter (Socialstyrelsen, 2008b). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, får inte en delegering används som en lösning på organisatoriska problem, så som personalbrist (a.a.).

Samarbete och kommunikation mellan hemtjänst och hemsjukvård

Under 1992 genomfördes ädelreformen, vilken innebar stora förändringar i hemsjukvårdens organisation. Dess syfte var bl.a. att ansvaret för vården av äldre skulle övergå från landstinget till kommunen, samt att vården skulle vara kontinuerlig och åstadkomma ett bättre samarbete mellan hemsjukvård och hemtjänst (SOU, 1990/1991:9).

I en undersökning av Carlsson (2007) tillfrågades 360 sjuksköterskor i kommunal hemsjukvård om hur de såg på sitt yrke, sin roll i organisationen och sin arbetssituation. Det visade sig finnas problem med otydligheter kring gränsdragning mellan hemsjukvård och hemtjänst gällande biståndsbeslut och omvårdnadsbehov. Ca hälften av sjuksköterskorna ansåg att all hemsjukvård bör ingå i kommunens vård av äldre (a.a.). För att upprätthålla god och säker vård krävs det ett fungerande samarbete mellan hemsjukvård och hemtjänst (Socialstyrelsen, 2005a; Josefsson, 2010). Detta underlättas när dessa parter samverkar i arbetet kring den äldre (Socialstyrelsen, 2008b).

I hemsjukvården är det sjuksköterskan som ansvarar för att vården ska fungera vilket kräver samarbete med övrig vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2008b). Sjuksköterskan är ansvarig för att leda och samordna patientnära omvårdnad. För att patienten ska kunna få tillgång till hög omvårdnadskompetens har sjuksköterskan en nyckelroll i hemsjukvården genom att informera, handleda och undervisa när personalen har otillräcklig omvårdnadskompetens (Josefsson, 2010). Det krävs också att sjuksköterskan har en fördjupad kunskap i kommunikation för att i dialog med personalen kunna handleda och ge stöd (Socialstyrelsen, 2005).

I vården utövas den professionella kommunikationen i yrkesrollen och inte som privatperson. Yrkesutövaren har en skyldighet att sträva efter att vara en god och stödjande professionell kommunikatör vilket innebär att kommunikationen ska sörja för god kontakt och respekt till patienten och i största mån tillfredsställa patientens krav och önskemål. Som professionell kommunikatör är det viktigt att få patienten att känna trygghet i situationen vilket kan nås genom att vara en god lyssnare, ge stöd och ta initiativ. Det krävs att yrkesutövaren har empati för patienterna för att uppnå stödjande kommunikation. Empati är förmågan att lyssna och skapa förståelse för en annan persons känslor. Vårdpersonalen kan ha varierande arbetsområden, metoder och patientgrupper men ändå ett gemensamt mål (Eide och Eide, 2009).

Ledarskap

Lundin och Sandström (2010) menar att ledarskap syftar till att få alla att arbeta tillsammans och ta vara på medarbetarnas kompetens. Det handlar om relationer mellan personer i en grupp med ett gemensamt mål (a.a.). Om ledarskapet skall fungera måste ledaren ha förtroende för sina medarbetare och ledaren leda det dagliga arbetet tillsammans med medarbetarna (Kihlgren, Engström, Johansson, 2009).

Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor tydliggör sjuksköterskans profession och yrkesutövning i syfte att bidra till god och säker vård för patienten. Kompetensbeskrivningen innefattar sjuksköterskans tre arbetsområden där ett är ledarskap. Sjuksköterskan ska ha förmåga att leda, fördela, samordna samt återkoppla omvårdnadsarbetet utifrån medarbetarnas olika kompetens för att omvårdnaden ska ske utifrån patientens behov. Sjuksköterskan ska utveckla medarbetarna och stärka deras förmåga till problemlösning samt motivera arbetslaget. För att utveckla och förbättra vården ska sjuksköterskan ta tillvara på medarbetarnas synpunkter och förslag samt utforma omvårdnadsarbetet utifrån bästa möjliga kunskap (a.a.).

Genom att utnyttja gruppens kompetens har sjuksköterskan de bästa förutsättningarna för att skapa ett fungerande samarbete, där medarbetarna aktivt bidrar till sjuksköterskans ledning genom engagemang och delaktighet. Nyckeln till framgång är att vara en förebild för medarbetarna. Vid handledning som ingår i sjuksköterskans ledningsansvar kan det vara viktigt att samtidigt ge stöd, uppmuntra och visa medarbetarna omtanke och respekt (Lundin och Sandström, 2010; Socialstyrelsen, 2005). I en review studie av Wong och Cummings (2007) användes sju kvantitativa artiklar för att undersöka sjuksköterskans ledarskap och hur den påverkade patientens vård. Författarna kom fram till att sjuksköterskans beskrivning av ett effektivt ledarskap är när ledaren har visioner och skapar relationer med medarbetarna. Att skapa relationer med medarbetarna bidrar till bättre kommunikation vilket leder till positiva förändringar hos medarbetarna. Detta bidrar även till att medarbetarna blir mer tillfredsställda i sin yrkesroll och gör sitt yttersta, vilket leder till en säkrare vård för patienten (a.a.).

För att bli en god ledare inom vård och omsorg krävs personliga förutsättningar som bland annat självkänedom vilket innebär att ledaren vänder sig inåt sig själv för att förstå sina egna

svagheter och styrkor dvs. lyssnar på sig själv och andra för att förbättra sin egen självkänsla. En annan personlig förutsättning är att ha god kommunikationsförmåga för att kunna utveckla medarbetarnas kommunikationsförmåga. Kommunikationskunskaper och färdigheter förutsätts också för att hantera konflikter. I konflikthantering måste ledaren ha insikt i hur mycket ledaren driver sin egen sak respektive samverkar med medarbetarna till lösningar. Det måste finnas passion i rollen som ledare för att få medarbetarna att växa och göra sitt bästa och för detta krävs bland annat självreflexion (Rahm- Sjögren och Sjögren, 2002).

En god ledare bör ha förmåga till flexibilitet i sitt beteende till medarbetarna genom att anpassa sig till mottagarens personlighet men inte så att ledaren tappar bort sin egen personlighet. Det handlar om att ha en positiv syn på sina medarbetare och utveckla goda relationer. För att kommunikationen skall fungera kan ledaren träffa medarbetarna regelbundet för att samtala med dem så att medarbetarna känner att de kan träffa sin ledare när de önskar. Genom denna tillgänglighet främjas samhörighet och gruppanda bland medarbetarna (Lundin och Sandström, 2010).

I en review artikel var syftet att sammanställa sjuksköterskans evidens och erfarenheter av ledarskapet inom äldreomsorgen. Det framkom att ledarskap är en kontinuerlig process i arbetet som kräver utbildning och praktik för att sjuksköterskan ska utvecklas samt uppnå god ledarskapsförmåga. Enligt studiens undersökning bidrar en god ledarskapsutbildning till att förbättra sjuksköterskans praktiska utövande och självständighet (Dwyer, 2011).

Direktstyrt - och detaljstyrt ledarskap

Ibland måste sjuksköterskan i sitt ledarskap direktstyra eller detaljstyra sina medarbetare. Direktstyrt ledarskap innebär att ledaren ger direktiv, tydliga instruktioner via order och specificerade anvisningar för hur uppgifter och problem ska lösas. Beslut i ett direktstyrt ledarskap betonas inte i relationen till medarbetarna utan fokus ligger på uppgiften som skall utföras. Med detta menas att medarbetaren inte har någon större möjlighet att påverka eller kritisera ledaren, vilket i sin tur kan ge medarbetaren en känsla av bristande engagemang och delaktighet, vilket försvårar medarbetarnas utveckling. Direktstyrt ledarskap är som effektivast då medarbetaren inte vet exakt hur denne ska agera i olika situationer och gör metoden användbar vid kriser och akuta lägen. Rutin uppstår och medarbetaren behöver inte

ta egna initiativ. När ledaren vet att medarbetarna har kompetens behövs inte direktstyrning utan istället uppmuntran genom personorienterat stöd så att delaktigheten och samhörighetskänslan stärkts (Lundin och Sandström, 2010).

Det detaljstyrda ledarskapet innebär att ledaren ger medarbetarna möjlighet att vara delaktiga genom dialog och kan påverka på så vis exempelvis visioner och mål. En ytterligare del i det detaljstyrda ledarskapet är att ledaren fungerar som bollplank och coach. Detta ger medarbetarna en upplevelse av att förmågan att självständigt lösa uppgifter stärks. Motivationsarbete krävs i det detaljstyrda ledarskapet som skapas genom en öppen dialog med medarbetarna och genom engagemang för att inspirera medarbetarna så att de känner det angeläget att utveckla sina förmågor. Förutsättningen är en trygg och stabil miljö där medarbetarna upplever att deras insatser uppmärksammas och leder till diskussioner som i efterhand kan underlätta, förbättra och utveckla arbetssättet i hela personalgruppen (Lundin och Sandström, 2010).

Återkoppling

Återkoppling är en del av ledarskapet och kan vara både positiv och negativ. För att återkoppling ska fungera måste den vara ärlig, specifik och framåtsyftande. Här ska även medarbetaren själv ha möjlighet att ge sina synpunkter och idéer kring handlande. För att återkopplingens budskap ska nå fram måste det finnas ett förtroende mellan medarbetaren och ledaren. Återkoppling har effekt på samarbetet bland alla medarbetarna och inte endast på den enskilda medarbetaren därför bör ledaren fundera över återkopplingens funktion och hur den kommer att uppfattas. Ledaren bör lyssna på medarbetaren och kunna hantera den återkoppling som ges (Lundin och Sandström, 2010).

Karitativt ledarskap

Bondas (2003) beskriver "Karitativt ledarskap" som en omvårdnadsteori ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Ledaren skall inte enbart vara en förebild för medarbetarna ur ett administrativt perspektiv, utan även koppla administration med vårdandets idé. Det innebär att ledaren behåller människans värde i sitt tänkande och agerande samt förhindrar

lidande genom att främja hälsa hos både medarbetarna och patienterna. I denna teori delar ledaren och medarbetaren samma värderingar. Ledarskapet speglar ett etiskt förhållningssätt och en mänsklig värdighet. Ledarens uppdrag är att på ett ansvarsfullt och handlingskraftigt sätt arbeta gränsöverskridande inom organisationen. Vidare menar författaren att ledarskapet inom hälso- och sjukvård måste ha som utgångspunkt att "tjäna" patienten. Även samarbetet mellan ledaren och medarbetarna är baserat på samma mål. Teorin utgår från en etisk värdegrund där människan utgörs av ande, kropp och själ. Från denna helhet byggs ett ledarskap, där sjuksköterskan ska leda, utveckla, planera, handleda samt fatta beslut som ska bygga på patientfokus. Grunden är att leda med en etisk utgångspunkt och med kärlek till människor. Kärleken karakteriseras av ömsesidig tolerans och respekt mellan ledare och medarbetare. Författaren förklarar vidare att ledaren ska ha förmågan att se den unika potentialen hos varje medarbetare. Med denna egenskap påverkas vården av patienten positivt (a.a.). Att använda teorier i sjuksköterskans arbete kan hjälpa denna att utveckla sin arbetsroll genom att styra och påverka arbetet till förändring (Tunedal & Fagerberg, 2001).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur undersköterskor som arbetar inom hemtjänsten upplever sjuksköterskans ledarskap.

Metod

För att besvara syftet användes en kvalitativ metod. Undersökningar som bygger på kvalitativa metoder syftar till att belysa ämnen av mänsklig komplexitet genom att studera dem direkt. Metoden betonar djupet av människans förmåga att forma och skapa sin egen erfarenhet med tanken att sanningen är en sammansättning av verkligheter. Den mänskliga erfarenheten ska förstås som den levande, vanligen med insamling och analys genom underlag som är berättande och subjektiva (Polit och Beck, 2006). En kvalitativ metod är relevant att använda när människans upplevelser och uppfattningar ska förstås. Syftet med studien är holistiskt och det är helheten som studeras och inte variabler (Willman, Stoltz och Bahtsevani,

2006). För att fånga människans upplevelser och uppfattningar valdes kvalitativa semistrukturerade intervjuer med en induktiv ansats. En induktiv ansats är när forskaren utgår från fakta som erhålls genom till exempel intervjuer. Motsatsen är deduktiv ansats, vilket är när forskaren utgår från en teori (Olsson och Sörensen, 2007). Den induktiva ansatsen valdes eftersom det är helheten av material som ska bearbetas och därmed inte materialet som kommer från en redan färdig teori (Lundman och Hällgren Graneheim, 2012). Datamaterialet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys med utgångspunkt utifrån Graneheim och Lundman (2004) ; Lundman och Hällgren Graneheim, (2012) manifesta innehållsanalys.

Urval av undersökningsgrupp

Inklusionskriterierna var att ha arbetat som undersköterska på dagtid och/eller kvällstid samt att ha arbetat i hemtjänsten i minst ett år. Exklusionskriterierna var vårdbiträden samt undersköterskor som arbetar på natten. Undersköterskor som arbetar under natten har valts bort då de inte anses ha lika mycket kontakt med sjuksköterskan som de som arbetar dag- och kvällstid.

Kvale och Brinkmann (2009) menar att minst tio respondenter bör användas i kvalitativa intervjuer för att få så hög trovärdighet som möjligt (a.a.). För att skapa underlag som svarade på syftet planerades ett strategiskt urval. Ett strategiskt urval syftar till att välja respondenter som kan ge informationsrik beskrivning av frågorna som ställs. För att få en så stor bredd som möjligt hos respondenterna strävade författarna efter att få variation i arbetslivserfarenhet och kön (Henricson, Billhult och Danielson 2012). Det planerades att intervjua ca tolv respondenter. För att få utföra studien kontaktades sammanlagt elva ansvariga chefer via e-post, telefon och personlig kontakt. Fem av dessa chefer tackade nej till att medverka i studien utan att ange orsak eller på grund av för mycket stress angående omorganiseringarna av de nya stadsdelarna. Tre av cheferna svarade inte på e-posten. Av de elva ansvariga cheferna godkände tre att studien skulle få utföras.

Tio respondenter intervjuades där samtliga var kvinnor som arbetar under dag- och kvällstid i tre olika hemtjänstgrupper i södra Sverige. Respondenterna hade arbetat i hemtjänsten mellan ett och tjugofyra år. Författarna bifogade informationsbrev (bilaga 4) till ansvarig chef för skriftligt medgivande (bilaga 5) samt informationsbrev (bilaga 2) och en samtyckesblankett

(bilaga 3) till respondenterna. De tre cheferna ansvarade för tre olika hemtjänstgrupper. I den första hemtjänstgruppen valde troligen ansvarig chef ut fyra respondenter som uppfyllde studiens inklusionskriterier. De fick även informationsbrev (bilaga 2) och samtyckesblankett (bilaga 3). Plats och tid valdes troligen av chefen och intervjuerna skedde under arbetstid. En timmes intervjutid avsattes till var och en som intervjuades. I den andra hemtjänstgruppen meddelade ansvarig chef respondenterna muntligt om studien samt satte upp informationsbrevet (bilaga 2) och samtyckesblanketten (bilaga 3) på deras anslagstavla. I denna hemtjänstgrupp var det fyra stycken som anmälde sitt intresse. Chefen satte troligen ut tid och plats för intervjuerna som skedde på arbetstid. Även här avsattes det en timmes intervjutid till var och en av respondenterna. I den tredje hemtjänstgruppen skickade den ansvariga chefen ut informationsbrev via e-post (bilaga 2) och samtyckesblankett (bilaga 3) till alla undersköterskor som var anställda i hemtjänstgruppen och de som var intresserade av att delta i studien skulle kontakta författarna. Två män och två kvinnor anmälde sitt intresse till författarna. Dock var det endast två kvinnor som uppfyllde kriterierna, eftersom männen inte var undersköterskor. De två sista undersköterskorna som intervjuades fick själv bestämma tid och plats för intervjun, vilket ledde till att intervjun ägde rum på arbetet efter arbetstid. Samtliga respondenter som intervjuades var ordinarie personal och därmed deltog således ingen semestervikarie.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Kvale och Brinkmann (2009) menar att intervjun är ett samtal med ett syfte. Intervjuaren och respondenten skapar kunskap tillsammans. Samtalet är inte jämlikt då den som intervjuar har kontroll över situationen genom att intervjuaren påbörjar och avslutar samtalet samt bestämmer vilka frågor som ska ställas. Början av intervjun är avgörande för respondenten då det finns risk att hon inte vill tala fritt och öppna sig helt för en främling. Det är därför av vikt för intervjuaren att presentera studien och/eller sig själv för att respondenten ska få en uppfattning om intervjuaren. Vidare ska intervjuaren skapa god kontakt, uppmuntra samt lyssna noggrant på respondenten samt vara uppmärksam på respondentens röst samt på hur och vad som sägs då detta kan vara tecken på viktiga eller känsliga ting. Frågorna ska vara enkla, korta och tydliga så att de inte missuppfattas. För att kunna ställa rätt följdfrågor under intervjun bör intervjuaren ha kunskap om ämnet (a.a.).

Förförståelse

Författarna har arbetat inom den svenska sjukvården sedan några år tillbaka och båda författarna började sin vårdkarriär som vårdbiträde/undersköterska i hemtjänsten innan de läste vidare till sjuksköterskor. Undersköterskan i hemtjänsten utför den basala omvårdnaden, läkemedelshantering och medicinska åtgärder efter delegering och vid behov av sjukvård kontaktas sjuksköterskan för rådgivning. Båda författarna har därmed erfarenhet och upplevelser av sjuksköterskans ledarskap i hemtjänsten. Dessutom specialiserar sig båda författarna till distriktssköterskor så en viss förförståelse inom ämnet har därmed båda författarna samt tolkningar som kan påverkas omedvetet. Detta utifrån undersköterskans synvinkel. För att undvika att förförståelsen och tolkningar skulle påverka studien i större utsträckning har författarnas egna tolkningar och värderingar försökts uteslutas under intervjuerna för att inte påverka resultatet genom att gå in med ett nytt synsätt. Ett synsätt som är så neutralt som möjligt. Lundman och Hällgren Graneheim (2009) menar att det alltid finns en undermedveten förförståelse som inte kan undvikas helt.

Genomförande av datainsamling

Eftersom syftet var att undersöka hur undersköterskor som arbetar inom hemtjänsten upplever sjuksköterskans ledarskap valdes semistrukturerade intervjuer. Intervjun skedde utifrån en intervjumall (bilaga 1) med bestämda frågor. En sådan mall används enligt Polit och Beck (2006) för att få fram data som sedan kan studeras och sammanställas. Kvale (1997) menar att man lär sig att bli intervjuare genom egna erfarenheter av att intervjua och genom att läsa böcker om hur man går till väga för att intervjua. Författaren menar även att intervjuaren får självförtroende genom egen praktik (a.a.). Innan intervjuerna påbörjades utfördes en provintervju med hjälp av en intervjumall (bilaga 1). Detta för att testa bandinspelning, hur lång tid intervjun skulle ta, hur bra frågorna passade syftet, om några följdfrågor behövdes samt för att öka kunskapen och självförtroendet hos författarna. Innan provintervjun utfördes på en utvald undersköterska fick undersköterskan information om att intervjun kan komma att exkluderas då provintervjuns primära syfte är att testa genomförandet. Om inga justeringar behövde göras i intervjumallen skulle intervjun behållas. Efter intervjun diskuterades vilka frågor som var relevanta samt vilka frågor som skulle förtydligas. Författarna och

undersköterskan kom fram till vissa justeringar och kompletteringar. Ett exempel på detta var: *Hur anser du att sjuksköterskan skulle kunna förbättra sitt ledarskap?* Frågan ändrades till: *Hur anser du att sjuksköterskans ledarskap skulle kunna utvecklas?* Justeringarna innebar att provintervjun inte inkluderades i studien.

Innan intervjuerna påbörjades kontrollerades tekniken på ljudbandspelaren. Alla samtyckesblanketter (bilaga 3) var ifyllda av respondenterna innan intervjuerna startade. Samtliga tio intervjuer inleddes med en muntlig genomgång som innehöll information angående studiens syfte, att deltagandet var frivilligt, att svaren skulle spelas in samt att materialet skulle behandlas konfidentiellt och förstöras efter examination. Genomgången innehöll även information om att det var möjligt att avsluta intervjun när som helst utan att ange orsak samt att respondenterna kunde kontakta författarna eller handledaren när som helst om några frågor skulle uppstå. Sedan påbörjades bandinspelningen där intervjun startade med bakgrundsfrågor (bilaga 1) som sedan övergick till intervjufrågor som kompletterades med följdfrågor så som; *Vad menar du? Kan du utveckla det? Kan du berätta mer?* Ingen av respondenterna fick se frågorna innan intervjun. Detta för att få så ärliga och impulsiva svar på frågorna som möjligt under intervjuerna. Intervjuerna tog mellan 14-39 minuter och utfördes under dagtid i ett rum med stängda dörrar för att utesluta störningsmoment. En av författarna genomförde samtliga intervjuer. Detta för att författaren var mer påläst inom intervjuteknik samt för att behärska tekniken bättre för varje intervju som genomfördes (Kvale, 1997). Den andra författaren observerade och lyssnade under intervjuerna för att vara behjälplig om svaren behövde specificeras och/eller upprepas. Det färdiginspelade materialet lagrades på ett USB-minne som sedan förvarades oåtkomligt för obehöriga.

Genomförande av databearbetning

All transkribering gjordes ordagrant och skedde i anslutning till intervjuerna. Intervjuaren transkriberade samtliga tio intervjuer efter avlyssning av inspelning medan den andra författaren lyssnade och läste sedan igenom transkriptionerna samt korrigerade vid behov för att säkerställa att korrekt data transkriberats och att inget uteslutits (Kvale och Brinkmann, 2009). Skratt, harklingar, pauser och andra ljud noterades vid transkriberingen och finns med i citaten som förekommer i resultatdelen i föreliggande studie. Polit och Beck (2013) menar att

när författaren transkriberar texten grundligt genom att skriva ner bland annat ljud hjälper det läsaren att utveckla ett förtroende för datan (a.a.)

Innehållsanalysen skedde med stöd av Graneheim och Lundman (2004) och Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Exempel på analysprocessen visas i tabell 1. Steg ett i innehållsanalysen var att båda författarna läste igenom intervjuerna gemensamt samt var för sig flera gånger för att få en helhet av materialet. Steg två var att välja ut meningsbärande enheter utifrån syftet och den text som inte passade syftet valdes bort. Ett exempel på detta kunde vara när respondenterna talade om sjuksköterskans samarbete med vårdcentralen. Meningsbärande enheter kan vara ord, meningar eller stycken som genom sitt innehåll och sammanhang hör ihop. Steg nummer tre i innehållsanalysen var att kondensera de meningsbärande enheterna. Kondensering är att förkorta en text utan att förlora kärnan i den. Steg nummer fyra var att koda den kondenserade texten. En kod är som en rubrik som beskriver den kondenserade meningsbärande enheten kortfattat. Det femte och sista steget i innehållsanalysen var att koderna jämfördes utifrån skillnader och likheter och sorterades till subkategorier som sedan blev till kategorier. Att skapa kategorier är kärnan i en kvalitativ innehållsanalys. Flera subkategorier där gemensamhet finns kan bilda en kategori. En kategori avser en beskrivande nivå av innehåll och kan därmed ses som ett uttryck för det uppenbara i texten (Graneheim och Lundman, 2004; Lundman och Hällgren Graneheim, 2012). Under analysprocessens gång har subkategoriernas benämningar genomgått en viss tolkning dvs. en lägre abstraktionsnivå har utförts. Hela innehållsanalysen utfördes gemensamt av båda författarna och diskuterades tills båda författarna var överens.

Tabell 1. Analysprocessens förfarande

Menings- bärande enhet	Kondensering	Kodning	Subkategori	Kategori
Händer det någonting om man ringer eller ber om hjälp...så kommer han rätt så omgående... det är aldrig någon fördröjning...	När det händer något kommer han snabbt och hjälper utan fördröjning	Sjuksköterskan kommer snabbt	Personorienterat	Positivt ledarskap
All personal har inte all delegering. Och då är det jag eller den andra som får springa runt och göra insatserna...så orättvist...	All personal har inte delegeringar, jag får göra insatserna, orättvist	Alla har inte delegeringar, jag får göra insatserna, orättvist	Orättvisa delegeringar leder till missnöje	Ledarskap och ansvarsfördelning
...en vårdtagare som inte är knuten till hemsjukvården...menar de att de inte kan göra någonting...då kommer de inte ut och tittar på vårdtagarna...	Vårdtagare utan hemsjukvård, kan sjuksköterskan inte göra någonting, de kommer inte	Utan hemsjukvård kommer inte sjuksköterskan	Otillgänglig sjuksköterska	Bristfälligt ledarskap

Etisk avvägning

Studien utfördes med forskningsetiska överväganden utifrån Helsingforsdeklarationen (World Medical Association (WMA) (2008) och Lagen om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) som gäller för all medicinsk forskning. I WMA, 2008 framgår det att det är en plikt för forskaren att skydda integritet, värdighet, rätten till självbestämmande och sekretess av personlig information om respondenterna. Ansvar för att skydda deltagarna ligger alltid hos forskaren även om samtycke har getts. Deltagandet ska vara frivilligt och forskaren ska omedelbart stoppa studien om riskerna är större än de potentiella fördelarna med studien. I (SFS 2003:460) står det att syftet med lagen är att skydda människan och

respekten för människovärdet vid forskning. Det innebär enligt 4§ att lagen skyddar människan som deltar i en studie från fysiska och psykiska skador/risker.

Innan studien påbörjades skickades en ansökan för genomförande till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds Universitet, institutionen för omvårdnad, med diarienummer VEN 62-13. Efter att de lämnat sitt rådgivande positiva yttrande inleddes studien.

Resultat

Efter den genomförda analysprocessen framkom tre kategorier med tillhörande tio underkategorier som svarade mot syftet. Dessa huvudkategorier visas i tabell 2.

Tabell 2. Uppdelning av kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Positivt ledarskap	<i>Personorienterat</i>
	<i>Likhet och närhet</i>
	<i>Ömsesidig kommunikation</i>
	<i>Detaljstyrning</i>
Ledarskap och ansvarsfördelning	<i>Delegering ökar ansvarskänslan</i>
	<i>Delegering utifrån resursbrist inger oro</i>
	<i>Orättvisa delegeringar leder till missnöje</i>
Bristfälligt ledarskap	<i>Otillgänglig sjuksköterska</i>
	<i>Bristande närhet och engagemang</i>
	<i>Otillräckligt förtroende</i>

Varje huvudkategori och underkategori kommer att presenteras med en text samt ett eller flera citat som är försedda med nummer. Dessa nummer företräder en respondent som deltagit i studien som benämns undersköterskor. Totalt intervjuades tio undersköterskor i tre olika hemtjänstgrupper och alla presenteras i resultatet. Samtliga var kvinnor och har arbetat i hemtjänsten mellan 1-24 år, ett genomsnitt på 12,7 år.

Positivt ledarskap

Personorienterat

Samtliga undersköterskor hade upplevt positivt ledarskap från sjuksköterskan. De menade att sjuksköterskan ofta ställde upp samt kom och hjälpte till direkt på plats när undersköterskorna önskade detta. Sjuksköterskan var också bra på att lyssna, vara mjuk i sättet, backade upp, stöttande, och guidande undersköterskan vid behov.

“...de är faktiskt väldigt snabba att komma och agera och hjälpa och leda oss, råda oss...//...ehhh det hade vi ett dödsfall...//...första gången jag upplever en sån situation...//.. jag tänker hur länge ska jag bli ensam men nej hon kom direkt...”. (Nr 5)

När sjuksköterskan och undersköterska hade haft ett samarbete under en längre tid och lärt känna varande upplevdes det som lättare för undersköterskan att ta kontakt med sjuksköterskan. Det fanns en personlig relation i arbetet.

”//...sjuksköterskor...//...de gamla är underbara för att vi känner varandra i många år faktiskt...//...de blir lätt att prata med...//” (Nr 1).

Likhet och närhet

Upplevelsen var att sjuksköterskan var en bra ledare när hon inte var en person som uttryckte ”det är jag som bestämmer”. När undersköterskan upplevde att sjuksköterskan talade till henne som om de var arbetskamrater som samtalande med varandra ingav det en positiv känsla och skapade tillit till sjuksköterskan.

När undersköterskorna hade behov av kontakt med sjuksköterskan skedde detta vanligen via e-post, telefon eller personliga möten. Kontakt via e-post var vanligast när undersköterskan arbetade kvällstid. Upplevelsen var att telefonkontakt med sjuksköterskan när en vårdtagare mådde dåligt fungerade mycket bra därför att sjuksköterskan upplevdes ha full tillit till undersköterskans bedömning av den boendes tillstånd och vårdtagare. Undersköterskan kände att sjuksköterskan tog undersköterskans rapportering på allvar.

“ Ehh vi hade en vårdtagare som...//...hade dödsångest och behövde lugnande...//...jag ringde och sa att hon behöver den nu med detsamma...//...och då kom hon ut direkt. Hon kom ut med sprutan som hon skulle ge henne och...//...hon ifrågasatte ingenting ”. (Nr 4)

Vidare påpekade flera undersköterskor att arbetet kring vårdtagarna underlättades då sjuksköterskan utgick från samma byggnad och de kunde träffas oftare. Sjuksköterskan kändes då mer tillgänglig vilket underlättade deras kontakt då undersköterskorna tyckte att det kändes lättare att träffa sjuksköterskan än att ta ärenden på telefon.

”...behöver vi någonting vi ringer...//...och nu är det ett plus eftersom vi bor i samma byggnad så man behöver inte prata hela tiden i telefon utan vi träffar dom väldigt ofta...” (Nr 5)

Ömsesidig kommunikation

Det var inte bara vid oväntade händelser som undersköterskan kontaktade sjuksköterskan utan det kunde också handla om att undersköterskan var i behov av råd, avstämning eller förtydliganden. När sjuksköterskan då lyssnade och gav sin syn på problematiken upplevde undersköterskan bekräftelse. Det förekom även ofta att sjuksköterskan kontaktade undersköterskan för att få information gällande vårdtagarna. Det kunde handla om att sjuksköterskan kontaktade undersköterskan per telefon när vårdtagare hade blivit utskrivna från sjukhuset eller för att planera ett möte med undersköterskan.

”//...hon ringer nästan varje morgon (harkling) ehh när vi sitter i samlingen ringer hon och frågar efter vårdtagare som har varit inlagda, hur det är med dom om de kommit hem, om de fortfarande är inlagda, om vi vet någonting. Ehh Om hon ska iväg till en vårdtagare, vilken tid när vi också ska vara där”. (Nr 4)

Upplevelsen var att när sjuksköterskan hade regelbundna teamträffar med undersköterskorna var det ett gott stöd i det dagliga arbetet. Under teamträffarna gick sjuksköterskan och undersköterskorna igenom vårdtagarna och undersköterskorna hade möjlighet att ställa frågor. Andra träffar som uppskattades var när sjuksköterskan efter en ovanlig vårdsituation sammankallade all personal och inte bara hade ett möte med den enskilda undersköterskan

som varit med om händelsen. Den ovanliga situationen diskuterades och rutinerna kring den inträffade händelsen gick igenom liksom hur arbetet vid behov kunde förändras till det bättre.

”...vi var med om ett plötsligt dödsfall...//...Sen grät jag när jag gick därifrån...//...vi fick sitta och ha möte med honom och prata...//...vad vi kunde ha gjort bättre och så här...//...sen gick vi igenom...//...rutiner och vad som krävs av oss vid plötsligt dödsfall...//... vad man ska göra och vad man inte skall göra”. (Nr 8)

Detaljstyrning

Det framkom också att det ibland var bra när sjuksköterskan var bestämd och klart och tydligt talade om vad som skulle göras men då var det viktigt att det även gavs en förklaring till orsaken, till den handling som skulle utföras. Det detaljstyrda ledarskapet upplevdes som positivt eftersom det bidrog till att undersköterskorna lärde sig mer eller fick kunskapen upprepad.

Detaljstyrningen kunde också upplevas som känsligt men om sjuksköterskan upplevdes som väldigt noggrann och duktig i sitt arbete och själv kunde erkänna eventuella felbedömningar bidrog detta till att det detaljstyrda ledarskapet uppskattades.

”//...jag ringde upp honom (sköterskan)...//...vårdtagaren har fått utslag och jag tror faktiskt det är bältros och han: Nej det kan inte vara bältros (härmar sjuksköterskan)...//...Sen på kvällen hade hon blivit inlagd och då var det bältros. Nästa dag kom han, du (använder undersköterskans namn) du hade rätt, det var proffsigt gjort (skrattar)”. (Nr 2)

Ledarskap och ansvarsfördelning

Delegeringar ökar ansvars känslan

Undersköterskorna upplevde att en av sjuksköterskans ledarskapsuppgifter var att delegera till undersköterskan. När undersköterskorna upplevde att de hade kompetens och sjuksköterskan också hade uppmärksammat deras kompetens ingav delegeringar en positiv känsla. Den positiva känslan uppstod därför att undersköterskan kände att sjuksköterskan hade förtroende för undersköterskans kompetens. Upplevelsen var att delegeringen gav undersköterskan mer utrymme att utföra arbetsuppgiften där den egna kunskapen kom till användning och ansvarskänslan i arbetet ökade.

Ett tillvägagångssätt som användes när en uppgift delegerades var att sjuksköterskan vid en morgonträff informerade om nya uppgifter som berörde vårdtagare och diskuterade med undersköterskorna hur de ställde sig till uppgiften. Sjuksköterskan uppmuntrade undersköterskorna att ställa frågor om det var något som de kände sig osäkra på. Vanligen handlade de om uppgifter som undersköterskorna hade kompetens att utföra och sjuksköterskan fick en bekräftelse på att omvårdnaden skulle komma att fungera.

När det handlade om uppgifter som någon undersköterska inte tidigare hade haft delegering för men som sjuksköterskan bedömde hon kunde ha förvärvat kompetens att utföra, informerade sjuksköterskan undersköterskan om att sjuksköterskan ansåg att undersköterskan skulle kunna få en delegering på att utföra uppgiften. Därefter fick undersköterskan genomföra uppgiften under sjuksköterskans överinseende. Detta delegeringsförfarande uppskattades av undersköterskorna.

"...För mig kändes det bra att jag kunde göra precis som den andra personalen och så det blev godkänt...//...då såg dom hur jag hade tvättat såret och allt och så, eftersom det var mycket, ett jättestort sår som han hade här bak (pekar på sacrum med handen), alltså man skulle med olika grejer göra och så...men så klarade jag, så jag tänkte yes (skrattar)". (Nr 3)

Delegering utifrån resursbrist inger oro

De flesta av undersköterskorna upplevde att delegeringarna hade ökat när det gällde uppgifter inom hemsjukvården. Detta ledde till en känsla av att det hade lagts för mycket på undersköterskorna vilket skapade en känsla av oro. Delegeringsförfarandet upplevdes inte som tryggt då sjuksköterskan inte tog sig tid att visa eller förklara hur uppgiften skulle

utföras. Oron handlade också om att de upplevde att sjuksköterskan la för stort ansvar på dem i meningen att om det skulle inträffa ett misstag i uppgiftens genomförande skulle det bli tydligt att undersköterskan inte hade kompetens för uppgiften och vårdtagaren skulle utsättas för lidande.

”...Jag kan få panik om jag inte har kontroll över situationen, om någonting händer...//...Jag vill inte skada en annan människa för att jag inte vet hur jag ska göra eller för att en syrra säger att jag ska göra det. För det handlar ändå om ansvar, så är det”. (Nr 9)

Det berättades om situationer när sådana komplikationer inträffat och delegeringen drogs tillbaka från undersköterskan. Det var en obehaglig upplevelse.

Orättvisa delegeringar leder till missnöje

Flera undersköterskor hade upplevelsen att delegeringarna utdelades orättvist i meningen att vissa undersköterskor fick fler delegeringar än andra vilket gjorde att dessa undersköterskor fick större ansvar i omvårdnaden av vårdtagarna. Sjuksköterskans ledarskap när det gällde delegeringar upplevdes i dessa fall handla om att sjuksköterskan delegerade till undersköterskor som hon hade god relation till utan att ta reda på de övriga undersköterskornas kompetens. De menade att arbetet ibland försvårades för om det bara var en undersköterska som hade en delegering för en uppgift så kunde inte uppgiften utföras när undersköterskan inte var i tjänst. Vårdtagarens behov blev då inte tillfredställda.

”...vi har 5,6 dosetter som vi måste...//...ha koll på. Och när man går på semester, det är inte många som kan få den delegeringen...//...alla har inte heller delegering på waran...//... för de...//...som hade den delegeringen var borta båda två så...//...vi kan inte gå ut och ge den här tablett...//...och tanten behöver den tablett”. (Nr 4)

Bristfälligt ledarskap

Otillgänglig sjuksköterska

Det fanns ett missnöje med sjuksköterskans ledarskap när vårdtagare inte var inskrivna i hemsjukvården. Vårdtagare blev inte inskrivna i hemsjukvården, även om de bodde på särskilt boende, förrän de hade medicinska problem som krävde vård- och behandlingsinsatser. Om vårdtagaren inte var inskriven i hemsjukvården och råkade ut för en händelse som undersköterskan bedömde krävde sjukvårdsinsatser från sjuksköterskan i hemsjukvården visade det sig att sjuksköterskan inte kunde vägleda undersköterskan. Sjuksköterskan tog inte ansvar för vårdtagaren på grund av att det inte fanns någon medicinsk journal som sjuksköterskan hade tillgång till eller att sjuksköterskan menade att hon inte kunde ta ansvar för patienten, då denne var inte inskriven i hemsjukvården. Det kunde handla om en vårdtagare som fallit och undersköterskorna kontaktade sjuksköterskan per telefon för att få råd och hjälp om vad som ska göras. Sjuksköterskan hänvisade undersköterskan till att ta kontakt med sin chef inom hemtjänsten, vårdtagarens anhöriga, ambulans eller att vårdtagaren själv skulle kontakta sin läkare på vårdcentralen för hjälp.

”...ibland står man där emellan som en åsna mellan två höttappar och vet inte var man ska vända sig. Solen (hemtjänsten) säger en sak och HSL (hemsjukvården) säger en sak”. (Nr 6)

Flera undersköterskor hade upplevt att sjuksköterskan inte alltid hänvisade undersköterskan att söka annan hjälp, utan det kunde förekomma att sjuksköterskan svarade att det inte var hennes område och att undersköterskan fick klara sig själv. Sjuksköterskan upplevdes inte vilja ta ansvar för vårdtagaren utan lämnade ansvaret tillbaka till undersköterskan. En av dessa undersköterskor berättade att det förekommit att en vårdtagare farit illa på grund av detta.

”...har du ingen HSL (hemsjukvård), nä då kommer dom inte ut. Jag som undersköterska ringer till den som ska stötta som säger typ nej tyvärr du får klara det själv för hon har ingen hemsjukvård...//...så hemskt så omänskligt...//...alla säger att vi måste bemöta, kunna kommunicera, kunna samarbeta, arbetsglädje. Ingenting av dem kommer in där”. (Nr 4)

Bristande närhet och engagemang

Undersköterskorna upplevde att sjuksköterskans ledarskap inte fungerade alltid därför att sjuksköterskan inte verkade intresserad av att känna till undersköterskornas arbete. Flera undersköterskor uppgav att sjuksköterskan inte kände till deras arbetsuppgifter eller hur deras arbetsförhållande såg ut. Det visade sig även att undersköterskorna inte kände till sjuksköterskans arbetsuppgifter, vilket ansågs önskvärt i deras gemensamma arbete.

”...//...vi ser inte vad hon gör utöver...//...men de vet ju inte hur vi har det heller. Så jag tycker det är en ond cirkel”. (Nr 4)

Önskan var att sjuksköterskan hade visat sig bland undersköterskorna då och då och samlat dem och engagerade sig mer i deras arbete med vårdtagarna. Flera undersköterskor upplevde att sjuksköterskans ledarskap brast när det gällde att lära känna sina medarbetare.

Otillräckligt förtroende

Det fanns en förståelse för att sjuksköterskan kanske upplevde tidsbrist och stress i sitt arbete inom hemsjukvården samtidigt som undersköterskorna menade att det var viktigt att sjuksköterskan tog ledarskapet för undersköterskorna på större allvar. Undersköterskornas förtroende för sjuksköterskan brast i en känsla av att sjuksköterskan inte tog sig tid till att lyssna på undersköterskans rapportering om sin oro över vårdtagarens tillstånd. När undersköterskan kontaktade sjuksköterskan när ett problem hade uppstått kunde svaret vara ” vad vill du att jag ska göra” eller ”jag ska gå hem”. Detta kunde leda till att undersköterskan undvek att kontakta sjuksköterskan när problem uppstått utan istället valde att kontakta någon annan som kunde hjälpa dem. Några undersköterskor uttryckte att sjuksköterskan borde visa mer respekt och ha ett ökat förtroende för undersköterskorna samt lita på dem när de kontaktade sjuksköterskan om en vårdtagare eftersom de träffar vårdtagaren dagligen, känner vårdtagarna, vet hur de mår och hur de förändras.

”...sjuksköterska ska ställa upp till oss...//...hjälpa oss och de vårdtagare som vi kallar att de ska komma att hjälpa oss om vi har frågor...//...Att kunna lyssna på oss lite mer...//...lita mer...//... på personalen också. På vad vi säger...//... vi ser, vi känner våra vårdtagare. Hur

dem mår, hur dem ändras sig. (Paus). Vi är hela tiden med dem ju...//...Ha lite mer tid när vi berättar om vårdragare...//...Därför att det jag tycker att våra sköterskor det är vår trygghet och det är vårdragarens trygghet också". (Nr 10)

Diskussion

Diskussion av vald metod

I föreliggande studie var syftet att på ett induktivt sätt undersöka hur undersköterskor som arbetar inom hemtjänsten upplevde sjuksköterskans ledarskap. Det utfördes kvalitativa semistrukturerade intervjuer för att kunna besvara studiens syfte. En kvalitativ metod ansågs vara ett passande val när människors upplevelser ska fångas för att eventuellt kunna precisera hinder och potentialer (Olsson och Sörensson, 2007; Willman, Stoltz och Bahtsevani, 2006). Detta visade sig i studien genom att respondenterna gav innehållsrika beskrivningar om deras upplevelser gällande sjuksköterskans ledarskap.

För att nå trovärdighet i kvalitativa studier behöver forskaren vidta olika åtgärder som bör utgå utifrån följande begrepp: *giltighet* (credibility), *tillförlitlighet* (dependability) och *överförbarhet* (transferability) (a.a.). Giltighet handlar om att redovisa datainsamlingen och analysen på ett representativt och trovärdigt sätt. Tillförlitlighet handlar om hur forskningen är oberoende av forskaren och dennes perspektiv. Överförbarhet handlar om hur forskningens överförbarhet kan bedömas (Graneheim och Lundman, 2004; Lundman och Hällgren Graneheim, 2012; SBU, 2012).

Det planerades att göra ett strategiskt urval vilket inte kunde uppnås eftersom det var oklart om verksamhetschefen i första hemtjänstgruppen valde ut de fyra respondenter eller om respondenterna självmant fick välja att delta i studien. På grund av detta blev det sannolikt ett bekvämlighetsurval vilket inte är att föredra eftersom forskaren väljer respondenter som är lättillgängliga att studera (SBU, 2012). En annan begränsning var att respondenterna inte fick välja tid och plats för intervjun då platsen och dess miljö hade betydelse för intervjuens kvalitet och borde utförts där respondenterna upplevde trygghet för att berätta om sina upplevelser (Kvale och Brinkmann, 2009). Dock fick respondenterna och verksamhetschefen information

i skrift där det stod att deltagandet i studien var frivilligt och att tid och plats skulle anpassas efter respondenternas behov. Dessutom fick respondenterna ytterligare muntlig information om att deltagandet var frivilligt innan intervjun startade. Undersköterskorna och sjuksköterskorna hade inte samma chef vilket hade kunnat motverka att respondenternas svar skulle äventyras eller att det bidrog till dilemman att respondenternas chef visste vilka respondenterna var. Trots detta kan det inte uteslutas att verksamhetschefen hade påverkat respondenternas beslut att delta. Om verksamhetschefen valde ut respondenterna så kan konfidentialiteten inte bevaras. Ansvar för att skydda deltagarna ligger alltid hos forskaren även om samtycke har getts (SFS 2003:460). Det planerades att besöka respektive hemtjänstgrupp för att presentera studien för undersköterskorna på plats. På detta sätt hade konfidentialiteten kunnat bevaras. Anledningen till att det inte blev något besök skulle kunna bero på att författarna inte var tydliga nog om att vi ville komma och presentera studien vid telefonsamtalet med respektive chef eller att det inte stod tydligt i informationsbrevet (bilaga 4). Dock är urvalet väl beskrivet under metoddelen i föreliggande studie och de tio undersköterskor som intervjuades gav informationsrik beskrivning av frågorna som ställdes. Undersköterskorna arbetade i tre hemtjänstgrupper med bred arbetslivserfarenhet, vilket stärker giltigheten i föreliggande studie.

Genom att båda författarna deltog under intervjuerna kunde tillförlitligheten stärkas eftersom det var två personer som fick lyssna till respondenternas upplevelser och inte en person. Det innebär att möjligheterna att få fram variationer i respondenternas upplevelser ökar. Rollen som intervjuare krävde övning och en provintervju ökade intervjuarens självkänsla samt samspelet mellan intervjuare och respondent (Kvale, 1997; Kvale och Brinkmann, 2009). Samma författare utförde därför provintervjun och resterande intervjuer, vilket anses som en fördel, eftersom författarna hade begränsade erfarenheter av rollen som intervjuare. När författaren intog rollen som intervjuare innebar det att självkänslan och samspelet med respondenten ökade. En intervjumall användes vilket styrde de första intervjuerna men under studiens gång utvecklades intervjuerna till ett samtal, där intervjumallen blev mer som ett stöd. Detta observerades genom att de sista intervjuerna var de som fungerade bättre då författaren var mer avslappnad i rollen att intervjua då hon kände att hon hade mer att tillföra. Dessutom diskuterade båda författarna, efter varje intervjutillfälle, vad som kunde förbättrats utifrån rollen som intervjuare vilket ökade medvetenheten kring intervjutekniken. En nackdel med att endast en författare utförde intervjuerna var att den andra författaren inte fick prova på att intervjua. Dock var hon närvarande på samtliga intervjuer, inkluderat provintervjun,

och var till hjälp när svaren behövdes specificeras och/eller upprepas, vilket ändå fått henne att lära sig en del. Intervjuerna spelades in vilket kunde vara en nackdel då respondenterna kunde ha känt sig stressade och otrygga (Polit och Beck, 2006). För att förebygga detta till största mån presenterade författarna sig samt studien innan intervjuerna påbörjades.

Kvalitativ innehållsanalys används när stora mängder text ska analyseras. Den används för att identifiera förändringar i en text då stor vikt läggs på skillnader och likheter. Författarna ansåg därför att analysen var lämplig att använda till föreliggande studie (Lundman och Hällgren Graneheim 2012). Kvalitativ innehållsanalys kan genomföras på olika tolkningsnivåer. Både manifest och latent innehållsanalys är tolkningar som varierar på olika nivåer. En manifest innehållsanalys är en lämplig utgångspunkt att börja med för författare som har begränsade erfarenheter av att analysera en text. Därför valdes denna inriktning. Med ökade kunskaper kan forskaren avancera och använda den latent innehållsanalysen där tolkningen sker på en mer avancerad nivå. Med en manifest innehållsanalys kan det innebära att en risk finns eftersom forskaren arbetar nära den ursprungliga texten. Detta kan medföra att helheten går förlorad då texten blir alltför detaljerad. En viss grad av tolkning har gjorts (Graneheim och Lundman, 2004; Lundman och Hällgren Graneheim, 2012). Båda författarna genomförde analysen gemensamt och diskussion fördes genom alla stegen för att uppnå enighet men ur trovärdighetsperspektivet kan detta vara en svaghet då trovärdigheten stärks när analysen genomförts av författarna oberoende av varandra (Polit, Beck och Hungler, 2006). Motivet till att analysen genomfördes gemensamt var att författarna inte tidigare genomfört någon innehållsanalys och för att förstå stegens innebörd behövdes mycket träning.

För att nå giltighet i forskningsresultatet handlar det bland annat om hur väl kategorierna täcker datan. Det handlar om hur forskaren bedömer likheterna och skillnaderna mellan kategorierna. Datan ska vara relevant och svara på syftet och får inte exkluderas för att den inte passar in i en kategori. Den får inte heller "manipuleras" för att passa en kategori och den får inte passa in i flera kategorier. För att öka tillförlitligheten i föreliggande studie utfördes hela innehållsanalysen gemensamt av båda författarna och under arbetets gång diskuterats innehållet i intervjuerna samt likheterna och skillnaderna i kategorierna flera gånger för att försäkra att inget manipulerats eller gått förlorat. Dessutom redovisades citaten från respondenterna i resultatet samt analysprocessens förfarande i metoddelen i föreliggande studie vilket ökar giltigheten (Graneheim och Lundman, 2004; Lundman och Hällgren Graneheim, 2012).

Eftersom båda författarna har arbetat som vårdbiträde/undersköterska i hemtjänsten tidigare finns det en förförståelse. Författarna har i studien försökt att utesluta egna tolkningar och värderingar, detta för att undvika att förförståelse och tolkningar skulle ha påverkat studien i större utsträckning. Under intervjuerna har författarnas synsätt varit så neutralt som möjligt. Den förförståelse som inte går att undvika, som ligger undermedvetet anser författarna ha medfört en positiv påverkan. Författarnas förståelse har bidragit till en ökad förståelse för respondentens upplevelser. Dock går det inte att undvika en undermedveten förförståelse helt (Lundman och Hällgren Graneheim, 2009).

Överförbarheten i studien skulle möjligtvis kunna kopplas till där hemsjukvården och hemtjänsten samarbetar, där sjuksköterskor kan ta del av undersköterskornas upplevelser. För att nå överförbarhet i föreliggande studie är dock upp till läsaren att bedöma (Graneheim och Lundman, 2004).

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att undersöka hur undersköterskor som arbetar inom hemtjänsten upplevde sjuksköterskans ledarskap. Intervjuerna genomfördes i en miljö där det var känt att sjuksköterskans ledning hade stor påverkan på undersköterskans arbete.

Resultatet redovisades utifrån samtliga tio undersköterskors upplevelser om sjuksköterskans ledarskap. Inledningsvis tog författarna upp generellt hur undersköterskorna upplevde sjuksköterskans ledarskap. Det visade sig att ledarskapet i stort sätt fungerade bra när sjuksköterskan var närvarande men det fanns specifika situationer när ledarskapet var bristfälligt.

Det framkom att sjuksköterskans ledning gällande delegering var central. Undersköterskorna upplevde att delegering var en ledaruppgift och att uppgiften ökade undersköterskans ansvarskänsla genom att använda sin kompetens. Enligt lagen om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14) ska den som delegerar en arbetsuppgift vara säker på att den som får uppdraget har rätt kunskap och praktisk förmåga samt att arbetsuppgiften utförs patientsäkert (a.a.). Detta är lagstadgat, och

sjuksköterskan måste följa lagen och vara professionell i sitt arbete. I Tunedal och Fagerbergs (2001) studie framkom att kännedomen om undersköterskans kompetens inför delegering är en kunskap som behövs i rollen som arbetsledare (a.a.). Detta är en ledarskapsfråga utifrån både undersköterskan och sjuksköterskans perspektiv. Även i föreliggande studie framkom att undersköterskorna ansåg att delegering var en stor del i sjuksköterskans ledarskap.

Undersköterskorna beskrev flera situationer där sjuksköterskans ledarskap ansågs bristfälligt och menade att sjuksköterskan frånsade sitt ansvar. Om vårdtagaren inte var inskriven i hemsjukvården utan endast i hemtjänsten där medicinskt ansvar inte var inkluderat enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) kunde sjuksköterskan inte vara behjälplig. Detta är en organisationsfråga som varken sjuksköterskan eller undersköterskan kan påverka i en akut situation. Sjuksköterskan följde sin arbetsbeskrivning då det är vårdcentralens sjuksköterska eller läkare som ansvarar för patientens sjukvårdsinsatser när patienten inte skrivits in i hemsjukvården som tillhör kommunen (Seniorval.se u.å.). Detta upplevdes som påfrestande och oetiskt då undersköterskorna ansåg att vårdtagaren var i behov av hjälp men sjuksköterskan kunde inte hjälpa vårdtagaren som inte hade hemsjukvård.

I en intervjustudie av Villarruel och Peragallo (2004) framkom att sjuksköterskan bör föregå med gott exempel för sina medarbetare, våga ta risker samt ta eget ansvar och lösa konflikter när det uppstår, något som sjuksköterskan enligt undersköterskorna i föreliggande studie inte alltid tillämpade. De viktigaste egenskaperna hos den ledande sjuksköterskan var att denne är pålitlig, samarbetsvillig, ärlighet, en god lyssnare, hade ett tydligt språk för att minimera missförstånd, visade respekt och integritet för vårdtagaren och medarbetarna (a.a.). Detta passar in i vad flera av undersköterskorna ansåg vara positiva egenskaper hos sjuksköterskan. Det framkom även att samarbetsvilja var av stor betydelse i hemtjänsten, och detta kunde utnyttjas i kombination med sjuksköterskans erfarenhet för att utveckla samarbetet i gruppen. Detta knyter vidare an till vald omvårdnadsteori som omfattar "Karitativt ledarskap". Detta begrepp innebär enligt Bondas (2003) bl.a. att ledaren behåller det mänskliga värdet i sitt tänkande för att förhindra lidande (a.a.). Detta tänkande genomsyrar många av de egenskaper som föreliggande studie lyfte fram som karakteriserade en bra ledare. Jones & Cheek (2003); Wieck, Prydun och Walsh (2002); Villarruel & Peragallo (2004) sammanfattar några av dessa egenskaper som ett inre värde hos ledaren, t.ex. stöttande, hängivenhet, tillgänglighet, att ledaren är omtänksam och hade en passion för att främja hälsa hos människor. Dessa egenskaper är något sjuksköterskeutbildningen uppmanar och för vidare. (a.a.)

I resultatet framkom att det fanns oklarheter kring den andres arbetsuppgifter och ansvar. Det vill säga att undersköterskorna kände vid vissa fall osäkerhet i vad sjuksköterskan i hemsjukvården gör och tar ansvar för eftersom de sällan arbetar tillsammans i person utan oftast på distans. Detta skapade enligt undersköterskan en ond cirkel av ovisshet eftersom samma problem även fanns från sjuksköterskans håll. Enligt Josefsson, Åling och Östlin (2011) krävs samarbete mellan yrkeskategorierna för att undersköterskan ska få hjälp i krävande situationer. Då det inte finns någon definitiv beskrivning för hur kommunens sjuksköterskor ska arbeta i sjukvården krävs det god kommunikation för att missförstånd ej ska uppstå. Tunedal och Fagerberg (2001) och Karlsson, Moberg & Lagerström (2006) understryker att sjuksköterskans arbetsbeskrivning är oklar och menar att det finns behov av att yrkesrollen tydliggörs (a.a.). Enligt författarna hade det varit önskvärt om undersköterskans och sjuksköterskans arbetsuppgifter kunde förtydligas för respektive yrkeskategori. En möjlighet hade varit om dessa beskrivningar fanns hos sjuksköterskan respektive i undersköterskans arbetslokal. Visad hänsyn till varandras arbetsuppgifter kan bidra till respekt och bättre samarbete. Mahmood-Yousuf, Munday, King och Dale (2008) visar på att omvårdnadsarbetet påverkas till det positiva om ett fungerande lagarbete finns. Detta i sin tur bidrar till bättre psykisk hälsa hos gruppen, vilket är en förutsättning för att alla i gruppen ska må bra och fungera. Vidare understryker Karlsson, Ekman och Fagerberg (2009) hur viktigt ett samarbete med rimliga förväntningar är mellan undersköterskor och sjuksköterskor för att undvika att framkalla en otrygg arbetsmiljö. En sådan miljö kan annars leda till sämre omhändertagande av vårdtagaren. Genom att konstant hjälpas åt mellan yrkesgrupperna kompletterar de varandra med sina särskilda kunskaper och erfarenhet vilket ger en bättre helhetssyn på patientens behov (a.a.).

Undersköterskorna upplevde vid vissa tillfällen att sjuksköterskan inte tog sig tid för att lyssna och att det då fanns en viss respektlöshet mellan yrkeskategorierna. Enligt Lundin och Sandström (2010) kan detta kopplas till ett bristande arbetsklimat (a.a.). Arbetsklimatet är en viktig faktor för att trivsel ska kunna uppstå inom en grupp samt arbete med bra resultat. Grunden för att detta ska uppnås är kommunikation som tillåter både individen och gruppen som helhet att synas och må bra (Eide och Eide 2009). Detta framkom av intervjun då undersköterskan berättade att sjuksköterskan borde vara mer uppmärksam i sitt ledarskap och lyssna mer på undersköterskan, eftersom de träffar vårdtagarna dagligen och märker om deras tillstånd förändras.

Konklusion och implikation

I föreliggande studie upplevde undersköterskan att sjuksköterskans ledarskap fungerade bra i situationer där sjuksköterskan var närvarande och hjälpte till på plats vilket skapade ett fungerande samarbete. När sjuksköterskans ledarskap inte fungerade kunde det bero på att undersköterskorna saknade stöd och intresse från sjuksköterskan. Detta är en organisationsfråga mellan landstingets sjukvård och kommunens sjukvård.

En övergripande del i resultatet var att sjuksköterskan inte kunde vägleda undersköterskan i situationer där vårdtagaren inte hade medicinska insatser från hemsjukvården.

Undersköterskorna menade att sjuksköterskan inte tog sitt ansvar när vårdtagaren krävde detta, vilket skapade en känsla av otrygghet vilket dock var helt i linje med sjuksköterskans arbetsbeskrivning i hemsjukvården. Det framkom också oklarheter kring yrkeskategoriernas arbetsuppgifter och ansvar. Det vill säga att undersköterskorna kände i vissa fall osäkerhet angående vad sjuksköterskan gör och tar ansvar för eftersom de sällan arbetar tillsammans utan oftast på distans.

Författarna har reflekterat över de olika ståndpunkter i undersköterskornas berättelser som påverkade samarbetet mellan yrkeskategorierna. Författarna är väl medvetna om att konflikter kan uppstå i en grupp där åsikterna är skilda men samarbetet är av vikt för att åstadkomma en god och säker vård.

Författarnas ambition med studien var att lyfta fram undersköterskans kunskaper och erfarenheter om sjuksköterskans ledarskap. Resultatet belyser att det finns en problematik som behöver komma till ytan när det gäller undersköterskornas upplevelser av sjuksköterskans ledarskap och organisationen mellan hemtjänst och hemsjukvård. Fler studie behövs för att kunna uttala sig om sjuksköterskans ledarskap. Studien leder också till en nyfikenhet kring att belysa sjuksköterskans upplevelser av samarbetet med undersköterskorna i hemtjänsten. Förhoppningen är att nya studier kan leda till en förändring och minimera de brister som finns i kommunens sjukvård.

Referenser

- Barret, A., Latham, D., & Levermore, J. (2007). Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. *British Journal of Community Nursing*, 12 (10), 442-448.
- Bliss, J. (2004). Effective team management by district nurses. *British Journal of Community Nursing*, 9 (12), 524-526.
- Bondas, T. (2003). Caritative leadership ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*, 27 (3), 249-253.
- Carlsson, M. (2007). *Sjuksköterskan i kommunal äldreomsorg*. Rapport nr 02 007 U. Stockholm: Vårdförbundet. Hämtad 12 oktober 2013, från https://www.vardforbundet.se/Documents/Rapporter/Nationella/Sjukskoterskan%20i%20kommunal%20aldrevard_0712.pdf
- Cook, M. J., & Leathard, H. L. (2004). Learning for clinical leadership. *Journal of Nursing Management*, 12, 436-444.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Dunér, A., & Blomqvist, K. (2009). Vårdkedjans aktörer och organisering. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.). *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Dwyer, D. (2011) Experiences of registered nurses as managers and leaders in residential aged care facilities: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 388–402.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Helsingforsdeklarationen. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 19 december, 2012, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Henricson, M., & Billhult, A (red). (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M (red). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Jones, J., & Cheek, J. (2003) The scope of nursing in Australia: a snapshot of the challenges and skills needed. *Journal of Nursing Management*, 11, 121-29.

Josefsson, K. (2010). *Tio punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre personer*. (Rapport skriven på uppdrag av Svenska sjuksköterskeföreningen & Vårdförbundet). Hämtad 20 mars, 2013, från <http://www.swenurse.se/pagefiles/8769/rapport.pdf>

Josefsson, K., Åling, J., & Östin, B-L. (2011). What implies the good work for registered nurses in municipal elderly care in Sweden? *Clinical Nursing Research*, 3, 292-309.

Karlsson, I., Ekman, S-L., & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home— some Registered Nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 265 –273.

Karlsson, B., Moberg, S., & Lagerström, M. (2006). Starka som individer men svaga som grupp. *Vård i Norden*, 79, (26), 36-41.

Kihlgren, M (red)., Engström, B., & Johansson, G. (2009). *Sjuksköterska med uppdrag att leda*. Lund: Studentlitteratur.

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

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lundin, K., & Sandström, B. (2010). *Ledarskap inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2009). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Mahmood-Yousuf, K., Munday, D., King, N., & Dale, J. (2008). Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. *British Journal of General Practice*, 58, 256–263.

McKenna, H., Keeney, D., & Bradley, M. (2004). Nurse leadership within primary care: the perceptions of community nurses, GPs, policy makers and members of the public. *Journal of Nursing Management*, 12, 69-76.

Newhouse, R. (2007). Creating infrastructure supportive of evidence-based nursing practice: leadership strategies. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4, 21-29.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. uppl.). Stockholm: Liber.

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research, Methods, Appraisal and Utilization* (6th edition). Philadelphia: Lippincott.

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2013). *Essentials of Nursing Research, Appraising Evidence for Nursing Practice* (8th edition). Philadelphia: Lippincott.

Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006). *Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia: Lippincott

Rahm-Sjögren, K., Sjögren, T. (2002). *Att vara sjuksköterska och chef*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Saccomano, S. J., & Pinto-Zipp, G. (2011) Registered nurse leadership style and confidence in delegation. *Journal of Nursing Management*, 19, 522-533.

Seniorval .se (u.å.). Ansvar och samverkan i kommun och landsting. Hämtad 26 oktober, 2013 från <http://seniorval.se/bra-att-veta/ansvar-samverkan-kommun-och-landsting>

SBU. (2012). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Version 2012:2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Hämtad 30 september, 2013, från <http://www.sbu.se/metodbok>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

Hämtad 10 oktober, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1993:387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Riksdagen.

Hämtad 4 april, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1993387-om-stod-och-ser_sfs-1993-387/

SFS 2009:981. *Lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)*. Svensk författningssamling.

Hämtad 12 oktober, 2013, från <http://www.lagboken.se/files/SFS/2009/090981.PDF>

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 april, 2013, från

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm:

Socialstyrelsen. Hämtad 2 september, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 11 december, 2012, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052

Socialstyrelsen. (2005a). *Tid för vård och omsorg. Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid?* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 11 december, 2012, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10178/2005-131-36_200513137.pdf

Socialstyrelsen. (2008). *Kompetensbeskrivning Legitimerad Sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 oktober, 2013, från <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>

Socialstyrelsen. (2008b). *Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 21 december, 2012, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 24 december, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18926/2012-12-24.pdf>

Socialstyrelsen (2012a). *Meddelandeblad. Hemtjänst, hushållstjänster och servicetjänster utan behovsprövning*. Hämtad 10 april, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18950/2012-12-38.pdf>

SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 13 december, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1997-14>

SOU 1990/91:9. *Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2 januari, 2013, från

http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3322&doktyp=bet&rm=1990/91&bet=SoU9&dok_id=GE01SoU9

SOU 2011:55. *Kommunaliserad hemsjukvård*. Stockholm: Regeringen. Hämtad 19 september, 2013, från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/17/11/33/9d9c777c.pdf>

Sveriges officiella statistik (2012). *Äldre- vård och omsorg den 1 april 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso och sjukvårdslagen*. Hämtad den 4 april, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18862/2012-10-19.pdf>

Tunedal, U & Fagerberg, I. (2001). Sjuksköterska inom äldreomsorgen – en utmaning. *Vård i Norden*, 2, 27–32.

Villarruel, A., & Peragallo, N. (2004). Leadership development of hispanic nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 28 (3), 173-180.

Wieck, L., Prydun, M., & Walsh, T. (2002) What the emerging workforce wants in its leaders. *Journal of Nursing Scholarship*, 3, 283-288.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wong, C. A., & Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15, 508-521.

World Health Organization (2012). *Ageing*. Hämtad 13 mars, 2013 från <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>

Intervjumall

Jag vill intervjua dig om hur du upplever sjuksköterskans ledarskap i ert samarbete. Ta din tid vid varje discussionsfråga och prata gärna så fritt och öppet som möjligt.

Bakgrundsfakta

Hur länge har du arbetat som undersköterska inom hemtjänsten?

Kvinna/man?

Frågor

- Berätta hur du upplever sjuksköterskans ledarskap?
- Berätta om en situation som du var med om där sjuksköterskans ledarskap upplevdes som bra? Varför?
- Berätta om en situation som du var med om där sjuksköterskans ledarskap upplevdes som mindre bra? Varför?
- Hur anser du att sjuksköterskans ledarskap skulle kunna utvecklas?
- Finns det något oklart och/eller något du vill tillägga, berätta eller utveckla som jag har eller inte redan har frågat om?



**LUNDS
UNIVERSITET**
Medicinska Fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information till undersökningsperson

Du tillfrågas om deltagande i nedanstående intervjustudie som ingår som ett examensarbete i distriktssköterskeprogrammet:

*Undersköterskans upplevelser om sjuksköterskans ledarskap
– en intervjustudie*

Sjuksköterskans roll inom kommunal hälso- och sjukvård är viktig, då hennes kompetens innefattar ledarskap samt att verka som ledare. I sjuksköterskans roll ingår samarbete med undersköterskan och annan vårdpersonal för att tillgodose patienten god omvårdnad. Alla som arbetar i vården är med och påverkar den då varierande kunskap ska nyttjas för effektivare vård.

Syftet med studien är att undersöka hur undersköterskor som arbetar inom hemtjänsten upplever sjuksköterskans ledarskap. Deltagandet är frivilligt och plats samt tid för intervjun anpassas efter era behov. Svaren kommer att spelas in med er tillåtelse och materialet kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att det inte kommer att identifieras i resultatredovisningen. Ert namn kommer inte att presenteras i studien. Materialet kommer att förstöras efter godkänd examination och till dess förvaras inlåst utan tillgång för obehöriga. Intervjun kommer att ta cirka 45 minuter och genomförs av Pamela Lukacs och Sofie Johansson. Det är möjligt att avsluta intervjun när som helst utan konsekvenser och utan att ange orsak.

Om Ni vill delta och/eller har några frågor ber vi Er kontakta Pamela Lukacs, Sofie Johansson eller vår handledare Ingrid Bolmsjö på telefon, e-post eller brev. Om intresse finns får ni då ta del av samtyckesblanketten som finns bifogad på nästa sida.

Med vänlig hälsning

Pamela Lukacs
Leg. Sjuksköterska
Student | Lunds Universitet

pamela.lukacs.919@student.lu.se

Sofie Johansson
Leg. Sjuksköterska
Student | Lunds Universitet

sofie.johansson.757@student.lu.se

Handledare: Ingrid Bolmsjö
Professor, Malmö Högskola
Jan Waldenströmsgatan 25
040 665 81 00

ingrid.bolmsjo@mah.se



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska Fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 3 (5)

Jag har tagit del av informationsbrevet om ”*Undersköterskans upplevelser om sjuksköterskans ledarskap – en intervjustudie*”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet i studien är frivilligt och att jag har möjlighet att avsluta intervjun när som helst utan konsekvenser och utan att ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in.

Underskrift av undersökningsperson

Ort, datum

Underskrift

Namnförtydligande

Telefonnummer



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska Fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 4 (5)

Information till ansvarig verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra nedanstående studie som ingår som ett examensarbete i distriktssköterskeprogrammet:

*Undersköterskans upplevelser om sjuksköterskans ledarskap
– en intervjustudie*

Sjuksköterskans roll inom kommunal hälso- och sjukvård är viktig, då hennes kompetens innefattar ledarskap samt att verka som ledare. I hennes roll ingår samarbete med undersköterskan och annan vårdpersonal för att tillgodose patienten god omvårdnad. Alla som arbetar i vården är med och påverkar den då varierande kunskap ska nyttjas för effektivare vård.

Studien kommer att genomföras via semistrukturerade intervjuer där inklusionskriterierna kommer vara att arbeta som undersköterska på dagtid och/eller kvällstid samt att ha arbetat i hemtjänsten i minst ett år. Härmed önskas med Ert tillstånd få möjlighet att komma ut till en hemtjänstgrupp och på så vis presentera oss och studien. Cirka tre till fyra undersköterskor önskas att intervjuas med hjälp av en färdigställd intervjumall. Deltagandet sker frivilligt där respondenterna aidentifieras och har möjlighet att avbryta intervjun när som helst utan orsak och konsekvenser. Intervjuerna kommer att ta cirka 45 minuter vardera, där deltagarna får möjlighet att bestämma både tid och plats. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att de inte kommer att identifieras i resultatredovisningen. Materialet kommer att förstöras efter godkänd examination och till dess förvaras inlåst utan tillgång för obehöriga. Studien kommer att gå via den Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande.

Om Ni har några frågor eller vill veta mer, ber vi Er kontakta Pamela Lukacs eller Sofie Johansson på telefon eller e-post.

Med vänlig hälsning

Pamela Lukacs
Leg. Sjuksköterska
Student | Lunds Universitet

pamela.lukacs.919@student.lu.se

Sofie Johansson
Leg. Sjuksköterska
Student | Lunds Universitet

sofie.johansson.757@student.lu.se

Handledare: Ingrid Bolmsjö
Dr med. Vet. Universitetslektor
Malmö Högskola
040 665 79 52

ingrid.bolmsjo@mah.se



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska Fakulteten

Bilaga 5 (5)

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

*Undersköterskans upplevelser om sjuksköterskans/distriktssköterskans ledarskap
– en intervjustudie*

Er anhängan

Medgives

Medgives ej

Ort, datum

Underskrift

Namnförtydligande, titel

Verksamhetsområde