



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

OMVÅRDNADENS FÖRUTSÄTTNINGAR

En kvalitativ intervjustudie om vårdenhetschefers ledarskap

**Anna Wellton
Sofia Rabaa Ekholm**

Uppsats:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Sepideh Olausson
Examinator:	Kristin Falk

Titel svensk:	Omvårdnadens förutsättningar: En kvalitativ intervjustudie om vårdenhetschefers ledarskap
Titel engelsk:	The pre-requisites for nursing care: A qualitative interview study of nurse managers leadership
Uppsats:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Sepideh Olausson
Examinator:	Kristin Falk
Nyckelord:	Vårdenhetschef, ledarskap, intensivvård, omvårdnad, omvårdnadsutveckling, evidensbaserad vård

Sammanfattning

Bakgrund: Chefskap inom intensivvårdsverksamhet är komplext och vårdenhetschefer balanserar mellan olika intressen: politiska, ekonomiska, administrativa och professionella. För att bibehålla fokus på omvårdnad krävs ett värdebaserat ledarskap för att främja omvårdnad samt för att säkra kvalitet och utveckling i så komplexa sammanhang.

Syfte: Att belysa ledarskapets betydelse för omvårdnad samt utveckling av omvårdnadsarbetet inom intensivvård.

Metod: Tio kvalitativa djupintervjuer utfördes med vårdenhetschefer inom intensivvårdsverksamhet. Dataanalys skedde genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Nio subkategorier hittades, vilka delades in i tre huvudkategorier: Riktning, Engagemang och Kreativitet. Riktning innebar att vårdenhetscheferna prioriterade omvårdnad och omvårdnadsvetenskaplig forskning. Engagemang innebar att medarbetarna erbjöds möjlighet till kompetensutveckling, men också förväntades delta i omvårdnadsutvecklingen. Kreativitet innebar att vårdenhetscheferna använde tillgängliga resurser på bästa sätt och försökte vara lösningsorienterade.

Slutsats: Vårdenhetschefernas ledarskap präglar omvårdnaden genom att visa vägen framåt och tillsammans med medarbetarna ansvara både för att hålla omvårdnads kvaliteten hög samt att prioritera utvecklingsarbete. För att navigera mellan konkurrerande intressen delas ofta ledarskapet, vilket framför allt frigör tid som används till omvårdnadsutveckling. Vårdenhetscheferna strävar efter ett empatiskt förhållningssätt gentemot medarbetarna, vilket de upplever skapar en främjande miljö för fokus på omvårdnad och omvårdnadsutveckling.

Nyckelord: Vårdenhetschef, ledarskap, intensivvård, omvårdnad, omvårdnadsutveckling, evidensbaserad vård

Abstract

Background: Management within a critical care setting is complex and the nurse managers are balancing different interests: political, economical, administrative and professional. To maintain focusing on nursing care there is a need for value-based leadership to promote nursing care and to ensure quality and development in such complex settings.

Object: To illuminate the importance of leadership in critical care settings focusing on nursing care and development of nursing care.

Method: Ten qualitative research interviews with critical care nurse managers were conducted. Data was analysed using qualitative content analysis.

Results: Nine subcategories were found, which were sorted into three main categories: Direction, Involvement and Creativity. Direction meant that the nurse managers prioritised nursing care and research within nursing science. Involvement meant that the co-workers were given the opportunity to get education, but also were expected to contribute to development of nursing care. Creativity meant that the nurse managers used available resources the best way possible, as well as trying to be solution-driven.

Conclusion: The leadership of the nurse managers is characterised by leading the way forward and to share responsibility of the nursing care quality, as well as prioritise development, with the co-workers. In order to balance between competing interests the leadership is often shared, which chiefly frees time to be spent on development of nursing care. The nurse managers aim for an empathetic approach towards the co-workers, which they experience creates a promotional environment for the focus on nursing care and development of nursing care.

Keywords: Nurse manager, leadership, critical care, nursing care, development of nursing care, evidence-based care

Förord

Tack till alla vårdenhetschefer som deltog för avsatt tid och engagemang, och tack till vår handledare Sepideh Olausson för värdefull vägledning.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund.....	1
2.1 Omvårdnad inom intensivvård	1
2.1.1 Evidensbaserad vård	2
2.2 Chef- och ledarskap inom intensivvård.....	3
2.2.1 Chef och ledare.....	3
2.2.2 Varianter av ledarskap	3
2.2.3 Vårdenhetschefens historia	4
2.2.4 Vårdenhetschefens utmaningar	5
2.2.5 Att leda utvecklingsarbete inom omvårdnad.....	6
2.3 Livsvärldsteoretiskt ledarskap	7
3. Problemformulering.....	8
4. Syfte.....	8
5. Metod.....	8
5.1 Urval.....	9
5.2 Datainsamling	9
5.3 Dataanalys	10
5.4 Forskningsetiska överväganden.....	11
5.5 Förförståelse	11
6. Resultat	11
6.1 Riktning.....	12
6.1.1 Prioritera omvårdnad	12
6.1.2 Följa upp utvecklingsarbete	13
6.1.3 Fatta beslut	13
6.2 Engagemang	14
6.2.1 Ställa krav	14
6.2.2 Gemensamt ansvar.....	15
6.2.3 Främja dialog.....	15
6.3 Kreativitet.....	16
6.3.1 Lösningsorienterad	16
6.3.2 Delat ansvar.....	17

6.3.3 Låta experten lotsa novisen.....	17
7. Diskussion.....	18
7.1 Metoddiskussion.....	18
7.2 Resultatdiskussion.....	20
7.2.1 Riktning – behovet av omvårdnadsexperten i chefsposition	20
7.2.2 Engagemang – en omvårdande organisation.....	22
7.2.3 Kreativitet – konsten att prioritera.....	23
8. Slutsats.....	24
8.1 Kliniska implikationer.....	24
Referenslista.....	25

1. Inledning

Vid landets intensivvårdsenheter vårdas de mest sjuka och utsatta patienter, vilket ställer höga krav på omvårdnaden som ges i sammanhanget (Aitken, Chaboyer, & Marshall, 2016; Stubberud, 2015). Det är specialistsjuusköterskor inom intensivvård, omvårdnadsexperter, som leder det patientnära omvårdnadsarbetet (Aitken et al., 2016). De leds i sin tur av vårdenhetschefer vilka i huvudsak också är intensivvårdssjuusköterskor (Fransson Sellgren, 2014). Den omvårdnad som ges förväntas idag vara evidensbaserad och för att säkra det behövs fortlöpande kompetensutveckling samt tid att bedriva specialiserad omvårdnad (Johansson & Wallin, 2013; Polit & Beck, 2017). Utöver kraven på att den vård som ges ska vila på bästa tillgängliga vetenskapliga evidens ökar även stadigt efterfrågan av högspecialiserad vård. Dagens medicinska möjligheter innebär att fler individer kan behandlas för sina åkommor, vilket i sig ökar belastningen på hälso- och sjukvården men det leder även till högre levnadsålder och därmed ökad populationsstorlek (Aitken et al., 2016; Johansson & Wallin, 2013). För att möta behovet av effektiv och evidensbaserad vård fordras fokus på utvecklings- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården i allmänhet och inom den operativa kärnan i synnerhet (Johansson & Wallin, 2013; Polit & Beck, 2017). Vårdenhetschefer är de som ansvarar för utvecklings- och förbättringsarbete av omvårdnad inom kärnverksamheten, det är ett uppdrag som kantas av utmaningar och i många fall prioriteringskonflikter (Carlström, 2009; Rosengren, 2014). Mot bakgrund av det är det väsentligt att stärka intensivvårdssjuusköterskan som chef och ledare (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuusköterskeförening, 2012). Därför behöver chefskapets betydelse för omvårdnadsutveckling belysas och i föreliggande studie utforskas hur vårdenhetschefer inom intensivvård upplever sitt ledarskap i relation till omvårdnad.

2. Bakgrund

2.1 Omvårdnad inom intensivvård

Omvårdnad är ett vetenskapligt fält, ett forskningsområde men även det som utgör sjuusköterskors huvudämne. Fundamentet inom omvårdnad är ett humanistiskt synsätt, det handlar om att möta varje människa som person och försöka främja egenmakt och hälsa (Svensk Sjuusköterskeförening, 2014). Inom intensivvård är det lika grundläggande som inom övrig vårdverksamhet. Dock är ofta förutsättningarna för patienten att delta annorlunda, till stor del beroende på att patientens egen kommunikativa samt fysiska förmåga tillfälligt reduceras på grund av sedation (Aitken et al., 2016; Wilkin, 2003). För att tillgodose patientens behov i intensivvårdssammanhang är det av största vikt att omvårdnaden är följsam och anpassas till rådande kontext (Aitken et al., 2016). World Federation of Critical Care Nurses (2016) menar att omvårdnad inom intensivvård är att ge specialiserad omvårdnad till svårt sjuka patienter, etablera terapeutisk relation till både patient och närstående samt att värna patienternas egna förmågor. Följaktligen är intensivvårdssjuusköterskan den som ansvarar för nämnda

specialiserade vård och det är hen som leder omvårdnaden av intensivvårdspatienten. Ledning på samtliga nivåer inom hälso- och sjukvård är grundläggande för att möjliggöra och optimera omvårdnad inom intensivvårdsverksamhet (Aitken et al., 2016; Bondas, 2009; Lundin & Sandström, 2015; Thylefors, 2016). I den operativa kärnan handlar det om att vårdenhetschefer bör fokusera på både rådande omvårdnads kvalitet men också säkra att omvårdnadsutvecklingen baseras på aktuell forskning (Aitken et al., 2016; Bondas, 2009).

2.1.1 Evidensbaserad vård

Evidensbaserad vård tar avstamp i den evidensbaserade praktiken, vilket både är ett sätt att arbeta på men även ett förhållningssätt. Att ge och bedriva evidensbaserad vård innebär att patienten erhåller den behandling som är baserad på bästa tillgängliga vetenskapliga evidens (Willman, Bahtsevani, Nilsson, & Sandström, 2016). Det vetenskapliga ska dock balanseras mot klinisk erfarenhet och patienten som unik person. Att arbeta evidensbaserat innebär därför inte att alla patienter med en viss åkomma får identisk behandling. Evidensbaserad vård uppstår inte av sig själv, utan kontinuerligt förbättrings- och utvecklingsarbete inom omvårdnad behövs för att använda forskning i praktiken (Johansson & Wallin, 2013). Johansson och Wallin listar ett antal karakteristika hos sjuksköterskor som i större grad använder sig av forskning i sitt kliniska arbete. Bland de återfinns bland annat ledarroll, arbetstillfredsställelse, deltagande i av arbetsplatsen arrangerade konferenser och/eller utbildningar, magisterutbildning och arbete inom akut- eller intensivvård. Det indikerar att förutsättningarna för att arbeta evidensbaserat inom intensivvårdsverksamhet torde vara gunstiga.

Det finns kritik mot evidensbaserad vård sett ur ett omvårdnadsperspektiv, det bottnar i att forskningsmetoder som generellt förknippas med den medicinska disciplinen anses ha starkast evidensgrad. Omvårdnadsorienterad forskning har i många fall en kvalitativ eller mixad ansats och mäter sällan rena åtgärdseffekter (Johansson & Wallin, 2013). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att den kvalitativa forskningen berör mänskliga möten och dialog och därmed vilar på ord och inte på numerisk data. De menar vidare att nuvarande värderingssätt av vetenskap är ogünstigt för omvårdnadsforskningen eftersom det blir en ond cirkel där något som inte anses ha stark evidens får lägre status. Dahlberg och Segesten argumenterar dock inte mot den evidensbaserade vården, men menar att det behövs en mer vidsynt inställning till vad evidens innefattar och att alla forskningsmetoder är relevanta och nödvändiga. I praktiken inbegriper dock evidensbaserad vård flera olika varianter av kunskap, däribland erfarenhetsbaserad sådan (Johansson & Wallin, 2013). Todres, Galvin, och Dahlberg (2006) lyfter filosofen och matematikern Husserls tankar om att siffror och ord aldrig kan stå ensamma, för utan varandra förlorar de sin verkliga innebörd. Det diskuteras även av Dahlberg (2014) som menar att förhållandet mellan omvårdnadsteori som vilar på evidens och praxis är närmast en symbios. De förutsätter varandra och likaväl som omvårdnadsteorier måste vara brukbara är de nödvändiga för att säkra och förbättra praxis.

2.2 Chef- och ledarskap inom intensivvård

2.2.1 Chef och ledare

Det föreligger en definitionsskillnad mellan begreppen chef respektive ledare (Carlström, 2009; Nilsson, 2005a; Rosengren, 2014; Thylefors, 2016). Att vara chef är ett formellt uppdrag och bland flera andra arbetsuppgifter ingår att chefen ska leda (Fransson Sellgren, 2014; Nilsson, 2005a; Thylefors, 2007). En ledare definieras däremot som en individ som har inverkan på andra inom inofficiella, sociala ramar. Begreppen används dock något oprecist och det kan bland annat förklaras av deras samspel i realiteten. Ur ett chefsperspektiv är både det egna ledarskapet av stor vikt, men även det informella ledarskapet som andra medarbetare utövar (Thylefors, 2016). Vidare menas att det behövs gemensamt ledarskapsengagemang för att gynna samarbete och på så vis nå uppsatta verksamhetsmål och visioner. Ledarskap är att inspirera till, att arbeta för eller mot visioner, och ledarskap kan därmed utövas både av chefer och ledare (Fransson Sellgren, 2014). Carlström (2009) framhåller att en chef som inte har förtroende inte kan ses som ledare, utan reduceras till att endast vara chef.

2.2.2 Varianter av ledarskap

Det finns flertalet modeller för ledarskap, vilka förklarar och identifierar ledarskapsstilar på olika vis. En traditionell strukturering av ledarskap är att betrakta dem som en-, två- och tredimensionella (Fransson Sellgren, 2014; Thylefors, 2007, 2016). Det endimensionella ledarskapet kan antingen vara demokratiskt eller auktoritärt, vilket är en av de tidigare ledarskapsmodellerna. Senare har det endimensionella ledarskapet kompletterats med det tvådimensionella som, förutom att vara demokratiskt eller auktoritärt, även är produktions- eller personalinriktat. Det endimensionella ledarskapet kan även etiketteras som låt gå-ledarskap och innebär formella chefer som smiter undan sitt ansvar (Nilsson, 2005b; Thylefors, 2016). Det tredimensionella ledarskapet adderar förändringsfokus till modellen (Fransson Sellgren, 2014; Thylefors, 2016). Idag betraktas ledarskap som flerdimensionellt och de begrepp som används är primärt transaktivt respektive transformativt ledarskap. Det typiska transaktiva ledarskapet är auktoritärt, fokuserat på produktion, styrande och formas av antagandet att medarbetaren inte vill bidra, är oengagerad och måste få tydliga direktiv. Det transformativa ledarskapet å sin sida är demokratiskt, fokuserat på relationer, stödande och bygger på att medarbetare ses som resursstarka och arbetsvilliga (Fransson Sellgren, 2014; Lundin & Sandström, 2015; Nilsson, 2005b). Dock har även dessa ledarskapsstilar mötts med kritik och det har format begreppet situationsanpassat ledarskap. Det situationsanpassade ledarskapet innebär att ledaren pendlar mellan transformativt och transaktivt ledarskap utifrån vad aktuell kontext kräver (Lundin & Sandström, 2015; Thylefors, 2016).

Inom omvårdnadsvetenskap är transformativt ledarskap stadigt återkommande och det finns studier som visar på samband med transformativt ledarskap och hög omvårdnadskvalitet (Fransson Sellgren, 2014; Manning, 2016; Sorensen, Iedema, & Severinsson, 2008). Fransson Sellgren (2014) påstår att vårdenhetschefer ofta kan fokusera både på produktion, relationer

och förändringsarbete och därför utövar situationsanpassat ledarskap. Rosengren, Athlin och Segesten (2007) utförde en intervjustudie för att undersöka medarbetarnas perspektiv på ledarskap vid en intensivvårdsenhet. Resultatet visade att transformativt ledarskap var det som bäst svarade mot vad medarbetarna upplevde vara ett gott ledarskap.

Delat ledarskap förekommer ofta inom hälso- och sjukvården, framförallt bland vårdenhetschefer (Rosengren, 2014; Thylefors, 2007). Syftet med delat ledarskap är att chefers arbetsbelastning ska vara rimlig, men även att främja en bättre översikt över arbetsplatsen genom att cheferna kan komplettera varandra (Rosengren, Bondas, Nordholm, & Nordström, 2010; Thylefors, 2016). En aspekt att ta hänsyn till är antalet medarbetare och därmed antalet relationer chefer ska upprätthålla, det är av vikt att det antalet inte är större än att chefen kan upprätthålla relationer med samtliga medarbetare (Lundin & Sandström, 2015). Delat ledarskap implementeras ofta på initiativ från chefer själva och det skapar goda förutsättningar för att arbetssättet ska bli fruktbart (Thylefors, 2016). Delat ledarskap kan utövas antingen som samledarskap eller funktionellt delat ledarskap. Samledarskap innebär att cheferna arbetar gemensamt med samtliga uppgifter medan det funktionellt delade ledarskapet innebär att cheferna delar ansvar men även uppgifter sig emellan (Thylefors, 2007, 2016). År 2010 publicerade Rosengren et al. en fallstudie baserad på enkäter besvarade av sjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning där delat ledarskap hade genomförts. Resultatet visade att merparten av sjuksköterskorna var nöjda och upplevde att deras arbetsmiljö hade förbättrats avsevärt. Cheferna upplevdes vara mer tillgängliga och stöttande i det dagliga arbetet.

2.2.3 Vårdenhetschefens historia

Dagens funktion vårdenhetschef har en historia som sträcker sig tillbaka till 1700-talet och de allra första, statligt finansierade sjukhusen. De leddes av en läkare och en sjuksköterska och så var ordningen fram till 1800-talets andra hälft då instiftandet av Sveriges landsting ägde rum. Sjukhusen hamnade då under landstingens regi och i kombination med medicinska framsteg blev sjukhusen större och indelades i kliniker. Klinikerna leddes av läkare och hade under sig en arbetsledande sjuksköterska som både skötte behandlingar och administrativa uppgifter. Ytterligare organisatoriska ändringar skedde därefter stadigt och i mitten av 1900-talet hade den styrande läkaren både jurist, ekonom och sjuksköterska vid sin sida. Sjuksköterskan (s.k. husmor) ansvarade nu för personal, omvårdnad och kök. Eftersom husmodern nu befann sig längre från golvet inrättades en funktion som kallades avdelningsföreståndare, vilket var en sjuksköterska som arbetsledde medarbetarna på respektive avdelning. Så småningom ändrades titeln husmor till sjukvårdsföreståndare, men under decentraliseringsvågen på 1980-talet försvann den funktionen precis som flera andra mellancheferpositioner. Fokus nu var att uppfylla de mål och krav som de folkvalda politikerna satte upp för sjukvården. Förutom att nå målen skulle även resultaten redovisas. Avdelningsföreståndaren levde dock kvar under den här perioden och sedan 1990-talet kallas den funktionen chefsjuksköterska, avdelningschef eller vårdenhetschef. Vårdenhetschefens ansvarsområde hade nu utökats och förutom att ansvara för omvårdnadskvaliteten ingick även ansvar för planering, budget, rekrytering, arbetsmiljö och

vårdmiljö. Det utökade ansvaret som tillföll vårdenhetschefsfunktionen gick hand i hand med att medarbetarna förutsattes ta ett större kliniskt ansvar (Fransson Sellgren, 2014; Lundin & Sandström, 2015).

2.2.4 Vårdenhetschefens utmaningar

Fransson Sellgren (2014) sammanfattar vårdenhetschefernas uppdrag idag som att de ska tillhandahålla en omvårdnad av hög kvalitet som ska utföras av personal med riktig kompetens, det arbetet ska i sin tur ske inom givna ekonomiska ramar (Fransson Sellgren, 2014). Att vara chef i direkt anslutning till kärnverksamheten såsom vårdenhetschefer är, kallas att vara första linjen-chef. Det är ett begrepp lånat från industrin och indikerar att chefen befinner sig mellan de som utför ett givet uppdrag och de som beslutar om vilket uppdrag som gäller (Carlström, 2009; Thylefors, 2016). Det är ett chefskap som inte alltid är lätt och kräver ofta prioritering. Om vårdenhetschefens ansvar är större än hans befogenheter är det en extra utmaning och det kan i förlängningen leda till uppgivenhet som smittar av sig på medarbetarna, vilket i sin tur inverkar negativt på omvårdnaden (Fransson Sellgren, 2014; Lundin & Sandström, 2015).

Hälso- och sjukvårdsorganisationer är ofta stora och komplexa, för vårdenhetschefer innebär det att deras dagliga arbete påverkas av strömningar i tiden som inte alltid är påverkbara. Carlström (2009) lyfter fem trender som idag komplicerar chefskapet på första linjen: ökat ekonomiskt fokus, ökat krav på samverkan, ökad andel äldre i befolkningen och större förväntningar på sjukvården, tungrodda vårdssystem och förändringar i vår omvärld. Bland de komplicerande faktorerna kan vissa strukturella konflikter urskiljas, en av de större är konflikten mellan sjukvården och förvaltningen. Den bottnar i att vårdens syfte och kärna är att patienter är individer med unika behov, vilka alltid ska bemötas och ges bästa möjliga hjälp. Det är utan tvivel kärnverksamhetens mening och uppgift, sett ur vårdens perspektiv. Förvaltningen å sin sida fokuserar på resursbruk. Det centrala är att bestämma hur resurser används på ett så effektivt sätt som möjligt och om det inte sker hamnar fokus på hantering av resursbrist. Förvaltningens position inom dagens hälso- och sjukvård är stark, vilket inte minst märks genom att terminologin som används är ekonomiskt kodad. Carlström (2009) anser att det här påverkar första-linjechefer i stor utsträckning och det blir närmast ett lojalitetsdilemma eftersom de ska svara både uppåt i organisationer som fokuserar allt mer på förvaltning och ekonomisk styrning, samtidigt som de ska svara nedåt gentemot de professioner som bedriver kärnverksamheten i form av att vårda patienter.

Ovan resonemang föranleder frågan om varför och vilka som väljer att bli vårdenhetschefer. Bondas (2006) genomförde en intervjustudie med vårdenhetschefer där fyra olika vägar till chefskap kunde formuleras, de var idealvägen, karriärvägen, den oplanerade vägen och tillfällighetsvägen. Idealvägen präglades av aktiva val och en chef med visioner, ofta handlade de visionerna om att ge medarbetarna bättre förutsättningar till att ge kvalitativ vård. Karriärvägen valdes primärt av de sjuksköterskor som inte trivdes med det kliniska arbetet, de uttryckte tydligt att de önskade bestämma och inneha större makt. De två andra vägarna, den

oplanerade och den tillfälliga, var inte lika tydliga och Bondas slutsats var att det optimala för hög omvårdnadskvalitet var en sjuksköterska vars drivkraft att söka chefskap både var höga ideal och en önskan om att göra karriär. Den slutsatsen stöds av en studie av Mallik (1998) som framlägger att om sjuksköterskor oreflekterat söker chefskap är risken stor för att de fortsätter vårda patienter snarare än att vårda verksamheten och möjliggöra för medarbetarna att ge god omvårdnad.

2.2.5 Att leda utvecklingsarbete inom omvårdnad

Hälso- och sjukvården har dominerats av den medicinska professionen, och läkarkåren har fungerat som en stark lobbygrupp för det medicinska och dess position inom sjukvården. Successivt har sjuksköterskeprofessionen vuxit sig starkare och tar idag mer mark inom hälso- och sjukvården, mycket beroende på att omvårdnad har gått från att vara en tyst kunskap till att ta plats som vetenskap. Dagens vårdenhetschefer arbetar således i en kontext där omvårdnad och sjuksköterskeprofessionen anses vara viktig, likställd med den medicinska professionen. Detta är inte odelat enkelt, eftersom det kan leda till prioriteringsdilemman mellan omvårdnad och medicin (Carlström, 2009; Rosengren, 2014).

Uppdraget som vårdenhetschef är att uppmuntra och stödja sina medarbetare i förbättrings- och utvecklingsarbete, men även att det sker i samklang med verksamhetens mål och samtidigt förväntningar (Fransson Sellgren, 2014; Johansson & Wallin, 2013). Som tidigare nämnts är det inte alla gånger ett enkelt uppdrag, men gällande verksamheter med begränsade resurser såsom hälso- och sjukvård finns belägg för att utvecklingsarbete, forskningssatsningar och evidensbaserat arbete är kostnadseffektivt och i slutändan leder till att uppnå uppsatta mål och lönsamhet. Sett ur ett omvårdnadsperspektiv stöder forskning att hög sjukskötersketäthet och hög omvårdnadskompetens både limiterar komplikationer, vårdkostnader och sänker vårdtidssnittet (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Lankshear, Sheldon, & Maynard, 2005; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky 2002). Det kan länkas till omvårdnadens salutogena perspektiv, där främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa är grundläggande. Det återfinns i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska samt densamma för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård, där det fastställs att det ingår i sjuksköterskans profession att vara proaktiv och genom omvårdnad möta varje persons behov utifrån dennes utmaningar och tillgångar (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening, 2012; Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Förvisso är omvårdnad tidskrävande och därmed kostsam, men om patientens hela väg genom hälso- och sjukvården beaktas är omvårdnad ändå kostnadseffektivt genom att vårdtider kortas och komplikationer minskar (Carlström, 2009). Det finns således starka incitament för att främja ett ledarskap som fokuserar på förbättrings- och utvecklingsarbete inom omvårdnad. För specialistsjuksköterskor inom intensivvård är ledarskap ett av tre huvuddomäner och det finns ett behov för intensivvårdssjuksköterskan att fördjupa sin kompetens inom området (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

För att omvårdnad ska vara av hög kvalitet krävs förberedelser, riktlinjer och resultatutvärdering (Bondas, 2009). Vårdenhetschefer som är sjuksköterskor i grunden använder sig ofta av patienterna som spegel i sitt ledarskap. Patienterna och deras närstående ger information om vad de upplever som hög omvårdnads kvalitet och därmed kan vårdenhetschefen rikta sitt ledarskap. Rosengren et al. (2010) lyfter vikten av att vårdenhetschefer besitter kunskap om de professioner som verkar i verksamhetens operativa kärna, vilken kompetens de har och hur de arbetar praktiskt. Det ger en förståelse som hjälper att upprätta förtroende mellan vårdenhetschefen och medarbetarna, vilket inger en trygghetskänsla hos medarbetarna och främjar deras omvårdnadsarbete.

Lunden, Teräs, Kvist och Häggman-Laitila (2017) genomförde en systematisk översikt av faktorer som påverkar sjuksköterskors kompetensutveckling och därmed omvårdnads kvaliteten. Resultatet visade att organisationskulturen och ledarskapet var grundläggande faktorer och de kunde, beroende på hur de såg ut, antingen lyfta eller förhindra kompetensutvecklingen. En främjande miljö präglades av ett stödjande ledarskap, tid till reflektion och gemensamt lärande. En hämmande miljö präglades av otydlig rollfördelning, oklara ansvarsområden, eftersatta belöningssystem samt ovilja till att lära från misstag. Lunden et al. nådde även slutsatsen att vårdenhetschefen hade en väsentlig roll i sammanhanget, både genom att organisera utvecklingsarbete men även genom att uppmuntra och underlätta medarbetarnas kompetensutveckling. Vårdenhetschefer som visade intresse i medarbetarnas personliga kompetensutveckling genererade arbetsgrupper som var motiverade till och nyfikna på förbättrings- och utvecklingsarbete inom omvårdnad.

2.3 Livsvärldsteoretiskt ledarskap

Todres et al. (2006) framlägger att kärnvärdet inom livsvärldsorienterad hälso- och sjukvård är att mänsklig handling balanserar teknologins framfart (Todres et al., 2006). I intensivvårdssammanhang är det i synnerhet relevant, då det är en högteknologisk kontext var i människan kan riskera överskuggas av all apparatur (Galvin, 2010). Det är rimligt att anta att ett livsvärldsteoretiskt perspektiv skulle kunna gynna utveckling av omvårdnad inom intensivvård, då det förmänskligar en många gånger fysiskt omänsklig miljö (Galvin, 2010; Todres et al., 2006). Begreppet livsvärld i föreliggande studie avser en ontologisk utgångspunkt, vilket innebär att livsvärlden är den värld som erfars dagligen. I livsvärlden lever och erfär subjektet mening i relation till världen och olika fenomen. Livsvärlden är å ena sidan personlig och å andra sidan delad. Att livsvärlden är delad betyder att det sker samexistens med andra människor, så kallad intersubjektivitet (Dahlberg, 2014). Människor upplever således världen såsom den formas inom dem, runt dem och mellan dem. Upplevelser skapas av subjektiva perspektiv, vilka i sin tur formas av erfarenheter, historia och nutid. Dahlberg (2014, s.29) skriver att *“Livsvärlden delas av alla - men är samtidigt unik. Ingen individ existerar i ett tomrum”*. Ett ledarskap som tar sin utgångspunkt i livsvärlden beaktar omvårdnadens betydelse för såväl den kritiskt sjuka patienten som för dennes närstående. Detta perspektiv omfattar

inte endast dem som är mottagare av vården, utan även de som ger och utför omvårdnaden. Bland de som vårdar återfinns vårdenhetschefer, vilka i samverkan med sina medarbetare arbetar för att ge god omvårdnad och utveckla den. Genom att utgå från livsvärldsteori kan vårdenhetschefens ledarskap belysas ur deras perspektiv, vilket Dahlberg och Segesten (2010) menar är centralt för att utveckla och förbättra omvårdnaden.

3. Problemformulering

Dagens hälso- och sjukvård praktiserar evidensbaserad vård, det säkerställer att bästa tillgängliga och mest lämpliga behandling ges. Att arbeta evidensbaserat förutsätter kompetensutveckling samt ett ständigt pågående utvecklings- och förbättringsarbete. Möjligheterna till att i praktiken arbeta så påverkas av chefskapet, vilket innebär att ledarskapet både inverkar på den omvårdnad som bedrivs idag men även den som kommer bedrivs i framtiden. Inom intensivvårdsverksamhet är det primärt intensivvårdssjuksköterskor som arbetar som vårdenhetschefer och de utgör därför frontlinjen i arbetet med utvecklings- och förbättringsarbete av omvårdnad inom intensivvård. I sitt uppdrag på första linjen ställs vårdenhetscheferna ofta inför prioriteringsdilemman och de måste balansera mellan olika intressen. I en högteknologisk och komplex miljö såsom intensivvård är det inte alltid lätt att värna omvårdnaden, ofta förutsätts att omvårdnadsutveckling ska ske med befintliga resurser. För att stärka omvårdnadsperspektivet inom intensivvård är inblick i hur vårdenhetschefer upplever vad deras eget ledarskap betyder för omvårdnad och omvårdnadsutveckling relevant. Forskning som berör just ledarskap inom intensivvårdskontext är idag begränsad. Det är kunskap som är väsentlig för att öka intensivvårdssjuksköterskans kompetens inom området organisation och ledarskap och i förlängningen stärka omvårdnads kvaliteten inom intensivvården.

4. Syfte

Syftet med studien är att belysa ledarskapets betydelse för omvårdnad samt utveckling av omvårdnadsarbetet inom intensivvård.

Vägledande forskningsfrågor var:

Hur upplever vårdenhetschefer sin betydelse i relation till omvårdnad och omvårdnadsutveckling?

Vilka tankar har vårdenhetschefer kring omvårdnad inom intensivvård?

5. Metod

Kvalitativa intervjuer ansågs vara lämplig datainsamlingsmetod för att kunna svara på studiens syfte och studien utfördes därmed som en empirisk kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats.

5.1 Urval

I valet av informanter tillämpades ändamålsenligt urval, vilket av Polit och Beck (2017) definieras som en metod där de deltagare som förväntas bidra med mest information väljs ut.

För att inkluderas behövde potentiella deltagare vara verksamma inom rimligt geografiskt avstånd. Kontakt etablerades via mail med 11 intensivvårdsenheter, vid åtta av enheterna erhöles skriftligt tillstånd från verksamhetschef att tillfråga vårdenhetscheferna om deltagande. Av 13 tillfrågade vårdenhetschefer ville 11 delta i studien, en deltagare föll dock bort på grund av sjukdom.

Samtliga deltagare var verksamma vårdenhetschefer, utbildningsnivå skilde sig åt från kandidat- till magisternivå. En av deltagarna var inte sjuksköterska. Åldersspannet sträckte sig mellan 33 och 65 år, medelåldern var 50,8 år. Antal år som verksamhetschef varierade mellan tre till 30 år, snitt 10,55 år.

5.2 Datainsamling

Tilltänkta deltagare kontaktades initialt via mail med förfrågan om deltagande i studien, mailen följdes därefter upp genom telefonkontakt. Intervjuerna utfördes inom loppet av ett par veckor våren 2018, exakt tidpunkt för intervjuerna valdes av deltagarna. Datainsamlingen skedde genom kvalitativa djupintervjuer, de inleddes med en öppningsfråga och avhängigt deltagarens respons ställdes följdfrågor. Samtliga intervjuer inleddes med frågan *"Kan du berätta om hur du arbetar med omvårdnad här på IVA?"*. Öppningsfrågan avsåg uppmuntra till samtal och följdes upp med frågor som *"varför?"*, *"hur menar du?"* och *"berätta mer"*. Även om kvalitativa djupintervjuer är mer öppna till formen, finns ändå en tanke och frågeställning som önskas besvaras. Det innebär att intervjuaren hamnar i en maktposition, då det är denne som ställer frågorna, styr samtalet och senare även använder sig av insamlad data. Intervjuerna utfördes därför individuellt för att inte öka den maktasymmetri som en intervjusituation kan innebära (Kvale & Brinkmann, 2014).

Samtliga intervjuer utfördes vid respektive vårdenhetschefs arbetsplats och spelades in med diktafon. Intervjuerna tog mellan 21 och 38 minuter, medeltid var 29 minuter. Intervjuerna utfördes på rum som vårdenhetscheferna själva valt ut, till största del innebar det deras kontor. Samtliga deltagare slog av mobiltelefoner, vid en intervju skedde ett avbrott på cirka två minuter då en medarbetare kom in på rummet.

Inspelade intervjuer transkriberades av den som inte hade genomfört intervjun. Den första intervjun fungerade som en pilotintervju och efter handledning reviderades öppningsfrågan till att bli mer direkt. Kvale och Brinkmann (2014) menar att en öppningsfråga har både en dynamisk och en tematisk betydelse. Dynamiskt ska frågan stimulera till samtal och tematiskt ska den främja en intervju som svarar på forskningsfrågan. Efter revidering av öppningsfrågan

ansågs både dynamik och tematik vara förbättrad. Pilotintervjun inkluderades i analysen eftersom den bedömdes svara på syftet, trots revidering av öppningsfråga.

5.3 Dataanalys

Gemensamt för tolkning av data inom kvalitativ forskning är att få fram mening, manifest eller latent ur analysenheter, hur det sker varierar mellan olika metoder (Henricson & Billhult, 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Den analysmetod som användes var kvalitativ innehållsanalys såsom beskriven av Elo och Kyngäs (2008). Analysprocessen delades upp i tre delar: förberedelsefas, organiseringsfas och rapporteringsfas. Förberedelsefasen innefattade datainsamling genom djupintervjuer, transkribering av dessa samt individuell, förutsättningslös genomläsning av transkriptionerna. Syftet var att få en känsla för helheten och under den initiala genomläsningen ställdes frågorna *“Vem är det som berättar?”*, *“Var sker det?”*, *“När sker det?”*, *“Vad sker?”* och *“Varför sker det?”*. Detta för att få en förståelse för det fenomen som visades sig. Efter den initiala genomläsningen valdes att göra en manifest innehållsanalys.

Också den första delen av organiseringsfasen utfördes individuellt. Den öppna kodningen innebar att notat, överstrykningar och rubriker nedtecknades direkt i de transkriberade intervjuerna. Detta upprepades tre gånger för att försöka fånga alla aspekter i texten. Därefter gjordes en gemensam genomgång för att uppdaga om det var stora avvikelser mellan de två öppna kodningarna, vilket det inte var och allt av relevans dokumenterades i ett kodningsark i Excel. Efter kritisk diskussion abstraherades koderna till subkategorier och kategorier. Presentation av resultatet var det som utgjorde rapporteringsfasen i analysprocessen. Kontinuerligt under dataanalysen skedde även reflektion kring förståelse och subjektivitet. Genomgående under organiseringsfasen ställdes frågorna *“Vad handlar det här om?”*, *“Hur vet vi det?”* och *“Kan det handla om någonting annat?”* för att minska riskerna för övertolkning av materialet.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Enhet från transkription	Kodning	Subkategori	Kategori
<i>“...vi har anställt en klinisk lektor på 20 %. Det är en bit på vägen. Men jag vill ju gärna att vi ska ha sjuksköterskor som disputerar och utvecklar omvårdnaden.”</i> IP 1	Att sträva efter förankring i omvårdnadsforskning	Prioritera omvårdnad	RIKTNING
<i>“// just detta att patienten är i centrum. Allt annat kommer sen. Hinner du inte dokumentera, skit i det. Vi gör patienten först och så gör vi det andra sen.”</i> IP 8	Att sätta patienten i centrum		
<i>“Det har ju med säkerhet att göra, patientsäkerhet är ju ett jättestort område som...som vi får vara väldigt aktiva...och där får man driva som chef.”</i> IP 9	Att aktivt arbeta med patientsäkerhet		
<i>“... och vi försöker alltid vad vi än tänker liksom om vi inför något nytt och så, så tänker vi alltid in omvårdnad i det //”</i> IP 10	Att värna omvårdnadsperspektivet		

5.4 Forskningsetiska överväganden

Beauchamp (2013) har formulerat en modell för etisk riskanalys, vilken bygger på de vårdetiska principerna att göra gott, att inte skada, att respektera autonomi och att göra rätt. Utifrån den modellen bedömdes att studien inte äventyrade någon vårdetisk princip. Dock diskuterades vissa frågor noggrant inför och under arbetet med studien.

Då studien var geografiskt avgränsad fanns en risk att deltagarna kunde uppleva sin integritet som hotad. För att värna det oidentifierades och kodades varje transkriberad intervju, inspelningarna raderades efter färdig transkription. Transkriberade intervjuer och anteckningar från intervjuerna förvarades oåtkomligt för obehöriga. I enlighet med 16§ och 17§ i Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460) fick deltagarna information om studien via en forskningspersoninformation (Bilaga 1). I den framgick att de själva valde om de önskade delta och att de kunde avbryta deltagandet när som helst. Utifrån Göteborgs Universitets riktlinjer inhämtades skriftligt godkännande av verksamhetschef och deltagarna gav därefter sitt muntliga samtycke till att delta i studien.

5.5 Förförståelse

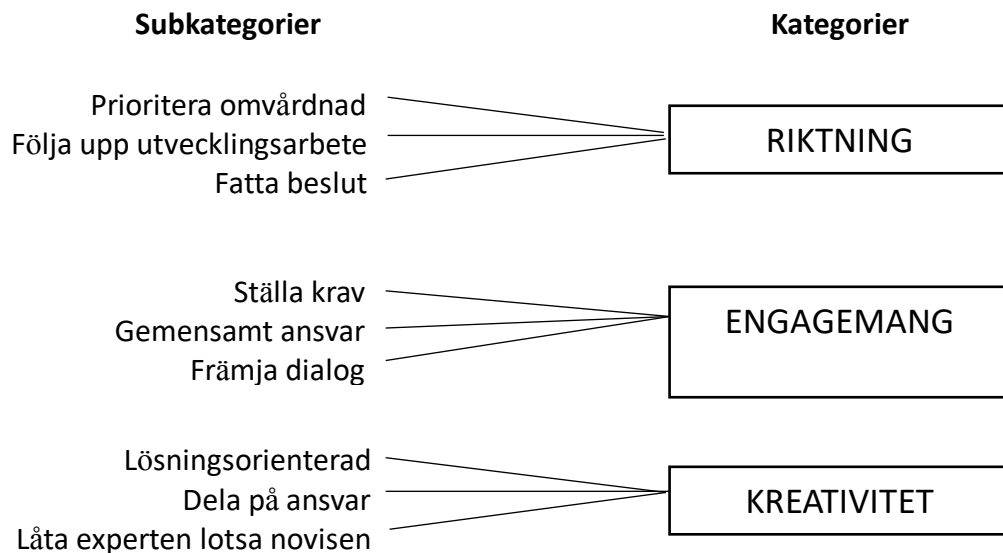
Nedtecknande av förförståelse skedde i förbindelse med förarbetet inför studien, det dokumentet lästes igenom återkommande. Syftet var att anta ett reflekterande förhållningssätt genom hela arbetet och genom att dokumentera utgångspunkten i förhållande till den egna förförståelsen uppmärksammades egna hållningar och erfarenheter. Inom kvalitativ forskning är det av stor vikt att hantera sin förförståelse för att säkra studiens trovärdighet, dock är individens förförståelse sammanlänkad med dess livsvärld och därmed är det ofrånkomligt att det präglar tolkningar och uppfattningar (Persson & Sundin, 2017). Norberg och Fagerberg (2017) beskriver att förförståelse är nödvändig för att faktiskt förstå omvärlden och därmed även en analysenhet såsom intervjutranskriptioner. Ur ett livsvärldsteoretiskt perspektiv är förförståelsen en del av hur människan upplever världen och det är inget som kan väljas bort, men dock måste reflektion kring förförståelse och försök att hantera den göras. Norberg och Fagerberg menar vidare att ett sätt att hantera förförståelse, förutom att vara medveten om den, är att utveckla den. I studien har förförståelsen hanterats genom att granska, diskutera och reflektera kontinuerligt under arbetets gång. Frågor som ställdes innan och under arbetet med studien för att dels förstå, men även tygla förförståelse var *“Vad vet vi redan om fenomenet?”*, *“Vad är våra erfarenheter av fenomenet”* samt *“Vad är det vi vill få veta?”*.

6. Resultat

Flertalet aspekter som belyser chefskapets betydelse för omvårdnad samt utveckling av omvårdnadsarbete visade sig. Ur dataanalysen framkom nio subkategorier och tre kategorier (Figur 1). De tre kategorierna är: Riktning, Engagemang och Kreativitet. Totalt inkluderades 226 öppna koder, vilka kondenserades till 81 koder. Därpå formades de nio subkategorierna,

dels för att minska antalet koder men framför allt för att tydligare beskriva och förstå fenomenet utifrån studiens syfte. Sedermera abstraherades subkategorierna till tre kategorier.

Figur 1.



6.1 Riktning

Vårdenhetscheferna är både chefer och ledare. I egenskap av det framkommer i intervjuerna att de anser sig ansvara för att sätta den strategiska, men även visionära tonen på sina respektive enheter. De ger uttryck för en önskan att förstärka den omvårdnadsvetenskapliga forskningen inom kliniken och att sträva efter att betrakta praxis ur ett omvårdnadsperspektiv. Vårdenhetscheferna önskar en starkare sjuksköterskeprofession och ser vägen dit genom att sammanföra teori och praktik. Idén om en starkare profession verkar bottna i en övertygelse om att det omvårdnadsvetenskapliga, och därmed sjuksköterskans perspektiv, inom intensivvård är en förutsättning för att bedriva och utveckla omvårdnad.

6.1.1 Prioritera omvårdnad

Att sätta patienten i centrum och arbeta med värdegrund är återkommande under intervjuerna. Flera lyfter familjecentrerad och personcentrerad vård som arbetssätt som adapterats till verksamheterna. Vikten av att värna ett omvårdnadsfokus som vårdenhetschef och att sätta omvårdnad högt på dagordningen anses som viktiga faktorer för att motivera medarbetarna till att utföra omvårdnad av hög kvalitet samt att driva omvårdnadsutvecklingen framåt. Patientsäkerhet är en del av detta och vårdenhetscheferna försöker ligga i framkant gällande det genom att vara aktiva i sin ledarroll. De använder sig av både patientperspektiv och personalperspektiv när förändrings- och förbättringsarbete planeras genomföras. Detta för att medarbetarna ska kunna fokusera på omvårdnaden och hålla patient och närstående i centrum.

“Men vi jobbar ju mycket med våran värdegrund och patienten i centrum och omvårdnaden innebär ju liksom all omvårdnad som patienten behöver...” IP 10

Det framkommer också en önskan om fler disputerade intensivvårdssjuksköterskor vid enheterna för att facilitera mer omvårdnadsforskning. På så vis anses omvårdnadskvaliteten förbättras i förlängningen. Det upplevs svårt att rekrytera disputerade sjuksköterskor till klinikerna, men vårdenhetscheferna försöker också på andra vis stimulera forskning. Flera framhåller också vikten av att kontinuerligt presentera uppsatser av intensivvårdsstudenter. En vårdenhetschef lyfter önskan om att mer uttalat få arbeta utifrån en omvårdnadsteori. Generellt yttrar sig en stark tro på att den specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskan är viktig och att hens kompetens är nödvändig för att se helheten kring patienten. Det finns en övertygelse om att sjuksköterskor som omvårdnadsexperter måste finnas i alla led och på alla nivåer inom hälso- och sjukvård för att omvårdnadskvaliteten ska vara hög samt att utveckling av den ska prioriteras.

“Men jag vill ju gärna att vi ska ha sjuksköterskor som disputerar och utvecklar omvårdnaden.” IP 1

6.1.2 Följa upp utvecklingsarbete

Vårdenhetscheferna menar att de kontinuerligt följer upp arbetet med omvårdnadsutveckling, syftet är dels att säkerställa att medarbetarna förvaltar den tid de får till detta men även att utvecklingen är på rätt väg. Uppföljningen sker till stor del via mätningar, avvikelser och riskbedömningar, dessa utvärderas och analyseras och vårdenhetscheferna är noga med att sörja för att informationen når tillbaka till medarbetarna. Medarbetarna upplevs bli mer motiverade till att dels bibehålla implementerade förändringar men även fortsätta med vidareutveckling om de får återkoppling. Det framkommer också en farhåga för att mäta för mycket, att det inte alltid verkar som att det som mäts är det som verkligen efterfrågas. Vårdenhetscheferna menar då att en del av deras uppdrag blir att sovra bland de utvecklingsinitiativ som tas och vad som ska registreras eller mätas. Detta för att inte mäta enbart för mätandets skull och de identifierar en brist på mätvärden som är lämpliga variabler för omvårdnad.

“... på vägen där någonstans har vi liksom litegrann gett upp det här med att hitta mätvärden som mäter det vi vill mäta.” IP 8

6.1.3 Fatta beslut

Flera vårdenhetschefer talar om att leda sina medarbetare åt samma håll, att peka ut färdriktningen. Det innebär ibland att peka med hela handen och att fatta mindre nöjsamma beslut. Dock menar vårdenhetscheferna att det sällan handlar om att försöka styra den enskilda medarbetaren, utan mer om att fatta beslut som styr klimatet på avdelningen. Ambitionen är att medarbetarna ska få en trygg arbetsmiljö där de vet vad som gäller och vad som förväntas av

dem. Beslutfattandet kompletteras med lyhördhet för sina medarbetare. Lyhördheten benämner flera vårdenhetschefer som stöd, respekt och ödmjukhet och det anses både underlätta situationer där cheferna behövde tillrättavisa eller ge kritik, men även öka sannolikheten för att medarbetarna stannar på avdelningen över tid.

” För att medarbetarna ska lyckas ge en god omvårdnad och skapa det här så måste jag se till att det finns rätt kompetens, bra arbetsmiljö och att de får det stöd de behöver.” IP 1 “

6.2 Engagemang

Vårdenhetscheferna upplever att de har två olika fokus, det ena är omvårdnadsarbetet som rör patienten och det andra är omvårdnad av sina medarbetare. Det senare kräver vårdenhetschefernas huvudfokus, då det är medarbetarna som i förlängningen är de som praktiskt vårdar patienterna. En välmående personalgrupp ger således ringar på vattnet i form av hög omvårdnads kvalitet. Vikten av att skapa förutsättningar för att bedriva god omvårdnad och vara lyhörd gentemot medarbetarna framkommer som en grundläggande idé. Genom att sörja för en trygg, sund och stimulerande arbetsmiljö guidas medarbetarna till att vara skickliga specialistsjuksköterskor och det är därmed nyckeln till god omvårdnad och omvårdnadsutveckling. För att uppnå detta krävs engagemang från vårdenhetscheferna och det yttrar sig som en stark tro på sina medarbetares kapacitet, både i förhållande till nuvarande kompetens men även att de har förmågan att tillskansa sig än mer kunskap.

6.2.1 Ställa krav

Vårdenhetscheferna strävar efter att ge medarbetarna möjlighet till att utveckla och förbättra omvårdnaden genom att tillhandahålla intern fortbildning, men även tillrättalägga för vidare studier. Cheferna försöker identifiera kunskapsbehov och anpassa fortbildningen därefter.

“Jag arbetar ju inte personligen med omvårdnaden // men jag försöker göra mina medarbetare skickliga i omvårdnaden.” IP 5

Vårdenhetscheferna upplever att de genom att erbjuda utvecklingsmöjligheter och fortbildning kan ställa krav på sina medarbetares omvårdnadskompetens. Medarbetarna förväntas att hålla sig ajour med ny information och forskning inom omvårdnadsområdet och ett vanligt arbetssätt är att ha ansvarsgrupper på avdelningarna. Dessa grupper har olika fokusområden och syftet är att de ska utveckla omvårdnaden. Administrativ tid avsätts för att medarbetarna ska hinna med och få ro till att arbeta i grupperna. Vårdenhetscheferna fungerar som en trygg punkt i ansvarsgrupperna och kommer in med idéer och förslag. De tydliggör även praktiska och ekonomiska förutsättningar och hjälper till med uppföljning. Med hjälp av ansvarsgrupperna kan nya arbetssätt implementeras.

“Vi jobbar mycket utifrån ansvarsgrupper på avdelningen // det är ju ansvarsgruppen som implementerar till gruppen. Mycket information, möten, föreläsningar som det då föregås av och sen får man bara följa upp.” IP 5

6.2.2 Gemensamt ansvar

Flera vårdenhetschefer betonar vikten av att tillsammans med medarbetarna arbeta mot gemensamma mål för omvårdnadsutveckling. De strävar efter att alltid förankra nya arbetsätt eller förbättringsinsatser hos sina medarbetare, detta eftersom det i slutändan är medarbetarna som praktiskt genomför förändringen. Genom att ge fria händer, uppmuntra till delaktighet och att använda sig av sina medarbetares idéer inkluderas medarbetarna i utvecklingsarbetet. Flera vårdenhetschefer vill lyfta sina medarbetares potential och det yttrar sig som ömsesidig tillit där cheferna har förtroende till sina medarbetares kompetens och medarbetarna i sin tur upplever att deras kompetens tas tillvara på.

“// jag uppmuntrar ju medarbetarna till att vara delaktiga och komma med nyheter. Är du iväg på utbildning eller konferens - ta då med dig det som är nytt och verkar bra.” IP 5

Att engagera sig i den dagliga vården innebär att vårdenhetscheferna underlättar i den dagliga omvårdnaden genom punktinsatser. Det tjänar ett dubbelt syfte, då vårdenhetscheferna dels kan bibehålla en tillitsfull relation med medarbetarna men även få inblick i omvårdnadsarbetet. Flera vårdenhetschefer poängterar att de alltid byter om till arbetskläder för att vara närvarande och lyhörda. Det yttrar sig genom att vårdenhetscheferna är synliga på golvet, går rundor på avdelningen och på så vis både ser, frågar och lyssnar till sina medarbetare. Flera vårdenhetschefer lyfter även vikten av att ha en öppen dörr och vara tillgängliga. De upplever att närvaron bygger gemenskap och trygghet.

“För då kan jag naturligt gå och prata med personalen under deras arbetspass. Jag kan se dem när de jobbar, jag kan höra när jag sitter i fikarummet ihop med dem // Vad behöver jag ta till mig //” IP 3

6.2.3 Främja dialog

Samtliga vårdenhetschefer anser att en viktig del i deras arbete med omvårdnadsutveckling är att främja dialog såväl inom sjuksköterskeprofession som mellan olika professioner. Beroende på vilken professionell hemvist en medarbetare har fokuseras vården av patienten på olika sätt. I en högteknologisk kontext som intensivvård anser vårdenhetscheferna att de är ansvariga för att stärka omvårdnadsperspektivet och finna en balans mellan omvårdnad och medicin. Teamarbetet anses spela en stor roll i omvårdnadsutvecklingen och ibland måste vårdenhetscheferna medla både mellan professioner och hålla en extern dialog med andra vårdgivare. Många av vårdenhetscheferna arbetar med olika träffpunkter och mötesformer för att erbjuda forum för dialog kring omvårdnad för medarbetarna. Där kan diskussioner kring

förbättringsarbeten eller frågeställningar ske och i dessa sammanhang antar vårdenhetscheferna en stöttande roll för att medarbetarna ska känna lust till att driva omvårdnaden framåt.

“// de olika professionerna kommer ju närmare varandra och har bättre förståelse, för det kan man ju se att har man inte dialogen så tycker ju sjuksköterskan en sak och undersköterskan en sak och den medicinska läkaren en sak // ” IP 3

6.3 Kreativitet

För att få medarbetarna att må bra, trivas på avdelningen, vara delaktiga i omvårdnadsutveckling och samtidigt tillmötesgå de direktiv och krav som kommer från högre ort urskiljs ett visst mått kreativitet hos samtliga vårdenhetschefer. Det visar sig framför allt genom pusslande med personalresurser, där varje medarbetare är viktig och dennes kompetens samt aktuella mående formar bemanningsplaneringen. Vårdenhetscheferna arbetar även aktivt med att fördela ansvar och delegera uppgifter till andra för att frigöra tid. Kreativiteten vittnar om en följsamhet gentemot dels rådande praktiska förutsättningar, men även medarbetarnas förmåga. Genom kreativt tänkande och alternativa lösningar förenar vårdenhetscheferna teorin med praxis.

6.3.1 Lösningorienterad

I intervjuerna framkommer att det är vårdenhetschefens ansvar att se till att det finns medarbetare med rätt kompetens som kan utföra det uppdrag som blivit tilldelat avdelningen. Inom givna ekonomiska ramar ska de genomföra beslut som kommer uppifrån. Det innebär dels att vårdenhetscheferna försöker att tolka och forma besluten så att de kan implementeras i den egna verksamheten. För att lyckas med det fokuserar flera av vårdenhetscheferna mycket på att hushålla med och använda befintliga resurser klokt. Detta tangerar även rekryteringsuppdraget som vilar på vårdenhetscheferna, de strävar efter att rekrytera dels personer med riktig kompetens men lägger även stor vikt vid att det är personer som kan förväntas passa bra i arbetsgruppen och därmed stanna kvar över tid.

“Vi har ett uppdrag, vi ska bemanna denna avdelningen // och det är mitt ansvar att se till att det finns personal.” IP 6

Vid implementering av nya arbetssätt försöker vårdenhetscheferna avlasta sina medarbetare. Det handlar dels om att sondera terrängen och finna lösningar, men även att strukturera upp förändringsarbetet. Flera vårdenhetschefer poängterar att det är viktigt att inte rusa in i förändring eftersom det är en process som tar tid och måste så göra för att alla medarbetare ska vara med.

För att kunna utveckla omvårdnaden poängterar vårdenhetscheferna vikten av att inneha mandat uppifrån. De beskriver en känsla av att vara mitt emellan då politiska beslut ibland kan

bromsa omvårdnadsutvecklingen. För att hantera kluvenheten i det önskar flera vårdenhetschefer att operativa och strategiska beslut i större utsträckning ska fattas närmare kärnverksamheten.

“Ja, man är hamburgaren med brödet // man är mitt emellan.” IP 7

6.3.2 Delat ansvar

Ett ökande antal administrativa uppgifter upplevs hindra arbetet med omvårdnad och omvårdnadsutveckling. I kombination med ett större ekonomiskt ansvar ger vårdenhetscheferna uttryck för att tid som tidigare lades ute i verksamheten och direkt på omvårdnadsutveckling, nu istället läggs vid datorn. Därur framträder en upplevelse av att det inte längre är möjligt att arbeta direkt med omvårdnaden, vilket underminerar omvårdnadsfokus och därmed försvagar omvårdnads kvaliteten. För att hantera detta arbetade flera avdelningar med delat ledarskap. Samtliga vårdenhetschefer som delade ledarskapet är nöjda med upplägget och menar att det frigör tid som kan läggas på kärnverksamheten och omvårdnaden. Det krävs dock ett gott samarbete mellan cheferna för att konceptet ska vara gynnsamt. Utöver delat ledarskap finns andra funktioner som avlastar vårdenhetscheferna, däribland återfinns administrativt chefsstöd och sektionsledare. Sektionsledarna har ingen officiell chefsbefattning men kan arbeta mer operativt och följa upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Sektionsledarna rapporterar sedan vidare till vårdenhetscheferna, vilka då får information som de annars inte hinner tillskansa sig.

“Och det är också ett verktyg! // Just för att ha omvårdnad kring personalen och hinna med.// Så som chef så är det, ja jätteskönt med delat ledarskap.” IP 3

6.3.3 Låta experten lotsa novisen

För att medarbetarna ska bidra på ett för verksamheten klokt vis, samtidigt som vårdenhetscheferna försöker göra arbetsmiljön så trygg som möjligt, är ambitionen att erfaren personal ska vägleda ny personal. Det bottnar i att sjuksköterskeprofessionen ses som ett lärlingsyrke av vårdenhetscheferna och det krävs tid och stöd för att bli självständig. Vårdenhetscheferna påpekar även att för den nytexaminerade intensivvårdssjuksköterskan är specialiseringen en typ av omstart och även om hen har erfarenhet från andra vårdssammanhang är intensivvården ett helt nytt och väsensskilt område.

På vissa avdelningar är expertfunktionen uttalad och har benämningar såsom mentorssjuksköterska eller bryggsyster. Det är medarbetare med lång klinisk erfarenhet som har en ambulering funktion. Deras fokus är dels att stödja i den dagliga omvårdnaden, men även att hjälpa till med omvårdnadsutveckling. De kan även avlasta i svåra situationer. Vårdenhetscheferna får genom dem god inblick i omvårdnaden, indikation om medarbetarnas kompetensnivå samt kan bli uppmärksammade på om någon av medarbetarna har behov för extra stöd.

“Kontakten med mentorsjuksköterskorna // där är målet en dialog. Att de kanske identifierar ett utbildningsbehov. Deras uppgift är att finnas till hands för personalen i utbildning hos patienten.” IP 6

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Kvalitativ forskning strävar efter att studera fenomen så som de erfars av de personer som upplever dem (Henricson & Billhult, 2017). Studiens syfte har besvarats och metodvalet bedöms således vara lämpligt utifrån det. Kvalitativ metod rimmar även väl med det livsvärldsteoretiska perspektivet. Todres et al. 2006 beskriver hur konceptet livsvärldsledd hälso- och sjukvård ur ett metodologiskt perspektiv försöker finna det språk som berättar om det mänskliga, tar avstamp i den enskilda människan för att förstå fenomen samt att inte söka efter absolut sanning utan snarare belysa olika möjliga sanningar och aspekter. Det lyfts även av Dahlberg (2014, s.38) som anser att livsvärldsteori möjliggör att “hälsa och vårdande problematiseras, belyses, beskrivs, förklaras och förstås.”.

Urval kan göras slumpmässigt eller efter lämplighet, men i kvalitativ kontext som den här är lämplighetsurval att föredra. Det är ett effektivt sätt att inkludera deltagare som kan generera bästa möjliga data (Polit & Beck, 2017). Chefstrukturer varierar mellan olika sjukhus och ibland var chefsnivåerna inom enheterna flera, för att säkra att deltagarna befann sig på likvärdig chefsnivå ombads verksamhetscheferna förtydliga sin chefsstruktur. Trots detta kunde vissa skillnader ses framför allt mellan mindre intensivvårdsenheter och större. Eftersom antalet vårdenhetschefer är begränsat valdes att inte illustrera deltagarnas demografiska data i studien, det bedömdes riskera konfidentialiteten. Just konfidentialitet är central inom all forskning, och handlar både om att förvara känslig data på ett säkert sätt men även att som nämnt inte göra det möjligt att i studien spåra enskilda personers åsikter eller tankar (Sandman & Kjellström, 2013).

Forskningsintervjun är att betrakta som ett hantverk, det tar tid och övning att lära sig behärska (Kvale & Brinkmann, 2014). Samtidigt framhåller Kvale och Brinkmann det sätt som ger övning och i förlängningen färdighet är att intervjua mycket. Till viss del kan förberedande instudering göras, men det är i mötet och samtalet som intervjuaren verkligen får möjlighet att träna (Kvale & Brinkmann, 2014). Initialt var det därmed svårt att utföra intervjuer på ett följsamt vis och även att få forskningsfrågor besvarade. Det är något som visat sig under aktuell studie, framför allt genom att den öppningsfråga som ställdes under intervjuerna inte helt upplevdes ge svar på forskningsfrågan. Till viss del har den gjort det, i synnerhet efter korrigerig efter genomförd pilotintervju. Med något längre tidshorisont antagligen öppningsfrågan hade kunnat formats ännu mer. Att tiden för att genomföra en studie påverkar metodvalet och metodologiska beslut påpekas också av Dahlberg (2014), som även menar att det är ofrånkomligt och bara måste hanteras.

Eftersom lokal för intervjuerna valdes och tillhandahölls av deltagarna var det inte möjligt att forma det fysiska rummets komposition eller placering i rummet. Det är faktorer som inverkar på det mellanmänniska mötet och den intervju som äger rum (Henricson & Billhult, 2017; Kvale & Brinkmann, 2014). Dock var den enda möjligheten att få möta deltagarna med kort varsel att det skedde vid deras arbetsplats. Det är även möjligt att deltagarna upplevde en trygghet i att befinna sig i kända omgivningar.

Att kvalitativ innehållsanalys som beskriven av Elo och Kyngäs (2008) valdes berodde på att så många aspekter och nyanser som möjligt skulle kunna fångas upp i analysenheterna. Dock uppstod vissa svårigheter efter den öppna kodningsfasen. Eftersom både större enheter från analysenheterna valts ut liksom rubriker och kortare notat upplevdes kodningen i vissa fall tangeras alltför mycket på den sista abstraherande delen av organiseringsfasen. Det var heller inte görbart att gå direkt från öppen kodning till subkategorisering, eftersom mängden utvalda enheter och rubriker från analysenheterna var stor. Sedermera föll dock detta på plats efter en extra kodningsrunda. Elo och Kyngäs (2008) menar att kvalitativ innehållsanalys blir så avancerad och omfattande som forskare väljer att göra den. Det innebär att metoden är relativt fri till sin form och det har varit passande med bakgrund av den tid som fanns avsatt till studien. Tidsaspekten påverkade även beslutet att transkribera varandras intervjuer, detta för att effektivisera dataanalysen där det var möjligt. Avsikten var att den som inte utfört intervjun fick en första förnimmelse om vad som hade utspelat sig, vilket den som intervjuat redan hade.

De begrepp som säkrar kvalitativa studiers tillförlitlighet är återkommande i litteraturen, dock är översättningarna något varierande och vissa begrepp har dubbel innebörd (Elo et al., 2014; Polit & Beck, 2017). Elo et al. (2014) har tagit fram en checklista för att kontrollera tillförlitlighet vid kvalitativ innehållsanalys. De menar att trovärdighet (credibility), pålitlighet (dependability), bekräftelsebarhet (conformability), överförbarhet (transferability) och autenticitet (authenticity) tillsammans utgör en studies tillförlitlighet (trustworthiness). Polit och Beck (2017) definierar tillförlitlighet på samma sätt och förklarar det som att det är det säkerhetsvärde studien bedöms ha och bedömningen sker utifrån nämnda begrepp. Trovärdigheten innebär att studiens deltagare ska beskrivas på ett riktigt sätt, i aktuell studie är endast demografiska data beskrivna i korthet för att värna konfidentialiteten. Huruvida data är stabil över tid och kan stå för sig självt i olika kontext utgör studiens pålitlighet. Bekräftelsebarhet stärks om två eller flera forskare tolkar datainnehållet på samma vis, det är i aktuell studie säkrat genom en upprepade dataanalys. Genom att studiens metod är beskriven i detalj är det antagligen möjligt att flytta fynden till andra kontext och på så vis är överförbarheten stärkt. Autenticiteten framkommer i resultatbeskrivningen, där flertalet aspekter blir synliga.

7.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkom olika aspekter vilka belyser hur ledarskapet på intensivvårdsenheter har betydelse för omvårdnad och omvårdnadsutveckling. Det var dels konkreta åtgärder och arbetssätt som direkt syftade till att stärka och förbättra omvårdnaden, men det var även mer abstrakta förhållningssätt vilka formade en miljö som främjade detsamma. För att ge medarbetarna riktning och visioner satte vårdenhetscheferna omvårdnad och omvårdnadsvetenskap högt på dagordningen. De följde upp utvecklingsarbete kontinuerligt och både förväntade sig av medarbetarna att bidra i det arbetet, liksom vårdenhetscheferna även erbjöd olika former av kompetensutveckling. För att praktiskt möjliggöra att hålla hög omvårdnads kvalitet samt att utveckla omvårdnaden försökte vårdenhetscheferna på olika sätt finna lösningar som framför allt frigjorde tid. Nedan diskuteras flera av de aspekter som uppenbarade sig under analysprocessen.

7.2.1 Riktning – behovet av omvårdnadsexperten i chefsposition

Omvårdnad och omvårdnadsutveckling betraktades som viktiga kärnvärden av vårdenhetscheferna. De värnade omvårdnadsperspektivet och såg det som sitt ansvar att leda med omvårdnad som fundament. Att det omvårdnadsvetenskapliga perspektivet är viktigt och berikar hälso- och sjukvården stärks av det faktum att hög sjukskötersketäthet och omvårdnadskompetens sänker vårdkostnader samt minskar patientlidande (Aiken et al., 2002; Lankshear et al., 2005; Needleman et al., 2002). Som beskrivet tidigare förväntas idag omvårdnaden vara evidensbaserad och det är även evidensbaserad som i stor utsträckning är incitament till omvårdnadsutveckling (Johansson & Wallin, 2013; Willman et al., 2016). Problematiken kring evidensbaserad omvårdnad lyfts i litteraturen och det var även något vårdenhetscheferna poängterade (Dahlberg & Segesten, 2010). Eftersom evidensbaserad vård rangerar kunskapsformers värde finns risk för att omvårdnadsvetenskaplig forskning anses vara svagare än exempelvis medicinsk forskning och därmed nedprioriteras (Dahlberg & Segesten, 2010; O'Halloran, Porter, & Blackwood, 2010). Det bör dock inte ses som en maktkamp där ett perspektiv ska vinna, utan det handlar mer om att erkänna symbiosen mellan det mätbara och det som är mellan siffrorna (Dahlberg & Segesten, 2010). Todres et al. (2006, s.55) lyfter risken med att mäta och kvantifiera bara för mätandets skull och refererar till Husserl som menade att det handlar om att se bakom siffrorna - "Två vad? Tre vad?". Att vårdenhetscheferna uttryckte försiktighet och viss skepsis gentemot att registrera och mäta i stor utsträckning kan därför ses som ett sunt förhållningssätt. O'Halloran et al. publicerade år 2010 en artikel som bemöter den kritik som finns gentemot evidensbaserad vård samt diskuterar hur vårdenhetschefer kan förhålla sig till det. O'Halloran et al. når slutsatsen att vårdenhetschefer rimligen inte bör överge den evidensbaserade vården, men de bör heller inte helt okritiskt adaptera den. Vårdenhetschefernas agerande som dörrvakter på sina respektive enheter, där de såg till att det som mättes var relevant samt att de nya arbetssätt som implementerades var rimliga, stöds därmed av O'Halloran et al. (2010). Den tid som avsätts till

omvårdnadsutveckling tas till viss del från tiden med patienten och därför är det viktigt att nogsamt väga dessa intressen mot varandra (Gerrish, McDonnell, Nolan, Guillaume, Kirshbaum, & Tod, 2011; Johansson, Fogelberg-Dahm, & Wadensten, 2010; O'Halloran et al., 2010; Solomons & Spross, 2011). Mätandet tangerar en annan problematik och det är att det inom det omvårdnadsvetenskapliga fältet råder en saknad av lämpliga variabler som kan mäta omvårdnad. Det beror till stor del på att det ur ett omvårdnadsperspektiv inte alltid är relevant att mäta effekt, utan kanske är det mer upplevelser och känslor som önskas belysas (Lunden et al., 2017; O'Halloran et al., 2010). Det ger ytterligare en aspekt att väga in för vårdenhetscheferna när de arbetar med omvårdnadsutveckling, men även starkare argument för att framhärda behovet av omvårdnadsforskning så att variabler kan tas fram.

Johansson et al. (2010) genomförde en enkätstudie, besvarad av 99 vårdenhetschefer vid två olika sjukhus, som visar att ju längre erfarenhet vårdenhetscheferna har, desto mer troligt är det att de nyttjar forskningsresultat samt forskningsmöjligheter. Det påvisas också att stödet från vårdenhetschefer får från sina överordnade är grundläggande för att de ska förmå att implementera forskning och evidensbaserad vård i kliniken. Just betydelsen av organisationens kultur är återkommande som ett hinder för att arbeta med både omvårdnadsutveckling och evidensbaserad vård (Fleischer, Semenic, Ritchie, Richer, & Denis, 2016; Gerrish et al., 2011; Johansson et al., 2010; Solomons & Spross, 2011). Det bedöms vara ett strategiskt hinder som måste bemötas för att få framåttrörelse (Solomons & Spross, 2011). Utöver organisationskultur lyfts även tidsbrist och brist på befogenhet som faktorer som bromsar vårdenhetschefer att utveckla omvårdnaden (Johansson et al., 2010; Solomons & Spross, 2011).

För att möta dessa försvårande omständigheter och för att omvårdnaden ska hamna högt på agendan finns behov för att sjuksköterskeprofessionen representeras i alla de rum där strategiska och operativa beslut kring hälso- och sjukvård fattas (Grant, Colello, Riehle, & Dende, 2010; Svensk Sjuksköterskeförening, 2015). Ur ett intensivvårdsperspektiv krävs det att intensivvårdssjuksköterskor finns representerade, detta för att de som har mest kompetens inom ett område också har förmågan att föra talan (Svensk Sjuksköterskeförening, 2015). Under tidigt 80-tal i USA utfördes studier som undersökte vad som gjorde att vissa sjukhus, till skillnad från andra, håller hög vårdkvalitet, har lätt att rekrytera sjuksköterskor samt kan behålla sin sjuksköterskebemanning över tid (Kramer & Schmalenberg, 2005). Det identifierades 14 faktorer som kallas magneter, vilka anses attrahera sjuksköterskor att välja specifika sjukhus. Utifrån de 14 faktorerna utvecklades "Magnetmodellen" och sjukhus som uppfyllde samtliga faktorer benämndes "Magnetsjukhus". Magnetmodellens faktorer har lagt grunden till en områdesmodell, vilken består av områdena: transformativt ledarskap; strukturellt bemyndigande av sjuksköterskor; föredömligt yrkesutövande; ny kunskap, innovationer och förbättringar (Grant et al., 2010; Kramer & Schmalenberg, 2005). Ledarskapet och det officiella chefskapet är ett genomgående tema i Magnetmodellen. Vikten av att det på samtliga chefsnivåer behövs sjuksköterskor som bidrar med omvårdnadsexpertis betonas (Grant et al., 2010; Svensk Sjuksköterskeförening, 2015). Magnetmodellen rangordnar inte olika chefsnivåer eller varianter av ledarskap, utan visar på att omvårdnadsfokus behöver genomsyra hela

organisationsstrukturen för att omvårdnads kvaliteten ska vara hög. Det är troligt att ett införande av Magnetmodellen i svensk hälso- och sjukvård skulle kunna generera fler sjuksköterskor på chefspositioner och därmed strategiskt påverka framtidens hälso- och sjukvård. Det finns kritiska röster mot Magnetmodellen som menar att det endast är ytterligare en effektiviseringsmodell i linje med New Public Management (Eldh & Ryd, 2018, 13 januari). Dock är inte grundsyftet med Magnetmodellen att effektivisera och mäta, utan Magnetmodellen syftar till att sjuksköterskeprofessionen och omvårdnadsperspektivet ska höras och påverka framtidens hälso- och sjukvård (Grant et al., 2010; Kramer & Schmalenberg, 2005).

7.2.2 Engagemang – en omvårdande organisation

Att skapa en miljö som gav goda förutsättningar för medarbetarna att både bedriva omvårdnad och utveckla den var en stor del av ledarskapet. Det framkom olika strategier och verktyg för att nå dit och ett transformativt ledarskap visade sig, vilken ligger i linje med den forskning som tidigare presenterats (Fransson Sellgren, 2014; Manning, 2016; Sorensen et al., 2008). Vårdenhetscheferna hade en syn på sina medarbetare som värdefulla människor, vilkas mående och intressen de ville värna. I en konceptuell artikel om ledarskap inom omvårdnad belyser Turkel (2014) att det moderna transformativa ledarskapet inkluderar att erkänna och se sina medarbetare, skapa tillit, föra dialog, ge tid till reflektion och att satsa på utvecklingsarbete. Turkel menar att det transformativa ledarskapet därmed är lämpligt att förena med omvårdnadsvetenskapen och att det är viktigt att vårdenhetschefer skapar en klinisk miljö som är förenlig med omvårdnadens värderingar. Det transformativa ledarskapet knyter an till Magnetmodellens områdesmodell där transformativt ledarskap är ett fundament och en förutsättning för att bedriva god och säker omvårdnad (Grant et al., 2010; Kramer & Schmalenberg, 2005).

I en klinisk miljö som värnar omvårdnad är medarbetarnas egna och gemensamma kompetensutveckling central. Samtliga vårdenhetschefer erbjöd både fortbildning och inkluderade sina medarbetare i omvårdnadsutvecklingen. Det fanns både ett erbjudande och ett krav om delaktighet. Att ledningen ansvarar för att uppmuntra till kompetensutveckling är grundläggande, men för att det ska vara hållbart och långsiktigt måste även medarbetarna inta en proaktiv roll i sitt professionella lärande (Bahn, 2007). Beal, Riley och Lancaster (2008) argumenterar för att sannolikheten för att medarbetarna antar just den proaktiva rollen blir större om den kliniska arbetsmiljön är trygg och hälsosam. Samtidigt som Beal et al. (2008) även stöder Bahn (2007) i resonemanget om att omvårdnadsutveckling är ett ömsesidigt arbete.

Vårdenhetschefernas sätt att arbeta med och se sina medarbetare liknar i stor utsträckning begreppet caritativt ledarskap som Bondas (2003) introducerat. Bondas menar att caritativt ledarskap balanserar mellan administration och omvårdnad och på så vis skapas gynnsamma förutsättningar till att ge god omvårdnad. Chefer ska genom caritativt ledarskap arbeta för att forma en omvårdande organisation. Det görs genom att medarbetarna blir sedda och hörda, samt att lyfta de värden som inte alla gånger är mätbara. Sammantaget ska detta verka som ett

förenande kitt som hjälper organisationen och dess medarbetare att fokusera på det mest centrala - patienten.

7.2.3 Kreativitet – konsten att prioritera

Att flera imperativ styr dagens offentliga hälso- och sjukvård är ett faktum (Carlström, 2009; Rosengren, 2014; Thylefors, 2016). Att dessa imperativ utmanar vårdenhetscheferna vad det gäller prioritering av tid och pengar framkommer i resultatet. De ekonomiska och politiska perspektiven upplevs många gånger konkurrera ut omvårdnaden. Carlström (2009) beskriver hur den terminologi som används inom välfärdssektorn idag bär tydliga spår från industrin och ekonomin, det talas bland annat om humankapital och produktionsflöde. Det är svårt att veta säkert hur eller om nomenklaturen påverkar omvårdnadens position i praxis, men det är inte alltför långsökt att ana det. Stewart, Holmes och Usher (2012) beskriver hur administration och ekonomi har en mycket stark ställning i människors liv generellt och att det även speglas i sammanhang såsom hälso- och sjukvård.

Nyare forskning har börjat undersöka vad som sker i takt med att vårdenhetschefer idag möter högre ställda krav samtidigt som de ges reducerade resurser. En tendens som ses är att omvårdnaden nedprioriteras till förmån för exempelvis ekonomi (Boykin & Schoenhofer, 2001; Stewart et al., 2012). Flera vårdenhetschefer uppgav att de hade fria händer att arbeta med omvårdnadsutveckling, men det var tvunget att ske inom befintliga ramar. Resultatet blev ett ständigt behov av att frigöra tid för både sig själva och sina medarbetare. Just bristen på tid är något som både vårdenhetschefer och kliniskt verksamma sjuksköterskor lyfter som det primära hindret från att bedriva kvalitativ omvårdnad (Boykin & Schoenhofer, 2001; Ray & Turkel, 2012). Att låta de mer erfarna medarbetarna vägleda de intensivvårdssjuksköterskor som är nya i sin roll stöds av bland andra Hezaveh, Rafii och Seyedfatemi (2014) och Bratt (2009). Det delade ledarskapet är också ett sätt att använda tid effektivt och även att utvecklas i sin roll som chef (Drescher, Korsgaard, Welpé, Picot, & Wigand, 2014; Rosengren, 2014).

Ray och Turkel (2012) har undersökt hur omvårdnadsrelationen mellan sjuksköterskor och patienter påverkas i en ekonomisk kontext. De framlägger en teori om strävan att finna balans i paradoxen mellan omvårdnad och ekonomi. Där kartläggs värderingar utifrån sjuksköterske-, patient- och administrationsperspektiv. Sjuksköterskor ser patienterna först och upplever en rädsla för att ekonomi ska begränsa omvårdnaden, patienter har fullt fokus på sitt behov av omvårdnad och administratörer har sitt huvudfokus på ekonomisk balans (Ray & Turkel, 2012). Denna teori beskriver relativt väl de olika perspektiv som vårdenhetschefen behöver ta hänsyn till och balansera. Det kan tyckas svårt och ibland hopplöst, men bland andra Boykin och Schoenhofer (2001) menar att det är praktiskt möjligt med ett mer omvårdnadsinriktat ledarskap. Vidare argumenteras att det närmast är en moralisk plikt för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor att genom direkt eller indirekt ledarskap delta i omvårdnadsförankring och omvårdnadsutveckling för att höja omvårdnads kvaliteten.

8. Slutsats

Studien visar att vårdenhetscheferna ser sig som vägvisare och att de har ett ansvar att tillsammans med sina medarbetare bedriva god omvårdnad samt att utveckla densamma. Vårdenhetscheferna sätter omvårdnad högt på dagordningen, men det finns andra parametrar inom hälso- och sjukvården som konkurrerar om fokus, tid och resurser. Som vårdenhetschef innebär det att navigera i en kuperad terräng och de upplever sig vara "mitt emellan". Det hanteras ofta genom att dela på ansvar samt att använda sig av avlastande funktioner för att frigöra tid till omvårdnadsutveckling. Vårdenhetscheferna upplever att deras ledarskap har betydelse för omvårdnad och omvårdnadsutveckling genom att de formar en klinisk miljö som främjar utveckling och fokus på omvårdnad. Med empati och respekt leder de sina medarbetare framåt, vilket i förlängning stärker omvårdnadskvaliteten.

8.1 Kliniska implikationer

Studiens resultat kan ge ökad inblick i hur vårdenhetschefer navigerar och balanserar mellan olika intressen. Ökad inblick och förståelse mellan medarbetare och chefer bidrar till en empatisk arbetsmiljö, vilket speglas i den omvårdnad patienten erhåller. Samtal bör föras inom professionen kring hur chefskapet som omvårdnadsexpert kan kombineras med ekonomiska, juridiska och politiska imperativ. Dessa samtliga ben på vilka offentlig välfärdsverksamhet vilar.

Att vårdenhetschefer värnar det omvårdnadsvetenskapliga perspektivet är av klinisk relevans eftersom det kan stärka känslan av gemenskap mellan vårdenhetschefer och medarbetare. Det indikerar att trots olika funktioner och utmaningar arbetar alla åt samma håll och utifrån gemensam värdegrund. Studien skulle kunna bidra till att samarbetet mellan vårdenhetschefer och medarbetare förstärks genom ökad ömsesidig förståelse. Ett starkt samarbete torde underlätta implementering av nya arbetssätt och omvårdnadsutveckling. Det är något som ur patientperspektiv är eftersträvänsvärt eftersom kompetenta, uppdaterade specialistsjuksköterskor ger och utför omvårdnad av hög kvalitet.

Det framkommer att vårdenhetscheferna upplever att den ökade mängden administrativa uppgifter stjäl tid från omvårdnadsarbetet, det upplevda sambandet vore av intresse att se närmare på. Är det försvarbart ur både ekonomiskt- och patientsäkerhetsperspektiv? Studien föranleder även frågan om hur specialistsjuksköterskor förbereds vid lärosätena inför en eventuell chefsroll, är det ett område som liksom omvårdnadsforskningen bör få större del i utbildningarna?

Slutligen hade fördjupande studier om caritativt ledarskap tillämpat i praktiken varit av intresse, det vill säga om eller hur caritativt ledarskap kan ge utfall på omvårdnadskvaliteten samt omvårdnadsutvecklingen.

Referenslista

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987
- Aitken, L., Chaboyer, W., & Marshall, A. (2016). Scoop of critical care practice. I L. Aitken, A. Marshall, & W. Chaboyer (Red.), *ACCCN's Critical Care Nursing* (3:e uppl., s. 3-18). Chatswood: Elsevier.
- Bahn, D. (2007). Orientation of nurses towards formal and informal learning: Motives and perceptions. *Nurse Education Today*, 27(7), 723-730. doi:10.1016/j.nedt.2006.10.006
- Beal, J. A., Riley, J. M., & Lancaster, D. R. (2008). Essential Elements of an Optimal Clinical Practice Environment. *Journal of Nursing Administration*, 38(11), 488-493. doi:10.1097/01.NNA.0000339475.65466.d2
- Beauchamp, T. L. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7:e uppl.). New York: New York : Oxford University Press.
- Bondas, T. (2006). Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 332-339. doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00620.x
- Bondas, T. (2009). Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*, 14(4), 351-362. doi:10.1177/1744987108096969
- Bondas, T. E. (2003). Caritative leadership: ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 249-253.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2001). The Role of Nursing Leadership in Creating Caring Environments in Health Care Delivery Systems. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 1-7. doi:10.1097/00006216-200104000-00003
- Bratt, M. M. (2009). Retaining the next generation of nurses: the Wisconsin nurse residency program provides a continuum of support. *Journal of continuing education in nursing*, 40(9), 416. doi:10.3928/00220124-20090824-05
- Carlström, E. (2009). *Vårdchefer: Konsten att leda* (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande* (1:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande - i teori och praxis* (1:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 285-300). Lund: Studentlitteratur AB.
- Drescher, M. A., Korsgaard, M. A., Welpke, I. M., Picot, A., & Wigand, R. T. (2014). The Dynamics of Shared Leadership: Building Trust and Enhancing Performance. *Journal of Applied Psychology*, 99(5), 771-783. doi:10.1037/a0036474
- Eldh, K., & Ryd, G. (2018, 13 januari). En modell som sprids - men borde skrotas. *ETC*. Hämtad 2018-05-02, från <https://www.etc.se/debatt/en-modell-som-sprids-men-borde-skrotas>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis. *SAGE Open*, 4(1). doi:10.1177/2158244014522633

- Fleischer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M.-C., & Denis, J.-L. (2016). Nursing unit leaders' influence on the long-term sustainability of evidence-based practice improvements. *Journal of Nursing Management*, 24(3), 309. doi:10.1111/jonm.12320
- Fransson Sellgren, S. (2014). Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling* (2:a uppl., s. 253-277). Lund: Studentlitteratur AB.
- Galvin, K. T. (2010). Revisiting caring science: some integrative ideas for the 'head, hand and heart' of critical care nursing practice *. *Nursing in Critical Care*, 15(4), 168-175. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00394.x
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M., & Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 2004-2014. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x
- Grant, B., Colello, S., Riehle, M., & Dende, D. (2010). An evaluation of the nursing practice environment and successful change management using the new generation Magnet Model. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 326-331. doi:doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01076.x
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., ss. 111-119). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hezaveh, M., Rafii, F., & Seyedfatemi, N. (2014). Novice Nurses' Experiences of Unpreparedness at the Beginning of the Work. *Global Journal of Health Science*, 6(1), 215-222. doi:10.5539/gjhs.v6n1p215
- Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M., & Wadensten, B. (2010). Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 70-77. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01060.x
- Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1:a uppl., ss. 103-146). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2005). Best quality patient care: a historical perspective on magnet hospitals. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 275-287.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Lund: Lund : Studentlitteratur AB.
- Lankshear, A. J., Sheldon, T. A., & Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, 28(2), 163-174.
- Lunden, A., Teräs, M., Kvist, T., & Häggman-Laitila, A. (2017). A systematic review of factors influencing knowledge management and the nurse leaders' role. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 407-420. doi:doi:10.1111/jonm.12478
- Lundin, K., & Sandström, B. (2015). *Ledarskap inom vård och omsorg* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:e uppl., s. 219-234). Lund: Studentlitteratur AB.
- Mallik, M. (1998). Advocacy in nursing: perceptions and attitudes of the nursing elite in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1001-1011. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00734.x

- Manning, J. (2016). The Influence of Nurse Manager Leadership Style on Staff Nurse Work Engagement. *J Nurs Adm*, 46(9), 438-443. doi:10.1097/nna.0000000000000372
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722. doi:10.1056/NEJMsa012247
- Nilsson, K. (2005a). Introduktion. I K. Nilsson (Red.), *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete* (1:a uppl., s. 11-18). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nilsson, K. (2005b). Ledarskapsteoretiska utgångspunkter. I K. Nilsson (Red.), *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete* (1:a uppl., s. 19-49). Lund: Studentlitteratur AB.
- Norberg, A., & Fagerberg, I. (2017). Fenomenologisk hermeneutik. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:e uppl., s. 249-261). Lund: Studentlitteratur AB.
- O'Halloran, P., Porter, S., & Blackwood, B. (2010). Evidence based practice and its critics: what is a nurse manager to do? *Journal of Nursing Management*, 18(1), 90-95. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01068.x
- Persson, C., & Sundin, K. (2017). Fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod - ett dialektiskt förhållningssätt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 325-338). Lund: Studentlitteratur AB.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research - Generating and assessing evidence for nursing practice* (10:e uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 25-42). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ray, M., & Turkel, M. (2012). A Transtheoretical Evolution of Caring Science within Complex Systems. *International Journal for Human Caring*, 16(2), 28-49.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Hämtad från http://www.aniva.se/wpcontent/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf
- Rosengren, K. (2014). *Vårdledarskap: Att utveckla och förbättra framtidens vård och omsorg* (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Rosengren, K., Athlin, E., & Segesten, K. (2007). Presence and availability: staff conceptions of nursing leadership on an intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 522-529. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00712.x
- Rosengren, K., Bondas, T., Nordholm, L., & Nordström, G. (2010). Nurses' views of shared leadership in ICU: A case study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(4), 226-233. doi:https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.001
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- SFS. (2003:460). *Lag om etikprovning som avser människor*. Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460.
- Solomons, N. M., & Spross, J. A. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 109. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x

- Sorensen, R., Iedema, R., & Severinsson, E. (2008). Beyond profession: nursing leadership in contemporary healthcare. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 535-544. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00896.x
- Stewart, L., Holmes, C., & Usher, K. (2012). Reclaiming caring in nursing leadership: A deconstruction of leadership using a Habermasian lens. *Collegian*, 19(4), 223-229. doi:10.1016/j.colegn.2012.04.007
- Stubberud, D.-G. (2015). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3:e uppl., s. 29-42). Oslo: Cappelen Damm.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). Svensk sjuksköterskeförening om...Omvårdnad och god vård. Retrieved from https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard_april_2014.pdf
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2015). Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen. Retrieved from https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/ledarskap_for_omvardnad_och_magnetmodellen.pdf
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Retrieved from <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Thylefors, I. (2007). *Ledarskap i human service-organisationer* (1:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Thylefors, I. (2016). *Chef- och ledarskap inom välfärdssektorn* (1:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur
- Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2006). Lifeworld-led Healthcare: Revisiting a Humanising Philosophy that Integrates Emerging Trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(1), 53. doi:10.1007/s11019-006-9012-8
- Wilkin, K. (2003). The meaning of caring in the practice of intensive care nursing. *British Journal of Nursing*, 12(20), 1178-1185. doi:10.12968/bjon.2003.12.20.11842
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- World Federation of Critical Care Nurses. (2016). Constitution: World Federation of Critical Care Nurses Retrieved from <http://wfccn.org/wp-content/uploads/2018/03/WFCCN-Constitution-2016.pdf>

Bilaga 1

Forskningspersonsinformation Information och förfrågan om deltagande i magisteruppsats

Härmed inbjuds du att delta i en studie om hur vårdenhetschefer upplever ledarskapet på en intensivvårdsavdelning.

Studiens bakgrund och syfte

Hälso- och sjukvårdsorganisationer är komplexa till sin struktur och ställer höga krav på ledare och chefer. Ledarskapet är centralt för det kliniska arbetet och vårdkvaliteten. Bland första-linjechefer är en majoritet sjuksköterskor och det finns olika incitament för specialistsjuksköterskor att bli chefer. Dock saknas det kunskap om vårdenhetschefers upplevelser kring det egna ledarskapet i förhållande till den givna omvårdnaden, vilket den här studien ämnar undersöka.

Huvudman för studien är Göteborgs Universitet.

Förfrågan om deltagande

Du är tillfrågad om att delta i studien eftersom du är vårdenhetschef vid en intensivvårdsavdelning. Vi har fått dina kontaktuppgifter från sjukhusets hemsida. Verksamhetschef har fått samma information som du, samt har skriftligt godkänt ditt medverkande i studien.

Hur går studien till?

Om du samtycker till deltagande kommer vi möta dig på din arbetsplats och där genomföra en individuell s.k. djupintervju. Det innebär att vi kommer ställa ett fåtal öppna frågor och att du får tala fritt kring dessa. Hur lång intervjun blir avgör du, men beräkna att intervjun tar 30-45 minuter och kommer att spelas in.

De inspelade intervjuerna transkriberas och analyseras enligt en tolkande och beskrivande metod vanligt förekommande inom vårdforskning och redovisas i examensarbete. Materialet kommer att förvaras i ett låst skåp där endast personer med anknytning till forskningen har tillgång till.

Möjliga följder och risker med att delta

Vi bedömer att det inte finns följder eller risker med att delta i studien.

Eventuella fördelar med att delta

Resultatet kan eventuellt leda till utveckling av sjuksköterskans chefskap inom intensivvård.

Hantering av mina uppgifter och sekretess

Inspelad intervju kommer att transkriberas och avkodas. Det innebär att du som deltagare är avidentifierad och det kommer inte vara möjligt att spåra dig i resultatet.

Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs Universitet. Enligt 26§ i Personuppgiftslagen (1998:204) har du rätt att en gång per år få tillgång till de personuppgifter om dig som vi behandlar. Det kräver att du gör en skriftlig ansökan till personuppgiftsansvarig Göteborgs Universitet och det är kostnadsfritt.

Information om studiens resultat

Den färdiga uppsatsen publiceras via Göteborgs Universitets hemsida, länk <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/785>. Om önskemål finns kan studieansvariga maila uppsatsen till dig. Du har även rätt att, vid förfrågan, få ta del av transkription av din egen intervju.

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning utgår.

Frivilligt deltagande

Deltagande i studien är helt frivilligt och du kan avbryta ditt deltagande när som helst utan förklaring. Om du önskar avbryta deltagandet kontaktar du studieansvariga via uppgifter nedan.

I anslutning till intervjutillfället ska du få möjlighet att ställa frågor och få dem besvarade. Du får även erhålla en kopia av forskningspersonsinformation.

Välkommen att höra av dig om du har några frågor.

Ansvariga för studien

Sofia Rabaa Ekholm, leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterskestudent inr. intensivvård. Tel. 0733632272 Mail gusekholso@student.gu.se

Anna Wellton, leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterskestudent inr. intensivvård. Tel. 004740552386 Mail guswelltan@student.gu.se

Sepideh Olausson, handledare, Inriktningsansvarig för specialistsjuksköterskeprogrammet; Intensivvård. Internationaliseringsansvarig för utbildningar på avancerad nivå. CCRN, PhD, Senior lecturer. Tel. 0709108204 Mail sepideh.olausson@gu.se

