LUNDS UNIVERSITET
Campus Helsingborg
Institutionen för Service Management

Sjuksköterskans komplexa roll

– att leda och bli ledd

– En studie om sjuksköterskors ledarskap inom hälso- och sjukvården

Kandidatuppsats VT14

Uppsatsskribenter:

Karin Fredriksson

Sofie Jersevi

Sammanfattning

Titel: Sjuksköterskans komplexa roll – att leda och bli ledd

Handledare: Lars Nordgren

Nyckelord: Ledarskap, chefskap, hälso- och sjukvården, sjuksköterskor, medarbetare, underordnad

Syfte: Syftet med studien har varit att undersöka hur sjuksköterskor som medarbetare upplever ledarskapet på sin arbetsplats.

Frågeställningar:

1. Hur upplever sjuksköterskor att enhetschefen på deras vårdavdelning utövar ledarskap?

2. Hur upplever sjuksköterskor innebörden av sitt eget ledarskap och hur kommer detta till uttryck på arbetsplatsen?

Metod: Då syftet med studien varit att undersöka sjuksköterskors upplevelse av ledarskap ansåg vi en kvalitativ metod passande. Empirin är insamlad genom tio djupintervjuer.

Slutsatser: Sjuksköterskorna i undersökningen upplever generellt sina enhetschefers ledarskap som bristande. Uppfattningarna skiljer sig mellan avdelningarna varav några anser sig ha transaktionella chefer med största fokus på det administrativa. Andra upplever sina chefer som transformella ledare som tar sig tid till förändring och utveckling. De upplever att cheferna har svårt att finna balans mellan att sköta det administrativa och leda. Sjuksköterskorna upplever att de under utbildningen inte blir tillräckligt förberedda inför sin ledarskapsroll. Det har visat sig att sjuksköterskorna upplever sitt eget ledarskap olika beroende på arbetslivserfarenhet. De uppfattar att det tar tid att forma sin ledarskapsroll och det är först när de känner sig trygga i sin arbetsroll som de kan utveckla sitt ledarskap. Sjuksköterskorna uppfattar att rollen som medarbetare och ledare kan bli otydlig i ett nära samarbete med undersköterskan. De anser inte detta bli otydligt i relation till läkaren. De upplever dock att några läkare haft svårt att acceptera deras ledarskapsroll och att de tydliggör sjuksköterskorna underordnade.

Förord

Inledningsvis vill vi rikta ett stort tack till sjuksköterskorna som medverkat i vår studie. Med sin tid och kunskap har de hjälpt oss samla in empiri vilken möjliggjort denna studie. Vi vill även tacka vår handledare Lars Nordgren.

Innehållsförteckning

1. Inledning……6

1.1 Problemformulering……7

1.2 Syfte och frågeställningar……8

1.3 Avgränsning……8

1.4 Disposition……9

2. Metod……10

2.1 Studieobjekt……10

2.2 Den empiriska undersökningen – kvalitativ metod……10

2.3 Litteraturstudie……11

2.4 Om urvalet av respondenter……11

2.5 Om intervjuerna……11

2.6 Innehållsanalys……12

2.7 Metodkritik……13

3. Teoretisk referensram……15

3.1 Influenser inom hälso- och sjukvården……15

3.2 Organisationens formella och informella delar……16

3.3 Ledarskap och chefskap samma sak?……17

3.4 Delaktigt ledarskap……18

3.5 Att ta sig an rollen……19

3.6 Sjuksköterskors ledarskap……19

3.7 Krav, kontroll och stöd på arbetsplatsen……21

3.8 Arbetsgruppens betydelse……21

4. Analys……24

4.1 Fråga 1: Hur upplever sjuksköterskor att enhetschefen på deras vårdavdelning utövar ledarskap?……24

4.1.1 Organisatoriska påverkansfaktorer på ledarskapet……24

4.1.2 Enhetschefen med en fot på formella och en fot på informella sidan……26

4.1.3 Transformellt vs transaktionellt ledarskap……28

4.1.4 Enhetschefens roll och ett delaktigt ledarskap……30

4.2 Fråga 2: Hur upplever sjuksköterskor innebörden av sitt eget ledarskap och hur kommer detta till uttryck på arbetsplatsen?……33

4.2.1 Att ta sig an rollen som omvårdnadsledare……33

4.2.2 Sjuksköterskans informella ledarskapsroll……35

4.2.3 Krav, kontroll och stöd i sjuksköterskors arbete……37

4.2.4 Arbetsgruppens dynamik……39

5. Summering och diskussion……42

5.1 Ledarskap utifrån föråldrade organisationsteorier……42

5.2 Sjukhusledningens verklighetsfrånvända uppfattning……42

5.3 Enhetschefens ledarskapsstil……43

5.4 Sjuksköterskans ledarskapsroll……43

5.5 Kontroll över kraven och stöd från arbetsgruppen……44

5.6 Gruppens funktion……45

6. Slutsatser……47

6.1 Svar på frågeställningarna……47

6.2 Reflektion……48

7. Referenslista……49

7.1 Tryckta källor……49

7.2 Dokument……51

8. Bilagor……52

8.1 Informationsbrev……52

8.2 Intervjuguide……54

1. Inledning

En stor del av sjuksköterskans arbetsroll består av att leda både sig själv och andra. Arbetsrollen tycks vara komplex då hon ansvarar för omvårdnadsarbetet och förväntas ta egna beslut samtidigt som lagar och regler begränsar hennes beslutstagande. Sjuksköterskan ska även vara ledare, jämställd och underordnad i sitt dagliga arbete (Karlsson 2007 i Kihlgren, Engström & Johansson 2009, s. 49). Ett sätt att beskriva ledarskap återges av Bass enligt nedan:

> *"Att utöva ledarskap är att transformera efterföljare, skapa visioner av målen så att de kan uppnås, och formulera vägen för medlemmarna så att de kan nå målen"* (Bass 1985 i Sveningsson & Alvesson 2012, s. 16).

Citatet lyfter ett av flera sätt att uppfatta ledarskap. Sedan början av 1900-talet har flera forskare undersökt fenomenet och kommit fram till olika resultat om vad som definierar en bra ledare och hur en bra ledare agerar (Sveningsson & Alvesson 2012, s. 17). Första delen av 1900-talet visade forskning att ledare är något man föds till, inte något man utvecklas till. I slutet av 1900-talet var synen på ledaren en helt annan och forskare ansåg en bra ledare vara visionär och karismatisk. Det var även under denna period chefskap och ledarskap som dikotomi utvecklades. Chefskap innebar att utföra traditionellt, administrativt planerings-och budgetarbete medan ledarskap handlade om övergripande orientering genom inspirerande kommunikation och agerande (ibid., ss. 30-31).

Dagens syn speglas av ett mer jordnära och vardagligt ledarskap som kan utövas av alla chefer men även av andra organisationsmedlemmar, ett så kallat deltagande ledarskap (ibid., ss. 36-37). Det senare kan liknas vid det ledarskap som idag eftersträvas inom hälso- och sjukvården. Enhetschefer ska sträva efter ett mer fördelat ledarskap inom enheterna och agera koordinator genom att skapa ett kreativt och stödjande klimat (Kihlgren et al. 2009, ss. 66-67). Det har dock inte alltid varit så. Den byråkratiska organisationsformen är en av idealmodellerna för styrning och organisering av hälso- och sjukvård, där organisationens ledning tillsammans med ett väl utarbetat styrsystem har varit den grundläggande styrmekanismen. Hälso- och sjukvården brukar även benämnas som en professionell byråkrati. Dessa anses

svårstyrda eftersom professioner innehar stor makt genom sitt kunskapsövertag (ibid., ss. 37-38). I början på 1980-talet riktades kritik mot denna typ av styrning, vilket resulterade i en omfattande decentralisering där befogenheter om beslut rörande verksamheten flyttades till lägre nivåer inom organisationen (ibid.,) Det är ofta enhetscheferna inom hälso- och sjukvård som blivit delegerade detta ansvar där de både ska vara avdelningens chef med särskild kompetens inom arbetsledning, administration och budgetarbete. Samtidigt ska de besitta ledaregenskaper och initiera utvecklingsarbete inom verksamhetsområdet. Dock är det än idag många som saknar ledaregenskaperna (ibid., s. 31).

Studier visar att sjuksköterskeutbildningar främst har utbildat sjuksköterskor till att bli skickliga inom omvårdnadsverksamheten och att ledarskapsutbildningen varit minimal (Nilsson 2003, s. 18). Tidigare forskning belyser att bristen i ledarskapsutbildning hos sjuksköterskor resulterat i att de inte känner sig tillräckligt säkra i sin ledarskapsroll och delegeringen som krävs i relation till undersköterskor. Dessa egenskaper är av vikt för sjuksköterskan för att arbetet mellan båda befattningarna ska fungera och för utförandet av säker patientvård (Saccomano & Pinto-Zipp 2011, s. 523).

1.1 Problemformulering

Hälso-och sjukvården har de senaste hundra åren gått igenom flera förändringar för att idag bedrivas som en plattare organisation än tidigare med beslutsfattande på lägre nivåer. Detta har resulterat i ett utökat administrativt arbete för framförallt enhetschefer. Det har också lagts ett större fokus på att ett delaktigt ledarskap mellan enhetschefer och anställda ska bedrivas. Dock styrs hälso- och sjukvården av lagar som kan tänkas resultera i att ledarskapet, som samtliga inom vården förväntas utöva, försvåras. Sjuksköterskans kliniska yrkesroll är indelad i två olika områden. Den ena är medicinsk vård där läkaren har det slutgiltiga ansvaret och den andra är specifik omvårdnad där sjuksköterskan har det slutgiltiga ansvaret. Detta förhållande kan bidra till att sjuksköterskan har svårt att urskilja sitt eget ansvarsområde (Kihlgren et al. 2009, s. 26). I Socialstyrelsens *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005) nämns att sjuksköterskan förväntas leda sitt omvårdnadsarbete. Dock har tidigare forskare främst fokuserat på hur själva administreringen av omvårdnaden sker och inte på hur sjuksköterskan leder omvårdnadsarbetet (Laurent 2000 i Kihlgren et

al. 2009, s. 59). Sjuksköterskors arbetsroll kan således beskrivas som komplex och kraven på dem höga, då de förväntas "vara autonoma och ta egna beslut" samtidigt som de "är begränsade att ta beslut". De förväntas även "vara ledare" och "samtidigt vara jämställda och underordnade" (Karlsson 2007 i Kihlgren et al. 2009, s. 49). Sjuksköterskor har därmed flera roller som de i sitt dagliga arbete ska förhålla sig till i form av ledare, medarbetare och underordnade. Utifrån det beskrivna fenomenet leds nu studien in på följande syfte och frågeställningar.

1.2 Syfte och frågeställningar

Den ovan nämnda forskningen kring ledarskap har främst varit inriktad på chefer inom hälso- och sjukvården och vi anser att sjuksköterskan som medarbetare fallit i skymundan. Vi uppfattar då dessa studier som lite bristfälliga. Vårt syfte med den här studien har därmed varit att undersöka hur sjuksköterskor som medarbetare upplever ledarskapet på sin arbetsplats. För att kunna uppnå syftet har vi valt att utgå från följande frågeställningar:

1. Hur upplever sjuksköterskor att enhetschefen på deras vårdavdelning utövar ledarskap?
2. Hur upplever sjuksköterskor innebörden av sitt eget ledarskap och hur kommer detta till uttryck på arbetsplatsen?

1.3 Avgränsning

Det finns flera intressanta aspekter att undersöka inom det utvalda ämnet då det kan tänkas uppstå komplexa relationer mellan professioner och dess olika roller inom hälso- och sjukvården. Vi har valt att undersöka hur sjuksköterskor som medarbetare upplever ledarskapet på sin arbetsplats. Denna avgränsning grundar sig dels på vår uppfattning om bristen i tidigare forskning inom ämnet. Dels i vårt intresse kring sjuksköterskors komplexa arbetsroll och det faktum att den innefattar flera roller att förhålla sig till.

1.4 Disposition

Kapitel 2: Metod

I metodavsnittet presenteras vårt val av studieobjekt. Vi redogör studiens forskningsmetod och hur vi gått till väga i insamlingen av det empiriska materialet. Vi för också fram kritik mot val av metod och diskuterar studiens tillförlitlighet.

Kapitel 3: Teori

Kapitel tre redovisar vår teoretiska referensram. Avsnittet innefattar de teorier, artiklar och tidigare forskning vi anser relevanta och som applicerats på den insamlade empirin. Vi redovisar teorier och faktorer som kan tänkas påverka sjuksköterskors uppfattning av sitt eget och enhetschefens ledarskap.

Kapitel 4: Analys

I analysen ställer vi vårt empiriska material mot de redovisade teorierna och forskning inom ämnet. Analysen är uppdelad i två avsnitt. I första delen analyseras frågeställning ett och i andra frågeställning två. Detta i avseende att tydliggöra studiens struktur. Analysens rubriker följer även teoriavsnittets rubriker för att ytterligare tydliggöra för läsaren.

Kapitel 5: Summering och diskussion

I detta avsnitt summeras analysen och en diskussion förs kring vår analys och studiens resultat. Resultatet diskuteras också i ett bredare sammanhang.

Kapitel 6: Slutsatser

Avslutningsvis besvaras frågeställningarna och studiens slutsatser presenteras. Till sist förs en reflektion kring arbetets tillvägagångssätt och tankar kring studiens tillförlitlighet som uppkommit under studiens gång. Vi för även fram förslag på vidare forskning inom ämnet.

2. Metod

I nedanstående del presenteras vårt val av studieobjekt. Vi redogör för de forskningsmetoder och tillvägagångssätt vi använt oss av i insamlingen av det empiriska och teoretiska materialet. Avslutningsvis förs en diskussion kring vårt val av metod och kritik kring denna.

2.1 Studieobjekt

Då ledarskap är en viktig del av utbildningen Service Management kändes ämnet som ett naturligt val för oss. Valet av studieobjekt grundar sig i att vi studerat hälsoinriktat, vilket har ökat vårt intresse för hälso- och sjukvården. Studien grundas på tio intervjuer med sjuksköterskor från tre avdelningar på olika vårdenheter belägna i Skåne. Sex intervjuer utfördes på en och samma avdelning. Fem utav dessa var erfarna sjuksköterskor och en var nyexaminerad. Tre stycken utfördes på avdelning två med en erfaren och två nyexaminerade och en intervju utfördes på avdelning tre med en erfaren sjuksköterska. I studien benämner vi respondenterna för sjuksköterska 1 (SSK1), sjuksköterska 2 (SSK2), sjuksköterska 3 (SSK3) och så vidare. För att inte avslöja de intervjuades identitet har vi valt att använda oss av ovan nämnda objektiva benämningar. Vi har också valt att inte redogöra för vilka städer eller sjukhus de tre avdelningarna är belägna. Samtliga sjuksköterskor som intervjuats är kvinnor och vi kommer därför löpande i studien benämna sjuksköterskan som hon.

2.2 Den empiriska undersökningen - kvalitativ metod.

Vi har valt att samla in vårt empiriska material genom intervjuer, det vill säga en kvalitativ metod då vi anser denna mest lämplig för studien. Eftersom vi baserar vår undersökning på sjuksköterskors upplevelse av ledarskapet liknas det kunskapsteoretisk ståndpunkt. Denna ståndpunkt brukar beskrivas som tolkningsinriktad, vilket betyder att förståelsen av den sociala verkligheten till stor del beror på hur deltagarna tolkar denna verklighet (Bryman 2011, s. 341). För att effektivt kunna formulera våra frågeställningar och intervjuguide valde vi att studera litteratur kring ämnet samt tidigare forskning kring ledarskap inom sjukvården. Vår insamlingsmetod har varit en kombination av en induktiv och deduktiv ansats, det vill säga en abduktiv ansats, då vi först läst in oss på litteratur för att sedan samla in

empiri. Samtidigt har vi låtit empirin forma vår teoretiska referensram. Bryman menar att den ena ansatsen inte utesluter den andra eller tvärtom (2011, s. 43).

2.3 Litteraturstudie

Vi anser det var av vikt att utföra en grundlig litteraturstudie för att få en djupare förståelse av ämnet. Litteraturstudien har främst grundat sig på befintlig litteratur och tidigare forskning kring ämnet. Vi har varit noggranna med att främst använda oss av primära källor för att samla in trovärdig information. I sökandet av litteratur läste vi tidigare uppsatser kring ämnet varav relevant litteratur lokaliserades. Böcker vi funnit inspirerande för studien är bland annat Kihlgren, Engström och Johanssons bok *Sjuksköterska med uppdrag att leda* (2009), samt Sveningsson och Alvessons verk *Ledarskap* (2012). Vidare har vi funnit artiklar som på olika sätt behandlar ämnet. Artiklarna är funna via sökorden *sjuksköterskor, ledarskap, chefskap* eller en kombination av dessa. Sökningarna är även utförda med motsvarande engelska ord, samtliga genom sökmotorerna EBSCOhost och Summon. För att få en klar bild av sjuksköterskors ansvarsområde har Socialstyrelsens *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor* (2005) studerats och andra lagförda dokument som behandlar sjuksköterskor och deras arbete.

2.4 Om urvalet av respondenter

Då vårt syfte med studien varit att undersöka sjuksköterskors upplevelse av ledarskap var vårt urval givet. Således är urvalet målstyrt, vilket innebär att valet av enhet står i direkt anknytning till det syfte och forskningsfrågor som har formulerats (Bryman 2011, s. 350). Vi valde ut tio stycken olika avdelningar belägna i Skåne och skickade ett informationsprotokoll via mail till samtliga enhetschefer. Informationsprotokollet innehåller information kring vår studie och en förfrågan om deras medverkan (bilaga 1). Vår förfrågan besvarades av tre olika avdelningar som var intresserade av att delta. Orsaken till det varierade antal intervjuer per avdelning grundas i antal intresserade att medverka per avdelning.

2.5 Om intervjun

Vi valde att genomföra semistrukturerade djupintervjuer för att uppmuntra till en öppen dialog med respondenterna. Bryman belyser denna intervjumetod som mest lämplig vid kvalitativa undersökningar då det möjliggör för intervjun att röra sig i

olika riktningar inom ämnet (2011, s. 413). Vi utformade en intervjuguide vilket underlättade att få med de områden vi behövde för att besvara frågeställningarna. Intervjuguiden delades upp i tre fokusteman; *sjuksköterskans eget ledarskap, medarbetarskap* och *enhetschefens ledarskap* (bilaga 2). Båda uppsatsskribenterna var närvarande vid samtliga intervjuer. Intervjuerna hölls på respondenternas arbetsplats under arbetstid. Nio av intervjuerna varade mellan 45-60 minuter vardera. Då intervjuerna hölls under arbetstid var en respondent tvungen att avbryta vilket resulterade i att intervjun varade i 15 minuter. De sex första intervjuerna ägde rum den 22 och den 25 april där samtliga sjuksköterskor arbetar på samma avdelning. De följande tre intervjuerna genomfördes den 26 och den 28 april. Den tionde intervjun ägde rum den 29 april.

Innan intervjuerna startade tillfrågades respondenterna om de godkände att intervjun spelades in, vilket samtliga godkände. Inspelning av intervjuer resulterar i att intervjuarna ges mer frihet till att fokusera på ämnet istället för att komma ihåg svaren respondenterna ger. Det möjliggör även för att vid analys av empiri ha möjlighet att återlyssna respondenternas ordval. Det kan dock vara problematiskt att tolka både faktaenlig information och meningsbaserad information (Kvale & Brinkmann 2009, s. 45). Därför har vi under intervjuns gång och vid återlyssning av intervjuerna varit uppmärksamma på ordval, tonfall och betydelsefulla pauser eller tveksamma svar. Inspelningarna har i efterhand transkriberats för att i enlighet med Bryman underlätta analysarbetet samt möjliggöra kategorisering och tematisering av respondenternas svar (2011, s. 428).

2.6 Innehållsanalys

Efter genomförda intervjuer och transkribering har texten delats upp i teman och kategorier. I en innehållsanalys tolkas texten utifrån faktiska förhållanden. Genom sökning efter kategorier underlättar det för textens struktur (Jacobsen 2011, s. 139). Vi valde att dela upp intervjuguiden i tre teman. Detta innebär att det grundläggande arbetet redan är utfört då kategoriseringen utformades på förhand (Ibid., s. 140). För att underlätta vårt arbete med analysen har vi plockat ut delar ur varje intervju och samlat dessa under de olika kategorierna. Detta har resulterat i att vi enklare kunnat jämföra likheter och skillnader i respondenternas svar. Vi har genomgående i analysen valt att använda oss av citat för att illustrera sjuksköterskornas upplevelse av

ledarskapet. En innehållsanalys kännetecknas bland annat av att innehållet i kategorierna belyses med citat (Ibid., s. 139). För studiens tydlighet har vi valt att låta analysen följa teoriavsnittet vars likartade rubriker tydliggör strukturen.

2.7 Metodkritik

Bedömningen av en kvalitativ studies validitet kan ibland te sig svårt då validitet oftast rör sig om mätning, vilket inte låter sig göras i en kvalitativ studie. Validitet i en kvalitativ studie blir istället att säkerställa att det som observeras och mäts är det man säger sig vilja undersöka (Bryman 2011, s. 351). För att försäkra oss om att inte komma ifrån det ämne vi valt att undersöka, har vi innan utförandet av intervjuerna gjort en litteraturstudie. En fördjupad kunskap inom ämnet underlättade för utformandet av intervjuguiden och tematiseringen av frågorna.

För att göra vår studie mer tillförlitlig hade vi från början för avsikt att genomföra ett antal observationer på de medverkande avdelningarna för att jämföra intervjusvar med praktiskt arbete. Observationer är en bra komplettering då en del respondenter minns fel eller inte är helt sanningsenliga i sina svar om sitt eget eller andras beteenden. Kompletterande observationer utgör lösningen på denna risk då beteendet i det direkta arbetet iakttas (Bryman 2008, s. 262). På grund av etiska orsaker kring patientsäkerhet och anonymitet i sjuksköterskans arbete, beslöt vi att inte genomföra några observationer.

Enligt Bryman är generalisering av resultatet utanför den aktuella miljön inte möjlig (2011, s. 369). Då vi utfört tio semistrukturerade intervjuer och använt oss av ett målstyrt urval, är vi medvetna om att resultatet inte är generaliserbart till en population. Dock var urvalet avsiktligt då de individer vi intervjuat är representativa för vårt ändamål och ämnet vi valt att behandla. Då vi inte har någon personlig erfarenhet av arbete inom hälso- och sjukvården anser vi oss ha genomfört undersökningen med hög objektivitet. Litteraturstudien kan i viss mån ha påverkat vår syn på hälso- och sjukvården, men inte till den grad att vi anser att validiteten i undersökningen påverkats.

Reliabiliteten mäts genom att testa studiens konsistens, det vill säga om resultatet går att reproducera av andra forskare vid senare tillfällen (Kvale & Brinkmann 2009, s. 263). Vid intervjuer handlar det om huruvida intervjupersonerna återger samma svar vid olika intervjuer, vilket kan påverkas av att författarna ställer ledande frågor (ibid.,). Vad som skulle kunna göra vår studie mindre reliabel är om respondenterna får nya medarbetare och chefer, det vill säga att deras arbetssituation förändras, vilket kan påverka hur de upplever ledarskapet på avdelningen. Nedan följer nu en redovisning av studiens teoriavsnitt där relevant litteratur och tidigare forskning presenteras.

3. Teoretisk referensram

I nedanstående avsnitt presenteras vår teoretiska referensram, där vi för fram dess relevans kring vårt ämne och empiriska material. Teoriavsnittet inleds med en presentation av teorier och tidigare forskning som vi applicerar på hälso- och sjukvården. Faktorer som kan tänkas påverka sjuksköterskors uppfattning av enhetschefers ledarskap diskuteras. Vi för resonemanget vidare genom applicering av teorier på sjuksköterskan och hennes upplevelse av sitt eget ledarskap och hur det kommer till uttryck på arbetsplatsen.

3.1 Influenser inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är präglad av en lång rad förändringar genom årens gång och har påverkats och inspirerats av flera olika organisationsteorier och modeller (Hallin & Siverbo 2003, i Kihlgren et al. 2009, s. 33). Scientific Management var en av de första organisationsteorier som kom att påverka sjukvården i form av specialisering och ordergivning uppifrån. Vården är än idag präglad av detta i form av specialiserad kunskap och tydliga avgränsningar kring arbetsuppgifter och ansvarsområden mellan de olika professionerna (Kihlgren et al. 2009, s. 34). Ytterligare en organisationsteori som påverkat hälso- och sjukvården är administrativa skolan, vars fokus är att leda, styra och organisera verksamheten mot utsatta mål. Hälso- och sjukvården har influerats av denna skola vid uppbyggnad av ekonomi- och personalavdelningar (ibid., s. 36). En tredje organisationsteori som hälso- och sjukvården har influerats av är human relations. Teorin belyser organisationen som ett socialt system där gruppens normer, värderingar, känslor och informella relationer är viktiga. Detta är idag dominerande inom de flesta organisationer, då man insett att personal som trivs på sitt arbete är mer effektiva vilket organisationen tjänar på (ibid., s. 38).

Under 1980-talet förändrades hälso- och sjukvårdens organisation och beslutsnivåerna blev mer decentraliserade. Dessa förändringar medförde ett ökat resultatansvar, serviceinriktning och marknadsfokus som inte tidigare existerat (Axelson 1998, s. 13). Det utsågs enhetschefer som tog över administrativa uppgifter som sjukhusdirektören tidigare ansvarat för. Nu låg även granskning av vårdkvaliteten samt utveckling av vårdarbetet på enhetschefens ansvar (ibid., s. 57). Hallin och Siverbo menar att

införandet av marknadsstyrning inneburit att enhetschefer numera företräder arbetsgivaren och ansvarar för verksamhetens resultat där lägre kostnader och effektivitet är det som eftersträvas (2003, s. 55). De förväntas utföra mer och har samtidigt fått striktare krav angående budget och ekonomiska resurser. Budgetdisciplinen kräver mycket av deras tid och energi för att omprioritera de knappa resurser som de tilldelas (Axelson 1998, ss. 58-59; Anonson et al. 2014, s. 128).

Pingel och Robertssons undersökning av position och identitet inom vården visar att sjuksköterskor generellt ställer sig negativa till ekonomiska och administrativa styrsystem. Sjukvårdspersonalen anser att besparingar kommer drabba dem på enheterna och menar att de som styr hälso- och sjukvården har dålig förståelse för verksamheten (1998, ss. 53, 56).

3.2 Organisationens formella- och informella delar

Organisationer kan beskrivas i två delar, varav en del innefattar organisationens struktur och styrsystem med diverse regler, och en andra del som representerar organisationens kultur och relationer. Uppdelningen presenteras i en modell kallad isbergsmodellen vars delar kan benämnas som formella och informella delar av en organisation (Iwarson 2001, s. 7).

Den formella delen av en organisation består bland annat av lagar, ekonomi, mål och materiella resurser. Dessa delar inom hälso- och sjukvården styrs till stor del av landsting och kommuner, som finansierar och styr sjukhusens organisatoriska delar (Kihlgren et al. 2009, s. 39). Den informella delen består av normer, känslor, grupperingar och värderingar. Det är denna sektion som till stor del styr verksamhetens resultat och kan även beskrivas som företagets kultur. Det är personerna som arbetar där som utgör och formar den informella delen (ibid.,).

Då den informella delen formas av personerna i teamet och deras gemensamma värderingar och normer, kan det skilja sig från avdelning till avdelning (Rydholm 1992, s. 33). Hälso- och sjukvårdens informella del består av professioner som brukar förklara organisationen som en upp och ner vänd pyramid. Ledningens uppgift består av att stödja personalen i deras arbete, då det i grund och botten handlar om att finnas

till för patienten (Mintzberg & Glouberman 1997, s. 25). Som ovan nämnt är det ofta den informella delen som styr verksamhetens resultat. Därför är det viktigt att från ledningens sida kommunicera målen för att inte enskilda individers värderingar och attityder ska styra verksamheten i fel riktning (Kihlgren et al. 2009, s. 39).

3.3 Ledarskap och chefskap samma sak?

Ledarskap och chefskap beskrivs av många forskare som en dikotomi där chefskap anses innefatta traditionella uppgifter i form av administrativt arbete medan ledarskap anses innefatta utveckling och förändring (Sveningsson & Alvesson 2012, s. 31). Bass delar upp ledarskapet i transaktionellt och transformellt ledarskap. Det transaktionella ledarskapet anses vara detsamma som chefskap och Bass beskriver det som att det mellan ledare och anställd sker ett utbyte, vilket antingen resulterar i belöning eller bestraffning. Det transformella ledarskapet menar Bass är det riktiga ledarskapet där ledaren är visionär med kommunikativa egenskaper som skapar engagerade anställda (1985 i Curtis & O'Connell 2011, s. 32). Detta i enlighet med Berggren, Gilström och Östling som anser att ledaren, när denne utövar chefskap, baserar sin auktoritet på befattningen medan ledaren som utövar ledarskap baserar sin auktoritet på personligheten (1998 i Kihlgren et al. 2000, s. 7). Tengblad, Hällstén, Ackerman och Velten menar i sin tur att chefen bör ägna tid åt policys och administrativa uppgifter. Det viktigaste är dock att det finns tid för ledarskap. Detta genom att cheferna syns ute i verksamheten och förklarar vad dessa policyers innebär för verksamheten (2013, s. 50).

Sveningsson och Alvesson för diskussionen kring dessa två begrepp vidare och skriver att en del individer är chefer och andra ledare. De belyser även olika forskares åsikter om att en och samma individ kan och bör vara både chef och ledare, beroende på vad som ska åstadkommas. Författarna förtydligar resonemanget mellan chef och ledare med att "chefer kan vara 'endast' chefer eller också är de även ledare" (2012, s. 32). I en studie om hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras, lyfter författaren fram litteratur som belyser att behovet av ledarskap skiftar mellan organisationer. Denna skillnad beror på vilken uppgift och struktur organisationerna har samt vilken utvecklingsfas de befinner sig i. I kunskapsintensiva organisationer som hälso- och sjukvården kan det vara nödvändigt att skilja mellan ledarskap och chefskap. Chefen leder verksamheten och kan med givna ramar och resurser fatta beslut och verkställa

dem med hjälp av sin formella makt. Ledaren i sin tur har informell makt som inte kräver något statusutrymme eller formell makt (Abrahamsson & Andersen, 1998; Lennerlöf, 1969; 1987; 1991 i Nilsson 2003, ss. 1-2). Den sistnämnda kan liknas vid sjuksköterskan som i sin yrkesroll har en ledarfunktion även om denne inte har en formell chefsposition (Kihlgren et al. 2009, s. 11).

Dagens enhetschefer inom hälso- och sjukvården har hög press på sig då de ska eftersträva och hålla hög kvalitet inom omvårdnad, vara kostnadseffektiva och ha förmåga att utveckla och motivera sin personal. Curtis och O'Connell fokuserar på det transformella ledarskapet och menar att denna form av ledarskap är att föredra inom hälso- och sjukvården. Författarna menar att om dagens enhetschefer utövar transformellt ledarskap hjälper det dessa att förbättra eller bibehålla en positiv arbetsmiljö och motiverad personal (2011, s. 33). Vidare skriver författarna att det transformella ledarskapet innefattar tillåtandet av empowerment och autonomi i personalens arbete. Som nämnt innehåller sjuksköterskors yrkesroll en ledarfunktion där ett autonomt arbete med kontinuerligt beslutstagande är nödvändigt. För att skapa motivation och tillfredställelse är det därför viktigt att enhetschefer ger sjuksköterskorna möjlighet till detta (ibid., s. 34).

3.4 Delaktigt ledarskap

Det har visat sig vara viktigt att både som chef och ledare främja medarbetarskapet inom en organisation. Detta dels genom rutiner och regler och dels genom att vara en ledare som visar engagemang för arbetet och människorna bakom (Tengblad et al. 2013, s. 51). Som ovan nämnt menar Curtis och O'Connell att det transformella ledarskapet främjar arbetsmiljö och personal (2011, s. 33). Tengblad et al. benämner detta ledarskap som relationsorienterat ledarskap, där ledarskap ses som en gemensam process och ett samspel mellan formell ledare och medarbetare (2013, s. 42). Författarna skriver också att när en ledare/chef bedriver denna form av ledarskap kan det utvecklas till delaktigt ledarskap. Detta innebär att chefen leder utvecklingen tillsammans med medarbetarna, vilket i sin tur leder till att medarbetarna känner ett stort engagemang för verksamheten och dess utveckling (ibid., s. 52). Inom hälso- och sjukvården finns en informell organisation där cirka 80 till 90 procent arbetar i icke formella chefs/ledarroller. Det är av vikt att dessa känner ansvar för verksamheten då

det är dessa som har makt att påverka nivån och kvaliteten på patientens omvårdnad (Downey et al. 2011, ss. 518-519).

3.5 Att ta sig an rollen

Lika viktigt som det är för enhetscheferna att ge utrymme för sjuksköterskorna att få utöva ledarskap in sin yrkesroll, är det för sjuksköterskorna att förstå vad denna roll innebär. Det område som innefattar ledarskap i sjuksköterskors arbete handlar om att ansvara för och leda det praktiska omvårdnadsarbetet. Det handlar även om att förbättra och utveckla samt medverka i utbildning av sjuksköterskestudenter och andra yrkeskategorier (Kihlgren et al. 2009, s. 11). Kihlgren et al. menar om en sjuksköterska ska kunna ta denna roll krävs att personen först och främst måste finna den för att sedan skapa den och ta sig an den (ibid.,). Detta kan liknas vid det Sandahl, Falkenström och Von Knorring benämner som en rollanalys. Analysen är en process som består av tre steg: att finna, att forma och att slutligen anta sin roll. Författarna menar att det första steget handlar om att upptäcka en plats inom sig själv som man kan agera utifrån. Genom att förstå vad huvuduppgiften är och vilket sammanhang man befinner sig i underlättar det att finna sin roll (2012, s. 172).

Nästa steg handlar om att forma rollen. För detta krävs att individen har insikt om sig själv och reflekterar över sina styrkor och svagheter, sin personlighet och erfarenhet. För att lättast kunna forma sin roll är det av vikt att ha förståelse för och känna engagemang för organisationens övergripande syfte. Om steg ett och två har blivit framgångsrikt genomförda är man redo att anta sin roll. Att anta sin roll handlar om professionalisering av sitt beteende vilket ska bidra till verksamhetens syfte. Lika mycket som det handlar om att bidra till verksamhetens syfte handlar det också om att bidra till organisationens kultur. En kultur med fokus på frihet och personligt ansvar (ibid., ss. 172-173). För att ta sin roll krävs att sjuksköterskan när denne är nyutbildad och nyanställd får en gedigen introduktion för att lättare få en förståelse av arbetsinnehållet och organisationen som helhet (Kihlgren et al. 2009, s. 10).

3.6 Sjuksköterskors ledarskap

Sjuksköterskors ledarfunktion är något inte alla vid utbildningens början är medvetna om. Studenterna blir tränade i omvårdnadsarbete, men utbildningen måste samtidigt genomsyras av ledarskap för att sjuksköterskorna snabbt ska kunna acceptera denna

roll och ta sig an den (Kihlgren et al. 2009, s. 9). För att sjuksköterskan ska hinna med sina arbetsuppgifter är det av stor vikt att hon delegerar uppgifter till undersköterskan, något Barter och Furmidge påstår är en förmåga många sjuksköterskor missar att utveckla i sitt arbete (1994 i Saccomano & Pinto-Zipp 2011, s. 523). Saccomano och Pinto-Zipp belyser bristerna kring ledarskap och delegering i sjuksköterske-utbildningar och menar att utan kunskap inom dessa områden är det svårt att bli effektiv och skicklig på det (2011, s. 524).

Behovet av sjuksköterskors ledarskap inom omvårdnad har uppmärksammats mer på grund av hälso- och sjukvårdens övergång till decentralisering under de senaste femtio åren. Ledarfunktionen i sjuksköterskans yrkesroll beskrivs i socialstyrelsens *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005). I beskrivningen framförs rekommendationer kring sjuksköterskors yrkeskunnande, kompetens, erfarenhet och förhållningssätt. Sjuksköterskans arbetsområde är i denna kompetensbeskrivning indelat i tre delområden varav en del är ledarskap. Detta innebär att sjuksköterskan är ansvarig för att leda och praktisera omvårdnadsarbetet på sin avdelning. Sjuksköterskan har därför i sin yrkesroll en ledarskapsfunktion utan att egentligen ha en formell chefsposition (Kihlgren et al. 2009, s. 11).

Sjuksköterskors yrkesroll är inte bara att leda utan även bli ledda. Medicinsk vård ligger utanför sjuksköterskors kompetensområde. Det är läkare som delegerar och har därmed det slutgiltiga ansvaret. Förr ansågs att sjuksköterskor inte enbart skulle ta hänsyn till patienten utan även till läkare där de skulle stå under dennes direkta ledning och genomföra givna ordinationer. Genom detta ansågs sjuksköterskor göra nytta både för patienter och för läkare (Kihlgren et al. 2009, s. 26).

Denna föråldrade syn på sjuksköterskors yrkesområde finns till viss mån kvar inom hälso- och sjukvården och är anledningen till att sjuksköterskor kan ha svårt att urskilja sitt eget ansvarsområde (Carnevali 1996, i Kihlgren et al. 2009, s. 26). Karlsson menar att förvirringen uppstår eftersom sjuksköterskor ska agera ledare i direkt patientvård samtidigt som de ska agera jämlike med samtliga medarbetare i teamet och underordnad enhetschefen (2007 i Josefsson & Hansson 2011, s. 499).

3.7 Krav, kontroll och stöd på arbetsplatsen

För att möjliggöra för sjuksköterskor att klara av sin komplexa arbetsroll krävs stöd från organisationens sida. Stödet behövs även från teamets medlemmar. Alla individer i teamet har ett speciellt kunskapsområde och när dessa samverkar skapas harmoni i gruppen. Om detta ska vara möjligt måste omständigheterna på avdelningen och klimatet i gruppen vara av god karaktär (Kihlgren et al. 2009, s. 71).

Karasek och Theorells krav-kontroll-stöd modell är en lämplig modell att applicera inom hälso- och sjukvården för att säkerställa att sjuksköterskorna upplever sin arbetssituation som hanterbar. Modellen är utvecklad för att förklara hur anställda upplever sin arbetssituation i form av krav från organisation, chef eller medarbetare. Detta i jämförelse med känslan av kontroll över dessa krav och om de får stöd från organisation, chef eller medarbetare i arbetet (Karasek & Theorell 1990, s. 31). Inom hälso- och sjukvården är kraven på de anställda höga eftersom de innehar en yrkeslegitimation och därmed ett ansvar. Anledningen till att sjuksköterskor och annan vårdpersonal inom hälso- och sjukvården har yrkeslegitimationer är för att säkerställa kompetensen för arbetet (Rönnberg 2011, s. 167).

Det har framkommit att nedskärningar inom hälso- och sjukvården har ökat kraven och resulterat i en stressad situation för sjuksköterskor vilket kan leda till negativa hälsoeffekter (Aiken et al. 2001 i Laschinger et al. 2013, s. 541). Ett ökat krav leder till att personalen behöver stöd från chef och medarbetare för att kunna behålla en god arbetshälsa och känsla av kontroll i sin arbetssituation (Karasek & Theorell 1990, s. 69). Johansson et al. och deras studie visar att sjuksköterskor trots höga krav, fann sitt arbete intressant, meningsfullt och utmanande vilket ökade känslan av kontroll (2013, s. 455). Enligt Karasek och Theorell uppstår kontroll om chefen kan hitta en balans mellan kravet på personalen, vilken möjlighet de har att uppfylla kraven samt vilket stöd dem får under arbetets gång. Författarna belyser vikten av personalens möjlighet att utöva kontroll i sitt arbete, att ha rätt kunskaper och färdigheter för att kunna genomföra sina arbetsuppgifter (1990, s. 69).

3.8 Arbetsgruppens betydelse

Som ovan nämnt finns formella och informella delar inom en organisation, detsamma gäller med grupper. Formella grupper är de som tillkommit för utförandet av

gemensamma uppgifter. Informella grupper skapas när människor möter varandra och finner gemensamheter (Lennéer-Axelson & Thylefors 1991, s. 27). För skapandet av informella grupper måste organisationen möjliggöra för individer att mötas. Flergruppstillhörighet är en form av gruppering som existerar inom hälso- och sjukvårdsorganisationer. Flergruppstillhörigheten uppstår när en och samma person är medlem i flera grupper, både formella och informella (ibid., s. 31).

I likhet med flera forskare tillhör sjuksköterskor en formell grupp och profession då de har liknande kunskapsgrund från en given utbildning. Samtidigt är de medlemmar i arbetsgruppen på avdelningen där de utför sina arbetssysslor. Denna grupp består av flera professioner i form av bland annat läkare, sjuksköterskor och undersköterskor (Lennéer-Axelson & Thylefors 1991, s. 31; Rydholm 1992, s. 45). I en grupp är det kommunikation som utgör atmosfär och klimat. Kommunikation är även gruppens viktigaste verktyg till samarbete (Lennéer-Axelson & Thylefors 1991, s. 32). Gruppsammanhållning är av betydelse för att gruppen tillsammans ska nå sina mål och lösa eventuella problem. Gruppens normer reglerar hur medlemmarna uppför sig mot varandra och personligheten hos medlemmarna är det som avgör hur strikt gruppnormerna följs (ibid., s. 33).

Syftet med team inom vården är att skapa en synergieffekt. Det förutsätts att samtliga medlemmar äger en speciell kompetens, som under rätt förutsättningar blir något större än om varje medlem arbetat enskilt, det vill säga helheten blir större än delarna tillsammans (Kihlgren et al. 2009, s. 71). Samarbetet mellan medarbetarna kan försvåras då det fortfarande existerar ett auktoritetsproblem inom hälso- och sjukvården. Det förekommer att läkare anser sjuksköterskor underordnade och menar att dessa ska fokusera på enbart omvårdnadsarbetet och låta läkarna sköta totalansvaret för medicinering (Mintzberg & Glouberman 1996, 1997, s. 26, 10). Clegg, Kornberger och Pitsis menar att ett positivt utövande av makt handlar om att inte utnyttja sin titel och erfarenhet gentemot andra utan istället lyssna och ägna medarbetare uppmärksamhet (2007, s. 202).

Lennéer-Axelson och Thylefors belyser att flera arbetsplatser idag minskar möjligheten till skapandet av en bra social arbetsmiljö. Detta genom att ersätta medarbetarnas kontakt och stöd till varandra med experter, som numera ska tillföra

det. De menar samtidigt att dessa expertfunktioner behövs men får inte ersätta den personliga medmänskliga kontakten mellan kollegor. Arbetsgruppen är viktig både för den enskilde individens arbetslivskvalitet och för verksamhetens effektivitet (1991, s. 24).

Sammanfattningsvis har vi ovan presenterat litteraturen vi applicerar i analysen nedan. Teoriernas relevans i förhållande till empirin redovisas löpande i analysen och presenteras avslutningsvis i diskussionen och genom studiens slutsatser.

4. Analys

4.1 Fråga 1: Hur upplever sjuksköterskor att enhetschefen på deras vårdavdelning utövar ledarskap?

I följande avsnitt analyserar vi insamlad empiri och kopplar den till tidigare redovisad teori och forskning. Avsnittet behandlar sjuksköterskors upplevelse av enhetschefens ledarskap där vi undersöker olika faktorer som kan påverka deras uppfattning. Vidare undersöks om faktorerna påverkar sjuksköterskors upplevelse om huruvida deras chef är en transformell eller transaktionell ledare och om detta påverkar sjuksköterskor i deras arbete. Avslutningsvis analyseras den informella ledarskapsrollens existens på vårdavdelningarna. Empirin presenteras löpande genom utvalda citat som skildrar sjuksköterskornas upplevelse av deras enhetschefs ledarskap.

4.1.1 Organisatoriska påverkansfaktorer på ledarskapet

> "Just nu jobbar jag på en avdelning där ledarskapet är väldigt föråldrat /.../ vi har listor på listor, kryssa för vad du har gjort och inte har gjort. Jag tycker det är befängt alltså. Om du har vattnat blommor, det är aldrig någon som frågar hur jag har hanterat en patient, om jag sköter det bra eller inte /.../ det är mer fokus på det än på patientomhändertagande" (SSK10).

Citatet skildrar sjuksköterska 10:s upplevelse av enhetschefens fokus på hennes avdelning. Hon uttryckte frustration över att det på hennes arbetsplats behöver dokumentera samtliga arbetsuppgifter i form av fysisk skötsel på avdelningen. I och med detta försvinner fokus från omvårdnadsarbetet och enligt henne fokuserar chefen på att fel saker blir utförda. Utifrån resonemanget dras en parallell till Scientific Management vars grundtanke är att systemet kommer i första hand och inte människan, och samtliga arbetsuppgifter i organisationen struktureras i detalj (Kihlgren et al. 2009, s. 34). Enligt resonemanget går det att förstå det som att ledarskapet inom hälso- och sjukvården fortfarande influeras av föråldrade teorier om hur arbetet ska bedrivas.

Samtidigt som ledarskapet uppfattas som föråldrat var det flera sjuksköterskor som menar att chefens sätt att styra deras avdelning är bra. Sjuksköterska 2 berättade att hon är nöjd med sin enhetschef och uppfattar denne som lyhörd och en i gruppen på avdelningen (SSK2). Flera andra sjuksköterskor känner även dem att deras chef visar uppskattning för deras arbete både med patienten och andra sysslor. De anser att de har en bra ömsesidig relation till varandra. I motsats till Scientific Management kan tankegången liknas vid Human Relationskolan som fokuserar på människans känslor och värderingar (Kihlgren et al. 2009, s. 38). Det kan således tolkas som att bra samspel mellan chefen och medarbetarna resulterar i bättre arbetsförhållanden, då medarbetarnas känslor och värderingar uppmärksammas. Sveningsson och Alvehus menar att lyhördhet, kommunikation och tydlighet är ledarens främsta verktyg för att få personalen att följa efter (2012, s. 14).

> "Många chefer dränks i det administrativa /.../ jag tror att cheferna idag skulle vilja kunna leda mer, framför allt avdelningen framåt men verksamhetsutveckling också, få den att blomstra /.../ men jag tror många håller huvudet över vattenytan för att bara få det att gå runt /.../ man borde kanske ha mer LEAN-tänk på vad en ledare gör och behöver göra" (SSK4).

Sjuksköterska 4:s skildring av enhetschefen belyser problemet med att mycket av dennes tid går åt till administrativa uppgifter. Hon menar att viljan finns där men fokus på att leda personal och verksamhet framåt försvinner på grund av tidsbrist. Detta resulterar i att enhetschefen endast har tid till att få verksamheten att upprätthållas utan problem och inte till förändring och utveckling (SSK4). Strikta krav angående budget och ekonomiska resurser kräver mycket av enhetschefers tid att fördela de knappa resurser de tilldelas (Axelson 1998, ss. 58-59). Sjuksköterska 4 menar att problemet kan lösas genom att låta enhetschefen utföra de uppgifter en ledare bör lägga tid på och låta någon annan sköta administrativa uppgifter (SSK4). Kihlgren et al. belyser forskning som utförts där två personer delar på en chefsbefattning, med syfte att underlätta för cheferna och möjliggöra för ett effektivare ledarskap. Forskningen resulterade i ökad arbetstillfredsställelse och bättre påverkansmöjligheter (2009, s. 54).

Enligt majoriteten av sjuksköterskorna i undersökningen hamnar enhetschefen i en mellansituation. De har en formell chefsposition men minimala befogenheter att faktiskt leda, då all deras tid går åt till möten och pappersarbete. De anser att det saknas en tydlig ledare på avdelningen som ser till att det dagliga arbetet utvecklas och förs framåt. Decentraliseringen och införandet av marknadsstyrning under 1980-talet resulterade i att enhetschefer infördes på varje avdelning. De tilldelades ansvar för verksamhetens resultat där lägre kostnader och effektivitet skulle eftersträvas (Axelson 1998, s. 57; Hallin & Siverbo 2003, s. 55; Anonson et al. 2014, s. 128). Även administrativa skolan har influerat hälso- och sjukvården vid uppbyggnad av administrativa avdelningar. Avsikten var att arbetsuppdelning av ansvar och befogenheter skulle leda till högre effektivitet och kvalitet i arbetet (ibid., s. 36).

Sammanfattningsvis tycks det existera en ambivalens i sjuksköterskornas uppfattning av enhetschefens ledarskap. Av resonemanget framgår att det fortfarande finns inslag av föråldrade organisationsteorier som påverkar hälso- och sjukvården. Det blir även tydligt att decentraliseringen på 1980-talet och dess innebörd för enhetschefens ansvarsområde, till stor del påverkar sjuksköterskornas uppfattning av deras enhetschefers ledarskap. Upplevelsen är att effektiviseringen har skett på bekostnad av det dagliga ledarskapet på avdelningarna.

4.1.2 Enhetschefen med en fot på formella och en fot på informella sidan

> "/.../ Jag tror att hon jobbar väldigt hårt. Hon slits mycket mellan oss på avdelningen och de högre positionerna, alla regler och mål som hon ska förhålla sig till. Jag vill inte sitta som chef, jag tycker det verkar svinjobbigt /- - -/ och hur det fungerar har inte samma verklighet kanske. Det går inte att bara tänka på ekonomi" (SSK3).

Citatet ovan är det svar sjuksköterska 3 gav när hon ombads beskriva sin chef och varför hon själv inte skulle vilja arbeta som enhetschef. Hon beskrev sin chef som "en av dem" och menar att hon försöker arbeta för att det ska bli bra för samtliga på avdelningen. Dock försvårar strama finansiella ramar arbetet för enhetschefen (SSK3). Sjuksköterska 8 förklarade att hon är nöjd med sin enhetschef och det arbete denne utför. Hon förklarade att det istället är sjukhusledningen som inte har någon verklighetsförankring (SSK8). Sjuksköterska 1 menar i sin tur att hon tycker det

verkar svårt att "nå fram" högre upp i organisationen och att de som bestämmer har en verklighetsfrånvänd inställning till det arbete dem utför på "golvet" (SSK1). Detta i likhet med Pingel och Robertssons undersökning vars resultat visade att sjuksköterskor allmänt anser de som styr hälso- och sjukvården ha dålig förståelse för verksamheten (1998, s. 56). Sjuksköterska 8 upplever det som att ledningens uppdrag är att spara pengar till vilket pris som helst och att personalen blir lidande. Hon berättade att organisationens mål bland annat består i att värna om medarbetare och att patienterna ska få bästa vård. Detta menar hon är motsägelsefullt då de i sitt arbete med att spara pengar, drar in på personal och utan tillräckligt med personal blir medarbetarna utbrända och patientvården lidande (SSK8). I isbergsmodellen beskrivs vikten av att den formella och informella delen av organisationen stämmer överens för att verksamheten ska fungera effektivt. Då den informella delen formas av individer som till stor del påverkar verksamhetens resultat, är det av vikt att personal och ledning har tydligt formulerade gemensamma mål att arbeta mot (Rydholm 1992, s. 33; Iwarsson 2001, s. 7; Kihlgren et al. 2009, s. 39).

> "När jag började jobba här frågade jag flera gånger efter ett mål men då fanns det inte på papper, för alla visste ju vad dem jobbade med. Detta gjorde mig jättefrustrerad, för jag tycker att man behöver ha ett mål för att få någon form av struktur på det man gör" (SSK5).

Respondenten anser att det för henne spelar roll att ha tydliga mål och menar att sjuksköterskor som arbetsgrupp blivit bortglömda. Hon uppfattar även att det existerar ett glapp i hur ledningen utvecklar organisationen med hur dem arbetar på avdelningen (SSK5). Utan uttalade mål ökar risken att enskilda individers värderingar och attityder styr organisationen (Kihlgren et al. 2009, s. 39). Sjuksköterskorna uttryckte ett missnöje över att organisationens ledning har som främsta mål att spara pengar vilket resulterar i att personalen blir lidande. De upplever att deras enhetschefer anstränger sig för att möta personalens behov samtidigt som de ska uppfylla ledningens krav. Detta resulterar i att missnöje bland personalen uppstår. Mintzberg och Glouberman belyser ledarskap inom hälso- och sjukvården. De förklarar att ledningen och de som har makt måste förstå att det i grund och botten handlar om att vårda och bota individer. Fokus kan inte enbart vara statistik och ekonomi (1997, s. 31). Detta i enlighet med Kihlgren et al. som menar att vården är en

värdebaserad verksamhet där målen inte går att mäta i pengar (Kihlgren et al. 2000, s. 27).

Sammanfattningsvis framgår att samtliga sjuksköterskor anser sjukhusledningen ha bristande verklighetsförankring i vad som pågår i den dagliga verksamheten. Strikta finansiella ramar har resulterat i att enhetscheferna behöver göra nedskärningar för att inte överstiga budgeten. Detta sker på personalens bekostnad och enligt sjuksköterskorna påverkas kvaliteten på omvårdnaden. Respondenterna är allmänt nöjda med deras enhetschefers insatser men känner frustation över faktorer som är utanför enhetschefens befogenheter.

4.1.3 Transformellt vs transaktionellt ledarskap

Under intervjun med sjuksköterska 8 förklarade hon att ledarskapet från hennes nuvarande chef och tidigare chef skiljer sig åt. Den nuvarande chefen beskriver hon som lyhörd och idérik. Hon har alltid personalens främsta i fokus och är enligt sjuksköterska 8 en bra ledare. Chefen har bra kommunikation med personalen vilket hon tror beror på att chefen tidigare arbetat som sjuksköterska på avdelningen. Sjuksköterska 8:s tidigare chef menar hon är mer en chef än en ledare. Hon förklarade henne som "mycket chef" då hon inte visade empati för sin personal och uppfattades som rak och känslokall i sitt chefskap (SSK8). De två chefernas stilar kan liknas vid transformellt och transaktionellt ledarskap. Transformellt ledarskap innebär att chefen är en typisk ledare som agerar visionär och engagerar sin personal till framgång i arbetet. Transaktionellt ledarskap kopplas däremot ihop med chefskap där den anställde utför sitt arbete i utbyte mot belöning (Bass 1985 i Curtis & O'Connell 2011, s. 32). Sveningsson och Alvehus menar att en del chefer nöjer sig med att just vara chefer och hoppar över den viktiga delen med att även vara ledare (2012, s. 32).

Vad som kan tydas utifrån sjuksköterska 8:s förklaring av cheferna är att hennes nuvarande chef är en transformell ledare som sätter personalen i fokus. Detta till skillnad från hennes tidigare chef som har mer inslag av transaktionellt ledarskap, då viljan att skapa en relation med personalen inte fanns. Sjuksköterska 1 nämnde också hon att chefer kan ha olika stilar och hon har erfarenhet av chefer som styr och leder på olika sätt. Hon berättade om sin tidigare chef som ständigt var närvarande i det dagliga arbetet vilket gav henne känslan av övervakning. Detta i motsats till hennes

nuvarande chef som har en mer avslappnad ledarskapsstil. Hon visar förtroende för sin personal vilket sjuksköterska 1 anser passar bättre i hennes arbete (SSK1). Likaså nämnde sjuksköterska 4 vikten av att chefen visar förtroende för personalen vilket hon anser vara hälsosamt för arbetsgruppen då det får personalen att växa (SSK4). För att skapa motivation och tillfredsställelse är det viktigt att enhetschefer ger sjuksköterskor utrymme för beslutstagande och möjlighet till ett autonomt arbete (Curtis & O'Connell 2011, s. 34).

> "/.../ många chefer dränks i det administrativa och då får man försöka hitta lösningar och det är olika från chef till chef att hitta den lösningen för att kunna vara med sin personalgrupp /.../ men att alltid ha dörren öppen och alltid visa att man är tillgänglig det är ju fantastiskt men då får man kanske inte så mycket gjort heller" (SSK4).

Citatet belyser sjuksköterska 4:s syn på enhetschefens två delar i dennes arbetsroll, nämligen att leda personal och avdelning framåt, men även utförandet av administrativa uppgifter. Hon menar att det är viktigt att finna en lösning och en balans med utrymme för båda delarna. Hennes chef vill finnas tillgänglig för personalen på avdelningen genom att alltid ha en öppen dörr. Enligt sjuksköterska 4 är detta positivt men att det samtidigt kan leda till att de administrativa uppgifterna skjuts undan (SSK4). Tengblad et al. för fram vikten av att chefen lägger vikt vid personalansvarets administrativa delar för att få helheten av avdelningen att fungera. För att åstadkomma detta behöver chefen vara närvarande och leda, men även fokusera på administrativa uppgifter och policys. Dessa policyers måste sedan delas med personalen samt säkerställa att de följs i det praktiska arbetet (2007, s. 50). Sjuksköterska 7 förklarade att hennes chef ofta fastnar i administrativa uppgifter men att hon dagligen försöker visa sig på avdelningen och prata med personalen. I den mån hon får tid försöker hon även finnas där för att leda och utveckla arbetet på avdelningen (SSK7). Flera av sjuksköterskorna nämner att de önskat mer ledarskap från deras chefer, men att de samtidigt förstår dilemmat med att finna balansen i att både hinna med administrativa uppgifter samt utveckla och förändra avdelningen.

Sammanfattningsvis förklarar sjuksköterskorna att deras chefer generellt lyssnar på dem och att deras röster blir hörda. Vidare förklarar de att det existerar olika ledarskapsstilar varav någon varit känslokall samtidigt som någon lagt sig i för

mycket. Trots att flera enhetschefer har mycket administrativt arbete att utföra befinner de sig i den mån det går ute på avdelningen. Det har dock visat sig existera ett dilemma mellan att kunna balansera administrativt arbete med utveckling och förändring.

4.1.4 Enhetschefens roll och ett delaktigt ledarskap

> "/…/ jag kan också tycka att hon som ledare ibland kan vara lite bitsk mot folk. Snäsa av lite och så, och det tycker jag var ok när hon jobbade som sjuksköterska och gjorde det, men när hon gick över i rollen som chef tycker jag att hon skulle sluta göra så, för där har hon en annan roll" (SSK5).

Sjuksköterska 5 förklarade att hennes nuvarande chef tidigare arbetat som sjuksköterska på avdelningen och varit hennes kollega. I citatet beskrivs hennes uppfattning av hur enhetschefen ibland kan tappa fattningen inför personalen. Hon anser detta vara något chefen måste lära sig att hantera då hon numera inte är deras kollega utan deras chef (SSK5). Detta enligt Sandahl et al. som skriver att kärnan i att vara professionell som chef handlar om att kunna ta sin roll. För att vara professionell behöver chefen reglera sina känslor och sitt beteende, samt agera på ett moraliskt försvarbart sätt som främjar det övergripande syftet i organisationen (2012, s. 152).

Vidare berättade sjuksköterska 2 att hennes chef arbetat som sjuksköterska på avdelningen i tio år innan hon blev enhetschef. Hon uppfattade inte att det uppstod några problem utan att samtliga på avdelningen hanterat det bra och att chefen fortfarande är en i gruppen (SSK2). Likaså upplever sjuksköterska 7 att enhetschefen på hennes avdelning utför ett bra jobb men att vissa delar av chefskapet brister. Hon anser en anledning vara att chefen tidigare arbetat som sjuksköterska i flera år och har god erfarenhet i denna befattning, men inte som chef (SSK7). Även sjuksköterska 8 förklarade att hennes chef arbetat som sjuksköterska tidigare och det fungerar bra. Dock menar hon att det anställs för många chefer internt. Hon anser detta fel och menar att det kan vara bra att anställa chefer utifrån för att få in nya tankar och åsikter (SSK8). Duffield har diskuterat frågan om en skicklig sjuksköterska automatiskt blir en skicklig chef. Studier visar att sjuksköterskor i sin utbildning blir utbildade inom omvårdnadsverksamheten och att ledarskapsutbildningen varit i princip obefintlig

(1991 i Nilsson 2003, s. 18). Vidare fann McGillis Hall och Donner att när sjuksköterskors kliniska expertroll i den nya befattningen inte längre var relevant och annan kompetens behövdes, kunde svårigheter i form av maktbefogenheter, brist på tid och kontroll över verksamheten uppstå (1997 i ibid., s. 19).

Som tidigare nämnt uppfattar sjuksköterska 3 sin enhetschef som bra och mån om personalen. Dock slits hon ofta mellan de i personalen och de högre positioner med regler och mål som hon måste förhålla sig till. Samtidigt lyfter hon fram en av de erfarna sjuksköterskorna på avdelningen som en informell ledare i arbetsgruppen. Sjuksköterska 3 beskriver henne som någon hon alltid går till om det är något hon undrar över, behöver hjälp med något eller har idéer till förändringar (SSK3). Även sjuksköterska 6 förklarade att det finns en sjuksköterska på hennes avdelning som flera vänder sig till vid osäkerhet. Även nyanställda hänvisas till henne vid olika frågor då hon enligt sjuksköterska 6 är den informella ledaren (SSK6). Informella ledare har oftast inte någon formell titel men kan kännas igen på flera områden, exempelvis att de har goda omvårdnadskunskaper som de gärna delar med sig av. Någon som kollegorna vänder sig till vid problem och har god och nära relation till chefen och ledningen (Downey et al. 2011, ss. 518-519).

Abrahamsson och Andersen menar att det finns en nödvändighet i att skilja på chefskap och ledarskap och detta särskilt i kunskapsintensiva organisationer. De menar att det ligger en formell makt i chefskapet och en informell makt i ledarskapet (1998 i Nilsson 2003, s. 2). Yukl menar vidare att dessa två delar inte behöver utföras av samma person (1998 i ibid.,). Med detta i åtanke kan det tydas att sjuksköterskorna anser det vara en fördel när en erfaren sjuksköterska tar sig an ledarrollen om chefen fastnar i administrativa uppgifter. Lösningen till detta kan enligt Tengblad et al. vara ett delat ledarskap, där en person har mer fokus på ledaruppgiften och den andra mer fokus på administrativa uppgifter (2013, s. 52). Kihlgren et al. talar också om ledarskap och menar att detta är något vem som helst kan utöva och är inte kopplat till någon speciell befattning (2009, s. 51).

> "/…/ men att jag som sjuksköterska inte kan ta ett eget ansvar utan att det är någon ovan, och det kan vara både läkare och enhetschefen som talar om detta för mig. Jag tycker att de inte tror att vi kan hantera vissa saker. De ger oss inte ett visst ansvar, eget ansvar" (SSK10).

Sjuksköterska tio uttryckte frustration över att hon känner sig låst i sitt ansvarstagande och uppfattar det som att hennes chef inte litar på hennes omdöme (SSK10). Även sjuksköterska 5 berättade att hon önskade att enhetschefen skulle delegera fler uppgifter till personalen på avdelningen. Hon menade att hennes chef är bra på att lyssna och ta till sig men att det sällan sker några förändringar. Hon har flera gånger erbjudit sig ta tag i förändringar men enhetschefen har valt att tacka nej till hjälpen (SSK5). Detta i motsats till sjuksköterska 3 som förklarade att personalen på hennes avdelning blivit tilldelade makt och att inte enbart enhetschefen bestämmer (SSK3). Även sjuksköterska 7 menade att personalen har frihet att utföra förändringar i den mån det går. Hennes chef är öppen och tydlig med att sjuksköterskorna kan förändra saker som förbättrar deras dagliga arbete (SSK7).

Sandahl et al. menar att den största utmaningen för chefer kan vara att låta andra leda. Om chefen är rädd för att förlora sin auktoritet genom att lämna över ansvar, kan denne bli ett hinder för gruppens arbete (2012, s. 113). Tengblad et al. menar i sin tur att om chefen skapar utrymme för medarbetarna att ta initiativ inom olika ansvarsområden går det att utveckla något de beskriver som medledarskap. Denna form av arbete möjliggör föreningen av organisatoriskt värdeskapande med medarbetartillfredsställelse (2013, s. 52). Utifrån resonemanget tydliggörs att de sjuksköterskor vars chefer uppmuntrar till delaktighet och ansvarstagande har en bättre relation till varandra. Sjuksköterskorna får även möjlighet att öka sin arbetstillfredsställelse då de känner att chefen har förtroende för och litar på sjuksköterskornas kunskap och omdöme.

Sammanfattningsvis framgår att flera av sjuksköterskornas chefer tidigare arbetat som sjuksköterskor. Detta uppfattas positivt då cheferna har förståelse för det dagliga arbetet och fortfarande uppfattas som "en av dem". Det har även visat sig vara negativt i den bemärkelsen att några av cheferna har svårt att ta sig an chefsrollen och även om de försöker leda så brister helhetsarbetet. Sjuksköterskorna menar att det

existerar informella ledare i arbetsgruppen som till viss del löser detta problem. Vidare anser dem att om de får mer ansvar och utrymme kan det resultera i att enhetschefen får tid till att både sköta administrativa uppgifter och samtidigt utveckla avdelningen. Nedan följer analysavsnitt två där vi ämnar besvara följande frågeställning:

4.2 Fråga 2: Hur upplever sjuksköterskor innebörden av sitt eget ledarskap och hur kommer detta till uttryck på arbetsplatsen?

Nedan analyseras sjuksköterskors upplevelse av sitt eget ledarskap, där vi undersöker faktorer som kan underlätta eller försvåra för huruvida de tar sig an rollen som ledare. Vi analyserar också vilka krav sjuksköterskor har i sin yrkesroll och om de är hanterbara. Avslutningsvis undersöks gruppdynamiken på arbetsplatsen och hur deras ledarskap kommer till uttryck på arbetsplatsen.

4.2.1 Att ta sig an rollen som omvårdnadsledare

> "Den var jättebra, de som höll i den var väldigt engagerade /.../ men, som jag minns var den ganska inriktad på styrning av hälso- och sjukvården. Just chefskap. Det som har varit den största utmaningen sen jag började jobba, är mitt ledarskap gentemot undersköterskorna" (SSK5).

Under intervjun med sjuksköterska 5 berättade hon om sin utbildning och förklarade att ledarskapskursen som ingår i utbildningen var bra, men att den inte fokuserade på eller förberedde henne inför ledarskapet gentemot undersköterskan (SSK5).

> "Vi gick igenom chefen, alltså hur man jobbar vidare som avdelningschef men det här med att som sjuksköterska att du också har ledarskap, det tycker jag vi skulle gått igenom mer, alltså hur man ska göra, vi läste en del om det men aldrig så mycket som man skulle behöva /.../" (SSK6).

Även sjuksköterska 6 anser ledarskapskursen i utbildningen till större del borde innefatta ledarskapet kring sjuksköterskan och hur det går till i praktiken (SSK6). Vidare förklarade sjuksköterska 3 att utbildningen innehöll flera teorier kring omvårdnad, vilket var bra, men att det krävs mer än omvårdnad för att också andra områden ska fungera (SSK3). Tidigare studier visar att sjuksköterskeutbildningars

främsta fokus har varit omvårdnad och att ledarskapsutbildningen fallit i skymundan (Nilsson 2003, s. 18). Saccomano och Pinto-Zipp åskådliggör bristen i ledarskapsutbildning vilket resulterar i att sjuksköterskor känner osäkerhet inför sin ledarskapsroll (2011, s. 523). I motsats till detta beskriver sjuksköterska 1 utbildningen som tillräcklig och menar att det inte går att förbereda sig inför ledarrollen. Hon beskriver sin första period på arbetet enligt nedan:

> "Jag var nog inte förberedd i början, det var jobbigt i början. Men så var det plötsligt bara så, tror jag, det var bara att finna sig i det. Så biter man ihop och så blir man väldigt så att man fixar detta och så gör man det på något sätt" (SSK1).

Sjuksköterska 1 kände sig inte förberedd på att vara den som leder omvårdnaden när hon som nyexaminerad sjuksköterska kom ut i arbetslivet. Hon nämnde att det var jobbigt i början, men att hon var tvungen att behärska ledarskapsrollen eftersom det är hennes ansvar. Vidare förklarade hon att en viktig del för att sjuksköterskan ska känna sig trygg i sin roll som ledare, är att få en bra introduktion på avdelningen. Detta underlättar förståelsen inför hur gruppen arbetar och vilken atmosfär som finns på arbetsplatsen (SSK1).

Sjuksköterska 4 berättar i sin tur om sin upplevelse av ledarskapet hos de nyexaminerade sjuksköterskor som börjat på avdelningen hon arbetar på. Hennes uppfattning är att de nya sjuksköterskorna inte är förberedda på att leda, utan att det krävs vana i arbetet för att våga ta sig an ledarrollen (SSK4). Sjuksköterska 8 berättade att hon valde att sluta på sin tidigare avdelning eftersom det började flera nyexaminerade sjuksköterskor där. Anledningen till varför hon slutade var att hon ansåg bristen i deras ledarskap påverka patientsäkerheten (SSK8). Detta kan liknas vid det sjuksköterska 9 känner inför sitt ledarskap. Hon har arbetat två månader och förklarade att hon inte ännu kommit "in i tänket" att uppfatta sig som och agera ledare (SSK9).

Sandahl et al. (2012, s. 172) och deras trestegsmodell kan appliceras på vad dessa sjuksköterskor berättar. Sjuksköterska 1 nämnde att en bra introduktion på avdelningen med möjlighet att lära känna arbetslaget, underlättade för henne i rollen som ledare (SSK1). Detta kan appliceras på modellens första steg, vilket är att finna

rollen och kunna se var och när ett ledarskap behövs och hur detta bör komma till uttryck. Vidare kan andra steget i modellen, att forma rollen, bli problematisk då det krävs mod och rutin i arbetet för att kunna forma sitt ledarskap (Sandahl et al. 2012, s. 172). Sjuksköterska 4 och 8 tar upp denna problematik då de upplevt att det saknas hos en del nya sjuksköterskor. Detta bekräftas även av sjuksköterska 9 som inte anser sig "ha format" sin ledarskapsroll ännu (SSK9). Modellens sista steg handlar om att ta sig an rollen. För att det ska ske behövs en förståelse för organisationens syfte och kultur (Sandahl et al. 2012, s. 172). Sjuksköterska 1 nämner introduktionen som en möjliggörande faktor då hon får möjlighet att förstå arbetsgruppens atmosfär och relationer (SSK1). När sjuksköterskan funnit och format rollen som ledare, behöver hon ta sig an den för att kunna leda omvårdnadsarbetet, vilket flera respondenter menar tar tid. I likhet med sjuksköterska 1 menar Kihlgren et al. introduktionen vara avgörande för att sjuksköterskan ska utveckla och utöva ledarskap i arbetet (2009, s. 10).

Sammanfattningsvis anser flera sjuksköterskor att ledarskapskursen i sjuksköterskeutbildningen fokuserar på fel saker. Istället för fokus på organisation och chefskap, hade de önskat större inriktning och förberedelse inför deras eget ledarskap. Vare sig sjuksköterskorna är nyexaminerade eller inte framgår att det tar tid att ta sig an rollen som omvårdnadsledare, och att en gedigen introduktion underlättar för detta. Det är först när sjuksköterskan format och förstått innebörden av sin roll som denne kan utveckla och leda omvårdnadsarbetet.

4.2.2 Sjuksköterskans informella ledarskapsroll

Inom hälso- och sjukvården arbetar flera professioner i ett och samma team med olika uppgifter och ansvarsområden. Sjuksköterskan har det slutgiltiga ansvaret för omvårdnaden och läkaren det slutgiltiga ansvaret för medicinsk vård (Kihlgren et al. 2009, s. 26). Flera av de intervjuade sjuksköterskorna gav uttryck för att skillnaden mellan läkarens ansvarsområde och deras eget mestadels är tydligt. De upplever inga problem med att avgöra när en läkare borde tillkallas. Däremot förklarade flera av dem att denna ansvarsuppdelning inte är lika tydlig när det kommer till omvårdnadsarbetet mellan sjuksköterska och undersköterska.

> "/.../ eftersom vi gör allting som undersköterskorna också gör, kan det bli väldigt otydligt vad som egentligen är mer hennes uppgift än min /.../ yrkesrollerna på det viset flyter ihop med varandra och då blir det att även auktoriteten flyter ihop" (SSK2).

Sjuksköterska 2 för fram en otydlig avgränsning i vad som är sjuksköterskans uppgift gentemot undersköterskans. Hon förklarade att hon som sjuksköterska kan utföra samtliga delar i omvårdnadsarbetet, vilket innefattar både medicinska och kliniska delar, medan undersköterskan är begränsad till omvårdnadsarbetet. Detta resulterar i att gränsen för vad som är sjuksköterskans uppgift suddas ut. Sjuksköterska 2 förtydligar resonemanget och menar att dilemmat grundas i att sjuksköterskorna och undersköterskorna arbetar i par, vilket leder till att sjuksköterskornas auktoritet förminskas (SSK2). Vidare menar sjuksköterska 5 att orsaken till den otydliga arbetsuppdelningen beror på att hon är undersköterskornas arbetsledare men inte deras chef, vilket kan resultera i komplicerade situationer (SSK5).

Karlsson menar att förvirring uppstår eftersom sjuksköterskan ska agera ledare i direkt patientvård samtidigt som de ska agera jämlike med samtliga medarbetare i teamet (2007 i Josefsson & Hansson 2011, s. 499). Vidare förklarade sjuksköterska 5 att hon anser det svårt att delegera arbetsuppgifter till en undersköterska som är äldre och har mer erfarenhet i branschen (SSK5). Detta i likhet med sjuksköterska 6 som föredrar att utföra arbetet själv istället för att delegera arbetsuppgifter till undersköterskorna (SSK6). För att sjuksköterskan ska hinna med sina arbetsuppgifter är det av stor vikt att hon delegerar uppgifter till undersköterskan, något Barter och Furmidge menar är en förmåga många sjuksköterskor missar att utveckla i sitt arbete (1994 i Saccomano & Pinto-Zipp 2011, s. 523). Saccomano och Pinto-Zipp belyser bristerna kring ledarskap och delegering i sjuksköterskeutbildningar och menar att utan kunskap inom dessa områden är det svårt att bli effektiv och skicklig på det (ibid., s. 524).

> "/.../ givetvis är sjuksköterskan ledaren i arbetet med patienten och det som är viktigt är att ha en god kontakt med sin undersköterska och genom detta blir man en bra ledare. Har man god kontakt och vågar delegera /.../ då har man det som sjuksköterska" (SSK7).

I motsats till det ovan nämnda förklarade sjuksköterska 7 att rollerna på hennes avdelning är tydliga då det ofta är enbart en sjuksköterska, och resten undersköterskor som tjänstgör under ett arbetspass. Detta resulterar i att hon tvingas delegera de arbetsmoment som inte faller inom sjuksköterskans arbetsuppgifter. Hon menar samtidigt att det krävs en god relation och kommunikation mellan sjuksköterska och undersköterska för att delegeringen ska fungera bra (SSK7). Bass för fram att när delegering utförs i en miljö av tillit, respekt och ömsesidig kommunikation ökar teamkänslan och bättre resultat möjliggörs (1985 i Saccomano & Pinto-Zipp 2011, s. 524).

Sammanfattningsvis framför flera sjuksköterskor att deras utövande av ledarskap försvåras eftersom ansvarsområdet mellan deras arbetsuppgifter och undersköterskornas är otydligt. Flera uttrycker att det har resulterat i att de anser det svårt att delegera arbetsuppgifter, vilket grundas i att de är undersköterskans arbetsledare men inte formella chef. För att sjuksköterskorna ska känna sig bekväma med delegering och anta den egenmakt de är berättigade till, är det viktigt att ha god kontakt och kommunikation med undersköterskorna.

4.2.3 Krav, kontroll och stöd i sjuksköterskors arbete

> "Ofta när jag känner mig stressad kan jag tänka att det är ju mitt ansvar, att jag skulle strukturerat bättre och kanske delegerat den eller den uppgiften. Det är svårt ibland att planera, prioritera och delegera" (SSK3).

Sjuksköterska 3 menar att det förekommer krav på att planera och strukturera omvårdnadsarbetet kring patienten. Hon förklarade också att planering kring sjuka individer är svårt då det ofta uppstår oväntade situationer. Detta resulterar i att hennes arbete hela tiden behöver justeras och omprioriteras. Hon upplever stress de gånger hon känner att hon inte hinner med alla arbetsuppgifter. Vidare menar hon att stressen antagligen inte hade uppstått om hon delegerat fler uppgifter till undersköterskan (SSK3). Sjuksköterska 8 förklarade i sin tur att hon upplever stress på grund av personalbrist, vilket resulterar i att hon inte har tid och utrymme för handledning och sitt eget ledarskap. Enligt *kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005) ska sjuksköterskan ha förmåga att handleda och utbilda studenter och medarbetare.

Även om sjuksköterska 8 anser sig ha förmågan att handleda och utbilda menar hon att detta fallerar vid personalbrist eftersom all tid fokuseras på patienten (SSK8). Nedskärningar inom hälso- och sjukvården har resulterat i en stressad situation för sjuksköterskor vilket kan leda till negativa hälsoeffekter (Aiken et al. 2001 i Laschinger et al. 2013, s. 541).

Sjuksköterska 5 anser i sin tur inte kravet på henne som orimligt utan något som tillkommer naturligt genom det yrke hon valt. Hon förklarar att kravet snarare kommer från henne själv än från någon annan (SSK5). Flera av sjuksköterskorna menar att kravet inte är högre än vad de kan behärska. De ansåg det naturligt att ett visst krav existerar eftersom de ansvarar för omvårdnaden kring patienten. Sjuksköterskors yrkeslegitimitet ökar kraven men är samtidigt nödvändigt för att säkerställa kompetensen i arbetet (Rönnberg 2011, s. 167). Sjuksköterskorna beskrev kravet som motiverande i arbetet. Detta i enlighet med Johansson et al. vars studie visar att sjuksköterskor trots höga krav, fann sitt arbete intressant, meningsfullt och utmanande vilket ökade känslan av kontroll (2013, s. 455). Resonemanget kan liknas vid Karasek och Theorells modell, som belyser att arbetshälsan främjas när personalen känner att de har kontroll över sina arbetsuppgifter, och ges rätt förutsättningar för att möta kraven som ingår i yrkesrollen (1990, s. 61).

> "Vi har handledning var tredje vecka /…/ Det handlar om att vi ska få stöd i olika situationer så att vi kan utvecklas i arbetet. Det är ju det stödet som är det formella om man säger så men sen pratar vi ju av oss med varandra hela tiden" (SSK4).

Sjuksköterska 4 förklarade att de på hennes avdelning erbjuds omvårdnads-handledning där de får stöd och hjälp med att utveckla sig i yrket. De får även handledning i hur de kan hantera och agera i olika situationer som kan uppstå. Detta är det formella stöd som erbjuds, men hon ventilerar även känslor och tankar med sina kollegor dagligen. Sjuksköterska 4 menar att stödet mellan kollegorna är av vikt för att orka med arbetet och dess påfrestningar (SSK4). Sjuksköterska 6 berättade att de erbjuds stöd på hennes avdelning både från enhetschefen och medarbetarnas sida. Hon beskriver arbetskollegorna som duktiga på att stötta varandra och att de har bra samanhållning på avdelningen (SSK6). Lennéer-Axelson och Thylefors belyser vikten av socialt stöd från arbetsgruppen och menar att flera arbetsplatser idag ersätter det

sociala stödet med experter inom området, exempelvis psykologer. Författarna påstår att det ena stödet inte bör utesluta det andra och att stödet från arbetskamraterna medför att relationerna på arbetsplatsen stärks (2004, s. 24).

Sammanfattningsvis upplever flera av sjuksköterskorna stress i sitt arbete samtidigt som de har förståelse för de krav de har på sig. De menar att kraven många gånger är motiverande även om det till viss grad kan kännas svårt att planera ett ständigt skiftande arbete. Deras upplevelse av stress och tidsbrist kan lösas genom delegering av uppgifter till undersköterskorna och prioritering av det egna arbetet. Genom delegering ökar känslan av kontroll över omvårdnadsarbetet. Vidare framgår det att det sociala stödet på avdelningarna väger tungt då sjuksköterskorna får möjlighet till ventilation av känslor och tankar. Det sociala stödet har visat sig stärka sammanhållningen på avdelningarna.

4.2.4 Arbetsgruppens dynamik

> "Här känns det som att folk är här för att jobba och hjälpa. Det är väldigt bra klimat och det underlättar ju allting, då vågar man be om hjälp och man vågar komma med förslag" (SSK3).

Sjuksköterska 3 förklarade att sammanhållningen på hennes avdelning och det klimat som existerar mellan personalen är bra. Enligt henne beror det på att samtliga upplever att de är där i syfte att hjälpa patienterna. Hon förklarade vidare att det goda klimatet gör relationen till undersköterskan bättre och hon upplever delegeringen som enklare. Hon förklarade även att hon inte har några problem med att be en sjuksköterskekollega eller läkare om hjälp när så krävs (SSK3). Detta i enlighet med sjuksköterska 4 som anser klimatet på hennes avdelning positivt och att samtliga, oavsett yrkesroll, arbetar mot samma mål. Hon berättade vidare att personalen tar hand om varandra lika väl som de tar hand om patienterna (SSK4). Lennéer-Axelson och Thylefors lyfter fram kommunikation som gruppens viktigaste verktyg till samarbete. Gruppsammanhållning är av stor vikt för att gruppen tillsammans ska kunna nå sina mål och lösa möjliga problem (2004, ss. 32-33).

Vidare förklarade flera sjuksköterskor att även om ansvarsområdena mellan sjuksköterskor och undersköterskor kan bli otydliga, föredrar de att arbeta i nära

samarbete med dessa. Många av respondenterna har arbetat på flera olika avdelningar. Sjuksköterska 6 berättade att på de avdelningar sjuksköterskor och undersköterskor arbetar var för sig uppstår tydliga grupperingar. I dessa fall har hon upplevt att undersköterskorna har haft svårt att acceptera hennes ledarroll (SSK6). Sjuksköterska 3 förespråkar ett nära samarbete då hon anser det bidra till respekt och att de lär känna varandra på ett djupare plan (SSK3). Kihlgren et al. menar att syftet med team inom vården är att skapa en synergieffekt, där helheten blir större än delarna (2009, s. 71). Vidare belyser Lennéer-Axelson och Thylefors flergruppstillhörighet som en gruppering inom hälso- och sjukvårdsorganisationer. Grupperingen uppstår när en och samma person är medlem i både formella och informella grupper (1991, s. 31). Sjuksköterska 4 beskriver nedan hur relationen kan se annorlunda ut mellan sjuksköterska och läkare:

> " /.../ min första sommar då var det några ur den gamla stammen läkare, framförallt en som faktiskt visade lite maktmissbruk och när hon skulle gå rond skulle alla stå med mössorna i handen" (SSK4).

Citatet skildrar läkaren på sjuksköterska 4:s tidigare avdelning, som enligt henne tillhör den äldre generationen läkare. Hon förklarade att läkaren i sitt arbetssätt ville tydliggöra sin makt över henne. Läkaren ville att alla sjuksköterskor skulle stå redo när ronden började, vilket sjuksköterska 4 inte anser stämmer överens med hur de idag arbetar inom hälso- och sjukvården (SSK4). Även sjuksköterska 8 uppfattar det som att läkaren på hennes tidigare avdelning hade maktbegär. Hon förklarade att det existerade en tydlig hierarki mellan läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Vidare framhåller hon sin tillfredställelse med att istället arbeta som ett team, vilket de gör på hennes nuvarande avdelning (SSK8).

Forskning har visat att auktoritetsproblem inom hälso- och sjukvården endast kan lösas genom ett gemensamt nätverk där individer oavsett profession samarbetar. Respekt och tillit i arbetsgruppen är av stor vikt för att detta samarbete ska fungera (Mintzberg & Glouberman 1997, ss. 8, 26; Clegg et al. 2007, s. 202). Detta kan liknas vid sjuksköterska 10:s arbetsplats. Hon förklarade att samtliga befattningar är lika viktiga för att arbetet på avdelningen och patientsäkerheten ska fungera (SSK10). I enlighet med sjuksköterska 4 och 8 belyser Kihlgren et al. att det än idag existerar en

föråldrad syn på sjuksköterskans yrkesroll där hon ska stå under läkarens direkta direktiv för att vara till så stor nytta som möjligt (2009, s. 26).

Sammanfattningsvis anser majoriteten av respondenterna att sammanhållningen på deras arbetsplats är bra och att professionerna arbetar som ett team och inte en hierarki av auktoritet och befogenheter. Trots att ansvarsområdet mellan sjuksköterskorna och undersköterskorna blir otydligt vid ett nära samarbete föredrar samtliga detta arbetssätt. Det möjliggör bildandet av gemensamma grupper. Det framgår dock att trots teamwork förekommer det inslag av hierarki inom hälso- och sjukvården. Flera sjuksköterskor har upplevt att en del läkare fortfarande lever kvar i det äldre arbetssättet där läkaren har mandat över sjuksköterskan. De uppfattar att läkare ibland har svårt att acceptera att även sjuksköterskorna innehar ett ledarskap.

Studien övergår nu i en diskussion där vi summerar och ämnar redogöra för studiens två frågeställningar och de resultat som framkommit genom analysen.

5. Summering och diskussion

Nedan förs en diskussion där vi sammanställer och diskuterar de resultat som utkristalliserats i analysavsnittet. I avseende att underlätta för läsaren följer diskussionen analysens rubriker och struktur.

5.1 Ledarskap utifrån föråldrade organisationsteorier

Det framgår att flera sjuksköterskor anser ledarskapet på deras avdelning föråldrat. Enhetschefen har till stor del fokuserat på verksamhetens system och inte på människorna i systemet. Samtidigt redovisas att relationen mellan sjuksköterskorna och deras chefer är bra och att flera enhetschefer vill och försöker leda avdelningen framåt. Här skildras ett dilemma inom hälso- och sjukvården. Decentraliseringen under 1980-talet resulterade i att enhetscheferna fick större ansvar vilket lett till att de befinner sig i en mellanposition. De har ökat ansvar då de ska utföra administrativa uppgifter samtidigt som de ska utveckla och driva verksamheten framåt. Samtidigt är dem strikt styrda från sjukhusledningen. Utifrån analysen tolkar vi det som att decentraliseringen och därmed också effektiviseringen har skett på bekostnad av chefens ledarskap i det dagliga arbetet. Det existerar svårigheter att finna balans mellan dessa två delar. Resultatet blir ofta fokus på antingen det ena eller det andra. Frågan är om det borde återgå till som det var före decentraliseringen? Att återigen centralisera en del av det ansvar som enhetschefen har idag skulle kanske underlätta för dennes möjlighet att leda sin personal. Eller borde hälso- och sjukvården istället postbyråkratiseras? Då sjukvården anses svårstyrd eftersom den består av professioner kanske lösningen är att låta individerna själva ansvara för och styra organisationen. Går det kanske till och med att kombinera dessa två? Ledarskapsfrågan kanske kan lösas genom att ta bort och centralisera det administrativa arbetet från avdelningarna och samtidigt låta professionerna själva styra.

5.2 Sjukhusledningens verklighetsfrånvända uppfattning

Vidare framgår att även om flera sjuksköterskor anser själva ledarskapet på deras avdelning vara föråldrat, är samtliga sjuksköterskor ändå nöjda med det arbete enhetscheferna utför. De menar att anledningen till chefens bristande ledarskap har att göra med sjukhusledningen. De förklarade att de som arbetar längre upp i hierarkin inte har någon verklighetsförankring och att det enda de har för ögonen är ekonomi.

Sjuksköterskorna anser att ledningen väljer att bortse från att hälso- och sjukvården är en människonära organisation där individen borde vara i fokus. De uttryckte även att nedskärningar och bristen på personal leder till att patientsäkerheten blir lidande. Borde det inte vara tvärtom i en människonära organisation? En diskurs i dagens samhälle tar upp personalen som organisationers viktigaste resurs. En välmående personal behandlar också sina patienter bättre. Då flera sjuksköterskor uttryckte frustation över personalbrist råder en förståelse för att personalfrågor inom hälso- och sjukvården inte ligger i fokus. Pyramiden inom organisationen behöver rivas och ledningen sluta blunda inför den problematik som råder på "golvet". Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att majoriteten av studiens respondenter arbetar på samma avdelning. Kan detta ha påverkat deras förståelse om ledningens verklighetsfrånvända uppfattning? Är det diskursen på avdelningen som påverkar deras förståelse eller pågår diskursen i en bredare bemärkelse i samhället?

5.3 Enhetschefens ledarskapsstil

Generellt föredrar majoriteten av sjuksköterskorna ett transformellt ledarskap. När de får ta ansvar och vara delaktiga i beslut har det resulterat i högre arbetstillfredsställelse. Sjuksköterskorna förespråkade även ett informellt ledarskap. Samtliga menade att det på deras avdelningar finns någon som tagit på sig den rollen. Har de frågor kring olika saker vänder de sig ofta till en och samma person. En lösning på problemet med att chefen fastnar i administrativt arbete skulle vara just att utse en formell ledare. Enhetschefen skulle då kunna fokusera på sitt chefskap och låta någon annan fokusera på ledarskapet. Ett alternativ skulle därmed vara att dela på chefsbefattningen.

5.4 Sjuksköterskans ledarskapsroll

Studien visar att nyexaminerade sjuksköterskor inte är redo för vad rollen som omvårdnadsledare innebär. Det framgår att omvårdnadsdelen i utbildningen är bra men att ledarskapet är näst intill obefintligt, dessutom enligt dem med fokus på fel befattning. Samtidigt som de anser ledarskapsutbildningen vara bristfällig, anser några att det inte går att göra mer från skolans sida. Svaret ligger inte i att lära sig leda teoretiskt utan de behöver lära sig praktiskt.

Introduktionen är därmed en viktig del för att sjuksköterskan ska få möjlighet att finna och ta sig an ledarrollen i omvårdnadsarbetet. När sjuksköterskan är trygg i ledarrollen kommer även delegering kännas naturligt. Tidigare forskning visar att delegering är ett område många sjuksköterskor har problem med vilket ytterligare bevisar bristen i ledarskapsutbildning för sjuksköterskan (Saccomano & Pinto-Zipp 2011). Sjuksköterskorna menar att nära arbete med undersköterskan förvirrar rollerna och ansvarsområdena samtidigt som de anser detta det mest lämpliga arbetssättet. Förvirringen uppstår på grund av att de har en uttalad ledarroll utan en formell chefsroll. Vi tolkar det därför som att orsaken till delegeringsproblematiken är de otydliga rollerna och den informella ledarrollen de har i sin yrkesroll. Trots detta vill vi uppmärksamma personligheten hos individen som en faktor som påverkar ledarskap och delegering. Vi menar att även sjuksköterskans personlighet och tidigare erfarenheter spelar in i hur väl hon tar sig an ledarrollen och hur bekväm hon känner sig i att delegera.

I *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005) beskrivs vad som förväntas av sjuksköterskan i hennes arbete. Att hålla sig uppdaterad med ny forskning och nya metoder är en del av hennes arbete och förväntas av henne. Undersökningen har visat att den utbildning sjuksköterskan får inom ledarskap är den som erbjuds i skolan. Ute i arbetslivet förväntas sjuksköterskan själv forma sitt ledarskap baserat på den knappa ledarutbildning hon fått. Eftersom ledarskapet är ett av tre huvudområden borde inte även detta hållas uppdaterat? Vi frågar oss om hälso- och sjukvården tappar fokus på ledarskapsdelen i sjuksköterskans yrkesroll, och menar att även denna bör uppdateras regelbundet.

5.5 Kontroll över kraven och stöd från arbetsgruppen

Sjuksköterskorna anser kraven på dem vara höga samtidigt som de också anser dem rimliga. De sjuksköterskor som upplever kravet högt härleder problemet till tid- och personalbrist. På grund av detta har de inte tid att utöva sitt ledarskap i form av exempelvis handledning. Samtliga respondenter anser trots detta sitt arbete vara utmanande. Även om kravet kan vara högt är det samtidigt motiverande och engagerande. Tidigare studier redovisar att när sjuksköterskor uppfattar sitt arbete som motiverande och tillfredsställande ökar detta känslan av kontroll (Johansson et al. 2013).

Vidare upplever respondenterna att det förekommer stöd på deras arbetsplats. Stödet får de från enhetschefen men i huvudsak från varandra. Det har framkommit att samtliga sjuksköterskor anser att ledarskapsutbildningen brister och att de nyexaminerade inte känner sig trygga i sitt ledarskap. Vi tolkar det som att risken för stress och att inte känna kontroll blir högre när sjuksköterskor är nyexaminerade. Stödet kan därför ses som avgörande i början för att sjuksköterskorna ska kunna växa in i sin ledarskapsroll. Studier har visat att nedskärningar inom vården resulterat i negativa hälsoeffekter (Aiken et al. 2001 i Laschinger et al. 2013). Vi förstår det som att sjuksköterskor i början av sin karriär har högre risk för utbrändhet då de inte ännu är trygga i sitt ledarskap.

5.6 Gruppens funktion

Generellt redovisar studien att majoriteten av sjuksköterskorna anser det existera ett bra arbetsklimat och bra sammanhållning på sina avdelningar. Som nämnt upplever alla ett stort engagemang inför sina arbeten vilket resulterar i att samtliga i arbetsgruppen arbetar mot samma mål. Det faktum att de arbetar i team med blandade befattningar kan vara en påverkande faktor till det goda klimatet i gruppen. Det kan tänkas bidra till att sjuksköterskornas relation till undersköterskorna förbättras. Här skildras dock komplexiteten i sjuksköterskans olika roller. Som ovan nämnt flyter sjuksköterskornas och undersköterskornas ansvarsområden ihop vid ett nära samarbete. Samtidigt som sjuksköterskorna är arbetsledare är de också medarbetare. Vid ett nära samarbete har det framgått att ledarrollen och medarbetarrollen flyter ihop vilket kan bidra till förvirring. Flera sjuksköterskor har uttryckt att trots förvirringen föredrar de detta arbetssätt. Kan det vara så att de föredrar detta arbetssätt på grund av de känner osäkerhet i sitt ledarskap? Tar det stöd i varandras befattningar för att gemensamt leda omvårdnaden?

I sjuksköterskornas relation till läkaren blir ansvarsområdena aldrig otydliga. Vad studien visar är att sjuksköterskorna inte upplever sig underordnade gentemot läkaren. Däremot anses att några läkare fortfarande lever kvar i ett föråldrat arbetssätt, och en viss form av maktmissbruk kan förekomma. Vi tolkar det som att de läkare som fortfarande anser sjuksköterskor underordnade, har svårt att acceptera deras ledarskap i sjuksköterskerollen. Tidigare studier belyser auktoritetsproblemet inom hälso- och

sjukvården och menar att det endast går att lösa genom ett gemensamt nätverk av professioner som samarbetar (Mintzberg & Glouberman 1997). Vi kommer återigen in på postbyråkrati, som vi anser kan vara passande inom hälso- och sjukvården. Detta då samtliga ingår i ett gemensamt nätverk där alla spelar en viktig del i arbetet för att leverera säker patientvård. Dock visar både tidigare forskning och vår studie att organisationen fortfarande präglas av hierarki. Då hälso- och sjukvården är en tungrodd organisation tolkar vi det som att vägen till en postbyråkratisk organisation ligger långt fram i tiden.

6. Slutsatser

I detta avsnitt besvarar vi studiens två frågeställningar som redovisats i analys och diskussion. Vidare förs en reflektion kring innehållet samt genomförandet av uppsatsen. Vi reflekterar även kring vårt val av metod och hur detta har påverkat studiens resultat.

6.1 Svar på frågeställningarna

1. Hur upplever sjuksköterskor att enhetschefen på deras vårdavdelning utövar ledarskap?

Sjuksköterskorna i undersökningen upplever sina enhetschefers ledarskap som bristande. Uppfattningarna skiljer sig mellan avdelningarna varav några har ansett sig ha transaktionella chefer med största fokus på det administrativa. Andra upplever sina chefer som transformella ledare som tar sig tid till förändring och utveckling. De upplever generellt att cheferna har svårt att finna balans mellan det administrativa och att leda.

2. Hur upplever sjuksköterskor innebörden av sitt eget ledarskap och hur kommer detta till uttryck på arbetsplatsen?

Sjuksköterskorna upplever att de under utbildningen inte blir tillräckligt förberedda inför sin ledarskapsroll, vilket resulterar i att osäkerhet uppstår vid delegering och handledning. Det har visat sig att sjuksköterskorna upplever sitt ledarskap olika beroende på arbetslivserfarenhet. De uppfattar att det tar tid att forma sin ledarskapsroll. Det är först när de känner sig trygga i sin arbetsroll som de kan utveckla sitt ledarskap. Sjuksköterskorna uppfattar att rollen som medarbetare och ledare kan bli otydlig i ett nära samarbete med undersköterskan. De anser inte detta bli otydligt i relation till läkaren. De upplever dock att läkaren ibland har svårt att acceptera deras ledarskapsroll och att denne tydliggör sjuksköterskorna som underordnade.

6.2 Reflektion

Syftet med arbetet har varit att undersöka hur sjuksköterskor som medarbetare upplever ledarskapet på sin arbetsplats. Detta undersöktes genom kvalitativa intervjuer. Frågeställningarna utgick från sjuksköterskornas perspektiv, vilket gör vårt val lämpligt då vi ville undersöka deras upplevelse av ledarskapet. Observationer skulle även kunna ha bidragit till djupare förståelse men på grund av sekretess och etiska avväganden valde vi bort detta.

Genom insamlad empiri har vi kunnat besvara studiens frågeställningar. Detta eftersom vi från början hade ett tydligt syfte. Vi utformade även en tydlig intervjuguide som underlättade för tematiseringen av empirin och studiens röda tråd. Slutsatserna är baserade på resultatet av en två månader lång uppsatsperiod och omfattningen av dessa är därför begränsade. Syftet med uppsatsen var dock inte att fastställa generaliserbara resultat, utan öka kunskapen kring sjuksköterskors upplevelse av ledarskapet på sin arbetsplats.

Eftersom ämnet var nytt för oss när vi påbörjade studien valde vi att studera litteratur och tidigare forskning för att skapa en bättre förståelse. Detta kan till en början ha vinklat vår uppfattning kring sjuksköterskor och deras ledarskapsroll. Dock har vi varit noga med att vara objektiva under studiens gång och anser inte detta ha påverkat slutresultatet. Samtidigt finns en risk för att det empiriska materialet vinklat vår bild av verkligheten. Trovärdigheten av studiens resultat hade därmed kunnat stärkas ytterligare utifrån kompletterande kvantitativa metoder för insamling av material. Återigen har vi här varit tidsbegränsade.

Det finns ett brett utbud av tidigare forskning kring enhetschefen, men vi har upplevt att tidigare forskning med sjuksköterskan i fokus har varit lite bristfällig. Den forskning vi funnit passande för vår studies ämne har till stor del publicerats i *Journal of Nursing Management.* Detta ser vi dock inte som en begränsning i vårt arbete utan att det bidragit till att resultatet fått en djupare dimension. En intressant tanke och förslag på vidare forskning är att undersöka huruvida åldersaspekten och arbetslivserfarenhet påverkar sjuksköterskans upplevelse av ledarskapet på sin arbetsplats. Likaså hade det varit intressant att undersöka huruvida ledarskapet upplevs olika av anställda inom öppen vård och sluten vård.

7. Referenslista

7.1 Tryckta källor

Anonson, J., Walker, M.E., Arries, E., Maposa, S., Telford, P. & Berry, L. (2014) Qualities of exemplary nurse leaders: perspectives of frontline nurses. *Journal of Nursing Management, 22*. 127-136.

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder.* 3. uppl. Malmö: Liber

Clegg, S., Kornberger, M. & Pitsis, T. (2007). *Ledning & Organisation.* Malmö: Liber

Curtis, E. & O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Journal of Nursing Management, 18*. (5), 32-35.

Downey, M., Parslow, S. & Smart, M. (2011). The hidden treasure in nursing leadership: informal leaders. *Journal of Nursing Management, 19.* 517-521.

Hallin, B. & Silverbo, S. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård.* Malmö: Studentlitteratur

Iwarson, S. (2001). *Vårdens nya ledarskap - dialog och delaktighet.* Sävedalen: Säve Förlag.

Johansson, G., Sandahl, C. & Hasson, D. (2013). Role stress among first-line managers and registered nurses - a comparative study. *Journal of Nursing Management, 21.* 449-458.

Josefsson, K. & Hansson, M. (2011). To lead and to be led in municipel elderly care in Sweden as perceived by registered nurses. *Journal of Nursing Management, 19.* 498-506.

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

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

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

Lennéer-Axelson, B. & Thylefors, I. (1991). *Arbetsgruppens psykologi.* Stockholm: Bonniers.

Martin, J.S., Mccormack, B., Fitzsimons, D. & Spirig, R. (2012). Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders. *Journal of Nursing Management, 20.* 72-80.

Mintzberg, H. & Glouberman, S. (1996). *Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part 1: Differentiation.* Fontainebleau: Insead

Mintzberg, H. & Glouberman, S. (1997). *Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part 2: Integration*. Fontainebleau: Insead

Nilsson, K. (2003). *MANDAT-MAKT-MANAGEMENT: En studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras*. Göteborg: Institutionen för Vårdpedagogik, Göteborgs universitet.

Pingel, B. & Robertsson, H. (1998). *Yrkesidentitet i sjukvård - position, person och kön.* Solna: Arbetslivsinstitutet.

Rydholm, I-M. (1992). *Att leda vård- utveckling i nordiskt perspektiv.* Skellefteå: Artemis.

Rönnberg, L. (2011). *Hälso- och sjukvårdsrätt.* 3. uppl. Lund: Studentlitteratur.

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

Sandahl, C., Falkenström, E. & von Knorring, M. (2010). *Chef med känsla och förnuft - Om professionalism och etik i ledarskapet*. Stockholm: Natur och Kultur.

Spence Laschinger, H.K., Wong, C.A. & Grau, A.L. (2013). Authentic leadership, empowerment and burnout: a comparison in new graduates and experienced nurses. *Journal of nursing management, 21*. 541-552.

Sveningsson, S. & Alvesson, M. (2010). *Ledarskap.* Malmö: Liber AB.

Tengblad, S., Hällstén, F., Ackerman, C. & Velten, J. (2007). *Medarbetarskap. Från ord till handling*. Malmö: Liber.

7.2 Dokument

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska 2005. Socialstyrelsen.

8. Bilagor

8.1 Informationsbrev

Informationsbrev

Datum: 2014-03-21

Projektets titel: Sjuksköterskans komplexa roll

Studieansvariga: (studenter)Studerar vid Lunds universitet, Institutionen för Service Management och tjänstevetenskap

Utbildning: Service Management Health

Nivå: Kandidat

Handledare: Lars Nordgren lars.nordgren@ism.lu.se

Studenter: Karin Fredriksson Karin.fredriksson85@gmail.com

Sofie Jersevi Sofie.jersevi@hotmail.com

Hej!

Vi heter Karin Fredriksson och Sofie Jersevi och är två studenter i 6:e terminen vid Lunds universitet.

Service Management Health är en ledarskapsutbildning med inriktning på hälsa. Ledarskapet är komplext i många organisationer då chefskap och ledarskap går isär. Det är egentligen två sidor av samma mynt men ibland fastnar chefer mellan dessa två begrepp. Att begravas i administrativa uppgifter och samtidigt sträva efter att förändra och utveckla kan vara frustrerande. Vi vill med denna studie belysa sjuksköterskan som medarbetare och dennes roll i en komplex organisation. Vi vill undersöka sjuksköterskans uppfattning av ledarskapet i form av det auktoritära ledarskapet men också det egna ledarskapet. Vi vill undersöka huruvida ledarskapet existerar och om det påverkar sjuksköterskan positivt eller negativt.

Här med tillfrågas du om deltagande i studien

Vi kommer att genomföra semistrukturerade intervjuer där sjuksköterskor får svara på frågor angående hur de uppfattar sitt eget och det auktoritära ledarskapet på avdelningen. Deltagandet är frivilligt och de som väljer att delta får när som helst avbryta om de så önskar. Deltagarna i intervjuerna kommer bli avidentifierade i resultatet så ingenting som sägs kommer kunna spåras till någon enskild individ. Informationen som framkommer på intervjuerna kommer spelas in och därefter transkriberas. Informationen kommer därefter endast hanteras av författarparet och dess handledare. Obehörig kommer inte ha tillträde till denna information. Informationen som insamlats under intervjuerna kommer efter arbetet är färdigställt att förstöras. Intervjuerna förväntas vara mellan 30-45 minuter, och kommer att genomföras på informanternas arbetsplats under arbetstid.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

Karin Fredriksson Sofie Jersevi

8.2 Intervjuguide

Det egna ledarskapet

1. Du får gärna börja med att berätta lite om dig själv och varför du valde just sjuksköterskeyrket.
2. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
3. Vid vilken högskola utbildade du dig? Mellan vilka år?
4. Hur länge har du arbetat på den här avdelningen?
5. Hur anser du att din introduktion vad när du började här?
6. Hur är avdelningen uppbyggd? Hur många är ni som arbetar här? Hur många är sjuksköterskor, undersköterskor, läkare osv?
7. Hur upplever du organisationen som helhet - dess uppbyggnad?
8. Hur ser en typisk arbetsdag ut för dig?
9. I sjuksköterskeutbildningen blir ni även utbildade inom ledarskap, tycker du att ni blir tillräckligt förberedda inför vad som komma skall?
10. Var du redo för din roll som sjuksköterska och dess innebörd när du började jobba som sjuksköterska?
11. Har du någonsin känt dig förvirrad över din roll och ansvarsområde på avdelningen? Du är både medarbetare, ledare och underordnad. Krockar dessa roller någon gång?
12. Av dessa tre, vilken anser du att du får mest utrymme för?
13. I kompetensbeskrivningen beskrivs att en stor del av sjuksköterskans arbetsroll är att både leda sig själv och sina medarbetare. Upplever du kravet på detta som högt? Är det positivt eller negativt? Får du stöd för att underlätta/förbättra dina ledaregenskaper? ex. utbildning etc.?
14. Känner du dig som en ledare? Vad innebär det för dig?
15. Eftersom du är ledare över t.ex. undersköterskor, hur mottar de dina delegeringar om arbetsuppgifter?

Medarbetare

1. Uppstår det någonsin konflikter mellan exempelvis läkare och sjuksköterskor eller sjuksköterskor och undersköterskor? Blir maktbegreppet någon gång ett problem?
2. Är det någon som du upplever att du kommer sämre överens med på avdelningen? Om ja, varför tror du att det är så?
3. Är det någon du upplever att du kommer bättre överens med på avdelningen? om ja, varför tror du att det är så?
4. Vem vänder du dig helst till om det är något du är osäker på?
5. Hur upplever du att sammanhållningen är mellan dig och dina kollegor?

Enhetschef

1. Beskriv din enhetschef/närmsta chef. Vad tycker du om enhetschefen? Vad har ni för relation?
2. Under 80-talet skedde en förändring och framförallt sjukhusen blev mer decentraliserade. Detta gjorde ju att enhetschefen fick ett större ansvar för bland annat administrativt arbete. Tror du/uppfattar du att chefen spenderar mindre tid på att leda er efter att detta skedde? Vad är din uppfattning?
3. Tycker du att enhetschefen är en bra chef? Upplever du att hon/han är bra på att kommunicera med er? Är ett bra föredöme och ledare?
4. Tycker du att hon/han fokuserar mest på patienterna och personalen eller mer på de administrativa uppgifterna? varför tror du att det är så?

5. Befinner hon/han sig mycket ute på avdelningen?
6. Hur ofta har ni möten som enhetschefen håller i?
7. Anser du att enhetschefen är bra på att delegera ansvar till er på avdelningen?
8. Vem är det som har ledarrollen på avdelningen? Om det inte är chefen, hur kommer det sig?
9. Är det av stor vikt för dig att din närmsta chef är en ledare?
10. Tycker du att det är högt i tak vad gäller beslutstagande?
11. Känner du att du får tillräckligt med stöd från chef och medarbetare? om ja/nej, varför?
12. Anser du att det är lätt att få sin röst hörd på avdelningen? Hur fungerar kommunikationen? Om du tycker att något är bra/mindre bra är det någon som lyssnar på detta och gör något åt det?
13. Stämmer den formella delen av organisationen, så som struktur, mål, finansiella resurser osv. överens med de informella aspekterna så som värderingar, attityder osv?
14. Anser du att ni har tydliga mål och värderingar här på avdelningen? Tror du dem är lika/skiljer sig mycket åt andra avdelningars värderingar och mål