



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Distriktssjuksköterskans ledarskapsroll inom kommunal hemsjukvård

En kvalitativ intervjustudie

Public health care nurses' leadership role in community home care

A qualitative interview study

Författare: Gabriella Ryd och Ir Emilsdottir

Handledare: Jeannette Unge

Magisteruppsats

Hösten 2023

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Distriktssköterskans ledarskapsroll inom kommunal hemsjukvård är omfattande och genomsyrar en stor del av det dagliga arbetet. Trots detta finns olika uppfattningar om hur ledarskapet ska praktiseras rent konkret i en verksamhet präglad av utmanande organisatoriska förutsättningar. Det finns ett behov av att tydliggöra distriktssköterskans ledarskapsroll för att främja samverkan och vårdkvalité inom kommunal hemsjukvård. **Syfte:** Syftet med studien var att tydliggöra distriktssköterskans ledarskapsroll inom kommunal hemsjukvård. **Metod:** Studien genomfördes med intervjuer av distriktssköterskor verksamma inom kommunal hemsjukvård i Skåne. **Resultat:** Av studiens resultat framgick det att distriktssköterskorna tog ett psykosocialt ansvar för omvårdnadspersonalen och arbetsmiljön för att på så sätt öka personalens motivation, engagemang och mående. Handledarrollen uppfattades som både stimulerande och betungande, där faktorer som personalomsättning, personalbrist och kompetensbrist ledde till en känsla av otillräcklighet. Ledarskapsrollen framstod av resultatet som otydlig i en organisation präglad av olika lagar. De beskrev sin roll som allomfattande i den mån att de förväntades ta ansvar för uppgifter utanför sin yrkesroll. Distriktssköterskorna hade en demokratisk syn på sin ledarskapsroll och var måna om hur ledarskapet förmedlades till och uppfattades av omvårdnadspersonalen. **Slutsats:** Distriktssköterskor inom kommunal hemsjukvård behöver i sin ledarskapsroll förhålla sig till en ansvarsfull roll präglad av otydliga ramar. Faktorer som personal hög personalomsättning, personalbrist och kompetensbrist bland omvårdnadspersonal samt en ledarroll i en verksamhet styrd av olika lagar kan innebära försvårande faktorer för ledarskapet. Därmed behövs ytterligare studier som ökar förståelsen för hur hemsjukvårdens ledarskap skall utvecklas.

Nyckelord

Distriktssköterska, ledarskapsroll, kommunal hemsjukvård, intervjustudie.

Innehållsförteckning

Problemområde.....	4
Bakgrund.....	4
Kommunal vård- och omsorg.....	5
Distriktssköterskan inom kommunal hemsjukvård.....	6
Distriktssköterskan som ledare.....	7
Chefskap – ledarskap.....	7
Delegering.....	8
Perspektiv och utgångspunkter.....	9
Syfte.....	9
Metod.....	9
Urval.....	10
Datainsamling.....	11
Analys av data.....	12
Förförståelse.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	13
Resultat.....	14
Diskussion.....	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	23
Konklusion och implikationer.....	26
Referenser.....	27
Bilaga 1(1).....	30

Problemområde

Sjuksköterskan har enligt *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor* (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017) ansvar för att leda och organisera omvårdnadsarbetet. Med sin breda kompetens och utifrån patientens behov, leder, prioriterar och delegerar sjuksköterskan omvårdnadsarbetet utifrån vårdteamets olika professioner. Ledningsansvaret framhävs också i *Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor* (Distriktssköterskeföreningen, 2019), där det framgår att distriktssköterskan ska organisera och leda omvårdnadsprocessen. Trots tydliga direktiv från kompetensbeskrivningar tycks distriktssköterskors arbete ofta försvåras av organisatoriska barriärer mellan kommunal hemsjukvård och primärvård (Josefsson & Peltonen, 2015). Athlin et al (2014) visar att otydlighet gällande distriktssköterskans formella arbetsbeskrivning försvårar ledarskapet för vården i hemmet, liksom uttalade svårigheter att delegera omvårdnadspersonal p.g.a. faktorer såsom låg utbildningsnivå hos omvårdnadspersonal, kommunikationssvårigheter och oklara arbetsroller. Ytterligare en studie (Gransjön Craftman et al, 2016) visar att distriktssköterskor upplever att de saknar stöd inom organisationen för sitt ledarskap. Således tycks det finnas en diskrepans mellan vad som förväntas av distriktssköterskans ledarskapsroll utifrån kompetensbeskrivningarna och vad de faktiska förutsättningarna är ute i den kommunala hemsjukvården.

Bakgrund

Den 1 januari 1992 trädde en omvälvande reformförändring inom svensk sjukvård i kraft - Ädelreformen. Reformen innebar att kommunerna övertog huvudansvaret för all äldreomsorg; sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter integrerades i den kommunala organisationen medan läkare fortsatte ha landstinget som huvudman (Kihlgren et al., 2009). Ädelreformen blev omdebatterad, där vissa menade att kommunerna varken hade kunskap eller resurser för det nya ansvaret. Läkarens funktion blev sedermera lik en konsult och kommunerna blev ålagda sjukvårdsansvar upp till och med sjuksköterskenivå. Inom äldrevården gick man från att arbeta med läkare som medicinskt ansvarig till att sjuksköterskan blev ansvarig för att tillkalla läkare först när hen ansåg att behovet fanns (Lundin & Sandström, 2015). Sjuksköterskor fick således en ny arbetsroll med utökat ansvarsområde, vilket resulterade i mindre tid att vägleda omvårdnadspersonal (Josefsson & Hansson, 2011).

Kommunal vård- och omsorg

Kommunens vård- och omsorgsarbete styrs av tre olika lagar. *Hälso- och sjukvårdslagen*, HSL, (2017:13) reglerar åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador och inkluderar all legitimerad personal. *Socialtjänstlagen*, SOL, (2001:453) reglerar åtgärder för personer som inte kan tillgodose sina behov i det dagliga livet. Socialtjänstlagen styr arbetsuppgifter utförda av undersköterskor och övrig omsorgspersonal inom hemtjänst och äldreboende. *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*, LSS, (1993:387) omfattar framför allt stöd och service till individer med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller autismsliknande tillstånd samt förvärvad hjärnskada. LSS kompletterar SOL och HSL och innebär att särskilt behövande erhåller det stöd som krävs i det dagliga livet. Således arbetar omsorgspersonal och legitimerad personal under olika författningar. I föreliggande studie fokuserar författarna på det arbete som utförs och styrs av de två förstnämnda lagarna, HSL och SOL.

Den ofta otydliga gränsdragningen mellan arbetsuppgifter som utförs under socialtjänstlagen och arbete som utförs under hälso- och sjukvårdslagen skapar en komplicerad verksamhet. Flera studier visar på att svårigheter kan uppkomma då sjuksköterskan anses leda omvårdnadspersonalen men formellt saknar stöd för sitt ledarskap. Ytterligare faktorer så som ett minskat antal chefer inom den kommunala omsorgen har bidragit till minskad närvaro av chefer ute på arbetsplatserna, vilket i sin tur ökat belastningen på sjuksköterskor att ta ansvar för omvårdnadspersonalens arbete (Karlsson, 2007; Karlsson et al, 2009; Franssén, 2004; Hansson, 2006).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska kommunen erbjuda en hälso- och sjukvård av god kvalitet till personer som har behov av hemsjukvård. Socialstyrelsen (2017) definierar hemsjukvård som hälso- och sjukvård som ges i patientens bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid. Hemsjukvård utförs i både ordinärt, särskilt boende, daglig verksamhet samt dagverksamhet och ska skiljas från öppenvård. Den omfattar medicinska insatser, rehabilitering, habilitering och omvårdnad utförd av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller delegerad vårdpersonal.

Vidare konstateras det (Socialstyrelsen, 2020) att allt fler personer över 65 år i Sverige är i behov av vård och omsorg i ordinärt boende. Från år 2010–2018 fördubblades antalet

personer över 80 år med kommunal hemsjukvård, från 91 660 till 191 000 personer. Å ena sidan vårdas individer med alltmer komplexa vårdbehov i hemmet vilket ställer allt högre krav på mer kvalificerade vårdinsatser inom hemsjukvården, vilket i sin tur ökar kraven på resurser och kompetensförsörjning i kommunal vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2019). Å andra sidan bidrar nya läkemedel och behandlingsmetoder till en friskare äldre befolkning med allt högre medellivslängd (Socialstyrelsen, 2020). Som följd av de äldres förbättrade hälsa minskar behovet av sjukhusvård, men medför ett ökat behov av vård, stöd och omsorg utförd av primärvård, hemsjukvård och socialtjänst. Hela systemet hänger därmed ihop; framsteg på ena sidan får konsekvenser i en annan del av vårdkedjan (Socialstyrelsen, 2020).

Distriktssköterskan inom kommunal hemsjukvård

Distriktssköterskans ansvar att leda teamet inom kommunal hemsjukvård är omfattande. De huvudsakliga arbetsuppgifterna innefattar att bedöma, besluta om insatser och sätta mål, att planera, utföra, utvärdera, delegera och leda insatser och att samverka med patienter, närstående, vårdpersonal, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, biståndsbedömare och enhetschefer. Utöver detta ingår även att dokumentera, handleda och utbilda (Josefsson & Ljung, 2017).

Arbetsbelastningen är hög och distriktssköterskor upplever ofta att de är under stor tidspress med få möjligheter att påverka sin arbetssituation. De vittnar om klivna erfarenheter av sin arbetsmiljö, där de å ena sidan upplever sig som uppskattade och värdefulla när de har möjlighet att ge god vård med tillit till medarbetare, å andra sidan med en ständig känsla av otillräcklighet och frustration när arbetsbördan blir övermäktig. Känslan av att stå ensam med komplexa problemlösningar, utan rätt kompetens och personal är en tung börda att bära (Josefsson et al, 2007; Josefsson & Ljung, 2017). Vidare upplever distriktssköterskor att de förväntas ta rollen som "spindeln i nätet" i den kommunala vårdens komplexa system och att de förväntas lösa problem som de egentligen inte har verktyg att lösa, liksom att de blir en ofrivillig och osynlig mellanhand mellan vårdens olika instanser (Hallin & Danielsson, 2007; Josefsson et al, 2007).

Distriktssköterskan som ledare

Distriktssköterskan som ledare för omvårdnaden arbetar utifrån ett kritiskt förhållningssätt där vårdtagares behov av vård och omsorg är i centrum med utgångspunkt från det uppdrag och förutsättningar vårdenheten har (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Vården ges utifrån aktuell lagstiftning, riktlinjer samt tilldelade uppdrag och bildar därmed en ram för vårdorganisationen.

Claesson et al (2021) beskriver distriktssköterskans arbete som en ständig balansgång mellan vad som förväntas av hen och vad som i realiteten är möjlig att uppnå. Att många (28%) sjuksköterskor inom hemsjukvården inte betraktar sig själv som ledare visar på behovet av att uppmuntra och ge distinkta och stödande förutsättningar för vårdledarskapet inom organisationen (Josefsson & Hansson, 2011). Cameron et al (2021) betonar vikten av att tydliggöra organisationsstrukturen för att underlätta effektiv kommunikation inom och utanför teamen. Samma studie visar även på vikten av goda personliga relationer för att få till ett mer effektivt teamarbete. Att satsa på sjuksköterskors ledarskap säkerställer att framtidens sjuksköterskor är rustade för de utmaningar som en hårt belastad hälso- och sjukvård innebär (Cummings, 2021).

Chefskap – ledarskap

Chefskap och ledarskap kan särskiljas genom att en chef har en formell utnämning i en organisationshierarki medan en ledare innehar en informell position (Rosengren, 2014). Vårdledarskap, beskriver Rosengren (2014), har likheter med begreppet medarbetarskap; en vision om en arbetsmiljö där effektivitet och goda resultat förenas med socialt ansvarstagande, arbetsglädje och välbefinnande.

En ledare är inte alltid en chef, men chefskapet innefattar alltid ledarskap. Att skilja ledarskap från chefskap menar Scully (2015) är en viktig faktor i det hänseendet, men syftet är inte att skapa en negativ syn på ledningen, vilket i studien tas upp som en vanlig tendens i många diskussioner om arbetsplats- och arbetsrelationer, snarare att särskilja karaktären hos varje väsentlig roll på arbetsplatsen. Chefer kan vara ledare, men ledare behöver också relativ frihet från ledningens begränsningar för att utföra sina uppgifter. Detta är inte för att göra anspråk på totalt oberoende för ledare, eftersom ledare själva också behöver ledning för att kunna utföra sitt arbete mer effektivt och ändamålsenligt.

Trots distriktssköterskans uttalade ledarroll (Distriktssköterskeförbundet, 2019) är det upp till organisationen och arbetsplatsen att strukturera hur ledarskapet skall utformas. Det är inte heller givet att distriktssköterskan har förmågan att utöva ledarskapet, utan detta måste beskrivas, tolkas, läras och accepteras (Kihlgren et al, 2009). I ledarskapsorienterade omvårdnadsteorier hamnar ofta fokus på själva administreringen av omvårdnaden och desto mindre på *hur* omvårdnadsarbetet skall ledas (Laurent, 2000).

Delegering

En central del av distriktssköterskans ledande arbetsuppgifter i hemsjukvården är delegering av arbetsuppgifter till omvårdnadspersonal. Delegering av arbetsuppgifter är en pågående process och får inte göras slentrianmässigt, utan måste regelbundet följas upp och utvärderas. Exempel på omvårdnadsinsatser som kan delegeras är blodsockermätning, såromläggningar och överlämning av läkemedel (Drevenhorn, 2017).

För att kunna delegera arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt är distriktssköterskan beroende av omvårdnadspersonalens kompetens. Faktorer som stor personalomsättning eller oerfaren personal ställer höga krav på distriktssköterskans förmåga att organisera omvårdnadsarbetet och kan medföra ökad arbetsbelastning då möjlighet till delegering minskar och kravet på att distriktssköterskan själv behöver göra arbetsuppgiften ökar (Westlund & Larsson, 2007). Liknande resonemang framförs även i en studie av Cameron et al (2011) där stor personalomsättning visades ha en negativ inverkan på patientrelationer och att arbetsglädjen inom teamet påverkades. Studier (Gransjön Craftman et al, 2016) har visat på att distriktssköterskor upplever sig som tvungna att delegera ut läkemedelsadministrering trots misstankar om bristande kompetens hos personal som delegeras, detta som ett resultat p.g.a. brist på arbetskraft och/eller att personal anställts av en chef som inte tillhör samma organisation som distriktssköterskan. Samma studier visade även att chefer för omvårdnadspersonal ofta saknade kunskap om vilka färdigheter som behövs för att kunna bli delegerad, vilket i sin tur skulle kunna utgöra en risk för patientsäkerheten och vårdkvalitén. Tillkortakommanden hos omsorgspersonal rörde även språkförbistringar.

Perspektiv och utgångspunkter

Antonovsky's salutogena förhållningssätt (Antonovsky, 2005) som beskrivs av Hansson (2018) har som utgångspunkt att fokusera på det friska snarare än på riskfaktorer. Teorin utgår från att människor rör sig mellan de två ytterligheterna hälsa och ohälsa. Teorin bedömdes av författarna som ett relevant och intressant förhållningssätt till ledarskapets betingelser inom vård- och omsorg. Det som avgör var man befinner sig på denna skala är vilken grad av sammanhang en individ upplever i sin tillvaro; känsla av sammanhang (KASAM).

Faktorer som påverkar en individs känsla av sammanhang beror främst på begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. *Begriplighet* syftar till den kognitiva aspekten i KASAM, vilket innebär att individen förstår organisationen de arbetar i och att riktlinjer är tydliga. Detta inger trygghet och förebygger stress. *Hanterbarhet* syftar till individens upplevelse av att ha förmåga och resurser att hantera motgångar i livet. *Meningsfullhet* syftar till känslan av att vara delaktig och känna motivation. Salutogent ledarskap innebär att individen stärks och förmågor och möjligheter tas tillvara för att kunna skapa en framgångsrik organisation (Hansson, 2018).

Syfte

Syftet med studien var att tydliggöra distriktssköterskans ledarskapsroll inom kommunal hemsjukvård.

Metod

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Kvalitativ forskning utgår från att undersöka individers upplevelser och uppfattningar gällande ett visst fenomen och utgår från att varje människa är en unik individ med sin individuella verklighetsuppfattning (Kristensson, 2014).

Urval

Ett ändamålsenligt urval av distriktssköterskor gjordes med hänvisning till de erfarenheter som avsågs undersökas i studien. Inklusionskriterier för studien var distriktssköterskor verksamma inom kommunal hemsjukvård med minst ett års erfarenhet av detta arbete. Enligt Kristensson (2014) är det en grundläggande förutsättning för den kvalitativa intervjustudien att deltagarna har något att berätta om det aktuella ämnet. Som utgångspunkt bör författarna sträva efter variation i urvalet för att få en spridning av upplevelser och uppfattningar av det studerade fenomenet (Henricsson & Billhult, 2017). Inga övriga begränsningar gjordes i urvalet för att i största möjliga mån nå en så heterogen grupp som möjligt.

E-post med information om studiens syfte, skickades till verksamhetschefer, i nio olika kommuner, i södra Sverige. Medgivandeblankett bifogades där de ombads att signera för att ge sitt godkännande. Svar erhöles från åtta verksamhetschefer, varav fyra gav sitt godkännande och fyra meddelade att de inte hade några lämpliga kandidater. Verksamhetscheferna som gav sitt godkännande ombads att vidarebefordra informationsbrev och samtyckesblankett till sina anställda distriktssköterskor.

Totalt sju distriktssköterskor rekryterades genom detta förfarande. De distriktssköterskor som godkände deltagande i studien fick genom informationsbrev, vidarebefordrat av sin verksamhetschef, uppgifter för att kunna kontakta författarna. Detta urvalsförfarande stämmer nära överens med Kristenssons (2014) beskrivning av *det avsiktliga urvalet* (purposive sampling) vilket innebär att personer som anses vara till nytta för studien medvetet väljs ut.

Ytterligare tre distriktssköterskor rekryterades via bekvämlighetsurval i samband med den ena författarens VFU-placering (verksamhetsförlagd utbildning). Deras verksamhetschef kontaktades och godkännande för att rekrytera distriktssköterskor till studien inhämtades. Bekvämlighetsurvalet innebär att författarna tillfrågar tillgängliga personer som befinner sig i ett visst sammanhang och som svarar på urvalskriterierna (Kristensson, 2014).

Sammanlagt rekryterades tio distriktssköterskor, varav åtta kvinnor och två män. Fem deltagare arbetade på landsbygden och fem deltagare i större tätort (90 000–340 000 inv). Medelåldern hos deltagarna var 48,3 år med ett åldersspann på 34–57 år och de hade arbetat

som distriktssköterska inom hemsjukvården i genomsnitt 9 år. Den som hade arbetat längst hade arbetat 18 år och den som arbetat kortast under tre år. Eftersom det inte framkom hur många distriktssköterskor som erhållit information om studien av sin verksamhetschef, saknas uppgift om bortfall.

Datainsamling

Datainsamling gjordes genom semistrukturerade individuella intervjuer. Som stöd till intervjuerna användes en intervjuguide med öppna frågor (bilaga 1). Som komplement till frågorna kunde författarna ställa följdfrågor vid behov av fördjupning. Öppna intervjufrågor användes i syfte att ge informanterna ett större utrymme att fritt berätta om sina upplevelser. Frågorna hade en induktiv ansats, vilket innebär avsaknad av hypotes innan frågorna ställs (Kristensson, 2014).

Intervjuerna utfördes på en, mellan författare och informant, överenskommen plats. Det resulterade i att tre intervjuer utfördes som fysiska möten, sex intervjuer gjordes över Zoom och en intervju genomfördes via telefon i högtalarläge då informanten hade problem med internetuppkopplingen på arbetsplatsen. Intervjuerna varade mellan 23–50 minuter och spelades in på mobiltelefoner utan internetuppkoppling för att säkerställa att materialet inte laddades upp till ett moln. Telefonerna förvarades inlåsta. Intervjuerna transkriberades ordagrant av författarna individuellt.

Samtliga sex Zoom-intervjuer genomfördes med båda författare närvarande, med en författare som "ledare" för samtalet. Detta för att båda forskare individuellt skulle bilda sig en uppfattning om intervjuerna. De tre fysiska intervjuerna genomfördes av ena författaren på intervjudeltagarnas arbetsplats och telefonintervjun genomfördes av den andra författaren. En pilotintervju med en distriktssköterska som svarade på studiens inklusionskriterier utfördes där frågor och struktur prövades. Då författarna ansåg att pilotintervjun speglade studiens syfte inkluderades denna i studien. Inga justeringar av intervjuguiden gjordes efter att pilotintervjun utförts.

När samtliga intervjuer genomförts kodades intervjuerna med en bokstavskod (A-J) utifrån alfabetisk ordning på förnamnen.

Analys av data

De transkriberade intervjuerna analyserades i sex steg enligt kvalitativ innehållsanalys av Graneheim & Lundman (2004). Den kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på tolkning av texter; att identifiera mönster, likheter och skillnader. Analysens hermeneutiska utgångspunkt innebär att omvärlden ses som komplex, kontextberoende och subjektiv och att forskaren själv är en central faktor då hen står för tolkningen (Lundman & Graneheim, 2017).

Tabell 1. Översikt analysprocess

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Kod	Kategori	Huvudkategori
Man blir liksom lite som en, inte som terapeut, men man lyssnar ju på personalen för att ta reda på anledningen till att de inte har utfört sitt arbete	Man lyssnar på personalen för att ta reda på anledningen till att de inte har utfört sitt arbete.	Ansvar för personalens mående och motivation	Psykosocialt ansvar	Ansvarsfull roll med otydliga ramar
Ibland kämpar man och kämpar med en patient så den ska få så bra omvårdnad som möjligt och så är det människor som går dit, som, absolut, de har delegering i läkemedel och så vidare, men hur, egentligen, hur väl passar dom in i att ta hand om den här patienten?	Man kämpar med omvårdnaden. De har delegering i läkemedel, men hur väl kan de ta hand om patienten?	Ansvar för omvårdnadspersonalens kunskapsnivå	Handledningsansvar	Ansvarsfull roll med otydliga ramar

Det första steget innebar att författarna läste materialet enskilt upprepade gånger för att få en övergripande uppfattning av innehållet. Tankar om innehållet antecknades. Därefter träffades författarna för att diskutera sina individuella intryck och tolkningar, s.k. *forskatriangulering*. I det andra steget identifierades gemensamt meningsbärande enheter som svarat på studiens syfte. I det tredje steget förkortades de meningsbärande enheterna, även kallat *kondensering*, för att sedan kodas efter diskussion författarna emellan. I det fjärde steget läste författarna igenom koderna för att finna likheter och skillnader. De koder som av författarna tolkades höra samman sammanfattades i en kategori. Sammanlagt fem kategorier trädde fram i materialet. I det femte steget lästes återigen samtliga intervjuer igenom, liksom koder och kategorier. Författarna diskuterade på nytt och koderna justerades. Processen där kategorier skapas och sorteras innebär att det sker en abstraktion, då textens innehåll lyfts till en högre nivå (Kristensson, 2014). I det sjätte steget lästes alla kategorier och koder igenom och

författarna diskuterade och fann ett övergripande tema format av de kategorier som framkommit av intervjuerna.

Förförståelse

Författarna till detta arbete är sjuksköterskor, samt distriktssköterskestudenter, verksamma inom kommunal hemsjukvård. De har i sitt arbete inom hemsjukvården upplevt en otydlighet gällande sin ledarskapsroll vilket genererat en känsla av frustration och otillräcklighet. För att en studie ska betraktas som trovärdig har det enligt Lundman & Graneheim (2014) betydelse i vilken mån forskarens förförståelse har satt sin prägel på analysen. Teoretisk kunskap, tidigare erfarenhet och förutfattade meningar tydliggörs som exempel på hur förförståelse kan yttra sig. Vidare redogör Lundman & Graneheim (2014) för en diskussion kring huruvida forskarens förförståelse kan ses som en styrka eller svaghet för en studies resultat. Under arbetets gång är förförståelsen något som diskuterats kontinuerligt, författarna emellan. Författarna har i enlighet med Lundman & Graneheim (2014) använt sin förförståelse för att nå en djupare insikt och upptäcka ny kunskap.

Forskningsetiska avvägningar

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationens etiska principer (World Medical Association, 2022). Dessa innefattar principen om *autonomi*, principen om att *göra gott*, principen om att *inte skada* samt principen om *rättvisa*. Inför studiens genomförande skickades projektplanen samt ansökan in till Vårdvetenskapliga Etikprövningsnämnden (VEN) som gav ett utlåtande gällande studiens genomförande (diarienummer 29-23/23-02-16).

Efter att justeringar gjorts enligt uttalandet från VEN, skickades e-post med information angående studien till verksamhetschefer som godkände att studien genomfördes i deras verksamheter. Samtycke inhämtades av informanterna efter att de erhållit information om att de deltog frivilligt samt att de kunde avbryta sin medverkan när de så önskade utan att förklara varför. Informanterna informerades om att det råder sekretess kring deras personuppgifter och att uppgifterna som kommer fram i intervjuerna kommer att användas i projektet endast och sedermera publiceras i en databas.

Intervjuerna spelades in via applikation nedladdad till en icke internetuppkopplad telefon och lagrades som ljudfiler. Ljudfilerna märktes med ett kodnummer. Kodlistan förvarades separat från ljudfilerna, inlåsta med tillgång endast för forskarna i studien. Ingen individ har kunnat identifieras vare sig vid analys eller resultatredovisning. Allt material kommer att förstöras när magisteruppsatsen är godkänd.

Resultat

Genom analysen framkom fem kategorier som gemensamt tydliggör distriktsjuksköterskans ledarroll inom kommunal hemsjukvård. Det övergripande temat i de fem kategorierna sammanfattas av författarna i en huvudkategori; *ansvarsfull roll med otydliga ramar* (tabell 2). Studiens resultat presenteras utifrån varje enskild kategori för sig och tydliggörs med citat hämtade från intervjuerna. Efter varje citat följer en bokstavskod som förtydligar vilken informant citatet är hämtat från. Fyra informanter är representerade med vardera två citat och sex informanter är representerade med vardera ett citat. Vidare lyfts innebörden från intervjuerna fram i övrig text.

Tabell 2. Översikt av kategorisering

Huvudkategori	Kategori
Ansvarsfull roll med otydliga ramar	Psykosocialt ansvar
	Handledningsansvar
	Ledarskap i en tudelad organisation
	Allomfattande roll
	Demokratisk ledarskapsroll

Psykosocialt ansvar

I intervjuerna framkom det att distriktssköterskorna ofta intog en roll som "stämningstabiliserare" i förhållande till omvårdnadspersonalen. De upplevde sig ha ett uttalat ansvar för den psykosociala stämningen i personalgruppen samt för olika individuella sociala faktorer på arbetsplatsen. Detta yttrade sig i att de intog en inkännande, inlyssnande och stärkande roll gentemot omvårdnadspersonalen för att på så sätt generera ökat välmående, engagemang och motivation i arbetsgruppen.

“Om de (omvårdnadspersonalen) är uppgivna att det fattas folk just den dagen, eller... och de är missnöjda med någonting eller så, så då spiller det över på mig så att jag behöver lyssna till dem och vara den ledare som inte hela tiden tar beslut, utan bara lyssna och finnas och lyssna på dem för då får de nytt mod.” (H)

Distriktssköterskorna upplevde att ledarskapet blev mer lustfyllt och lättare att utöva när omvårdnadspersonalen var motiverad och engagerad och såg det som sin uppgift att upprätthålla denna känsla av motivation och engagemang hos personalen. De gav även uttryck för att de kände sig ålagda uppgiften att söka svar på varför en omvårdnadsinsats inte utförts enligt plan genom att vara lyhörda för omvårdnadspersonalens personliga motiv till detta. Distriktssköterskorna tog på sig rollen av att vara en förebild för arbetsgruppen i den bemärkelsen att man tog ett ansvar för att skapa ett gott arbetsklimat.

“Det tillhör absolut inte mina arbetsuppgifter och det är absolut inget som någon förväntar sig av mig utan jag tänker utifrån eget, liksom att man ska behöva dras med sån negativitet hela tiden. Man kan lite sätta ramarna för hela arbetet, vad är det för arbetsgrupp vi vill ha” (J)

“Man blir liksom lite som en, inte som terapeut, men man lyssnar ju på personalen för att ta reda på anledningen till att de inte har utfört sitt arbete” (I)

Handledningsansvar

Handledningsansvaret genomsyrade distriktssköterskornas berättelser gällande utmaningar kopplade till omvårdnadspersonalens skiftande kunskapsnivå. De beskrev handledningsansvaret som, å ena sidan en stimulerande och naturlig del av jobbet, å andra sidan som något betungande och då relaterat till faktorer så som stor personalomsättning, personalbrist och kompetensbrist bland omvårdnadspersonalen. De upplevde även att tidsbrist var en försvårande faktor i arbetet då behovet av handledning ofta kunde kännas oändligt.

“Ibland känns det som ett stort svart hål, hur mycket man än utbildar och hur mycket man än handleder, (...) finns sånt oerhört behov av det.” (H)

Distriktssköterskorna beskrev att den stora omsättningen på omvårdnadspersonal, liksom stor andel personal utan adekvat kompetens, ledde till att handledningsansvaret blev oproportionerligt stort i förhållande till andra arbetsuppgifter. Svårigheterna för distriktssköterskorna att identifiera samt tillgodose omvårdnadspersonalens behov av handledning skapade i sin tur en oro för vårdkvaliteten och patientsäkerheten. De lyfte fram omvårdnadspersonalens brist på kompetens i basal omvårdnad som en försvårande faktor för ledarskapsrollen. Förväntningar från chefer att delegera en stor mängd omvårdnadspersonal beskrevs som en stressfaktor, i synnerhet inför sommarmånaderna då stort behov av nyrekrytering ofta ses i verksamheterna.

“Pratar man sommartid kommer det ju jättemånga personal som inte har någon utbildning, ja, de har ingen erfarenhet alls av hur man tar hand om en gammal människa. Då är det svårt. För det är så många och vi får nästan bara vara glada att det är nån som kommer och jobbar. Lite så.” (G)

Distriktssköterskorna beskrev rollen som handledare som en balansakt, där man dels ska vara glad och tacksam gentemot dem som väljer att jobba inom hemtjänsten och där man dels bör ha rätten att förvänta sig en viss minimumnivå på kompetens. Denna balansakt gav hos distriktssköterskorna ömsom en känsla av att kunna göra skillnad och påverka och ömsom en känsla av maktlöshet och frustration. Distriktssköterskorna påtalade en paradox i att läkemedelshantering delegeras ut till oerfarna vårdbiträden utan basal kompetens i att ta hand om äldre och sjuka. De beskrev utmaningar i att kommunicera sitt ledarskap till

omvårdnadspersonal med bristande kompetens och uttalade stora skillnader i hur direktiv förmedlas och verkställs gentemot personal med respektive utan grundläggande omvårdnadsutbildning, såsom undersköterskeutbildning.

“Så på vissa ställen behövs ju mycket guidning, andra ställen inte (...) man tar ju nästan ibland folk från gatan bara. Så det kan vara väldigt spretigt. Och det kan ju ta tid att identifiera de individerna som kanske behöver mera stöd än andra.” (A)

Ledarskap i en tudelad organisation

Distriktssköterskorna vittnade om en komplexitet kopplad till ledarskapsrollen i en organisation präglad av två vitt skilda lagar; HSL och SOL. De upplevde att de otydliga gränserna för vad som anses gå under SOL och för vad som anses gå under HSL skapade en gränsdragningsproblematik i kommunal hemsjukvård som man som distriktssköterska, genom erfarenhet, behöver lära sig jobba runt.

De beskrev sin ledarskapsroll som särskilt tydlig i två olika situationer; i moment då omvårdnadspersonalen kontaktat distriktssköterskorna för medicinsk bedömning av patienter ute på plats, då omvårdnadspersonalen i dessa situationer förväntade sig ett ledarskap från distriktssköterskan. Och i situationer då distriktssköterskorna själv initierade en vårdinsats, en HSL-insats, då de i dessa situationer hade en tydlig plan för vad som behöver uträttas samt en beredskap inför det specifika momentet. Distriktssköterskorna beskrev ledarskapsrollen som något man växer in i och kopplade erfarenhet och antal år i tjänst till förmågan att leda.

“Det är sånt som har kommit med åren, erfarenhet, alltså hur man ska bete sig för att få bäst respons, så att säga.” (I)

Distriktssköterskorna beskrev ledarskapet för HSL-insatser som synnerligen tydligt i förhållande till omvårdnadspersonal och chefer i organisationen. Men uttryckte även att ledarskapet är något som man måste *ta* och inte *få*.

“Men det är nog för att jag har tagit den rollen (ledarskapsrollen i förhållande till chefer inom kommunen) Jag vill vara deras medicinska ledare om man säger, eller jag vill vara deras ledare beträffande patienternas mående. Alltså, HSL-delen, den är min, och det gör jag väldigt tydligt för alla chefer.” (F)

Distriktssköterskorna upplevde ledarrollen som mer otydlig gällande ansvarsfördelning för det som i kommunen går under SOL. Det gavs uttryck för att det saknades ett tydligt ledarskap för den basala omvårdnaden och att gränsdragningen för ledaransvaret gällande SOL-insatser emellanåt kändes vag. Detta i sin tur innebar att distriktssköterskorna ofta hamnade i en situation där de förväntades ta en ledarroll även för arbete kopplat till SOL. Distriktssköterskorna beskrev en verklighet där enhetschefens respektive distriktssköterskans ledarroller ofta gick in i varandra. Detta resulterade i att distriktssköterskornas upplevelse av sin ledarskapsroll kom till att bero mer på personlighetsfaktorer och dynamik, chef - distriktssköterska sinsemellan, än organisatoriska ramverk.

“Förutom oss finns det inte riktigt något ledarskap för dom uppgifterna i kommunen (basal omvårdnad). Och då måste man försöka ta det, och vi är inte riktigt dimensionerade för det. Så det är, vad ska man säga, ska man säga nån utmaning så är det att ingen leder det som kommunen har lagt som socialtjänst.” (C)

“Min ledarroll som distriktssköterska i hemsjukvården är väldigt beroende av vilken enhetschef man samarbetar med. Har du en svag enhetschef, som är svag i sitt ledarskap har det tendens att spilla över på distriktssköterskan om man då är lite starkare i sitt ledarskap. Den där gränsen vad som är enhetschefens ansvar och distriktssköterskans ansvar är lite hårfin, kan jag tycka ibland.” (E)

En distriktssköterska uttryckte en ambivalens gällande sin syn på sin ledarskapsroll inom hemsjukvården; å ena sidan såg hen ledarskapet som en naturlig del av sitt arbete, men å andra sidan otydlig eftersom den inte förtydligats rent formellt och sällan lyfts fram.

Allomfattande roll

I intervjuerna framkom det att distriktssköterskorna upplevde att de hade en allomfattande roll på sin arbetsplats. Rollen beskrevs av distriktssköterskorna som "spindel i nätet" eller "problemlösare". De gav både uttryck för att de upplevde denna roll som tillfredställande i den bemärkelsen att de kände sig behövda och t.o.m. oersättningsbara, men samtidigt att det var en roll som kunde upplevas som betungande och tidskrävande. De upplevde att eftersom cheferna ofta saknade vårderfarenhet hamnade distriktssköterskorna i en ledarroll för ärenden utanför deras yrkesområde.

"Jag märker att det lilla minsta problem så ringer cheferna till mig. Både angående personal som missat saker och angående patienterna." (D)

Problem kopplade till annat än HSL lades även på distriktssköterskorna eftersom det var dem som arbetade närmast omvårdnadspersonalen, var ute i fält och därmed mest tillgängliga. Det var stor bredd på uppgifterna som lades på distriktssköterskorna, vilket krävde en djupare organisatorisk förståelse och kunskap kring strukturerna i vårdkedjan. Arbetsuppgifterna som lades på distriktssköterskorna var oftast utöver de planerade insatserna vilket kunde skapa stress och en känsla av otillräcklighet.

"Man får ju också många olika utmaningar till sig. Man ska kunna väldigt mycket och man ska kunna handleda och leda i många olika typer av varierande situationer. Och är det ett bekymmer av något slag då kommer man gärna till sjuksköterskan. Oavsett vad det gäller. Så därför ställs höga krav på att man dels tar det ansvaret och även att man har kunskap och kan lite av allt möjligt" (B)

Demokratisk ledarskapsroll

I förhållande till övriga legitimerade professioner i verksamheten uttryckte distriktssköterskorna att de inte behövde ta ett ledaransvar eftersom de upplevde sig vara jämbördiga. Teamets olika yrkesprofessioner kompletterade varandra genom sina specifika kompetensområden och en ömsesidig respekt och tillit till varandras kunskap utgjorde grunden för arbetet.

“...med andra HSL-professioner och chefer, då blir det mer en jämlik...vad ska man säga, då är vi alla någon form av ledare tillsammans.” (G)

I relation till omvårdnadspersonalen beskrev distriktssköterskorna sin ledarskapsroll som något som krävde ett särskilt ödmjukt förhållningsätt. Distriktssköterskorna beskrev det som att de var noga med att inte uppfattas som alltför dominanta i sitt ledarskap. Att vara ödmjuk, inlyssnande, jämlik och respektfull var ledaregenskaper som värderades högt och som bäst fick gruppen att gå mot samma mål. Man ogillade att se sig själv som en auktoritär ledare eller en person som står över någon annan.

“Jag känner att jag försöker vara väldigt ödmjuk och inlyssnande. Jag försöker att aldrig tro att jag är nån typ av “övergud”, typ, här kommer jag och bestämmer och liksom ställer till det, utan någonstans vet ju jag att, det är kunskapen jag har just nu.” (J)

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde att använda sig av en kvalitativ metod för att tydliggöra distriktssköterskors ledarskapsroll inom kommunal hemsjukvård. Kvalitativ forskning ämnar inte generalisera utan syftar till att finna en djup och detaljerad förståelse för att på så sätt skapa en trovärdig bild av ett studerat fenomen. En induktiv ansats tillämpades vilket anses lämpligt i forskning då människors upplevelser och uppfattningar undersöks (Kristensson, 2014).

Kvalitativ forskning syftar liksom all annan forskning, till att finna ny kunskap, men har sällan en sanning, utan flera alternativa tolkningar. Forskaren behöver visa på trovärdighet i sina resultat, vilket inom kvalitativ forskning bäst görs utifrån begreppen *tillförlitlighet, överförbarhet, verifierbarhet och giltighet*. Genom att beskriva trovärdigheten utifrån dessa begrepp åskådliggör forskarna studiens övergripande hållbarhet. Begreppen är inte oberoende av varandra utan skall betraktas som en sammanhängande helhet (Graneheim & Lundman, 2004, Lincoln & Guba, 1984).

Tillförlitlighet handlar såväl som att bedöma huruvida datainsamlingsmetoden är den optimala för studiens syfte, som att avgöra om mängden data som framkommit är stor nog för att svara på studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004). Tio distriktssköterskor intervjuades och intervjuerna varade mellan 23–50 minuter, längden på intervjuerna ansågs av forskarna som adekvat och bidrog till djup och omfångsrikedom i datamaterialet. Det upplevdes av författarna som utmanande att komma i kontakt med distriktssköterskor via verksamhetschefer. Två chefer uteblev med sina svar och fyra chefer meddelade att de inte hade några anställda lämpliga för studien. Vidare är det oklart hur många distriktssköterskor som faktiskt erhöll information om studien och tackade nej till att delta. Då författarna ansåg att ett relevant antal distriktssköterskor rekryterats till studien och tillräcklig variation uppnått i datainsamlingen bedömdes inte utmaningarna att hitta informanter ha påverkat det slutgiltiga resultatet.

Datainsamlingen gjordes med utgångspunkt i en intervjuguide med tillhörande följdfrågor. Informanterna hade möjlighet att berätta fritt och frågorna var öppna, vilket kännetecknar en semistrukturerad intervju (Kristensson, 2014). En svaghet med detta upplägg är att författarna på så sätt kan ha styrt informanterna genom sin förståelse för det studerade ämnet medan en styrka är att informanterna fick en möjlighet att berätta fritt och öppet med färre ramar att förhålla sig till.

Båda författarna deltog gemensamt i sex av tio intervjuer medan en intervju utfördes över telefon med en av författarna och de tre övriga genom fysiska möten på den andra författarens VFU-placering. För resultatet kan detta ha inneburit skillnader i insamlade data. Både för- och nackdelar upplevdes av författarna beträffande de olika intervjusituationerna. Att intervjuerna utfördes på olika sätt kan ha inneburit skillnader i djup samt att olika följdfrågor ställts vilket skulle kunna bidra till minskad tillförlitlighet. Men det kan också ha bidragit med variation i intervjuerna och därmed stärkt tillförlitligheten.

Samtliga intervjuer lästes igenom flertalet gånger individuellt och anteckningar kring intervjuernas innehåll gjordes var forskare för sig, för att sedan diskuteras gemensamt. Denna typ av forskartrianglering kan innebära en ökad tillförlitlighet till datamaterialets analysprocess och tolkningar då två olika uppfattningar av samma fenomen möts (Lincoln & Guba, 1984).

Författarnas olika förståelse kan ha färgat de följdfrågor som ställts under de individuella intervjuerna, samt de tolkningar som gjorts av materialet i efterhand. Samtliga steg i analysprocessen dokumenterades av författarna för att göra tolkningsprocessen så transparent som möjligt. Ett utdrag ur analysprocessen presenteras i uppsatsens avsnitt för analys av data (tabell 1).

Forskarna kom i kontakt med distriktssköterskor med varierande erfarenhet och bakgrund inom yrket. Variation gällande arbetslivserfarenhet som distriktssköterska (3–18 år), ålder (34–57 år) och kön bidrog med bredd och olika perspektiv på det studerade fenomenet. Åtta kvinnor och två män bedömdes av forskarna utgöra en könsfördelning av distriktssköterskor inom hemsjukvården som kan spegla verkligheten. Även en variation gällande arbetsplatsernas geografiska placering (landsbygd respektive tätort) samt arbete utfört i varierande socioekonomiska miljöer bedömdes utgöra en nyanserad grund för urvalet av deltagare i studien. Dessa faktorer kan anses som stärkande för studiens *överförbarhet*. Samtliga distriktssköterskor arbetade dock inom ett begränsat geografiskt område, dvs i södra Sverige. Detta medför en möjlig begränsning gällande resultatets överförbarhet då samtliga kommuner involverade i studien låg inom samma regiongräns. Detta kan påverka överförbarheten då kommuner i andra regioner skulle kunna ha en annan organisatorisk struktur som i sin tur påverkar distriktssköterskornas ledarskapsroll i hemsjukvården.

Verifierbarhet speglar hur väl resultatet kan representeras i insamlat material och i vilken mån tolkningar och resultat kan verifieras. Då datainsamlingen i en intervjustudie påverkas av interaktion och samspel forskare och informant emellan medför det oundvikligen att forskaren blir en medskapare av texten. Detta innebär att studiens resultat inte kan betraktas som oberoende av forskaren, trots att det är informantens röst som redovisas i resultatet. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant av författarna. Citat från intervjuerna återges i resultatredovisningen vilket bidrar till att stärka resultatets verifierbarhet (Lincoln & Guba, 1984; Lundman & Graneheim, 2017).

Sex intervjuer utfördes 1–2 veckor innan ett tre månaders sommaruppehåll och fyra intervjuer utfördes efter uppehållet. Trots att samma intervjuguide användes vid samtliga intervjuer medförde uppehållet att författarna fick tid att reflektera över de första intervjuernas

utföranden och innehåll, vilket kan ha haft påverkan på de följdfrågor som ställes i de senare intervjuerna. Forskarna upplevde även att deras skicklighet beträffande intervjuteknik förfinades med ökad erfarenhet. Detta kan ha inneburit en skillnad och utveckling gällande djup och innehåll i de intervjuer som utfördes först och de intervjuer som utfördes sist, vilket därmed kan ha bidragit till begränsningar gällande studiens *giltighet* (Kristensson, 2014).

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen presenteras genom att, i enlighet med Kristenssons (2014) rekommendation, lyfta fram och diskutera tre särskilt viktiga aspekter av resultatet.

Ledarskap i en tudelad organisation

Resultatet visade att distriktssköterskor inom hemsjukvård beskrev en ansvarsfull ledarroll med otydliga ramar. Distriktssköterskorna vittnade bland annat om ett komplext ledarskap i en tudelad organisation och om en handledarroll som var såväl stimulerande som överväldigande.

Distriktssköterskorna beskrev en ledarroll präglad av det otydliga förhållandet mellan de två olika lagar som lägger grunden för kommunalt vård- och omsorgsarbete; hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Distriktssköterskorna beskrev ett formellt och tydligt ansvar för uppgifter kopplade till HSL, men menade på att de, för att kunna bedriva god vård, var tvungna att till viss del även ta ansvar för arbetet kopplat till SOL.

I det salutogena ledarskapet beskrivet av Hansson (2018), som bygger på Antonovsky's teori om KASAM, är en förutsättning för en trygg och hälsosam arbetsplats att förstå organisationsstrukturen man verkar inom. En tydlig organisation, med begripliga riktlinjer att förhålla sig till inger en känsla av sammanhang i tillvaron (KASAM). En distriktssköterska inom kommunal hemsjukvård kan således ha kapaciteten och ledarskapskompetensen att hantera utmaningarna inom organisationen, men saknas strukturella förutsättningar för framgångsrikt ledarskap leder det oundvikligen till en känsla av otillräcklighet.

Tidigare studier (Karlsson, 2007; Karlsson et al, 2009; Franssén, 2004; Hansson, 2006) har visat på att ett minskat antal chefer inom kommunal omsorg har bidragit till att distriktssköterskor och sjuksköterskor fått en ökad ansvarsbelastning då de arbetar nära

omvårdnadspersonalen och därmed får ta en ledarroll för arbete de inte är dimensionerade för. Det har även påvisats hur distriktssköterskor åtar sig ett ledarskap för omvårdnadspersonalen utan att ha ett formellt stöd för denna ledarroll. Detta är i linje med författarnas resultat av detta arbete, där det framgick att distriktssköterskornas ledarroll, gällande arbete kopplat till SOL, beskrevs som otydligt och ej heller befast inom organisationen. Detta skulle kunna tolkas som att problem kopplade till ledarskapets organisatoriska förutsättningar över tid inte har förbättrats, trots att flera omständigheter tyder på behov av förändring.

Handledningsansvar

I kompetensbeskrivning för distriktssköterskor (Distriktssköterskeföreningen, 2019) framstår distriktssköterskans ledarroll som glasklar. Distriktssköterskan skall kunna leda omvårdnaden och driva utvecklingsfrågor, men exakt vilken omvårdnad detta syftar till specificeras inte. Därmed finns utrymme för tolkning hur långt distriktssköterskans ledarskapsroll bör eller ska sträcka sig inom organisationen och i förhållande till de olika lagrummen.

Handledningsansvaret framkom av resultatet vara en framträdande aspekt av distriktssköterskornas ledarskapsroll. Ofta var berättelserna knutna till utmaningar kopplade till omvårdnadspersonalens skiftande kunskapsnivå. Distriktssköterskornas beskrev en verklighet där behovet av handledning och utbildning upplevdes som omätligt och ifrågasatte rimligheten i ansvarets omfattning.

De faktorer som distriktssköterskorna beskrev påverkade handledningsrollen mest låg ofta utanför deras kontroll; stor personalomsättning, personalbrist och kompetensbrist hos omvårdnadspersonalen. De upplevde en press att delegera oerfaren omvårdnadspersonal, utan basal omvårdnadskompetens, i hantering av läkemedel, vilket generade en stress över vårdkvalitet och patientsäkerhet. Gransjön Craftman et al. (2016) tydliggjorde liknande observationer i sina studier; där distriktssköterskor upplevde delegeringsförfarandet som en gråzon där regler och författningar inte var i linje med verksamhetens uttalade förväntningar på läkemedelsdelegering för att kunna bedriva det dagliga arbetet.

Distriktssköterskor förväntas alltså ha fördjupade kunskaper i handledning och undervisning samt en förståelse för vad som påverkar lärande och kunna analysera individers

och grupperns utbildningsbehov (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Men resultatet i detta arbete påvisade att distriktssköterskor, trots sin spetskompetens, inte upplevde sig ha förutsättningarna för att upprätthålla kraven på sin handledarroll och med det följde en oro för bristande vårdkvalitet.

Ur ett samhällsperspektiv, där den åldrade befolkningen det kommande decenniet väntas öka dramatiskt (Socialstyrelsen, 2020), kommer sannolikt kraven på distriktssköterskans handledarroll att ackumuleras. Därmed anser författarna att en avgränsning och ett tydliggörande gällande distriktssköterskans handledarroll bör vara en av flera prioriterade frågor för den kommunala hemsjukvårdens utveckling.

Psykosocialt ansvar

Den psykosociala aspekten av ledarskapsrollen kom till uttryck i distriktssköterskornas skildring av sin ansvarskänsla och sitt personliga engagemang för omvårdnadspersonalens motivation och mående. Distriktssköterskorna delade en övergripande uppfattning om att de genom sitt agerande hade en inverkan på omvårdnadspersonalens attityd gentemot sitt arbete. Distriktssköterskorna uttryckte att de inte fanns en yttre förväntan om att det var deras ansvar att skapa gott arbetsklimat, utan att detta gjordes för att man upplevde att ens ledarskap underlättades och att arbetet blev bättre utfört med motiverad, engagerad och välmående omvårdnadspersonal.

I *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad* menar Disch (2013) att god kommunikation gynnar samarbete vilket i slutändan är en förutsättning för patientsäkerheten. Förmågan att sätta sig in i den andres situation, lyssna noggrant och därmed kunna tolka subtila signaler i sin omgivning är några faktorer som kännetecknar en god kommunikatör. Vidare beskrivs sociala färdigheter såsom att vara öppen, mottaglig, kunna se sammanhang och vara genuint intresserad som kommunikativa styrkor i en grupp. Ett dynamiskt och effektivt team genererar en tillfredsställande upplevelse för teamets alla medlemmar och berikar såväl det privata som det yrkesmässiga livet. När det gäller hälso- och sjukvård beskriver Disch (2013) hur det i slutändan är en fråga om att rädda liv.

Av resultatet i detta arbete framgick det tydligt hur distriktssköterskorna intog en inlyssnande, närvarande och inkännande roll gentemot omvårdnadspersonalen för att på så

sätt främja deras engagemang och motivation. Således skulle distriktssköterskornas upplevda psykosociala ansvar på arbetsplatsen vara ett uttryck för såväl patientsäkerhetsarbete som en berikande faktor för den dagliga sociala tillvaron. Men det skulle även kunna vara en kompensatorisk yttring för organisatoriska brister inom verksamheten, som genererar en etisk börda för den individuella distriktssköterskan.

Konklusion och implikationer

Studiens resultat visade att distriktssköterskans ledarskapsroll inom kommunal hemsjukvård präglas av ansvarsfullhet och otydliga ramar. Av studiens resultat framgick det att distriktssköterskorna tog ett psykosocialt ansvar för omvårdnadspersonalen och arbetsmiljön för att på så sätt öka personalens motivation, engagemang och mående. Distriktssköterskorna beskrev en handledarroll som uppfattades som både stimulerande och betungande, där faktorer som personalomsättning, personalbrist och kompetensbrist ledde till en känsla av otillräcklighet. Distriktssköterskorna skildrade en otydlighet gällande sin ledarskapsroll i en organisation präglad av olika lagar. De beskrev sin roll som allomfattande i den mån att de förväntades ta ansvar för uppgifter utanför deras yrkesroll. Distriktssköterskorna tydliggjorde att deras ledarskapsroll var av demokratisk natur. De ville inte uppfattas som alltför dominant gentemot omvårdnadspersonalen och värdesatte ett arbetssätt inom teamet, med övrig legitimerad personal, där allas kompetens och röst var lika viktig.

För framtida studier anser författarna att det vore intressant att studera distriktssköterskans ledarskapsroll utifrån andra yrkeskategoriers perspektiv, såsom omvårdnadspersonal och chefer inom kommunal verksamhet. Vidgade perspektiv gällande distriktssköterskans organisatoriska förutsättningar för att utöva sin ledarskapsroll behövs för att förtydliga distriktssköterskans ledarskap och ansvar inom kommunal hemsjukvård.

Referenser

Antonovsky, A. (2005). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur & Kultur.

Athlin, E., Hov, R., Petzäll, K., Hedelin, B. (2014). Being a nurse leader in bedside nursing in hospital and community care contexts in Norway and Sweden. *Journal of nursing education and practice, vol 4, no. 3, 234-243.*

Cameron, S., Harbison, J., Lambert, V., & Dickson, C. (2012). Exploring leadership in community nursing teams. *Journal of advanced nursing, 68(7), 1469–1481.*
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05869.x>

Claesson, M., Jonasson, L. L., & Josefsson, K. (2021). Next of kin's experiences of registered nurses' leadership close to older adults in municipal home care in Sweden: an interview study. *BMC nursing, 20(1), 213.* <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00745-6>

Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P. M., Paananen, T., & Chatterjee, G. E. (2021). The essentials of nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership. *International journal of nursing studies, 115, 103842.* <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103842>

Disch, J. (2013). I.K Samverkan i team. Sherwood, G & Barnsteiner, J (Red). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad – sex grundläggande kärnkompetenser.* (Uppl. 1:1, s 79–98). Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeföreningen. (2019). Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Drevenhorn, E. (2017). *Hemsjukvård.* Lund: Studentlitteratur.

Franssén, A. (2004). I K. Arbetsledning i äldreomsorgen. Kolfjord, I & Hedin W L (red) *Hälsans sociala villkor.* (s 71– 74). Lund: Bokbox Förlag

Gransjön Craftman, Å., Grape, C., Ringnell, K., & Westerbotn, M. (2016). Registered nurses' experience of delegating the administration of medicine to unlicensed personnel in residential care homes. *Journal of clinical nursing, 25(21-22), 3189–3198.*
<https://doi.org/10.1111/jocn.13335>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today, 24(2), 105–112.* <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hallin, K., & Danielson, E. (2007). Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: a qualitative study. *International journal of nursing studies, 44(7), 1221–1230.* <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.011>

Hansson, A. (2018). Salutogent ledarskap – för hälsosam framgång (upplaga 2). Stockholm: Salutogent ledarskap Sverige AB.

Hansson, M. (2006). Sjuksköterskan i kommunen – yrkesroll under förändring. Exemplet Sala (*The municipal Registered Nurse–Professional Role in Transition. The Example Sala*). FoU Västmanland, Meddelande.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (4 uppl., s. 111–121). Lund: Studentlitteratur.

Hälso- sjukvårds lag. (SFS 2017:30). Sveriges riksdag.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

Josefsson, K., & Hansson, M. (2011). To lead and to be led in municipal elderly care in Sweden as perceived by registered nurses. *Journal of nursing management*, 19(4), 498–506.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01228.x>

Josefsson, K & Ljung, S. (2017). Sjuksköterskans roll i hemsjukvård. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (upplaga 2:2, s. 19-40). Lund: Studentlitteratur.

Josefsson, K., & Peltonen, S. (2015). District nurses' experience of working in home care in Sweden. *Healthy Aging Research*, 4, 1–8.

Josefsson, K., Sonde, L., Winblad, B., & Robins Wahlin, T. B. (2007). Work situation of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(1), 71–82. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.10.014>

Karlsson, I. (2007). Förväntningar och realitet för sjuksköterskor verksamma på äldreboenden (Expectations and Reality for Registered Nurses Active in Homes for the Elderly). Dissertation. Karolinska Institutet, Stockholm.

Karlsson, I., Ekman, S. L., & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home--some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), 265–273.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00616.x>

Kihlgren, M., Engström, B., & Johansson G. (2009). Sjuksköterska med uppdrag att leda (upplaga 2:1). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik* (1 uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. (1998:387) Sveriges riksdag.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387/

Laurent, C L. (2000). A nursing theory for nursing leadership. *Journal of nursing management*, 8(2), 83–87. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2000.00161.x>

Lincoln, Y.S & Guba, E.G. (1984). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage publications.

- Lundin, K & Sandtröm, B. (2015). *Ledarskap inom vård och omsorg (upplaga 2)*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Graneheim, U. (2017). I K. Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M & Höglund Nielsen, B (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (Uppl. 3:2, s 219-234). Lund: Studentlitteratur.
- Rosengren, K. (2014). *Vårdledarskap (upplaga 1:3)*. Lund: Studentlitteratur.
- Sjuksköterskornas samarbete i Norden (1995). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. Vårdförbundet, Stockholm.
- Scully, N. J. (2015). Leadership in nursing: The importance of recognising inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 22(4), 439–444. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.004>
- Socialtjänstlagen*. (2001:453). Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- Socialstyrelsen. (2017). Socialstyrelsens termbank. [2022-12-16]
- Socialstyrelsen. (2019). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie*. (Artikelnummer 2019-2-17). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-17.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*. (Artikelnummer 2020-3-6603). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6603.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm.
- Westlund, P. & Larsson, E. (2007). *Kommunens sjuksköterska i Florence anda (upplaga 2)*. Karlshamn: Fokus.
- World medical association, WMA. (6 september 2022). *Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 (1): Intervjuguide

Uppläses av intervjuledaren:

Tack för att du ställer upp! Vi är intresserade av att få veta mer av om hur du upplever dig som ledare i ditt arbete. Vi kommer följa en intervjuguide som vi har, men hoppas på att detta blir ett samtal och är särskilt intresserade av vad du har att berätta.

1. På vilket sätt skulle du beskriva din ledarroll?
2. Kan du ge exempel på hur du leder omvårdnadsarbetet inom kommunal hemsjukvård?
3. Vilka utmaningar/svårigheter kan du möta under en dag, kopplat till ditt ledarskap?
4. Vad har du som distriktssköterska för upplevelse kring ditt ledarskap?
5. Upplever du att personalen ser dig som en ledare?
6. Vad har du som distriktssköterska för upplevelse kring hur ditt ledarskap betraktas av chefer i din verksamhet?
7. Vad har du som distriktssköterska för upplevelse av ditt ledarskap i förhållande till samarbete mellan olika professioner i ditt team?
8. I vilka situationer går det lätt att vara ledare?

Uppföljande frågor med fokus på studiens syfte:

- På vilket sätt?
- Vad innebär det?
- Kan du utveckla det mer?
- Kan du berätta mer?
- Kan du ge exempel?