



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

*Vårdpersonals erfarenhet av ledarskap under  
nattjänstgöring*

Examinationsuppgift  
Vårdpedagogik med  
inriktning mot vård  
och omsorg,  
fördjupningskurs  
15 hp (61-90)  
Författare: Johanna Leibovici  
och Helene Welander  
Datum: 090603  
Handledare: Linda Johansson  
Examinator: Kaety Plos

## Abstract

**Arbetets art:** C-uppsats i vårdpedagogik med inriktning mot vård och omsorg  
**Sidantal:** 30 sidor exklusive bilagor  
**Titel:** Vårdpersonals erfarenhet av ledarskap under nattjänstgöring  
**Författare:** Johanna Leibovici och Helene Welander  
**Handledare:** Linda Johansson  
**Examinator:** Kaety Plos  
**Datum:** 2009-06-03

**Bakgrund:** Kunskapen om nattjänstgörande vårdpersonal är ett relativt outforskat område. Under natten är arbetssituationen lite annorlunda eftersom inte samma resurser finns att tillgå som under dagen, med detta arbete vill vi öka kännedomen kring ledarskap och beslut.

**Syfte:** Syftet med undersökningen var att beskriva vårdpersonals erfarenheter av ledarskap under nattjänstgöring.

**Metod:** För att samla in data har vi använt en enkät innehållande 20 frågor med utrymme för egna kommentarer som fylldes i av vårdpersonal som enbart tjänstgör natt. Vi skickade ut 50 stycken enkäter till vårdpersonal på 8 stycken äldreboende och svarsfrekvensen blev 68 %.

**Resultat:** Personalgruppen var till stor del utbildad i omvårdnad och hade mestadels en lång arbetserfarenhet i vården. Större delen av personalen rapporterar att de aldrig har en arbetsledare nattetid. Vi fann vidare en trend av att det framförallt var den personalgrupp som hade gymnasieutbildning som inte efterfrågade närvaro av en arbetsledare, och även att det var framförallt denna grupp som inte heller efterfrågade en kompetenshöjning i framtiden. Vi såg också en trend att de med längst erfarenhet inte heller upplevde behov av en arbetsledare. Däremot uttrycktes en trygghet med den befintliga tillgängligheten av arbetsledning. Några av deltagarna hänvisade till enhetschef och några till trygghetsjour, nattsjuksköterska, hemsjukvård. Kontakt med arbetsledare togs via telefon.

**Slutsats:** Av resultaten framgår att det fanns en relation mellan den egna kompetensen och erfarenheten och upplevelsen av behovet av arbetsledning.

**Nyckelord:** ledarskap, omvårdnad, vårdpersonal, nattjänstgöring.

# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING .....</b>	<b>5</b>
<b>BAKGRUND .....</b>	<b>5</b>
Ledarskap.....	5
Ledarskap i vården.....	6
Omvårdnad .....	8
Kompetens hos vårdpersonal.....	9
Vårdpersonals arbetsuppgifter under nattjänstgöring.....	10
Vårdpedagogik .....	12
<b>PROBLEMFÖRMULERING .....</b>	<b>12</b>
<b>SYFTE.....</b>	<b>13</b>
<b>FRÅGESTÄLLNING.....</b>	<b>13</b>
<b>METOD.....</b>	<b>13</b>
Analys .....	13
Etiska överväganden .....	14
Validitet och Reliabilitet .....	14
Urval.....	15
Genomförande.....	15
<b>RESULTAT .....</b>	<b>16</b>
Undersökningsgrupp .....	16
Ledarskapsfrågor.....	17
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>21</b>
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion .....	23
<b>REFERENSER .....</b>	<b>26</b>
<b>BILAGA 1.....</b>	<b>30</b>

<b>BILAGA 2.....</b>	<b>31</b>
<b>BILAGA 3.....</b>	<b>32</b>
<b>BILAGA 4.....</b>	<b>39</b>

## Inledning

Vårt mål med denna uppsats var att kartlägga nattjänstgörande vårdpersonals erfarenheter inom området ledarskap. Enligt McMahon (1994) känner nattsjuksköterskor att de har ett stort ledningsansvar i sitt arbete. Att använda sig av påhittighet, kreativitet och uppfinningsrikedom är emellanåt ett måste för att lösa problem utan att ha tillgång till de extra resurser som finns dagtid. I den organisationsstruktur som funnits på de äldreboende där vi gjort vår undersökning har personalstyrkan bestått av en huvudansvarig verksamhetschef, ansvarig enhetschef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och vårdpersonal med eller utan vårdutbildning. Under nattens timmar är bemanningen mindre än dagtid. Den vårdpersonal som tjänstgör natt har inte tillgång till samma resurser som dagpersonal, oftast av den anledningen att vid planering av personal utgår verksamhetsansvariga från att de boende sover större tiden av natten. Sjuksköterskans tillgänglighet är av varierande karaktär då de idag oftast fungerar på konsultbasis och ej ingår i arbetslag på avdelning. Vad är då vårdpersonalens erfarenhet av ledarskap?

## Bakgrund

I detta avsnitt kommer vi att ge en kortfattad beskrivning av ledarskap, ledarskap i vården, omvårdnad, kompetens hos vårdpersonal, vårdpersonals arbetsuppgifter under nattjänstgöring och vårdpedagogik.

### Ledarskap

Enligt Ekstam (2002) definieras ledarskap som någonting man måste förtjäna. En ledare är en person som under en tidsperiod, eller i samband med att en uppgift ska utföras, utövar mer inflytande än andra (Nilsson, Norén Winsell & Djärv 1999).

Personer som har forskat kring området ledarskap är inte överens om vad ledarskap verkligen är (Hughes, Ginnett, & Curphy, 2002). Oenigheten anses bero på att ledarskap är ett komplext fenomen som involverar flera parter såsom ledaren, medarbetaren och situationen. En del forskare har ägnat fokus på personligheten eller själva beteendet som finns hos ledaren medan andra har studerat relationen mellan ledare och medarbetare, samt aspekter på hur den aktuella situationen påverkar ledarens handlingar. Dessa skillnader i definitioner om vad ledarskap är beror på att olika forskare undersöker flera och olika aspekter på ledarskap (ibid). Wolmesjö (2005) citerar James Mc Gregor Burns (1990:30);

*”Leadership is one of the most observed and least understood phenomena on earth”.*

Ledarskap som begrepp avser förmågan att optimalt ta personliga och materiella resurser i anspråk för att få de underordnade medarbetarna att utföra prestationer inom den befintliga ram för organisationens eget syfte och mål (Berggren et al., 2001). Ledaren är en förebild med en positiv auktoritet men kan även uppfattas som stödjande och som medmänniska. Ledaren har sin makt baserad på personliga egenskaper och beteende (Rubenowitz, 2004). Fortsättningsvis har vi konsekvent valt att använda oss av begreppen arbetsledare, chef och ledarskap, trots att litteraturen är otydlig och inte alltid överens. En arbetsledare, ledare, chef har vi valt att definiera som en person i en arbetsledande funktion som är utsedd att leda och fördela arbetet på arbetsplatsen. Ett framgångsrikt eller effektivt ledarskap bedöms utifrån medarbetarnas egna upplevda arbetsstillfredsställelse, enhetens effektivitet och chefernas framgång i karriären (Thylefors, 1996). Ledarskap är en social relation, en inflytandeprocess,

där den ansvariga ledaren genom sin ställning har ett större inflytande än medarbetaren. Detta kan tolkas som att båda parter är beroende av varandra genom sitt samspel, men åtskilda genom sina olika positioner i organisationen (Nilsson, 2003). En ledarens funktion är viktig för hur gruppen fungerar. Ledarens funktion är bland annat att se mönster och kunna gripa in vid de tillfällen som gruppen behöver stöttning. En ledare bör alltså även ha kunskap om samspel mellan människor och grupper (Nilsson & Waldemarsson, 1994).

Yukl (2002) skriver om att studera ledarens karaktärsdrag. Förr antogs att det fanns ledare av en mer naturlig karaktär exempelvis "the great man" som hade naturliga ledaregenskaper. Då observerades vad ledaren gör, vilket ansvar personen har och hur beslut tas. Ledarskapsforskaren Yukl (2002) har efter ett antal undersökningar kommit fram till att begreppet ledarskap kan brytas ned i fyra olika förhållningssätt:

Egenskapsperspektivet – perspektivet utgår från att människan är en naturlig ledare som begåvats med särskilda egenskaper. Beteendeperspektivet – här likställs beteendet hos ledare som identifierats som effektiva respektive ineffektiva beteenden. Inflytandeperspektivet – inom inflytandeperspektivet söks förståelse för ledarskapet genom att studera processerna mellan ledare och ledda. Utgångsläget är ledarens perspektiv och det underliggande perspektivet är att ledaren agerar och de ledda reagerar. Yukl (2002) menar att man försöker finna förklaringar till ledarskapets effektivitet och typen av makt och hur denna makt eller inflytande praktiseras. Situationsperspektivet – inom situationsperspektivet hamnar fokus på kontextuella faktorer såsom typen av arbete som utträttats inom ledarens enhet, den externa omgivningens egenskaper och de leddas egenskaper (Wahl, Holgersson, Höök, & Linghag, 2001).

I linje med tidigare forskning så beskrivs en god ledare som en psykiskt mogen människa eller en människa med goda "coping resurser", det vill säga den förmåga ledaren disponerar för att kunna hantera stress (Rubenowitz, 2004). Detta stöds även med att ledaren själv ska kunna uppnå god hälsa genom att kunna lösa oförenligheter (Kierkegaard, 1964). En mogen och balanserad ledare som förfogar över en högre grad av självkänsla har en förmåga att reflektera över sitt eget och andras beteende utan skygglappar. Den ledaren har även förmågan att lyssna aktivt och vara lyhörd och ha respekt för medarbetarnas synpunkter och förslag. En sådan ledare kan själv leva sig in i hur viktigt det är att framförallt de underställda medarbetarna får en positiv erkänsla för ett bra utfört arbete (Rubenowitz, 2004).

Enligt Albinsson och Strang, (2002) ansågs det vara en fördel om ledaren är kompetent inom det egna området som ska arbetsledas samt kunna handleda sin personal och finnas tillgänglig. Det framkom en önskan i studien att arbetsledaren skulle vara en person med goda yrkeserfarenheter i det egna området som hade förståelse för den befintliga arbetssituationen. Det innebär inte att det finns behov av specialistkunskap men ledaren bör inneha goda generella kunskaper inom arbetsområdet. En arbetsledares yrkesskicklighet är oftast en förutsättning för medarbetarnas respekt samtidigt som den underlättar kommunikationen dem emellan (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 1997).

## **Ledarskap i vården**

En intressant observation inom vårdsektorn är att titulaturen på ledarskapet är annorlunda.

*"Vårdsektorns chefer är inga riktiga chefer, näringslivets kvinnliga chefer är inga riktiga kvinnor, kvinnliga chefer finns inte"* Thylefors (1996, s.133).

Kvinnliga chefer inom vårdsektorn tituleras ibland som resurspersoner, samordnare och föreståndare. Detta kan skapa oklara rollförväntningar och försvårar axlandet i själva ledarrollen. I verksamheter som är mansdominerande benämns ledarna som avdelningschefer, platschefer, gruppledare och förmän. Ansvar och antal medarbetare samt funktion är detsamma för båda könen (Thylefors, 1996).

Titulaturen inom kommunal äldre- och handikappomsorg för områdeschefer ser även den olika ut. Den beskrivs som svårfångad samt att det finns många olika titlar i yrkesgruppen (Nilsson, 1997). I Mandat-Makt-Management; en studie av hur vårdenhetschefer ledarskap konstrueras, av Nilsson (2003) observerades vårdenhetschefernas ledarskap. Där framkom att kommunikationen i det egna ledarskapet för vårdenhetschefer har en viktig funktion, då det gäller att förmedla information från ledning ut till organisation en så kallad top-down information, även att förmedla information från medarbetare till ledning bottom-up information. Rollen som vårdenhetschefer besitter innebär en maktposition där de har kontroll över vilken information som förmedlas både till ledning och medarbetare. Studien visade att vårdenhetscheferna ansåg att det var av betydelse att ha en dialog med medarbetarna då detta resulterar i ett bra arbetsklimat. Situationer som kan leda till att misstolkningar sker innebär att det är av betydelse att information ges vid rätt tillfälle och i rätt miljö. Det påpekas även vikten av att vara tydlig i budskapet som ska förmedlas. Mottagaren av budskapet bör få en skälig möjlighet att ta emot information samt kunna bearbeta och förstå det budskap som förmedlas (Nilsson, 2003).

Ur en annan studie framkom det att vårdarna ansåg att chefernas möjlighet att ta beslut var i princip nästan obefintlig eftersom de var beroende av dem som satt högre upp i organisationen (Häggström, Skovdahl, Fläckman, Kihlgren & Kihlgren, 2005). Många vårdare ansåg att de inte fick stöd och sympati i arbetet från arbetsledarna. De upplevde även att de fick dåligt med uppskattning och bekräftelse, vilket gjorde att vårdarna kände sig övergivna av arbetsledningen (Häggström, Skovdahl, Fläckman, Larsson & Kihlgren, 2004).

Detta är i linje med en studie av Fransson Sellgren (2007) där författaren påvisar att det är av stor betydelse att öka kunskapen kring vilket sätt och till vilken grad en ledares beteende kan sättas i relation till arbetstillfredsställelse och omsättning på vårdpersonal. Hon skriver:

*“relationen mellan ledarbeteende, kreativt arbetsklimat och arbetstillfredsställelse, mellan kreativt arbetsklimat och arbetstillfredsställelse och mellan arbetstillfredsställelse och personalomsättning indikerar att chefsjuksköterskan spelar en viktig roll genom att skapa ett kreativt arbetsklimat som kan leda till ökad arbetstillfredsställelse och i förlängningen minskad personalomsättning. Resultatet indikerar att det kan vara lättare att uppnå gruppgemenskap, erkännande och delaktighet på enheter där chefen arbetar nära personalen”* (Fransson Sellgren, 2007, s.47).

Vårdpersonal har även uttryckt en önskan om att deras chef ska vara en erfaren sjuksköterska som förstår den egentliga arbetssituationen (Weman, Kihlgren & Fagerberg 2004).

För arbetsledare i vården kan det ibland finnas situationer då det kan vara svårt att identifiera och använda sitt beslutsutrymme. Det innebär även att det blir svårigheter att förverkliga intentionen att påverka patienternas omvårdnad och personalens arbetsvillkor (Nilsson, 2003). En arbetsledare förväntas agera på ett sätt som bidrar till verksamhetens fortlevnad och utveckling samt därmed lösa de problem som uppstår i organisationer på ett ur verksamhetens synvinkel rationellt sätt. Det kan tolkas som att en arbetsledares uppgift blir att förvalta och utveckla verksamheten och samtidigt även ha ansvar för att medarbetarna ges möjlighet till utveckling (Nilsson, 2003).

En ledare kan påverka det mesta men för en vårdenhetschef handlar det i huvudsak om att i sina relationer till medarbetarna kunna påverka vilka mål som ska efterföljas och hur de ska kunna uppnås. Det innebär också att det finns möjligheter för ledaren att kunna påverka och utveckla omvårdnadsarbetet. En vårdenhetschef kan även ha en inverkan på människors motivation och även skapa möjligheter till att utveckla den enskildes kompetens i det vardagliga arbetet. För att detta ska kunna möjliggöras krävs att medarbetare och ledare känner ett ömsesidigt förtroende för varandra. Detta förtroende innebär lyhördhet, att kunna lyssna och bejaka de idéer som framkommer. Genom att vårdenhetschefen arbetar nära verksamheten och sina medarbetare blir det lättare att kunna använda sin relationella påverkans möjlighet (makt). Med relationell makt menas den möjlighet som vårdenhetschefer har genom samspel med sina medarbetare i organisationen det vill säga på det sätt de kan påverka sina medarbetare genom det samspel som förekommer. Exempel på samspel som kan förekomma är medarbetarnas delaktighet i beslut om organisationens framtids visioner (Nilsson, 2003).

Katz (1974) identifierade tre typer av färdigheter som krävs av ledare. Dessa är: tekniska, mellanmänniska och kognitiva. Enligt Nilsson et al. (2005) kan dessa användas även idag och för ledare inom omvårdnadsarbete för att kunna beskriva vad ledarskapet kräver. Tekniska färdigheter behövs inom områden som ekonomi, informationsteknologi, forskning samt utveckling av personal och omvårdnadsfrågor. De mellanmänniska färdigheterna återfanns i gruppen patient- och personalrelationer samt kommunikation och konflikter. De kognitiva färdigheterna skapar förståelse för organisationens helhet samt för att kunna göra bedömningar (ibid).

De färdigheter som anses behövas hos svenska vårdenhetschefer har studerats av Persson och Thylefors (1999). I studien intervjuades personer som ansåg att deras arbete krävde en förmåga att kunna skapa relationer. Med det innebär att visa omtanke om människor, ha förmågan att kunna kommunicera, men det behövs även kunskaper inom områden som ekonomi och datakunskap. Detta bekräftas i Nilssons studie Mandat-Makt-Management (2003). I studien menade cheferna att ledarskapet i vardagen kräver tekniska, mellanmänniska och kognitiva färdigheter. Detta för att kunna hantera sitt arbetsuppdrag som innebär att kunna ansvara för ekonomi, administration, personal, utveckling och omvårdnad. Det framkom även att viljan var stor att påverka och förändra vårdverksamheten till patienters och personals fördel. Det fanns däremot hinder för att utveckla ambitionerna såsom att fastna i det vardagliga arbetet, bristande resurser i organisationen och att mötas av oförståelse (Nilsson, 2003). Detta styrks med att vårdare har gett uttryck för att ledningen och världen utanför äldreården inte förstår hur kunniga, duktiga och kompetenta de är i sitt yrkesutövande (Fläckman, Fagerberg, Häggström, Kihlgren & Kihlgren 2007).

## **Omvårdnad**

Sjuksköterskan Virginia Henderson definition av omvårdnad lyder: Sjuksköterskans specifika arbetsuppgift består i att hjälpa en individ som är sjuk eller frisk, att utföra åtgärder som befördrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade nödvändig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift utförs på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende (Henderson, 1991). Det anses att omvårdnad är en verksamhet som bygger på relationer, ett möte mellan två personer (Kristoffersen, 2005).



Patientens egen upplevelse av vad god vård innebär grundar sig på interaktionen mellan patienten och personalen, det vill säga det goda bemötandet (Kovero, 1999). En svensk beskrivning av omvårdnad från Umeå universitet lyder: Omvårdnad syftar till att hjälpa en person att ha möjlighet att planera och genomföra handlingar som hör till det dagliga livet men även i syfte att bättra på sin hälsa/friskhet, förebygga ohälsa/sjukdom samt återställa och bevara hälsa/friskhet (Norberg et al., 1992). I sökandet efter vad omvårdnad är så har redovisade forskningsresultat på främst undersköterskors yrkesutövning funnit att en definition delar in omvårdnaden i två komponenter där båda delarna i praktiken är oskiljbara. En god omvårdnad förutsätter både allmän och specifik omvårdnad (Johansson, 1996). Detta är i linje med Socialstyrelsens författningssamling SOSF 1993:17 som beskriver att omvårdnad kan vara dels allmän, dels specifik. Den allmänna omvårdnaden är oberoende av sjukdom och utförs av all personal som arbetar inom hälso- och sjukvården men även av andra grupper som kan förekomma, exempelvis anhöriga. En specifik omvårdnad krävs vid särskilda sjukdomstillstånd, till exempel av patienter som drabbats av dödlig sjukdom, trauman, och medvetandesänkning etc. och detta kräver specialistkunskaper. Den transkulturella omvårdnaden är aktuell i samband med ökad immigration och integration av olika kulturer i svenska samhället.

Omvårdnad är ett kunskapsområde som vuxit fram. Flera har ansträngt sig för att etablera omvårdnad som en disciplin. I och med detta uppkommer även behovet att ge omvårdnadsområdet en identitet och legitimitet och med det menas att omvårdnaden behöver ett innehåll och berättigande. Det är svårt att ange en definition på omvårdnad, det anses att omvårdnadens innehåll tydliggörs genom flera professionella kunskapsutbyten och forskningsresultat. Vid utveckling av identitet och legitimitet för en ny disciplin är målet att klargöra områdets struktur och begrepp. Därmed uppstår ett behov av teoribildning och i omvårdnadens fall ett behov av omvårdnadsteorier och teoretiska begreppsmodeller. Förutsättningen för att bilda en teori är att ett begrepp kan ställas i relation till andra begrepp. Omvårdnaden ses som något allmänmänskligt som varje människa har resurser att ge till en annan människa. Allmänmänsklig omvårdnad är grundläggande för mänsklig existens (Rooke, 1997).

I socialstyrelsens författningssamling redogör man för omvårdnad på följande sätt:

*”Det finns ännu inte någon allmänt vedertagen definition av begreppet ”omvårdnad”, däremot kan omvårdnadsarbetets syfte, innehåll, metoder med mera beskrivas. Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död. Med omvårdnad inom hälso- och sjukvård avses således hjälp för kortare eller längre tid till personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte själva klarar att planera och/eller genomföra handlingar som hör till deras dagliga liv” (SOSFS 1993:17).*

## **Kompetens hos vårdpersonal**

Undersköterskor anser att kompetensutveckling är viktigt för att kunna utvecklas i sitt arbete. Om personalen får möjlighet till kompetensutveckling känner de sig mera betydelsefulla på arbetsplatsen (Coffey, 2004).

Kompetens är en sammansättning av kunskaper, attityder, mentala förmågor och färdigheter. Kompetens är mera än kunskap, för att kompetensbegreppet ska bli meningsfullt fordras det att det sätts i ett sammanhang. Erfarenhet från yrkesliv och omvärld samt utbildning behövs för att utveckla kompetens (Pilhammar, 1998).

Kompetensbegreppet innehåller tre begrepp såsom; kvalifikation, kompetens och yrkeskunnande. Definitionen av yrkeskunnande som en människa innehar kan ha en utgångspunkt i de färdigheter som förfogas över och benämns då som yrkeskompetens. Ett alternativ är att kompetens har sin utgångspunkt i arbetsuppgifter och dess krav på yrkeskunnande (Ellström, 1994). Sambandet mellan personlighet och kompetens i en modell som just visar hur allmänmänsklig kompetens utgör en grund som är nödvändig för utvecklingen av omvårdnadskompetens har Johansson (1996) beskrivit. Utbildningsmodellen innehåller punkterna: samarbete, kommunikation, lagar och författningar inom vård och omsorgssektorn och dess organ regler och rutiner. I modellen ingår även egen kompetens och utvecklar allt detta i förhållande till fakta, färdigheter och attityder som går att bygga vidare på. Den inre kunskapen består bland annat av vetenskapligt kunnande och är också härledd ur vetenskaplig kunskap som är nödvändig för att vårdpersonal ska få en gemensam kunskapsbas. Slutsatsen är då att allmänmänsklig kompetens är en nödvändig parameter vid förmedling av kunskap om människa eller patient. Gemensamt för kunskapsfältet är tyngdpunkten på samarbete mellan personal, patient och anhörig. Kompetens är sammansatta förmågor vilka kan övas upp och utvecklas. Inom omvårdnaden består yrkeskompetens dels av fördjupad allmänmänsklig kompetens och dels av omvårdnads-kunnande. Kompetensdomäner relateras till undersköterskans arbete. Johansson betonar att det behövs en medveten inskolning inom flera allmänmänskliga kompetensområden inom vård och omsorgsutbildning (ibid).

Personal inom vård och omsorg har en lång och grundlig yrkesutbildning, vilket medför socialisering i vissa mellanmänskliga värderingar och attityder. Så gott som alla anställda arbetar med att påverka alla andra oavsett om man är i arbetsledande position eller ej (Thylefors, 1996). En studie gjord i USA visar på att de äldreboende där arbetsgruppens lagarbete prioriterades så höjdes omvårdnads-kvaliteten signifikant (Berlowitz et al., 2003). För att vi människor ska kunna leva mänskligt måste vi ha något innehåll i de allmänmänskliga kompetensdomänerna. Foshay (i Johansson 1996) beskriver de sex domänerna inom kompetensbegreppet som är: intellektuellt, emotionellt, socialt, fysiskt estetiskt och andligt. Vilka domäner som i en viss situation med allmän och specifik omvårdnad får den största tyngden växlar beroende på arbetsplats och i förhållande till vårdform (Johansson, 1996). Vårdpersonal anser att de genom stöd, handledning och utbildning minskade distansen till de äldre genom att hitta en balans med att uppfylla vårdtagarnas behov. Detta innebar att vårdarnas planering och reflektering över det egna utförda arbetet ledde till att vårdtagarnas behov prioriterades (Häggström et al., 2005). Vårdpersonal uttrycker även att de genom utbildning och handledning bättre hade möjlighet att förstå de äldres missnöje och aggressioner och fick då lättare att kunna hantera sådana situationer. Vårdarna tycker att utbildning och handledning är bra men att det är i många fall svårt att utföra allt i praktiken. Vårdarna ansåg också att det kommer att behövas högutbildad personal i framtiden, speciellt inom området medicinsk omvårdnad, eftersom enbart god omvårdnad inte kommer att räcka till (Fläckman et al., 2007).

### **Vårdpersonals arbetsuppgifter under nattjänstgöring**

Att arbeta natt inom äldrevården innebär varierande arbetsuppgifter. Dagtid finns ofta resurspersoner att tillgå såsom arbetsterapeut och sjukgymnast som kan vara behjälpliga vid exempel som behov av hjälpmedel och kunskap i förflyttningsteknik. Även en omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns på plats som arbetsledare i det direkta omvårdnadsarbete som sker på avdelning. I tjänst finns även en ansvarig enhetschef som har

olika administrativa uppgifter men också det övergripande ledarskapsansvaret för all anställd personal. Vad som oftast efterfrågas bland vårdpersonal är en bra ledare som kan handleda och som finns tillgänglig (Albinsson & Strang 2002).

Att arbeta natt är inte enbart fysiskt krävande, många som arbetar natt kan också ge en känsla av social isolering och ett avskärmande från det dagliga arbetslivet (Claffey, 2006).

Den allmänna omvårdnadens mål på natten är att underlätta för patienternas nattsömn så att de kan orka med dagens behandling och träning. Behovet av god sömn betonade även Florence Nightingale som menade att aldrig tillåta att en patient väcks avsiktligt eller oavsiktligt är ett oeftergivligt villkor för all god sjukvård (Nightingale, 1856/1989 ). Det finns en åtskillnad mellan dag och nattpersonal som har lett till att dag- och nattpersonal lever i skilda världar. Det har resulterat i att förståelsen för varandras arbetsuppgifter och arbetsförhållande är liten (Campbell, Nilsson & Pilhammar 2004). Som i ett led i tidigare forskning beskrivs att vårdpersonal på natten har utvecklat en speciell kultur som består av ritualer, historier och myter som konstituerar och beskriver kulturen. Nattpersonalen har även uttryckt en känsla av att vara missförstådd och sedd som mindre värda men även uttryckt det positiva i att kunna arbeta självständigt (Brooks & MacDonald, 2000).

Wenander (1995) belyser att samspelet mellan dag och nattpersonal är av betydelse och utgör en förlängning av varandras uppnående mål inom omvårdnadsarbetet. Hon beskriver att ett förslag från undersköterskorna själva var att för att kunna öka förståelsen för nattjänstgöring så skulle dagpersonal arbeta nattskift vid några tillfällen. Detta samarbete i organisationen är även viktigt ur ett psykosocialt arbetsmiljöperspektiv.

Genom att arbetstider är förlagda nattetid så innebär nattarbete ofta ensamarbete i bemärkelsen att den sociala kontakten med beslutsfattare i organisationen som i helhet är mindre (ibid).

Claffey (2006) belyser att det är viktigt för samhörighetskänslan att få en erkänsla för nattarbetet och de personliga risker det medför, det vill säga större risk för olika sjukdomar, svårare att få en fungerande sömnrhythm, och ett fungerande socialt liv. Sjukfrånvaron hos nattarbetande personal är uppskattningsvis 9 % gentemot dagpersonal 3 %. Författaren påpekar även att det är viktigt att arbetsledningen är synlig i arbetet, och att den är lätt att komma i kontakt med.

*”Skiftesarbetare som känner sig respekterade, uppskattade och involverade har högre självkänsla, högre arbetstillfredsställelse och tenderar att stanna på sina arbetsplatser” Claffey (2006, s.44).*

Arbete inom vården nattetid består liksom på dagen av allmän omvårdnad, specifik omvårdnad och olika former av serviceuppgifter som är till nytta för avdelningen. Vårdpersonalen tillämpar handlingar som syftar till att öka patientens välbefinnande, minska oro och skapa lugn. Nattpersonalen ansvarar för patienternas fysiska och psykiska välbefinnande, det är hela människan som är i fokus. Den allmänna omvårdnaden kan bestå i arbetsuppgifter för nattpersonalen såsom att patienten ligger bra i sin säng och erhåller bästa möjliga avslappning för kroppen. Välbefinnande innebär även att tillse att patienterna får den medicinska behandling som ordinerats. Att minska oro som inträffar nattetid hos patienterna kan innebära att sitta ned på sängkanten och bara föra ett samtal för att finnas till hands. Att skapa lugn på en avdelning för patienterna kan innebära att ljud och ljus dämpas för att slippa störa i onödan. De specifika omvårdnadsuppgifter som förekommer kan vara att patienter skrivs in akut eller har drabbats av ökad förvirring nattetid.

De serviceuppgifter som nattpersonal förväntas göra kan vara av olik karaktär, ibland är det

önskemål från dagpersonal som ska tillfredställas, exempel på detta kan vara att rengöra rullstolar, sköta blommor och förbereda morgondagens frukost (Campbell et. al., 2004).

Natten som arbetstid skapar även sina egna föreställningar från omvärlden: man har ofta mindre förståelse för att nattpersonal behöver lika mycket sammanhängande sömn under likartade förhållanden som dagpersonal. Även patienterna har sin uppfattning klar om vad nattpersonalen gör, och ber ofta om ursäkt över att behöva störa personalen (Nilsson et. al., 2008).

De svårigheter som är specifika för nattarbete är att man arbetar under största möjliga tystnad och i dunkelt ljus, vilket kan vara förvirrande för många patienter, speciellt många äldre som både hör och ser dåligt. Det gäller även att överkomma den egna tröttheten som kommer smygande vid 02-tiden och att inte vara mörkrädd då man kanske måste ge sig iväg på egen hand på uppdrag genom sjukhuset. Det finns ingen större skillnad på dagpersonal och nattpersonals kunskapsbehov, men då personaltätheten är så mycket mindre på natten medför det att varje person måste kunna lita till den egna kunskapen. Detta medför också att nattarbete upplevs som olämpligt för nyutbildad personal (Campbell et. al., 2004).

## **Vårdpedagogik**

För att definiera en disciplin är det vanligt att man ställer krav på att det skall finnas teorier, begrepp och metoder samt att det förs inom- och utomvetenskapliga diskussioner, men även att det går att göra gränsdragningar mot andra discipliner. I ämnet vårdpedagogik är de teorier som tillämpas oftast inlånade för att tillämpas i ett vårdpedagogiskt sammanhang. Det innebär att de begrepp som kommer till användning är generella men med en specifik innebörd i en vårdpedagogisk kontext. Exempel på den typen av begrepp är kunskap/lärande, praktikerkunnande, erfarenhetsbaserad kunskap/lärande. Kompetens är även det ett annat sådant begrepp, som allmänmänniskkompetens/omvårdnadskompetens/övervakningskompetens. Organisation till exempel ledarskap, bemanning liksom kultur t ex vårdkultur, utbildningskultur är andra exempel på sådana begrepp (Pilhammar, 2004). Inom vårdpedagogiken är kommunikation ett av de centrala begreppen vid sidan av utbildning, kunskap/kompetens, kultur och organisation. Vårdpedagogikens teoriutveckling har sina rötter i pedagogik, omvårdnad/omsorg, organisation samt kommunikation. Inom vårdpedagogiken behandlas lärande, förändring, socialisation, ledarskap samt kommunikation i undervisning och forskning. Kommunikation omfattar kunskapsbildning och interaktion mellan människor och mellan människor och det samhälle vari hälsa, vård och omsorg äger rum. Kommunikation har fokuserats i den vårdpedagogiska forskningen sedan 1980-talet (ibid).

## **Problemformulering**

Att utföra omvårdnadsuppgifter på natten kan många gånger innebära ensamarbete eller arbete i team om två personer. Den dagliga tryggheten med fler vårdpersonal i tjänst existerar inte. De eventuella beslut som måste fattas av vårdpersonalen kan vara olika, men området är inte väl utforskat. Med detta arbete vill vi öka kännedomen kring ledarskap och målet är att genomföra en kartläggning av erfarenheter av ledarskap under natttjänstgöring .

## Syfte

Syftet med undersökningen är att beskriva vårdpersonals erfarenhet av ledarskap under nattjänstgöring.

## Frågeställning

- Efterfrågas arbetsledare natttid?
- Vad har den egna kompetensen för betydelse för behovet av arbetsledning?
- Förekommer det att vårdpersonalen tar egna beslut?
- Upplever nattpersonal sjuksköterskor, hemsjukvård och trygghetsjour som en form av arbetsledning?

## Metod

Metoden har en kvantitativ ansats och är en empirisk studie. En kvantitativ studie innebär att fastställa mängder, samt att se samband mellan fenomen och hur vanligt förekommande de är (Widerberg, 2002). Enkät (bilaga 3) har använts för att samla in data. Enkät passar vid en större undersökningsgrupp, den erbjuder anonymitet, är kostnadseffektiv, lätt att administrera och når många personer samtidigt (Trost, 2007). Ytterligare en fördel var det standardiserade objektiva upplägget vilket innebär att alla deltagare i studien fick samma frågor samt svarsalternativ. Frågor som är formulerade i förväg ger inget utrymme för följdfrågor vilket minskar risken för intervjuareffekt (Ejlertsson, 2005). En annan motivering till att vi valt en kvantitativ studie är våra egna upplevelser av att få respondenter att ställa upp på intervjuer i en kvalitativ studie. Personer som arbetar natt har svårt att kunna delta under sin arbetstid på grund av arbetsbelastning. Enkäten var delad i två områden som: bakgrundsfrågor om ålder, kön, utbildning med mera samt ledarskapsfrågor. Ledarskapsfrågorna var bland annat fokuserade på vårdpersonalens erfarenhet av arbetsledare på natten. Enkäten hade i vissa frågor kvalitativa inslag där enkättagarna kunde lämna kommentarer. Dessa har vi grupperat och använt som stöd till enkätresultatet. Vi kommer att sträva efter en hög grad av standardisering och struktur. Standardisering innebär att frågorna och situationen var likadana för alla i undersökningsgruppen. Strukturering innebär att enkäten hade löpande struktur med olika avsnitt. Genom detta blir resultatet att vi strävar efter att alla frågeområden blir täckta samt att svarsalternativen blir relevanta (Trost, 2001).

## Analys

Vi har bearbetat all data med hjälp av dataprogrammet SPSS version 16 som Göteborgs universitet har tillhandahållit. Litteratur har även använts som underlättat vid tolkning av resultaten i SPSS Aronsson (1999) samt Wahlgren (2005).

## Etiska överväganden

Undersökningspersonerna informerades skriftligt. Vi som författare fanns tillgängliga via telefon och e-post för att kunna besvara frågor och synpunkter som berör den aktuella studien. Svaren behandlades konfidentiellt och enbart av författarna. Handledaren och examinatorn kommer att ha tillgång till materialet. Enkäterna kommer att förvaras så att obehöriga ej kan ha tillgång till dem. Eftersom undersökningen inte kommer att beröra omyndiga personer, patienter eller personer som på grund av andra orsaker inte kan föra sin talan bedömde vi att vi inte behövde söka tillstånd från en etisk kommitté, däremot kommer vi att ta hänsyn till följande krav:

*Informationskravet* - berör studiens syfte, genomförandet, deltagarnas frivillighet och rättighet till att avbryta sin medverkan utan att behöva ange skäl samt vilka som är ansvariga för studien. *Samtyckeskravet* – undersökningspersonerna kommer själva att avgöra om de vill delta i studien och ha en möjlighet till att ge sitt samtycke i deltagandet av undersökningen

*Konfidentialitetskravet* – forskarna kommer att informera om hur uppgifterna skyddas och på vilket sätt de förvaras samt att inga utomstående kommer att få veta vem som lämnade vilka uppgifter till forskarna

*Nyttjandekravet* – forskarna kommer enbart att använda de kommande insamlade uppgifterna till den forskning den var avsedd (Vetenskapsrådet, 1991).

## Validitet och reliabilitet

Patel och Davidson (2003) beskriver hur reliabilitet och validitet står i förhållande till varandra. Detta kan illustreras med tre tumregler: ”Hög reliabilitet är ingen garanti för hög validitet”, ”Låg reliabilitet ger låg validitet” och ”Fullständig reliabilitet är en förutsättning för fullständig validitet” (sid. 99).

Reliabilitet kan översättas med pålitlighet, tillförlitlighet och termen används vid undersökningsmetodik när man kontrollerar om den mätmetod man använt inte är alltför känslig för slumpens inverkan. (Trost, 2007).

Då människan är en komplex varelse kan dock inget instrument bli helt okänsligt för slumpens inverkan. Genom att uttrycka sig klart och tydligt försöker man undvika att deltagare tolkar instruktioner och frågor på avsevärt olika vis. På så sätt minskar också slumpens inverkan på svaren och därmed ökar reliabiliteten.

Reliabiliteten ökar genom att öka kunskapen om huruvida de personer som besvara enkäten verkligen uppfattar frågorna som man tänkt sig (Patel och Davidson, 2003). Instruktionerna i enkäten blir därför extra viktiga, både till enkäten i stort och till de enskilda frågorna. Frågorna bör vara utformade så att de är lätta att besvara och inte ger utrymme för misstolkningar. Reliabiliteten försökte vi öka genom att använda enkla satser med vanliga och lättbegripliga ord för att underlätta för alla svarande att uppfatta respektive fråga på samma sätt. Vi har dock använt ord och uttryck som är allmänt vedertagna inom omvårdnadsområdet.

Validitet kan översättas med giltighet och termen används när man undersöker om mätinstrumentet man använder verkligen mäter det man förväntar sig att det ska mäta (Trost, 2007). Validiteten i enkäten ska styrkas av att frågorna överensstämmer med syftet och en noggrann metodbeskrivning. Validiteten i en undersökning ökar om frågorna verkligen handlar om det man vill undersöka, och lämpliga svarsalternativ finns att tillgå. Författaren påpekar vikten av innehållsvaliditet i enkäten, det är av betydelse att enkäten mäter det som den är avsedd att mäta och täcker in de aspekter av området man finner relevant för studiens

syfte. Enkäten har konstruerats så att den söker säkerställa en god validitet genom att ställa frågor om ledarskap nattetid på ett sådant sätt att det så väl som möjligt täcker in flera aspekter om ledarskapet. Där vi befarade att tveksamheter kunde uppstå om vad vi egentligen menade med vissa uttryck i undersökningen valde vi att ge exempel på olika situationer som kunde uppstå.

Enligt Patel och Davidson (2003) är det av betydelse att testa enkätens frågor och instruktioner så att de inte missuppfattas. Nyberg (2000) skriver att en pilotundersökning är en form av förberedande undersökning som görs på en mindre grupp, 2-10 personer, som ingår i en liknande grupp som den man kommer att dela ut de slutgiltiga enkäterna till. Det är en fördel om de som gjort enkäten finns tillgängliga för frågor och förtydliganden vid pilotstudien. En pilotstudie om två personer från en av författarnas arbetsplats genomfördes för att testa den kommunikativa förståelsen, innehållvaliditeten och reliabiliteten i enkäten som Trost (2007) rekommenderar. En av författarna fanns tillgänglig för att förklara och förtydliga några frågor. Dessa frågor ändrades senare i enlighet med vad som framkom vid denna pilotundersökning. Det var framför allt några förtydliganden om termerna arbetsledare och beslut som gjordes. Dessa två enkäter ingår inte i den slutgiltiga studien.

## **Urval**

Många gånger kan man inte samla in data från all personal i den population man bestämt sig för att studera det skulle bli dyrt och komplicerat. Därför görs ett urval av den grupp som ska delta i studien (Trost, 2007).

Studien bestod av 50 stycken enkätutskick, av detta inkom totalt 34 stycken. Svarefrekvensen är, 68 %. Bortfall, 32 %. Vårt urval är en kombination mellan slumpmässigt och bekvämlighet. Det slumpmässiga urvalet gjordes via Göteborgs stads hemsida. Inom området äldreomsorg på hemsidan kunde vi kontakta enhetschefer för tio stycken äldreboende. Dessa tio valdes slumpmässigt. Av dessa tio valde tre att tacka nej med anledning av en pågående omorganisation på arbetsplatsen och två valde att inte svara på förfrågan. Tre äldreboende hade vi kännedom om och kontaktade enhetschef samt verksamhetschef för att få ett godkännande. Detta resulterade i att åtta arbetsplatser till slut ingick i studien. Kontakten med ansvariga chefer skedde via telefon, skriftligen och personligen. För att kunna nå deltagare med arbetserfarenhet från nattjänstgöring valde vi att studien skulle rikta sig till tillsvidareanställd vårdpersonal som arbetade natt i Göteborgs stad. På så sätt undvek vi att timanställda som endast arbetat en kort period natt ingick i studien. Vi har i detta fall kunskap om enheternas sannolikhet att komma med i undersökningen samt att vi vill säkerställa att personerna som svarar på enkäten har erfarenhet att arbeta natt som vårdpersonal på äldreboende i Göteborg stad.

## **Genomförande**

Vi genomförde ett utskick på femtio stycken enkäter. De ansvariga enhetscheferna fick information om studien och dess syfte samt en enkät för granskning (bilaga 1,2 och 3). Efter att ha fått det skriftliga och muntliga tillståndet att genomföra studien skickades enkäterna på olika sätt till arbetsplatserna. Vår önskan som framfördes till enhetscheferna var att adressera alla kuvert med deltagarnas namn direkt till arbetsplats eller hemskickad till bostad. Detta var inte möjligt då en av deltagarna i studien var anonymitetsskyddad, en annan orsak var att enhetschefen inte ville lämna ut sina medarbetares namn och adress.

Alla deltagare fick varsin kodad enkät med vidhäftat missivbrev (bilaga 1) i kuvert. Kuverten innehöll portofria svarskuvert, information om studien, dess syfte, vilka vi är, hur vi kan kontaktas och vilka som berörs av den aktuella studien. Författarna informerade om att deltagandet är helt frivilligt och att omvårdnadspersonalens svar behandlas konfidentiellt enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) vilket betyder att enkätsvaren kommer att behandlas konfidentiellt och därför inte kan kopplas till Dig som person (Patel & Davidsson, 2003).

Genom detta förfarande fick vi fram urvalet som bestod av totalt femtio stycken personer som arbetade som vårdpersonal vid något av de åtta äldreboenden i Göteborgs stad. Första utskicket resulterade i tjugoåtta inkomna enkäter. Några dagar efter enkätsvaren skulle vara åter till oss gjordes en påminnelse (bilaga 4) via telefonkontakt och mail till enhetschefer där vi bad dem påminna om att den vårdpersonal som ville delta i studien skulle skicka tillbaka enkäten till oss i det portofria kuvert som bifogades. Detta resulterade i ytterligare sex inkomna enkäter. Vid denna tidpunkt valde vi att avsluta enkätinsamlingen på grund av tidsbrist, vi gjorde även ett medvetet val att inte skicka en andra påminnelse då vi ansåg att de som inte svarat har gjort ett aktivt val att inte delta i studien.

## Resultat

I resultatdel beskriver vi först undersökningsgruppen och sedan presenteras det resultat vi tolkat. Alla procentsatser är avrundade till närmaste heltal och åskådliggörs med tabeller och kommentarer. Vi har konsekvent valt att beräkna resultat utifrån inkomna svar, det vill säga att bortfallen inte är inkluderade. Vi har valt att redovisa de mest frekventa kommentarer som förekommer till respektive fråga där möjlighet att ge kommentar finns.

### Undersökningsgrupp

Övervägande delen av undersökningsgruppen bestod av Kvinnor, 97 % (33 stycken). Män som deltog utgjorde, 3 % (1 stycken). Ålderssammansättningen på svarsgruppen visade att yngsta deltagaren var, 26 år, Äldsta, 68 år och Medelåldern låg på, 47 år. Standardavvikelse 10,41

Arbetserfarenheten uppgavs vara kortast tid, 2 år, längsta tid var, 43 år, Medianen låg på, 25 år och Medelvärde är, 22 år. Detta visar att personal som deltog i studien hade lång arbetserfarenhet. Standardavvikelse: 10,39.

Vilken vårdutbildning deltagarna hade vid svarstillfället var: Ej vårdutbildad, 1 person, Vårdbiträdesutbildning, 7 personer, gymnasial Omvårdnadsutbildning, 12 personer, Kvalificerad Yrkesutbildning (KY) som är en påbyggnadsutbildning till undersköterskeutbildning, 0 personer och Högskoleutbildning, 1 person. Bortfall 3. Här fanns möjlighet för deltagarna att även kunna uppge Annan utbildning och där svarade, 10 stycken att de hade utbildning som Mentalsjukvårdare och validerat sin Undersköterskeutbildning eller hade gått en 40 veckors Vårdutbildning. Dessa utbildningar ansåg vi motsvarade dagens undersköterskeutbildning det vill säga kategorin gymnasial Omvårdnadsutbildning och fördes därför till det svarsalternativet. Denna grupp totala sammansättning blev då, 22 personer.



## Ledarskapsfrågor

För att deltagarna skulle förstå vad vi menade med arbetsledare valde vi att definiera det som; en person i en arbetsledande funktion som är utsedd att leda och fördela arbetet på arbetsplatsen. Under några av frågorna fanns en möjlighet för deltagarna att göra kompletterande kommentarer till deras svarsalternativ.

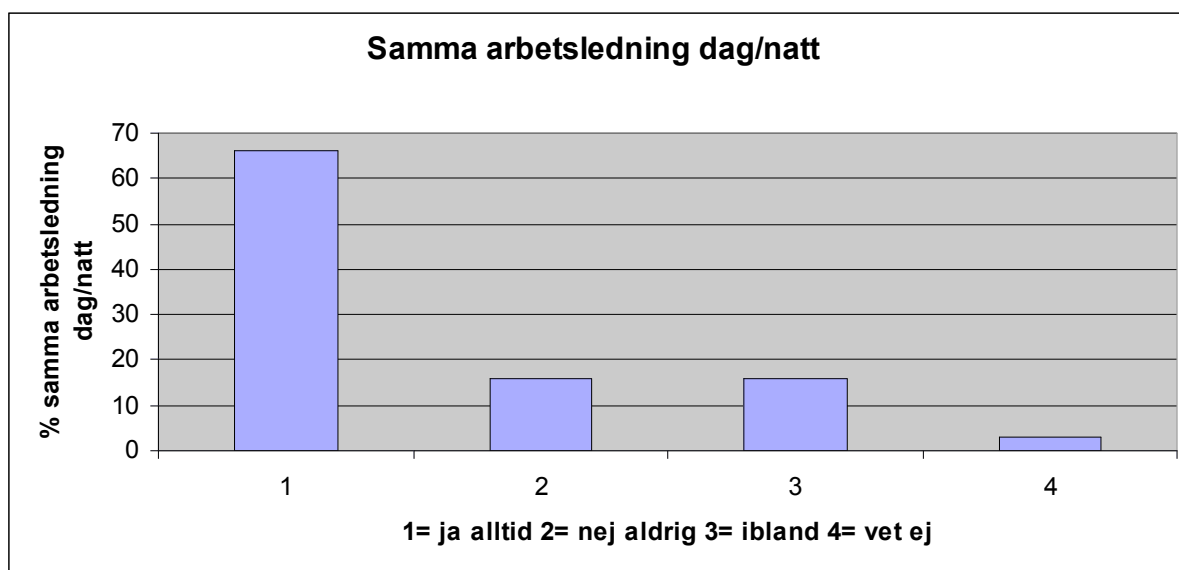
Första frågan löd: Vet du vem din arbetsledare är? Där svarade, 97 % Ja och, 3 % Nej. Bortfall: 1.

Vid frågan om det fanns en arbetsledare närvarande på arbetsplatsen svarade deltagarna, 23 % Ja, varje natt, 77 % Nej aldrig. Ingen valde att svara på övriga svarsalternativ som löd: Några dagar i veckan, Några dagar i månaden respektive Vet ej. Bortfall: 4.

En fråga berörde kännedom om den egna arbetsledarens befattning och här svarade deltagarna att arbetsledarens befattning var: Sjuksköterska, 36 %, Verksamhetschef, 10 %, Enhetschef, 52 % och slutligen Vet ej, 3 % . Bortfall: 3.

Finns denna person/arbetsledare med ute på natten? Svaren fördelade sig följande: Ja, alltid, 12 % Nej aldrig, 71 % Ibland, 17 %. Den person som du upplever som arbetsledare, har den personen den formella befattningen? Det vill säga blivit utsedd att vara arbetsledare av Verksamhetschef/Stadsdelschef?

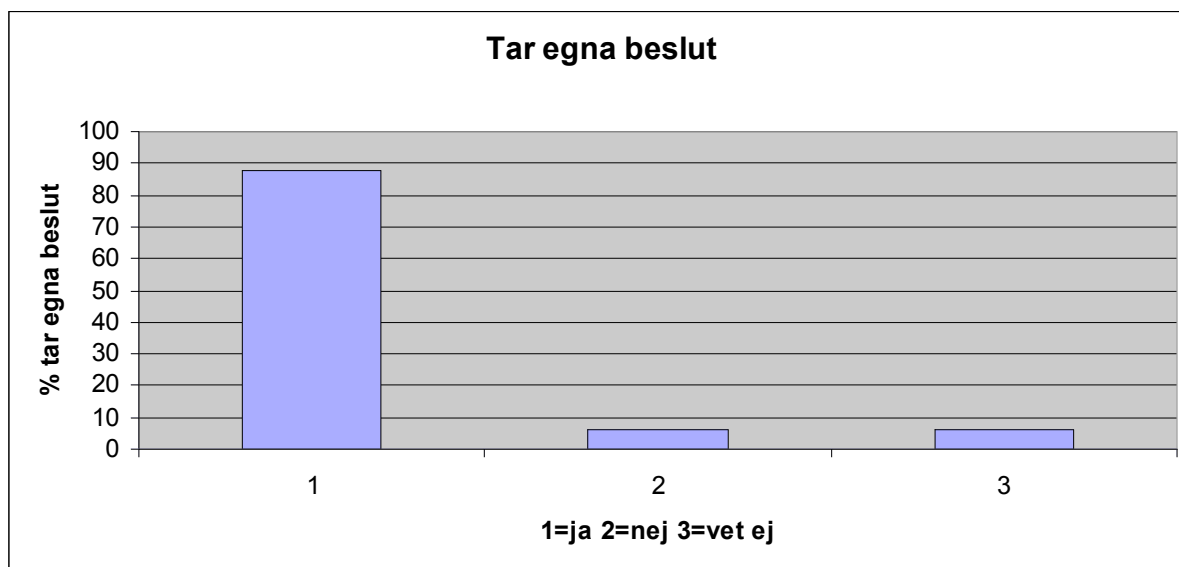
67 % svarade Ja, 6 % Nej och 27 % Vet ej. Bortfall: 1.



Figur.1 Samma arbetsledning dag och natt.

Figur. 1 visar att de flesta av vårdpersonalen har samma arbetsledare oavsett tjänstgöring dag eller natt. Bortfall: 2.

Vid möjlighet att kommentera frågan svarade majoriteten som inte hade arbetsledare närvarande på natten att man hade möjlighet att kontakta trygghetsjouren vid behov.



Figur. 2 Egna beslut som påverkar verksamheten.

Figur 2 visar att majoriteten av deltagarna upplever att de tar egna beslut. Ett fåtal svarade Nej eller Vet ej. Bortfall: 2.

Deltagarna ombads även i enkäten att ge exempel på de beslut som de uppfattade vara av arbetsledande natur. De mest frekventa svaren blev att majoriteten av deltagarna uppgav att de kontakter hemsjukvård, trygghetsjour och nattsjuksköterska, ringer in vikarier, personal för vak vid sjukdom.

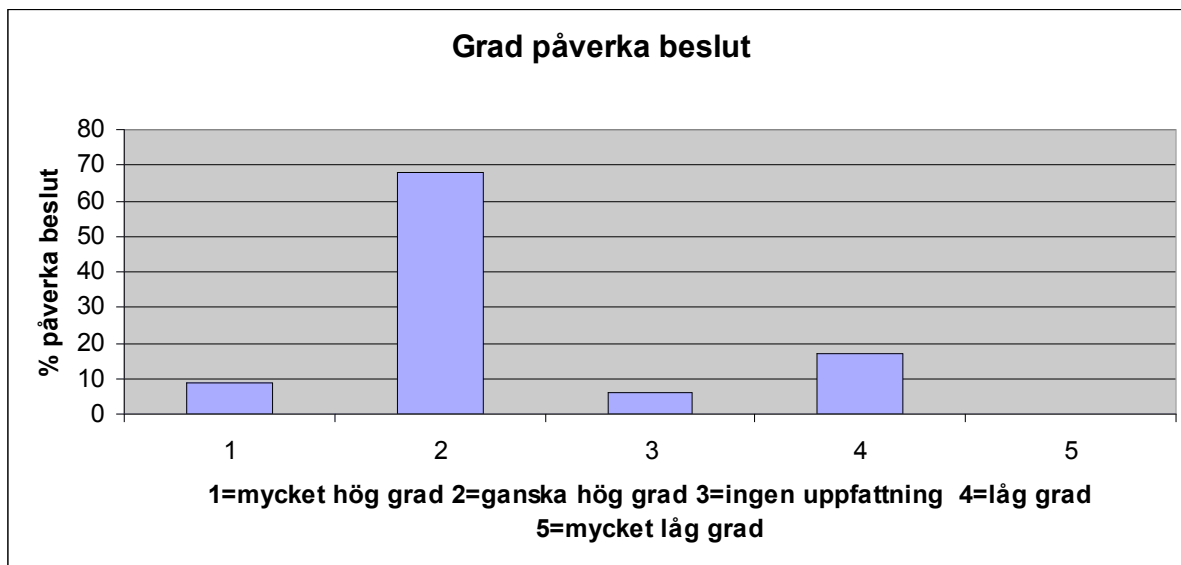
Vid frågan om deltagarnas erfarenhet av arbetsledarens tillgänglighet under det egna arbetspasset ansåg, 26 % Mycket hög grad vara trygg med den tillgänglighet som arbetsledaren hade, 39 % valde att svara I ganska hög grad, 29 % valde Ingen uppfattning, I låg grad valde, 6 % Bortfall: 3. De flesta som gav kompletterande kommentarer såsom att de kände sig trygga med den tillgänglighet som sjuksköterskorna och hemsjukvården erbjöd på natten. Den tillgänglighet som deltagarna beskriver omnämns i kommentarer bland annat att sjuksköterskor går att nå per telefon.

Deltagarna ombads svara på frågan om det fanns ett behov av att ha en arbetsledare på arbetsplatsen nattetid. 21 % svarade, Ja det behövdes medan, 73 % svarade Nej till behovet av en arbetsledare på plats. 6 % av deltagarna svarade, Vet ej. Bortfall: 1. Även här angavs att man kunde kontakta Hemsjukvård om allt som gäller vårdtagare.

Följande frågor berör erfarenheten av samarbete med den närmaste arbetsledningen. Hur anser du att samarbetet fungerar med din närmaste arbetsledning? 55 % svarade Mycket bra, 39 % svarade Ganska bra, 6 % hade Ingen uppfattning, ingen av deltagarna valde att använda svarsalternativen Ganska dålig, respektive Mycket dåligt, Bortfall: 1.

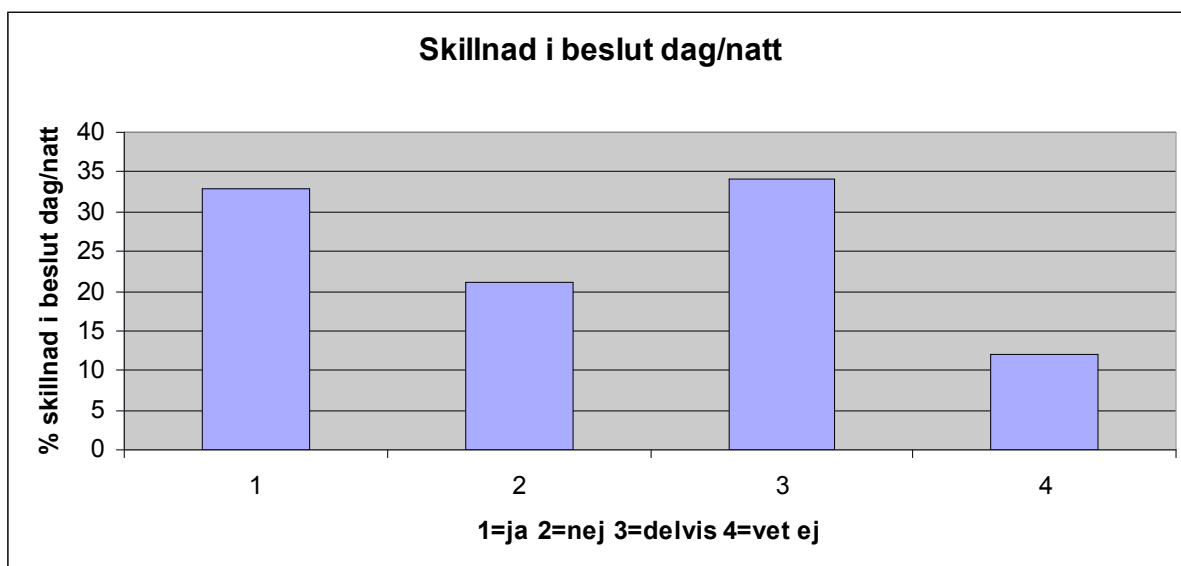
Några ansåg sig ha en rak och bra kommunikation med arbetsledningen. Den kontakt man hade med arbetsledningen gick via arbetsplatsträffar, temadagar och fredagsmöten.

Graden av delaktighet i de vardagliga beslut som tas på arbetsplatsen exempelvis omvårdnadsfrågor, medicinska beslut, ringa in vikarier, fördelning av eller tillfällig förflyttning av personal då behov uppstår visade följande resultat: 29 % ansåg sig delaktiga i Mycket hög grad, en Hög grad av delaktighet svarade 44 %, Låg grad 21 %, Mycket låg grad 3 % och 3 % valde att Inte ha någon uppfattning i frågan.



Figur 4. Upplevd grad av att kunna påverka beslut.

Figur 4 beskriver deltagarnas möjlighet att kunna påverka de beslut som tas. Att kunna påverka i ganska hög grad tyckte majoriteten av deltagarna. Svaren från deltagarna på kompletterande kommentarer varierar mellan att ha en intresserad chef till att ingen är intresserad av nattpersonalens synpunkter.

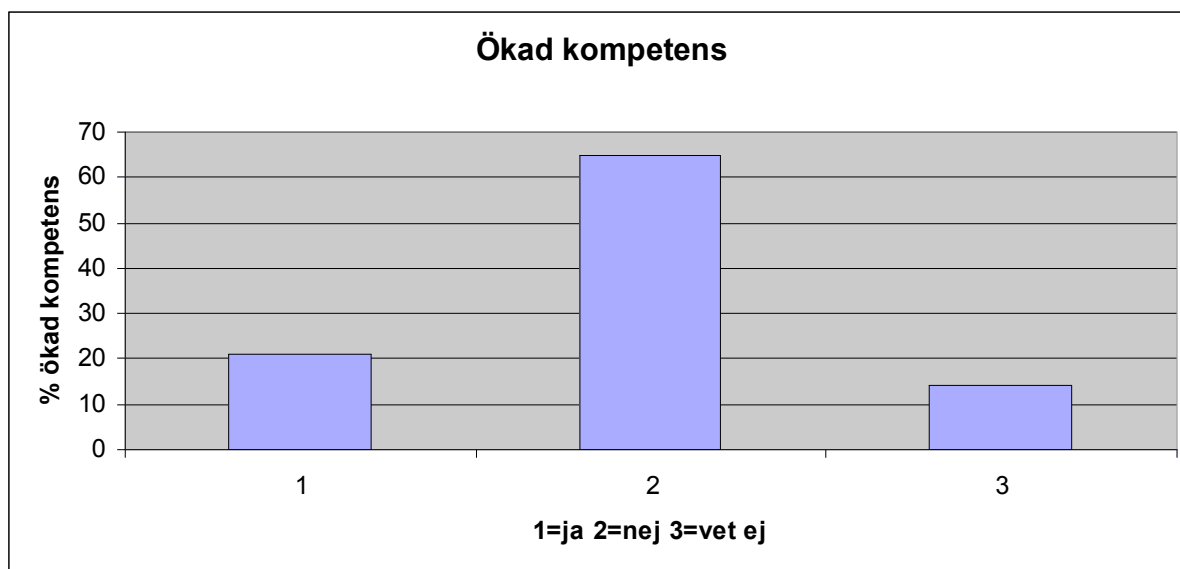


Figur 5. Skillnad i beslutsförfarande dag/natt personal.

Skillnad i hur deltagarnas erfarenheter av hur beslut tas dagtid respektive nattetid beskrivs i figur 5. Exempel på beslut gavs i enkäten för att deltagarna lättare skulle ha möjlighet att identifiera olika former av beslut såsom omvårdnadsfrågor, medicinska beslut, ringa in vikarier, fördelning av eller tillfällig förflyttning av personal då behov uppstår.

På frågan om huruvida deltagare upplevde skillnad i hur beslut tas dagtid respektive nattetid svarade man relativt likartat mellan Ja och Delvis. Några deltagare beskrev under kommentarerna att det kan vara frustrerande med att beslut om hur omvårdnaden på natten ska utföras tas av dagpersonal, utan att konsultera nattpersonal.

Den sista delen av frågeenkäten behandlar deltagarnas egen upplevelse av behov i framtiden av utbildning och kompetens.

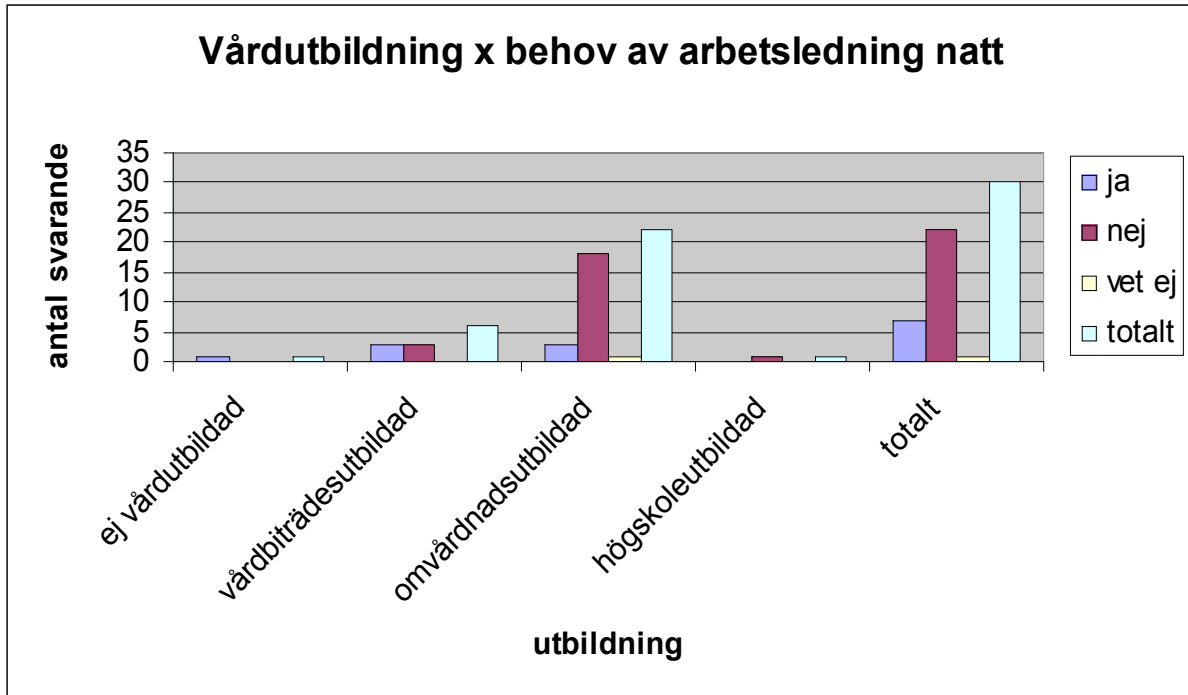


Figur 6. Behov av ökad kompetens.

Figur 6 ger en beskrivning av deltagarnas uppfattning om behovet av ökad kompetens i framtiden. Majoriteten svarade Nej till behovet ökad kompetens. Alla deltagare har valt att svara på frågan. På följdfrågan där vi efterfrågade exempel på utbildningsområde uppgav många av deltagarna att de önskade mer utbildning i demensfrågor, medicinsk kompetens, uppdatering när det kommer nyheter inom det medicinska området, fortlöpande repetition inom sårvård, kateterisering och insulingivning, bemötande och förflyttningsteknik. Man önskade också att få större möjlighet att närvara på kurser och göra studiebesök.

Under punkten Övriga kommentarer påpekades att det var nödvändigt med utbildad och erfaren personal, även när det gäller vikarier, men att de personliga egenskaperna som empati, flexibilitet, förståelse, att kunna hantera olika känslor och våga säga ifrån om något upplevs vara fel ändå var det viktigaste.

Vi tittade på sambandet mellan deltagarnas utbildning och deras upplevda behov av arbetsledning på natten. Resultatet framgår i Figur 7. Majoriteten av det totala antalet svarande uppgav att de inte upplevde sig ha behov av en närvarande arbetsledning på natten. Kategorin Ej vårdutbildad hade en svarande och denna person uppgav att det fanns behov av arbetsledning på natten. Kategorin Vårdbiträdesutbildad hade sex svarande och här uppgav hälften att de hade behov av arbetsledning på natten. Gruppen som bestod av Omvårdnadsutbildade på gymnasienivå hade tjugotvå svarande och här ansåg flertalet av gruppen att de inte hade något behov av arbetsledning på natten. I dessa tjugotvå är även de tio som svarade "Annan" under utbildning inräknade, som beskrivits tidigare. Inom kategorin Högskoleutbildad ingick en svarande och denna person uppgav att något behov av arbetsledning på natten fanns inte.



Figur 7. Gruppens behov av arbetsledning beroende utbildning.

Vi tittade även på sambandet mellan Behov av ökad kompetens och om man Tar egna beslut. Flertalet av dem som uppgav att de tog egna beslut under nattarbetet ansåg sig inte i behov av ökad kompetens.

Sambandet mellan Arbetserfarenhet och behov av Arbetsledning var ännu ett område som vi ville undersöka närmare.

Arbetserfarenhetens medelvärde i denna grupp var 22 år. Majoriteten av de utfrågade personerna svarade Nej på frågan om de upplever sig ha behov av en arbetsledning med ute på natten oavsett yrkeserfarenhet. För att kunna se ett eventuellt samband så sammanförde vi arbetserfarenheten i tre kategorier. I kategorin mindre än fem år som bestod av en deltagare svarade: deltagaren nej att behov av arbetsledning inte finns. Kategorin fem till tjugo år bestod av: nio deltagare, sex svarade Nej och två svarade Ja. Bortfall 1. I kategorin mer än tjugo år arbetserfarenhet ingick tjugoen personer varav fjorton svarade Nej, samt fem svarade Ja. en person svarade Vet ej. Bortfall 1.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Med utgångspunkten i de frågeställningar som vi hade avsikt att undersöka upplevdes kvantitativ metod med enkäter som mätinstrument som överlag ett väl fungerade metodval. Vi valde att utföra vår undersökning med en kvantitativ metod för att den i vårt tycke har många fördelar. Den går att dela ut till olika stora populationer, ställer samma frågor till alla deltagarna, den är lätt och kostnadseffektiv att mångfaldiga och distribuera, den kan besvaras

på en plats och tid som deltagaren själv väljer inom ramen för svarstiden och den ger möjlighet till, förutsatt att de som utför undersökningen följer alla regler om konfidentialitet, anonymitet för deltagarna. Utöver dessa fördelar så går resultaten i enkäten att bearbeta statistiskt i olika datorprogram vilket också är ett både relativt snabbt och kostnadseffektivt förfarande.

Nackdelar med den kvantitativa metoden är att man, som undersökningsansvarig, inte alltid är närvarande hos dem som besvarar enkäten om de skulle vilja ställa frågor eller få ett förtydligande. Att vara tillgänglig för förfrågningar via telefon och eller e-mail upplevs inte alltid som tillräckligt för alla deltagare. Att ha fasta svarsalternativ kan tyckas begränsande av deltagare där det kan vara så att de svarsalternativ som ges inte känns lämpliga. I strävan att undvika detta i den aktuella studien gavs möjlighet att komplettera svaren genom att kommentera ytterligare efter frågorna. En annan nackdel med kvantitativ metod kan vara att man som undersökningsledare inte kan ställa följdfrågor vilket kan behövas särskilt vid förfrågan om upplevelser som ofta är komplexa och situationsberoende. Känslan av anonymitet kan också göra att deltagare tycker att det är enkelt att avstå från att kontakta oss med anledning av att de vill fortsätta vara anonyma. Det finns inga garantier för oss som utför studien att de som utsetts att besvara enkäterna verkligen är de som fyller i dem. Det kan upplevas som påträngande att få en eller flera påminnelser om en enkät som man redan i första utskicket bestämt sig för att inte delta i. Många människor upplever en form av enkättrötthet, man kan idag bli utvald att delta i så många olika enkäter att man helt enkelt får nog av dem (Trost, 2007).

När det gäller den statistiska bearbetningen är resultatet helt beroende av att man får tillbaks ett tillräckligt stort svarsantal för att kunna dra några statistiskt relevanta slutsatser. Vi har haft svårigheter att hitta litteratur som beskriver det aktuella kunskapsområdet. Detta innebär att studien är explorativ inom ämnet, det finns inget att jämföra med sedan tidigare. Undersökningen är en beskrivning av nattarbetare och deras erfarenheter. Den tillför kunskap om hur det är att arbeta natt, men beskriver *enbart* hur det ser ut i mars 2009. Då antalet utskickade enkäter bara var 50 stycken, fördelade på 8 äldreboenden inom Göteborgs kommun, och svarsandelen bara uppgick till 68 % kan vi inte göra några större generaliseringar utifrån svaren i enkäterna. Vi gjorde enbart förfrågningar hos 13 kommunala äldreboenden i kommunen och vi har ingen vetskap om på vilka grunder de olika enhetscheferna valde att delta respektive avstå. Det kan vara så att arbetsplatser som upplevde en turbulent tid vid enkätens utskick valde bort att delta, eller att de arbetsplatser som var stabila och välfungerande var positiva till att vara med och därför kan vi inte dra några generella slutsatser om de resultat vi fått fram, bara påvisa vad dessa arbetsplatser uppgav gällde där och då. Storleken på det statistiska stickprovet har betydelse för med vilken säkerhet man kan dra några slutsatser ur det material man har att bearbeta. Vi hade bara 34 deltagare och det får anses som ett förhållandevis litet undersökningsunderlag, så de slutsatser vi drar ur denna enkätundersökning pekar mer på tendenser än omfattande bild över nattarbetarnas arbetssituation. Begränsningarna gör att urvalet inte är representativt för just kommunal verksamhet och Göteborgs stad. Nattarbetare arbetar oregelbunden schematid. Många arbetsplatser tillämpar så kallat önskeschema, det vill säga personalen lägger ett schema som passar de individuella behoven och samtidigt arbetsplatsens behov. Detta kan medföra att personal kan ha längre sammanhängande ledig tid, vilket kan ha gjort att svarsfrekvensen påverkades negativt. Under den period som enkäterna var utskickade pågick både vinterkräxsjuka och vanlig influensa i Göteborgsregionen, och detta kan också ha påverkat svarsfrekvensen. Ytterligare en bortfallsorsak kan vara att deltagarna inte ville stöta sig med cheferna, de kunde uppleva frågorna som känsligt material, trots att enhetscheferna

fått enkäter till påseende och godkänt undersökningen. Efter ett par kontakter med några enhetschefer förstod vi att det kanske skulle kunna upplevas som känsligt hos vissa enhetschefer att fråga om hur nattarbetande personal upplever arbetsledningen och dess medverkan på natten. Vi underströk därför i kontakterna att vi inte på någon fråga var intresserad av vilken arbetsplats det gällde, och att vi inte har med några frågor om detta i enkäten.

## Resultatdiskussion

Majoriteten av personalgruppen som deltog i studien var till stor del utbildade i omvårdnad och hade mestadels en lång arbetserfarenhet. Vi drog slutsatsen att flertalet i den personalgrupp vi undersökt inte efterfrågar en kompetenshöjning i framtiden. Då personaltätheten är mindre på natten medför det att varje person måste kunna lita till den egna kunskapen. Genom citat i enkäten uttrycker vårdpersonalen att det är en nödvändighet med erfaren och van personal på natten. Campbell et.al., (2004) beskriver också att nattarbete upplevs som olämpligt för nyutbildad personal.

Samtidigt uttrycktes en trygghet med den befintliga tillgängligheten av arbetsledning. Den arbetsledning som nattpersonalen hänvisar till är i verkligheten en extern verksamhet som ansvarar för omvårdnadsfrågor och inte övergripande personalfrågor. Majoriteten av deltagarna i studien uppgav att de inte har en arbetsledare närvarande. Finns det då möjlighet att upprätthålla en relation till sin närmsta arbetsledare, som är den person som faktiskt ansvarar för personalens löne- och kompetensutveckling? En arbetsledare ska också tillgodose att alla vårdbehov tillfredsställs. Ur Albinsson och Strang studie (2002) framkom att de flesta som intervjuades om ledarskap och organisation ansåg att ledarskapet i vården var svagt och inadekvat. De intervjuade i ovanstående studie sa att ledningen inte hade utbildning, var ointresserade och att budgeten alltid prioriterades. I samma studie framkommer även att det som oftast efterfrågas av vårdpersonal är en bra ledare som kan handleda och som finns tillgänglig dagligen.

Till skillnad från Albinsson och Strang studie (2002) och Claffey, (2006) visar vår enkät att majoriteten anser att en arbetsledare inte behöver närvara på natten. Ett sätt att tolka detta är att den egna kompetensen skattas högt och ett annat sätt är att verksamheten är mer eller mindre självgående på natten. Vårdpersonalen som ingår i vår studie tar de beslut som de anser vara nödvändiga, eller kontaktar överordnad, vilket besvarar en av våra frågeställningar, då den egna kompetensens betydelse möjligen täcker in de behov som finns på en vårdavdelning natt.

Enligt enkäten är den största gruppen vårdutbildad och har en lång arbetserfarenhet. Detta sammantaget gör att gruppen får anses vara kvalificerade inom vårdarbetet. De överordnade kompetensgrupper som flertalet av deltagarna i studien hänvisar till arbetar idag på konsultbasis och är inte stationerade på respektive avdelning.

I frågan om ökad kompetens behövs i framtiden för att kunna utföra vårdarbetet under natten svarade majoriteten i vår studie att det inte behövdes. Detta är inte förenligt med det resultat som återfinns i en annan studie med Fläckman et al., (2007) där vårdpersonal uttryckt att genom utbildning och handledning ges bättre möjligheter att kunna förstå de äldres missnöje och aggressioner. På så sätt fick de då lättare att kunna hantera sådana situationer. Vårdpersonalen i studien uppger att de tycker att utbildning och handledning är bra men att det är i många fall svårt att utföra allt i praktiken. Vårdpersonal ansåg också att det kommer att behövas högutbildad personal i framtiden, speciellt inom medicinsk omvårdnad, eftersom

enbart god omvårdnad inte kommer att räcka (ibid). Detta stämmer bra överens med vår studie där utbildningsbehovet i framtiden uppgavs vara inom områden som demens och medicin.

Vi har valt att presentera deltagarnas utbildning i kombination med deras upplevda behov av arbetsledning natt. Vi anar ett samband mellan arbetsgruppen som är vårdutbildad och efterfrågan av arbetsledning. Resultatet visar att majoriteten som tillhör gruppen med omvårdnadsutbildning anser sig inte ha behov av en närvarande arbetsledning. Detta överensstämmer inte med Claffey, (2006) som beskriver att det är viktigt att arbetsledningen är synlig i arbetet och att den är lätt att komma i kontakt med. Den personalgrupp som Claffey, (2006) hänvisar till har vi ingen kännedom om utbildningsnivå.

Vi studerade även om det fanns samband mellan arbetserfarenhet och behov av arbetsledning närmare. Något samband mellan dessa två frågeställningar kunde vi inte se. Enbart tendenser till att personalgruppen upplevde sig säkra i den egna kompetensen och ansåg att något behov av arbetsledning inte fanns.

Vår slutsats är att vi fann att majoriteten av personalgruppen inte hade behov av en närvarande arbetsledning under arbetstid som sker nattetid. Detta kan bero på den egna kompetens som består av arbetserfarenhet och utbildning. Majoriteten av deltagarna uppger i vår studie att de känner en trygghet med den befintliga arbetsledningen. Vi begrundar om det finns en skillnad mellan personalgruppens uppfattning och vår uppfattning om vad en arbetsledare är. De kompletterande frågorna i studien ger vaga tendenser på att det görs en åtskillnad på den administrativa lönesättande arbetsledaren och den direkta arbetsledningen som verkar vara trygghetsjour, hemsjukvård och nattsjuksköterskor.

Begränsningar i studien, utöver ovan nämnda, är att vi har haft svårigheter att hitta litteratur som beskriver det aktuella kunskapsområdet. Vi hade även väldigt få personer från andra utbildningskategorier än gymnasial omvårdnadsutbildning. Detta är begränsande för våra slutsatser om att utbildning avgör huruvida man anser att man har behov av arbetsledning, eftersom vi inte skulle ha vetat hur icke vårdutbildad svarat om vi hade haft den dubbla mängden svar. I efterhand inser vi att det troligtvis hade blivit en större svarsfrekvens om vi själva hade varit på plats och delat ut enkäterna och varit tillhanda för eventuella frågor, men detta hade tagit alltför mycket tid i anspråk. Vi är nöjda med 68 % svarsfrekvens och anser att vi ändå har fått in så mycket resultat att vi kan bearbeta data, trots att möjligheten att generalisera resultaten mer övergripande är begränsade, som nämnts ovan. Att engagera enhetschefer för att distribuera enkäter och påminnelse (bilaga 4) kan också ha inneburit en begränsning, då vi inte hade någon egentlig kontroll över tillvägagångssättet vid hanteringen. Hela enkäthanteringen kan ha medfört att deltagarna kände en oro över sin anonymitet..

I missivbrevet beskrev och förtydligade vi att hanteringen av enkätsvaren kommer att behandlas konfidentiellt och därför inte kan kopplas till deltagare för obehöriga. Ytterligare begränsningar i vår studie är bland annat urvalsproblematiken som gjorde att vi inte fick den kontrollen som vi önskat. Man kan endast spekulera i om varför några verksamheter valde att tacka nej, en möjlighet är att situationen med arbetsledare på natten var särskilt problematisk där varför man inte ville delta. Dessutom har vi haft låg kontroll när det gäller vilken personal från respektive verksamhet som var med och vilka som inte var med och varför. Ingen utav frågorna har utgått vid analys, möjligen kan de frågor där det gavs flera svarsmöjligheter ha varit lite svårförståeliga. Utöver detta har vi ingen vetskap om deltagares läsförståelse eller skrivförmåga.



Även de frågor i enkäten där vi gett exempel och definitioner i text kan det ha medfört att deltagarna använt sig av våra exempel i kommentarer som lämnats. På så vis kan deltagarna ha blivit styrda. Möjligtvis så kunde vi ha gett instruktioner som varit bättre eller försökt att undvika att ge definitioner i text. Trost (2007) menar på att det kan finnas en risk med att ha för många öppna frågor i form av att ge en möjlighet att kommentera då de kan vara svåra att sammanställa och analysera. Detta var dock inget som vi upplevde. Ingen utav deltagarna valde att ta kontakt med oss angående enkäten. Själva utformningen av enkäten med fasta svarsalternativ som gör att man inte alltid får svar på frågorna, då vårt val av svarsalternativ kanske inte överensstämmer med deltagarens.

Till kommande forskning föreslår vi: Hur upplever ledaren som ansvarar för nattpersonal sitt arbetsledande ansvar? Förstår arbetsledaren den egna gruppens behov/icke behov av arbetsledare? Hur djupodlas relationen till personalen för rättvis lönesättning? Hur fungerar det att arbetsleda på konsultbasis? Det vore intressant att få insyn i hur arbetsledning på distans fungerar och upplevs av alla inblandade. För framtiden kan detta innebära att ett ledarskap på distans kan ge en säkrare eller en mer osäker vårdpersonal som tar egna beslut.

## Referenser

- Albinsson L, & Strang P. (2002). Staff opinions about the leadership and organisation of municipal dementia care. *Health Soc Care Community*. 2002; 10(5): 313-322.
- Aronsson, Åke. (1999). *SPSS En introduktion till basmodulen*. Lund: Studentlitteratur.
- Berlowitz D, Young G, Hickey E, Saliba D, Mittman B, Czarnowski E, Simon B, Anderson J, Ash A, Rubenstein L, & Moskowitz M. (2003). Quality improvement implantation in the nursing home. *Health Serv Res*. 2003; 38(1pt1): 65-83.
- Brooks, I. & MacDonald, S. (2000). Doing life: Gender Relations in a Night Nursing Sub-Culture. *Gender, Work and Organization* 7, 221-229.
- Campbell, A-M. Nilsson, K. & Pilhammar Andersson, E. (2004). *Natten-dagens förutsättning*. Rapport nr 2004:1 Göteborgs universitet. Institutionen för vårdpedagogik.
- Claffey, C. (2006). Nursing in the dark: Leadership support for night staff. *Nursing management*. May, 41-44.
- Coffey, A. (2004). Perceptions of training for care attendants employed in care of older people. *Journal of Nursing Management*, 12(6) 322-328.
- Ekstam, K. (2002). *Ledarskapets hörnstenar – fyra framgångsfaktorer*. Malmö: Liber ekonomi.
- Ejlertsson, Göran. (2005) *Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ellström, P-E. (1994). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Nordstedts Tryckeri.
- Fransson Sellgren, S. (2007). *Nursing Management at a Swedish University Hospital. Leadership and Staff Turnover. (Akad. Avh.)*. Karolinska institutet Stockholm: Universitetsservice US-AB.
- Fläckman, B. Fagerberg, I. Häggström, E. Kihlgren, A. Kihlgren, M. (2007). Despite shattered expectations a willingness to care for elders remains with education and clinical supervision. *Scand J Caring Sci*. 2007; 21: 379-389.
- Henderson, V. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Solna: Almqvist & Wiksell.
- Hughes, R-L. Ginnett, R-C. & Curphy, G-J. (2002). *Leadership Enhancing The Lessons Of Experience*. (4th Edition). Library of Congress.
- Häggström, E. Skovdahl, K, Fläckman, B. Larsson, A. Kihlgren, M. (2004). To feel betrayed and

- to feel that you are betraying the older residents: caregivers' experiences at a newly opened nursing home. *J Clin Nurs.*; 13(6): 687-96.
- Hägström, E. Skovdahl, K. Fläckman, B. Kihlgren, L. A. Kihlgren, M. (2005). Work satisfaction – caregivers' experiences after a two-year intervention in a newly opened nursing home. *J Clin Nurs.* 14(1): 9-19.
- Johansson, B. (1996). *Från allmänmännisklig kompetens till omvårdnadskompetens*. Rapport nr 1996:1. Göteborgs universitet. Institutionen för vårdläro- och utbildningsvetenskap.
- Katz, R.L. (1974). Skills of an Effective Administrator. *Harvard Business Review*, 52(5), 90-102.
- Kierkegaard, S. (1964). *Sjukdomen till döds*. 1: Skrifter i urval, 2. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Kovero, C. (1999). Den upplevda yrkesrollen och dess relation till bemötande av klienten. *Vård i Norden* 1999;52(19)2:17-25.
- Kristoffersen, N. (2005). *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Lennér-Axelsson, B. & Thylefors, I. (1997). *Arbetsgruppens Psykologi*. Stockholm: Bonnier.
- McMahon, R. (1994). *Omvårdnad på natten*. Falköping: Liber Utbildning AB.
- Norberg, A. Axelsson, K. Hallberg R, I. Lundman, B. Athlin, E. Ekman, S-L., et al. (1992). *Omvårdnadens mosaik: en modell*. Stockholm: Luleå tekniska universitet.
- Nightingale, F. (1989). *Anteckningar om sjukvård....ur vårt tidsperspektiv*. Stockholm: SHSTF.
- Nilsson, B. & Waldemarsson, A-K. (1994). *Kommunikation, Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, E., Norén Winsell E., & Djärv, S. (1999). *Administration och arbetsledning i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, K. (2003). *(Mandat-Makt-Management En studie av hur vårdenhetschefer ledarskap konstrueras. (Akad. Avh.)*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Nilsson, K. (Red.). (2005). *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, K. Campbell, A-M. & Pilhammar Andersson, E. (2008). Night nursing- staff's working experiences. *BioMed Central Nursing*, 7:13.
- Nilsson, M. (1997). *Titulaturen kommer, titulaturen går – Men det sociala omsorgsarbetet består*. Rapport nr 1997:3. Göteborgs universitet. Institutionen för vårdläro- och utbildningsvetenskap.

- Nilsson, N. (2003). *Organisation och ledarskap. Styr rätt i en ny tid*. Malmö: Liber Ekonomi.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur
- Patel, R. & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Persson, O. & Thylefors, I. (1999). Career with No Return: Roles, Demands, and Challenges as Perceived by Swedish Ward Managers. *Nursing Administration Quarterly*, 23(3), 63-80.
- Pilhammar Andersson, E. (1998). *Kompetens ur ett vårdpedagogiskt perspektiv. En antologi i vårdpedagogik*. Rapport nr 1998:1. Göteborgs universitet. Institutionen för omvårdnad.
- Pilhammar Andersson, E. (2004). *Vårdpedagogik – vad, hur och varför* (Rapport 2004:2) Göteborg: Göteborgs universitet: Institutionen för vårdpedagogik.
- Rubenowitz, S. (2004). *Organisationspsykologi och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Rooke, L. (1997). *Omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Socialstyrelsens allmänna råd. Omvårdnad inom hälso- och sjukvården. SOSFS 1993:17.  
SFS 1998:204
- Trost, J. (2001). *Enkätboken*. ( 2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Thylefors, I. (1996). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wahlgren, L. (2005). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.
- Wahl, Anna & Holgersson, Charlotte & Höök, Pia & Linghag, Sophie. *Det ordnar sig. Teorier omorganisation och kön*. 2001. Lund: Studentlitteratur
- Weman K, Kihlgren M, Fagerberg I. (2004). Older people living in nursing homes or other community care facilities: Registered Nurses' views of their working situation and co-operation with family members. *J Clin Nurs*. 13(5): 617-26.
- Wenander, I. (1995). *Fördjupningskurs i omvårdnad för undersköterskor*. Rapport nr 1995:1 Vårdpedagogik – Omvårdnad Institutionen för vårdlärarutbildning. Mölndal: Göteborgs universitet.
- Widerberg, Karin (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Wolmesjö, M. (2005). *Ledningsfunktion i omvandling. Om förändringar av yrkesrollen för*

*första linjens chefer inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen.* Lund: Studentlitteratur.

Yukl, G. (2002). *Leadership in organizations.* (5th ed.) New Jersey: Prentice-Hall.

### **Elektroniska källor**

Vetenskapsrådet. (1991). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* ( 91-7307-008-4). Hämtad från WWW 2008-10-31, HYPERLINK "http://www.vr.se" <http://www.vr.se>.



## Sahlgrenska akademien

VID GÖTEBORGS UNIVERSITET  
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

### TILL DIG SOM ÄR OMVÅRDNADSPERSONAL PÅ NATT

Förfrågan om deltagande av studie om omvårdnadspersonals upplevelse av ledarskap vid nattarbete

#### Information om enkätundersökningen

##### Studiens bakgrund

Vi saknar idag vetenskaplig kunskap om omvårdnadspersonals arbetssituation, och speciellt om hur det är att arbeta på natten. Varje undersökning som görs inom detta område tillför därför kunskap om hur omvårdnadspersonalens arbetssituation.

Vi som genomför denna undersökning är två studenter som läser vårdpedagogik med inriktning mot vård och omsorg på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet och vi arbetar även inom vården.

I vårt avslutande examinationsarbete gör vi en studie på utvalda äldreboende i Göteborgsområdet. Syftet är att undersöka hur omvårdnadspersonal som tjänstgör natt upplever ledarskap.

Vi värdesätter din medverkan i studien och ditt deltagande är av vikt för att studien ska bli så vältäckande som möjligt

##### Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras som en enkätundersökning som ingår i en c-uppsats i vårdpedagogik. Vi ber dig att fylla i den bifogade sifferkodade enkäten. Enkäten är kodad för att vi ska kunna se vilka vi ska skicka eventuella påminnelser till. Ingenstans i det färdiga materialet kommer ditt namn att synas och dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Hanteringen av dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) vilket betyder att enkätsvaren kommer att behandlas konfidentiellt och därför inte kan kopplas till Dig som person.

Deltagandet är frivilligt och Du kan avbryta deltagandet i studien när Du vill utan att ange skäl. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

När du har besvarat enkäten kan du skicka den till oss i det portofria svarskuvertet senast 09-03-24

Efter avslutad studie kommer den färdiga uppsatsen att finnas tillgänglig på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet. Vi kommer även att skicka 1 exemplar av den färdiga uppsatsen till respektive avdelning.

Vi är mycket tacksamma för ditt deltagande.

Med vänliga hälsningar.

Johanna Leibovici                      Helene Welander                      Linda Johansson, handledare. Tfn: xxxxx  
Tfn: xxxxxxxx                      Tfn: xxxxxxxx                      e-post:



Sahlgrenska akademien  
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET  
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

## Förfrågan deltagande av studie om omvårdnadspersonals upplevelser av ledarskap under natttjänstgöring

Vi är två studenter som läser vårdpedagogik med inriktning mot vård- och omsorg på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet. I vårt avslutande examensarbete gör vi en studie där syftet är att undersöka omvårdnadspersonal som tjänstgör natt har för upplevelser av ledarskap. I vår studie följer vi HSFR:s (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets) etiska riktlinjer vilket bl.a. innebär att allt material kommer att behandlas konfidentiellt.

Vi ansöker härmed om tillstånd att få delge omvårdnadspersonalen som tjänstgör natt en enkät.

Efter examination i juni-09 kommer resultatet av studien att finnas tillgänglig på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet.

Handledare: Linda Johansson Universitets lektor  
Sahlgrenska akademien vid  
Göteborgs universitet  
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa  
e-post:  
Tfn: xxxxxxxx

Vid frågor eller synpunkter var vänlig kontakta undertecknade:

Med vänliga hälsningar:

Johanna Leibovici  
Tfn: xxxxxxxxxxxx

Helene Welander  
Tfn: xxxxxxxx

## ENKÄT ANGÅENDE VÅRD- OCH OMSORGSPERSONALS UPPLEVELSE AV LEDARSKAP VID NATTLIG TJÄNSTGÖRING

Var vänlig kryssa i det svarsalternativ du tycker stämmer bäst. Om du vill skriva kommentarer, använd gärna baksidorna på enkäten. Var vänlig sänd tillbaka enkäten i det bifogade svarskuvertet senast 2009-03-24

### *Bakgrundsfrågor*

#### 1. Är du?

- Man
- Kvinna

#### 2. Vilket år är du född? .....

#### 3 Hur lång arbetserfarenhet har du inom vårddyrket?.....år

#### 4. Vilken vårdutbildning har du?

- Ej vårdutbildad
- Vårdbiträdesutbildning
- Omvårdnadsutbildning
- Kvalificerad yrkesutbildning (KY)
- Högskoleutbildning inom vård sektorn

**Annan ange vilken**.....



### ***Ledarskapsfrågor***

***En arbetsledare definieras vi som en person i en arbetsledande funktion som är utsedd att leda och fördela arbetet på arbetsplatsen.***

#### **5. Vet du vem din arbetsledare är?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

#### **6. Har du en arbetsledare närvarande på din arbetsplats under ditt arbetspass?**

- Ja, varje natt
- Nej, aldrig
- Några dagar i veckan
- Några dagar i månaden
- Vet ej

Kommentar.....

#### **7. Vilken befattning har din arbetsledare?**

- Sjuksköterska
- Verksamhetschef
- Enhetschef
- Vet ej

#### **8. Finns denna person med ute på natten?**

- Ja, alltid
- Nej, aldrig
- Ibland
- Vet ej

**9. Har den person som du upplever som arbetsledare den formella befattningen? Dvs. blivit utsedd att vara arbetsledare av Verksamhetschef / Stadsdelschef?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

**10. Har dagpersonal och nattpersonal samma arbetsledare?**

- Ja, alltid
- Nej, aldrig
- Ibland
- Vet ej

Kommentar.....  
.....  
.....

**11. Tar du egna beslut av arbetsledande karaktär som påverkar verksamheten? Exempelvis omvårdnadsfrågor, medicinska beslut, ringa in vikarier, fördelning av eller tillfällig förflyttning av personal då behov uppstår?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

Kommentar.....  
.....  
.....

**12. Kan du ge exempel på beslut som du tagit?**

Kommentar.....  
.....  
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Skriv gärna på baksidan om du inte får plats.

**13. Känner du dig trygg med den tillgänglighet som din arbetsledare har under ditt arbetspass?**

- I mycket hög grad
- I ganska hög grad
- Ingen uppfattning
- I låg grad
- I mycket låg grad

Kommentar.....

.....

.....

**14. Anser du att det finns behov av en arbetsledare på din arbetsplats under din arbetstid?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

Kommentar

.....

.....

.....

**15. Hur anser du att samarbetet fungerar med din närmaste arbetsledning?**

- Mycket bra
- Ganska bra
- Ingen uppfattning
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

Kommentar.....  
.....  
.....

**16. Känner du dig delaktig i de vardagliga beslut som tas på din arbetsplats? Exempelvis omvårdnadsfrågor, medicinska beslut, ringa in vikarier, fördelning av eller tillfällig förflyttning av personal då behov uppstår?**

- Mycket hög grad
- Hög grad
- Ingen uppfattning
- Låg grad
- Mycket låg grad

Kommentar.....  
.....  
.....

**17 I vilken grad anser du att du kan påverka de beslut som tas?**

- I mycket hög grad
- I ganska hög grad
- Ingen uppfattning
- I låg grad
- I mycket låg grad

Kommentar.....  
.....  
.....

**18 Upplever du en skillnad i hur beslut tas dagtid resp. nattetid? Exempelvis omvårdnadsfrågor, medicinska beslut, ringa in vikarier, fördelning av eller tillfällig förflyttning av personal då behov uppstår?**

Ja

Nej

Delvis

Vet ej

Kommentar.....  
.....  
.....

**19 Upplever du att nattpersonal behöver ökad kompetens för att kunna utföra arbetsuppgifterna i framtiden?**

Ja

Nej

Vet ej

**20 Kan du ge förslag på områden där du anser att det behövs mer utbildning/ökad kompetens?**

Kommentar

.....  
.....  
.....

**Övriga kommentarer och synpunkter:** (Skriv på baksidan om inte linjerna räcker).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Tack för din medverkan!*



**Sahlgrenska akademien  
Göteborgs Universitet  
Institutionen för vårdpedagogik**

**Påminnelse om enkät om omvårdnadspersonals upplevelse av ledarskap natttid**

För en tid sen delade vi ut en enkät till Dig angående omvårdnadspersonals upplevelse av ledarskap. Då vi ännu inte fått ditt svar kommer här en påminnelse.

Vi vore mycket tacksamma om du ville vara vänlig att ta dig 5-10 minuter till att besvara enkäten snarast.

Det är viktigt för undersökningen att även du deltar.

Om du redan har skickat enkäten de senaste dagarna kan du bortse från denna påminnelse.

Vi är mycket tacksamma för ditt deltagande.

Med vänliga hälsningar.

Johanna Leibovici  
Tfn: xxxxxxxxxxxx

Helene Welanders  
Tfn: xxxxxxxx