



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Det sköterskan tycker är viktigast tycker absolut inte chefen...”

En kvalitativ studie om enhetschefens och sjuksköterskans förhållningssätt samt den upplevda betydelsen av detta för omsorgspersonal på äldreboende

Socionomprogrammet

**C-uppsats**

Författare: Christina Fröjdlund

Handledare: Viveca Ekdahl-Lindgren

## Abstract

**Titel:** ”Det sköterskan tycker är viktigast tycker absolut inte chefen...”  
En kvalitativ studie om enhetschefens och sjuksköterskans förhållningssätt samt den upplevda betydelsen av detta för omsorgspersonal på äldreboende

**Författare:** Christina Fröjdlund

**Nyckelord:** ledarskap inom äldreomsorg, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, äldreboende, salutogenes, patogenes, kommunikation inom organisationer, etik

---

Syftet med studien är att belysa hur enhetschef och sjuksköterska utövar sitt ledarskap samt hur omsorgspersonalen uppfattar och förhåller sig till fenomenet med olika budskap och förhållningssätt, i utövandet av detta ledarskap.

Frågeställningarna är följande:

1. Hur utövas ledarskapet av enhetschef respektive sjuksköterska med aspekt på ett salutogent kontra patogent perspektiv?
2. Kan enhetschef respektive sjuksköterskas direktiv uppfattas som ett dubbelt ledarskap?
3. Hur påverkar budskapen i ledarskapet det sätt omsorgspersonalen utövar sin praktik på och hur förhåller de sig till det?

Kvalitativa djupintervjuer användes och triaden enhetschef, sjuksköterska samt omsorgspersonal på äldreboende intervjuades. Uppsatsen har en abduktiv ansats med utgångspunkt i följande förvalda teorier och begrepp; salutogenes/patogenes, kasam, kommunikation inom organisation samt etiska perspektiv, men empirin får även tala för sig själv.

Resultatet visar att enhetschefer har ett mer salutogent perspektiv och en större helhetssyn än sjuksköterskorna som i högre grad bär med sig ett patogent tänkande kopplat till sin yrkesroll. Sköterskorna avsäger sig ledarskap trots expertis inom sitt gebit. De agerar ledare i vissa specifika situationer men det finns en tydlighet och en relativt klar avgränsning mellan enhetschef och sköterska, främst då det gäller formellt ansvar.

Omsorgspersonalen uppfattar klart och tydligt att enhetschefernas formella ledarskap utövas med ett socialt förhållningssätt och ett salutogent perspektiv i fokus. Då det gäller sjuksköterskorna så råder det delade meningar bland omsorgspersonalen om vad de representerar, ett socialt eller medicinskt synsätt. Samtliga i omsorgspersonalen upplever någon form av dubbelt ledarskap i enhetschefens respektive sjuksköterskans roller. Vissa upplever att olika direktiv förekommer och även att enhetschefens och sjuksköterskans förhållningssätt skiljer sig åt.

Omsorgspersonalen verkar förhålla sig till budskapen på olika sätt, en del ser dem som kompletterande, andra håller isär dem i det dagliga omsorgsarbetet. Det som förenar är dock att ingen ser de dubbla budskapen som något problematiskt att hantera. Det finns en stark tro på att chef och sjuksköterska pratar ihop sig i specifika situationer och om så inte är fallet förhåller sig omsorgspersonalen till detta genom att fråga vid tveksamheter och ibland även ta egna beslut.

1. Inledning.....	4
1.1 Bakgrund .....	4
1.2 Förförståelse .....	4
1.3 Syfte och frågeställningar.....	5
1.4 Uppsatsens disposition .....	5
1.5 Begrepp och nyckelord.....	5
1.6 Avgränsningar .....	7
2. Introduktion till området.....	8
2.1 Yrkeskategoriernas uppdrag.....	8
2.2 Organisationsform .....	9
2.3 Lagstiftning.....	11
2.4 Ledarskap .....	12
3. Tidigare forskning .....	13
4. Teorier .....	15
4.1 Salutogenes och patogenes .....	15
4.1.2 Kasam .....	16
4.2 Organisationsteori.....	17
4.2.1 Kommunikation inom organisation.....	18
4.2.2 Rekrytering och socialisation .....	20
4.3 Pliktetik samt nyttoetik.....	21
4.3.1 Pliktetik.....	21
4.3.2 Nyttoetik .....	22
4.3.3 Etiska principer – jämförelse.....	22
5. Metod.....	23
5.1 Urval .....	23
5.2 Datainsamling/Genomförande.....	24
5.3 Bearbetning.....	25
5.4 Forskningsetik .....	26
5.5 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.....	27
6. Resultatredovisning och analys .....	29
6.1 Enhetschefer och sjuksköterskor .....	29
6.1.1 Uppdraget .....	29
6.1.2 Den professionella relationen till enhetschef respektive sjuksköterska .....	31
6.1.3 Arbetets utförande .....	32
6.1.4 Etik .....	33
6.1.5 Värderingar och förhållningssätt .....	34
6.1.6 Ansvar.....	34
6.1.7 Enhetschefer och sjuksköterskor - sammanfattning .....	34
6.1.8 Svar på frågeställningar.....	35
6.2 Omsorgspersonalen .....	36
6.2.1 Uppdraget .....	36
6.2.2 Arbetets utförande .....	38
6.2.3 Stöd i rollen .....	41
6.2.4 Etik .....	42
6.2.5 Värderingar och förhållningssätt .....	43
6.2.6 Ansvar.....	44
6.3 Omsorgspersonal - sammanfattning .....	48
6.3.1 Uppdraget .....	48
6.3.2 Arbetets utförande .....	49

6.3.3 Stöd i rollen .....	50
6.3.4 Etik .....	50
6.3.5 Värderingar och förhållningssätt .....	50
6.3.6 Ansvar.....	51
6.3.7 Svar på frågeställningar .....	52
7. Slutdiskussion.....	52
8. Referenser .....	56
8.1 Litteratur .....	56
8.2 Uppsatser .....	57
8.3 Författningar .....	57
8.4 Föreläsningar .....	58
8.5 Internet.....	58
8.6 Uppslagsverk .....	58
8.7 Övrigt.....	59
9. Bilagor .....	60
9.1 Bilaga 1 - Presentationsbrev .....	60
9.2 Bilaga 2 - Intervjuguide enhetschefer.....	61
9.3 Bilaga 3 - Intervjuguide sjuksköterskor.....	62
9.4 Bilaga 4 - Intervjuguide omsorgspersonal.....	63

Ett stort Tack till...

...omsorgspersonal...

...sjuksköterskor...

...enhetschefer...

...som ställt upp med sin tid och sitt vetande.

Er information och era berättelser har varit ovärderliga i mitt arbete och för min kunskapsutveckling.

Jag vill även tacka min handledare Viveca Ekdahl Lindgren för hennes kunskap samt att hon delade med sig av sina personliga erfarenheter för att stödja mig då uppsatsen visade sig inte vilja bli klar i tid.

Slutligen går en tanke till min familj, utan Er är jag ingenting...

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Under min praktikperiod på socionomprogrammet kom jag i kontakt med särskilda boenden, dvs äldreboenden, i Västra Götalandsregionen. Ett fenomen som jag lade märke till var att budskapen från enhetschef respektive sjuksköterska gentemot omsorgspersonalen inte alltid var samstämmiga. Förhållningssätt verkade skilja sig åt mellan enhetschefer som hade ett socialt och salutogent fokus medan sjuksköterskornas var medicinskt och mer patogent.

Jag blev intresserad av området och främst då av omsorgspersonalens upplevelse av fenomenet med *olika förhållningssätt i utövande av ledarskap* och allt eftersom formades en idé till denna c-uppsats.

Jag tänker mig, som sagt, att sjuksköterskorna utövar ett slags informellt ledarskap medan enhetscheferna står för det formella ledarskapet och mottagaren av budskapen är omsorgspersonalen.

Enhetscheferna samt sjuksköterskorna har olika utbildningar, social omsorg respektive sjuksköterskeutbildning.

De har två olika primära lagar att följa, socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen.

Båda har kommunen som huvudman och ingår i samma förvaltning, vård- och omsorg. De har dessutom samma målgrupp, de boende, dvs pensionärerna. Deras uppdragsgivare skiljer sig dock åt och de verkställer skilda insatser. Detta beskrivs närmre längre fram under avsnittet Organisationsform.

Omsorgspersonalen har alltså två ledare, som båda har något att säga till om, men med olika fokus. Vad betyder detta för personalen?

Jag anser att detta är värt att veta för att kunna ta ställning till om fenomenet är en faktor som försvårar för omsorgspersonalen i utförandet av deras uppdrag och i så fall uppmärksamma ledningen på detta.

## 1.2 Förförståelse

I en kvalitativ studie är det viktigt att säkra resultatens trovärdighet och detta görs bland annat genom att beskriva sin egen utgångspunkt (Backman, 1998). Jag har en förförståelse om att det betyder någonting för omsorgspersonalen, då enhetschefer och sjuksköterskor sänder olika budskap och direktiv som ska tolkas, fogas samman och omsättas i både ord och handling, dvs i det praktiska utförandet av det dagliga omsorgsarbetet.

Jag, i egenskap av frågeställare och uppsatsskrivare, har burit med mig min egen specifika omvärldsförståelse och mina egna personliga erfarenheter in i denna uppsats. Jag arbetade, som utbildad personal, i hemtjänsten samt på olika äldreboenden en kort period på nittio-talet och reflekterade redan då över olika förhållningssätt i arbetet med äldre människor.

Från senare års arbete bär jag med mig erfarenheter som ledare och har upplevt komplexiteten och dynamiken i formella respektive informella ledarskap. Under praktiktiden hos enhetschefer i höstas fick jag möjligheten att nyansera mina bilder och fördjupa mina kunskaper om äldreboenden av idag och fick inblick i en organisation under stort förändringstryck med höga krav på professionalism.

De respondenter jag använt mig av, har givetvis även de konstruerat sin syn på världen och fenomenet utifrån samhällets uppfattningar och i dialog med andra människor, både i sin yrkesroll och i sitt privatliv.

### **1.3 Syfte och frågeställningar**

Jag tänker mig att det finns ett slags informellt ledarskap (som sköterskorna utövar), det formella ledarskapet (enhetschef) samt en mottagare av budskap (omsorgspersonalen).

Mitt syfte är att belysa hur enhetschef och sjuksköterska utövar sitt ledarskap samt hur omsorgspersonalen uppfattar och påverkas av fenomenet med olika budskap och förhållningssätt i utövande av ledarskap.

Med fråga 1 och 2 avser jag att säkerställa vad fråga 3 ska stämmas av gentemot. Fråga 1 kommer i resultatredovisning och analys kopplas mot enhetschefers och sjuksköterskors intervjusvar. Fråga 2 kopplar jag till både enhetschefers, sjuksköterskors och omsorgspersonalens svar samt fråga 3 endast till omsorgspersonalens svar.

I denna studie är frågeställningarna följande:

1. Hur utövas ledarskapet av enhetschef respektive sjuksköterska på äldreboende med aspekt på ett salutogent kontra patogent perspektiv?
2. Kan enhetschef respektive sjuksköterskas direktiv uppfattas som ett dubbelt ledarskap?
3. Hur påverkar budskapen i ledarskapet det sätt omsorgspersonalen utövar sin praktik på och hur förhåller de sig till det?

### **1.4 Uppsatsens disposition**

I kapitel 1 berättar jag om ämnet och varför jag blev intresserad av det samt redogör för min förförståelse. Syfte och frågeställningar presenteras samt att jag definierar centrala begrepp och anger avgränsningar.

Kapitel 2 utgör en fördjupad redovisning av undersökningsområdet och presenterar organisationen bakom, lagstiftning, går in på yrkeskategoriernas uppdrag samt resonerar kring ledarskap.

I kapitel 3 diskuteras tidigare forskning inom närliggande ämnesområden och i kapitel 4 berättar jag om mina val av teoretiska utgångspunkter.

Kapitel 5 omfattar val av metod, genomförande samt forskningsetiska principer och etiska överväganden.

I kapitel 6 presenteras resultatet av empirin samt att jag teoriansknyter och analyserar resultatet för att slutligen i kapitel 7 föra en slutdiskussion kring resultat och analys samt dess trovärdighet och rimlighet.

### **1.5 Begrepp och nyckelord**

**Uppsatsens nyckelord:**

*ledarskap inom äldreomsorg, sjuksköterskor, omsorgspersonal/omvårdnadspersonal, äldreboende, salutogenes, patogenes, kommunikation inom organisationer och etik.*

Ordet "ledarskap" har valts dels för att få mer omfångsrika träffar vid sökning efter liknande forskning, men främst eftersom jag vill förklara även ett informellt ledarskap. Sjuksköterskorna har ett formellt ansvar, men är inte chefer, dvs de utövar en form av informellt ledarskap.

Jag gör i min uppsats ingen åtskillnad mellan benämningarna chefskap och ledarskap, men använder mig så gott som uteslutande av termen ledarskap. Distinktionen mellan dessa termer görs ibland för att skilja det formaliserade uppdraget från det relationära. Ekonomi, administration samt regelverk och lagar är exempel på vad som ingår i ett chefskap medan ledarskap är vad som konstrueras och skapas i samspel mellan chef och personal/medarbetare.

*Ledarskap inom äldreomsorg* – står i denna studie för både det ledarskap som är av formell karaktär och utövas av enhetscheferna för äldreomsorgen och det av en mer informell karaktär som utövas av sjuksköterskorna på äldreboendet.

Den formella ledaren, enhetschefen, styr, fördelar och arbetsleder omsorgspersonalen i deras dagliga arbete och arbetar primärt efter socialtjänstlagen, SoL, vilket jag kommer att utveckla längre fram i uppsatsen.

Sjuksköterskorna arbetar organisatoriskt under eget område inom Vård- och Omsorgsorganisationen, men har sin arbetsplats ute på äldreboendet, geografiskt avskilda från sin närmsta enhetschef. I deras uppgifter ingår medicinska rutinuppdrag, så som exempelvis att dela medicin samt akuta uppdrag, så som att bedöma fallskador och sjukdomar hos de boende. Sjuksköterskorna arbetar primärt efter hälso- och sjukvårdslagen, HSL (Regeringskansliets rättsdatabaser, 1982). Deras uppdrag, organisation och den primära lagstiftning de följer behandlas längre fram i uppsatsen.

*Sjuksköterskor* – har använts som sökord för att hitta forskning relaterad till området.

*Omsorgspersonal/Omvårdnadspersonal* – jag har valt termen *omvårdnadspersonal* vid sökning efter tidigare forskning eftersom det gav fler träffar i olika databaser. I själva uppsatsen däremot kommer jag att genomgående använda mig av termen *omsorgspersonal*, eftersom ordet ligger närmre det fokus som betonas inom området Äldreboende, där de är anställda. Termen innefattar de personer som arbetar på äldreboendet som omsorgsgivare åt pensionärerna, dvs undersköterskor samt vårdbiträden.

I dagligt tal benämns denna yrkeskategori medarbetare och inte personal, men eftersom jag kommer att röra mig mellan tre olika yrkeskategorier så görs detta val för att läsaren ska förstå de hierarkiska beroenden som finns. Då det gäller orden *omsorg* respektive *omvårdnad* så står omsorg för den sociala delen i de boendes vardag och omvårdnad för den medicinska delen i mina resonemang på samma sätt som hos Westlund/Sjöberg (2005). I resultatredovisningen använder jag mig oftast av de ord som respektive respondent säger, oavsett innebörd för den personen.

*Äldreboende* – en form av *särskilt boende* som anpassats för äldre personer över 65 år med ett stort behov av omsorg. Vilka olika boendeformer som ingår i särskilt boende skiftar från kommun till kommun. Plats kan erhållas efter ansökan till kommunen och denna ansökan görs enligt socialtjänstlagen, SoL (Regeringskansliets rättsdatabaser, 2001). För att beviljas äldreboende/särskilt boende krävs att skälig levnadsnivå inte kan uppnås i hemmet med hjälp av hemtjänst och beviljandet av insats är ett bistånd enligt SoL. Biståndsbedömaren avgör om behov föreligger eller ej.

En lägenhet hyrs inom boendet och egna möbler används. Mat och omsorg betalas separat, dygnet runt finns personal tillgänglig och kommunen svarar upp till sjuksköterskenivå för de boendes hälsa. Läkare gör regelbundna besök, vanligtvis en gång/vecka (Wikipedia, 090320\_1a).



*Salutogenes/salutogen* – hälsans ursprung (Antonovsky, 1991), om omständigheter som bidrar till att personer är vid god hälsa trots att de har varit eller är utsatta för avsevärda och potentiellt sjukdomsframkallande biologiska eller psykosociala stressorer.

(Nationalencyklopedin, 090320\_1).

*Patogenes* – de förändringar, som genom inverkan av sjukdomsframkallande faktorer leder till de slutliga sjukdomsyttningarna (Nationalencyklopedin, 090320\_1a).

*Kommunikation inom organisationer* – ett brett begrepp där jag begränsat mig till det som sägs om kommunikation inom organisationsteorin, den teoretiska grundvalen för studiet av organisationer (Flaa, Red, 2007).

*Etik* – studiet av moraliska fenomen och föreställningar (Nationalencyklopedin, 090320\_1b).

### **Övriga begrepp:**

Blomdahl Frej (1998) anser att *social omsorg* består i att hjälpa människor med olika funktionshinder och särskilda behov, att hantera sin vardagsverklighet.

Carlsson (1996) beskriver det *sociala omsorgsarbetet* i form av att människor i sitt vardagsliv ska kunna bibehålla känslomässiga och viktiga kontakter med andra, få stimulans samt klara sitt dagliga liv självständigt så långt det är möjligt.

I denna uppsats talar jag växelvis om *det sociala synsättet* och *det salutogena synsättet*. Det sociala synsättet går ofta hand i hand med det salutogena, där målet är att omsorgen bedrivs för att stärka de boendes känsla av sammanhang.

Enligt det sociala synsättet är vi människor alltid beroende av varandra. Vi föds in i och utvecklas genom ett socialt samspel med andra vilket innefattar mänskliga interaktioner vid umgänge, aktiviteter etc (Westlund/Sjöberg, 2005).

## **1.6 Avgränsningar**

Jag kommer att benämna, men inte gå närmare in på:

- 1) skillnader i synsätt mellan undersköterskeutbildad personal och övrig.
- 2) eventuella maktallianser mellan omsorgspersonal och sjuksköterskor på grund av delade medicinska uppgifter samt ibland även liknande utbildningsbakgrund.
- 3) betydelsen av enhetschefernas formella maktposition i form av beslutsfattare.
- 4) vad enhetschefernas, sjuksköterskornas respektive omsorgspersonalens utbildningar spelar för roll i sammanhanget.

Jag gör heller inga jämförelser mellan olika ledarstilar eller äldreboenden. Det jag främst är ute efter är omsorgspersonalens upplevelse av och uppfattning om fenomenet med olika förhållningssätt i utövandet av ledarskap.

## 2. Introduktion till området

I det här avsnittet presenteras de berörda yrkeskategoriernas uppdrag, organisationen bakom, lagstiftning och ansvaret i form av ledarskap. Detta för att få ett underlag och ett större sammanhang inför studien och dess resultat.

### 2.1 Yrkeskategoriernas uppdrag

Samtliga yrkeskategorier; enhetschef, sjuksköterska respektive omsorgspersonal har specifika ansvarsområden. Enhetschefens samt sjuksköterskans finns återgivna i formella uppdragsbeskrivningar, medan omsorgspersonalens ungefärliga arbetsansvar anges skriftligt endast i arbetsplatsannonser, annars muntligt. Informationen får de då de söker en ny tjänst och/eller löpande i verksamheten från enhetschef samt arbetskamrater. Enhetschefernas arbetsbeskrivning fastställs av ledningsgruppen inom Vård- och omsorg, dvs vård- och omsorgsdirektören och samtliga områdeschefer efter samråd i Förvaltningsrådet som består av vård- och omsorgsdirektör, utvalda områdeschefer samt fackliga företrädare.

Sjuksköterskan följer den ansvarsbeskrivning samt de riktlinjer för hälso- och sjukvård som tagits fram av medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, i kommunen.

Sjuksköterskorna arbetar även på ordination av läkare som besöker boendet en gång per vecka och då träffar de personer som är i behov av läkarkontakt.

#### **Enhetschef:**

Samtliga enhetschefer inom Vård- och omsorg i kommunen arbetar efter en och samma arbetsbeskrivning/uppdragsbeskrivning och har därmed ett enhetligt uppdrag.

Enhetscheferna arbetar primärt efter socialtjänstlagen, SoL, men har flera andra lagar att förhålla sig till så som exempelvis arbetsmiljölagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Enhetschefernas bakgrund är utbildningar inriktade på social omsorg och det officiella uppdraget ser i urval ut som följer, enhetschefen ska:

- \*ansvara för att genomföra målstyrda arbetsplaner/bedriva beskriven omvårdnad
- \*ansvara för att anställa, introducera och arbetsleda personal utifrån verksamhetsuppdraget
- \*utöva ledning så att medarbetarna kan utveckla och behålla ett självständigt arbetssätt i enlighet med uppställda mål.
- \*ansvara för att följa upp enhetens verksamhet enligt gällande lagar, avtal riktlinjer och mål.
- \*ansvara för enhetens budget och dess anställda enligt gällande delegation, samt planera och bedriva verksamheten inom givna ekonomiska ramar.
- \*ansvara för enhetens arbetsmiljö, rehabinsatser för anställda samt tillbuds- och skaderapportering.
- \*ansvar för att kontakter och samverkan mellan brukare och anhöriga/företrädare utvecklas enligt uppgjorda och fastställda mål och intentioner.
- \*medverka i att ta fram verksamhetsmål på sektionsnivå.
- \*bedriva metodutveckling, verksamhetsuppföljning med styrning mot total kvalitet samt fortlöpande internt uppföljningsarbete (Arbetsbeskrivning för ledare inom Vård- och omsorg, 090415).

### **Sjuksköterska:**

MAS – Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska följer upp att sjuksköterskorna sköter sina åtaganden enligt HSL, att PAS följer ordinationer, upprättar styrande dokumentation etc. Ansvaret regleras i lag (Regeringskansliets rättsdatabaser, 1982) (Socialstyrelsens författningssamling, 1997).

PAS – Patient Ansvarig Sjuksköterska har sin arbetsplats ute på äldreboendena i kommunen och ska idag ha en mer uttalat konsultativ roll än tidigare. Samtliga PAS arbetar efter samma riktlinjer och har ett enhetligt uppdrag.

Sjuksköterskorna arbetar primärt efter hälso- och sjukvårdslagen, HSL.

Sjuksköterskornas bakgrund är en medicinskt inriktad utbildning och de officiella riktlinjerna/uppdraget ser i urval ut som följer, sjuksköterskan ska:

- \*ansvara för patientens vård enligt medicinskt yrkesansvar
- \*ansvara för att läkarordinationer blir utförda
- \*ansvara för att delegering av HSL-uppgifter är förenliga med säkerhet för patienten
- \*ansvara för att personal med delegering är medveten om ansvaret
- \*ansvarar för att den lokala instruktionen för läkemedelshantering följs
- \*ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i;
  1. Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder.
  2. Risk- och avvikelshantering.
  3. Uppföljning av mål och resultat (Riktlinjer för sjuksköterskor i kommunen, 090330).

### **Omsorgspersonal:**

Omsorgspersonalen utför både omsorg enligt socialtjänstlagen och omvårdnad enligt hälso- och sjukvårdslagen, på grund av de delegeringar som sjuksköterskorna utfärdar till omsorgspersonalen.

Personalen har olika utbildningsbakgrund, allt ifrån avsaknad av omvårdnadsutbildning men med yrkeserfarenhet till att vara utbildade inom omvårdnad på högskola, gymnasium eller komvux. Mål idag inom kommunen är att samtlig nyanställd omsorgspersonal skall ha lägst gymnasial omvårdnadsutbildning eller för verksamheten annan adekvat gymnasial utbildning. Vissa nuvarande anställda har fått erbjudanden om att komplettera sin utbildning för att få undersköterskekompetens, vilket varit ett mål inom kommunen. Omsorgspersonalens uppdragsbeskrivning bygger, som sagts tidigare, till störst del på muntlig information samt överföring av kunskap.

## **2.2 Organisationsform**

Äldreomsorgen är politiskt styrd. I det här avsnittet ska jag beskriva kort hur politikerstyrningen fungerar samt hur området Vård- och Omsorg inom kommunen ser ut organisatoriskt. Av sekretesskäl har jag bytt ut vissa områdesnamn och benämningar samt ändrat vissa delar i organisationen. Kommunen är en politiskt styrd organisation med kommunfullmäktige som högsta beslutande organ. Under kommunfullmäktige sitter kommunstyrelsen, som leder och samordnar kommunens verksamhet samt nämnder som ansvarar för den löpande verksamheten, bland annat Vård- och omsorgsnämnden. Längst ut i organisationen finns olika förvaltningar, t.ex. Vård- och omsorgsförvaltningen, med kommunanställda, som verkställer de beslut som tas.

Vård- och Omsorg är alltså en av förvaltningarna i kommunen med förvaltningschefen överst och där under MAS, Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska. Underställt MAS ligger

förvaltningen som består av fem överordnade områden varav Äldreboende samt Vård i hemmet utgör två av dessa.

De formella målen och värdegrund för organisationen Vård- och omsorg finns formulerade i en verksamhetsplan, gällande t.o.m år 2011, antagen av Vård- och omsorgsnämnden (Verksamhetsplan, 090325).

Vård- och omsorgsnämndens politiker poängterar den sociala inriktningen. I deras mål och strategier finns punkten *Grundläggande värderingar*, där nämndens representanter talar om god etik, gott bemötande och ett empatiskt förhållningssätt med individens bästa i centrum. De anger även konkret de psykosocialt inriktade arbetsmetoderna och att de önskar se dessa arbetssätt inom samtliga av förvaltningens områden, inte bara på Äldreboende.

Område Äldreboende går i samma verksamhetsplan ut med tydliga mål kring att man ska ha ett förhållningssätt och arbetsmetoder som ska stärka de boendes känsla av gemenskap och meningsfullhet. Metodernas syfte anges vara att ge personalen arbetsredskap så att de kan stödja de boende för att livet på äldreboende ska ha en social inriktning.

### Organisationsschema:

## Vård- och omsorgsförvaltningen

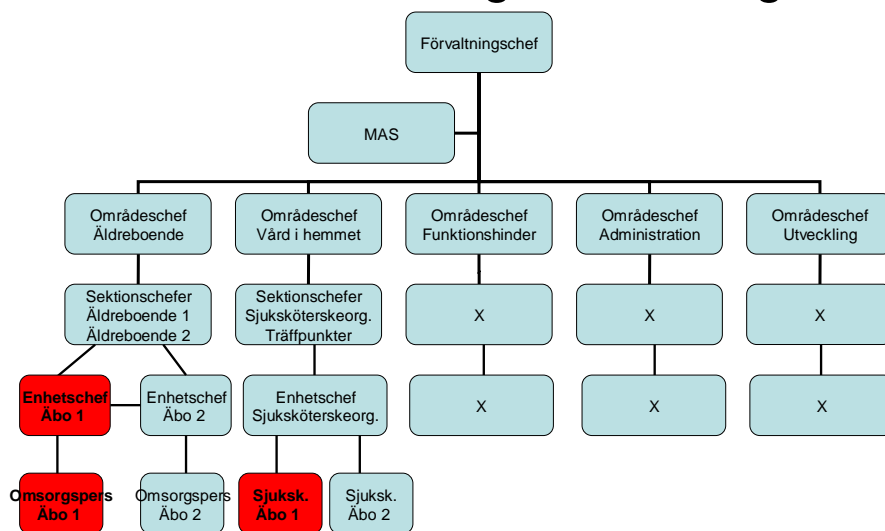


Fig. 1. Organisationsschema. Organisatorisk tillhörighet/placering för enhetschefer, sjuksköterskor samt omsorgspersonal är rödmarkerad. Vissa benämningar i figuren är fingerade.

### Enhetschefer och omsorgspersonal i organisationen

Under område Äldreboende i kommunen ligger ett flertal äldreboenden. Boendena är i sin tur indelade i sektioner, med en sektions/verksamhetschef per sektion.

Enhetscheferna på kommunens boenden arbetar alltså under dessa sektionschefer som i sin tur är underordnade en områdeschef/äldreomsorgschef.

Omsorgspersonalen svarar till enhetschefen som har verksamhetsansvar och ansvar för personalledning.

Samtliga tre äldreboenden som intervjuats inom kommunen har en organisationsuppbyggnad och ansvarsfördelning som fungerar och ser ut på liknande sätt.

Mål och gemensamma värderingar inom område Äldreboende är att omsorg och vård skall utformas utifrån en helhetssyn där insatsen präglas av kontinuitet, inflytande, självbestämmande och delaktighet samt att stöd till enskilda skall kännetecknas av god etik och ett värdigt bemötande. Stor fokus ligger på social omsorg med erbjudande som exempelvis aktiviteter och upplevelser på individuell nivå och/eller i grupp. När det gäller målen inom område Äldreboende talar man om att ledarna, dvs enhetscheferna, skall verka för att de sociala metoderna lever i det dagliga arbetet. De fyra arbetsmetoder som används inom kommunen utgår samtliga ifrån de boendes välbefinnande och att de ska ha en känsla av sammanhang i tillvaron. Målen och värderingarna är formulerade i verksamhetsplanen (Verksamhetsplan, 090325).

### **Sjuksköterskor i organisationen**

Under ett annat område ligger Sjuksköterskeorganisationen, som sjuksköterskorna på äldreboende tillhör. De arbetar underställt områdeschefen för sitt område, en sektionschef samt enhetschef, som operativt är sjuksköterskornas närmsta chef. Sjuksköterskorna befinner sig därmed rent organisatoriskt på samma nivå som omsorgspersonalen. Sjuksköterskorna på äldreboende, PAS, arbetar ute på kommunens äldreboenden, ej i direkt geografisk närhet till vare sig närmsta chef eller övriga chefer. Sjuksköterskorna arbetar underordnat medicinskt ansvarig sjuksköterskas direktiv som återges i riktlinjer för hälso- och sjukvårdsinsatser. Det senaste året har stort fokus legat på att samtliga sjuksköterskor på äldreboenden inom kommunen ska arbeta så likartat som möjligt, utefter samma riktlinjer och med gemensamma rutiner. Neddragningar pågår inom deras område och uppdraget har stramats åt och förtydligats, ska innehålla endast HSL-insatser i form av rutinuppdrag samt akuta insatser.

Mål inom område Vård i hemmet är, som exempel, att läkemedelsavvikelser ska minska och merparten av alla nyinsatta läkemedel skall följas upp.

## **2.3 Lagstiftning**

### **Hälso- och sjukvårdslagen – HSL 2 §**

HSL är en skyldighetslag och ramlag som trädde i kraft 1982. Den anger vad kommun, landsting eller annan vårdgivare är skyldiga att erbjuda vårdtagaren.

**2 §** *”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.*

*Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142)”* (Regeringskansliets rättsdatabaser, 1982).

### **Socialtjänstlagen – SoL 1 kap 1§**

SoL är en rättighetslag och ramlag som trädde i kraft 1982. I 1 kap 1 §, den s.k ”portalparagrafen” beskrivs socialtjänstens mål och de rättigheter befolkningen har.

**1 §** *”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas*

- ekonomiska och sociala trygghet,*
- jämlikhet i levnadsvillkor,*
- aktiva deltagande i samhällslivet.*

*Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet”* (Regeringskansliets rättsdatabaser, 2001).

Det finns även ett särskilt avsnitt som reglerar äldres rättigheter som inleds med följande paragraf:

#### **SoL 5 kap 4§**

**4 §** ”Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra” (Regeringskansliets rättsdatabaser, 2001).

#### **Jämförelse av lagrum**

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen anger i stort sett liknande värderingar avseende den äldre människans rätt till självbestämmande, bevarande av sin integritet och att bli bemött med värdighet (Regeringskansliets rättsdatabaser, 1982) (Regeringskansliets rättsdatabaser, 2001).

Idag är en helhetssyn på den äldre viktigt, autonomi och integritet står i fokus. Då Ädelreformen trädde i kraft 1992 var tanken, utöver kommunernas samlade ansvar för hälso- och sjukvården för personer över 65 år, att verksamheten på boenden skulle präglas av mindre medicinskt och mer socialt innehåll. Det medicinska och det sociala synsättet skulle integreras, men med den sociala synen i förgrunden (Riksdagen, 1990/91). Både HSL och SoL talar om denna helhetssyn som grunden för vården och omsorgen (Clevesköld/Lundgren/Thunved, 2008) (Sahlin/Gavelin, 2003). Juridiskt sett är äldreboende ett eget boende med personligt kontrakt och besittningsrätt där de äldre ska få sina omsorgs- och omvårdnadsbehov tillgodosedda och kunna leva ett vardagligt liv (Riksdagen 1990/91).

## **2.4 Ledarskap**

Ledarskap är en mer informell beteckning medan chefskap är en formell. Att vara chef är något man har som yrke eller befattning medan ledarrollen är en mer icke formell uppgift (Wikipedia, 090320\_1).

Enligt organisationsteorin är det ofta så att de som innehar formella ledarpositioner också kontrollerar andra resurser och viktiga sanktionsmedel och blir därmed tongivande i en maktsituation. Men enligt organisationsforskaren Hernes kan det handla om bytesförhållanden, en aktör har makt i form av ett ledarskap om han/hon kontrollerar något som andra är intresserade av (Flaa, Red, 1998). Min användning av begreppet *dubbelt ledarskap* syftar till att visa på att enhetschefer samt sjuksköterskor båda utövar någon form av ledarskap, har ett formellt ansvar för de boendes välbefinnande och arbetsleder omsorgspersonalen. De har inget *delat ledarskap* i form av att vara hierarkiskt likställda, ha samma befogenheter och/eller arbetsuppgifter (Döös/Wilhelmson, 2003).

#### **Formellt ledarskap**

Enhetschefen utövar ett formellt ledarskap i form av att hon/han är lönesättande chef med verksamhets- och ekonomiskt samt arbetsledande ansvar över omsorgspersonalen.

Maktaspekten i det hela är ju att den person/profession omsorgspersonalen lyder under organisatoriskt, den som betalar ut lönen, är ju enhetschefen. Hon/han är den personen som, i princip, skulle ha makten att säga upp personal på grund av att de inte följer sitt lagstadgade uppdrag.

### **Informellt ledarskap**

Sjuksköterskan har inget personalansvar och inget formellt ledarskap i form av ett chefskap. Omsorgspersonalen tar dock direktiv från sjuksköterskan i medicinska frågor och i frågor när det gäller pensionärernas praktiska omvårdnad vid olika åkommor eller kostdirektiv. Om omsorgspersonalen inte följer sjuksköterskans direktiv alternativt missköter delegeringar så kan sköterskan dra in omsorgspersonalens rätt att dela medicin, ge insulin eller liknande. Enhetschefen meddelas för uppföljning.

Detta innebär att sjuksköterskan innehar ett formellt ansvar och därmed någon form av ledarskap.

I Westlund/Larssons Fokus-Rapport ”*Kommunens sjuksköterska*” (2002) talas det om sjuksköterskans olika roller;

1. Konsult – rådgivare åt omsorgspersonalen
2. Pedagog – de instruerar, handleder och delegerar/undervisar och informerar runt delegering.
3. Projektledare – gå in i en situation och styra den under en begränsad tid.

Sjuksköterskan omnämns här även som ”arbetsledare i hälso- och sjukvårdsfrågor”, detta är ett av många sätt att se på sjuksköterskans roll.

## **3. Tidigare forskning**

Min intention var att kartlägga kunskapsläget inom mitt forskningsområde genom att söka efter de viktigaste undersökningarna som behandlat eller tangerat liknande tema som jag valt (föreläsning, 090126, Ronny Tikkanen, Wallenbergssalen). Sökorden var problematiska att formulera i och med att det var viktigt att hitta kopplingar till tidigare uppsatser och övrig forskning. Detsamma gällde området eftersom den forskning som tangerar min snarare sorterar under vårdvetenskap än under socialt arbete. Jag tog hjälp av en bibliotekaries kunnande och erfarenhet för att reda ut olika ord och begrepp samt lära mig sökmotorerna. Därefter formulerade jag begreppen, de samma som nyckelorden i denna uppsats; ledarskap inom äldreomsorgen, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, äldreboende, salutogenes, patogenes, etik samt kommunikation inom organisationer. Dessa ord beskriver min uppsats bäst men har även relevans i sökandet efter tidigare forskning, åtskilliga ord har valts bort längs vägen. Sökningen gjorde jag i rekommenderade databaser, exempelvis Illumina, Gunda och Libris i universitetsbiblioteket på internet (Göteborgs universitet, 090325) men även i Google Scholar.

Det finns många uppsatser och avhandlingar som separat behandlar ledarnas roll i verksamheten, enhetscheferns relation till sköterskor, sköterskor och omsorgspersonals relation till varandra samt omsorgspersonals upplevelse av vård- och omsorgsarbetet. Jag har däremot inte funnit någon som ser till hela triaden och behandlar mitt ämne, olika förhållningssätt i ledarskap kopplat till salutogenes respektive patogenes. Ett flertal studier har gjorts om ledarskapet på äldreboenden, men då främst av det formella, dvs enhetscheferna. Studierna handlar bland annat om ledarnas handlingsutrymme (Karlsson,

2006), vilka kunskaper som behövs som ledare (Törnquist, 2004) samt om förändringar av ledarnas yrkesroll (Wolmesjö, 2005).

Gustafsson & Szebehely talar i sin rapport *”Arbetsvillkor och styrning i äldreomsorgens hierarki- en enkätstudie bland personal och politiker”* (2005) om att kunskap saknas om personalens situation på just äldreboenden och redogör för sina enkätstudier från åtta olika kommuner, som delvis behandlade detta ämne. De har hittat kopplingar mellan att den omsorgspersonal som uppfattar arbetsledningen positivt upplever en mindre psykisk trötthet på arbetet.

I *”Samverkan på särskilt boende”* skriver Lundberg (2008) om hur enhetschefer och sjuksköterskor på äldreboende samarbetar och ser på varandra. Där framgår att man ser främst positivt på samverkan och försöker lösa problem i fast samverkansform på teamträffar samt genom dialog längs vägen.

Målet är att det ska bli så bra som möjligt för den boende utifrån dennes genomförandeplan och respondenterna ansåg att samverkan lett till en bättre helhetssyn, tidsbesparingar, ökad förståelse för varandras professioner och en mer öppen dialog. Någon enhetschef lyfter dock fram att sjuksköterskan inte ska lägga sig i det som inte är hans/hennes arbetsuppgift, det medicinska tillhör sköterskorna och det sociala till cheferna. Sjuksköterskorna lyfter fram att de skulle vilja bli involverade då en boende flyttar in, oavsett medicinsk status. Kunnandet om sjuksköterskans ansvarsområde och arbetsuppgifter är större hos enhetschef än vice versa.

I *”Vem gör vad i omvårdnadsarbetet?”* (Arndorff/Arnrud, 2008) som handlar om undersköterskors och sjuksköterskors syn på deras samarbete framkommer att sköterskorna inte har tid över för patientkontakt, vilket leder till dåligt samvete. Författarna frågar sig om detta ligger i linje med krav på en god hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen där det anges att goda kontakter skall främjas mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Den basala omvårdnaden uppges ingå i sjuksköterskans uppgifter men hinns inte med. Det fanns en ömsesidig respekt för varandras kunnande och samarbetet ansågs över lag fungera bra även om det, främst bland undersköterskorna, lämnade en del över att önska.

Gunilla Fahlström har i *”Ytterst i organisationen”* (1999) tittat bland annat på hur yrkeskategorier inom olika vårdformer inom äldreomsorgen mår och upplever sitt arbete. Omsorgspersonal på äldreboende var det arbete/den kategori som ansåg arbetet vara mest påfrestande men även den kategori där mikro-organisationen, dvs relationen mellan omsorgspersonal och de boende, ansågs betyda mest.

Granström/Hasselbom-Trofast (2007) utreder i sin C-uppsats om biståndsutredningars fokus är salutogent eller patogent och slutsatsen författarna drar är att det är omsorgsmottagarnas svårigheter som främst styr bedömningarna. Förklaringarna anges vara att det främst är svårigheterna som förs fram då handläggaren kontaktas och att det därmed blir fokus på detta, trots handläggarnas uppgifter om att de ska leta efter meningsfullhet och bedöma efter livskvalitet.

De uppsatser och rapporter som behandlar salutogenes inom äldreomsorgen handlar oftast om hur det salutogena synsättet upplevs, används eller skulle kunna användas inom äldreomsorgen men ingenting om eventuella motsättningar mellan det patogena och det salutogena som central del. I övrigt appliceras salutogenes och patogenes separat som teorier/begrepp för att analysera helt andra fenomen än förhållningssätt samt inom andra områden än äldreomsorg.



Detta skulle kunna bero på att området ännu är relativt ”nytt” och att många kommuner just nu arbetar med införandet av ett mer aktivt salutogent synsätt. Det kan även vara så att det inte ses som ett prioriterat och intressant forskningsområde inom socialt arbete.

## 4. Teorier

Jag har valt att använda mig av följande synsätt och teorier: salutogenes/patogenes och kasam, kommunikation inom organisationer, samt teorier om etik (pliktetik och nyttoetik/konsekvensetik) för att jag anser att dessa är tillämpliga i min studie. Jag applicerar de teorier jag anser relevanta beroende på sammanhang för att försöka belysa svar ur olika perspektiv vid analysen (Larsson i Larsson, Red, 2005). Salutogenes och patogenes är valda främst för att analysera ledarskapet. Kasam är ett begrepp som svarar på den salutogena frågeställningen och används i huvudsak för att kunna förstå hur omsorgspersonalen påverkas av budskapen i ledarskapet. Kommunikation inom organisationer är en central teori i arbetet som appliceras på samtliga yrkeskategorier i triaden för att se på vilket sätt de kommunicerar. Etik var det framträdande temat i de sammanhang ledarskapet skilde sig åt i min förförståelse.

### 4.1 Salutogenes och patogenes

Två olika synsätt kan användas för att beskriva hur människors hälsa definieras och tolkas. Det första är det patogena, som beskriver uppkomst och utveckling av sjukdom och därmed blir ett synsätt med primär fokus på ohälsa och sjukdomstillstånd.

Den medicinska vetenskapen är inriktad på förhållandet orsak-verkan, där man tittar på orsaker till ohälsa och sjukdomars uppkomst och hur dessa ska förhindras (Hanson, 2004). Det salutogena synsättet är ett hälsosynsätt där man tittar på vad som gör att vissa individer bevarar sin hälsa trots belastningar och påfrestning. Friskfaktorer står i fokus och synsättet handlar om människan i hennes vardag på hennes villkor, vilket gör det mer komplext (Antonovsky, 1991). I det patogena synsättet ser man till de förändringar som uppstår i kroppens vävnader och organ, de sjukliga processerna är inte statiska utan dynamiska, i ständig förändring. Kliniska symptom motsvaras inte alltid av morfologiska ändringar i organens yttre form och inre struktur. För att rätt kunna tolka de förändringar man ser behövs både kliniska kunskaper och kännedom om patientens sjukdomshistoria (Brehmer-Andersson, 1988).

Det salutogena och det patogena synsättet kan ses som två områden, med hälsofrämjande element respektive sjukdomsframkallande orsaker, som befinner sig i ständig rörelse mellan två poler. Upplevd bra hälsa innebär att det salutogena har övertaget och vice versa. Hanson (2004) talar om hälsokorset där man ser att en individ kan vara bärare av sjukdom men ändå känna god hälsa. Genom en förståelse för individens historia och att se till det individuella uppnås bäst resultat i vård och omsorg enligt Antonovsky (1991).

Ädelreformen, som tidigare nämnts, förde samman Peter Westlund, forskare och f.d lektor vid socialhögskolan i Lund med Arne Sjöberg, specialist i geriatrik samt invärtes medicin. I deras bok ”Antonovsky inte Maslow (2005) resonerar de kring begreppen *omsorg* respektive *vård* som de anser missbrukas både i media, facklitteratur och forskningsrapporter. Att separera orden har stor betydelse enligt författarna, främst för att

omsorgen styrs av socialtjänstlagen och vården av hälso- och sjukvårdslagen. Omsorg står för den sociala delen och vård för den medicinska. En slarvig användning av begreppen kan leda till att den normala åldringsprocessen framstår som sjukdom samt att äldreomsorg skulle vara äldresjukvård. Den normaliseringstanke och det fokus som Ädelreformen skulle ha på det sociala, går därmed förlorad (Westlund/Sjöberg, 2005).

Antonovskys salutogena synsätt innebär ju att man ser människan på ett kontinuum mellan hälsa och ohälsa. Om människan känner meningsfullhet begriplighet och hanterbarhet i sin tillvaro så uppnår hon en känsla av sammanhang. Man kan med andra ord uppleva hälsa trots sjukdom om man ser till individens övriga behov. Maslow antog att människans behov var rangordnade och att de basala, fysiska, skulle tillfredsställas i första hand. De högre behoven så som exempelvis samhörighet med andra människor, uppskattning och självförverkligande ansågs inte lika prioriterade och kunde få stå tillbaka om inte tillfälle gavs till detta. Antonovsky tar utgångspunkt i det som är meningsfullt för den enskilde och anser tvärtom att omsorgen ska utgå från det som Maslow ansåg man kunde vänta med. Dessa anses vara de viktigaste drivkrafterna för att leva. Då personalen på ett boende arbetar efter Maslows modell så står en uppgiftsorienterad praktik, ofta med ett medicinskt fokus, och standardiserade rutiner i centrum medan i Antonovsky ser man till individen, den boende och samarbetsrelationer med denne. Westlund/Sjöberg har funnit att Maslows modell ser de boende som först och främst biologiska varelser och omsorgen reduceras till fysisk överlevnad, vilket fråntar äldreomsorgens personal att berikas av ett arbete med många fler aspekter än så.

I Westlund/Sjöberg (2005) står det att i samband med att en person flyttar från sitt ursprungshem och in på ett boende så sker en omdefinition från omsorg till vård.

Juul Jensen använder orden sjukdomsorienterad respektive situationsorienterad praktik.

Den första är inriktad på att ställa diagnos, sätta in behandling och bota sjukdom medan den senare är orienterad mot symptomlindring och omsorg.

Westlund/Sjöberg (2005) anser att den sjukdomsorienterade praktiken har lite att erbjuda en äldre person med flera sjukdomar. Man måste då istället se till individens hela, sammanhängande situation, dvs flytta fokus till det sociala.

Enligt Westlund/Sjöberg kräver detta en övergång till ett helt igenom salutogent synsätt en omdirigering och ett helt nytt, genomgripande och välgrundat arbets-, tanke- och förhållningssätt. De lyfter även fram att det är på ledningsnivå den salutogena omsorgen måste utformas och därefter klargöras i tydliga värderingar ut till omsorgspersonalen.

Framtidsvisioner, syfte och värderingar måste diskuteras och vara i fokus för att arbeta med organisationens ekonomi, struktur, resurser och mål är långtifrån tillräckligt enligt Westlund/Sjöberg (2005).

Då det gäller forskning visar den att närhet, socialt stöd och sociala nätverk har stor betydelse för människans förmåga att motstå sjukdom och överlevnad, större än exempelvis sunda levnadsvanor.

#### **4.1.2 Kasam**

Kasam står för känsla av sammanhang och är en teori om vilka samband som påverkar människors hälsa. Teorin har prövats inom flera områden exempelvis; socialt arbete, stressforskning och förändringsarbete. Teorin handlar om betydelsen av att se hela människan i sitt sammanhang, att hälsa består av flera dimensioner, sambandet mellan stress och ohälsa samt det salutogena, hälsofrämjande tänkandet (Antonovsky, 1991). Antonovsky ansåg att sjukdomsorienteringen och riskfaktortänkandet var för starkt i

samhället och ville istället för en hälsa–ohälsa klassificering se en gradering mellan de två polerna (Hanson, 2004).

Antonovsky ansåg att det fanns en samling hälsofaktorer som tillsammans utgjorde en resurs hos människan att stå emot och klara av kritiska situationer i livet exempelvis; självkänsla, förmåga att hantera stress, socialt nätverk och engagemang. Gemensamt för faktorerna är att de ger livserfarenheter som i sin tur bidrar till att tillvaron hänger ihop; kognitivt, instrumentellt och känslomässigt (Hanson, 2004).

När Antonovsky analyserade intervjuer där människor upplevt svårigheter i livet, men klarat sig bra, fann han tre centrala teman som blev teorins grundpelare; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1991).

### **Begriplighet**

Komponenten begriplighet, som innebär att kunna bedöma verkligheten och förstå varför saker sker, är en produkt av hur en person uppfattar all information och alla intryck som är någorlunda förståeliga för honom/henne. Att veta hur saker förhåller sig och hur problem angrips är grundläggande för att i förlängningen kunna hantera en påfrestande händelse. Någon som upplever sin verklighet som kaosartad eller inkonsekvent kan troligen inte heller hantera sin situation (Hanson, 2004).

### **Hanterbarhet**

Att känna hanterbarhet i en situation är beroende av en rad olika orsaker. En av dem handlar om hur benägen en person är att kunna och vilja ta sina medmänniskor till hjälp. Det är en fördel att kunna se resurser hos sin omgivning och dessutom vilja be om hjälp. Komponenten hanterbarhet innebär alltså att en person tror sig klara av de händelser han/hon ställs inför, med egna och andras resurser till hjälp. Att ha en god hanterbarhet betyder att en person inte ser sig själv som ett offer för omständigheter utan själv kan ta kontroll och reda ut dessa (Hanson, 2004).

### **Meningsfullhet**

Meningsfullheten är enligt Antonovsky (1991) den viktigaste komponenten för att få en stark kasam. Om individen inte känner någon slags meningsfullhet så blir även hanterbarheten och begripligheten lidande, vikten av att kunna svara på frågan ”varför?” är stor.

Viktor Frankl har undersökt betydelsen av känna en mening med det man gör. Han talar både om att känna meningsfullhet i mindre händelser som sker dagligen och händelser som påverkar under en lång tidsperiod och han nämner religiös tro som ett exempel på detta. Det är graden av meningsfullhet som påverkar hur en person känner inför en händelse, ibland är något lockande och roligt, ibland känns det tungt och svårt att engagera sig i (Hanson, 2004).

## **4.2 Organisationsteori**

Det som i första hand utmärker organisationsteorin som disciplin är att den har ett tvärvetenskapligt angreppssätt. Det finns ingen utsedd organisationsteoretisk metod och teknik, man lånar fritt det som passar från andra områden; begrepp, formuleringar och hypoteser. I detta avsnitt behandlas de delar ur organisationsteorin som jag anser relevant för min studie; kommunikation inom organisationer samt rekrytering och socialisation. Jag är inte ute efter organisationens övergripande funktion utan av dess interna kommunikation

och socialisation samt hantering av information, både på individnivå och på en interorganisatorisk nivå. I min studie ser jag område Äldreboende som en organisation och område Vård i hemmet som en annan, dock inom samma organisatoriska förvaltning.

#### 4.2.1 Kommunikation inom organisation

När det gäller kommunikationsprocessen inom organisationer så ses den ofta som en sammanbindning av de aktiviteter som pågår inom organisationen.

Ur ett beslutsteoretiskt perspektiv är organisationer system som bearbetar information.

Information ligger alltså till grund för alla beslut och att studera informationsöverföringen i organisationen blir därmed centralt i organisationsteorin.

Informationen är budskapet, dvs det som överförs och kommunikation är processen som används för att kunna göra överföringen.

Kommunikation är livsnödvändig för en organisation, struktur och förmåga hos kommunikationskanalerna avgör hur informationen fördelas.

En person måste först förfoga över tillräckligt med information för att kunna fatta ett bra och relevant beslut (Flaa, Red, 1998).

Då organisationer bemannas av människor beror otydlig eller bristande information oftast på hur symboler och budskap förmedlas mellan oss.

Kommunikationsprocessen kan vara ganska komplicerad. En enkel process består av två personer, en avsändare av budskap och en mottagare. Avsändaren har ett budskap som han vill förmedla till mottagaren och måste därför uttrycka sig så tydligt som möjligt i tal, skrift eller på annat sätt. Övergången från ursprunglig mening till formulering kallas *encoding*, steget efter sker själva förmedlingen av budskapet till mottagaren, som kallas *överföring*. Slutligen ska mottagaren tolka budskapet och lägger då in en mening i signalerna, vilket kallas *dekoding*. Hela processen sammantaget kallas för *förmedling*.

Kommunikationsprocessens steg är alltså:

- 1) *det som avsändaren vill uttrycka*
- 2) *det som avsändaren faktiskt uttrycker*
- 3) *de signaler som når mottagaren*
- 4) *den mening som mottagaren lägger i signalerna*

(Flaa, Red, 1998)

Vi människor kommunicerar på två plan; uppgiftsplanet och känslplanet. Förutom saklig information överförs våra behov, värderingar, inställning och förväntningar.

Avsändaren och mottagarens mål, gruppregler och kulturella normer speglas i processen och gör att den innehåller mer än bara objektiv och saklig information.

Harold Wilensky påpekar i Flaa, Red (1998) att fyra förhållanden inverkar på kommunikationens betydelse:

- *Graden av konflikt och/eller samarbete med enheter i omgivningen*
- *I vilken grad människorna i organisationen är beroende av intern enighet*
- *Graden av standarder och rutiner gällande arbetsuppgifterna*
- *Graden av olikhet bland dem som ingår i organisationen*

Informationsbehovet ökar därmed när omgivningen blir mer komplex samt även med organisationens storlek och specialiseringsgrad (Flaa, Red, 1998).

Det finns tre typer av kommunikation som är relevanta att nämna i samband med min studie; vertikal, horisontell och informell.

Den vertikala är den viktigaste typen av kommunikation i ett hierarkiskt system. Nedåtgående information kan vara order, instruktioner samt riktlinjer medan uppåtgående oftast är rapporter, synpunkter och åsikter.

Informationen kan delas in i uppgiftsorienterad kontra organisationsorienterad information. Den första omfattar den information en anställd behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Den andra gäller omfattar mer generell information utöver relevansen till utförandet av arbetet, tex information om organisationens mål, resurser och utveckling.

Båda är såklart viktiga och även tätt sammankopplade. Att känna till organisationens ramar och mål är viktigt för att man ska förstå samt utföra de egna arbetsuppgifterna på rätt sätt. Denna typ av information gör att den anställde kan koppla de egna uppgifterna till verksamheten och ställa dem i relation till andra uppgifter inom organisationen. Men vid otillräcklig information gällande de egna arbetsuppgifterna brister förståelsen för sambandet mellan dessa och organisationens struktur och mål.

Idag satsas det medvetet på organisationsorienterad information inom både privat och offentlig sektor för att de anställda skall kunna identifiera sig med just organisationens mål (Flaa, Red, 1998).

Den horisontella kommunikationen är viktig men ofta undervärderad inom organisationer. Den utspelar sig inom en grupp, ett arbetslag, en avdelning men även mellan avdelningar, organisationer eller funktioner.

Organisationsstrukturen styr i vilken utsträckning den horisontella kommunikationen äger rum. I exempelvis en projektorganisation är denna typ av kommunikation erkänd och även nödvändig för att systemet ska vara funktionellt. I en hierarkisk organisation utan formell horisontell dialog kommunicerar man ofta med sidleden via ett överordnat led.

Organisationsstrukturen bidrar i hög grad till att bestämma hur kommunikationsprocessen ser ut (Flaa, Red, 1998).

Informell kommunikation är en oplanerad informationsöverföring som sker utanför de förbestämde leden. Denna kommunikation kan ske mellan vilka led som helst och äger rum för att de fastlagda leden inte kan täcka in all information man som anställd behöver samt för att täcka ett socialt behov. Kontakten mellan människor påverkar oftast organisationens effektivitet på ett positivt sätt, men informell kommunikation kan även vara en störning genom feltolkningar och spridning av felaktiga budskap (Flaa, Red, 1998).

Att vi människor uttalar, och i andra änden tolkar, budskap på olika sätt tillhör sakens natur med våra skilda bakgrunder. En ökad specialisering i samhället har lett till att olika utbildning har blivit den största klyftan. Olika professioner utvecklar olika begreppsapparater och kan få svårt att kommunicera både med andra professioner samt icke-professionella. Dels används begrepp som andra inte förstår men dels lägger man olika innebörder i begrepp (Flaa, Red, 1998).

En organisations storlek spelar såklart roll för hur snabbt information färdas i systemet. Utöver det tar generellt sett kommunikationen längre tid i en vertikal organisation medan konfliktlösning och koordinering tar längre tid i en horisontell.

Peter Blau och Richard Scott (i Flaa, Red, 1998) menar att nivåskillnader i sig är kommunikationshinder. Studier har visat att man har lättare att kommunicera med sin egen nivå.

Information ovanifrån måste filtreras och specificeras så att den blir tydlig och klar, men häri ligger det två problem. Det första är svårigheten i att veta vad som är viktigt för andra att veta, det andra är att man inte gärna släpper igenom information som är ofördelaktig eller problematisk för en själv. Information nedifrån tunnans ibland ut på vägen och endast slutsatserna når ledningen, vilket kan ge en falsk realitet.

Stress och brist på tid kan sätta käppar i hjulet och medverka till störningar i kommunikationsprocessen. De anställda som upplever sin arbetssituation som stressig avstår ofta från informationsförmedling och utgör därmed ett hot mot hela kommunikationssystemet i organisationen (Flaa, Red, 1998).

Medlemmar i en organisation ingår i ett socialt system, där man måste känna till professionsrollerna och veta vilka regler som är knutna till dem. I en organisation där socialisationen av medlemmarna är välfunnen minskas felkällor med förvrängda och tvetydiga budskap samt att en tillit finns från mottagarens sida att informationen blivit filtrerad och specificerad (Flaa, Red, 1998).

#### **4.2.2 Rekrytering och socialisation**

Organisationer utformas genom de människor som lever och verkar i dem samt förhållandet dessa emellan.

De är främst sociala eller sociotekniska system och det är därför intressant att ta reda på vilka tankar som finns kring rekrytering samt hur medlemmar socialiseras in i organisationen.

Ett socialt system består av en uppsättning roller där man måste känna till förväntningar kopplade till dessa. Socialisation betecknar den process på vilket sätt normer, värderingar och kultur överförs till medlemmarna, som en slags uppfostringsprocedur (Flaa, Red, 1998). Vi socialiseras in i samhället redan från barnsben och processen pågår i familjer, på skolor och andra ställen. Denna socialisering är den grund vi står på när vi sedan blir medlemmar i en organisation av ett eller annat slag, så som en arbetsplats.

Organisationer ställer ofta krav på speciella kunskaper eller värdebakgrund vid anställning eller så sker denna socialisation inom företaget, därmed har många organisationer en medveten rekryterings- och socialisationspolitik i linje med organisationens ideologi. Tekniska eller yrkesmässiga kvalifikationer är nog så viktiga men många organisationer lägger stor vikt vid attityder och värderingar och är därmed intresserade av medlemmarnas livssyn. Socialisation behöver inte vara planerad, ofta genom att vistas och delta i en organisation så anammar man deras tankeätt.

När det gäller utbildning, socialisationen till ett yrke, så överensstämmer inte alltid en utbildning med en organisations behov, då händer det att organisationer försöker påverka de institutioner som levererar kandidaterna. Blau och Scott (i Flaa, Red, 1998) visar även på att en utbildnings längd spelar roll för identifikationen, ju längre utbildning ju starkare tenderar man att identifiera sig med sin profession istället för organisationen.

Utbildningar kan skapa värderingar och uppfattningar bland dem som vistas i utbildningsmiljön, för genom utbildning tillägnar man sig inte bara faktisk kunskap utan även värdemässiga och ideologiska rättesnören.

En överföring av en organisations värderingar och verklighetsmodell till dess medlemmar kan vara mer eller mindre framgångsrik. Vissa medlemmar är så lojala att de sätter organisationens värden framför sina egna vid beslutsfattande, en fördel för organisationen men även osäkerhet. Vad händer då gränsen för lojaliteten är nådd?

Andra medlemmar gör organisationens värden till sina egna, oftast bra för omvärlden, så länge det inte leder till fanatism. Då organisationens mål strider mot professionens uppstår ibland en identitets- och lojalitetskonflikt (Flaa, Red, 1998).

### 4.3 Pliktetik samt nyttoetik

Henriksen/Vetlesen (2001) beskriver moraliska problem som svårigheter kopplade till hur vi faktiskt lever med hänsyn till våra övertygelser och kunskapen om rätt och fel i praktiken. Dessa problem kännetecknas av situationer där vi vet vad som är rätt, men ändå inte handlar i linje med detta. Etiska problem däremot definieras som situationer där vi människor försöker komma fram till hur vi ska handla eller varför det är rätt att handla på ett visst sätt. Dessa problem kännetecknas av att vi oftast inte har någon självklar lösning. Både pliktetik och nyttoetiken tillhör området *etik*, denna etik undersöker vilken moral som är den mest välgrundade och anvisar människan till rätt handling (Nationalencyklopedin, 090820\_1c). Etisk analys tillämpar två olika huvudperspektiv - plikt och nytta. De som använder sig av pliktetik betraktar syftet med världen som en medmänsklig skyldighet, där det ligger ett egenvärde i att följa etiska principer. När det gäller nyttoetiken betonas i stället återverkningarna av våra handlingar, att de väntade konsekvenserna av våra val ska leda till rätt beslut. Nytttoetikens utgångspunkt är att så många människor som möjligt ska uppnå största möjliga tillfredsställelse. Tre välkända medicinetiska principer har utöver detta kommit att dominera, godhetsprincipen (att hjälpa och inte skada), autonomiprincipen (att respektera individens rätt att fatta egna beslut) och rättvisepincipen (att behandla likartade fall på likartat sätt samt att fördela resurserna rättvist). Inom pliktetiken kan dessa principer betraktas som regler som vi är skyldiga att följa, medan nyttoetiken ser dem mer som målsättningar (Henriksen/Vetlesen, 2001).

#### 4.3.1 Pliktetik

Människor förhåller sig konstant till plikter, så som exempelvis att betala skatt på våra inkomster. En plikt är någon form av handling som andra eller vi själva kräver av oss och har enligt Henriksen/Vetlesen (2001) ofta tre kännetecken; den är något absolut som gäller konstant, den kan oftast formuleras i en norm eller regel samt att den ska hjälpa oss med "det rätta" att göra i en specifik situation, inte nödvändigtvis samma som det vi uppfattar som "det goda". Denna princip kallas för *göra-rätt-principen*. Om en plikt står mot en annan så måste det avgöras vad som är ens viktigaste plikt. Immanuel Kant var en pliktetiker som ansåg att en situation alltid måste ses i ett större perspektiv. En situation och utfallet av den kan och skall inte styra människans handlande utan man ska se till om den regel som man handlar utifrån är en regel som kan användas i samtliga liknande situationer (Henriksen/Vetlesen, 2001). Kants kategoriska imperativ, det rena praktiska förnuftets grundlag innebär man ska handla så att maximen för ens vilja alltid samtidigt kan gälla som princip för en allmän lag (Kant, 1997). Kant menar att bakom alla våra handlingar finns en motivation som handlingarna kommer ur och att denna motivation kan formuleras i en maxim, en handlingsregel. En moralisk handling består av tre element, motivationen, handlingsregeln och den konkreta handlingen. För Kant spelar konsekvensen ingen roll för en handling moraliska kvalitet. Den kan ändå inte överblickas och därmed ska vi inte behöva stå till svars för den. Det vi däremot kan stå till svars för är alltså att våra handlingar är moraliska och att vi handlar utifrån dem. Kant vill säkra en moral som är allmän och giltig oavsett omständigheter. Genom att testa våra handlingar utefter det kategoriska imperativet så kommer vi fram till om våra handlingsregler är sådana att alla kan följa dem och det blir därmed ett slags filter för vad som är acceptabla maximer, dvs motivationer, för våra handlingar. Man kan säga att imperativet hjälper oss människor att finna moraliska handlingsregler som är både universella och oberoende av situation. Reglerna gäller för alla och kan ses som en version av regeln: "Allt vad ni vill, att människorna skall göra er, det

*skall ni också göra dem*” (Matt. 7:12, Bibel 1985). Detta måste kunna användas på alla regler, annars skapas en självmotsägelse. Vi måste vara konsistenta då vi upphöjt en handlingsregel till universell och inte samtidigt göra undantag för oss själva. Om detta kopplas till ett yrkesmässigt sammanhang så måste man som professionell kunna stå för sina handlingsregler. Dessa regler/motivationer bidrar till att göra en person ansvarig så det säkraste för att göra ett bra jobb borde då vara att handla som ens kollegor skulle gjort, utifrån handlingsregler som man delar med andra i sitt yrke. Etiken säkrar rättvisa för att alla människor likställs, vilket hänger samman med Kants människosyn. Människan är en förnuftig varelse och handlar utifrån principer hon själv kommit fram till. Detta i sin tur skapar handlingsfrihet och autonomi och är det som ger människan hennes människovärde, enligt Kant (Henriksen/Vetlesen, 2001).

### 4.3.2 Nyttoetik

Nyttoetik har sin grund i utilitarismen, som är en konsekvensetisk teori. Människans liv styrs ofta av en önskan om att få det bättre på något sätt. Vi handlar utefter det alternativ som kan försätta oss i en bättre situation och denna etik handlar om att få fram hur dylika syften avgör våra handlingsval. Nyttan eller följden av våra handlingar är det som ska avgöra vilket beslut vi tar när vi står inför ett val. Man är helt enkelt intresserad av den nyttigaste följden, vilket också blir den bästa (Henriksen/Vetlesen, 2001). En handling är alltså rätt och också obligatorisk endast om det inte finns något alternativ till den som skulle ge upphov till än bättre konsekvenser. Motivationen för handlingen ligger i den förväntade konsekvensen (Tännsjö, 2000). Jeremy Bentham, en utilitaristisk teoretiker menade att människan i alla sina handlingar strävar efter maximerad lust och minimerat lidande. Den utilitaristiska principen kallas också *göra-gott-principen*. Genom att göra gott gynnar vi det som är mest lustbefrämjande eller, beroende på situation, minst olustbefrämjande. John Stuart Mill, en annan teoretiker, utvecklade teorin med tillägget att största möjliga nytta ska sökas för samtliga inblandade parter med samtliga konsekvenser i beaktande. Detta för att undvika en själviskt tänkande i att sträva efter lust och nytta, vilket alltså kan innebära att det som är bäst för den andra parten/de andra parterna är en förlust för en själv (Henriksen/Vetlesen, 2001).

### 4.3.3 Etiska principer – jämförelse

En del menar på att plikt- och nyttoetik kan tillämpas parallellt och att det inte spelar så stor roll vilket perspektiv som används, människan kommer ändå fram till rätt val. Andra anser att synsätten kan stå i konflikt med varandra. Ett exempel är när nyttoetikern anser att den enskildes önskemål måste stå tillbaka för det primära målet att maximera tillfredsställelsen för så många som möjligt, medan pliktetikern hävdar att individens självbestämmande ska gå före gruppens eller samhällets behov (Henriksen/Vetlesen, 2001).

Enligt Kant kan en verklig moralisk plikt endast ha ursprung i oss själva och vår egen moral. Men om vi uppfattar plikten som något andra tvingar på oss, arbetsgivaren, staten eller annan instans, så är handlingarna inte genuina. Pliktetiken saknar tydliga direktiv i en plikt-kollision, i vilken ordning ska plikterna prioriteras? (Henriksen/Vetlesen, 2001). Nyttoetiken saknar den grund som Kants kategoriska imperativ gav, att se människan som ett ändamål i sig, inte bara som ett medel. Nyttoetiken har problem med att motivera att inte enskilda människor får lida för majoritetens bästa (Henriksen/Vetlesen, 2001).



## 5. Metod

Vid liknande frågeställningar som mina, där upplevelser ska sorteras och analyseras, används primärt en kvalitativ metodstrategi (Kvale, 1997), vilket jag också valde att göra. Jag har genomfört individuella kvalitativa djupintervjuer för att få information om omsorgspersonalens attityder, tankar, känslor och kunskap. Min ansats är abduktiv, dvs en kombination av den deduktiva kunskapsvägen med utgångspunkt i mina förvalda teorier och den induktiva, med utgångspunkt i empirin för att ha möjlighet att låta den tala för sig själv (Larsson i Larsson, Red, 2005). Jag ser min undersökning som ett sätt att vetenskapligt och intersubjektivt pröva mina tolkningar och förförståelse samt verifiera alternativt falsifiera, dvs förkasta, desamma (Thomassen, 2007). Inför varje intervju gjorde jag en kort sammanhangsmarkering av bland annat vem personen var, yrkestitel samt organisationstillhörighet för att placera respondenten i rätt kontext inför intervjun. Jag använde mig av semistrukturerade intervjuformulär där jag ställde specifika frågor, men i öppen form. Detta gav utrymme för dialog och ytterligare frågeställningar som resulterade i ett större underlag att bearbeta i analysen.

### 5.1 Urval

Jag valde att genomföra kvalitativa intervjuer på tre olika äldreboenden i en kommun i Västra Götaland där en sjuksköterska, en enhetschef samt två personer ur omsorgspersonalen intervjuats på varje boende, dvs totalt tolv intervjuer. Samtliga arbetade dagtid. I och med att min första frågeställning berörde enhetschef och sjuksköterska, den andra frågeställningen berörde samtliga samt att den tredje frågeställningen gällde omsorgspersonalen så var det nödvändigt att intervju samtliga yrkeskategorier. Sett ur det tidsperspektiv som fanns så ansåg jag att tolv intervjuer var ett minimum för att skapa mig en uppfattning om fenomenet, eftersom intervjuerna skulle genomföras med tre olika yrkeskategorier, men var även maximalt vad jag skulle hinna med. På det första boendet valdes enhetschef, de två respondenterna ur omsorgspersonalen samt sjuksköterska ut av mig, relativt slumpartat tills jag hittat två som var intresserade av att delta. På det andra boendet valdes enbart enhetschef ut av mig. Denne tillfrågade i sin tur en av sjuksköterskorna på det aktuella boendet samt lämnade informationslappen till sin omsorgspersonal och bad de som var intresserade av att delta att återkoppla till chefen. På det tredje boendet tillfrågades även här enhetschef av mig. Denne i sin tur tillfrågade sjuksköterska samt två ur sin omsorgspersonal och redogjorde för mig varför just dessa två tillfrågats. Mitt urval löpte relativt komplikationsfritt, av enhetschefer och sköterskor tackade samtliga tillfrågade ”ja” och bland omsorgspersonalen frågade alltså jag eller enhetschef tills vi fick fram intressenter till att delta i undersökningen. Jag kommer att längre fram i avsnitten om reliabilitet och validitet resonera kring urvalet och dess fördelar samt nackdelar.

Anledningen till valet av just dessa äldreboenden är att jag lättare trodde mig kunna hitta respondenter genom redan befintliga kontakter, men även att följande kriterier skulle vara uppfyllda: enhetschefen skulle sitta på plats på äldreboendet, alltså vara verksamhetsnära rent geografiskt för kontinuitet i arbetet. Det skulle även finnas en eller flera sjuksköterskor med sin arbetsplats ute på de aktuella boendena för större chans till daglig kontakt med omsorgspersonalen/medarbetarna.

I och med att jag valt ut målgruppen, i form av en specifik yrkeskategori på en speciell typ av arbetsplats, kan detta definieras som ett strategiskt urval (Billinger i Larsson, Red, 2005) och har gjorts för att jag ville få ett så stort kvalitativt informationsinnehåll som möjligt, i intervjuerna.

I citaten i resultat- och analysdelen har respondenterna tilldelats fiktiva namn för att ge liv åt berättelserna. Respondenternas svar har blandats, dvs ingen röd tråd finns i att följa. Detta är kopplat till avidentifieringen samt att i min analys som följer har jag inget egentligt behov av att se till individen utan snarare mönster inom yrkeskategorin.

## **5.2 Datainsamling/Genomförande**

Jag utarbetade tre intervjuguider (se Bilaga 9.2, 9.3 samt 9.4), en för varje yrkeskategori och konstruerade sedan 12-14 frågor. Valet med tre separata guider berodde delvis på att jag hade olika avsikter med frågorna. Genom frågorna jag ställde till *enhetschefer* samt *sköterskor* ville jag ta reda på hur deras respektive ledarskap utövades och om det kunde uppfattas som dubbelt. Genom frågorna jag ställde till *omsorgspersonalen* ville jag ta reda på hur budskapen påverkade deras arbete och hur de förhöll sig till detta? Intervjuguiderna utformades utefter frågeställningarna men var inte indelade i teman. Detta för att jag ansåg det svårt att i förväg ha ett exakt fokus i temaform på vad det var jag ville veta. Jag ville inte att det vid detta deduktiva sätt att intervjuplanera skulle komma fram resultat som jag inte kunde använda på grund av att jag inte kunnat förutsäga dem. Empirin har tematiserats i efterhand för att lättare kunna analysera materialet efter följande teman;

### **Enhetschefer samt sjuksköterskor**

Temaområden

#### **Uppdraget**

Uppdragets innehåll, Uppdraget mot omsorgspersonalen, Uppdragets tydlighet samt Rollens tydlighet (endast sjuksköterskor)

#### **Den professionella relationen till enhetschef respektive sjuksköterska**

Relation och samarbete och Skilda uppdragsgivare samt profession

#### **Arbetets utförande**

Förutsättningar samt Stöd av chef

#### **Etik**

Etiska diskussioner med enhetschef respektive sjuksköterska samt Etiska diskussioner med omsorgspersonal

#### **Värderingar och förhållningssätt**

Uppfattning samt Möjligheter respektive hinder

#### **Ansvar**

Beroenden, Bestämmande av innehåll samt Fördelning av situationsansvar

### **Omsorgspersonal**

Temaområden

#### **Uppdraget**

Uppdragets innehåll, Det viktigaste i uppdraget samt Uppdragets tydlighet

#### **Arbetets utförande**

Förutsättningar

#### **Stöd i rollen**

Stöd av chef samt Stöd av sjuksköterska

## **Etik**

Etiska diskussioner med enhetschef samt Etiska diskussioner med sjuksköterska

## **Värderingar och förhållningssätt**

Uppfattning

## **Ansvar**

Beroenden, Olika uppfattningar, Bestämmande av innehåll samt Fördelning av situationsansvar

Vissa frågor i guiderna har haft som syfte att forma ett sammanhang, få mig att förstå vad respektive yrkeskategori gör i sitt arbete och hur de ser på detsamma. De frågorna har egentligen inte så stor bäring för svaret på mina frågeställningar men för mig i att få en bredare och tydligare bild av området.

Intervjutillfällena inbokades under en veckas tid och intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplatser. Detta på grund av tidsåtgång kopplat till ekonomiska aspekter för äldreomsorgsverksamheten samt ur ett trygghetsperspektiv. Jag begärde att varje respondent skulle intervjuas avskilt, utan larmansvar eller andra störande moment, och om möjligt gärna på en relativt neutral plats, vilket blev konferensrum samt olika personalrum som inte nyttjades för tillfället. Detta för att respondenten skulle känna sig mer avslappnad och att undersökningen skulle stå i fokus just då, inte dagens planerade arbetsuppgifter.

Jag gick tillsammans med respondenten igenom mitt informationsblad med uppgifter om vem jag var, mina etiska principer, syftet med intervjun samt hur jag tänkte genomföra den. Respondenten blev tillfrågad om hon/han kunde tänka sig att bli inspelad med hjälp av diktafon eller inte. Efter detta inledde jag intervjun med en sammanhangsmarkering där jag frågade kort om utbildning, hur länge respondenten arbetat på boendet respektive inom området totalt, var i organisationen hon/han befann sig samt om geografisk närhet till överordnade.

Jag räknade med att varje intervju skulle ta ca 1 timma, detta visade sig stämma bra på intervjuerna med omsorgspersonalen men intervjuerna med både enhetschefer och sköterskorna tenderade att bli längre, upp emot 1½ timma per intervju.

Jag redogjorde inte för min förförståelse för vare sig omsorgspersonal, sjuksköterska eller enhetschefen, inför intervjuerna. Oetiskt kan tyckas men jag ville i möjligaste mån undvika att mina resultat påverkades av olika kringfaktorer, som i sin tur skulle kunna göra resultatet mindre tillförlitligt.

Intervjuerna spelades in på diktafon, i alla fall utom ett, då minnesanteckningar istället togs, detta var respondentens önskan. I åtta av tolv intervjuer användes även en mobiltelefon för inspelning, som en säkerhetsåtgärd. Det är betydelsefullt att använda inspelning för att göra datainsamlingen mer korrekt och kunna ange exakta citat från respondenterna i undersökningen enligt Sam Larsson (i Larsson, Red, 2005).

## **5.3 Bearbetning**

Bearbetningen av materialet inleddes med en ordagrann transkribering av samtliga tolv respondentintervjuer. Därefter valdes relevant intervjudata/empiri, i förhållande till frågeställningarna, ut och tematiserades. Temarubrikerna för enhetschef motsvarar temarubriceringen för sjuksköterska och deras intervjuguider följer varandra i stort (se Bilaga 9.2 samt 9.3). Dessa intervjuer har genomförts för att undersöka om fenomenet med olika förhållningssätt i utövande av ledarskap verkar existera och hur det i så fall ter sig.

Enhetschefernas och sjuksköterskornas redovisas i sammanfattande form och kopplas mot frågeställningarna 1 och 2. Temarubrikerna för omsorgspersonalen, mitt huvudfokus, följer en egen mall på grund av hur frågorna i intervjuguiden (se Bilaga 9.4) är utformade samt att de inte följer kronologisk ordning. De kopplas därefter mot frågeställningarna 1, 2 samt 3. Efter resultatredovisning och analys av omsorgspersonalens svar görs slutligen en sammanfattning av denna yrkeskategori.

I analysen jämför jag respektive yrkesgrupps inbördes utsagor för att se vad som stämmer respektive skiljer dem åt och applicerar teorierna på meningsinnehållet för att kunna tolka resultatet. Teorierna har applicerats i varierande grad beroende på tema och de svarande indelats utefter yrkeskategori. Tillbakakopplingar görs mot mina ursprungliga frågeställningar och min förförståelse för att undersöka om frågorna besvarats samt om förförståelsen har någon substans eller ej.

Vid en analys görs en tolkning av meningsinnehållet som givetvis löper risken att bli felaktigt tolkat av forskaren, dvs mig. Ett sätt att minska denna risk är att skriva ut några partier av inspelningen vid flera upprepade tillfällen för att se om meningsinnehållet är detsamma, dvs kodarreliabilitet (Larsson i Larsson, Red, 2005). Detta har gjorts vid transkriberingen av två intervjuer utan ett förändrat meningsinnehåll. Jag anser dock att det är svårt att komma åt dylika feltolkningar. Jag som forskare uttyder ju troligtvis innehållet på samma sätt andra gången som den första om inte min kunskap utvidgats eller mina tankegångar förändrats inför den andra avlyssningen.

När ett material analyseras bör man undersöka alternativa tolkningar av fenomenet och argumentera för varför en viss förklaring ger en mer rättvis bild än någon annan. En annan sak att tänka på är om alla viktiga data finns med i rapporten. Utskriftsdata måste matcha innehållet i undersökningen, så att inget missats som hade kunnat förändra hela resultatet (Larsson i Larsson, Red, 2005).

I kvalitativ forskning finns allmänna principer, men inga detaljerade metodanvisningar, för hur man som forskare utför en analys. Jag nyttjar ad hoc för att skapa mening då jag analyserar mitt material/empirin. Detta innebär att jag använt olika angreppssätt och tekniker för att finna förbindelser och strukturer utifrån empirin (Kvale, 1997). Jag har applicerat de förvalda teorierna på empirin men även gjort ett försök att granska empirin förutsättningslöst för att hitta olika förklaringsmodeller till vad som sagts.

## **5.4 Forskningsetik**

Det finns fyra forskningsetiska principer inom humanoria och samhällsforskning, riktlinjer angivna av vetenskapsrådet, som är viktiga att följa; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 090325). Detta innebär i korthet att respondenterna ska informeras om undersökningens syfte, deltagarna bestämmer själva över sin medverkan, att privata data som identifierar respondenterna inte kommer att redovisas samt att insamlade data om desamma endast får användas i forskningssyften. En intressant invändning som gjorts mot konfidentialitetskravet är: hur ska resultat kunna kontrolleras av andra forskare om ingen vet vem, var och när? (Kvale, 1997).

Att kunna garantera anonymitet kändes viktigt i min undersökning på grund av att eventuella åsikter om det fenomen jag undersöker skulle kunna tolkas som kritik mot chefer/ledare och/eller den sjukvårdande personal som arbetar på äldreboendet, då omsorgspersonalen står i beroendeställning till båda grupperna. Samtliga chefer visste dock om, på grund av urvalsförfarandet, vilka sköterskor samt vilken omsorgspersonal som deltagit i undersökningen. Anonymitet var därmed något som garanterades utåt, i rapporten,

inom boendet var den redan bruten. På två boenden är både sjuksköterska och omsorgspersonal tillfrågade av chef. På det boende jag själv valt ut respondenterna så bröt personalen själva anonymiteten. Då det gäller omsorgspersonalens medverkan så behöver ju detta förankras hos chef på grund av tidsåtgång, så det blev komplicerat att garantera anonymitet. Det jag uppfattade var dock att inom boendet verkade respondenterna tycka att informationen var säker, det var ut mot andra boenden och organisationer den behövde tryggas. All medverkan i undersökningen skedde på frivillig basis.

Ett annat etiskt dilemma är att de tolv intervjuerna innefattar tre olika yrkeskategorier som i resultatet redovisas var för sig. Igenkänningsfaktorn för specifika uttalanden blir högre då forskaren har ett lägre antal respondenter, speciellt då det är känt vilka som deltar.

Ca en vecka innan intervjuerna fick respondenterna ett informationsblad om undersökningen där jag angivit de etiska principer jag arbetar efter samt hur undersökningen skulle gå till mer precist (se 9.1). Vid intervjutillfället gick vi igenom bladet innan intervjun, som jag tidigare nämnt, för att respondenterna skulle ha en chans att ställa frågor vid behov. Handledaren och jag diskuterade etisk problematik både med uppsats, informationsblad samt i intervjuguiderna och ändrade formuleringar och frågeställningar både i bladet och i guiderna innan intervjuerna genomfördes.

## **5.5 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet**

*Reliabilitet* är förbundet med trovärdigheten i forskningens resultat och innehåll. Jag behöver vara medveten om hur jag påverkar respondenterna i intervjusituationen genom bland annat mina frågeformuleringar. Om hög reliabilitet uppnås anses inte variationer i tid, plats, intervjuare eller dylikt ha stort måttet (Elofsson i Larsson, Red, 2005).

Jag anser att jag haft bra förutsättningar för en relativt hög reliabilitet, respondenterna har samtliga haft den tid som krävts, avlagt sig larmtelefoner och liknande. Jag har vid samtliga tillfällen haft tillgång till helt ostörda rum, så som konferensrum och outnyttjade personalrum som varit relativt neutrala för respondenterna. Det är svårt att säga hur jag som intervjuare påverkat måttet. Jag har gjort mitt bästa för att vara lugn och ödmjuk i situationen och har dessutom med mig ett enormt intresse för området. Jag har varit väldigt noga med att poängtera respondenternas rättigheter samt att de kunde ställa frågor mitt i intervjun om de hade svårigheter att förstå frågeställningarna.

Jag har uppfattat svaren som sanningsenliga och välgrundade.

Enhetscheferna och några ur omsorgspersonalen kände till mig sedan tidigare. Detta gav mig troligtvis en fördel i att få respondenter att ställa upp på min undersökning. Jag uppfattade även att detta gjorde att vissa av de personerna kände sig mer trygga i intervjusituationen medan andra, av samma anledning, kan ha känt sig mer spända. Kanske handlade det om att dessa kände sig än mer utelämnade och sårbara eftersom det rädde en form av maktasymmetri oss emellan. En intervju är inget ömsesidigt samspel eftersom jag, i egenskap av intervjuare, formade situationen och gav ramarna samt styrde stora delar av intervjuförloppet (Kvale, 1997).

*Validitet* är en slags kvalitetskontroll som genomförs under hela den tid kunskapsproduktionen pågår. I kvantitativ forskning talar man om mått medan det i kvalitativ forskning snarare rör sig om i vilken utsträckning en metod undersöker vad den är avsedd att undersöka (Kvale, 1997).

Då det gäller mina intervjuer så är en av tolv intervjuer gjord med hjälp av minnesanteckningar. Jag har anledning att tro att jag därmed kan ha missat något, som

kanske skulle kunna ha varit av substans, som exempelvis en exakt formulering eller ett uttryck av betydelse. Minnesanteckningarna renskrevs först dagen därpå. Vid en annan intervju stängde diktafonen av sig efter ca halva intervjun, vilket inte upptäcktes förrän långt senare och då genomfördes den andra hälften på nytt, via telefon. Även här hade jag minnesanteckningar som stöd att utgå ifrån sedan tidigare men det finns ändå en risk för differens mellan svaren i den första och i den andra, kompletterande intervjun.

När det gällde urvalet så tillfrågades sjuksköterskorna samt omsorgspersonal i princip av enhetscheferna på två av boendena. Det finns såklart risker och brist på validitet förenat med detta så som risk för bias, dvs brist på objektivitet. Maktaspekter som lojalitet med enhetschefen kan spela in och prägla både att man ställer upp samt utformningen av svaren. En annan risk är att chef ”väljer ut” eller ”trycker på” viss personal, s.k positiva ”ja-sägare”, oavsett om det är den egna omsorgspersonalen eller sjuksköterskorna. Det finns även risk att de sköterskor och/eller den omsorgspersonal som tycker att de har mycket information att dela med sig av tackar ja till att delta. Fördelarna skulle kunna vara att de som ställt upp är genuint intresserade och vill få sin uppfattning bekräftad. Enhetschefen vet troligtvis inte vad de svarande har för uppfattning om just fenomenet med olika förhållningssätt i utövande av ledarskap, om inte den diskussionen kommit upp i andra sammanhang, på den gemensamma arbetsplatsen. För mig var det främst geografiska svårigheter och tidsåtgång, i och med att tre boenden deltog i undersökningen, som gjorde att jag överlät till enhetschef att ställa frågan i två av fallen. Ett boende valde att gå ut med en intresseförfrågan till samtlig omsorgspersonal underställd den svarande chefen och ett annat boende frågade två specifika medarbetare med en välgrundad redogörelse till mig om på vilken grund de tillfrågats.

När det gäller intervjufrågornas validitet så lyckades jag ringa in det jag avsåg att undersöka men även så mycket mer. Vid transkriberingen insåg jag att jag hade information för en hel avhandling. Detta dels beroende på att mina avgränsningar kanske varit otillräckliga men även på grund av att respondenterna var oerhört generösa i att dela med sig av sina erfarenheter. Med en större kunnighet och vana hade jag troligen haft förmågan att snäva in området mer och hålla mig till ursprungsfrågorna. En lärdom jag bar med mig från B-uppsatsen och ständaktigt följde, var att inte prata sönder tystnaden och därmed kanske påverka respondenten i en eller annan riktning.

Eftersom jag ville täcka den här triaden av yrkeskategorier kan antalet respondenter upplevas som inadekvat för validiteten; tre enhetschefer, tre sjuksköterskor samt sex ur omsorgspersonalen. Jag anser att dock att tre intervjuer räckte per verifierande yrkeskategori, dvs enhetschefer och sjuksköterskor, då dessa för det första skulle användas främst i korrelerande syfte samt för det andra ansvarar för/samarbetar med en stor grupp omsorgspersonal. Risker kan vara att fenomenet inte framträder just på dessa boenden, även om det existerar. En annan risk är att man kanske påverkar varandra som yrkesverksamma kollegor inom samma kommun och svarar på liknande sätt samt att en viss kultur gällande synen på fenomenet med olika förhållningssätt i utövande av ledarskap kan ha brett ut sig. De sex intervjuer som genomfördes med omsorgspersonal hade troligen utökats till tio om tid funnits, men jag tycker mig ändå se ett mönster i svaren om hur de hanterar fenomenet.

Mina teorier saknar viss bärighet på patogenes, vilket kan leda till en övervikt av resonemang runt salutogenes. Detta följer uppsatsen hela vägen fram till och med analysstadiet och beror på att litteratur om patogenes behandlar främst patologi, dvs läran om sjukdomar och deras diagnostisering. Denna litteratur behandlar inte för- och nackdelar med ett patogent synsätt utan är mer faktabaserade. Troligtvis har inte behovet funnits av vare sig det ena eller andra eftersom den medicinska vetenskapen varit en självklarhet och

en maktfaktor inom medicinen (Nilson/Peterson, 1998). Nutida litteratur om salutogenes däremot tenderar att främst se det positiva med detta synsätt, kanske på grund av dess senare tillkomst och en svårighet att hävda sig som vetenskap.

*Generaliserbarhet* är vanligtvis problematiskt i kvalitativa studier (Kvale, 1997), min är inget undantag. Den uppfyller inte kriterier för statistiskt slumpmässiga urval utan snarare görs ett strategiskt urval i och med att jag valt ut yrkeskategorier på äldreboenden, för att leta efter samt undersöka ett visst fenomen samt upplevelsen av detsamma. Jag tänker ändå att mina resultat kanske kan vara gångbara på situationer som uppvisar liknande förhållanden (Larsson i Larsson, Red, 2005), dvs andra äldreboenden med likadan organisation och liknande förutsättningar som de jag undersökt.

## 6. Resultatredovisning och analys

Jag har valt att lägga resultatredovisning och analys under samma kapitel för överskådlighetens skull i mitt omfattande material. Vilka krav som ställs på en resultatredovisning och analys samt en redogörelse för hur den utförts i praktiken finns beskrivet i metodkapitlet. Min empiri från intervjuer med enhetschefer och sjuksköterskor var både omfattande och intressant. Dessa resultat och analyser redovisas dock endast i sammanfattande form eftersom omsorgspersonalen utgör mitt huvudsakliga fokus. Temaområdet Ansvar med däri ingående; beroenden, bestämmande av innehåll samt fördelning av situationsansvar redovisas mycket kort och har inte setts genom ett teoretiskt raster på grund av brist på applicerbarhet. Jag har försökt att vaska fram det viktigaste med relevans för frågeställningarna.

I intervjuerna refererar sjuksköterskorna oftast till de boende som patienter, på grund av att de, enligt dem själva, går in och gör en sjukvårdande insats. Jag har dock i sammanfattningen genomgående använt ordet *boende* som benämning, för att få ett enhetligt språkbruk.

### 6.1 Enhetschefer och sjuksköterskor

Resultat- och analysammanfattningen redovisas med aspekt på samstämmighet och avvikelser i svar mellan enhetschefer och sjuksköterskor och presenteras enligt beskrivna temaområden i metodkapitlet.

#### 6.1.1 Uppdraget

##### Uppdragets innehåll

I stort råder det en samsyn på vad det egna uppdraget, dvs arbetsbeskrivning och riktlinjer innefattar, både hos enhetschefer och sjuksköterskor. Skillnaden är att enhetscheferna tenderar att svara utifrån de boende och deras hela livssituation medan sjuksköterskorna utgår ifrån sitt egna uppdrag i en uppgiftsorienterad form. Detta skulle kunna bero på att sköterskorna inte sätter sina uppgifter och de boende i ett större sammanhang, så som den helhetssyn kasam förespråkar gör (Antonovsky, 1991) utan fokuserar på sin profession och dess uppgifter.

Men det kan även vara så att på grund av att cheferna inte kan redogöra i detalj för sina arbetsuppgifter så väljer de att utgå ifrån de boende, medan sköterskornas uppdrag är mer detaljstyrkt och tydligt kommunicerat från deras överordnade, i ett vertikalt led, vilket är den viktigaste typen av kommunikation i ett vertikalt system ((Flaa, Red, 1998)

### **Uppdraget mot omsorgspersonalen**

Enhetscheferna talar utifrån ett tydligt ledarperspektiv där de anser att det viktigaste är att ge personalen redskap för att utföra sitt arbete i form av metoder, handledning samt dialog. Sjuksköterskorna talar utifrån hur de anser att omsorgspersonalen bör vara i sitt yrke samt i relationen med sjuksköterskan och de boende. Det innefattar ett bra bemötande och social kompetens gentemot de boende, självständighet i yrket, rådfrågande vid tveksamheter samt kommunikation med sjuksköterskan. De flesta av sjuksköterskorna anser att omsorgspersonalen vänder sig till sköterskorna med uppgifter som inte tillhör deras område. Den gemensamma nämnaren mellan enhetschef och sjuksköterska är kommunikation där organisationsteorin talar om att kommunikation är livsnödvändig för en organisations fortlevnad samt att kontakt mellan människor påverkar organisationens effektivitet på ett positivt sätt, oavsett formell eller informell (Flaa, Red, 1998). Sjuksköterskorna verkar inte tycka att det är helt tydligt för omsorgspersonalen vilka uppgifter de i egenskap av sköterskor kan stå till tjänst med och detta visar tecken på någon form av kommunikationsbrist. Detta står i kontrast till det resultat Arndorff/Arnbo (2008) visar på där sjuksköterskor och undersköterskor är helt överens om varandras arbetsuppgifter och vad som ingår i varandras yrkesroll.

### **Uppdragets tydlighet**

Både enhetschefer och sjuksköterskor uttrycker oklarheter angående uppdraget, endast en sjuksköterska upplever uppdraget klart och tydligt i detalj. Däremot så är de tydliga med vad som är omsorgspersonalens område och inte deras, som basal omvårdnad. Detta till skillnad från Arndorff/Arnbo's studie (2008) där sköterskorna säger sig utföra basal omvårdnad i teorin, men inte hinner med den i praktiken.

Då det gäller enhetscheferna gäller frågetecknen prioriteringar, motsägelser i mandat, diskrepans mellan teori och praktik samt frågetecknen kring begrepp.

Sköterskornas tveksamheter gäller gränsdragning, dels mellan sjuksköterska och omsorgspersonal och dels mellan sjuksköterska och enhetschef.

Samtidigt ovanstående kan härledas till organisationsteorin i den del som rör kommunikation. Avsändaren av uppdrag, dvs ledningen, kan inte veta hur mottagarna tolkat uppdraget vid en *dekoding*. Vi människor lägger även olika innebörder i begrepp som försvårar kommunikation. Information ovanifrån måste specificeras så att den blir tydlig och klar för adressaten. Organisationsteorin talar om att information nedifrån och upp kan tunnans ut på vägen och ge en falsk realitet då de landar hos mottagare (Flaa, Red, 1998). Om frågorna angående uppdragets tydlighet tunnans ut alternativt aldrig ställts så är det svårt för ledningen att reda ut frågetecknen.

### **Rollens tydlighet**

Frågan har endast ställts till sjuksköterskorna, detta för att kunna avgöra om de ser sig som ledare. Samtliga poängterar att de inte har något personalansvar, men de flesta ser sig samtidigt som ledande i vissa situationer inom deras profession. Peters/O'Connor i Emling (2002) definierar en inflytelserik informell ledare som en person andra vänder sig till för råd samt att deras uppfattningar tillmäts stor vikt och att de påverkar människors åsikter i



svåra frågor, vilket verkar stämma in på sköterskornas roll i verksamheten, som jag uppfattar det.

## **6.1.2 Den professionella relationen till enhetschef respektive sjuksköterska**

### **Relation och samarbete**

Då det gäller relationen professionerna emellan så anges den vara bra eller mycket bra. Sköterskorna anger ett öppet diskussionsklimat som en bidragande faktor till en bra relation medan enhetscheferna poängterar att relationen är beroende av förhållningssätt och styrd av vilka sköterskor som innehar yrkesrollen för närvarande.

Två tredjedelar har inget formellt samarbetsforum.

Professionerna ser ungefär samma möjligheter i möten, detta anses bra ur planerings- samt sekretessynpunkt, främjar samarbete och dialog samt att det hinder som båda ser är en uppbundenhet. Samma möjligheter ser de sjuk- och undersköterskor som Lundberg (2008) intervjuat. Det som skiljer svaren åt är att ett par enhetschefer ser hinder i att det sjukvårdande riskerar ta stor plats på möten. En sjuksköterska ser formella möten som positiva men anger som hinder en poängtering ifrån sin ledning att inte sköterskorna ska delta. Orsaken till direktivet tros vara tidsbrist och sjuksköterskans nya mer konsultativa roll.

Även i Lundbergs intervjuer (2008) poängterar någon enhetschef att sjuksköterskan inte ska lägga sig i det som inte är hans/hennes arbetsuppgift, det medicinska tillhör sköterskorna och det sociala till cheferna. Det framgår dock inte varför, om det finns en rädsla att det egna området inte ska prioriteras eller om det handlar om att var och en ska göra det den är bäst på och utbildad till.

Då det gäller enhetschefens syn på sköterskornas förhållningssätt antyds att det finns en förväntan och ett krav från enhetscheferna att sköterskorna ska ha ett salutogent tänkande och se till det som fungerar och skapar hälsa (Antonovsky, 1991) istället för tvärtom. Sjuksköterskan som anger tidsbrist som ett hinder speglar även enhetschefernas syn på sköterskornas tidspress. Bland enhetscheferna verkar man inte heller klar över vad som händer i sköterskeorganisationen. Samtliga chefer pratar svävande om neddragningar men vet inte hur det i praktiken drabbar verksamheten eller omsorgspersonalen och verkar inte ha fått någon djupare information om detta, vare sig från sin egen organisation eller från Hemvård.

Enligt organisationsteorin råder bristande kommunikation i en vertikal organisation samt att stress är en orsak till dålig kommunikation och felkälla. Människor lägger då lite tid på att inhämta information och medlemmarna i verksamheten kan fungera som isolatorer och hota hela systemet (Flaa, Red, 1998).

Av detta skulle man kunna dra slutsatsen att planeringsmöten är en förutsättning för ett bra samarbete och möten skulle kunna leda till en konstruktiv dialog runt de förmodade olika synsätten, som jag ser det.

### **Skilda uppdragsgivare samt profession**

Då det gäller de skilda uppdragsgivarna anger samtliga sköterskor att detta saknar betydelse. De anger att de löser problemet med olika direktiv genom dialog, om detta uppstår. Enhetscheferna anger att rådande organisation i form av stuprör påverkar dem genom att kontrainformation förekommer. De nämner även att skilda uppdragsgivare leder till brister i samarbete samt att de saknar diskussion om det är så att det råder olika synsätt i

organisationen. Då information skall resa från ett rör till ett annat finns risk för tidsspill samt förvrängning av budskap enligt organisationsteorin (Flaa, Red, 1998). Enhetscheferna kanske ser mer problem än sköterskorna just på grund av sin kunskap om organisationen och sin roll men kanske även reflekterar mer runt detta.

Samtliga anser att professionerna fyller sin funktion. Sköterskorna talar om sin roll som insatsinriktat snävare än tidigare och tror att det råder okunskap kring detta.

Enhetscheferna talar om att sjuksköterskans snävare roll gjort desamma mer medicinskt uppgiftsinriktade och att helhetssyn på de boende ibland saknas.

Enligt organisationsteorin består ett socialt system av en uppsättning roller där man måste känna till förväntningar kopplade till rollerna (Flaa, Red, 1998). Om sjuksköterskans roll ändrats i någon form borde detta kommunicerats ut tydligt uppifrån, anser jag.

När det gäller kunskap om varandras professioner så kan enhetscheferna tydligt ange vilka arbetsuppgifter som ingår i sjuksköterskans roll medan sköterskorna inte har samma kunnande om enhetschefens arbetsuppgifter. Exakt samma sak visade sig i Lundbergs uppsats (2008) och kan bero på att enhetscheferna har ett stort område att ansvara för med många diversifierade uppgifter, medan sjuksköterskans uppgifter är mer tydliga och direktkopplade till dennes uppdrag.

### **6.1.3 Arbetets utförande**

#### **Förutsättningar**

Enhetscheferna anger personal med ett socialt synsätt, administrativt stöd, kunskap, inspiration samt tid som förutsättningar för att kunna utföra arbetet på ett bra sätt.

Sköterskorna anger bra kollegor, stöd uppifrån, formellt forum för intern dialog samt tid som främsta förutsättningar.

Enhetscheferna talar utifrån ledarskapet då de anger förutsättningar. Fokus ligger på ett socialt synsätt eftersom detta anses gynna de äldre och går i linje med metodarbetet som kopplas till salutogena och hälsofrämjande faktorer (Antonovsky, 1991). Cheferna anser sig ha relativt stora möjligheter att påverka sina förutsättningar.

Sköterskorna behöver kunna samverka med sina kollegor med hjälp av chef, men anser att förutsättning till dialog med de egna sjuksköterskekollegorna inte finns organisatoriskt. I en hierarkisk organisation utan formaliserad horisontell dialog kommunicerar man via överordnat led för att nå sidorna, dvs sköterskornas kollegor ute i andra verksamheter. Wilensky (i Flaa, Red, 1998) anser att kommunikation är väldigt viktig då människor i en organisation är beroende av intern enighet, som i detta fall sköterskorna och dennes kollegor. De behöver vara eniga om vad deras ansvarsområde består av i samarbetet med enhetschefer och omsorgspersonal. Sköterskorna anser sig ha bra kollegor men saknar både organisatoriskt forum för intern dialog samt tid enligt dem själva.

#### **Stöd av chef**

Då de gäller enhetscheferna så anser de flesta att stöd finns men lutar sig mot sin erfarenhet vilket kan bero på att de socialiserats till en rolltrygghet där man känner sig säker i sin roll och i att ta egna beslut (Flaa, Red, 1998).

Sjuksköterskorna signalerar avsaknad av stöd och dialog, på grund av ej tillsatta chefspositioner och sjukskrivningar, vilket är ödesdigert för en organisation enligt organisationsteorin. Samarbeten begränsas, specialisering och koordinering blir lidande. Kollegor, erfarenhet och tidigare socialisering kan inte kompensera avsaknad av stöd fullt ut (Flaa, Red, 1998). Av detta skulle man kunna dra slutsatsen att inte bara

sjuusköterskorna själva drabbas i sin yrkesroll av det uteblivna stödet utan även hela organisationen eftersom samarbeten med andra, så som äldreomsorgssidan blir lidande.

#### **6.1.4 Etik**

##### **Etiska diskussioner med enhetschef respektive sjuusköterska**

Enhetscheferna trycker på hur viktiga de etiska diskussionerna är och att de borde få större plats. En tredjedel anser att de inte förekommer alls.

Samtliga sköterskor anser att etiska diskussioner förekommer med enhetschef men att det i stort råder samsyn. Etiska dilemman anges av respondenterna uppstå av tidspress och/eller tanklöshet, men uppstår ju egentligen då etiska principer står emot varandra. Enligt pliktetiken skall en persons handling kunna upphöjas till lag för att följas (Kant, 1997). I sitt yrke bör man kunna stå bakom sina etiska handlingsregler som man då förhoppningsvis delar med sina arbetskamrater (Henriksen/Vetlesen, 2001). Det borde finnas risk för olika syn på vad som är ”rätt” eller vad man ska prioritera vid en plikt-kollision. Kanske är det så att sällan förekommande etisk reflektion med egna sköterskekollegor gjort att sköterskorna inte har tid och tillfälle att reflektera eller så ser inte sköterskorna behovet av mer diskussioner då det fungerar bra idag. Det kan även vara så att sköterskorna svarat avseende samsynen i den övergripande människosynen och inte vad det gäller specifika fall.

Ett generellt exempel tas upp; en boende vill absolut inte duscha och motsätter sig detta.

Om man då skulle låta socialtjänstlagens självbestämmande väga tyngst och se till autonomiprincipen så sker handlingen i enlighet med pliktetiken. Att låta den boende bestämma själv kan ses som något absolut som gäller konstant och är något som skulle kunna användas i samtliga liknande situationer (Henriksen/Vetlesen, 2001). Men om vi ser till konsekvensen i detta fall, som blir ett eventuellt sanitärt problem, så skulle nyttoetiken kanske mena att detta inte är rätt väg att gå. Resultatet med att istället övertala eller tvinga till dusch blir en ren boende. Om denna konsekvens är det som anses mest ”nyttofrämjande” och ligger i majoritetens intresse, dvs bäst resultat för flest personer, är det nyttoetiken som får tala. Men då är ju frågan – till nytta för vem? (Henriksen/Vetlesen, 2001).

Ovanstående torde vara ett alldeles utmärkt exempel på att flera situationer inte är självklara och hur viktigt det är med etiska diskussioner och reflektioner.

##### **Etiska diskussioner med omsorgspersonal**

De flesta sköterskor anser att det förekommer samt att det finns utrymme för dialog och att påminna varandra. Samtliga enhetschefer exemplifierar tillfällena, men samtliga ur ledarsynvinkel, med aspekt på vad omsorgspersonalen gör eller inte gör ur en etisk synvinkel. De verkar mer se till omsorgspersonalens brister än till sin egen roll. Ett exempel anges där en ur omsorgspersonalen anser att dennes kollega inte utför sitt arbete på ett etiskt riktigt sätt. Då praktikanter sedan ska handledas tilldelas inte denna person någon att vägleda på grund av detta. Detta leder då till upprördhet hos kollegorna att personen inte tar sin del av arbetsbördan. I nyttoetiken talar man om att konsekvensen av en handling för den enskilde kan bli primär, istället för meningen att konsekvensen ska vara den bästa/till mest nytta för alla inblandade parter (Henriksen/Vetlesen, 2001). Om någon delar min arbetsbörda så blir konsekvensen givetvis att jag själv får det lättare. Rättvisefrågan blir på något sätt överordnad etiken.

Då det gäller etiska diskussioner med omsorgspersonal verkar så gott som alla anse att det förekommer. Skillnaden är att sköterskorna talar om utrymme för dialog på lika villkor

mellan dem och omsorgspersonalen medan enhetscheferna endast ser till omsorgspersonalen, när dessa brister i sitt etiska ansvarstagande och inte sin egen roll.

### **6.1.5 Värderingar och förhållningssätt**

#### **Uppfattning samt möjligheter respektive hinder**

Samtliga respondenter, både sköterskor och enhetschefer talar om det hälsoinriktade och sociala synsätt som råder. Enhetscheferna exemplifierar men det framgår dock inte så tydligt om sköterskorna arbetar utefter det eller bara anger det som en generell och uttalad värdering.

Enhetscheferna ser stora möjligheter i att föra ut det salutogena synsättet till omsorgspersonalen men hinder då det gäller personalens brist på social kompetens, att socialisationen in i detta är/varit otillräcklig. Kanske har man inte lyckats överföra organisationens värderingar i linje med den ideologi som råder. Organisationsteorin talar om att denna process kan vara mer eller mindre framgångsrik, delvis beroende på hur mycket man arbetat med detta (Flaa, Red, 1998).

Sköterskorna ser möjligheter i det salutogena för de boende med aspekt på integritet och självbestämmande men anser att patientsäkerheten kan äventyras då inga HSL-insatser planeras. Även detta framgick i Lundbergs studie (2008) där sjuksköterskorna lyfte fram att de skulle vilja bli involverade då en boende flyttar in, oavsett medicinsk status.

Det kan vara så att det finns en önskan från sköterskornas sida att arbeta komplementärt med det salutogena respektive det medicinska men det kan också vara så att man känner att det saknas plats för de medicinska bitarna i all fokus på ett salutogent synsätt. Antonovsky (1991) anser att synsätten är just komplementära och bör fungera så medan Westlund/Sjöberg (2005) ser en risk i att låta ett patogent synsätt svara för vården, särskilt då den äldre har nedsatt autonomi, vilket verkar vara den uppfattning enhetscheferna bär med sig. Westlund/Sjöberg (2005) anser att den sjukdomsorienterade praktiken har lite att erbjuda en person med kanske flera sjukdomar utan att man då istället måste se till individens hela, sammanhängande situation, dvs lyfta in men även flytta fokus till det sociala.

### **6.1.6 Ansvar**

Under beroenden, bestämmande av innehåll samt fördelning av situationsansvar framträder en bild av en relativt stor samsyn kring vem som bestämmer vad i arbetsinnehållet, enhetschef respektive sjuksköterska. Både enhetschefer och sjuksköterskor verkar väl insatta i uppdelningen av bestämmande, där den största delen ligger på enhetschefen på grund av det verksamhets- och personalansvar vilket följer med deras roll. Samsyn råder även då det gäller ansvarsfrågan mellan enhetschefer och sköterskor samt vilken roll/uppgift man har då det gäller att säkra kvalitén i arbetet samt rapportera incidenter. Här verkar varken råda oklarheter eller konflikter. Båda parter har klart för sig vilket ansvar som följer med deras egen roll, ansvarsfrågan är tydlig.

### **6.1.7 Enhetschefer och sjuksköterskor - sammanfattning**

Respektive uppdrags innehåll verkar klart för samtliga. Enhetscheferna verkar däremot ha en större helhetssyn på verksamheten utifrån de boende, antingen på grund av deras

verksamhetsansvar eller på grund av stort fokus på ett salutogent synsätt med människan i fokus. Enhetscheferna har en tydlig formell ledarroll med personalansvar och ser på omsorgspersonalen utifrån detta medan sjuksköterskan går in med sin expertis och fungerar som en form av inflytelserik informell ledare inom sitt område.

Båda yrkeskategorierna uttrycker oklarheter i det egna uppdraget, medan däremot bestämmande av arbetsinnehåll samt ansvarsfrågan är relativt klart uttalad dem emellan. Relationen anses vara bra trots avsaknad av formella mötesformer hos två tredjedelar av de svarande. Det verkar dock finnas en inre motsättning hos ett par enhetschefer med att se nyttan med (ur samverkanssynpunkt), men ändå inte vilja ha, möten, där de själva deltar. Den mer eller mindre uttalade anledningen tycks vara att det sjukvårdande tar stor plats. Hos ett par av sköterskorna råder samma motsättning men på grund av tidsbrist och påängtering från chefer att inte delta. Någon outtalad kraftmätning mellan det salutogena och det patogena kan skönjas i detta, men det kan vara så att det främst handlar om brist på tid. Detta kan även utläsas då de båda anger att professionerna fyller sin funktion och båda talar om sköterskornas nya mer snäva och insatsinriktade roll, vilket enligt enhetscheferna gjort sköterskorna mer uppgiftsinriktade med mindre helhetssyn på den boende. De olika uppdragsgivarna saknar betydelse för sköterskorna men inte för enhetscheferna. De ser stuprörsformeringen av organisationen som ett problem, att samarbete blir lidande samt att det saknas horisontella diskussioner om förhållnings- och synsätt. Kanske på grund av en större organisationskunskap som kommer av verksamhetsansvaret eller för att de helt enkelt reflekterar i större utsträckning än sköterskorna. De förmodade olika synsätten verkar inte finnas eftersom samtliga respondenter talar om rådande fokus på det salutogena synsättet, om det inte är så att man anger att det finns rent generellt men inte arbetar efter det. Sköterskorna verkar eftersträva ett komplementärt arbetssätt mellan det medicinska och det sociala området medan enhetscheferna arbetar för att ge det sociala stort utrymme. Då det gäller förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete samt stöd av chef verkar enhetscheferna känna kontroll i situationen, ha stöd och litar även mycket till sin egen förmåga. Sjuksköterskorna däremot signalerar avsaknad av stöd och dialog på grund av att chefsresurser inte finns och detta verkar påverka både deras samarbete med de egna sköterskekollegorna och deras arbetsmiljö och de beslut som tas där på ett negativt sätt. Etiska diskussioner anges som viktiga av samtliga enhetschefer. De flesta av dem anser att dessa diskussioner förekommer med sjuksköterska medan samtliga sköterskor anger att det förekommer med enhetschef. Sköterskorna anger att samsyn råder vilket kan bero på att de ser till den övergripande människosynen och inte till specifika fall. Det kan även bero på brist på diskussion och reflektion runt etiska frågor som hela tiden bör hållas levande. Då det gäller etiska diskussioner med omsorgspersonal verkar så gott som alla anse att det förekommer. Skillnaden är att sjuksköterskorna talar om utrymme för dialog på lika villkor mellan dem och omsorgspersonalen medan enhetscheferna endast ser till omsorgspersonalen, när dessa brister i sitt etiska ansvarstagande och inte till sin egen roll.

### **6.1.8 Svar på frågeställningar**

Frågeställning 1: Hur utövas ledarskapet av enhetschef respektive sjuksköterska med aspekt på ett salutogent kontra patogent perspektiv?

Enhetschefernas formella ledarskap verkar utövas med ett salutogent perspektiv i fokus. Mycket i svaren tyder på att cheferna är pålästa samt reflekterar över det salutogena ledarskapet och ett socialt förhållningssätt men verkar sakna diskussion och reflektion på förvaltningsnivå. De verkar även till viss del bära med sig en föreställning om

sjuksköterskornas patogena synsätt, även om de tydligt anger att ingen av sköterskorna direkt representerar denna inställning.

Då det gäller sjuksköterskorna är de i hög grad medvetna om det salutogena perspektivet inom äldreomsorgen men deras svar på frågorna tyder ibland på att de anser att deras uppdrag i form av HSL-insatser inte lämnar utrymme för ett salutogent förhållningssätt.

Frågeställning 2: Kan enhetschef respektive sjuksköterskas direktiv uppfattas som ett dubbelt ledarskap?

Det förmodade dubbla ledarskapet verkar inte finnas om jag ser till sköterskornas avsägande av ett ledarskap trots expertis inom sitt gebit. De ser sig som ledare i vissa situationer men det finns en tydlighet och en relativt klar avgränsning mellan enhetschef och sjuksköterska, främst då det gäller ansvarsbitarna. Både enhetschefer och sköterskor verkar veta när enhetschefernas formella ledarskap träder i kraft.

## **6.2 Omsorgspersonalen**

Under detta avsnitt presenteras och analyseras omsorgspersonalens resultat, dvs huvudfokus på uppsatsen, enligt beskrivna temaområden i metodkapitlet. På två ställen har citat modifierats utan att för den skull förlora sin innebörd, för att inte äventyra konfidentialiteten. Resultat- och analysdel har separerats med hjälp av s.k indrag.

Talande beskrivningar som känns giltiga citeras och återges ordagrant i kursiv text. Det finns den risk, enligt Kvale (1998) i att återge alltför mycket av respondenternas berättelser då de kan bli uttunnade och tappa substans, att de inte kopplas till syftet och det forskaren skulle ta reda på från första början.

### **6.2.1 Uppdraget**

#### **Uppdragets innehåll**

Samtliga sex respondenter anger omvårdnad och omsorg om de boende som primärt ingående i uppdraget.

Fem respondenter exemplifierar de boendes behov och anger då både insatser av medicinsk samt insatser av social karaktär. Tre respondenter räknar upp de medicinska behoven före de sociala. En av dessa respondenter talar om nödvändigheten av att se till den boendes samtliga behov. En annan respondent använder sig av orden socialt respektive medicinskt då denne redogör för sitt uppdrag. Två av respondenterna talar i en mer uppgiftsorienterad form. Den ene låter både sociala och medicinska aktiviteter få utrymme och säger att det inte alltid finns förståelse för hur viktiga sjukdomarna är samt hur de påverkar pensionärernas liv. Den andre talar endast om den medicinska biten och den praktiska omvårdnaden som ingående i uppdraget. Att de medicinska behoven ofta tillgodoses först och främst eftersom ett socialt behov annars kan bli svårt att tillfredsställa.

I stora drag är de sex respondenterna överens om vad som ingår i deras uppdrag. Medvetandegraden om hur man själv arbetar, medicinskt respektive socialt är däremot olika hög. Samtliga respondenter tycker att en helhetssyn behövs för att de boende ska ha ett bra liv, men tre stycken respondenter nämner i första hand omvårdnadsbehov och behov av medicinsk art. Det kan vara en tillfällighet, i vilken ordning de nämns, men kan även bero på att dessa personer utgår först och främst från de basala behoven i de boendes liv likt Maslow och därmed kanske missar det salutogena budskapet (Westlund/Sjöberg, 2005). I svaren från de respondenter som talar om att de medicinska behoven tillfredsställs först kan man finna tecken på orsak-verkan-resonemang som i den medicinska vetenskapen (Hanson,

2004). Dessa uppfattar sig själva som utförare av reella arbetsuppgifter och verka inte reflektera över sitt eget arbets- och förhållningssätt, vilket kan handla om hur de tolkat frågan eller kanske om brist på diskussioner om detsamma på arbetsplatsen. I organisationsteorin talar man om att en anställd måste kunna koppla ihop egna arbetsuppgifter med organisationsorienterad information så som ramar och mål för att förstå och se sammanhang (Flaa, Red, 1998). Om uppdraget då är tydligt men sammanhanget otydligt så kan detta bero på att ledningen inte lyckats förankra målen fullt ut hos omsorgspersonalen.

### **Det viktigaste i uppdraget**

Fyra respondenter säger att det viktigaste målet med deras arbete är att de boende mår bra, trivs och är nöjda. De övriga två anger att lyssna till de boende, att respektera deras självbestämmande och att värna om integriteten som det primära.

Barbro:

*"...att dom är nöjda i mesta möjliga mån. Att jag i mesta möjliga mån kan göra dom nöjda. Nu går ju inte det...men...det viktiga är att man aldrig glömmer varför man är här... för att hjälpa dom som bor här. För mig är det ett jobb men för dom... dom bor ju här... det är ju deras liv."*

Att denna fråga inte kopplas tillbaks till den tidigare frågan om vad som ingår i uppdraget kan bero på en tveksamhet då det inte finns en uppdragsbeskrivning. Svaren kan tyda på att cheferna kommunicerat ut till omsorgspersonalen i en planerad informationsöverföring att de boende och deras behov står i centrum eller genom en intern insocialisering av värderingar. De kan även ha skett genom att ledningen anställer de som har värderingar som mest går i linje med organisationens (Flaa, Red, 1998). I svaren återfinns värdet av att se individen samt begrepp ifrån socialtjänstlagen med, men konkreta kopplingar till organisationens mål saknas. Enligt organisationsteorin behöver en anställd både uppgifts- och organisationsorienterad information för att kunna utföra sitt arbete, som nämnts tidigare. Den förstnämnda är konkret information relaterad till arbetsuppgifterna medan den andra är ramar, mål och värderingar för att kunna ställa de egna arbetsuppgifterna i relation till organisationens (Flaa, Red, 1998). Kanske brister denna överföring från chefer till omsorgspersonal.

### **Uppdragets tydlighet**

<sup>1</sup> Samtliga respondenter anser att deras uppdrag är tydligt, mer än hälften upplever det som mycket tydligt. Två av de svarande nämner kommunens mål och talar även om en uppdragsbeskrivning. Båda dessa respondenter ser sig som informationssökande och säger att det är viktigt att själv vara aktiv, på exempelvis förvaltningens intranät. En av dem talar om en känsla och ett intresse för uppdraget som inte kan läras in från papper. Tre svarande

---

<sup>1</sup> **Bakgrundsinformation:** Uppdraget kommer från olika håll både muntligt och skriftligt och formuleras på olika sätt. Sjuksköterskorna delger omsorgspersonalen information gällande delegeringar, sårvård och liknande. De boende har genomförandeplaner på sina respektive rum där de angivit sina omsorgs- samt omvårdnadsbehov, vilket ska följas. Enhetscheferna förser omsorgspersonalen med organisationens mål, värdegrund och annat som diskuterats på exempelvis arbetsplatsträffar och ingår i uppdraget. Utöver detta har personalen egna listor som utformats utifrån vad som ingår i det dagliga arbetet på en mer detaljerad nivå. Personalen innehar även olika roller så som exempelvis kostombud. Flera ombudsroller har direkta kopplingar till organisationens metodarbete för att främja de boendes livssituation.

anger olika arbetslistor och informationspapper från chefen som beskrivningar av arbetsuppgifter. Dessa talar om en kännedom om de boende och deras behov och relaterar till erfarenhet som kunskap.

Vid dessa intervjuer framkom få tveksamheter om vad som var ens eget ansvarsområde/arbetsuppgifter, vilket motsäger sköterskornas uppgifter om att omsorgspersonalen vänder sig till dem med saker som inte är sjuksköterskornas område. Detta verkar tyda på kommunikationsbrist mellan yrkeskategorierna, vilket inte gynnar organisationen (Flaa, Red, 1998).

<sup>2</sup> Tre respondenter talar, i olika ordalag, om inläringstekniken ”se-och-lär”. En svarande anser att svaret på frågan om uppdragets tydlighet kanske inte är så självklart som denne först trodde. En annan ändrar sitt ställningstagande och säger att uppdraget troligen endast är tydligt för den personal som redan är ”inne i systemet”.

Lana:

*”Dom får vara med och se. Så då är det inte så tydligt egentligen, för när man jobbar här så lär man ju känna personerna som bor här och vet hur dom vill ha det och vad dom tycker om och... så att...ja...praktikant eller ny personal är inte så lätt. Det finns ju inga regler för hur man ska göra precis.”*

De anställda ingår i ett socialt system där man måste känna till professionens roll och veta regler och normer kopplade till dessa för att allt ska fungera enligt organisationsteorin. Socialisation är den process då kunskapen överförs till ”nya” personer i systemet och vid en lyckad socialisation minskar felkällor (Flaa, Red, 1998). Kanske är det så att denna ”se-och-lär”-process som respondenterna talar om kan till viss del ersätta en formell uppdragsbeskrivning samt göra att nya medlemmar får med sig det salutogena synsättet eftersom ingen planering nödvändigtvis krävs enligt Flaa (Red, 1998) för att anamma en organisations tankesätt utan istället närvaro och deltagande i organisationen. Trots avsaknad av formell uppdragsbeskrivning säger sig alla vara klara över vad som ska göras på arbetsuppgiftsnivå. Detta kan bero på erfarenhet, att man socialiserats in i rollen och/eller på att listor samt papper som cirkulerar och anger enskilda arbetsuppgifter. Vad man riskerar att förlora är sammanhanget, bakgrunden till varför man gör som man gör i arbetet samt helhetssynen på både boende och verksamheten i stort. Men det intressanta är att omsorgspersonalen verkar uppleva uppdraget som begripligt, hanterbart och meningsfullt (Antonovsky, 1991), trots ett till synes spretigt uppdrag och har därmed troligen ändå en stark känsla av sammanhang.

## 6.2.2 Arbetets utförande

### Förutsättningar

Fyra av sex respondenter talar om tid som en viktig förutsättning för att kunna utföra sitt arbete. Uppdraget genomförs men tid finns inte alltid för att uppnå det man vill, ”*behoven är oändliga*” som en ur omsorgspersonalen uttrycker sig. Två respondenter anser att respekt för de boende måste finnas i grunden för att arbetet skall utföras på ett bra sätt. En av de respondenter som räknar upp tid som en faktor anger även kontinuitet i arbetet som viktigt, en annan anger personalens egen inställning till omsorgsarbetet och en tredje

---

<sup>2</sup> Frågan ”Hur skulle du förmedla och överföra kunskap till exempelvis en praktikant?” ställs.



att de boende måste kunna känna sig säkra och trygga med omsorgspersonalen för att uppdraget ska kunna utföras tillfredsställande.

I övrigt nämns fysiska hjälpmedel som viktiga av en respondent och en annan talar om behovet av mål för att veta vad man som anställd arbetar mot.

Anne-Marie:

*"..jag knör in allt hela tiden...det är väldigt mycket dokumentation idag, man ska skriva och man ska mäta och jag ifrågasätter: vad är det jag mäter egentligen?"*

Då det gäller kommunikation inom en organisation så stör tidsbrist den interna kommunikationen. Om anställda upplever sin arbetssituation som stressig så avstår de både från att ta till sig information samt att förmedla den vidare (Flaa, Red, 1998). I detta fallet kan det vara så att respondenten inte hinner ta till sig det hon/han förväntas och då missar innebörden i informationen och därmed får svårt att förmedla den till andra. Dessa personers beteende kan utgöra ett hot mot hela organisationens kommunikationssystem (Flaa, Red, 1998). Några talar om tid som ett hinder för att inte uppnå fullgoda resultat men samtidigt ser paradoxalt nog de flesta inte brist på tid som ett stort problem i att utföra sitt uppdrag. Detta kan handla om att de anser sig klara av sitt uppdrag inom tidsramarna, men skulle vilja hinna så mycket mer men kan även vara kopplat till otydlig prioriteringsordning från chefernas håll.

Arbetskamrater är de personer som anges i störst utsträckning som en förutsättning för att omsorgspersonal ska kunna utföra sitt arbete. Samtliga respondenter nämnde kollegorna allra först och en del kopplar ihop detta med tidsfaktorn.

Därefter i rangordning nämns chefen av två respondenter och sjuksköterskan av två andra. De övriga två anger de boende själva samt anhöriga.

Samtliga respondenter har med sjuksköterskan någonstans i uppräkningsordningen, en respondent anger inte chef alls.

Alla respondenter anger liknande skäl till beroendet av arbetskamrater; fler händer samt att alla hjälps åt. Tre respondenter anger att det är viktigt med en samarbetad grupp som förhoppningsvis har samma inställning och en strävan mot samma mål.

Fyra av respondenterna ser sin chef som stöttande, två nämner att chefen främst poängterar de sociala bitarna och stöttar i dessa, de övriga att chefen är den som sätter regler och standard i stort och ger feedback vid eventuella svårigheter.

En respondent talar om att lyhördhet från chefen är viktigt samt att vid eventuella tidsprioriteringar så är det praktiska uppgifter som ska stryka på foten för att de sociala ska kunna bestå. Denne respondent upplever detta som relativt problemfritt och en tydlig prioritering från chefens sida.

En respondent ser chefen som en samarbetspartner i olika frågor.

En annan understryker att möten fyller en viktig funktion som platser för diskussion men även att chefen snabbt "rycker ut" vid problematik på äldreboendet när respondenten och dennes kollegor behöver hjälp.

Två andra respondenter upplever att omsorgspersonalens ansvar och arbetsområde har utökats och att chefen skulle behöva vara tydligare med prioriteringsordningen.

En tredjedel av respondenterna talar om chefen som den som förestår de sociala bitarna medan samtliga respondenter talade om sjuksköterskan som den som ansvarar för det medicinska. Detta kan bero på att chefen har fler och kanske otydligare roller än sköterskan i den anställdes ögon men kan även tyda på att det salutogena inte poängterats och/eller inte nått fram till de anställda. Det kan vara så att respondenten ser det salutogena

som något som sker ”ändå” parallellt med de vanliga arbetsuppgifterna, men enligt Westlund/Sjöberg (2005) kräver detta ett helt nytt, genomgripande och välgrundat arbets-, tanke- och förhållningssätt. De lyfter även fram att det är på ledningsnivå den salutogena omsorgen måste utformas och därefter klargöras i tydliga värderingar ut till omsorgspersonalen. Om budskapet har förts ut till personalen men ändå inte slagit igenom fullt ut så kan det bero på kommunikationsbrister enligt organisationsteorin. Det är alltid svårt att veta hur information tas emot vid en s.k *dekoding*, där innehållet skall tolkas av en mottagare, i detta fallet omsorgspersonalen. En av de försvårande omständigheter som Flaa (Red, 1998) nämner är olika utbildningsbakgrunder med olika begreppsvärldar. Därmed kan det spela roll att enhetscheferna och omsorgspersonalen har olika utbildningar, men även att den utbildade omsorgspersonalens skolning, och därmed fokus, ligger närmre sjuksköterskans än enhetschefens.

Anne-Marie:

*”...jag kanske ska göra taktill kommunikation och man kastar sig ju inte på vem som helst utan det är ju ett möte och ett förtroende som jag måste bygga upp innan jag kan beröra. Så är det för mig i alla fall. Tiden går så otroligt fort och man har många arbetsområden så ja... jag har nog känt att jag inte hunnit med... även om jag bara ska göra det viktigaste och vara glad för det jag gör... Men jag skulle inte bara vilja göra det viktigaste. Jag har börjat läsa en bok och jag skulle vilja fortsätta till andra kapitlet. Jag vill inte att det ska dröja flera månader till nästa gång. Jag vill inte ha dåligt samvete för att jag tar en promenad med någon när jag egentligen skulle suttit framför datorn. Jag menar... vilket är viktigast?”*

Fem av sex respondenter talar om beroendet av sjuksköterskan i relativt strikta medicinskt relaterade formuleringar. Sjuksköterskan bistår enligt dem främst med mediciner (smärtlindring) samt vid omläggning av sår. En av dessa respondenter talar även om hälsoförändringar hos de boende som en utlösande faktor för att kontakta sjuksköterskan. En respondent nämner information och diskussion som viktiga parametrar i samverkan mellan sjuksköterska och omsorgspersonal och anser att sköterskan arbetar konsulterande. En annan säger att de medicinska prioriteringarna kommer först, anger sedan att de medicinska och de sociala behoven är lika viktiga, men att det kan finnas tendenser till att man tänker och prioriterar medicinskt.

En respondent anger att det finns en förtroendekonflikt mellan denne och sjuksköterskan och anger att det kan vara skillnader på individnivå mellan olika sköterskor och deras inställning till hur de och omsorgspersonalen ska samarbeta.

Två respondenter benämner sköterskan som sin medicinska chef/ledare, men är även kluvna till begreppet, och anger att de medicinska direktiven måste följas.

Lana:

*”Jag ser inte sjuksköterskan som en chef, men hon är ju det över det sjukvårdande... jag menar att hon är en sjuksyster, som finns där och som vi samarbetar med, som vi rådfrågar... fast det är ju ändå hon som bestämmer i sista änden. Så hon är lite chef. Så tänker jag.”*

Samtliga respondenter ser sjuksköterskan som den person de vänder sig till och är beroende av i medicinska frågor. Två av respondenterna upplever sjuksköterskan som ledare men uppger samtidigt att det är i egenskap av att hon/han ger direktiv i det sjukvårdande, vilket ingår i dennes arbetsuppgift. Alla ser sjuksköterskan som en central

person, vilket kan vara ett tecken på att patogenes upplevs som viktigt. Tidiga tecken på uppkomst och utveckling av sjukdom, exempelvis vid ett förändrat hälsotillstånd som en respondent påtalar, gör att åkommor kan lindras och/eller avvärjas (Brehmer-Andersson, 1988).

Ett par av respondenterna upplever ett dåligt samvete över att fokusera på sociala aktiviteter då annat inte är utfört, så som praktiska och administrativa plikter. Pliktetiken talar om ”göra-rätt-principen”, vilket innebär att ”det rätta” i en situation inte nödvändigtvis är samma som ”det goda”. Pliktetikern Kant (1997) menar på att konsekvensen inte spelar någon roll för en handlings moraliska kvalitet bara motivet är rätt och kan upphöjas till allmän lag. Kanske är det så att dessa personer ser sig utföra sin plikt i de medicinska ärendena men inte i de sociala. Respondenterna talar även om det medicinska som något som ”ska” utföras och sociala aktiviteter som något som tenderar att komma i andra hand, även om det inte varit intentionen. I Westlund/Sjöberg (2005) står det att närhet, socialt stöd och sociala nätverk har stor betydelse för människans förmåga att motstå sjukdom, större än exempelvis sunda levnadsvanor.

De flesta ser stora möjligheter i sitt arbete om tillräckligt med tid och beroendepersoner, exempelvis arbetskamrater, finns att tillgå. Två respondenter resonerar kring arbetsbördan och att det är omöjligt att hinna med men reflekterar samtidigt över att det kanske beror på deras egna prestationskrav, de vill gärna hinna med mer än bara det nödvändigaste. En av respondenterna ser inga hinder överhuvudtaget och anser att omsorgspersonalens egen inställning är det viktigaste av allt.

Arbetskamrater har angivits som den viktigaste faktorn i förutsättningar för att kunna utföra arbetet. Detta kanske av naturliga skäl eftersom de utgör ett direkt avlastande element i omsorgsarbetet. Om svaret relateras till känslan av sammanhang i Antonovskys (1991) resonemang så framgår följande: för att kunna känna hanterbarhet i en situation måste individen se resurser i sin omgivning och ta hjälp av dessa. Om en person tror sig klara av vad han/hon ställs inför, med omgivningens hjälp, så leder detta till en god hanterbarhet (Hanson, 2004). Detta kan förklara varför många ser stora möjligheter om beroendepersoner finns runtomkring.

### **6.2.3 Stöd i rollen**

#### **Stöd av chef**

Fem respondenter anger att chefen förestår det ”sociala” och pratar om aktiviteter och sociala tillställningar. Tre av respondenterna ser chefen som den som står för de ekonomiska resurserna i form av både godkännande av inköp och tillsättning av personal. Två andra respondenter anger chefen som stöttande, hjälpande och rådgivande men även den som ibland ifrågasätter beslut som tagits av omsorgspersonal och/eller sjuksköterska. En respondent tycker att chefen gör vad denne förmår vid exempelvis konflikter men den svarande anser också att det är upp till medarbetarna att kunna lösa gemensamma problem internt.

Rickard:

*”Från chefen får vi hjälp på många sätt. Vi har mycket möten, APT och metodhandledning, vi pratar alltid där, på mötena. Sedan om något är konstigt på avdelningen så ringer vi till chefen som kommer direkt. De boende kan också ringa till chefen som kommer och sitter och pratar.”*

Här visar respondenterna på en bild av att enhetschefen representerar det ”sociala” synsättet. Respondenterna anger inte detaljerat vad de vänder sig till chefen med, vilket kan bero på att chefens uppgifter anses omfattande att formulera eller på att kunskapen om chefens arbetsområde är mer begränsad än kunskapen om sjuksköterskans. Detta visade sig även i enhetschefs och sköterskas kunskapsområde om varandras område. Blau/Scott (i Flaa Red, 1998) menar att nivåskillnader i sig är ett kommunikationshinder som exempelvis mellan ledning och anställda. Information uppifrån, om vad man gör, måste vara tydlig och ett problem för chefen kan vara att veta om det är viktigt för de anställda att få information om hans/hennes exakta arbetsuppgifter eller inte. En tredjedel anger att chefen stöttar och hjälper i det dagliga omsorgsarbetet.

### **Stöd av sjuksköterska**

Samtliga respondenter anger att sjuksköterskan står för det ”medicinska” och flera anger i detalj vad de vänder sig till sköterskan med. Två av dessa respondenter anser att sjuksköterskans fokus är endast medicinskt och ser detta som en nackdel, en av dem anger att chefens huvudfokus är att ge det medicinska mindre utrymme bland omsorgspersonalen. Två respondenter anger att de får bra hjälp och stöttning och att en kontinuerlig dialog med sjuksköterskan är grunden för ett bra samarbete. Även i Arndorff/Arnruds rapport (2008) anges samarbetet mellan yrkeskategorierna vara bra och fungerande med hjälp av kommunikation.

Två respondenter poängterar den geografiska närheten som en förutsättning för dialog och att inget ska trilla mellan stolarna.

Barbro:

*”...vi har ju en ganska nära kontakt med vår sköterska. Det går inte en dag utan att hon är på avdelningen. Hon kommer upp varje morgon och frågar hur det går, om något behöver göras, om det är någon doktorn behöver titta på när det går ronder och så. Du kan ta tag i henne ganska snabbt, med ett telefonsamtal eller springa bort dit... Det är jätteskönt, det är oftast någon här.”*

Här visar respondenterna på en ganska tydlig bild av att sjuksköterskan representerar det ”medicinska” synsättet. Endast en tredjedel anger att sjuksköterskan stöttar och hjälper i det dagliga omsorgsarbetet, samma antal som vid frågan om stöd från chef. Sjuksköterskans begränsade inblandning i det basala omsorgsarbetet framkommer även i Arndorff/Arnruds studie (2008) där sköterskorna uppger att det ingår i deras arbetsuppgifter men inte hinns med. I min studie däremot anger sjuksköterskorna en tydlig avgränsning, det basala ingår inte i deras arbetsuppgifter.

Dialogen lyfts fram som grunden för ett bra samarbete vilket ligger helt i linje med vad organisationsteorin säger om vikten av kommunikation för en organisations funktion och överlevnad (Flaa, Red, 1998).

## **6.2.4 Etik**

### **<sup>3</sup>Etiska diskussioner med enhetschef samt sjuksköterska**

---

<sup>3</sup> Ordet ”diskussion” kan ha varit laddat för en del respondenter, ”dialog” kunde använts istället. Då hade jag som intervjuare kanske även kommit åt förekomsten av preventiva diskussioner och inte bara/främst de konkreta diskussionssituationer som uppstått med etiska förtecken.

Fem respondenter bekräftar att etiska diskussioner med sjuksköterskan förekommer. Tre av dessa har även etiska diskussioner med enhetschefen, två svarande anger att chefen arbetar aktivt med detta på olika former av möten. En respondent anser att diskussioner sker endast med enhetschefen.

Samtliga respondenter ger, efter olika lång betänketid, minst ett exempel på situationer med etiska dilemman, de flesta konkreta men två exempel är presumtiva, dvs hypotetiska. I de flesta situationer/diskussioner har respondenten varit överens med diskussionspartnern om utgången. I ett fall var både sjuksköterska och enhetschef inblandad och den respondenten arbetade utefter vad denne själv tyckte var mest rätt av de bägge alternativen.

I ett annat fall handlade det om ageranden hos medarbetare som ansågs oetiska och togs upp med enhetschefen. I tre exempel anger respondenterna att de vänt sig till sjuksköterska i situationer de tyckt varit etiskt tveksamma för att få råd och stöttning, i ett annat fall anser respondenten däremot att sjuksköterskan inte agerar etiskt riktigt i känsliga situationer. Två respondenter ger särskilt uttryck för att stöttning behövs i etiska frågor och utsatta lägen.

Det verkar finnas utrymme för etiska diskussioner, även om endast två respondenter anger att cheferna arbetar aktivt och i förebyggande syfte med detta. En chef har tidigare nämnt de anställdas ovana vid reflektion och etiska diskussioner vilket kanske beror på att detta inte praktiseras i tillräcklig utsträckning. Enligt organisationsteorin släpper ledning ogärna igenom eller tar till sig information som kan vara problematisk (Flaa, Red, 1998). Kan det vara så att chefer drar sig för att dylika diskussioner anses svåra eller är de nedprioriterade på grund av exempelvis tidsbrist? Detta innebär i så fall kommunikationshinder och det ligger förstås en svårighet i att bli van vid reflektion kring etiska dilemman om man inte får träna sig i det. Det kan också vara så att dessa tillfällen inte exemplifieras på grund av att det förebyggande arbetet inte ses som diskussion.

Lana:

*”...jag var med om en situation där en man behövde sitta på toaletten länge för att kunna sköta sin mage. Men han kunde inte det för han var så orolig. Då gav jag honom ett äpple som han fick äta på toaletten och då satt han still...detta pratade jag med sköterskan om. Jag visste att det var fel att äta när man sitter på toaletten men då skötte han sin mage och mådde bra. Vi kom fram till att det var bäst även om det inte stämmer att man ska sitta på en toalettstol och äta. För det är ju fel....Men han hade inte ont utav detta den mannen, inte det minsta...Det kändes fel, väldigt fel, men resultatet blev ju bra”.*

I det etiska exemplet från Lana förs ett resonemang som kan kopplas till nyttoetiken, där motivet för handlingen i situationen med äpplet som åts på toaletten/i badrummet låg i den förväntade konsekvensen (Tännsjö, 2000), dvs att mannen skulle må bra av att få utträtta sina behov.

## **6.2.5 Värderingar och förhållningssätt**

### **Uppfattning**

Svaren gällande vilka värderingar och förhållningssätt som respondenterna upplever genomsyrar organisationen Äldreboende varierar. En respondent talar om att de boende ska fortsätta ha ett meningsfullt liv efter att de flyttat till boendet, de ska inte köras över utan bestämma själva.

En respondent anger att förhållningssättet är att ge de boende ett bra bemötande, att personalens humör samt inställning påverkar den boendes dag i stor utsträckning. Denne respondent anser att detta synsätt finns hos ledning men inte alltid hos sköterskorna. En

annan respondent anger arbetsrådets metoder, som syftar till en förbättrad livssituation för de boende, som de värderingar som råder.

Två respondenter nämner att kommunens mål följs men har svårigheter med att exemplifiera vad dessa mål innebär, en av dessa berättar att boendet även har egna uppsatta mål. Respondenten talar om en människosyn som innebär att det friska ska bevaras och det som är sjukt ska vårdas. Den andre om det viktiga i att ta tillvara på de boendes behov och tillgodose vad de behöver.

Personlig lämplighet anses viktigt innebärande att verkligen tycka om äldre människor, att kunna förhålla sig till de boendes levnadssätt samt behandla dem med värdighet.

Respekt för de boende och en anpassning till situationer och boende uppges som ett förhållningssätt av en respondent. Denne respondent nämner att arbetsgruppen ihop med chef tagit fram viktiga förhållningsregler som förnyas med jämna mellanrum. Fyra av dessa är väldigt konkreta och av mer praktisk karaktär medan den femte handlar om just det sociala förhållningssättet.

Återigen kopplar jag svaren till den del av organisationsteorin som talar om att en anställd behöver både uppgifts- och organisationsorienterad information för att kunna utföra sitt arbete. Respondenterna verkar ha olika uppfattningar och det är svårt att skilja på vad som kommer inifrån dem själva och vad som är pålagt utifrån. Konkret information relaterad till arbetsuppgifterna samt ramar, mål och värderingar krävs för att kunna ställa de egna arbetsuppgifterna i relation till organisationens (Flaa, Red, 1998). Respondenterna kan inte exemplifiera målen vilket kan bero på att ledningen inte lyckats kommunicera ut sina mål i tillräcklig grad (Flaa, Red, 1998), vilket kan få konsekvenser för det utförda arbetet. Ingen av respondenterna benämner i detta sammanhang det salutogena synsättet men talar ändå indirekt om innehållet i det, att se till individens behov och att denne ska ha ett meningsfullt liv (Westlund/Sjöberg, 2005). Dessa uttalanden kan dock lika gärna kopplas till socialtjänstlagens intentioner. En respondent talar om arbetsrådets metoder vilka är kopplade till rådande värderingar. Denna fråga krävde betänketid och klargörande för merparten av respondenterna vilket kan bero på ett avstånd till ledningen och deras visioner. Värderingar och förhållningssätt kanske inte förs ut och diskuteras med omsorgspersonalen i tillräcklig omfattning. Det kan också vara så att begreppen helt enkelt är oanvända av omsorgspersonalen på grund av att de använder en annan begreppsapparat än enhetscheferna vilket inte är ovanligt emellan olika professioner enligt teorin om kommunikation inom organisationsteorin (Flaa, Red, 1998).

## 6.2.6 Ansvar

### Beroenden

<sup>4</sup> En respondent håller fast vid de kategorier denne valde på fråga 2, arbetskamrater, sjuksköterska samt chef.

Tre respondenter lägger till de boende som styrande av innehållet, två lägger till rehabiliteringspersonal och den respondent som angivit den egna familjen som viktig nämner inte dem på denna fråga. En annan respondent anger inte arbetskamrater samt

---

<sup>4</sup> Flera respondenter upplever denna fråga exakt likadan som följdfrågan på 2:an "Vilka är du beroende av för att kunna utföra ditt arbete?" Jag förtydligar därmed min fråga som att jag tänker på dem som skapat innehållet, inte de personer personalen är s.k "medberoende" av, utan vem som bestämmer vad arbetet ska innehålla.

anhöriga på denna fråga och den respondent som inte nämnde chef som en beroendefaktor på fråga 2 anser här att chefen är styrande då det gäller innehållet. Gemensamt för samtliga svarande är att alla ser sjuksköterska och chef som styrande av innehållet i någon form.

<sup>5</sup>Samtliga respondenter redogör för att de olika ansvarsområdena är relativt tydliga, de vänder sig till sjuksköterskan i medicinska frågor och till enhetschefen i sociala ärenden. En av respondenterna talar inte i termer av ett socialt ansvarsområde då det gäller chefen utan istället om att denne har ett verksamhetsansvar. Tre respondenter anser inte att direktiv motsäger varandra och att det skulle få konsekvenser för hur personen utför sitt arbete. En av dessa respondenter anger SoL som chefens primära rättesnöre och HSL som sjuksköterskans och ser inte dessa som konkurrerande eller att de på något sätt krockar. De övriga tre talar om ibland motsägelsefulla direktiv men även om hur man förhåller sig till det.

Rickard:

*”Vi hade en elev och det gick magsjuka på huset. Jag hörde mig för med sköterskan om eleven kunde komma men hon sa nej... Enhetschefen däremot sa ja, samma sak gäller för henne som för personalen, hon skall ju praktisera här... Jag tror på det motivet. Eleven kom... Hon måste vänja sig vid olika situationer, efter praktiken får hon kanske jobb och behöver veta hur saker sköts.”*

Donja:

*”Chefen ser på det friska, vilket jag förstår att det måste man göra. Det gör vi också. Sköterskan ser på det sjuka, så ibland kan det komma direktiv från sköterskan att det här ska utföras och från enhetschefen att något annat ska utföras och så krockar dom emellanåt. Det är ju helt klart... Kan inte komma på något som hänt men när vi sammanställer vår dokumentation då vill chefen enbart ha det som är positivt, vad som hänt, aktiviteter... Men det dokumenteras... det gör nog alla tyvärr... att man dokumenterar väldigt mycket om det som är sjukt istället för att dokumentera det som är positivt och friskt. För det finns ju redan och går från mun till mun istället. Så det där är något vi jobbar på, försöker jobba på, att man ska få in mer dokumentation om det friska då.”*

Barbro:

*”Vi har en dam som väger lite för mycket hos oss, anhöriga tycker det. Då tyckte chefen att vi skulle skaffa en motionscykel, en riktig motionscykel. Det tyckte inte riktigt vi och sköterskan och arbetsterapeuten men där var det faktiskt arbetsterapeuten som fick avgöra. Och där kände jag liksom: herregud, det hade inte spelat någon roll om det hade kommit upp en motionscykel för jag hade inte satt henne på den ändå. Tyvärr hade jag då inte fullgjort mitt uppdrag... Där tyckte chefen att man skulle få henne friskare, vilket jag kan hålla med om, men inte med den metoden.”*

Gemensamt för samtliga svarande är att de ser sjuksköterska och chef som styrande av innehållet i någon form. Då det gäller att få ihop direktiv svarar hälften att direktiv inte

---

<sup>5</sup> Eftersom jag ser att samtliga valt sjuksköterska och chef ställer jag följande fråga:

”Du har nämnt sjuksköterska och chef – hur får du ihop direktiven från de här båda yrkeskategorierna? Får det konsekvenser för hur du utför ditt arbete?”

motsäger varandra och den andra hälften att detta förekommer men exemplifierar även hur detta hanteras. Då man begriper varför saker och ting sker, kan hantera dem med hjälp av resurser i omgivningen samt tycker att de är meningsfulla och värda investeringen så finner sig en känsla av sammanhang enligt Antonovsky (Hanson, 2004). En respondent ser sjuksköterskan som representant för någon form av patogenes. Detta kan vara en egen upplevelse men även ett budskap som enhetschefen förmedlar till omsorgspersonalen. I organisationsteorin talas det om att kommunikation sker på två plan, uppgifts- och känsloplanet. Förutom saklig information överförs inställningen i olika frågor och värderingar (Flaa, Red, 1998). I det sista exemplet berättar en annan respondent om ett fall där man kan koppla enhetschefens förslag till pliktetiken. Man kan se "det rätta" som att den boende ska gå ner eller i alla fall inte gå upp i vikt och cykeln som ett medel för att uppnå målet. Sjuksköterskans uppfattning ligger mer i linje med "göra-gott-principen" i nyttoetiken, målet är detsamma som enhetschefens men med en strävan efter maximerad lust och minimerat lidande (Henriksen/Vetlesen, 2001).

### **Olika uppfattningar**

Fyra respondenter bekräftar att chef och sjuksköterska ibland tycker olika saker, en av dessa tycker att det är ofta förekommande, två respondenter exemplifierar händelser som inträffat. En respondent talar i generella ordalag om olikheter i förhållningssätt. Två respondenter har inte uppfattat att olika åsikter förekommer överhuvudtaget mellan sjuksköterska och chef. De anger skäl som kontinuerlig dialog och enighet ut mot omsorgspersonalen som troliga orsaker. Ingen av de sex respondenterna ser detta som ett problem som påverkar deras omsorgsarbete.

Jeanette:

*"..det är väl så att chefen...när man har möte om man säger...så ska det bara pratas om alla aktiviteter och det sociala, dom bitarna och ingenting om sjukdomsbitarna men jag tycker ju att dom går lite hand i hand. Har man ont och är sjuk så är det svårt att vara den sociala och glada personen som man kanske är i vanliga fall... jag pratar med sköterskan när det gäller sjukdomsbiten. Förr hade vi ett möte där både enhetschef och sköterska var med, nu är de separata... fördelen är att man hinner gå igenom alla i lugn och ro men nackdelen är att sköterskan och chefen inte hör varandra och kanske inte har samsyn."*

Donja:

*"Det är klart att dom gör. Enhetschefen och sköterskan tycker jätteolika i mycket. Men det är inget som påverkar mig, det kan jag inte påstå. Det är ju så här i vår kommun, ja, i hela landet väl? Man ska se hela människan och helst det friska först. Man ska inte fokusera på det sjuka och det gör ju sköterskan. Om igen, det är klart att dom ser ju jätteolika på allting. Det sköterskan tycker är viktigast tycker absolut inte chefen är viktigast. Men det påverkar inte mig i mitt arbete. För vi måste se bägge bitarna och jobba utefter dom"*.

Två av respondenterna anser varken att direktiv är motsägelsefulla eller att det får konsekvenser för dem själva. De andra fyra anser att det förekommer men hanterar detta efter bästa förmåga, lyssnar till både enhetschef och sjuksköterska men har även en egen uppfattning om situationerna. Från svaren på de etiska frågeställningarna tidigare kan utläsas att omsorgspersonalen oftast väntar in vad enhetschef och sjuksköterska enats om. Hanterbarheten i de här situationerna tycks vara hög. Om omsorgspersonalen känner



mening i det som händer samt bestäms i dessa situationer och förstår varför kan det leda till stark kasam (Hansson, 2004).

### **Bestämmande av innehåll**

Fyra av respondenterna talar i övergripande ordalag om att sjuksköterskan är den som tar beslut i medicinska frågor och chefen i det som rör verksamheten och de sociala aktiviteterna. De övriga två redogör mer detaljerat för de båda gruppernas olika arbetsuppgifter. En av respondenterna tar upp de boende som bestämmande av innehållet och även sig själva, dvs omsorgspersonalen, som de som formar och delvis beslutar om innehållet.

Tre respondenter uttrycker att det medicinska och den sociala biten i vissa situationer ”går in i varandra” och att det då kan finnas ett behov av samsyn, två av dessa anser att det löser sig med hjälp av kommunikation, den tredje att detta ibland brister.

Tre respondenter uttrycker sig vara osäkra på, men hoppfulla om, att sjuksköterska och enhetschef har en dialog och någon form av samarbete.

Anne-Marie:

*”Det kan bli en diskussion med chefen om varför någon ramlar hela tiden, är det en matta på golvet eller... så chefen kan ju bli inblandad i det medicinska med. Sköterskan ser nog mer ett problem medan enhetschefen ser den som inredning. Men om den är ett problem så ska den ju inte vara där, då kanske man ska flytta på den. Chefen ser väl också problemet men aaah...ändå lite mer så... att den ska vara där. Jag kan inte förklara känslan. Det flyttar in folk, de tar med sina grejer, det är mer det sociala. Men chefen och sköterskan pratar väl med varandra. Det kan ju vara både sociala och medicinska problem som behövs lösas ihop.”*

De verkar finnas ett förtroende för att chef och sjuksköterska, trots en organisationsstruktur där de flesta av de tillfrågade cheferna samt sköterskorna arbetar utan formella möten, löser problem som uppstår genom dialog. I organisationsteorin ser man den vertikala kommunikationen som den viktigaste typen i ett hierarkiskt system (Flaa, Red, 1998). Det kan vara så i denna situation att den geografiska närheten samt informell kommunikation överbrygger eventuella tillkortakommanden i en vertikal organisation och fungerar som fullgod ersättare för en formell horisontell struktur. Informell kommunikation ses dock oftast endast som en komplettering till den formella (Flaa, Red, 1998), så det kan även vara så att detta sätt att arbeta inte är idealiskt för att få en optimal dialog och ett bra samarbete mellan chef och sjuksköterska.

### **Fördelning av situationsansvar**

De situationer som exemplifieras där sjuksköterskan kontaktas är vid; utebliven medicinering, felmedicinering, feldosering samt fallskador.

De situationer som exemplifieras där chef kontaktas är vid; bristande dialog med anhöriga, medarbetare som inte utför sina arbetsuppgifter, en upplevd ickefunktionell arbetsgrupp och vattenläckor.

Samtliga respondenter avgör själva inom vilket område incidenten hör hemma och kontaktar därefter sjuksköterska eller chef. Då sköterskan inte kan nås i ett medicinskt ärende anger omsorgspersonalen att chef kontaktas, medan detsamma inte anges vice versa, under ordinarie arbetstid.

En respondent anger hotfulla eller störande anhöriga som ett exempel och uppger att eftersom detta oftast sker då chef inte finns på plats, så som kvällar och helger, så kontaktas antingen polis eller jourhavande sjuksköterska.

En annan respondent anger att denne i hög grad själv tar ett beslut och därefter kontaktar chef eller sjuksköterska, beroende på allvaret i situationen.

Två respondenter talar om erfarenheter av brist på gehör från sjuksköterskan, att de då själva försökt föra en dialog med denne men samtidigt vidhållit sin egen ståndpunkt.

Tre av respondenterna pratar om att rapportering sker i skriftlig form vid medicinska avvikelser och att även chefen då informeras, muntligt eller via denna rapport. Två av dessa anger att chefen har ett personalansvar och är den som följer upp ett ärende vid upprepade incidenter.

Jeanette:

*"...ibland känner man att man inte når fram till den boendes anhöriga vad det gäller ekonomi. Det behövs pengar eller saker som skall inhandlas snarare. Man känner att man ringt och pratat men ändå händer det inget. Då går man till chefen. Då har man inte kunnat fullfölja."*

Donja:

*"...ibland tar man egna beslut. Då finns det liksom inte tid att ringa chefen först."*

Respondenterna verkar ha en klar uppfattning om vem som kontaktas i vilket ärende. Organisationsteorin talar om en organisation som ett socialt system där man måste känna till olika professionsroller och de regler som knyts till dem (Flaa, Red, 1998). Kanske har chef samt sjuksköterska varit tydliga med kommunikeringen av vad deras egna ansvarsområden är och/eller så har omsorgspersonalen lärt sig systemet via erfarenhet och socialiserats in i dels sin egen professionsroll men även i kännedom om chefens och sjuksköterskans roller (Flaa, Red, 1998).

## **6.3 Omsorgspersonal - sammanfattning**

### **6.3.1 Uppdraget**

#### **Uppdragets innehåll**

Samsyn råder i stort kring uppdragets innehåll. Medvetandegraden om hur man arbetar är olika hög. Samtliga respondenter talar om en helhetssyn men hälften räknar först och främst upp de medicinska behoven då de redogör för uppdraget. Detta kan vara en tillfällighet, bero på att respondenterna ser främst till sina arbetsuppgifter eller på att de basala behoven är de som anges samt tillfredsställs först, i linje med Maslow (Westlund/Sjöberg, 2005).

Dessa personer verkar se sig som utförare av reella arbetsuppgifter och reflekterar i mycket liten utsträckning över sitt eget arbets- och förhållningssätt, vilket kan tyda på brist om diskussioner om detsamma på arbetsplatsen.

Vid otillräcklig information brister kopplingen mellan egna arbetsuppgifter och organisationens mål (Flaa, Red, 1998).

#### **Det viktigaste i uppdraget**

De flesta respondenter talar om välmående boende, att de ska ha ett bra liv. Detta kan vara tydlig information från chefer eller att ledningen anställt de vars värderingar går i linje med

organisationens (Flaa, Red, 1998). Konkreta kopplingar till organisationens mål saknas dock, organisationsteorin menar att känna till och förstå organisationens mål är en förutsättning för att utföra de egna arbetsuppgifterna på rätt sätt (Flaa, Red, 1998).

### **Uppdragets tydlighet**

Samtliga respondenter ser själva sitt uppdrag som tydligt men beskrivningarna av det spretar och en tredjedel talar om en uppdragsbeskrivning, vilket mig veterligen inte finns. Vid frågan hur de förmedlar kunskap vidare uppstår viss tveksamhet och ett mönster kring en socialisering in i systemet via en "se-och-lär"-process framträder. Enligt organisationsteorin måste en person känna till en professions roll och veta vilka regler som är kopplade till den för att arbetet skall fungera. Detta, samt arbetslistorna, ersätter eventuellt en formell arbetsbeskrivning och socialiserar in nya medlemmar i både arbetsuppgifter och tankegångar (Flaa, Red, 1998).

## **6.3.2 Arbetets utförande**

### **Förutsättningar**

Tid är den främsta faktorn som anges som en förutsättning och flera anser att den inte räcker till. Enligt organisationsteorin så stör tidsbrist den interna kommunikationen, om anställda upplever sin situation som stressig så kan de varken ta emot information eller förmedla den vidare (Flaa, Red, 1998). Paradoxalt nog ses inte brist på tid som ett överhängande problem bland dessa. Kanske beroende på att de klarar av sitt arbete någorlunda inom tidsramen men vill göra och hinna ännu mer, brist på prioriteringsordning från cheferna kan även försvåra situationen.

Personer runtomkring som en förutsättning för att kunna göra ett bra jobb är främst arbetskamraterna. Chef och sjuksköterska anges i lika hög utsträckning, chefen nämns endast av en tredjedel som den som förestår de sociala bitarna. Sjuksköterskan av samtliga respondenter som den som förestår det medicinska. Kanske beroende på att chefen har fler och otydligare roller i jämförelse med sköterskan eller på att det salutogena synsättet inte poängterats i tillräcklig grad. Westlund/Sjöberg (2005) lyfter att det är på ledningsnivå den salutogena omsorgen måste utformas och därefter klargöras i mycket tydliga värderingar ut till omsorgspersonalen.

Ett par respondenter upplever dåligt samvete i att fokusera på sociala aktiviteter framför praktiska och administrativa plikter. Kant (1997) menar att en konsekvens av en handling inte spelar någon roll utan att motivet ska vara rätt och kunna upphöjas till allmän lag. Kanske anser sig dessa personer utföra sin plikt då det gäller medicinska frågor men inte i de sociala. Om nyttoetiken varit rådande, då den goda konsekvensen för så många som möjligt är primär, kanske det sociala hade fått ta plats.

Möjligheter i arbetet ses som stora om tid och stöd i form av arbetskamrater finns att tillgå. Vid en koppling till känslan av sammanhang i Antonovskys (1991) resonemang så framkommer att för att känna hanterbarhet i en situation måste en individ se resurser och ta del av dessa. Klarar man av det man ställs inför med omgivningens, i detta fallet arbetskamraternas, hjälp så leder det till god hanterbarhet (Hanson, 2004).

### 6.3.3 Stöd i rollen

Det respondenterna främst associerar chefen med är det ”sociala”, ett exempel som nämns är att denne ordnar aktiviteter för de boende. Få respondenter anger vad de vänder sig till chefen med, kanske på grund av att chefens uppgifter anses många eller på grund av att kunskapen här är mer begränsad. Nivåskillnader är i sig ett kommunikationshinder, som tex mellan arbetsledning och anställda (Flaa, Red, 1998). En tredjedel ser chefen som stöttande och en rådgivare i det dagliga arbetet. Övriga två tredjedelar kanske anser att de klarar sig utan stöttning, att det inte är en av chefens arbetsuppgifter eller att den som finns inte är tillfredsställande. Antonovsky ansåg att det fanns en rad hälsofaktorer som utgör en resurs hos människan att klara av kritiska situationer, exempelvis självkänsla, nätverk, engagemang och förmåga att hantera stress. Faktorerna ger erfarenheter och bidrar till en känsla av att tillvaron hänger ihop (Antonovsky, 1991). Om det är så att man som anställd inte upplever att chefen är stöttande så kan detta sammanhang bli svårt att uppnå i arbetslivet.

#### Stöd av sjuksköterska

Samtliga respondenter säger att sjuksköterskan står för ”det medicinska” och flera anger i detalj vad de vänder sig till denne med. Detta kan bero på att de har större kunskap och insyn i sköterskornas arbete, antingen på grund av liknande utbildningsbakgrunder eller på grund av omsorgspersonal och sköterskor befinner sig på samma nivå i hierarkin (fast med olika chefer). Enligt Blau/Scott (i Flaa, Red, 1998) så visar studier att man har väsentligt lättare att kommunicera på sin egen nivå.

Även här är det en tredjedel, som ser sjuksköterskan som stöttande. Övriga två tredjedelar kanske anser att de klarar sig utan stöttning, att det inte är en av sköterskans arbetsuppgifter eller att den som finns inte är tillfredsställande.

### 6.3.4 Etik

#### Etiska diskussioner med enhetschef samt sjuksköterska

Etiska diskussioner med sjuksköterskan verkar vara vanligast, nästan alla respondenter anger att det förekommer medan endast hälften anger etiska diskussioner med chef som förekommande. En tredjedel av respondenterna anger att cheferna arbetar aktivt och i förebyggande syfte med detta. En chef har tidigare nämnt de anställdas ovana vid reflektion och etiska diskussioner och två chefer att det borde förekomma etiska diskussioner oftare än det gör. Detta verkar tyda på att det idag inte praktiseras i tillräcklig utsträckning. Organisationsteorin talar om att ledning inte gärna släpper förbi information som kan vara problematisk för dem själva eller i organisationen (Flaa, Red, 1998). Kanske beror det på rädsla men det kan även vara så att det bortprioriteras i högre grad än det borde. I exemplet med äpplet som åts på toaletten kopplar jag till nyttoetiken (Tännsjö, 2000), där konsekvensen, att personen behövde uträtta sina behov för att må bra, blev styrande.

### 6.3.5 Värderingar och förhållningssätt

#### Uppfattning

Uppfattningen om vilka värderingar och förhållningssätt som råder spretar rätt rejält. Enligt kommunikation i organisationsteorin behöver en anställd både information relaterad till arbetsuppgifterna samt ramar, mål och värderingar för att kunna ställa de egna uppgifterna i relation till organisationens och se helheten. Ledningen verkar inte ha lyckats med att

kommunicera ut sina mål i tillräcklig grad vilket kan få konsekvenser för det utförda arbetet (Flaa, Red, 1998). Ingen av respondenterna nämner i detta sammanhang det salutogena synsättet (Westlund/Sjöberg, 2005) men talar ändå indirekt om innehållet i det. Denna fråga krävde betänketid och klargörande för merparten av respondenterna vilket kan bero på ett avstånd till ledningen och deras visioner. Kanske är begreppen oanvända och oförståeliga av omsorgspersonalen på grund av att de använder en annan begreppsapparat än enhetscheferna (Flaa, Red, 1998).

### **6.3.6 Ansvar**

#### **Beroenden – skapare av innehåll**

Gemensamt för samtliga svarande är att de ser sjuksköterska och chef som styrande av innehållet i någon form. Då det gäller att få ihop direktiv svarar hälften att direktiv inte motsäger varandra och den andra hälften att detta förekommer men exemplifierar även hur detta hanteras. Med begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i saker och ting runtomkring en infinner sig en känsla av sammanhang enligt Antonovsky (Hanson, 2004). Enligt en respondent tycks det finnas en föreställning om sjuksköterskan som representant för någon form av patogenes vilket kan vara en egen upplevelse men även ett budskap som enhetschefen förmedlar till omsorgspersonalen. I organisationsteorin talas det om att kommunikation sker på två plan, uppgifts- och känsloplanet. Förutom saklig information överförs inställningen i olika frågor och värderingar (Flaa, Red, 1998). I det sista exemplet berättar en annan respondent om ett fall där man kan koppla enhetschefens förslag till pliktetiken. Man kan se ”det rätta” som att den boende ska gå ner eller i alla fall inte gå upp i vikt och cykeln som ett medel för att uppnå målet. Sjuksköterskans uppfattning ligger mer i linje med ”göra-gott-principen” i nyttoetiken, målet är detsamma som enhetschefens men med en strävan efter maximerad lust och minimerat lidande (Henriksen/Vetlesen, 2001).

#### **Bestämmande av innehåll**

Det finns en tydlig uppfattning om vem som bestämmer vad men även ett förtroende för att chef och sjuksköterska löser problem via dialog, även vid avsaknad av formella möten. I organisationsteorin ser man den vertikala kommunikationen som den viktigaste typen i ett hierarkiskt system (Flaa, Red, 1998). Det kan vara så i denna situation att den geografiska närheten samt informell horisontell kommunikation överbrygger eventuella tillkortakommanden i en vertikal organisation och fungerar som fullgod ersättare för en formell horisontell struktur. Informell kommunikation, om än viktig, ses dock oftast som en komplettering till den formella (Flaa, Red, 1998), så det kan vara så att detta sätt att arbeta inte är idealiskt för att få en optimal dialog och ett bra samarbete mellan chef och sjuksköterska.

#### **Fördelning av situationsansvar**

Respondenterna verkar ha en klar uppfattning om vem som kontaktas i vilket ärende. Organisationsteorin talar om en organisation som ett socialt system där man måste känna till olika professionsroller och de regler som knyts till dem (Flaa, Red, 1998). Kanske har chef samt sjuksköterska varit tydliga med kommuniceringen av vad deras egna ansvarsområden är och/eller så har omsorgspersonalen lärt sig systemet via erfarenhet och socialiserats in i dels sin egen professionsroll men även i kännedom om chefs och sköterskans roller.

### 6.3.7 Svar på frågeställningar

Frågeställning 1: Hur utövas ledarskapet av enhetschef respektive sjuksköterska med aspekt på ett salutogent kontra patogent perspektiv?

Omsorgspersonal verkar uppfatta att enhetschefernas formella ledarskap utövas med ett salutogent perspektiv i fokus. Dock verkar detta synsätt främst kopplas till sociala aktiviteter och endast ett fåtal anger det viktiga i att se det som fungerar hos människan och ha en helhetssyn. Då det gäller sjuksköterskorna så råder det delade meningar om vad de representerar, ett salutogent eller medicinskt synsätt, flera ur omsorgspersonalen påtalar att det beror på vem som innehar tjänsten för tillfället.

I min analys framkommer att det finns en hög medvetenhet hos sköterskorna om det salutogena synsätt som råder men i svaren skymtar bilden av medicinskt inriktade personer fram som inte har tiden och heller inte alltid anser att det sociala ingår i deras arbetsuppgifter.

Frågeställning 2: Kan enhetschef respektive sjuksköterskas direktiv uppfattas som ett dubbelt ledarskap?

De flesta respondenter upplever någon form av dubbelt ledarskap. Vissa upplever att motsägelsefulla direktiv förekommer i detta ledarskap samt även att enhetschefens och sjuksköterskans synsätt skiljer sig åt.

Frågeställning 3: Hur påverkar budskapen i ledarskapet det sätt omsorgspersonalen utövar sin praktik på och hur förhåller de sig till det?

Omsorgspersonalen verkar medveten om att enhetschefen representerar det ”sociala” och sjuksköterskan det ”medicinska” och budskapen därmed skiljer sig åt. Flera ur omsorgspersonalen ger uttryck för att cheferna trycker på det sociala området och inte vill att det medicinska ska ta för stor plats. Förmåga till reflektion kring varför och även att kunna koppla de egna arbetsuppgifterna till organisationens mål verkar dock halta, vilket helhetssynen får lida för. I praktiken verkar omsorgspersonalen mycket medveten om att de är till för de boende men saknar konkret förankring till värderingar, förhållningssätt och teorier att hänga upp sitt arbete på. Mycket verkar handla om ad hoc, att gå på känsla och en socialisering in i arbetet genom att lära av andra.

Omsorgspersonalen verkar förhålla sig till budskapen på olika sätt, en del ser dem som kompletterande, andra håller isär dem i det dagliga omsorgsarbetet. Det som förenar är dock att ingen ser de dubbla budskapen som något problematiskt att förhålla sig till. Det finns en stark tro på att chef och sjuksköterska pratar ihop sig i specifika situationer och om så inte är fallet förhåller sig omsorgspersonalen till detta genom att fråga vid tveksamheter och ibland även ta egna beslut.

## 7. Slutdiskussion

Jag kommer här att resonera kring resultat och analys, med utgångspunkt ifrån frågeställningarna, om de känns rimliga och trovärdiga och vilka eventuella slutsatser jag kan dra från denna undersökning. Detta oavsett om de kan generaliseras och vara fungerande på situationer som uppvisar liknande förhållanden eller om de bara kan förklaras som individuella utsagor som endast kan tolkas i sin specifika kontext (Larsson i Larsson, Red, 2005).

Det jag undersökt är en ganska komplex situation, verksamhet och ämne. Jag har undersökt i princip tre olika företeelser för att finna svar på tre frågor med hjälp av tre olika

yrkeskategorier. Hur vi människor gör och varför är inte alltid tydligt, ens för oss själva, eller kanske framför allt i de situationerna. Det blir då väldigt viktigt att ha rätt verktyg och förutsättningar för att kunna utföra arbetet på ett bra sätt med en medvetenhet om varför i ryggen.

Enhetschefernas ledarskap verkar klart och uttalat utgå från ett salutogent fokus, vilket även omsorgspersonalen poängterar, medan sjuksköterskans syn är mer splittrad på grund av dennes roll och vad som ingår i uppdraget. Medvetenheten bland sköterskorna är hög om det salutogena perspektiv som råder inom organisationen Äldreboende, men tiden finns inte riktigt och det finns även indikationer på att en del anser att deras uppdrag varken är eller ska vara utformat helt utefter ett salutogent synsätt. Sköterskorna verkar dock eftersträva ett komplementärt arbetssätt mellan det medicinska och det sociala området medan enhetscheferna främst ser till den sociala omsorgen och det salutogena synsättet. Enhetscheferna verkar ha en tydlig formell ledarroll medan sköterskorna går in med sin expertis och fungerar som inflytelserika informella ledare inom sitt område. Både enhetschefer och sjuksköterskor verkar veta när enhetschefens formella ansvar träder i kraft. Hälften av omsorgspersonalen anser inte att olika direktiv förekommer från enhetschef respektive sjuksköterska. De som anser att det inträffar anger även att enhetschefernas och sköterskornas synsätt skiljer sig åt.

Viss omsorgspersonal talar om att enhetschefen representerar det ”sociala” och sjuksköterskan det ”medicinska” och att budskapen skiljer sig åt. De ger uttryck för att cheferna trycker på det sociala området och inte vill att det medicinska ska ta för stor plats. Förmåga till reflektion kring varför och även att kunna koppla de egna arbetsuppgifterna till organisationens mål verkar dock halta, vilket helhetssynen får lida för. Omsorgspersonalen talar främst om det sociala i form av aktiviteter, pratstunder och ibland även metodarbetet, kopplingen till det salutogena saknas hos flera. Omsorgspersonalen är medveten om sitt arbete och vilka de är till för men saknar konkret förankring till värderingar, förhållningssätt och teorier att hänga upp sitt arbete på. Mycket verkar handla om ad hoc, att gå på känsla och en socialisering in i arbetet genom att lära av andra, dvs ”learning-by-doing”.

Omsorgspersonalen verkar förhålla sig till synsätten på olika sätt, en del ser dem som kompletterande, andra håller isär dem i det dagliga omsorgsarbetet. Det som förenar är dock att ingen ser de dubbla budskapen som något problematiskt att förhålla sig till. Det finns en stark tro på att chef och sjuksköterska pratar ihop sig i specifika situationer och om så inte är fallet förhåller sig omsorgspersonalen till detta genom att fråga vid tveksamheter och ibland även ta egna beslut.

Att kommunicera ut organisationens förhållningssätt samt att ha förebyggande etiska reflektioner kopplade till de olika synsätten i större utsträckning än idag är viktigt. Detta måste ske i dialog med omsorgspersonalen för att de ska få en större känsla av sammanhang, vilket är svaret på den salutogena frågan ”varför?”.

När det gäller min förförståelse så tyckte jag att omsorgspersonalens arbete verkade innebära mycket att förhålla sig till, både i direktiv gällande arbetssätt och förhållningssätt från arbetsledningen. De har dessutom två lagar som de i högre grad än de andra parallellt förhåller sig till i arbetet och jag upplevde deras arbete som än mer mångdimensionellt än de andra yrkeskategoriernas. Ju mer jag satte mig in i deras situation ju tydligare kände jag att fenomenet med olika förhållningssätt i utövande av ledarskap borde påverka omsorgspersonalen. Det verkade otroligt om det inte skulle ha stor betydelse för dem att kombinera och integrera direktiv från två håll och föra vidare detta ut i omsorgsarbetet.

Nu visade det sig att så är det inte, i varje fall inte för mina respondenter. Visst har det betydelse för dem, det finns en medvetenhet kring fenomenet men det finns ingenting i svaren som tyder på att omsorgspersonalen upplever detta som ett problem, som jag uppfattat det. Omsorgspersonalen verkar medveten om de olika direktiven men förhåller sig till dem var för sig och de integreras vid behov. De navigerar konstruktivt i detta fastän det inte är uttalat. Uppstår det situationer med kontraproduktiva budskap så för de tillbaka frågan eller problemet till enhetschefen och/eller till sjuksköterskan som för en dialog, beslutar något gemensamt och återkommer till omsorgspersonalen som utför arbetet enligt direktivet. Det verkar även finnas utrymme för omsorgspersonalen själva att vara med att påverka och bestämma färdriktning. Vissa av omsorgspersonalen verkar nyttja denna möjlighet medan andra förhåller sig till det som kommer från chef respektive sjuksköterska. Jag har spekulerat i om jag som intervjuare påverkat resultaten på så sätt att respondenterna inte kunnat eller vågat uttrycka sin åsikt men kommit fram till att mina undersökningsresultat känns rimliga och trovärdiga trots ett annat utfall än det jag väntat mig. Jag tror att man får se dessa resultat som individuella utsagor, då materialet för det första inte är så stort och då jag för det andra tyckt mig se tecken på andra ställen i organisationen att det finns omsorgspersonal som finner svårigheter i fenomenet med olika förhållningssätt i utövande av ledarskap. Det hade varit spännande att gå djupare in på omsorgspersonalens uppfattningar och försöka ta reda på hur de navigerar i detta. Flera upplever att olika direktiv förekommer och även att enhetschefens och sjuksköterskans förhållningssätt skiljer sig åt, men det hanteras relativt oproblematiskt.

Vad beror detta på – vilka faktorer spelar in?

Efter genomförd undersökning känner jag även att många nya frågeställningar dök upp och att det finns en brunn av undersökningsämnen att ösa ur, som hade varit intressanta att arbeta med. Många av mina funderingar är kopplade till mer organisatoriska frågor så som exempelvis hur en verksamhet med inbyggda olikheter kan integreras och ta kliv framåt:

\*Vilken betydelse har språkbruket och dess gemensamma referensramar?

Omvårdnadspersonal/omsorgspersonal/undersköterskor/vårdbiträden... Vad kallar de sig själva och varandra? Pensionär/brukare/boende/patient... Vilket känns mest bekvämt för de boende och vilket begrepp är etiskt mest riktigt? Det hade varit intressant att undersöka om det har betydelse och hur i så fall. Försvåras ett internt samarbete mellan enhetschefer och sjuksköterskor av detta? Får detta även konsekvenser för enigheten utåt? Hur ser andra på verksamheten?

\*Hur påverkar anställningsprocessen samt utbildning? Det pågår en debatt kring vilken formell utbildning som är relevant då man söker till ett äldreboende och vilka kvalifikationer utöver det som skulle kunna vara eftersträvaransvärda, exempelvis sociala. Det formella kravet idag är oftast att den person man anställer skall ha omvårdnadsutbildning på minst gymnasienivå eller motsvarande. Men äldreomsorgsledningen verkar samtidigt skicka signaler om att enhetschefer ska se till andra kvalifikationer vid anställning. Kompetenser som främjar det salutogena synsättet, förespråkas ända upp på hög politikernivå, av exempelvis Maria Larsson, äldre- och folkhälsominister och för många kommuner i Sverige har detta blivit det rådande arbetssättet inom området (Regeringskansliet, 2008). Vad innebär detta för dem som anställs? Kravet blir, och är egentligen redan idag, att man ska vara både medicinsk och social i sitt förhållningssätt, som två kompletterande synsätt, och att man som personal skall kunna balansera detta. Hur ser vårdutbildningarna ut idag? Hur ser kopplingen mellan utbildning och yrkesliv ut? Vet utbildningsinstitutionerna vad äldreboenden ställer för krav på eleverna/de blivande arbetarna? Är det först på sin praktik som eleven kommer i kontakt



med det salutogena synsätt som råder på många boenden idag eller är det tydligt redan på skolbänken? Vilka konsekvenser får detta för verksamheten?

Min slutsats är att helt klart fyller patogenes sin funktion och salutogenes likaså. Det unika är den situation man befinner sig i då man i åldrandefasen får en lägenhet på ett äldreboende. Den person som uppsöker sjukvården för en sjukvårdande insats är en patient, men när du tar steget över tröskeln är du tillbaka i ditt vardagliga liv. Du är ditt eget jag igen, med minnen, tankar, känslor, skratt och tårar, där huvudfokus för de flesta av oss inte ligger på den sjuka delen i ens liv. I och med åldrandefasens inträde infinner sig oftast fler kontakter med sjukvården. Om en person då dessutom befinner sig i ett boende med tillgång till sjukvårdande personal och människor runtomkring sig med liknande behov så kan det finnas en tendens att det patogena överskuggar det salutogena. I Westlund/Sjöberg (2005) står det att i samband med att en person flyttar från sitt ursprungshem och in på ett boende så sker en omdefinition från omsorg till vård. Men måste ett av synsätten vara rådande eller kan man finna en balans i detta? Det salutogena synsättet fokuserar på friskfaktorer men kan man anamma det om man sällan eller aldrig känner sig frisk? Den patogena traditionen kanske är en förutsättning för att den boende ska kunna leva ett salutogent liv, som en av respondenterna uttryckte det? Det finns många frågor som ännu står obesvarade och det skulle vara intressant att forska vidare inom området.

## 8. Referenser

### 8.1 Litteratur

- Antonovsky, Aaron (1991): *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Backman, Jan (1998): *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomdahl Frej, Gunborg (1998): *Social omsorg och socialpedagogik*. Lund: Studentlitteratur.
- Brehmer-Andersson, Eva (1988): *Allmän patologi – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Bibel (1985). Södertälje: Fingraf AB.
- Carlsson, Dorrit (1996): *Social omsorg*. Stockholm: Natur och kultur.
- Clevesköld, Lars/Lundgren, Lars/Thunved, Anders (2008): *Handläggning inom socialtjänsten*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Döös, Marianne/Wilhemson, Lena (2003): *Delat ledarskap – en trend i vardande?* s.323–344 i von Otter Carsten (red) (2003): *Ute och inne i svenskt arbetsliv*. Arbetsliv i omvandling nr 2003:8, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Emling, Emil (2002): *Informellt ledarskap och organisatorisk förändring – en kunskapsammanställning*. Stockholm: Trygghetsfonden för kommuner och landsting.
- Fahlström, Gunilla (1999): *Ytterst i organisationen – om undersköterskor, vård- och sjukvårdsbiträden i äldreomsorg*. Stockholm: Uppsala universitet.
- Flaa, Paul (red) (1998): *Introduktion till organisationsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, Rolf/Szebehely, Marta (2005): *Arbetsvillkor och styrning i äldreomsorgens hierarki*. Stockholm: Akademitryck AB.
- Henriksen, Jan-Olav/Vetlesen, Arne Johan (2001): *Etik i arbete med människor*. Polen: Studentlitteratur.
- Hanson, Anders (2004): *Hälsopromotion i arbetslivet*. Malmö: Studentlitteratur.
- Kant, Immanuel (1997): *Grundläggning av sedernas metafysik*. Göteborg: Daidalos.
- Karlsson, Ingrid (2006): *Att leda i kommunal äldreomsorg*. Växjö: IVOSA.
- Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red) (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, Ingemar/Peterson, Hans-Inge (1998): *Medicinens idéhistoria*. Stockholm: SNS förlag.

Sahlin, Jan/Gavelin, Wanja (2003): *Vad säger hälso- och sjukvårdslagen?* Växjö: Gothia.

Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Tännsjö, Torbjörn (2000): *Grundbok i normativ etik*. Stockholm: Thales.

Törnqvist, Agneta (2004): *Vad man ska kunna och hur man ska vara*. Stockholm: HLS Förlag.

Westlund, Peter/Larsson, Elisabeth (2002): *Kommunens sjuksköterska*. Kalmar: Fokus.

Westlund, Peter/Sjöberg, Arne (2005): *Antonovsky inte Maslow*. Lettland: Fortbildningsförlaget.

Wolmesjö, Maria (2005): *Ledningsfunktion i omvandling*. Lund: Lunds universitet.

## **8.2 Uppsatser**

Arndorff, Julia/Arnrud, Liv (2008): *Vem gör vad i omvårdnadsarbetet?* Malmö högskola: C-uppsats.

Granström, Linda/Hasselbom Trofast, Anna (2007): *Finns det "ett gott myndighetsutövande" inom äldreomsorgen – och påverkas biståndsbedömningen av omsorgsmottagarens kön?* Kalmar högskola: C-uppsats.

Lundberg, Anna (2008): *Samverkan på särskilt boende"*. Luleås tekniska universitet: C-uppsats.

## **8.3 Författningar**

Regeringskansliets rättsdatabaser (1982): *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet: SFS 1982:763.

Datum: 090325

[http://62.95.69.15/cgi-](http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24{HTML}=sfst_1st&%24{OOHTML}=sfst_dok&%24{SNHTML}=sfst_err&%24{BASE}=SFST&%24{TRIPSHOW}=format%3DTHW&BET=1982%3A763%24)

[bin/thw?%24{HTML}=sfst\\_1st&%24{OOHTML}=sfst\\_dok&%24{SNHTML}=sfst\\_err&%24{BASE}=SFST&%24{TRIPSHOW}=format%3DTHW&BET=1982%3A763%24](http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24{HTML}=sfst_1st&%24{OOHTML}=sfst_dok&%24{SNHTML}=sfst_err&%24{BASE}=SFST&%24{TRIPSHOW}=format%3DTHW&BET=1982%3A763%24)

Regeringskansliets rättsdatabaser (2001): *Socialtjänstlag*. Socialdepartementet: SFS 2001:453

Datum: 090325

[http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24{HTML}=sfst\\_1st&%24{OOHTML}=sfst\\_dok&%24{SNHTML}=sfst\\_err&%24{BASE}=SFST&%24{TRIPSHOW}=format%3DTHW&BET=2001%3A453%24](http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24{HTML}=sfst_1st&%24{OOHTML}=sfst_dok&%24{SNHTML}=sfst_err&%24{BASE}=SFST&%24{TRIPSHOW}=format%3DTHW&BET=2001%3A453%24)

Socialstyrelsens författningssamling (1997): *Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård*. Socialstyrelsen: SOSFS 1997:10.  
[http://www.sos.se/sosfs/1997\\_10/1997\\_10.htm](http://www.sos.se/sosfs/1997_10/1997_10.htm)

Riksdagen (1990/91): *Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen*. Sveriges riksdag: SOU 1990/91.  
Datum: 090325  
[http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3322&doktyp=bet&rm=1990/91&bet=SoU9&dok\\_id=GE01SoU9](http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3322&doktyp=bet&rm=1990/91&bet=SoU9&dok_id=GE01SoU9)

## **8.4 Föreläsningar**

Föreläsning 090126 (Ronny Tikkanen): *Hur man kartlägger kunskapsläget inom ett forskningsområde*, Wallenbergssalen, Göteborgs universitet.

## **8.5 Internet**

Göteborgs universitet (090325): *Göteborgs universitetsbibliotek*.  
<http://www.ub.gu.se/sok/databaser/sok/>

Regeringskansliet (2008): *Tal av Maria Larsson vid äldreomsorgsdagarna*.  
Datum: 090820  
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/7699/a/115429>

Vetenskapsrådet (2002): *Forskningsetiska principer inom human och samhällsvetenskaplig forskning*.  
Datum: 090325  
[http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska\\_principer\\_tf\\_2002.pdf](http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_principer_tf_2002.pdf)

## **8.6 Uppslagsverk**

Nationalencyklopedin, 090320\_1:  
Sökord: salutogen  
Tillgänglig via prenumeration: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sok/salutogen?type=NE>

Nationalencyklopedin, 090320\_1a:  
Sökord: patogenes  
Tillgänglig via prenumeration: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/patogenes>

Nationalencyklopedin, 090320\_1b:  
Sökord: etik  
Tillgänglig via prenumeration: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/etik>

Nationalencyklopedin, 090820\_1c:

Sökord: normativ etik

Tillgänglig via prenumeration: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/normativ-etik>

Wikipedia, 090320\_1:

Sökord: ledarskap

<http://sv.wikipedia.org/wiki/Ledarskap>

Wikipedia, 090320\_1a:

Sökord: särskilt boende

[http://sv.wikipedia.org/wiki/S%C3%A4rskilt\\_boende](http://sv.wikipedia.org/wiki/S%C3%A4rskilt_boende)

## **8.7 Övrigt**

Arbetsdokument (090415): *Arbetsbeskrivning för ledare inom Vård- och omsorg.*

Arbetsdokument (090330): *Riktlinjer för sjuksköterskor i kommunen.*

Arbetsdokument (090325): *Verksamhetsplan.*

# 9. Bilagor

## 9.1 Bilaga 1 - Presentationsbrev

Information om intervju inför C-uppsats

Hej!

Jag heter Tina Fröjdlund, är 37 år och läser till socionom på Göteborgs Universitet. Jag skriver nu, på min sjätte termin, en C-uppsats, där jag tänkt genomföra 4 stycken intervjuer, på tre äldreboenden vardera.

De jag kommer att intervjua, respondenterna, är:  
en enhetschef, en sjuksköterska samt två ur omsorgspersonalen per boende.

Mitt syfte med intervjuerna är att undersöka vad det betyder för medarbetare/omsorgspersonal på ett äldreboende att motta och hantera budskap från enhetschef respektive sjuksköterska, som ska omsättas i det direkta omsorgsarbetet? Anledningen till att även enhetschef samt sjuksköterska intervjuas är att jag är intresserad av vilken typ av ledarskap de både yrkeskategorierna utövar och om detta ledarskap kan upplevas dubbelt.

Jag arbetar efter de standardiserade forskningsetiska principer som råder, vilket innebär att de svar Du ger är helt konfidentiella. Du kommer att bli avidentifierad som person och Dina svar kommer endast att användas i denna undersökning som även kommer att publiceras på Universitetets hemsida. Du har rätt att säga ifrån och även att avbryta när som helst under intervjuens gång. Du kommer att bli tillfrågad innan intervjun startar om Du ger Ditt samtycke till att intervjuerna spelas in. Anledningen till inspelningen är att det underlättar för mig att kunna transformera det talade ordet på bandet till papper i efterhand, eftersom min minneskapacitet är begränsad...

Inspelningen kommer endast att användas av mig samt att filerna raderas från diktafonen då uppsatsen är färdigställd.

Jag tackar så hemskt mycket för Din medverkan, tack vare Dig kunde detta genomföras! Ett litet tack delas ut i form av en trisslott.

Med vänlig hälsning  
/Tina Fröjdlund

Frågor? Mail: XXXXX@XXXX.XXX  
Telefon: XXXX-XXXXXX

## **9.2 Bilaga 2 - Intervjuguide enhetschefer**

- 1) Vad ingår i ditt uppdrag som (linje)chef?
- 2) **A. Hur uppfattar du ditt uppdrag som ledare i förhållande till omsorgspersonalen? Vad anser du är viktigt i ditt ledarskap? B. Vad anser du är viktigt för verksamheten? C. Hur leder du personalen för att nå verksamhetens mål? Vilka möjligheter respektive hinder finns att utöva detta? D. Vilka är de formella målen för verksamheten? E. Vilka är dina mål för verksamheten?**
- 3) Tycker du att ditt uppdrag är tydligt?
- 4) Hur ser du på din professionella relation till sjuksköterskan? Hur förhåller ni er till varandra?
- 5) Finns det någon typ av samarbete och hur ser det i så fall ut? Ser du några möjligheter respektive hinder i detta?
- 6) Vilken betydelse har det för dig att ni har olika uppdragsgivare? Kan det ha någon betydelse att ni har olika professioner?
- 7) Vad är viktigt för dig för att kunna utföra ditt uppdrag? Vilka förutsättningar måste finnas?
- 8) Vilket stöd får du av din närmaste chef i din yrkesroll?
- 9) Förekommer etiska diskussioner mellan enhetschefer och sjuksköterska – mellan enhetschefer och omsorgspersonal? Vad handlar de i så fall om? Hur ser de ut?
- 10) Finns det värderingar och förhållningssätt som genomsyrar äldreomsorgsorganisationen? Vilka i så fall och hur uppfattar du dem?
- 11) Vem/vilka är omsorgspersonalen beroende av då det gäller innehållet i deras arbete? Hur kan det se ut – ge exempel!
- 12) Berätta om arbetsinnehållet – vem bestämmer vad?
- 13) Om något går snett för personalen - i vilka fall blir det enhetschefens ansvar? Hur hanteras och rapporteras de incidenterna?

### **9.3 Bilaga 3 - Intervjuguide sjuksköterskor**

- 1) Vad ingår i ditt uppdrag som sjuksköterska?**
- 2) Hur uppfattar du ditt uppdrag som sjuksköterska i förhållande till omsorgspersonalen? Vad anser du är viktigt?**
- 3) Tycker du att ditt uppdrag är tydligt?**
- 4) Innehar du någon form av ledarskap? Vad består det i så fall i?**
- 5) Hur ser din professionella relation till enhetscheferna ut? Hur förhåller ni er till varandra?**
- 6) Finns det någon typ av samarbete och hur ser det i så fall ut? Ser du några möjligheter respektive hinder i detta?**
- 7) Vilken betydelse har det för dig att ni har olika uppdragsgivare? Kan det ha någon betydelse att ni har olika professioner?**
- 8) Vad är viktigt för dig för att kunna utföra ditt arbete/uppdrag? Vilka förutsättningar måste finnas?**
- 9) Vilket stöd får du av din närmaste chef (i din yrkesroll)?**
- 10) Förekommer etiska diskussioner mellan sköterska och enhetschef – mellan sköterska och omsorgspersonal? Vad handlar de i så fall om? Hur ser de ut?**
- 11) Finns det värderingar och förhållningssätt som genomsyrar äldreomsorgsorganisationen – vilka i så fall och hur uppfattar du dem? Möjligheter respektive hinder?**
- 12) Vem/vilka är omsorgspersonalen beroende av då det gäller innehållet i deras arbete? Hur kan det se ut – ge exempel!**
- 13) Berätta om innehållet – vem bestämmer vad?**
- 14) Om något går snett i personalen – i vilket fall blir det sköterskans ansvar? Hur hanteras och rapporteras de incidenterna?**



## **9.4 Bilaga 4 - Intervjuguide omsorgspersonal**

- 1) Vad ingår i ditt uppdrag som omsorgspersonal här på boendet?
- 2) Hur uppfattar du ditt uppdrag – vad är viktigt? Vad anser du är viktigt för att du ska kunna utföra ditt arbete/uppdrag? Finns det fler du är beroende av för att utföra arbetet?
- 3) Vad finns det för möjligheter respektive hinder och hur kan du arbeta med det?
- 4) På vilket sätt får du hjälp av din enhetschef i detta?
- 5) På vilket sätt får du hjälp av sköterskan i detta?
- 6) Tycker du att ditt uppdrag, dvs dina arbetsuppgifter, är tydligt/tydliga?
- 7) Vem/vilka är du beroende av då det gäller innehållet i ditt arbete?
- 8) Berätta närmare om innehållet – vem bestämmer vad?
- 9) Om något går snett där du eller någon arbetskompis är inblandad eller om det händer något du eller någon annan inte kan hantera:
  - hur kan en sådan situation se ut?
  - vad händer då?
  - vart/till vem vänder du dig?
  - vem bestämmer över dig då?Ge exempel!
- 10) Kan det vara så att enhetschefen och sjuksköterskan tycker olika om saker – vad i så fall? Uppfattar du att det påverkar ditt omsorgsarbete och i så fall hur? Ge exempel!
- 11) Förekommer diskussioner om etik mellan dig och sköterskan – mellan dig och enhetschefen? Vad handlar de i så fall om? Hur ser de ut?
- 12) Finns det värderingar och förhållningssätt som du tycker genomsyrar äldreomsorgsorganisationen – vilka i så fall och hur uppfattar du dem? Möjligheter respektive hinder?