

INSTITUTIONEN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP  
Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige

**VILJAN ATT GÖRA  
SKILLNAD – EN UTMANING I  
VÅRDENHETSCHEFERS  
LEDARSKAP**

Gunilla Johansson



**Karolinska  
Institutet**

Stockholm 2010

De publicerade artiklarna är tryckta med tillstånd från förlaget.

Publicerad av Karolinska Institutet. Tryckt av Universitetservice US-AB.

© Gunilla Johansson, 2010

ISBN 978-91-7409-895-2

# ABSTRACT

**Aim:** The overall aim of this thesis was to gain a deeper understanding of F-LNMs' leadership. Another aim was to examine possible differences in self-rated health between F-LNMs and registered nurses (RNs) on various psychosocial factors.

**Method:** **Study I and III** are single case studies. **Study I** concerns a first-line nurse manager working in a unit for care of older people. Data collection comprised of two interviews, observations, and documents. A hermeneutic approach was used for the analysis. **Study II** was carried out in three units at three Swedish hospitals. Three F-LNMs and 14 RNs participated. Interviews were used to collect data. The interviews were analysed using qualitative content analysis. **Study III** was conducted at a palliative care unit. Data were collected using three separate instruments: a questionnaire, group interviews with nurses and leaders, and documents. Qualitative content analysis was used to analyse the material. **Study IV** was conducted at a university hospital. Seventy-eight F-LNMs and their 1,806 subordinated RNs participated in the study. Data were collected using a web-based questionnaire (Web-QPS) to assess the participant's psychosocial work environment and their self-rated health.

**Result:** The main finding in **study I** was that the F-LNM goal-profile consisted of three goals - the nurse goal, the administrator goal and the leadership goal. The administrator and leadership goal were in accordance to her job description, while the nurse goal was interpreted as a personally chosen and prioritised goal. In **study II** the result was illustrated in one main theme referred to as between being and doing. The RNs and F-LNMs described what it was to be a good professional (being), how they were engaged in creating a good work climate (doing) and personal outcomes of this project (gaining). In **study III** the result showed that the most important component at the palliative care unit was to accomplish the vision of good palliative care. Congruence in leadership, mature group functioning, adequate organisational structures and resources, and comprehensive and shared meaningfulness were all identified as essential components for fulfilling the vision. In **study IV** both F-LNMs and RNs found their work in general important, interesting and meaningful and reported self-rated health as good. However, about 10-15% showed signs of being at risk for stress related ill health. The results showed statistically significant differences in the distribution between the F-LNMs and the RNs on three indices: job control, job demand and managerial support in a direction which would be favorable to the F-LNMs.

**Conclusion:** Nurses and F-LNMs seem to have high ideals and expectations of giving good care. The value-system of nursing, i.e. providing the best care for each patient, seems to be a point of departure for the F-LNMs leadership. Key factors for obtaining this are sufficient resources and adequate structures as well as good climate in the teams. One can therefore assume that the F-LNMs should be based on creating a healthy and sustainable work environment that promotes the quality of care and employee well-being. This is obtained by promoting development of ethical competence of the F-LNMs themselves as well as the employees. F-LNMs' work conditions have a significant impact on how they can support and promote such a development.

**Keywords:** First-line nurse manager, leadership, self-rated health, virtues, work environment

## PUBLIKATIONSLISTA

- I. Johansson, G., Pörn, I., Theorell, T. & Gustafsson, B. (2007). A first-line nurse manager's goal-profile. *Journal of Clinical Nursing* 16 (1), 149-159.
- II. Johansson, G., Andersson, L., Gustafsson, B. & Sandahl, C. (2010). Between being and doing - the nature of leadership of first-line nurse managers and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 19, 2619-2628.
- III. Johansson, G., Sandahl, C. & Andershed, B. Good care giving: The core of the work environment in palliative care. Resubmitted after first review to the journal *Leadership in Health Services*.
- IV. Johansson, G., Hasson, D. & Sandahl, C. Role stress among first-line nurse managers and registered nurses - a comparative study. Submitted.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT .....	1
1 INTRODUKTION .....	1
2 BAKGRUND .....	2
2.1 Hälso- och sjukvårdsorganisationer .....	2
2.1.1 Förändringar inom svensk hälso- och sjukvård och kommunal omsorgsverksamhet .....	4
2.1.2 Kultur och värderingsgrund i svensk hälso- och sjukvård ....	6
2.1.3 Vårdenhetschefens position och roll .....	7
2.1.4 Vårdenhetschefens betydelse .....	9
2.2 Ledarskapsteori .....	10
2.2.1 Ledarskap och management .....	10
2.2.2 Olika perspektiv på ledarskap .....	11
2.2.3 Personliga egenskaper och ledarstilar .....	13
2.2.4 Forskning om vårdenhetschefers ledarskap .....	15
2.2.5 Vårdenhetschefers hälsa .....	16
3 MOTIV FÖR STUDIEN .....	18
3.1 Delsyften .....	19
4 MATERIAL OCH METODER .....	20
4.1 Design .....	20
4.2 Studie I .....	22
4.2.1 Enhet/Kontext .....	22
4.2.2 Deltagare .....	22
4.3 Studie II .....	22
4.3.1 Enheter/Kontext .....	22
4.3.2 Deltagare .....	22
4.4 Studie III .....	23
4.4.1 Enhet/Kontext .....	23
4.4.2 Deltagare .....	24
4.5 Studie IV .....	24
4.5.1 Enheter och deltagare .....	24
4.6 Datainsamling .....	25
4.6.1 Studie I .....	25
4.6.2 Studie II .....	25
4.6.3 Studie III .....	26
4.6.4 Studie IV .....	26
4.7 Analys av data .....	26
4.7.1 Studie I .....	26
4.7.2 Studie II .....	27
4.7.3 Studie III .....	28
4.7.4 Studie IV .....	28
4.8 Etiska överväganden .....	29
5 RESULTAT .....	31
5.1 Studie I .....	31
5.2 Studie II .....	33

5.3	Studie III .....	36
5.4	Studie IV .....	39
6	DISKUSSION .....	41
6.1	Diskussion av resultatet.....	41
	Metoddiskussion.....	47
7	SLUTSATSER .....	50
8	STUDIENS BETYDELSE OCH FRAMTIDA FORSKNING .....	51
9	POPULÄRVETENSKAPLIG SAMMANSTÄLLNING .....	52
10	TACK .....	53
11	REFERENSER.....	56

## LISTA MED FÖRKORTNINGAR

HDM	Hypotetisk deduktiv metod
EN	Enrolled Nurse
F-LNM	First-Line Nurse Manager
OLBI	Oldenburg Burnout Inventory
PBS	Performance-based self-esteem
RN	Registered Nurse
SRH	Self-rated health
Webb-QPS	Web-based Questionnaire for psychological and social factors at work
QPS	The general Nordic Questionnaire for psychological and social factors at work





# 1 INTRODUKTION

Detta avhandlingsarbete har vuxit fram utifrån min 40-åriga yrkeserfarenhet inom svensk hälso- och sjukvård. Under 80- och 90-talet arbetade jag som sjukhemschef och vårdchef och det var också då som genomgripande förändringar av struktur och organisationsformer påbörjades och genomfördes inom svensk hälso- och sjukvård. Tidigare hade sjuksköterskor haft olika positioner i högsta ledningen d.v.s. både på klinik- och sjukhusledningsnivå. Den decentralisering som följde under 80- och 90-talet medförde att dessa ledande sjuksköterskebefattningar för omvårdnadsarbetet försvann och den centrala ledarskapspositionen för omvårdnadsarbetet blev vårdenhetschefen; chef för en vårdavdelning eller annan enhet. Vårdenhetschefer var under flera år mina närmsta medarbetare och jag fick insikt i deras ansvarsfulla och krävande arbete. De hade en särskilt utsatt position eftersom de fanns mellan den vårdpersonal som utförde själva omvårdnadsarbetet och den högre ledningen i organisationen. Min upplevelse av att de behövde stort stöd och kontinuerliga utvecklingsmöjligheter stärktes genom åren. Eftersom sjuksköterskor under denna period förlorade högre positioner i hälso- och sjukvårdsorganisationerna var också det närmaste stödet från den egna professionen för vårdenhetscheferna borta.

Under de år jag arbetade som sjukhemschef och vårdchef genomfördes omfattande förbättringsarbeten avseende både arbetsmiljö och vårdkvalitet inom de aktuella organisationerna. Jag blev medveten om att arbetet med förbättring av verksamheten innebar komplexa processer som krävde ett intensivt arbete under lång tid. Under dessa år växte framför allt insikten fram om att ledarskapet hade stor betydelse för såväl en god arbetsmiljö som utveckling av omvårdnadsarbetet. Dessa erfarenheter har medfört att vårdenhetschefers ledarskap har fått vara i fokus i denna avhandling.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSORGANISATIONER

Hälso- och sjukvårdsorganisationer är komplexa sociala system och kan ses som både slutna och öppna system samtidigt. Det finns med andra ord en ständig spänning mellan behovet av förutsägbarhet, order och effektivitet å den ena sidan och öppenhet, anpassning och innovation å den andra sidan (Shortell & Kaluzny, 2000). Hälso- och sjukvården är såväl nationellt som internationellt i hög grad organiserad utifrån en kunskapsspecialisering och kan beskrivas som bestående av fyra världar - politik, administration, medicin och omvårdnad (Norbäck & Targama, 2009). Dessa olika världar har sin egen verksamhetslogik och fungerar som olika kulturer vilket kan medföra att det i kampen om resurserna uppstår koalitioner som syftar till att gynna de egna gruppernas intressen. I den politiska världen finns representanter för samhället och beroende på olika politiska viljeyttringar, politiska koalitioner och även opinionsyttringar kan mål och direktiv bli otydliga och vaga. I den administrativa världen finns cheferna och olika administrativa yrkeskategorier. Här sker resursfördelningen till de olika verksamheterna och ”administratörerna” ska också hantera mål och krav från politiker, myndigheter etc. Den medicinska världen är baserad på läkarnas expertkunskap och de har också det yttersta ansvaret för medicinska beslut inom verksamheten. Statuskillnaderna kan vara stora mellan olika verksamheter och det har hävdats att egna specialistintressen kan gå före samarbete med andra enheter (ibid). Samordningen av olika insatser för patienterna och ansvaret för omvårdnadsarbetet utförs av legitimerade sjuksköterskor (Norbäck & Targama, 2009). De olika typerna av verksamheter kan ha stor distans mellan ”cure och care”. Vid en typ av verksamhet kan läkarnas andel av patientarbete vara hög exempelvis inom kirurgin, medan läkarna i andra verksamheter, exempelvis psykiatrin har låg andel i patientarbetet. Sjuksköterskors, undersköterskors och paramedicinska yrkeskategoriers andel i patientarbetet varierar också på samma sätt beroende på typ av verksamhet. Att det föreligger stora skillnader i intressen mellan dessa olika världar medför, att det som (Bolman, Deal, & Holmqvist, 2005) har beskrivit som det politiska perspektivet inom organisationer, kan utgöra en källa till konflikter, ständiga förhandlingar och ibland också revirstrider. Förmågan att samarbeta får en avgörande betydelse för dessa organisationers möjlighet att utvecklas.

Hälso- och sjukvårdspersonal hanterar dagligen frågor som rör hälsa, sjukdom och existentiella frågor. Mänskliga värden och värderingar är ständigt närvarande i det dagliga arbetet. Det finns dessutom en oförutsägbarhet i arbetet, d.v.s. man är ovetande om vad som kan hända från ett ögonblick till ett annat. Detta medför höga krav på flexibilitet såväl som på ett väl utvecklat samarbete mellan de olika professionsgrupperna, vilka med andra ord är starkt beroende av varandra för att kunna tillhandahålla och samordna patientens vård.

Ansvar för svensk hälso- och sjukvård fördelas mellan staten, landstingen och kommunerna (Hallin & Siverbo, 2003). Indelningen i landsting och kommuner regleras i kommunallagen (SSF, 1991:900) och för närvarande är Sverige indelat i 290 kommuner, 18 landsting och två regioner (Skåne och Västra Götaland). Statens ansvar består av reglering genom lagstiftning och tillsyn genom statliga myndigheter. Statens ansvarar också genom högskolor och universitet för utbildning och forskning. Största delen av hälso- och sjukvården (80%) finansieras genom skatter. Ett utmärkande drag i svensk hälso- och sjukvård är den s.k. tredjepartsfinansieringen vilken innebär att politikerna i kommunerna fördelar skattepengarna till de olika verksamheterna. Svenska hälso- och sjukvårdssystemet är decentraliserat och landstingen svarar till största delen för den allmänna hälso- och sjukvården både avseende finansiering och beslut om hälso- och sjukvården (Axelsson, 2000). Landstingen ansvarar för en god hälso- och sjukvård till medborgarna (SSF, 1982:763). För dem som bor i särskilda äldreboenden ansvarar kommunerna för att erbjuda en god hälso- och sjukvård (SFS, 2001:453; SSF, 1982:763).

Inom de svenska hälso- och sjukvårdorganisationerna styrs vanligtvis verksamheten av en verksamhetschef och de underställda enhetscheferna (Hallin & Siverbo, 2003). Verksamhetschefen har ledningsansvaret för hela hälso- och sjukvårdsprocessen även inklusive omvårdnad inom de olika verksamheterna. Jämfört med en del andra länder är detta en skillnad eftersom en del andra länder har en egen organisation för omvårdnad (Fransson Sellgren, 2007). Verksamhetscheferna tillhör ofta den medicinska professionen. Det är inte reglerat att verksamhetschefen måste inneha en medicinsk kompetens utan personer med andra professionstillhörigheter kan vara verksamhetschef. Om så är fallet krävs enligt hälso- och sjukvårdslagen (SSF, 1982:763) att det medicinska ansvaret för verksamheten utövas av en chefsöverläkare.

Enhetscheferna, framförallt inom sjukhusen, tillhör ofta sjuksköterskeprofessionen eller de paramedicinska yrkeskategorierna. Inom de kommunala organisationerna finns betydligt mer socionomer på både verksamhetschefs- och enhetsnivå.

Inom svensk hälso- och sjukvård, omsorg och sociala tjänster finns idag omkring 176000 personer med yrkeslegitimation. Antalet legitimerade sjuksköterskor är idag ca 115000 varav 88% av dem arbetar inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2009).

### **2.1.1 Förändringar inom svensk hälso- och sjukvård och kommunal omsorgsverksamhet**

Hälso- och sjukvården i Sverige har under de senaste åren genomgått stora struktur- och systemförändringar. I början av 1980-talet startade en kraftig decentralisering av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet vars syfte var att omfördela makten från centrum till periferin. Förändringar har också genomförts i många andra länder men det som verkar vara unikt för Sverige är att antalet förändringar är fler och har skett i en större omfattning (Axelsson, 2000). Fram till 1965 leddes sjukhusen av en styresman som tillika var läkare medan sjuksköterskor och vårdbiträden leddes av en husmor. I mitten av 1960-talet centraliserades hälso- och sjukvårdsorganisationerna och styresmannen fick en mera rådgivande roll. Som ytterst ansvarig ledare för sjukhusen tillsattes sjukhusdirektörer vilka inte alltid var läkare. Den tidigare husmodersfunktionen fick en administrativ position – sjukvårdsföreståndare. I slutet av 1970-talet och i början av 1980-talet utsattes den svenska hälso- och sjukvården för mycket kritik. Den ansågs ha blivit för byråkratisk och vården hade avhumaniserats och saknade serviceinriktning. Läkare blev chefer för verksamheterna s.k. klinikchefer och medan sjukvårdsföreståndarens roll förändrades till att bli en konsultroll som omvårdnadsexpert i den centrala administrativa staben (Axelsson 2002). Sverige var också det enda bland de nordiska länderna som inte längre hade ett uttalat ledningsansvar för sjukvårdsföreståndarna avseende omvårdnadsområdet med personal och verksamhet (Rydholm, 1992). Staberna bestod av olika personer med expertkompetens som skulle leverera underlag för beslut i ledningen och dessutom vara resurspersoner för de andra avdelningarna. Personer som arbetade i staben hade ingen formell makt och kunde heller inte ge direktiv eller uppdrag till verksamheterna (Svedberg, 2007). På enhetsnivå blev nu vårdenhetscheferna den enda ledande positionen inom omvårdnad och också den lägsta ledarnivån.

Tre stora huvudmannaskapförändringar genomfördes också under 1990-talet – Ädelreformen 1992 (SSF, 1991:1150), Handikappreformen 1994 (SSF, 1993:387) och Psykiatrireformen 1995 (Prop, 1993/94:218). Dessa reformer innebar att vården av äldre och psykiskt långtidssjuka samt omsorgsverksamheten överfördes från landstingen till kommunerna (Falk & Nilsson, 1999; Landstingsförbundet, 2002). Reformerna visade sig ha en avsevärd effekt på hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsmiljöer (Arnetz, 1999; Axelsson, 2000; Forsberg, Axelsson, & Arnetz, 2001). Inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen sågs dessutom framförallt tre tendenser till förändring och utveckling - utveckling mot en marknadsorientering, införandet av flexibla arbetsorganisation och decentralisering av beslut (Wolmesjö, 1998).

Förnyelsen som den offentliga sektorn har genomgått de senaste åren har framför allt influerats av en ledningsfilosofi som kallas ”new public management” i vilken centrala delar är avreglering, privatisering, kontraktstyrning och decentralisering (Holmberg, 2003). De nya idéerna har införts trots att forskning om hur man bäst styr hälso- och sjukvård är begränsad (Hallin & Siverbo, 2003). Det har bl. a. hävdats att det finns skillnader mellan hälso- och sjukvårdsorganisationer jämfört med industriorganisationer (Svedberg, 2007). De mest framträdande särdragen mellan offentliga organisationer och privat näringsliv är motiven bakom organisationers uppkomst och existens, att offentliga organisationer innehåller både myndighetsutövning och servicefunktioner, och att målet i dessa organisationer är att tjäna allmänheten (Holmberg, 2003). Målen är mer komplexa och ska utgöras av en samhällelig demokratisk värdegrund och också vara etiskt försvarbara (Svedberg, 2007). Även om hälso- och sjukvårdsorganisationer delar olika karaktäristika (svårighet att mäta resultat, oförutsägbarheten i arbetet, varierande och komplext arbete, liten tolerans för misstag, hög grad av samordning mellan professionella grupper, hög grad av specialisering och liten kontroll av ledningen) med andra organisationer, kan de ses som ”ovanliga” i den bemärkelsen att hälso- och sjukvårdsorganisationerna innehar alla av de ovan beskrivna karaktäristika samtidigt (Shortell & Kaluzny, 2000).

I en hälso- och vårdorganisation ska verksamheten tjäna allmänhetens intresse varför hälso- och sjukvårdsorganisationer som styrs utifrån vinstintressen således har dubbla målsättningar att arbeta efter. Minskade budgetar och personalresurser som syftar till att reducera kostnaderna till förmån för vinstintresset kan medföra att medarbetarna inte

kan uppehålla den vårdkvalitet som de eftersträvar (Payne, 2007) vilket kan i sämsta fall kan riskera att äventyra både vårdens kvalitet och medarbetarnas hälsa. Används ”vinsten” däremot för att utveckla och förbättra verksamheten kan målsättningarna vara förenliga.

Ledarskap och styrning inom offentlig verksamhet kan beroende på tidigare beskrivna skillnader därmed anses ha annorlunda villkor och förutsättningar (Holmberg, 2003). Trots denna uppfattning om väsentliga skillnader har det privata näringslivets idealtypsföretag, d.v.s. en ägarstyrd organisation där målet är vinstmaximering, använts som förebild. Offentliga verksamheter kan få inspiration från näringslivet men principer från näringslivet kan inte urskillningslöst överföras till offentlig verksamhet (Thylefors, 2007).

### **2.1.2 Kultur och värderingsgrund i svensk hälso- och sjukvård**

Kulturen i en organisation är ett speciellt fenomen och skiljer sig från nationella kulturer (Hofstede & Hofstede, 2005). Organisationskultur kan förstås ”som ett komplex av gemensamma föreställningar, innebörder, betydelser, normer och värderingar hos människor som tillhör en viss organisation” (Norbäck & Targama, 2009). Organisationskulturer kan ses som ett gemensamt sätt att förstå verksamheten och utgör därmed en viktig grund för lärande och utvecklingsarbete inom verksamheten. Varje organisation har sin kultur med värderingar, vanor och kunskap som är influerat av individerna och organisationen (Abrahamsson & Andersen, 2005).

Svensk hälso- och sjukvård vilar enligt hälso- och sjukvårdslagen på en värdegrund som utgår från att alla människor har lika värde (SSF, 1982:763). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den enskilda människans integritet och självbestämmande betonas. Det framhålls också att vården om det är möjligt ska utformas i samråd med patienten. Målet för hälso- och sjukvården är en god vård på lika villkor för hela befolkningen och landstingen ska planera sin hälso- och sjukvård efter befolkningens behov. Ledningen inom offentlig verksamhet ska sprida kunskap om och förankra den övergripande normativa värdegrunden eftersom den ska vara vägledande för handlandet i verksamheten (Lind & Arvidsson, 1998). De senaste åren har organisationskultur och etiska värderingar fått en större uppmärksamhet inom företag och offentlig förvaltning (Lind & Arvidsson, 1998; Trollestad, 2000). En av orsakerna till detta är

de strukturella förändringar som skett inom organisationerna men också en förändring i samhällskulturen. Människor i dagens arbetsliv vill ha meningsfulla arbetsuppgifter, möjlighet till personlig utveckling, delaktighet och självständighet (Trollestad, 2000). Vårderingsarbete i organisationer är fullt möjligt och kan ha positiva effekter på en organisations framgång att lösa sitt uppdrag. Det krävs dock uthållighet, mod och en kommunikativ kompetens hos ledarna samt att medarbetarna ges möjligheter att aktivt delta i vårderingsarbetet och har möjlighet att påverka resultatet (ibid).

### **2.1.3 Vårdenhetschefens position och roll**

I internationell litteratur har vårdenhetschefer olika benämningar vilket kan vara ett problem eftersom det finns en risk att man använder resultat från studier som inte avser denna grupp (Cameron-Buccheri & Ogier, 1994; Duffield, 1991). I den engelskspråkiga litteraturen användes tidigare i USA termen "head nurse" medan termen "nurse manager" är vanligare i dag. I Storbritannien har termen "ward sister" eller "ward manager" använts medan man i Australien har använt sig av termerna "unit manager", "unit nurse manager", "charge nurse" alternativt "charge sisters". De senaste åren har termen "first-line nurse manager" (F-LNM) mera förekommande använts i litteraturen. Även termen "front line nurse manager" förekommer (Gunnarsdottir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam, 2009). Benämningen F-LNM är en generisk term och används för att benämna de sjuksköterskor som har ett chefsansvar för den dagliga omvårdnadsverksamheten vid enheter inom hälso- och sjukvården (Thorpe & Loo, 2003). Termen F-LNM är en term som klargör var i ledningsstrukturen chefen befinner sig. I Sverige var den tidigare benämningen på dessa chefer avdelningsföreståndare, men under 90-talet så blev den termen mindre förekommande. Riksföreningen för vårdadministratörer gjorde 1997 en kartläggning av i vilken utsträckning sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker hade chefpositioner inom sjukhusen (Sundberg & Johansson, 1997). Kartläggningen visade att det fanns inte mindre än nio olika titlar för dessa chefsbefattningar. Chefssjuksköterska eller vårdenhetschef är idag vanligt förekommande benämningar i Sverige (Nilsson 2003).

Vårdenhetschefer är de som utgör kontakten mellan överordnade chefer och medarbetare (Anthony et al., 2005). De innehar den bästa positionen för att utöva ett inflytande eftersom de har kunskap om frågeställningar och utmaningar vad gäller omvårdnadspersonal och hur vården utformas. De konfronteras dagligen med frågor

som rör omedelbara och ofta oväntade frågeställningar som uppkommer inom den egna enheten.

Vårdenhetschefens förändrade roll innebär förutom ett utökat ansvar, komplexa uppgifter och större kontrollspann (d.v.s. det antal underställda som en chef ansvarar för (Socialstyrelsen, 2006) också ett strategiskt ledarskap med ansvar för verksamhets- och medarbetarutveckling. Förutom att chefer i dagens organisationer ska utföra traditionella chefsuppgifter som handledning, planering, kontroll och budgetarbete så förväntas det även att chefer utövar ett strategiskt ledarskap för att verksamheten ska utvecklas (Shortell & Kaluzny, 2000). Rollen som chef innebär även att cheferna ska vara ledare för både verksamhets- och medarbetarutveckling d.v.s. ska kunna analysera gapet mellan den aktuella verksamheten och behovet av förändring, kunna välja vilka interventioner som behöver göras, designa och planera dessa interventioner, och implementera samt följa upp interventionerna. De ska med andra ord vara förändringsledare (Wallick, 2002). För chefer inom vården innebär detta att verksamheten ska svara upp mot de behov och förväntningar som ställs från patienter och anhöriga samtidigt som verksamheten ska bedrivas kostnadseffektivt (Socialstyrelsen, 2006). De nya krav som idag också ställs är att ledaren är en nödvändig del av en teambaserad verksamhet men samtidigt ska ledarskapet vara fördelat mellan medlemmarna så att medlemmarna kan vara självständiga, styra och planera sitt arbete (Ellström & Kock, 2009).

Vårdenhetschefer har idag ett betydligt större kontrollspann än tidigare. Forskning har visat att kontrollspannets storlek påverkar medarbetarnas förtroende för arbetsgivaren, deras arbetstillfredsställelse och engagemang i sitt arbete (Socialstyrelsen, 2006). Hur stort ett kontrollspann kan vara och där det fortfarande finns en möjlighet att utöva ett bra ledarskap är osäkert. Flera faktorer såsom typ av verksamhet och mål, vilken organisation och medarbetarnas kompetens påverkar hur stort kontrollspannet kan vara. (Doran et al., 2004) redovisade att ett högt kontrollspann reducerade de positiva effekterna som en positiv ledarstil medförde avseende arbetstillfredsställelse och även patienttillfredsställelse. Författarna menar att hur bra en ledarstil är det ändå inte tillräckligt för att balansera effekterna av ett högt kontrollspann. Enheter med ett högt kontrollspann hade också en högre personalomsättning.



Vårdenhetschefers medarbetare är till stor del sjuksköterskor och undersköterskor. Sjuksköterskor har idag en mera autonom position i sitt arbete och förväntas i Sverige att utöva ett ledarskap för omvårdnadsarbetet (Socialstyrelsen, 2005).

Vårdenhetschefernas uppgift blir därför att fördela ett större ansvar till medarbetarna så de har möjlighet att själva leda sitt arbete. Vårdenhetschefers nyckelroller handlar om att lyssna, att bemyndiga, hantera konflikter, försvare (kämpa för) sjuksköterskorna, teamarbete, kommunikation och vara en förändringsagent i sitt ledarskap (Anthony et al., 2005).

#### **2.1.4 Vårdenhetschefens betydelse**

Vårdenhetschefer har en central betydelse i hälso- och sjukvårdsorganisationer genom att de påverkar både vårdkvalitet och arbetsmiljö (Cameron-Buccheri & Ogier, 1994; McGillis Hall & Donner, 1997; McGuire & Kennerly, 2006; Pedersen, 1993). De förändringar som skett inom hälso- och sjukvården har resulterat i komplexa organisationer, instabilitet och osäkerhet och detta måste hanteras av både chefer och medarbetare (Anthony et al., 2005). Hög personalomsättning av sjuksköterskor verkar vara ett globalt problem (Sellgren, Ekvall, & Tomson, 2007). Generellt sett är tillgång och efterfrågan på sjuksköterskor i Sverige för närvarande i balans (Socialstyrelsen, 2010). Däremot kan sjuksköterskeomsättningen variera starkt mellan olika kommuner och landsting. Internationella studier har visat att vårdenhetschefer påverkar personalomsättningen (Anthony et al., 2005) av sjuksköterskor. Det har framkommit att det finns en relation mellan vårdenhetens olika typer av ledarstil och patienternas tillfredsställelse med vården, såväl som medarbetarnas arbetstillfredsställelse.

Vårdenhetschefer med ledarstilar som fokuserade på uppgifter var associerade med en lägre arbetstillfredsställelse hos sjuksköterskorna (Cummings et al., 2008). Vid enheter där vårdenhetscheferna fokuserade mera på medarbetarna och relationer med dem var arbetstillfredsställelsen högre. I en svensk studie (Sellgren et al., 2007) fann man inget direkt samband mellan vårdenhetschefernas ledarstilar och möjligheten att behålla sina medarbetare. Däremot korrelerade vårdenhetschefernas ledarstil med sjuksköterskornas arbetstillfredsställelse vilket i sin tur korrelerade med personalomsättningen. I en senare studie identifierades fyra faktorer som har en möjlig inverkan på personalomsättningen: egenvården som motiverar, arbetsbördan, enhetens storlek (Sellgren, Kajermo, Ekvall, & Tomson, 2009) och ledarskapet. Mindre enheter hade en lägre personalomsättning. Forskning har också visat att det finns association mellan chefers ledarskap i hälso- och

sjukvårdsorganisationer och användning av forskningsresultat i vården (Boström, Wallin, & Nordström, 2007; Meijers et al., 2006; Ovretveit, 2005).

Vårdenhetscheferna har en central uppgift att skapa hälsosamma arbetsmiljöer (Shirey, 2009). Ledarbeteendet tycks påverka arbetsklimatet inom verksamheterna och det finns indikationer på att detta har framkommit t.ex. i en svensk studie som visade att vårdenhetschefens ledarstil korrelerade starkt till kreativt arbetsklimat Serllgren, Ekvall & Tomson, 2006. Det finns för närvarande ett intresse för hur vårdenhetschefer skapar en arbetsmiljö som har kopplats till det som i USA kallas för ”magnet hospitals” (Anthony et al., 2005; Upenieks, 2003a, 2003b). Att arbeta med att skapa en bra struktur för teamet ökar möjligheten att skapa ett bra teamarbete och vilket kan tänkas leda till ett bättre resultat d.v.s. högre vårdkvalitet. Det finns goda argument till att bra struktur leder till bra processer vilket i sin tur leder till ett bra resultat (Donabedian, 1988). Det är viktigt att vårdenhetschefer ser till att sjuksköterskornas grundläggande värden är uppfyllda (Sellgren, Kajermo, Ekvall & Tomson, 2009). Författarna menar att slutenvården måste ha tillräckligt med personal och föreslår även att omvårdnad kan organiseras i mindre team eller enheter för att få en mera hållbar miljö.

Vårdenhetschefers förmåga att leda kvalitetsarbetet har visat sig ha betydelse för arbetstillfredsställelsen hos sjuksköterskor (Lagesson, 2004). I denna studie relaterades 22% av sjuksköterskornas arbetstillfredsställelse till vårdenhetschefernas betoning på kvalitet.

## **2.2 LEDARSKAPSTEORI**

### **2.2.1 Ledarskap och management**

Begreppen ledarskap och management har definierats på flera olika sätt och det finns idag ingen konsensus om de båda begreppen (Yukl, 2006). (Zaleznik, 1977) anser att ledarskap och management är två olika funktioner. En chef är en person som har en roll som förutom att ha ett eget ansvar, också ett ansvar för att förmå andra att åstadkomma ett resultat (Jaques, 1996). Chefen har också ett ansvar att skapa, bygga och leda ett team så att teamet har en möjlighet att nå ett resultat. Med ledarskap menas här en inflytandeprocess som syftar till att få andra att acceptera ledarens mål eller syften och att få alla att arbeta i den riktningen som ledaren angett. Ledarskap är därför en viktig del av chefsrollen. Båda delarna är nödvändiga för att säkerställa att chefskapet utövas på ett effektivt sätt. En modell där personliga förmågor kombinerade med

ledarskapsuppgifter visar hur ledarens beteende reflekterar både management och ledarskap (Sandahl, Birgersson, Jansson, Sundlin, & Åkerlund, 2004; Sandahl, von Knorring, & Falkenström, 2010). Ledarskap har definierats på många olika sätt men de flesta definitionerna innehåller antagandet att ledarskap är en inflytandeprocess som syftar till att underlätta att nå en gemensam uppgift (Yukl, 2006). Ledarskap är i och för sig inte något fenomen som kräver en organisation utan förekommer i alla samhällliga kontext. Chefer däremot anställs till en formell position och förväntas i dagens organisationer att även fungera som ledare.

### **2.2.2 Olika perspektiv på ledarskap**

Att utgå från att ledarskap är en specialiserad roll, i vilken ledaren har ansvar och funktioner som inte kan delas med andra utan att gruppens effektivitet äventyras, har varit ett vanligt förekommande synsätt inom ledarskapsforskningen (Yukl, 2006). Det här sättet att beskriva rollen gör att termen får en passiv mening och stämmer inte överens med det synsätt på ledarskap som finns i våra organisationer idag. Enligt detta synsätt står ledarens kvaliteter, beteende och vilka effekter det har på grupper i fokus.

Reed & Bazalgette (2006) å andra sidan menade att en roll skapas utifrån varje persons egna önsknings av vad han/hon vill åstadkomma. Rollen omfattar dessutom både person, system och kontext. För att kunna utöva en roll så måste först personen finna rollen, sedan skapa den och slutligen utöva den. Att finna rollen är att förstå huvuduppgiften, vilka mål som finns, i vilket kontext man befinner sig i, vilka resurser som finns, och hur de egna kunskaperna och förmågorna är tillräckliga för att hantera situationen. Att skapa rollen innebär att ha intentionen att handla i organisationen, ha självkännedom om sina tankar och reaktioner, tidigare erfarenheter som begränsar, förväntningar på både sig själv och andras beteende. Att slutligen kunna utöva rollen är att vara klar över hur man vill handla i syfte att bidra till systemet, att vara villig att ta den risk det innebär att påverka andra, att tro på sina egna styrkor och kompetenser, att utöva sin auktoritet och uppmuntra till beslutsfrihet snarare än till kontroll (Reed & Bazalgette 2006; Sandahl et al., 2010).

Vissa forskare och teoretiker anser till skillnad från anhängarna av rollperspektivet att ledarskap är en delad process mellan en grupps medlemmar. Ledarskapet skulle med andra ord vara kollektivt (Yukl, 2006) och innebär att ledarskapet i en organisation är

fördelat mellan några eller även mellan alla medarbetare. Alla medlemmar i organisationen kan med andra ord vid någon punkt utöva ett ledarskap (Gronn, 2002)

De förändringar och nya krav som uppstått i organisationerna har skapat kvalitativt olika former av medberoende och samarbete mellan människor. Denna utveckling har stimulerat till att synsättet om fördelat (distribuerat) ledarskap fått mer uppmärksamhet de senaste åren. Trots detta är vår syn på ledarskap fortfarande dominerat av det faktum att ledaren är en nyckelfaktor i en grupps utveckling. Ett mera kollektivt ledarskap (informella ledare) är särskilt relevant i professionella organisationer men har inte fått särskilt stor uppmärksamhet (Alvesson & Deetz, 2000).

Angränsande modeller/ teorier till ett fördelat ledarskap är *participative leadership* och *self-management/self-leadership*. Participative leadership är en normativ modell för hur ledaren fattar beslut. Syftet med modellen är att förstå i vilken grad ledares beteende är enväldigt eller delaktigt (Yammarino, Dionne, Chun, & Dansereau, 2005). Modellen består av fem steg och syftar till att förbättra kvaliteten i besluten, hur man åtar sig att fatta beslut, för att reducera tid och kostnader samt främja medarbetarnas utveckling. Med ett ”*participative leadership*” menas med andra ord att chefen försöker uppmuntra och underlätta för medarbetarna att fatta beslut som annars skulle ha fattats av ledaren själv. Ledarens försök att göra medarbetarna delaktiga sker genom att ledaren frågar om råd, har gemensamma diskussioner och fattar beslut inom gruppen samt att ledaren även överlämnar hela beslutsprocessen till gruppen (Yukl, 2006). Vilken ledarskapstil som passar bäst anses i denna modell bero på situationen (Yammarino et al., 2005).

*Self-management/self-leadership* är en motivationsteori och kan delvis ersätta det formella ledarskapet (Yukl, 2006). Genom att medarbetarna tar ett större ansvar för sina egna beslut så blir de inte så beroende av ledaren. ”*Self-management*” är en uppsättning strategier som en person använder sig av för att för att förbättra sitt beteende och sina handlingar. Beteendestrategin handlar enligt detta synsätt om självbelöning, självbestraffning, självkontroll och självstyrning, att självständigt sätta sina mål, att öva och ändra riktning. Den kognitiva strategin involverar positiva samtal med sig själv och mental träning. Ledarens roll i ”*self-management*” teorin är att underlätta för och motivera medarbetarna att uppnå självstyre i sitt arbete.

### 2.2.3 Personliga egenskaper och ledarstilar

Den tidigaste ledarforskningen inriktade sig på att försöka finna egenskaper eller utmärkande drag som fanns hos framgångsrika ledare. Då forskningen inte kom fram till att det fanns någon direkt universell egenskap som utmärkte framgångsrika ledare övergick forskningen till att försöka finna beteendemönster (ledarstilar) som fanns hos framgångsrika ledare. Den tidiga forskningen vid Ohio State University kom fram till att ledarskapsbeteendet kunde beskrivas genom två faktorer: ”*consideration*” och ”*initiating structure*” (Abrahamsson & Andersen, 2005). Med *consideration* menas i vilken omfattning ledare visar sina medarbetare omtanke. Relationer, vänskap, tillit och medmänsklig värme är här framträdande aspekter. Med *initiating structure* menas i vilken grad ledaren lägger vikt vid att initiera aktiviteter i gruppen och hur arbetet ska organiseras. Med andra ord skapar här ledaren en struktur som syftar till att underlätta måluppfyllelse. Den vanligast förekommande ledarskapsstilen har varit *den relationsinriktade och uppgiftsinriktade* ledarskapsstilen (Blake & Mouton, 1985) och också olika kombinationer av dessa två. Fiedlers teori (Fiedler, 1997) om situationsanpassat ledarskap säger att hur effektiv en grupp blir beror dels på ledarstilen hos ledaren och i vilken omfattning ledaren i den aktuella situationen kan utöva kontroll och inflytande. Ett annat bidrag till situationsanpassat ledarskap kom från (Hersey & Blanchard, 1977), som menade att den viktigaste motivationsfaktorn är medarbetarna d.v.s. deras kunnighet, motivation och mognad.

Den transformativa ledarskapsstilen verkar vara den som är mest beskriven i senare års litteratur. Teorin om transformativt och transaktuellt ledarskap publicerades för första gången av (Burns, 1978). Transformativa ledare lockar fram medarbetarnas bättre sidor och leder arbetet mot högre och mer universella behov och syften. De beskrivs som visionära ledare och ledarskapet är av symbolisk natur d.v.s. de skapar mening av erfarenheter och de upptäcker och förmedlar en vision. Ledarskapet innebär en dubbelriktad process. Transformativt ledarskap anses motivera medarbetarna genom att uppmuntra dem att förvandla deras egenintresse för gruppen, organisationens eller samhällets sak. Medarbetarna är motiverade att åstadkomma mer än vad som förväntas av dem. De har förtroende, lojalitet och respekt för ledaren. Karismatiskt ledarskap kan vara en del av ett transformativt ledarskap, inte tillräckligt men nödvändigt (Larsson, 2003). Burns, (1978) kontrasterade den transformativa ledarskapsstilen med den transaktionella vilken innebär att ledaren förhandlar med sina underordnade d.v.s. de uppmuntras göra saker och får något annat tillbaka. Det handlar med andra ord om

belöning och kontroll (Larsson, 2003). Bass, (1985) utvecklade senare teorin om de transformativa och transaktionella ledarstilarna och menade att en ledare använder sig av båda ledarstilarna. Under de senare åren har kritik mot den transformativa ledarstilen framförts. Det finns flera olika beskrivningar om det transformativa ledarskapet och den del som beskrivs som karismatiskt har fått kritiska anhängare eftersom karisma kan dölja den äkthet som finns bakom.

Forskning som visar på liknande resultat i Sverige är (G. Ekvall & Arvonen, 1991) studie som förutom *den relationsinriktade och uppgiftsinriktade* ledarskapsstilen fann *den förändringsorienterade ledarskapsstilen* som till stor del överrensstämmer med den transformativa ledarstilen. En ledare med den här ledarstilen är förändrings- och utvecklingsbar, har en kreativ attityd, har visioner och är villig att ta risker. En senare studie visade att de ledare som var mest effektiva och också mest populära bland de underordnade var de som också skattades högt in alla tre dimensionerna (Ekvall & Arvonen, 1994). Resultatet visade också en tendens att resultatet var detsamma oavsett bransch, funktioner and organisationsnivå. Forskare som är intresserade av ledarstilar har till viss del lämnat fokus på det transformativa ledarskapet och börjat intressera sig för autentiskt ledarskap (Nyberg, 2008).

*Autentiskt ledarskap* har beskrivits av (Avolio & Gardner, 2005). Dessa ledare beskrivs som ledare som är sig själva och som försöker utveckla ett hälsosamt etiskt klimat där transparens, tillit, integritet och hög moral. De hjälper andra att uppnå samma äkthet som de själva. Det som är utmärkande för dessa ledare är att de har god självmedvetenhet, de har självkontroll och självstyrning, de har ett socialt utbyte och fungerar som positiva förebilder. Teorin om det autentiska ledarskapet är en grundkonstruktion för alla former av positivt ledarskap och har definierats av (Avolio & Gardner, 2005) på följande sätt:

*“as those who are deeply aware of how they think and behave and are perceived by others as being aware of their own and others’ values/moral perspectives, knowledge, and strengths; aware of the context in which they operate; and who are confident, hopeful, optimistic, resilient, and of high moral character”* (Avolio & Gardner, 2005, sid 321)

Avolio & Gardner, (2005) hävdar att en autentisk ledare främjar medarbetarnas växt genom att deras självmedvetenhet ökar, de har självkontroll och självstyrning. Att vara en positiv förebild medför att även medarbetarna kan utveckla autenticitet. Det är den autentiska komponenten i karaktären, d.v.s. att man har självkännedom och baserar sitt ledarskap på sina egna värderingar som skiljer ett autentiskt ledarskap från andra ledarskapsformer.

#### **2.2.4 Forskning om vårdenhetschefer ledarskap**

Då vårdenhetschefer konstruerar sitt ledarskap är samspelet, framförallt med medarbetarna en central komponent (Nilsson, 2003). Andra komponenter är deras egen, medarbetarnas och omgivningens acceptans av ledarskapet, hur de bemästrar d.v.s använder det utrymme som tillskrivs funktionen och deras anpassning till den rådande vardagen. De vårdenhetschefer som har accepterat sin ledarskapsfunktion och också bemästrar sitt handlingsutrymme använder det till att påverka och förändra verksamheten för både personal och patienter (Nilsson, 2003).

Det transformativa ledarskapet har framhållits som lämpligt för F-LNMs ledarskap. (Thorpe & Loo, 2003) och fann att vårdenhetschefer med en transformativ ledarstil var de som var effektivast och där också medarbetarna hade den högsta arbetstillfredsställelsen. Det ha påpekats att ett transformativt ledarskap passar i alla kontext och också skulle fungera särskilt bra i professionella organisationer. Prenkert & Ehnfors, (1997) fann dock i sin studie att vårdenhetscheferna hade ett mera transaktivt än transformativt ledarskap och föreslår att det finns ett beroende även av det kontext i vilken ledarna verkar. En svensk studie visade att de underordnade önskade en mera uppgiftsorienterad ledarstil från vårdenhetscheferna än vad vårdenhetscheferna trodde att de gjorde (Sellgren, Ekvall, & Tomson, 2006). Författarna menar att det kan vara ett uttryck för att de saknar krav och har en önskan om mera struktur.

När sjuksköterskor övergår från att vara sjuksköterskor till att vara vårdenhetschefer finns en tendens att de inte längre deltar i det direkta omvårdnadsarbetet (Duffield et al., 2001; Persson & Thylefors, 1999). Om de har fokus på omvårdnadsarbetet, de administrativa uppgifterna eller både och får en av avgörande betydelse för utvecklingen av omvårdnadsarbetet medarbetarnas arbetsmiljö (Sørensen, 2006; Viitanen, Wiili-Peltola, Tampusi-Jarvala, & Lehto, 2007) Fokuserade

vårdenhetscheferna i sitt ledarskap direkt på det dagliga omvårdnadsarbetet blev ledarskapsrollen ockuperad av dagliga händelserna och kortsiktiga perspektiv (Sørensen, 2006). Om vårdenhetscheferna fokuserade enbart på de administrativa uppgifterna så distanserade de sig från omvårdnadsarbetet och relationen med medarbetarna. Några av vårdenhetscheferna hade dock en mera dialektisk balans mellan de administrativa uppgifterna den egna professionskompetensen. Dessa vårdenhetschefer uttryckte en stark identitet med både omvårdnadsarbetet och de administrativa uppgifterna och utvecklade långsiktiga strategier för omvårdnadsutveckling. I en svensk studie utvecklade vårdenhetschefer i allmänhet sitt ledarskap lättare om de inte involverade sig i professionen (Dellve & Wikström, 2006). Vid ett universitetssjukhus i Finland fann man att vårdenhetscheferna hade olika ledarprofiler (Viitanen et al., 2007). Den mest förekommande profilen var den s.k. "vårdande modern" och den s.k. "administrativa sjuksköterskan". Den "vårdande modern" stödde sina medarbetare och var också involverade i traditionella arbetsuppgifter. Omvårdnadsutveckling och försöka att förbättra vården var här nertonad. Vårdenhetschefer med den "administrativa" profilen hade som mål att tillförsäkra att nödvändiga resurser fanns och att utföra administrativa uppgifter så att medarbetarna kunde koncentrera sig på vårdkvaliteten. Ytterligare en profil fanns den s.k. "experten och utvecklaren". Vårdenhetschefer med denna profil ordnade utvecklingsmöjligheter för medarbetarna och fokuserade på att skapa resurser för hög vårdkvalitet. De var också starkt patientorienterade.

Vårdenhetschefer har således inte bara olika ledarstilar utan de lägger också olika fokus på sitt arbete. På vilket sätt vårdenhetschefer söker sina ledarpositioner med hänsyn till utbildning, eget engagemang och situationsfaktorer påverkar förmodligen också hur deras ledarskap utvecklas (Bondas, 2006). Motiv kan vara att utveckla vården, skapa en miljö för hög vårdkvalitet och säkerställa en god arbetsmiljö för medarbetarna. Andra motiv kan vara en strävan mot personlig utveckling, en önskan om att lämna sjuksköterskeuppgifterna och även en mera passiv inställning till att verka i en ledarposition.

### **2.2.5 Vårdenhetschefers hälsa**

De flesta av vårdenhetscheferna i Sverige är kvinnor ( 90%) och befinner sig i ett socialt sammanhang som historiskt är grundat i starka hierarkiska och patriarkala strukturer. Det finns studier som visar att kvinnliga chefer har hög känslighet i att



uppfatta höga krav och kan ha svårt att koppla av från arbetet (Bernin, 2002). Stress och utövandet av kontroll har ett nära samband (Theorell, 2003). Att ha kontroll över sin egen situation är av stor betydelse för människor och innebär att man har möjligheter att själv kunna hantera vardagliga situationer. Enligt krav-kontroll-modellen (Karasek & Theorell, 1990) innebär höga krav, litet beslutsutrymme och lågt stöd från chefer och arbetskamrater en risk för ohälsa medan rimliga krav, stort beslutsutrymme och gott stöd från chefer främjar hälsa och utveckling hos de anställda.

Forskning om vårdenhetschefers hälsa är begränsad och en översiktsstudie om stress och coping fann endast 17 publicerade artiklar mellan 1980-2003 (Shirey, 2006). Studier mellan 2000-2003 handlade om vårdenhetschefers stress i relation till de nya utmaningarna i arbetsmiljön, sjuksköterskebrist, vårdenhetschefers ökade kontrollspann och negativ påverkan av långvarig stress. Laschinger, Almost, Purdy & Kim (2004) fann endast en artikel som rapporterade om vårdenhetens självskattade hälsa (Lindholm, Dejin-Karlsson, Östergren, & Udén, 2003). I denna studie rapporterade vårdenhetscheferna om höga krav samtidigt som stödet från deras chefer var lågt. De som hade höga krav och samtidigt lågt stöd från organisationen rapporterade även lägre nivåer av självskattad hälsa. Lågt stöd från egna chefer har även angivits som orsak till att lämna sin position (Skytt, Ljunggren, & Carlsson, 2007). I en annan studie visade det sig att vårdenhetscheferna trots stort stöd från organisationen så rapporterade de höga nivåer av burnout (Laschinger, Purdy, Cho, & Almost, 2006).

### 3 MOTIV FÖR STUDIEN

Nya organisationsformer och ett arbetsliv som mer och mer karaktäriseras av självständiga grupper ställer nya krav på ledarskapet och medför ett behov av förändrad kompetens och också förändring av hur chefer rekryteras och befordras (Sandberg & Fogelberg Eriksson, 2000). Nya krav och förväntningar gör att vårdenhetschefer behöver utveckla sin självkänedom och förståelse för det egna ledarskapet.

Underliggande värderingar och motiv är betydelsefulla och kan vara avgörande faktorer om ledaren blir framgångsrik och uppskattad av sina underordnade eller inte (Thylefors, 1991).

Forskning om vårdenhetschefer har varit inriktad på framför allt yttre betingelser och utgått från roll och funktion som bärande begrepp (Duffield, 1991; Oroviogicoechea, 1996). Det finns få studier om vårdenhetschefers ledarskapsbeteende och relation till arbetsklimat, arbetstillfredsställelse och personalomsättning (Fransson Sellgren, 2007). Forskning avseende första linjens chefer har överlag varit sparsam vilket kan betraktas som märkligt eftersom de fungerar som översättare för de mål ledningen formulerat. De förväntas även hantera personalens uppfattningar och förväntningar. Eftersom vårdenhetschefer konstruerar sitt ledarskap i interaktion med sina medarbetare så är också medarbetarnas förväntningar av central betydelse (Nilsson, 2003). Att inkludera medarbetare när vårdenhetschefers ledarskap studeras skulle kunna bidra med att öka kunskaperna om vårdenhetschefers ledarskap. Första linjens chefer är numerärt sett flest i organisationerna och har till uppgift att implementera ledningens strategier (Ellström & Kock, 2009). Att få en djupare förståelse för hur de utövar sitt ledarskap skulle kunna bidra till att skapa både en organisatorisk förståelse såväl som vårdenhetschefernas egen förståelse om betydelsen av detta ledarskap.

## **ÖVERGRIPANDE SYFTE OCH DELSYFTEN**

Det övergripande syftet med detta avhandlingsarbete har varit att få en djupare förståelse för vårdenhetschefers ledarskap utifrån en svensk kontext. Ytterligare ett syfte har varit att undersöka eventuella skillnader i självskattade hälsa mellan vårdenhetschefer och sjuksköterskor och olika psykosociala faktorer i deras arbetsmiljö.

### **3.1 DELSYFTEN**

Det specifika delsyftet för varje artikel har varit:

1. Att få förståelse för en vårdavdelningschefs målprofil genom att använda en handlings- och bekräftelsesteoretisk referensram.
2. Att beskriva vårdenhetschefers och sjuksköterskors uppfattningar och upplevelser av sitt arbete och hur ledarskapet utövas.
3. Att beskriva upplevelser av vad som karaktäriserade det goda arbetsklimatet vid en palliativ enhet och hur ledarskapet var involverat i detta.
4. Att undersöka eventuella skillnader i självskattade hälsa mellan vårdenhetschefer och sjuksköterskor och olika psykosociala faktorer.

## 4 MATERIAL OCH METODER

### 4.1 DESIGN

Denna avhandling består av fyra studier (I-IV) och har en deskriptiv design. Studie I-III är kvalitativa studier varav två är fallstudier (I, III). Studie IV är en kvantitativ studie. En översikt av studierna presenteras i tabell 1.

Studie I och III är båda fallsstudier. I studie I är fallet en vårdenhetschef vid ett äldreboende och i studie III är fallet en palliativ enhet där deltagarna i studien var sjuksköterskor, undersköterskor, vårdenhetschefen och en biträdande vårdenhetschef. Fallstudiemetodik kan anses som en relevant och användbar forskningsansats inom hälso- och sjukvård eftersom kontexten där utgör en viktig aspekt av vad som händer och sker (Yin, 2009). Fallstudier undersöker, beskriver eller förklarar det valda fallet och möjliggör en holistisk och meningsfull kunskap och förståelse utifrån den aktuella kontexten. Som datainsamlingsmetoder användes i båda studierna intervjuer (studie I individuella intervjuer, studie III gruppintervjuer) och dokument. I studie I användes också observationer och i studie III användes även ett frågeformulär för datainsamling. Dataanalysen i studie I har genomförts med hermeneutisk metod (Føllesdal, Walløe, & Elster, 2001) och tolkningen gjordes utifrån en handlings- och bekräftelse-teoretisk referensram. Datamaterialet i studie III har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Studie II genomfördes vid tre enheter inom tre olika sjukhus. Inkluderade var respektive enhets vårdenhetschef och totalt 14 sjuksköterskor vid dessa enheter. Datamaterialet samlades in genom individuella intervjuer och analyserades sedan med kvalitativ innehållsanalys (Krippendorff, 2004). Studie IV är genomförd vid ett universitetssjukhus i Sverige och deltagarna var 78 vårdenhetschefer och 1 809 sjuksköterskor. För datainsamling i studie IV användes ett webbaserat frågeformulär Webb-QPS (Hasson, Gustavsson, & Sandahl, 2006) som mäter självskattad hälsa och psykosociala faktorer i arbetslivet. Datamaterialet analyserades med deskriptiv statistik (icke-parametrisk).

<b>Tabell 1. Översikt av delstudierna som ingår i avhandlingen</b>				
	<b>Delstudie</b>	<b>Syfte</b>	<b>Datainsamling</b>	<b>Analys</b>
I	A first-line nurse manager's goal profile	Att få förståelse för en vårdenhetschefs målprofil genom att använda en handlings- och bekräftelsesteoretisk referensram	Fallstudie Två individuella intervjuer med vårdenhetschefen Direkta observationer av enheten och av vårdenhetschefen	Hypotetisk deduktiv metod (Føllesdal et al. 2001) med en bekräftelse- och handlingsteoretisk referensram
II	The nature of first-line nurse managers' and registered nurses' leadership	Att beskriva vårdenhetschefers och sjuksköterskors uppfattningar om och upplevelser av sitt arbete och hur ledarskapet utövas	Individuella intervjuer med tre vårdenhetschefer och 14 sjuksköterskor inom tre enheter vid tre olika sjukhus	Kvalitativ innehållsanalys
III	Good care giving: The core of the work environment in palliative care	Att beskriva upplevelser av vad som karakteriserade det goda arbetsklimatet vid en palliativ enhet och hur ledarskapet var involverat i detta	Fallstudie vid en palliativ enhet Frågeformulär besvarades av 25 sjuksköterskor och två undersköterskor Gruppintervjuer genomfördes, en med vårdenhetschefen och biträdande vårdenhetschefen tillsammans och två med totalt nio sjuksköterskor Mål- och policydokument	Kvalitativ innehållsanalys
IV	Role stress among first-line nurse managers and registered nurses - a comparative study	Att undersöka eventuella skillnader i självskattad hälsa mellan vårdenhetschefer och sjuksköterskor och olika psykosociala faktorer	Frågeformulär om faktorer i arbetslivet och självskattad hälsa 78 vårdenhetschefer 1 809 sjuksköterskor	Deskriptiv statistik - icke parametrisk Mann-Whitney U-test och Fisher's Exact test

## **4.2 STUDIE I**

### **4.2.1 Enhet/Kontext**

Studien genomfördes vid en enhet för särskilt boende inom en kommun i Sverige. Antalet vårdplatser vid enheten var 32, 24 vårdplatser för äldreboende och 8 vårdplatser för hospicevård. Personalbemanningen bestod av 22 undersköterskor/vårdbiträden, 9 sjuksköterskor och en vårdenhetschef.

### **4.2.2 Deltagare**

Deltagare i studien var en vårdenhetschef (kvinna) som var i 50-årsåldern. Hon hade en 29-årig erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska och hade också under kortare perioder vikarierat som biträdande vårdenhetschef. Hon hade arbetat fyra år som sjuksköterska vid den enhet där hon nu var vårdenhetschef. Hon hade en specialistutbildning inom palliativ vård och cancervård, kortare kurser i ledarskap, handledning och samtalsmetodik.

## **4.3 STUDIE II**

### **4.3.1 Enheter/Kontext**

Studien genomfördes vid tre enheter inom tre olika sjukhus i Sverige. För att få så stor variation i datamaterialet som möjligt valdes tre helt olika kliniker avseende verksamhet, storlek och personalstyrka. De olika klinikerna fanns inom i) högteknologisk medicinsk och kirurgisk vård, ii) intensivvård, iii) och psykiatrisk vård. Alla tre klinikerna hade både öppna och slutna vårdformer.

### **4.3.2 Deltagare**

Tre vårdenhetschefer och 14 sjuksköterskor deltog i studien. Fem vårdenhetschefer vid fem olika sjukhus kontaktades och tillfrågades om deltagande. Tre av vårdcheferna accepterade att delta. Sjuksköterskorna vid respektive enhet informerades inledningsvis av vårdenhetscheferna. Urvalskriteriet för sjuksköterskorna var variation i ålder och arbetslivserfarenhet. Sjuksköterskornas deltagande styrdes också av deras arbetsschema, om det stämde överens med intervjuarens möjlighet att genomföra intervjuerna. Vid en enhet var det enbart fyra sjuksköterskor som stämde överens med urvalskriterierna.

Vårdenhetscheferna var kvinnor i 50-årsåldern vilka hade arbetat som vårdenhetschefer mellan 15–18 år. Vårdenhetscheferna ansvarade för en till fem enheter och personalstyrkan varierade mellan 14 - 160 medarbetare. En av vårdenhetscheferna deltog inte i det kliniska omvårdnadsarbetet, en vårdenhetschef arbetade med kliniskt omvårdnadsarbete integrerat med sitt arbete som vårdenhetschef. En tredje vårdenhetschef arbetade schemalagd tid (20 %) med kliniskt omvårdnadsarbete och var vid dessa tillfällen avskild från det vardagliga arbetet som vårdenhetschef.

Tio av sjuksköterskorna var kvinnor och fyra av dem var män. De var i åldern mellan 27-57 år och deras yrkeserfarenhet som sjuksköterskor varierade mellan 6 månader och 29 år. Sjuksköterskorna hade arbetat tillsammans med respektive vårdenhetschef mellan 2-16 år. En av sjuksköterskorna var sektionschef inom en av enheterna och en annan hade särskilda administrativa arbetsuppgifter.

## **4.4 STUDIE III**

### **4.4.1 Enhet/Kontext**

I denna delstudie är det studerade fallet en palliativ enhet inom en geriatrisk klinik vid ett mindre sjukhus i Sverige. Patienterna som vårdades vid den palliativa enheten var 16 år eller äldre och de flesta hade en obotlig cancersjukdom. Enheten bestod av 50 vårdplatser i hemsjukvård och 12 vårdplatser på en slutenvårdsavdelning inom sjukhuset. En integrerad vårdform tillämpades inom enheten och innebar att patienterna kunde vårdas omväxlande i hemmet och på vårdavdelningen allt efter patientens önskemål. För varje patient fanns en patientansvarig sjuksköterska och läkare.

Dagtid arbetade personalen i två vårdteam. I varje team arbetade två deltidsanställda specialistläkare, 15 sjuksköterskor, tre undersköterskor, en deltidsanställd sjukgymnast, en deltidsanställd arbetsterapeut, och en deltidsanställd kurator. Nattetid bestod teamet av fyra sjuksköterskor och en undersköterska som kunde kontakta jourhavande läkare. Varje vårdteam hade också möjlighet att konsultera en präst och en dietist. Den integrerade vårdformen innebar att de flesta av sjuksköterskorna växlade mellan att arbeta i den avancerade hemsjukvården eller på vårdavdelningen vilket innebar att patienterna oavsett vilken form de valde vårdades av samma personal.

Verksamhetschef för den geriatriska kliniken var en läkare och det operativa ansvaret för sjuksköterskor och undersköterskor i vårdteamen var en sjuksköterska (vårdenhetschef). Den palliativa enheten hade under ett år vunnit första pris i en tävling som benämns Stora Arbetsmiljöpriset. Tävlingen arrangeras årligen av Arbetsmiljöforum i samarbete med andra organisationer.

#### **4.4.2 Deltagare**

Totalt deltog 21 kvinnor och 6 män (25 sjuksköterskor och 2 undersköterskor) mellan 32-61 år genom att fylla i ett frågeformulär. Av sjuksköterskorna arbetade 20 dagtid och sju arbetade nattetid. Deltagarna hade arbetat inom palliativ vård mellan 0,4 och 14 år och inom den aktuella palliativa enheten mellan 0,4 och 10 år. Arton av de 27 sjuksköterskorna hade en högskole-/universitetsutbildning varav åtta hade speciella kurser inom palliativ vård eller liknande, två av sjuksköterskorna hade en magisterexamen i omvårdnad. Tre gruppintervjuer genomfördes i vilka totalt nio sjuksköterskor, vårdenhetschefen och en biträdande vårdenhetschef deltog.

### **4.5 STUDIE IV**

#### **4.5.1 Enheter och deltagare**

Materialet i denna studie har samlats in vid ett universitetssjukhus i Sverige under våren 2007. Deltagarna var samtliga chefer och deras medarbetare från följande områden: akutvård, barnsjukvård, geriatrisk vård, intensivvård, medicinsk och kirurgisk specialistvård, och onkologisk sjukvård. Cheferna hade tidigare samtyckt till att medverka i ett chefsutvecklingsprogram. Totalt fick 5,166 chefer och deras medarbetare förfrågan om att delta i studien. Åttiofva procent av de 78 vårdenhetscheferna (n=64, 60 kvinnor och 4 män) och 50% av sjuksköterskorna (n=908, 845 kvinnor och 63 män) svarade på enkäten. Medianåldern var för vårdenhetscheferna 49.5 (spridning 30-65 år). Vårdenhetscheferna hade arbetat i sin nuvarande position vid sjukhuset mellan 0.5 and 35 år och alla av vårdenhetscheferna arbetade dagtid. Av de 64 vårdenhetscheferna så hade 23% en gymnasieutbildning och 77% hade en högskole-/universitetsutbildning. Medianåldern för sjuksköterskorna var 40. Sjuksköterskorna hade arbetat mellan 0 och 38 år. Av de 908 sjuksköterskorna som svarade på enkäten (50%) arbetade 626 dagtid, 90 arbetade nattsift och arbetade 192 både dag- och nattsift. Av de 908 sjuksköterskorna så hade 13% en gymnasieutbildning, 86% hade en högskole-/universitetsutbildning and 1% hade en doktorsexamen.



## **4.6 DATAINSAMLING**

### **4.6.1 Studie I**

Datainsamlingen gjordes dels genom två intervjuer med en vårdenhetschef och dels genom icke-deltagande observationer av vårdenhetschefen (två dagar) samt observationer av avdelningen (två dagar). Den första intervjun med vårdenhetschefen varade två timmar, spelades in på band och skrevs ut ordagrant. Vid den andra intervjun förde intervjuaren anteckningar. Under observationer fördes anteckningar dels med fokus på vårdenhetschefens utsagor och handlingar samt vad som skedde i arbetsmiljön på vårdavdelningen. Under observationerna berättade vårdenhetschefen spontant om sina arbetsuppgifter förklarade vad hon gjorde och varför. Vid observationerna av avdelningen fördes också spontana samtal med personalen som klargjorde till exempel rutiner. Datamaterial som samlades in var också dokument såsom övergripande mål för äldreomsorgen, omvårdnadsnorm för sjukhemmet samt vårdenhetschefens befattningsbeskrivning.

### **4.6.2 Studie II**

Datamaterialet i denna studie samlades in genom individuella intervjuer. Alla intervjuer skedde i ett separat rum inom deltagarnas arbetsplats och inom ordinarie arbetstid. Under intervjun användes två intervjuguider (Kvale & Torhell, 1997; Patton, 2002) med öppna frågor (en intervjuguide för vårdenhetscheferna och en för sjuksköterskorna). Intervjuguiden hade utarbetats utifrån inspiration av Pörn (1988, 1993);(Gustafsson & Pörn, 1994). För några av frågorna användes critical incident metod (Flanagan, 1954; Yukl, 2006). Intervjufrågorna innehöll bakgrundsvariabler, frågor om mål, arbetsuppgifter, förändringar och förbättringar, framgångsrikt respektive icke framgångsrikt ledarskap, relationer och hälsoaspekter. Under intervjun ställdes uppföljningsfrågor för att ytterligare få information och förtydligande av vad som sades under intervjuerna.

Intervjuerna med vårdenhetscheferna varade i omkring två timmar och mellan en timme med sjuksköterskorna. Intervjuerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant. En intervju fick uteslutas p.g. a ett tekniskt misstag och i två intervjuer kunde p.g. a. mindre bra ljudkvalitet endast delar av materialet användas.

### **4.6.3 Studie III**

I denna studie användes ett frågeformulär och gruppintervjuer för insamling av datamaterialet. Frågeformuläret bestod av bakgrundsvariablerna kön, ålder, antal år de arbetat inom palliativ vård och inom den aktuella enheten samt följande öppna frågor: Vad är det som är bra och positivt med din arbetsplats? Vad är mindre bra och kan förbättras? Hur kommer ”detta som är positivt” patient och närstående till del och i så fall på vilket sätt? Även tre gruppintervjuer genomfördes, två med fyra respektive 5 sjuksköterskor i varje grupp och den tredje intervjun gjordes med vårdenhetschefen och en av de biträdande vårdenhetscheferna tillsammans. Intervjuerna startade med frågan: Vad är det som gör avdelningen så positiv att den vann pris som Sveriges bästa arbetsplats. Dokument om enhetens vårdfilosofi och mål samt beskrivning av vårdteamens personalbemanning samlades också in.

### **4.6.4 Studie IV**

Data har i denna studie samlats in genom ett frågeformulär Webb-QPS (Hasson et al., 2006) som är ett webbaserat screeninginstrument vilket mäter en persons psykosociala arbetsmiljö och några av de vanligast förekommande hälsoproblemen. Webb-QPS är baserat på en kortversion av The general Nordic Questionnaire for psychological and social factors at work (QPS Nordic) (Dallner, Francesco, Olsson, & Örelius, 2000). Frågeformuläret Webb-QPS har kompletterats med frågor om hälsa och arbetsmiljöfaktorer. Data samlades in under våren 2007. I denna studie har följande variabler använts: utmattning och oengagemang, krav i arbetet, kontroll i arbetet roll rolltydlighet och meningsfullhet, stöd från chefen, depressionssymtom och prestationsbaserad självkänsla (PBS), självskattad hälsa, sömnkvalitet, sjuknärvaro och sjukfrånvaro.

## **4.7 ANALYS AV DATA**

### **4.7.1 Studie I**

Materialet i studie I analyserades med hermeneutisk metod (Føllesdal et al., 2001) (2001) som enligt författarna kan förstås som hypotetisk-deduktiv metod tillämpad på meningsbärande material som t.ex. intervjuer. Tolkningen gjordes utifrån en handlings- och bekräftelsesteoretisk ram. Forskarna utgick från hypotesen att en modell för målinriktad handling skulle vara ett användbart redskap för att hitta utsagor om vårdenhetschefens livsplan, repertoar, inre och yttre miljö (Pörn, 1988, 1993). Modellen skulle därmed bidra till en djupare förståelse av vårdenhetschefens

handlingar och därmed hur hennes ledarskap utformades. Teorin om bekräftelse (Gustafsson & Pörn, 1994) användes för att förstå hur de olika målen i vårdenhetschefens målprofil var prioriterade.

Intervjutexterna och observationsanteckningarna lästes flera gånger separat av två av forskarna för att få en förståelse för materialet som helhet. Texten lästes sedan igen av forskarna var och en för sig och huvudhypoteser formulerades. För att verifiera huvudhypoteserna så formulerades utifrån textmaterialet även subhypoteser. Både huvudhypoteser och delhypoteser prövades sedan i relation till materialet från intervjuerna och observationerna samt vårdenhetschefens befattningsbeskrivning och policydokument. De två forskarna möttes flera gånger och jämförde och diskuterade resultatet. Slutligen formulerades en specifik hypotes som baserades sig på de tidigare framtagna huvudhypoteserna och delhypoteserna. Förståelsen av materialet växte fram gradvis. Analysen avslutades när författarna var överens om tolkningen av resultatet.

#### **4.7.2 Studie II**

Intervjutexterna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys som enligt (Krippendorff, 2004). Proceduren i analysen följde (Graneheim & Lundman, 2004) beskrivning av tillvägagångssätt och genomfördes i följande steg: Analysen började med att två av författarna läste allt material flera gånger för att få en uppfattning om helheten. Hela textmaterialet fördes över i ett analyschema, meningsbärande enheter markerades med färg och dessa meningsbärande enheter kondenserades ytterligare. De kondenserade meningsenheterna kodades och jämfördes med varandra och varvid subteman och teman utvecklades. Två av författarna träffades flera gånger för att jämföra koder och diskutera subteman och teman vilket resulterade i att koder, subteman och teman ändrades. Den tredje författaren konsulterades kontinuerligt under analysprocessen och slutligen när alla författarna var överens konstruerades ett huvudtema. Analysprocessen var inte en linjär process utan gick hela tiden fram och tillbaka mellan de olika stegen. Författarna diskuterade och reflekterade kontinuerligt över sin förförståelse under hela analysen i syfte att undvika att förförståelsen styr analysen.

### 4.7.3 Studie III

För att analysera materialet både från frågeformuläret och från gruppintervjuerna användes kvalitativ innehållsanalys (Patton, 2002). Den första författaren hade inte deltagit i datainsamlingen utan blev bekant med datamaterialet för första gång då datamaterialet skulle analyseras. Analysprocedurerna baserades på (Graneheim & Lundman, 2004) beskrivning av tillvägagångssätt. Hela datamaterialet lästes flera gånger för att få en helhetsuppfattning av materialet. För att få en tydligare uppfattning av vad som sades under intervjun så avlyssnades de bandinspelade intervjuerna av två av författarna samtidigt som texten lästes.

Analysen skedde genom att meningsenheter i textmassan identifierades och markerades. Varje meningsenhet kondenserades därefter och kodades. Koderna jämfördes med varandra och utvecklades under analysens gång i kategorier och underkategorier. Den andra och fjärde författaren diskuterade framväxten av koder, underkategorier och kategorier kontinuerligt. Slutligen när alla författarna var överrens om analysresultatet så konstruerades en huvudkategori. Analysprocessen gick hela tiden fram och tillbaka mellan de olika stegen och var inte en linjär process. För att kunna vara så öppna som möjligt mot materialet har författarna kontinuerligt diskuterat och reflekterat över sin förförståelse.

### 4.7.4 Studie IV

Datamaterialet analyserades med hjälp av IBM SPSS version 18 (IBM SPSS Statistics 18, Chicago) software and StatXact 7 (Cytel Software Corporation, Cambridge, MA). Deskriptiva analyser gjordes för att presentera frekvenser och spridning av procentuell fördelning och presenterades som median, kvartiler och variationsvidd. Icke parametriska test användes för att testa eventuella skillnader mellan grupperna (vårdenhetschefer och sjuksköterskor) för nominal- och ordinalskalor eller snedfördelade variabler (Polit & Beck, 2009). Mann-Whitney U-test genomfördes för Likert-baserade frågor med 4–5 svarsalternativ för att mäta möjliga skillnader mellan de två grupperna i mean ranks of olika variabler. Fisher's Exact Test användes för att mäta dikotoma frågor. Signifikansnivån sattes till  $p < 0.05$ . För att undersöka om skillnaden i fördelningen mellan grupperna avseende indexen berodde på den låga svarsfrekvensen i sjuksköterskegruppen så gjordes en stratifierad Mann-Whitney U-test på svarsfrekvensen (svarsfrekvens  $< 50\%$ ,  $50-80\%$ ,  $> 80\%$ ). Enheter med ett antal av

möjliga svaranden under sex exkluderades. Den interna konsistensen för respektive index testades genom Cronbach's Alpha coefficient.

#### **4.8 ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Alla deltagarna i delstudie I-III har fått både verbal och skriftlig information om respektive studie, att deltagandet var frivilligt och att när de så önskade kunde avbryta sitt deltagande utan att ange skäl varför. I delstudie IV fick deltagarna information om studien och tillfrågades om deltagande genom ett introduktionsbrev tillsammans med frågeformuläret. De informerades samtidigt om att deltagandet var frivilligt, att de kunde avbryta utan att ange skälet och försäkrades om anonymitet.

Enligt de regler för etikprövning som gällde 2000 så fanns möjlighet att tillfråga ordföranden vid Etikprövningsnämnden om behovet av etisk prövning av ett forskningsprojekt. Sekretariatet vid den regionala etiska kommittén tillfrågades därför skriftligt om prövning av att genomföra delstudie I. Enligt beslut daterat 2000-07-20 krävdes inte något godkännande av forskningsetisk kommitté. För delstudie II gjordes en ansökan till den regionala forskningsetiska kommittén som ansåg ett godkännande från forskningsetisk kommitté inte var nödvändig, men skrev ett yttrande att de inte ansåg att det förelåg några hinder för projektets genomförande (04-719/5). Beträffande delstudie III ansågs inget godkännande av etisk kommitté behövas eftersom deltagandet i studien var frivilligt och forskningspersonerna hade lämnat informerat samtycke till att delta i studien (SSF, 2003:460). Forskningsgruppens bedömning var att det heller inte fanns någon risk för att informanterna skulle kunna lida skada genom sitt deltagande. För delstudie IV har etiskt tillstånd givits (2006/844-31). Enligt en ändring lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SSF, 2003:460) ska all forskning som innehåller behandling av vissa personuppgifter omfattas av etikprövning oavsett om forskningspersonen lämnat sitt samtycke. Även forskning som genomförs med metoder (exempelvis enkäter, intervjuer) som kan medföra risk att skada försökspersonen ska etikprövas. Hade delstudie I och III genomförts idag hade de omfattats av etikprövningslagen och en etisk prövning hade då varit nödvändig.

Den första delstudien (I) är en fallstudie där endast en person deltar. För att hantera kravet om konfidentialitet gjordes en mindre detaljerad beskrivning av verksamheten där personen arbetade, så att det i artikeln inte skulle kunna gå att identifiera personen. Intervjupersonen fick också läsa utskrivet intervjumaterial och observationsutskriften

samt hela manuskriptet innan det skickades till granskning för publicering i tidskrift. I studie III fick vårdenhetschefen och den biträdande vårdenhetschefen, eftersom det var svårt att garantera att materialet från intervjun med dem kunde hanteras konfidentiellt, läsa hela manuskriptet innan det skickades till tidskrift för publicering.

Ett etiskt övervägande i delstudie II har varit om det på något sätt har påverkat sjuksköterskorna att det var vårdenhetscheferna som gav den första informationen och frågade dem om intresse att delta i studien. Sjuksköterskorna var i en beroendeställning till vårdenhetscheferna eftersom de var deras närmsta chef. För att minska risken för att sjuksköterskorna skulle påverkas av detta förhållande var intervjuaren mycket noga med att både före och efter intervjun upplysa om att materialet skulle hanteras konfidentiellt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien utan att ange skäl. Sjuksköterskorna tillfrågades också efter intervjun om de kände sig bekväma med vad de hade sagt under intervjun och att de kunde kontakta intervjuaren om det vid senare tillfälle uppkom några frågor.

## 5 RESULTAT

### 5.1 STUDIE I

Syftet med delstudie I var att få förståelse för vårdenhetschefens målprofil genom att använda en handlings- och bekräftelse-teoretisk referensram. Resultatet visade att vårdenhetschefens målprofil omfattade tre mål: 1) *Att vara sjuksköterska*, 2) *Att vara administratör* och 3) *Att vara ledare*. Resultatet presenteras i tabell 2 och illustrerar både vårdenhetschefens målprofil, hur målen i livsplanen är prioriterade och hur målen förstärks respektive försvagas genom bekräftelse i den inre och yttre miljön.

Vårdenhetschefens högst prioriterade mål var *Att vara sjuksköterska*. Hon hade accepterat målet i detta projekt och hennes motivation var hög. Hennes repertoar var god för att nå måluppfyllelse. Vårdenhetschefen var framgångsrik med att skapa en lugn vårdatmosfär. Hon ansåg att hon ville ha kontroll genom att vara direkt involverad i vårdarbetet. Vårdenhetschefen var engagerad och stolt över att vara sjuksköterska (inre miljö). Befattningsbeskrivningen (yttre miljö) innehöll inga krav på att hon skulle arbeta som sjuksköterska varför tolkningen av att hon agerade i den rollen var att hon själv valt och prioriterade detta projekt.

Det tredje målet, *Att vara ledare*, var svårare att uppnå eftersom vårdenhetschefen inte fullt ut hade accepterat ledarprojektet och delvis saknade motivation. Hennes repertoar var här ogynnsam eftersom hon var osäker på hur hon skulle kommunicera sitt budskap och saknade en medveten strategi för att stärka och stödja personalen till ökad reflektion och medvetenhet. Hennes mål försvagades genom egna låga krav och förväntningar (inre miljö) på sitt ledarskap. Befattningsbeskrivningen (yttre miljö) var mindre gynnsam eftersom den inte innehöll någon tydlig beskrivning avseende

**Tabell 2.** Vårdenhetschefens prioriterade målprofil illustrerad från ett handlings- och bekräftelse-teoretiskt synsätt.

<b>Människan som handlande subjekt/ prioriterade mål</b>			<b>Inre miljö</b>		<b>Yttre miljö</b>	
	<b>Livsplan</b>		<b>Repertoar</b>	<b>Inre evidens</b>		<b>Yttre bevis</b>
	<b>Mål acceptans</b>	<b>Motivation</b>	<b>Målkontroll</b>	<b>Bekräftelse - intraaktiv</b>	<b>Emotioner</b>	<b>Bekräftelse - interaktiv</b>
<b>Målet att vara sjuksköterska</b>	Högt engagemang Stark målacceptans	Stark överensstämmelse mellan hennes ideal och det aktuella idealet	Hög grad av kontroll och självständighet	Hög grad av intraaktiv bekräftelse	Glädje Stolthet	Hög grad av interaktiv bekräftelse
<b>Målet att vara administratör</b>	Engagemang	Överensstämmelse mellan hennes ideal och det aktuella idealet	Kontroll och självständighet	Intraaktiv bekräftelse	Säkerhet Trygghet	Interaktiv bekräftelse
<b>Målet att vara ledare</b>	Lågt engagemang Låg målacceptans	Diskrepans mellan hennes ideal och det aktuella idealet	Låg kontroll och självständighet	Låg grad av intraaktiv bekräftelse	Osäkerhet Rädsla	Låg grad av interaktiv bekräftelse



ledarskapet. Hon hade inget stöd i form av mentor eller extern handledning, vilket minskade hennes möjligheter till personlig och professionell och utveckling.

## 5.2 STUDIE II

Syftet med denna studie var att beskriva vårdenhetschefers och sjuksköterskors uppfattningar om och upplevelser av sitt arbete samt hur ledarskapet utövades.

Resultatet visade en dialektisk relation *Mellan att vara och att göra (between being and doing)* och har illustrerats som ett huvudtema. Vårdenhetschefernas och sjuksköterskornas beskrivningar omfattade tre teman: 1) *Att vara en god professionell utövare (being)*, 2) *Att få egen vinning (gaining)* och 3) *Att skapa ett gott arbetsklimat (doing)* (se tabell 3 och 4).

Vårdenhetscheferna ansåg *Att vara en god professionell utövare* påverkades av deras *Personliga karaktärsegenskaper, Självkänedom och medvetenhet om uppdraget* som vårdenhetschef och innebar att *Definiera och utforma mål och ramar för god omvårdnad och god arbetsmiljö. Att vara en god professionell utövare* som sjuksköterska innebar att ge en kvalitativt god vård så att patienterna skulle återfå hälsan och känna sig trygga och bekväma med den vård de fick - *Professional goal*. De beskrev att deras *Personliga karaktärsegenskaper* hade betydelse för hur de lyckades med att ge en god vård. *Ledarskapet* beskrevs som en autonom del i arbetet som sjuksköterska.

Under temat *Att få egen vinning (Gaining)* beskrev vårdenhetscheferna framförallt att de utvecklades och fick nya kunskaper genom att konfronteras med olika situationer i det dagliga arbetet samt möjligheter att gå kurser/utbildningar - *Personlig vinning*. De upplevde även att de hade *Makt att påverka* utformning och utveckling av såväl omvårdnadsarbetet som arbetsmiljön på enheten. Sjuksköterskorna beskrev sitt arbete som meningsfullt, varierande, stimulerande och på samma gång stressigt och oförutsägbart. Att arbeta som sjuksköterska innebar ett kontinuerligt lärande och medförde både personlig och professionell utveckling – *Personlig vinning*. Även de ansåg att utvecklingen främjades av att ha möjlighet att gå olika kurser/utbildningar, få personliga arbetsuppgifter och att få delta i projekt.

Tabell 3. Huvudtema, tema, undertema och exempel på koder (Vårdenhetschefer, n = 3).

Huvudtema	Mellan att vara och att göra										
Teman	Att vara en professionell utövare			Vinning		Att skapa ett bra arbetsklimat					
Under-teman	Personliga karaktärs-egenskaper	Själv-känndom och medvetenhet	Mål och ramar	Personliga mål	Makt att påverka	Underlätta mål-uppfyllelse	Tillit	Kommunikation	Kunskap om ett bra arbetsklimat	Pedagogiska metoder	Främja personlig utveckling
Exempel på koder	Att vara en rollmodell	Den egna personligheten	Gemensamma mål	Egen utveckling	Att utöva inflytande	Struktur för att underlätta uppdraget	Tillit till medarbetarna	Fråga efter medarbetarnas synpunkter	Respekt för varandra	Ömsesidiga diskussioner	Ge stöd
	Visa omtanke	Den egna identiteten	Ständigt förbättrings-arbete	Återkoppling från medarbetarna	Att förbättra vården	Daglig planering	Människor tar ansvar	Dialog	Tolerans	Konfrontera något annorlunda	Skapa möjligheter för mänsklig växt

Tabell 4. Huvudtema, tema, undertema och exempel på koder (Sjuksköterskor, n = 14).

Main theme	Mellan att vara och att göra									
Teman	Att vara en professionell utövare			Vinning		Att skapa ett bra arbetsklimat				
Under-teman	Personliga karaktärs-egenskaper	Professionella mål	Sjuksköterskors ledarskap	Egen vinning	Meningsfullt och utmanande arbete	Goda relationer med kollegor och andra hälso- och sjukvårds-professionier	Kommunikation	Delaktighet och inflytande	Förväntningar på vårdenhets-chefens ledarskap	
Exempel på koder	Mod att vara närvarande	Representera patienten	Tydliga mål	Utvecklings-möjligheter	Ger tillfredsställelse	Stödja varandra	Dialog	Möjlighet att påverka	Visa uppmärksamhet	
	En ödmjuk attityd i förhållande till patienten	Att patienten ska återfå hälsan	Motivera medarbetarna	Man växer som människa	Är oförutsägbart	Respektera varandra	Direkt återkoppling	Korta kommunikations-vägar	Ge återkoppling	

Det tredje temat *Att skapa ett bra arbetsklimat* innebar att vårdenhetscheferna strävade efter att medarbetarna skulle ha möjlighet att utöva inflytande över sitt arbete och planera för hur de skulle kunna *Underlätta måluppfyllelse*. För att få medarbetarnas förtroende så behövde vårdenhetscheferna involvera medarbetarna och tillämpa en demokratisk ledarstil - *Tillit*. Att delegera makt i stället för att utöva kontroll betonades. Att skapa en god relation med medarbetarna genom *Kommunikation* och framförallt att lyssna på medarbetarna betonades. Vårdenhetscheferna uttryckte att medarbetarna skulle få uppskattning för sitt arbete: *Kunskap om bra arbetsklimat*. Att vara engagerad beskrevs som en styrka när det handlade om att lösa problem eller hantera förändringar. De ansåg också att det var betydelsefullt att alla medarbetare respekterade varandra.

Att skapa utrymme för dialog och lärande i grupperna skedde genom att vårdenhetscheferna involverade medarbetarna. De använde sig av olika strategier och *Pedagogiska metoder* för att underlätta samarbete med och mellan medarbetarna och för att utveckla gemensamma mål. *Att främja personlig utveckling* hos medarbetarna var ett prioriterat område för vårdenhetscheferna. De ville använda medarbetarnas kunskaper och förmågor på bästa sätt. Vårdenhetscheferna uppgav att de försökte uppmuntra medarbetarnas individuella intressen och att de hade regelbundna utvecklingssamtal med dem.

*Att skapa ett gott arbetsklimat* var viktigt för sjuksköterskorna eftersom de var beroende av kollegor och annan hälso- och sjukvårdspersonal för att lyckas med sitt arbete. *Goda relationer med kollegor och annan hälso- och sjukvårdspersonal* framhölls som väsentligt. Sjuksköterskorna beskrev att de kontinuerligt konsulterade kollegor och andra hälso- och sjukvårdsprofessioner och betonade betydelsen av att ha en dialog med de andra medarbetarna - *Kommunikation*. Möjligheten *Att vara delaktig och att kunna påverka* sitt arbete krävde att de lyssnade på varandra och involverade både kollegor och andra hälso- och sjukvårdsprofessioner. De ansåg att det var viktigt att ha ett klart, tydligt och gemensamt mål mot vilket alla hälso- och sjukvårdsprofessioner arbetade mot. Sjuksköterskornas uppfattning var att vårdenhetschefernas ledarskap hade en avgörande betydelse för arbetsklimatet. De hade *Förväntningar på vårdenhetschefen* om återkoppling, stöd och uppskattning för sitt arbete.

### 5.3 STUDIE III

Syftet med studie III var att beskriva vårdenhetschefers och sjuksköterskors upplevelser av vad som karaktäriserade den goda arbetsmiljön vid en palliativ enhet och hur ledarskapet var involverat i detta. Huvudfyndet i denna studie var deltagarnas upplevelse av att de *Lyckades uppnå visionen om en god palliativ vård*. De kategorier som identifierades som väsentliga för den goda arbetsmiljön och för att visionen om en god palliativ vård skulle kunna uppnås var: 1) *Ett kongruent ledarskap*, 2) *En mogen och väl fungerande grupp*, 3) *Adekvata organisatoriska strukturer och resurser* och 4) *En delad meningsfullhet* (se tabell 5).

Sjuksköterskorna beskrev vårdenhetschefens ledarskap som *Kongruent*. I vårdenhetschefens *Ledarskapsfilosofi* ingick enligt hennes egen beskrivning att vara tillgänglig för medarbetarna och bidra till konstruktiva lösningar i det dagliga arbetet. En av hennes uppgifter var att stödja medarbetarna och skapa möjligheter för deras utveckling. Ledarna (vårdenhetschefen och biträdande vårdenhetschefen) beskrev att de *Delade ledarskapet*. De hade ett nära och dagligt samarbete vid både planering och hantering av oväntade situationer som inträffade vid enheten. I det *Vardagliga ledarskapet* beskrevs vårdenhetschefen av medarbetarna som en positiv och engagerad person som alltid ”såg” och respekterade alla medarbetare. Tilliten dem emellan betonades också av medarbetarna som upplevde att både vårdenhetschefen och de båda biträdande vårdenhetscheferna ansträngde sig för att underlätta deras arbetsbörda. Ledarna beskrev att de försökte skapa nödvändiga villkor för medarbetarna och de strävade efter att uppnå ett gemensamt lärande.

Både sjuksköterskor och ledare beskrev de båda teamen som *En mogen och väl fungerande grupp*. Under denna kategori berättade både sjuksköterskorna och ledarna om *Tillitsfulla relationer med kollegor och andra hälso- och sjukvårdsprofessioner*. Sjuksköterskorna beskrev att det fanns en solidaritet mellan kollegorna, att de visade varandra äkta omsorg, litade på varandra, visade varandra respekt och hade förtroende för varandra. Några av sjuksköterskorna betonade även det goda samarbetet mellan dem och läkarna. Ledarna förmedlade att goda relationer fanns mellan alla hälso- och sjukvårdsprofessioner. Sjuksköterskorna beskrev sitt arbete som *Ett delat ansvar*. De hade stor frihet att utforma sitt dagliga arbete. Individuella och flexibla arbetsscheman gjorde det enklare för sjuksköterskorna att passa ihop arbets- och privatlivet.

**Tabell 5.** Huvudkategori, underkategorier, kategorier och huvudkategori och exempel på koder (utifrån frågeformulär och gruppintervjuer med sjuksköterskor, undersköterskor, vårdenhetschefen och biträdande vårdenhetschefen).

<b>Huvud-kategori</b>	<b>Att lyckas uppnå visionen om en god palliativ vård</b>									
<b>Kategorier</b>	<b>Ett kongruent ledarskap</b>			<b>En mogen och välfungerande grupp</b>		<b>Adekvata organisatoriska strukturer och resurser</b>		<b>En delad meningsfullhet</b>		
<b>Under-kategorier</b>	<b>Ledarskaps-filosofi</b>	<b>Delat ledarskap</b>	<b>Vardagliga ledarskapet</b>	<b>Tillitsfulla relationer med kollegor och andra hälso- och sjukvårds-professioner</b>	<b>Ett delat ansvar</b>	<b>Resurser</b>	<b>Organisatoriska strukturer</b>	<b>Palliativ vårdfilosofi – en gemensam vision</b>	<b>Arbetet är energigivande trots känslomässiga påfrestningar</b>	<b>Egen motivation, personliga karaktärs-egenskaper och den egna livssituationen</b>
<b>Exempel på koder</b>	Varje person är en unik individ	Ledarna har ett väl fungerande kommunikations-system	Vårdenhetschefen ”ser” varje individ	Hjälp och stöd av kollegor	Vara öppen och samtidigt ha en kritisk attityd	Tillräckligt med tid och resurser	Integrerad vårdform	Fysiskt, psykiskt och andligt välmående	Medvetenhet om känslomässiga påfrestningar	Engagemang för att ge en god palliativ vård
	Ledare ska vara involverade i problemlösning	Ledarna ger samma budskap till medarbetarna	Vårdenhetschefen lyssnar och strävar efter att ha en dialog	Tillit till varandra	Dagliga samtal och diskussioner	Hög sjuksköterske-täthet	Patientansvarig sjuksköterska	Familjen är involverad i vården	Det är energigivande att främja en god palliativ vård	Personliga egenskaper

Sjuksköterskorna diskuterade dagligen vården av patienterna och var inte rädda för att konfrontera vare sig ledarna eller varandra när de tyckte att så var nödvändigt.

I stort sett ansåg sjuksköterskorna att den *Organisatoriska strukturen och resurserna* vid enheten var tillfredsställande och bidrog till den goda arbetsmiljön. Både sjuksköterskorna och vårdenhetschefen betonade vikten av att de hade tillräckligt med tid och *resurser* vilket gjorde det möjligt för dem att skapa nära och tillitsfulla relationer med patienterna och deras familjer. Få sjukskrivningar och låg personalomsättning medförde en stabil personalgrupp. Sjuksköterskorna beskrev att de hade möjlighet till regelbunden handledning vilket bidrog till deras personliga och professionella utveckling. Både sjuksköterskorna och ledarna framhöll sina möjligheter att gå olika kurser/utbildningar, samt ha regelbundna planerings- och utvecklingsdagar tillsammans. Enligt sjuksköterskorna medförde den *Organisatoriska strukturen* med integrerade vård en bättre kontinuitet både för patienterna, deras familjer och för sjuksköterskorna. Att ha patientansvariga sjuksköterskor medförde att sjuksköterskorna kunde vara mer involverade i ett fåtal patienter. Rutiner för vårdplanering och dokumentation fungerade väl och dessa arbetsuppgifter prioriterades också högt. Både vårdenhetschefen och sjuksköterskorna rapporterade om att regelbundna planeringsmöten, arbetsplatsträffar och veckokonferenser förekom inom enheten.

Sjuksköterskorna beskrev att det som också berikande arbetsmiljön var *Den delade meningsfullheten* bland teamens medlemmar. De beskrev att de alla arbetade utifrån *Palliativ vårdfilosofi* där vården utformades utifrån patientens fysiska, psykologiska, sociala och andliga välbefinnande. Patientens familj var direkt involverad i vården. Patientens livskvalitet var det mest betydelsefulla målet och respekt, integritet och värdighet var komponenter som inte kunde kompromissas. Sjuksköterskorna ansåg att *Arbetet gav dem energi trots stora påfrestningar*. Mötet med existentiella frågor och människors inre styrka att kunna hantera svåra situationer var berikande och bidrog både till deras professionella och personliga utveckling. Trots de påfrestningar det innebar att vårda människor i livets slutskede ansåg sjuksköterskorna att deras arbete gav dem en ovärderlig glädje och tillfredsställelse. Båda ledarna var av samma uppfattning och uppskattning från patienterna, deras familjer och från medarbetarna var värdefulla bevis på att de uppnådde visionen om en god palliativ vård. Både sjuksköterskorna och ledarna ansåg att de var djupt hängivna uppgiften att ge patienterna en god vård och att vara en resurs för familjerna. *Individuell motivation*,

*personliga karaktärsegenskaper och egen livssituation* hade betydelse för hur de klarade påfrestningarna.

#### **5.4 STUDIE IV**

Syftet med denna delstudie var att undersöka vårdenhetschefer och sjuksköterskors självskattade hälsa och psykosociala faktorer i arbetslivet. Resultatet visade att vårdenhetschefer och sjuksköterskor rapporterade självskattad hälsa och psykosociala faktorer i arbetslivet på ungefär samma sätt. Båda grupperna rapporterade att de upplevde sitt arbete intressant och meningsfullt samtidigt som hälften av dem (vårdenhetschefer 50%, sjuksköterskor 58%) ansåg att de efter en dags arbete vad både fysiskt och mentalt utmattade. Omkring 10-15% av vårdenhetscheferna och sjuksköterskorna fanns i riskzonen för stressrelaterad ohälsa.

Resultatet visade inte några statistiska skillnader mellan grupperna för indexen utmattning, oengagemang, rolltydlighet och meningsfullhet, depression och PBS. Däremot fanns statistiska skillnader i fördelningen mellan grupperna för variablerna krav, kontroll och stöd från cheferna (se tabell 6). Vårdenhetscheferna rapporterade om höga krav men samtidigt högre kontroll möjligheter till skillnad mot sjuksköterskorna som upplevde höga krav och låga kontroll möjligheter. Vårdenhetscheferna rapporterade även i högre grad än sjuksköterskorna om stöd från den närmsta chefen.

**Tabell 6. Skillnaden i indexen mellan vårdenhetschefer och sjuksköterskor**

Index	Vårdenhetschefer						Sjuksköterskor						P-värde
	N	Min	25th	50th (Median)	75th	Max	N	Min	25th	50th (Median)	75th	Max	
Utmattning	64	1,00	2,20	2,40	2,80	3,20	908	1,00	2,00	2,40	2,80	4,00	0,902
Oengagemang	64	1,20	1,60	2,00	2,40	3,20	908	1,20	1,80	2,00	2,40	4,00	0,184
Arbetskrav	64	1,75	3,25	3,50	3,75	4,75	908	1,00	2,50	3,00	3,50	5,00	<0.001
Arbetskontroll	64	3,20	3,80	4,20	4,60	5,00	908	1,00	3,60	4,00	4,20	5,00	<0.001
Rolltydlighet och meningsfullhet	64	1,80	3,45	4,20	4,60	5,00	908	1,00	3,80	4,20	4,60	5,00	0,350
Stöd från chefen	64	1,00	3,00	3,50	4,20	5,00	901	1,00	2,40	3,20	4,00	5,00	0,021
Depression	64	0,00	0,17	0,50	0,96	2,00	908	0,00	0,17	0,50	1,00	3,00	0,433
PBS	64	1,00	2,31	3,25	3,75	5,00	908	1,00	2,25	3,25	3,75	5,00	0,918



## 6 DISKUSSION

### 6.1 DISKUSSION AV RESULTATET

Det övergripande syftet med detta avhandlingsarbete har varit att utifrån sjuksköterskors och vårdenhetschefer upplevelser och uppfattningar få en djupare förståelse för vårdenhetschefer ledarskap. Ytterligare ett syfte har varit att undersöka eventuella skillnader i självskattad hälsa mellan vårdenhetschefer och sjuksköterskor och olika psykosociala faktorer i deras arbetsmiljö. Resultaten kan sammanfattas i följande områden: 1) Värdegrunden i omvårdnad är utgångspunkten för vårdenhetschefer ledarskap, 2) Den etiska dimension i vårdenhetschefer ledarskap, 3) Vårdenhetschefer vardagliga ledarskap och 4) Hållbar och hälsosam arbetsmiljö.

#### **Värdegrunden i omvårdnaden är utgångspunkten för vårdenhetschefer ledarskap**

Flera av vårdenhetschefernas medarbetare och även de själva gav stöd för att utgångspunkten i vårdenhetschefernas ledarskap var att främja en god vård för patienterna (I, II, III). Vårdenhetscheferna beskrev att de hade ett stort engagemang för att patienterna skulle få den bästa möjliga vården. Sjuksköterskornas professionella mål vara att främja en god vård som hjälpte patienten att uppnå hälsa och välbefinnande (II). Sjuksköterskorna och ledarna (vårdenhetschefen och biträdande vårdenhetschef) i delstudie III beskrev att de alla arbetade utifrån den palliativa vårdfilosofin och att vården utformades utifrån patientens fysiska, psykologiska, sociala och andliga välbefinnande. Patientens livskvalitet var det mest betydelsefulla målet och respekt, integritet och värdighet var komponenter som inte kunde kompromissas. Att de lyckades fullfölja sina intentioner om en god palliativ vård framträdde som den mest betydelsefulla aspekten i sjuksköterskornas och ledarnas arbetsmiljö (III).

Vårdenhetscheferna strävade i sitt ledarskap efter att skapa de förutsättningar som behövdes för att medarbetarna skulle kunna ge en god vård (I, II, III). Drivkraften hos vårdenhetschefer att arbeta för att patienterna ska få den bästa vården har även framkommit i tidigare studier (Bergin, 2009; Furåker & Berntsson, 2003). Bondas har betonat vikten av att få fördjupade kunskaper om vårdenhetschefer ledarskap för att förstå vad som är innebörden i ett ledarskap inom omvårdnad och som syftar till att utveckla vårdkvaliteten (Bondas, 2009).

Enligt Pörns (1988, 1993) modell för målinriktad handling är en människas livsplan en av komponenterna som förklarar en människas handling. Viljan att göra skillnad, d.v.s. i detta sammanhang viljan att nå målet att patienterna ska få en god vård (som motsvarar livsplanen i Pörns modell) utgjorde en stark drivkraft för såväl sjuksköterskorna som för vårdenhetscheferna. Av tre delstudier (I, II, III) kan man dra slutsatsen att de utgick från omvårdnadens värdegrund i sitt ledarskap. Vårdenhetschefer integrerar med andra ord omvårdnadsperspektivet i sitt ledarskap då de blir vårdenhetschefer (Persson & Thylefors, 1999). Detta kan anses vara särskilt betydelsefullt i deras ledarskap eftersom sjuksköterskorna som också var deras närmsta medarbetare, hade höga ideal och förväntningar på att de skulle lyckas uppnå en god vårdkvalitet (II, III).

Ett liknande resultat framkom i en annan studie som visade att sjuksköterskor (på alla nivåer) som av medarbetarna ansågs som goda ledare identifierades utifrån de värderingar och uppfattningar som dessa ledare hade avseende omsorg, omvårdnad och respekt för andra människor (Stanley, 2006). Stanley, (2008) menar att ett ledarskap som grundar sig på dessa värden är kongruent och sådana ledare motiverar och inspirerar sina medarbetare. De har även en god förmåga att kommunicera och att skapa goda relationer. Stanely (2006) är kritisk till de ledarskapsteorier som kommer från managementvärlden och anser att omvårdnadens ledarskap behöver baseras utifrån omvårdnadens värdegrund. Sammanfattningsvis menar jag att den centrala kärnan i omvårdnad har en etisk komponent och att vara en god ledare för omvårdnad innefattar en dygdetisk dimension (Byrom & Downe, 2010).

### **Vårdenhetschefers ledarskap - en etisk dimension**

Ledarskapet som en dialektisk relation mellan att vara (aspekter som är kopplade till en person) och att göra (handlingar som skapar en ram för arbetsuppgifterna på enheterna) framkom som ett huvudtema i delstudie II. Huvudresultatet tolkades utifrån ett dygdetiskt (Silfverberg, 2000, 2005) perspektiv och beskriver vårdenhetschefers och sjuksköterskors ledarskap som ett projekt där den personliga karaktären tas i anspråk och där färdigheter utövas. I detta projekt blir det en nödvändighet att förutsättningar för en hållbar och hälsosam arbetsmiljö samtidigt skapas. Målet i detta projekt var att ge patienterna en god omvårdnad och för att lyckas med detta hade den personliga karaktären och arbetsmiljön betydelse för hur man lyckades uppnå målet. Både vårdenhetscheferna och sjuksköterskorna uttryckte aspekter som kunde tolkas som

dygder (mod, rättvisa, ärlighet). Vårdenhetscheferna strävade i sitt ledarskap efter att uppnå en etisk kompetens både hos sig själva och hos medarbetarna genom att skapa möjligheter för reflektion och dialog mellan medarbetare, chefer och andra yrkeskategorier (II och III).

Hos både sjuksköterskor och vårdenhetschefer framkom att de personliga karaktärsdragena hade betydelse för hur de utövade sitt arbete (I, II, III). Sjuksköterskorna beskrev att det krävdes mod att vara närvarande för att kunna visa empati samt dela patientens och närståendes lidande (II) och mod att kunna möta patientens existentiella frågor (III). En annan personlig karaktärsdrag som sjuksköterskorna också betonade var att kunna bevara lugnet och att handla rationellt i akuta situationer (II). Hos vårdenhetscheferna visade sig dygderna som rättvisa, ansvar, mod och ödmjukhet.

Den etiska dimensionen i omvårdnadens ledarskap har även betonats tidigare (Bondas, 2003; Hällsten, 2003). Det är en skillnad mellan att ”ha” ett personalansvar och att ”ta” ett personalansvar menar Hällsten (2003). Med att ”ha” ett personalansvar menas att man följer de regler och policys som finns i organisationen medan med att ”ta” ett personalansvar betyder att ledaren handlar i övertygelse med sina värderingar om vad som är det mest lämpliga för tillfället. I teorin om det caritativa ledarskapet (Bondas, 2003) är ett av kriterierna i omvårdnadens ledarskap att bemöta medarbetarna värdigt d.v.s. se det unika hos varje medarbetare. Det innebär att ta hand om och vårda medarbetares kompetens och bemyndiga deras förmåga att främja den bästa möjliga vården för patienten. Betydelsen av ledarens karaktär för hur ledarskapet utövas har också betonats av (Badaracco & Hansson, 2003). Stillsamma vardagsdygder såsom återhållsamhet, anspråkslöshet och uthållighet har visat sig vara framgångsrika i ledarskapet. Den etiska dimensionen i ledarskapet tillför en djupare kunskap.

### **Vårdenhetschefers vardagliga ledarskap - ett närvarande ledarskap**

Det vardagliga ledarskapet beskrevs av vårdenhetscheferna som ett närvarande ledarskap (I, II, III). Vårdenhetschefen i delstudie I betonade att hon ville vara nära medarbetarna och patienterna för att finnas till hands när de behövde henne. Medarbetares önskemål att vårdenhetschefer är närvarande på enheterna har framkommit i tidigare studier (Rosengren, Athlin, & Segesten, 2007). Det finns ett behov av att kunna föra en dialog om det vardagliga vårdarbetet med den närmsta

chefen. Vårdenhetschefer har kunskap om frågeställningar och utmaningar vad gäller sjuksköterskor och hur vården utformas (Anthony et al., 2005; Uhrenfeldt & Hall, 2007). Att få återkoppling och stöd och vid behov även handledning kan antas skapa en trygghet och tillit som också senare kommer till uttryck i vårdhandlingar. Förutom att vara fysiskt närvarande behöver en vårdenhetschef också kunna vara mentalt närvarande i mötet med medarbetarna. Vårdenhetscheferna poängterade betydelsen av att lyssna aktivt på vad medarbetarna hade att framföra (I, II, III). Det handlade om att ”lyssna med hela kroppen” som en av vårdenhetscheferna uttryckte det.

Vårdenhetscheferna fokuserade på olika aspekter i sitt ledarskap (I, II, III). I delstudie I och delvis delstudie II var vårdenhetscheferna involverad i det direkta omvårdnadsarbete och höll sig uppdaterade om vad som hände med patienterna. Vårdenhetschefen i delstudie I prioriterade målet att vara sjuksköterska medan vårdenhetscheferna i delstudie II och III hade ett mera indirekt patient- och omvårdnadsfokus i sitt arbete. Den vårdande attityden hade flyttats från ett direkt patient- och omvårdnadsfokus till en betoning på medarbetarna. Vårdenhetschefers betoning av omvårdnad eller administrativa uppgifter eller både och har visat sig få betydelse för hur vårdenhetschefers ledarskap utövas (Sørensen, 2006; Uhrenfeldt & Hall, 2007; Viitanen et al., 2007). Vad vårdenhetschefer väljer att fokusera på (livsplan) i sitt arbete förklarar till viss del deras handlingar (Pörn, 1988, 1993) eftersom det fokus de har är en del av deras mål (livsplan enligt Pörn).

I resultaten framkom att vårdenhetschefernas vardagliga ledarskap också handlade om att hantera olika situationer och problem som uppkom dels i arbetet men också i relationerna mellan medarbetarna. I en studie visade det sig att chefers främsta uppgift i det vardagliga ledarskapet är att hantera oväntade händelser i organisationen eller omvärlden, att tolka dessa och förklara för medarbetarna vad det är som händer samt att improvisera för att skapa lösningar som gör att det blir stabilt igen (Tyrstrup, 2005). Vårdenhetscheferna poängterade betydelsen av att ta tag i problem omgående och medverka till att eventuellt uppkomna konflikter kunde hanteras (I-III).

I studie III framkom att en kollektiv form av ledarskap utövades inom enheten. Vårdenhetschefen och de biträdande vårdenhetscheferna delade inte chefsbefattningen i någon formell mening utan ledarskapet delades informellt, vilket har beskrivits som ett ”skuggledarskap” (Döös, Wilhelmsson, & Hernborg, 2003). Vårdenhetschefen och de

biträdande vårdenhetscheferna arbetade mycket nära varandra, diskuterade aktuella situationer och strävade efter att vara överens i väsentliga frågor. Att vårdenhetschefer delar på ledarskapet har visat sig vara framgångsrikt (Rosengren, 2008). Det innebär att de kan få stöd av varandra och möjlighet att diskutera och pröva olika ståndpunkter med varandra, vilket i sig kan tänkas motverka att kraven i deras ledarskap blir övermäktiga. Den kollektiva formen av ledarskap kunde också ses i sjuksköterskornas utsagor som beskrev att de var självständiga, hade eget ansvar för sitt arbete och konfronterade varandra om de tyckte att vården inte utfördes i enlighet med den gemensamma värdegrunden.

### **Hållbar och hälsosam arbetsmiljö**

Ett starkt beroende av en god arbetsmiljö och goda relationer med kollegor och annan hälso- och sjukvårdspersonal framkom hos sjuksköterskorna (II, III). I delstudie III poängterade sjuksköterskorna att när arbetstyngden under längre tid var hög blev högre under längre tid märktes detta försämrades klimatet i gruppen.

Vårdenhetscheferna hade förmågan att skapa en god struktur och en sammanhållande ram för arbetet inom respektive enhet (I, II, III). Medarbetarna hade god tillgång till olika informationskanaler och regelbundna arbetsplatsträffar, särskilda möten samt planerings- och utvecklingsdagar. Vid alla tre enheterna fanns också tydliga rutiner för arbetet och även tillgång på nödvändiga resurser. Att ha tillgång till adekvata resurser, informationskanaler, strukturella befogenheter och organisatoriskt stöd (stöd från chefer, utvecklingsmöjligheter, överensstämmelse mellan rådande värderingar och hur arbetet utförs) har även i andra studier visat sig relatera till såväl vårdenhetschefer som sjuksköterskors upplevelse av att vara bemyndigade, kunna utvecklas och bli självständiga i arbetet (Patrick & Laschinger, 2006). Stöd från organisationen i form av möjlighet att utföra ett självständigt arbete, säkerhet, belöningar och respekt har visat sig vara betydelsefullt för medarbetarnas attityder, prestanda och hälsa (Laschinger et al., 2006). Vårdenhetscheferna i både delstudie II och, III ansåg att det var nödvändigt att genom olika åtgärder underlätta för medarbetarna, visa dem omtanke och uppskattning samt stödja dem i deras arbete.

Både sjuksköterskorna och vårdenhetscheferna i delstudie II och III betonade att deras arbete kunde vara stressigt och oförutsägbart men också att det också att det var meningsfullt, varierande och stimulerande. I en tidigare svensk studie framkom att

minskade resurser, dåliga arbetsvillkor och rollotydlighet samtidigt som att kraven och ansvaret ökade resulterade i att hälso- och sjukvårdspersonalen ifrågasatte sitt eget värde (Glasberg, 2007). Hälso- och sjukvårdspersonal tycks ha höga ideal och förväntningar på att främja en god vård. När dessa ideal kan vara svåra att nå så upplever de otillräcklighet, pessimism och maktlöshet. Att lyckas fullfölja sina intentioner om att ge patienterna en god vård kan antas fungera som en buffert mot den stress som både sjuksköterskor och ledare vid en palliativ enhet kan uppleva (III). Flera studier har beskrivit upplevelsen av moralisk stress och samvetsstress inom hälso- och sjukvården (Dahlqvist, 2007; Juthberg, 2008; Lützén, Cronqvist, Magnusson, & Andersson, 2003). I en nyligen genomförd studie (Dellve & Wikstrom, 2009) framkom att chefer inom vårdsektorn upplever etisk stress då organisatoriska procedurer och värderingarna från andra personer i organisationen inte stämmer överrens med chefernas egna värderingar.

Krav kontroll och stöd ha visat sig ha stor betydelse för hur människor kan hantera sin arbetssituation (Johnson, 1986; Karasek & Theorell, 1990). Höga krav, låga kontrollmöjligheter och avsaknad av stöd från såväl chefen som arbetskamrater innebär en risk för att utveckla ohälsa. Både vårdenhetscheferna och sjuksköterskorna i delstudie IV rapporterade om höga krav i arbetet. Vårdenhetschefer rapporterade att deras självskattade hälsa och arbetsmiljö generellt sett var god (IV). De skillnader som fanns mellan de jämförda grupperna var relaterade till indexen arbetskrav, arbetskontroll och chefsstöd. Cheferna upplevde att kraven var höga samtidigt som de uppgav att de hade möjligheter till inflytande och kontroll i en utsträckning som var högre jämfört med sjuksköterskorna som också rapporterade höga krav men lägre kontrollmöjligheter. Man kan anta att vårdenhetschefers högre nivå av kontroll fungerar som en effektiv copingmekanism mot arbetsstress.

Vårdenhetschefers ledarskap har betydelse för skapandet av en hållbar och hälsosammiljö för både patienter och medarbetare. Cheferna på låg- och mellannivå har sannolikt den största påverkan på medarbetarnas hälsa eftersom de har den direkta kontakten med medarbetarna och påverkar deras upplevelse av stöd och omtanke (Schein, 1992). Därför är vårdenhetschefers egen hälsa och välbefinnande väsentlig för att de ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

Av delstudierna I-III framgår graden av komplexitet och det ömsesidiga beroendet mellan olika element som existerar i en arbetsmiljö inom vård och omsorg. Att vara vårdenhetschef innebär att hantera denna komplexitet, att analysera aktuella vardagliga situationer och att föreslå nödvändiga åtgärder samt att genomföra dessa.

## **METODDISKUSSION**

Valet av endast en informant i delstudie I kan anses vara en svaghet. Det är ett litet material med ett fall som finns i ett visst sammanhang varför man inte kan dra några direkta slutsatser. Resultatet i delstudie I kan ses som ett exempel på en samlad bild av en persons målprofil och hur den försvagas respektive förstärks av den inre och yttre miljön (Pörm, 1988, 1993). Fallet är inte valt utifrån något strategiskt syfte. Det valda fallet i delstudie II däremot är valt på grund av att det var ett särskilt fall där det var rimligt att anta att datamaterialet skulle innehålla rik information om en god arbetsmiljö. En svaghet kan här ändå vara att forskarna inte hade några vetenskapligt säkra källor för att detta var ett fall med en god arbetsmiljö. En begränsning är också att frågeformuläret inte skickades ut till alla medarbetare inom enheten.

När man gör fallstudier är en teoretisk referensram en fördel eftersom den fungerar som en vägledning i analysarbetet (Yin, 2009). Det hjälper forskaren att fokusera på vissa data och utelämnar andra. Den teoretiska referensramen i delstudie I ansågs vara relevant eftersom syftet med studien var att få en fördjupad förståelse för hur vårdenhetschefen prioriterade olika fokus i sitt chef- och ledarskap och underlättade tolkningen av materialet. Den teoretiska referensramen kan även begränsa tolkningen genom att man inte upptäcker viktigt innehåll i datamaterialet. I delstudie III användes ingen teoretisk referensram eftersom en mera öppen ansats stämde bättre överrens med syftet i studien.

För att ett resultat av ett kvalitativt datamaterial ska vara rimligt krävs det att det är trovärdigt (credibility), tillförlitligt (dependability), överförbart (transferability) och bekräftat (confirmability) (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2009).

Triangulering (data) är ett sätt att göra resultaten trovärdiga och har i denna avhandling skett genom att olika datainsamlingsmetoder använts (Yin, 2009) (I, III).

Datainsamlingen i delstudie III skedde utan medverkan från författaren av detta avhandlingsarbete. Detta kan ses som en svaghet eftersom forskaren som gjorde analysen inte hade någon information om informanternas kroppsspråk. För att få en

bättre förståelse för materialet avlyssnades därför banden samtidigt som texten lästes. Detta upprepades flera gånger för att författaren skulle bli bekant med materialet. Under analysprocessen har detta ansetts vara en styrka eftersom författaren inte hade erfarenheter från datainsamlingen som påverkade innehållet i analysen.

En intervjuguide hjälper intervjuaren att genomföra intervjun på ett mer systematiskt och innehållsrikt sätt genom att begränsa frågeställningar (Patton, 2002). En svaghet i delarbete II är att den intervjuguide som användes hade många frågor och fokuserade på flera olika områden. Intervjuerna varade för sjuksköterskorna i en timma och för vårdenhetscheferna i två timmar. Risken med långa intervjuer är att både informanterna och forskaren blir trötta och därmed mindre uppmärksam. En annan svaghet är att sjuksköterskorna fick den första informationen om intresse av att delta i studien av vårdenhetscheferna. Det kan inte uteslutas att det har påverkat sjuksköterskornas deltagande. Denna svaghet finns även i delstudie III där vårdenhetschefen tillsammans med en av forskarna valde ut informanterna till gruppintervjuerna utifrån ett strategiskt syfte.

Den låga svarsfrekvensen i sjuksköterskegruppen i delstudie IV är problematisk. Bortfallsanalysen visade visserligen att gruppen som besvarat enkäten i avgörande avseende var jämförbar med hela gruppen sjuksköterskor från de divisioner av sjukhuset som ingick i studien. Dessa kan emellertid i sig inte anses vara helt representativa för universitetssjukhus i allmänhet. Dessutom var representationen från de olika enheterna ojämn. Dessa brister uppvägs i viss utsträckning av att resultaten bekräftar tidigare studier från andra branscher som visar på skillnader vad gäller inflytande och kontroll av arbetssituationen mellan chefer och underställda.

Trovärdigheten i analysen förstärktes av att det var flera forskare med olika bakgrund deltog i analysarbetet eftersom personer med olika förförståelse (bakgrund) kan se och tolka olika saker i ett textmaterials innehåll (Patton 2002). Kvalitativ innehållsanalys är en metod som ökar vår förståelse för innehållet i ett fenomen eller en handling utifrån den kontext som den är en del av (Krippendorff, 2004). En svaghet kan emellertid vara att analysen kanske inte kommer att nå det djup som önskas. Ett ytterligare försök till fördjupning av resultatet i delstudie II gjordes genom att i diskussionen göra en tolkning utifrån ett dygdetiskt perspektiv.



Författaren av denna avhandling har en förförståelse omfattande 40 års yrkeserfarenhet inom svensk hälso- och sjukvård som sjuksköterska, vårdadministratör, sjukhemschef, vårdchef och högskoleadjunkt. Författaren har medverkat vid omfattande förbättringsarbeten inom hälso- och sjukvård och under denna tid arbetat nära vårdenhetschefer och följt de förändringar som skett av deras roll. Den egna personliga erfarenheten om forskningsfältet kan vara en styrka i analysarbetet. Yin (2009) menar att då man genomför en fallstudie måste man ha kunskap om den aktuella kontexten för att kunna nå ett trovärdigt resultat. Den egna förförståelsen kan påverka tolkningen av materialet och ett sätt att lösa detta har varit att ha medbedömare under analysen. Det faktum att flera forskare från flera områden såsom livsåskådning, medicin, vårdvetenskap samt social- och beteendevetenskap har varit involverade i analysprocesserna och kontinuerligt diskuterat innehåll och tolkning av materialet samt det slutgiltiga resultatet har minskat risken för att förförståelsen skapat felkällor.

## 7 SLUTSATSER

Av resultaten i detta avhandlingsarbete kan man dra slutsatsen att sjuksköterskorna och vårdenhetscheferna hade höga ideal och förväntningar på att de skulle lyckas fullfölja en god vård. Värdegrunden i omvårdnad d.v.s. att utgå från patientens bästa tycks vara utgångspunkten i vårdenhetschefernas ledarskap. Insikten hos ledaren om att värdegrunden i omvårdnad vilar på en vilja att göra något gott för patienten, och att medarbetarna är beroende av en arbetsmiljö med såväl tillräckliga resurser och strukturer som arbetsklimatet i teamet för att kunna åstadkomma detta, är nyckelfaktorer som framkommit. Man kan därför anta att vårdenhetschefers ledarskap behöver utgå från att skapa en hälsosam och hållbar arbetsmiljö som främjar både vårdkvalitet och medarbetarnas hälsa. Det innebär att främja utvecklingen av den etiska kompetensen hos såväl dem själva som hos medarbetarna. Ledarskap inom omvårdnad behöver betona etiska värden d.v.s. i detta sammanhang den bästa möjliga vården för varje patient och samtidigt medarbetarnas välbefinnande och hälsa. Vårdenhetschefers arbetsmiljö får stor betydelse för hur de lyckas främja denna utveckling. Hög grad av eget inflytande och befogenheter i arbetet, stöd från den närmsta chefen och möjligheter att skaffa sig nya kunskaper är nödvändiga förutsättningar för detta.

## **8 STUDIENS BETYDELSE OCH FRAMTIDA FORSKNING**

Detta avhandlingsarbete lyfter fram betoningen av mening, dygder och etik inom hälso- och sjukvården. I nuvarande hälso- och sjukvårdsorganisationer finns en betoning på rationalitet och kostnadseffektiv resursanvändning. Dessa värden behöver inte stå i motsats till meningsfullhet, dygder och etik men kan tänkas ha fått en mindre betoning i dagens hälso- och sjukvårdsverksamheter. Forskning behöver i framtiden belysa i vilka sammanhang dessa olika värden kan komma att stå i konflikt med varandra och när de kan berika varandra.

## 9 POPULÄRVETENSKAPLIG SAMMANSTÄLLNING

**Syfte:** Det övergripande syftet med detta avhandlingsarbete har varit att få en djupare förståelse för vårdenhetschefers ledarskap. Ytterligare ett syfte har varit att undersöka eventuella skillnader mellan vårdenhetschefers och sjuksköterskors självskattade hälsa och psykosociala faktorer i deras arbetsmiljö.

**Metod: Studie I och III** är fallstudier. I **studie I** var ”fallet” en vårdenhetschef vid ett äldreboende. Datainsamlingen skedde genom intervjuer, observationer och dokument. Hermeneutisk metod användes för att analysera materialet. **Studie II** genomfördes vid tre kliniker inom tre sjukhus i Sverige. Deltagarna var tre vårdenhetschefer och 14 sjuksköterskor. Intervjuer användes för att samla in data. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Studie III** genomfördes vid en palliativ enhet. Deltagarna var sjuksköterskor, vårdenhetschefen och en biträdande vårdenhetschef. Data samlades in genom ett frågeformulär och gruppintervjuer. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Studie IV** har genomförts vid ett universitetssjukhus i Sverige. Data samlades in genom ett frågeformulär Webb-QPS som mäter en persons självskattade hälsa och psykosociala faktorer i arbetsmiljön. Deltagare var vårdenhetschefer och sjuksköterskorna. I **studie IV** användes Mann-Whitney U-test och Fisher's Exact Test användes för att mäta möjliga skillnader mellan de två grupperna.

**Resultat:** Huvudresultatet i **studie I** visade att vårdenhetschefen målprofil omfattade tre mål: ”att vara sjuksköterska”, ”att vara administratör” och ”att vara ledare”. Målet ”att vara administratör och ledare” stämde överrens med hennes arbetsbeskrivning medan målet ”att vara sjuksköterska” tolkades som ett personlig valt och prioriterat mål. Resultatet i **studie II** visade en dialektisk relation ”Mellan att vara och att göra” (between being and doing). Vårdenhetschefernas och sjuksköterskornas beskrivningar av denna dialektiska relation omfattade tre teman: ”att vara en god professionell utövare (being), ”att få egen vinning” (gaining) och ”att skapa ett gott arbetsklimat” (doing). I **studie III** visade resultatet att den mest betydelsefulla komponenten i arbetsmiljön vid den palliativa enheten var att lyckas fullfölja visionen om en god palliativ vård. Kongruens i ledarskapet, en mogen och väl fungerande grupp, adekvata organisatoriska strukturer och resurser och en delad meningsfullhet var nödvändiga komponenter för att lyckas fullfölja visionen. I **studie IV** rapporterade både vårdenhetschefer och sjuksköterskor att deras självskattade hälsa var generellt sätt god. De skillnader som fanns mellan de jämförda grupperna var relaterade till indexen arbetskrav, arbetskontroll och chefsstöd. Cheferna upplevde höga arbetskrav samtidigt som de uppgav att de hade möjligheter till inflytande och kontroll i en utsträckning som var högre jämfört med sjuksköterskorna som också rapporterade höga arbetskrav men lägre kontrollmöjligheter.

**Slutsatser:** Sjuksköterskorna och vårdenhetscheferna tycks ha höga ideal och förväntningar på att lyckas fullfölja en god vård. Värdegrunden i omvårdnad d.v.s. att utgå från patientens bästa tycks vara utgångspunkten i vårdenhetschefernas ledarskap. Nyckelfaktorer för att åstadkomma detta är såväl tillräckliga resurser och strukturer i arbetsmiljön som arbetsklimatet i teamet. Man kan därför anta att vårdenhetschefers ledarskap behöver utgå från att skapa en hälsosam och hållbar arbetsmiljö som främjar både vårdkvalitet och medarbetarnas hälsa. Det innebär att främja utvecklingen av den etiska kompetensen hos såväl dem själva som hos medarbetarna. Vårdenhetschefers arbetsmiljö får stor betydelse för hur de lyckas främja denna utveckling.

**Nyckelord:** Arbetsmiljö, dygder, ledarskap, självskattad hälsa, vårdenhetschefer

## 10 TACK

Aldrig har jag haft så många att tacka för så mycket! Jag vill börja med ett stort tack till alla deltagarna i mina studier. Ni har varit frikostiga och generösa att dela med er av era upplevelser och erfarenheter och det har gjort det möjligt för mig att genomföra det här projektet.

Ett stort tack till Professor **Barbro Gustafsson** som var min huvudhandledare i början av detta avhandlingsarbete. Det var tack vare dig som jag påbörjade mina studier. Tack för ditt engagemang, all din hjälp och för dina kreativa idéer.

Ett stort tack vill jag också framföra till Professor **Christer Sandahl** som har varit min huvudhandledare för den senare delen av avhandlingsarbetet. Tack för ditt stöd, ditt engagemang, din positiva attityd och för att du har visat mig nya riktningar och spännande infallsvinklar.

Jag vill tacka PhD **Lars Andersson** som varit min bihandledare under största delen av avhandlingsarbetet. Tack för ditt stöd och många värdefulla synpunkter och diskussioner. Tack till Professor **Töres Theorell** som också varit en av mina bihandledare för många värdefulla synpunkter och som särskilt bidragit med aspekter på hälsa. Tack till Professor **Ingmar Pörn** som var bihandledare i början av mitt avhandlingsarbete för värdefulla synpunkter på min första delstudie.

Tack till Docent **Birgitta Andershed** för ditt stora engagemang för min tredje delstudie och för din outtröttliga förmåga att alltid någonstans få lite tid över då jag behövde dina synpunkter. Tack till Med.dr. **Dan Hasson** för hjälp med dataanalyser och för många värdefulla synpunkter av delstudie IV. Tack till statistiker **Jakob Bergström** för hjälp med den statistiska analysen i delstudie I. Tack till PhD **Ingrid Hellström** för korrekturläsning och synpunkter på delstudie III.

Jag vill också framföra mitt stora tack till Professor **Britt-Marie Ternestedt** som alltid på bästa sätt och med varma ord försökt bidra till detta projekt. Tack Professor **Ingegerd Fagerberg** för din omtänksamhet och för att du alltid tar dig tid att ”se” personer i din omgivning.

Jag vill också framföra ett tack till Docent **Görel Hansebo**, prefekt vid Institutionen för vårdvetenskap, Ersta Sköndal högskola för att du på olika sätt gett mig möjligheter att genomföra mina studier.

Ett stort tack till Med.dr. **Anette Erdner** som har varit min mentor under mitt avhandlingsarbete. Tack för uppmuntrande ord på vägen och för att du har delat med dig av dina erfarenheter. Tack till **Åsa Berglund**, studierektor vid Institutionen för vårdvetenskap, Ersta Sköndal högskola som på bästa sätt alltid försökt underlätta min arbetssituation och gett uppmuntrande ord på vägen.

Jag vill särskilt framföra ett stort tack till Professor **Mona Kihlgren** som på olika sätt stöttat och uppmuntrat mig i detta arbete. Tack för din aldrig sinande energi och för det otroliga arbete du lagt ner i slutfasen av detta arbete. Stort tack till Med.dr. **Anne-Marie Boström** för all din hjälp med mina tabeller, synpunkter på mina delstudier och för alla glada tillrop på vägen. Stort tack till Med.dr. **Tord Forsner** för din generositet och hjälp med att få mina referenslistor överrensstämmande med hur jag ville ha dem och stort tack också för korrekturläsning av ”kappan”.

Stort tack till alla ni som arbetar vid **biblioteket, Ersta Sköndal högskola** för all er vänlighet och service som jag fått av er. Utan er hjälp hade det inte blivit en avhandling.

Jag vill också tacka doktorander och kollegor vid Institutionen för vårdvetenskap för värdefulla synpunkter och diskussioner vid forskningsseminarier. Tack för alla era uppmuntrande ord! Särskilt tack till **Elisabeth Bergdahl, Ragnhild Hedman, Anette Henriksson, Åsa Kneck, Mai Leander, Marianne Lind, Mona Söderlund och Jane Österlind** för ert intresse och uppmuntrande ord på vägen. Tack till den glada ”pubgruppen”, **Agneta Cronqvist, Ida Carlander, Birger Hagren, Jonas Sandberg och Michaela Karlstedt** för ”brainstormingskvällen”.

Ett stort tack till **Ersta Sköndal högskola** som till stor del har finansierat detta avhandlingsarbete. Tack också till **Svensk sjuksköterskeförening (SSF)** som lämnat bidrag till detta projekt och till **Föreningen för chefer och ledare** som lämnat bidrag till konferenser och tryckningen av min avhandling. Stort tack till institutionen för Folkhälsovetenskap där jag varit inskriven som doktorand och där jag särskilt vill tacka

Professor **Lucie Laflamme**, prefekt och Professor **Matz Gilberg** för all hjälp jag fått av er.

Jag vill också framföra ett stort tack till mina kollegor och väninnor **Liisa Ojansivu** och **Ingrid Tiseliu**s för ert stöd och för ert aldrig sinande intresse för detta avhandlingsarbete. Ett stort tack till **Maine och Per Lagerstöm** för all er omtanke och teknisk support i samband med datatekniska svårigheter när vi var i Thailand.

Slutligen vill jag tacka **Sölve**, min älskade make, för ditt oändliga tålamod, dina uppmuntrande ord, ditt stöd och din tilltro till mig och att detta projekt skulle lyckas. Våra barn **Ulrika och Jenny**, våra svärsöner **Cristofer och Ulf**, barnbarnen **Oscar, Emma, Carl, Klara, Ameli och Vera** för allt stöd jag fått av er. Ni har all bidragit med många ljusglimtar i mitt liv särskilt under de mest arbetsamma perioderna av detta projekt. Jag vill också rikta ett stort tack också till min kusin **Barbro Nordqvist** för långa samtal när de som bäst behövdes.

## 11 REFERENSER

- Abrahamsson, B., & Andersen, J. A. (2005). *Organisation: att beskriva och förstå organisationer*. Malmö: Liber.
- Alvesson, M., & Deetz, S. (2000). *Doing critical management research*. London: SAGE.
- Anthony, M. K., Standing, T. S., Glick, J., Duffy, M., Paschall, F., Sauer, M. R., et al. (2005). Leadership and nurse retention: the pivotal role of nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 146-155.
- Arnetz, B. B. (1999). Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International Journal For Quality In Health Care*, 11(4), 345-351.
- Avolio, B. J., & Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16, 315-338.
- Axelsson, R. (2000). The organizational pendulum - healthcare management in Sweden 1865-1998. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 28(1), 47-53.
- Badaracco, J. L., & Hansson, S. (2003). *Ledare i det tysta*. Stockholm: Svenska förl.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York : Free Press.
- Bergin, E. (2009). On becoming a manager and attaining managerial integrity. *Leadership in Health Services*, 22(1), 58-75.
- Bernin, P. (2002). *Managers' working conditions : stress and health*. [Diss]. Stockholm: Karolinska institutet.
- Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1985). *The managerial Grid III*. Houston: Gulf publ., Book Division.
- Bolman, L. G., Deal, T. E., & Holmqvist, A. (2005). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Bondas. (2003). Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nurse Administration Quarterly*, 27(3), 249-253.
- Bondas. (2009). Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*, 14(4), 351-362.
- Bondas, T. (2006). Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 332-339.
- Boström, A.-M., Wallin, L., & Nordström, G. (2007). Evidence-based practice and determinants of research use in elderly care in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 665-673.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Byrom, S., & Downe, S. (2010). 'She sort of shines': midwives' accounts of 'good' midwifery and 'good' leadership. *Midwifery*, 26(1), 126-137.
- Cameron-Buccheri, R., & Ogier, M. E. (1994). The USA's nurse managers and UK's ward sisters: critical roles for empowerment. *Journal Of Clinical Nursing*, 3(4), 205-212.
- Cummings, G. G., Olson, K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E., et al. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management* 16 (5), 508-18.
- Dahlqvist, V. (2007). *Samvete i vården: att möta det moraliska ansvarets röster*. [Diss]. Umeå: Umeå Universitet.
- Dallner, M., Francesco, G., Olsson, A. M., & Örelius, D. (2000). *Validation of the General Nordic Questionnaire (QPSNordic) for Psychological and Social Factors at Work*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Dellve, & Wikström. (2009). Managing complex workplace stress in health care organizations: leaders' perceived legitimacy conflicts. *J Nurs Manag*, 17(8), 931-941.
- Dellve, L., & Wikström, E. (2006). *Hållbart ledarskap i sjukvården - Utveckling av ledarskap och stödstrukturer ur individ- och organisationsperspektiv*. Göteborg: Ewa Wikström.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1780.



- Doran, D., Sanchez McCutcheon, A., MacMillan, K., McGillis Hall, L., Pringle, D., & Valente, A. (2004). *Impact of manager's span of control on leadership and performance*. Toronto.
- Duffield, C. (1991). First-line nurse managers: issues in the literature. *Journal Of Advanced Nursing*, 16(10), 1247-1253.
- Duffield, C., Moran, P., Beutel, J., Bunt, S., Thornton, A., Wills, J., et al. (2001). Profile of first-line nurse managers in New South Wales, Australia, in the 1990s. *Journal Of Advanced Nursing*, 36, 785-793.
- Döös, M., Wilhelmsson, L., & Hernborg. (2003). Delat ledarskap som en möjlighet. In L. Wilhelmsson (Ed.), *Förnyelse på svenska arbetsplatser - balansakter och utvecklingsdynamik* (pp. 182-211). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Ekvall, G., & Arvonen, J. (1991). Change-centered leadership: An extension of the two-dimensional model. *Scandinavian Journal of Management*, 7(17-26).
- Ekvall, G., & Arvonen, J. (1994). Leadership profiles, situation and effectiveness. *Creativity and Innovation Management*, 3(3), 139-161.
- Ellström, P.-E., & Kock, H. (2009). *Mot ett förändrat ledarskap? : om chefers arbete i team- och processorganiserad verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Falk, V., & Nilsson, K. (1999). *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Fiedler. (1997). In situational control and a dynamic theory of leadership. In K. Grint (Ed.), *Leadership. Classical, contemporary, and critical approaches*. New York: Oxford University Press Inc.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique *Psychological Bulletin* 51, 327-358.
- Forsberg, E., Axelsson, R., & Arnetz, B. (2001). Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement. *Health Policy*, 58(3), 243-262.
- Fransson Sellgren, S. (2007). *Nursing management at a Swedish University hospital: leadership and staff turnover*. Diss. Stockholm: Karolinska institutet.
- Furåker, C., & Berntsson, L. (2003). Ward managers' goals and work content [Swedish]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 23(3), 27-32.
- Føllesdal, D., Walløe, L., & Elster, J. (2001). *Argumentationsteori, språk och vetenskapsfilosofi*. Stockholm: Thales.
- Glasberg, A.-L. (2007). *Stress of conscience and burnout in healthcare : the danger of deadening one's conscience*. [Diss]. Umeå: Umeå universitet.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *The Leadership Quarterly*, 13(4), 423-451.
- Gunnarsdottir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal Of Nursing Studies*, 46, 920-927.
- Gustafsson, B., & Pörn, I. (1994). A motivational approach to confirmation: an interpretation of dysphagic patients' experiences. *Theoretical Medicine* 15, 409-430.
- Hallin, B., & Siverbo, S. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hasson, D., Gustavsson, P., & Sandahl, C. (2006). *Webb-QPS - utveckling och prövning av en webbaserad metod för mätning av psykosocial arbetsmiljö och hälsa*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1977). *Management of organizational behavior: utilizing human resources*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Hofstede, G., & Hofstede, G. J. (2005). *Cultures and organizations : software of the mind : [intercultural cooperation and its importance for survival]*. New York: McGraw-Hill.

- Holmberg, I. (2003). Var finns ledarskapet i offentlig sektor. In I. Holmberg & R. Henning (Eds.), *Offentligt ledarskap : om förändring, förnyelse och nya ledarideal* (pp. 7-29). Lund: Studentlitteratur.
- Hällsten, F. (2003). *Det dygdiga personalansvaret : om chefers ansvarstagande för personal utifrån etiska perspektiv*. [Diss]. BAS, Göteborg.
- Jaques, E. (1996). *Requisite organization : a total system for effective managerial organization and managerial leadership for the 21st century*. Arlington, Va.: Cason Hall.
- Johnson, J. V. (1986). *The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden*. Stockholm.
- Juthberg, C. (2008). *Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden*. [Diss]. Umeå: Umeå University.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, N.Y.: Basic Books.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis : an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Kvale, S., & Torhell, S.-E. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lagesson, C. (2004). Quality focus of the first line nurse manager and relationship to unit outcomes. *Journal of Nurse Care Quality*, 19(4), 336-342.
- Landstingsförbundet., L. S. (2002). *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet: Utvecklingstendenser 1992 - 2000*. Stockholm
- Larsson. (2003). Ledarskapsteori. In G. Larsson & K. Kallenberg (Eds.). *Direkt ledarskap*. Stockholm: Försvarshögskolan och Försvarsmakten.
- Laschinger, H. K. S., Purdy, N., Cho, J., & Almost, J. (2006). Antecedents and consequences of nurse managers' perceptions of organizational support. *Nursing Economics*, 24(1), 20-29.
- Lind, R., & Arvidsson, G. (1998). Ledning av företag och förvaltningar. In *Ledning av företag och förvaltningar / Göran Arvidsson och Rolf Lind (red)* (Vol. s. 9-18): Ledning av företag och förvaltningar / Göran Arvidsson och Rolf Lind (red) Stockholm : SNS (Studieförb. Näringsliv och samhälle), 1998.
- Lindholm, M., Dejin-Karlsson, E., Östergren, P., & Udén, G. (2003). Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal Of Advanced Nursing*, 42(5), 506-515.
- Lütznén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10, 312-322.
- McGillis Hall, L., & Donner, G. J. (1997). The changing role of hospital nurse managers: a literature review. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10(2), 14-39.
- McGuire, E., & Kennerly, S. M. (2006). Nurse managers as transformational and transactional leaders. *Nursing Economics*, 24(4), 179-185.
- Meijers, J. M. M., Janssen, M. A. P., Cummings, G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A., & Halfens, R. Y. G. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal Of Advanced Nursing* 55(5), 622-35.
- Nilsson, K. (2003). *Mandat - makt - management : en studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras*. [Diss]. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Norbäck, L. E., & Targama, A. (2009). *Det komplexa sjukhuset : att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Nyberg, A. (2008). Det goda chefskapet. Organisatorisk effektivitet och anställdas hälsa. En kunskapsöversikt. In *Chefskapets former och resultat. Två kunskapsöversikter om arbetsplatsens ledarskap*. (Vol. 2008:15). Stockholm: Vinnova.
- Oroviogioicoechea, C. (1996). The clinical nurse manager: a literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 24(6), 1273-1280.
- Ovretveit, J. (2005). Leading improvement. *Journal Of Health Organization And Management*, 19(6), 413-430.
- Patrick, A., & Laschinger, H. K. (2006). The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 14 (1):13-22.

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. London: SAGE.
- Payne, M. (2007). Resilient multiprofessional teams. In B. Monroe & D. Oliviere (Eds.), *Resilience in palliative care : achievement in adversity* (pp. 181-198). Oxford: Oxford University Press.
- Pedersen, A. (1993). Qualities of the excellent head nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 18(1), 40-50.
- Persson, O., & Thylefors, I. (1999). Career with no return: roles, demands, and challenges as perceived by Swedish ward managers. *Nursing Administration Quarterly*, 23(3), 63-80.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2009). *Study guide for essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Prekert, F., & Ehnfors, M. (1997). A measure of organizational effectiveness in nursing management in relation to transactional and transformational leadership: a study in a Swedish county hospital. *Journal of Nursing Management*, 5(5), 279-287.
- Prop. (1993/94:218). Psykiatireformen.
- Pörn. (1988). Care with a holistic view. *Journal of Medical Society of Finland* (148), 137-140.
- Pörn. (1993). Health and adaptedness. . *Theoretical medicine* (14), 295-303.
- Reed, B., & Bazalgette, J. (2006). Organizational role analysis at the Grubb institute of behavioural studies: origins and development. In J. Newton, S. Long & B. Sievers (Eds.). *Coaching in depth. The organizational role analysis approach*. London: Karnac.
- Rosengren. (2008). *En hälso- och sjukvårdsorganisation i en förändring- från distanserat till delat ledarskap*. [Diss]. Jönköping: Hälsohögskolan.
- Rosengren, K., Athlin, E., & Segesten, K. (2007). Presence and availability: staff conceptions of nursing leadership on an intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 522-529.
- Rydholm, I.-M. (1992). *Att leda vård : utveckling i nordiskt perspektiv*. Stockholm : Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförb. (SHSTF) ;
- Sandahl, Birgersson, E., Jansson, H., Sundlin, A.-L., & Åkerlund, M. (2004). Performance based personality tests in the assessment and selection of managers. *Scandinavian Journal of Organisational Psychology, Organisational Theory and Practice*, 15(35-44).
- Sandahl, von Knorring, M., & Falkenström, E. (2010). *Chef med känsla och förnuft: om professionalism och etik i ledarskapet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Sandberg, S., & Fogelberg Eriksson, A. (2000). *Ledarskapsforskning : en kunskapsöversikt*. Linköping: Univ. Centrum för studier av människa, teknik och organisation.
- Schein, E. H. (1992). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sellgren, S., Ekvall, G., & Tomson, G. (2006). Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 348-355.
- Sellgren, S., Ekvall, G., & Tomson, G. (2007). *Nursing staff turnover: does leadership matter? Leadership in Health Services*, 20(3), 169-183.
- Sellgren, S. F., Kajermo, K. N., Ekvall, G., & Tomson, G. (2009). Nursing staff turnover at a Swedish university hospital: an exploratory study, *J Clin Nurs* (2009/07/22 ed., Vol. 18, pp. 3181-3189).
- SFS. (2001:453). Socialtjänstlagen.
- Shirey, M. R. (2006). Stress and coping in nurse managers: two decades of research. *Nursing Economic\$,* 24(4), 193.
- Shirey, M. R. (2009). Authentic leadership, organizational culture, and healthy work environments. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(3), 189-198.
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2000). *Health care management : organization, design, and behavior*. Albany, N.Y.: Delmar Publishers.
- Silfverberg. (2000). *Ledmotiv 1(27-37)*.
- Silfverberg. (2005). *Ovisshetens etik*. Nora: Nya Doxa.

- Skytt, B., Ljunggren, B., & Carlsson, M. (2007). Reasons to leave: the motives of first-line nurse managers' for leaving their posts. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 294-302.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). Påverkar chefens personalansvar kvaliteten i vården och omsorgen?
- Socialstyrelsen. (2009). *Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal : officiell statistik om antal legitimerade (2008) och arbetsmarknadsstatus (2007)* (No. 978-91-86301-46-0). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Årsrapport NPS 2010 : en analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad* (No. 978-91-86301-84-2). Stockholm: Socialstyrelsen.
- SSF. (1982:763). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- SSF. (1991:900). Kommunallagen.
- SSF. (1991:1150). Ädelreformen.
- SSF. (1993:387). Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) - Handikappreformen.
- SSF. (2003:460). Lagen om etikprövning av forskning som avser människor
- Stanley, D. (2006). In command of care: toward the theory of congruent leadership... Second of two papers. *Journal of Research in Nursing*, 11(2), 132-144.
- Stanley, D. (2008). Congruent leadership: values in action. *Journal of Nursing Management*, 16, 519-524.
- Sundberg, A.-C., & Johansson, M. (1997). Kartläggning av sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker med vårdadministrativ kompetens vid Sveriges sjukhus. *Vårdadministratören*(4), 19-23.
- Svedberg, L. (2007). *Gruppsykologi : om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Sørensen, E. (2006). *An empirical study of the interaction between management and professionalism in the practice of Danish hospital nurses*. [Diss]. Aarhus, Denmark.: Det Afdelingen for Sygeplejevidenskab, Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Theorell, T. (2003). *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur.
- Thorpe, K., & Loo, R. (2003). Balancing professional and personal satisfaction of nurse managers: current and future perspectives in a changing health care system. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 321-330.
- Thylefors, I. (1991). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Thylefors, I. (2007). *Ledarskap i human service-organisationer*. Stockholm: Natur och kultur.
- Trollestad, C. (2000). *Etik & organisationskulturer*. Stockholm: Svenska förl.
- Tyrstrup, M. (2005). *På gränsen till fiasko: om ledarskapets vardag och det improviserande inflytandet*. Lund: Studentlitteratur.
- Uhrenfeldt, L., & Hall, E. O. C. (2007). Leadership practices among charge nurses: A qualitative study. In *Leadership, job satisfaction and clinical wisdom: A hermeneutic study of charge and clinical nurses' experiences*. [Diss]. Arhouse.
- Upenieks, V. V. (2003a). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *Health Care Manag (Frederick)*, 22(2), 83-98.
- Upenieks, V. V. (2003b). What constitutes effective leadership? Perceptions of magnet and nonmagnet nurse leaders. *J Nurs Adm*, 33(9), 456-467.
- Wallick, W. G. (2002). Healthcare Managers' Roles, Competencies, and Outputs in Organizational Performance Improvement. *Journal of Healthcare Management*, 47(6), 390.
- Viitanen, E., Wiili-Peltola, E., Tampusi-Jarvala, T., & Lehto, J. (2007). First-line nurse managers in university hospitals - captives to their own professional culture? *Journal of Nursing Management*, 15, 114-122.
- Wolmesjö, M. (1998). *Att leda socialt omsorgsarbete : en komparativ studie av arbetsledning inom äldre- och handikappomsorg i Sverige och USA*. [Diss]. Lund: Socialhögskolan, Lunds univ.

- Yammarino, F. J., Dionne, S. D., Chun, J. U., & Dansereau, F. (2005). Leadership and levels of analysis: a state-of-the-science review. *Leadership Quarterly*, 16, 879-919
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods*. London: SAGE.
- Yukl, G. A. (2006). *Leadership in organizations*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Zaleznik, A. (1977). Managers and leaders: are they different? *Harvard Business Review*, 55 (3), 67-78.