



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Hälsa- bringande sjukvård

– för personal och patienter

Marianne Törner / Christian Gadolin / Pernilla Larsman
/ Anders Pousette / Axel Ros / Maria Skyvell Nilsson

Göteborg, 2022

ISBN: 978-91-85971-84-8

Förlag: Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien, Inst f medicin, Samhällsmedicin och folkhälsa, Arbets- och miljömedicin, www.gu.se

Författare: © Marianne Törner, Christian Gadolin, Pernilla Larsman, Anders Pousette, Axel Ros, Maria Skyvell Nilsson

Formgivning: Dolling Tahko

Foto: Johan Werner Avby

Tryck: Göteborgstryckeriet

Hälso- bringande sjukvård

– för personal och patienter

Innehåll

1	Vården utmanas	7
2	Sambandet mellan produktionskrav och produktion är inte linjärt	8
3	Sambandet mellan kvalitet och effektivitet i vården	10
4	Meningsfullhet och psykologiska kontrakt	11
5	Bokens mål och målgrupp	14
6	Olika organisatoriska mål kan gå hand i hand	15
7	Värdekonflikter – en påfrestande men normal del av arbetet	16
8	Etiska värdekonflikter är särskilt påfrestande	17
9	Etisk stress – ett hot mot vårdens effektivitet och kvalitet	18
10	Från antingen/eller till både-och	19
11	Organisatoriskt stöd för hantering av värdekonflikter	20
12	Uppfattat organisatoriskt stöd - POS	21
13	En teori om POS betydelse för sjuksköterskors hantering av etiska värdekonflikter	22
14	Syftet med forskningsprojektet	24
15	Så genomfördes forskningsprojektet	26
15.1	Våra forskningsmiljöer	26
15.2	Kvantitativa och kvalitativa metoder kompletterar varandra	26
15.3	Delstudie 1: enkäter till sjuksköterskor	28
15.4	Delstudie 2: enkät till vårdenhetschefer	32
15.5	Statistiska analyser av enkätdata	33
15.6	Delstudie 3: intervjuer med sjuksköterskor	33
15.6.1	Så här genomfördes intervjuerna med sjuksköterskor	34
15.6.2	Så här analyserades sjuksköterskeintervjuerna	34
15.7	Delstudie 4: intervjuer med vårdenhetschefer	36
15.7.1	Så här genomfördes och analyserades intervjuerna med vårdenhetschefer	36
15.8	Delstudie 5: fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor	38
16	Våra forskningsfrågor	40
17	Våra resultat	41
17.1	Etiska värdekonflikter och deras betydelse för sjuksköterskors hälsa, avsikt att lämna organisationen och för värdeeffektivitet och patientsäkerhet	41
17.2	Betydelsen av sjuksköterskors POS-klimat för förekomst av etiska värdekonflikter och etisk stress	45
17.3	Betydelsen av sjuksköterskors POS-klimat för deras hälsa, arbetstillfredsställelse, planer på att lämna organisationen och faktisk personalomsättning, samt för teameffektivitet och patientsäkerhet	46

17.3.1	POS-klimatets betydelse för sjuksköterskors hälsa och arbetstillfredsställelse	46
17.3.2	POS-klimatet som buffert för hög arbetsbelastning	47
17.3.3	POS-klimatets betydelse för sjuksköterskors avsikt att lämna organisationen	48
17.3.4	Betydelsen av POS för personalomsättningen bland sjuksköterskor	48
17.3.5	POS-klimatets betydelse för sjuksköterskors teameffektivitet och för patientsäkerheten	48
17.4	Betydelsen av psykologiskt kontrakt för POS-klimatet	49
17.5	Slutsatser om betydelsen av ett bra POS-klimat	50
17.6	Organisatoriska förutsättningar för sjuksköterskors upplevelse av organisatoriskt stöd – POS	52
17.6.1	Aktörer inom organisationen med betydande inverkan på sjuksköterskornas upplevelse av POS	52
17.6.2	Organisatoriska förhållanden som påverkar sjuksköterskors POS	53
17.7	Vårdenhetschefers arbete för att erbjuda sjuksköterskor organisatoriskt stöd, och vad de själva behöver för stöd för detta	58
17.7.1	Sätt att agera och organisera arbetet: interaktion med och inom vårdenheten	60
17.8	Vad en vårdorganisation gör som understöder utvecklingen av POS, och hur detta påverkar sjuksköterskors hantering av etiska dilemman	66
17.8.1	POS skapar empowerment	66
17.8.2	Ideologisk samsyn kring vårduppdraget	69
17.8.3	Tydliga strukturer och gemensam strategi	70
17.8.4	Adekvat kompetensanvändning och kompetensutveckling	70
17.8.5	Aktivt stödjande ledning	71
17.8.6	Ett samarbetsinriktat och resursstarkt vårdteam och dito vårdkedja	72
17.9	Organisatoriskt stöd i en vårdorganisation under stark press	74
17.9.1	Ökade arbetskrav relaterade till omstrukturering av arbetet	75
17.9.2	Ökade arbetskrav relaterade till personalen	76
17.9.3	Arbetsresurser relaterade till arbetsuppgifter eller organisation	77
17.9.4	Arbetsresurser relaterade till personalgruppen	78
18	Diskussion och reflektion kring våra resultat	80
18.1	Metodologiska begränsningar	89
19	Sammanfattning och våra slutsatser	90
20	Forskargruppen	95
21	Etik	97
22	Uppmärksammanden	97
23	Referenser	98



1. Vården utmanas

God vård och omsorg är en av de mest centrala funktionerna i ett välfärdssamhälle. Vårdsektorn är även betydelsefull för integration av utomlands födda i svenskt arbetsliv, vilket stärker dess betydelse ur ett brett samhällsperspektiv. Men sjukvården står inför stora utmaningar. Vårdtider, vårdbehov och därmed vårdkostnader ökar av demografiska skäl – vi lever längre och vi blir allt fler som är äldre. Samtidigt gör teknisk och medicinsk utveckling allt fler sjukdomstillstånd möjliga att behandla. Sådan utveckling är förstås mycket positiv, men samtidigt är kostnaderna för dessa nya diagnos- och behandlingsmetoder ofta mycket höga, och samhällets resurser att bekosta vården är begränsade. Detta skapar svåra dilemman, och vikten av att vården har hög produktivitet, det vill säga åstadkommer mesta och bästa möjliga vård inom de resurser som är tillgängliga, blir allt tydligare. Krav på vården att bli effektivare hörs därför ofta. Men hur åstadkommer vi då detta på bästa möjliga sätt?

För att utveckla vården att klara de utmaningar den står i och inför kommer sannolikt en del behöva förändras. Men det är samtidigt viktigt att inse vad som måste värnas. Vården är personalintensiv och personalens hälsa, välbefinnande och arbetstillfredsställelse är därför av största vikt för att vården ska fungera väl. Valfungerande vård förutsätter alltså inte minst goda psykosociala arbetsförhållanden, med en balans mellan krav och olika typer av resurser [4]. Men den psykiska ohälsan bland vårdanställda ökar och är ett problem som har uppmärksammats internationellt [5], såväl som nationellt [6, 7]. Sjukvården står därför inför stora utmaningar för att behålla sjuksköterskor, läkare och annan vårdpersonal. Bättre förståelse bland beslutsfattare i vårdsektorn för hur de psykosociala förhållandena för vårdpersonalen kan värnas och förbättras är alltså angeläget för att bryta denna negativa utveckling. Att ta fram kunskap kring detta är också en angelägen uppgift för forskningen. Med den här boken hoppas vi kunna bidra till detta.

2. Sambandet mellan produktionskrav och produktion är inte linjärt

Ett sätt att effektivisera som länge använts i vårdsektorn är att dra in resurser och öka produktionskraven på den kvarvarande vårdpersonalen, exempelvis genom att öka patientbeläggningsgraden. Om det finns mycket 'slack i systemet', det vill säga mycket personaltid som inte används för vårdproduktion, så är detta ett bra sätt att effektivisera. I sådant läge är sambandet linjärt; minskade resurser ger högre produktivitet. Men sambandet är inte alltid linjärt. Det finns en punkt när högre krav på befintlig personal inte längre leder till högre produktion, och – ve och fasa – en punkt när ännu högre krav leder till minskande effektivitet. I en studie i Tyskland som omfattade 83 akutsjukhus med 256 kliniker inom 6 högriskspecialiteter, med totalt 82 000 patienter studerade forskarna Kuntz, Mennicken och Scholtes hur den procentuella mortaliteten bland patienterna påverkades av klinikernas beläggningsgrad. Forskarna fann att mortaliteten ökade marginellt med ökande beläggningsgrad, upp till en viss nivå. Här fann de en 'tipping point', en brytpunkt, och när beläggningsgraden ökade utöver denna brytpunkt ökade mortaliteten drastiskt. Denna brytpunkt låg vid en beläggningsgrad på 92,5% [8]. Här bör tilläggas att forskarna hade kontrollerat för förhållandet att kliniker med mycket hög beläggningsgrad eventuellt hade de svårast sjuka patienterna. Forskarna menade att

vårdpersonal i allmänhet är beredda att sträcka sig mycket långt när så krävs. En önskan att vårda människor ligger ofta bakom yrkesvalet, vilket sedan följs av en lång utbildningstid med insocialisering i professionella normer som ytterligare stärker de vårdprofessionellas motivation i denna riktning. Denna motivation, resonerade forskarna, ger en viktig mänsklig buffert för att hantera kriser. Personalen är beredd att sträcka sig mycket långt för att hantera situationen och lösa krisen. Men när beläggningsgraden når brytpunkten är denna buffert uttömd. Kuntz och hans kolleger refererade till tidigare forskning som visade att när personalen nått denna kapacitetsgräns måste de prioritera mycket hårdare i hur de ska använda sina resurser. Det finns då inte heller ytterligare resurser hos vårdenhetscheferna att buffra pressen på sin personal. Bufferten blir nu istället kvalitet i vården. Den höga arbetsbelastningen leder också till arbetsrelaterad stress, vilket ytterligare försämrar såväl den individuella prestationsförmågan som teamarbetet. Forskarnas slutsats var alltså, att vid denna brytpunkt minskar effektiviteten och kvaliteten i vården när kraven ökar. Obevekligt väcks frågan hur många svenska sjukhus som har en beläggningsgrad under 92,5%.

I vår egen tidigare forskning om säkerhet i vården (presenterad bland annat i den

populärvetenskapliga boken 'Säkerhetsklimat i vård och omsorg – stöd och hinder' [9]) fick vi resultat som var i samklang med den tyska studien. Genom att sammanställa resultat från intervjuer med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor kunde vi konstatera att när personalresurserna var anpassade att klara kraven som rådde när allt flöt på enligt plan så fanns ingen marginal att hantera den variabilitet i vårdtryck, som är vanlig i verksamheten. Ett ökat vårdtryck kan exempelvis bero på temporärt ökad vårdefterfrågan, på grund av säsongsvariationer, eller på likaledes temporär personalfrånvaro på grund av epidemier. De slimmade personalresurserna gjorde då systemet mycket sårbart och en negativ, spiralformad process uppstod, med långsiktiga konsekvenser. Resultatet var hög stresspåverkan på personalen, försämrad säkerhet för såväl patienter som personal, försämrad effektivitet och förhöjd personalomsättning eller avsikt att lämna organisationen.

När personalresurserna däremot var dimensionerade så att det fanns ett visst överskott när allt flöt enligt plan kunde vi konstatera en positiv spiral. Då fanns en viss reservkapacitet som kunde mobiliseras i perioder av ökande krav, utan att öka trycket

på den befintliga personalen i alltför hög utsträckning. Personalen visade då en hög grad av s.k. organisatoriskt medborgerligt beteende (Organisational Citizenship Behaviour, [10, 11]), det vill säga ett delaktigt beteende som går utanför den egna kärnuppgiften och där enskilda individer genom personligt ansvarstagande gör sitt bästa för att arbetet i organisationen ska fungera så bra som möjligt. Medlemmarna i teamet är väl inarbetade med varandra, känner varandras styrkor och svagheter väl och kan därför använda resurserna effektivt. Alla gör sitt bästa, man ställer upp för varandra och kompenserar även på så sätt andra brister i systemet. Efter en sådan period av högt tryck känner man stimulansen av att ha gjort ett bra arbete tillsammans, arbetet känns meningsfullt och man känner stolthet över verksamheten. Resultatet av den goda processen beskrevs som goda arbetsförhållanden, hög säkerhet för såväl personal som patienter, hög effektivitet, hög arbetstrivsel och låg personalomsättning. Här är det förstås viktigt att framhålla att sådana arbetsintensiva perioder måste efterföljas av perioder med lägre tryck på verksamheten för att ge tid till återhämtning, reflektion och gemensamt utvecklingsarbete.

3. Sambandet mellan kvalitet och effektivitet i vården

Ett sätt att öka effektiviteten i vården, utan att öka pressen på vårdpersonalen, är att förbättra patientsäkerheten. En tidigare undersökning av Socialstyrelsen [12] visade att under ett år i svensk somatisk slutenvård inträffade uppskattningsvis 105 000 vårdskador, vilka ledde till cirka 630 000 extra vårdtygn. Att minska patientskadorna skulle alltså inte bara minska lidande utan också kunna minska vårdens kostnader. Forskaren Vincent [13] konstaterar att patientsäkerhet har ägnats ökande intresse på senare år, men att åtgärdsarbetet sällan tagit sin utgångspunkt i socialpsykologiska förutsättningar

för det arbete som utförs i hälso- och sjukvården och att detta kan förklara bristen på framgång. Vincent påpekar också med oro att patientsäkerhetsforskning baserad på psykologi, sociologi, organisationskunskap och teknik minskade under början av 2000-talet. Han framhåller behovet av att i högre grad beakta sociala och kulturella fenomenets betydelse för patientsäkerheten, och av att kvalitativ forskningsmetodik tillämpas i högre grad, för att få djuplodande kunskap om de specifika sammanhang man studerar.

4. Meningsfullhet och psykologiska kontrakt

Att känna meningsfullhet i våra liv och i det vi gör är ett djupt existentiellt mänskligt behov. I tidigare forskning undersöktes hur arbetsförhållandena såg ut bland långtidsfriska, det vill säga personer som kom till jobbet dag ut och dag in och mycket sällan var sjukskrivna [14]. Forskarna kunde konstatera att den enskilt viktigaste faktorn var att den anställda upplevde sig ha resurser att göra ett bra jobb och kunna känna sig nöjd med kvaliteten i sitt arbete. Meningsfullhet i arbetet är alltså en viktig grund för arbetstillfredsställelse. Saknar vi detta är sannolikheten hög att vi börjar fundera på att lämna organisationen, och i värsta fall yrket. Hög personalomsättning, än så länge främst bland sjuksköterskor, är ett sedan länge uppmärksammat problem bland annat i Sverige och innebär ett allvarligt hot mot såväl vårdens effektivitet som dess kvalitet. Väl inarbetade team, vars medlemmar känner varandra väl 'kuggar in' i varandra på ett effektivt och bra sätt i arbetet. De vet var andra teammedlemmar kan behöva hjälp och var man kan lämna över till eget ansvar. En erfaren person är generellt sett mer kompetent än en oerfaren. Oerfarna tar resurser i anspråk från de mer erfarna genom behovet av handledning. Om sådan handledning krävs i måttlig omfattning är det i allmänhet stimulerande för den som handleder. Att använda sin kompetens för att hjälpa mer juniora arbetskamrater att utveckla sin kompetens och rolltrygghet känns ofta mycket meningsfullt. Men om personalomsättningen är hög innebär

behovet av handledning en alltför hög press på de erfarna handledarna. Om de juniora personer man handlett dessutom lämnar verksamheten i hög omfattning kan den insats man gjort som handledare upplevas som meningslös.

Hög personalomsättning, där team splittras och medlemmar ersätts av mindre erfarna, är alltså en stor belastning på vården. Men faktum är att redan när vi börjar fundera på att lämna organisationen minskar effektiviteten. Som anställd har man inte bara ett formellt kontrakt med sin arbetsgivare, utan även ett informellt, så kallat psykologiskt kontrakt [15]. Det psykologiska kontraktet är ensidigt i så måtto att det avser den anställdes antaganden om ömsesidiga åtaganden. I den goda organisationen, där man ges goda förutsättningar att göra ett bra jobb och kan känna sig nöjd med kvaliteten i sitt arbete känner man stimulans och meningsfullhet i arbetet. Man har ett så kallat relationellt psykologiskt kontrakt med arbetsgivaren. Ett relationellt psykologiskt kontrakt innebär att den anställda upplever att det finns en tyst överenskommelse, att om jag som anställd gör ett riktigt gott arbete, ställer upp lite extra när så behövs och tar ett personligt ansvar för att allt ska fungera så bra som möjligt, så kommer arbetsgivaren att göra sitt allra bästa för att ge mig goda arbetsförutsättningar och ställa upp för mig när jag behöver stöd. Om jag som anställd börjar tvivla på arbetsgivarens vilja och intentioner att göra sitt bästa för mig, om jag känner mig exploaterad och inte respekterad,

då är risken stor att jag anser det relationella psykologiska kontraktet som brutet. Mitt relationella psykologiska kontrakt med arbetsgivaren övergår då i ett rent transaktionellt kontrakt. Jag gör vad som omfattas av min formella arbetsbeskrivning, men inte mer, och förväntar mig i gengäld bara avtalade villkor, som lön och avtalad arbetstid. Såväl arbetstagare som arbetsgivare har lidit en svår förlust. Arbetstagaren har förlorat meningsfullhet, engagemang och arbetstillfredsställelse. Arbetsgivaren har förlorat en "organisatorisk medborgare", som håller uppsikt över vad som behöver göras och på en rad olika sätt gör sitt bästa för att organisationen ska fungera så väl som möjligt. Tidigare forskning har visat att sjuksköterskor som upplever att det relationella psykologiska kontraktet brutits förlorar tillit till ledning och organisation, känner minskad arbetstillfredsställelse och i högre utsträckning funderar på att lämna organisationen [16].

När psykologiska kontrakt först beskrevs omfattade de två olika typer, transaktionellt respektive relationellt. Forskarna Thomson och Bunderson [17] föreslog en tredje typ av psykologiskt kontrakt, ett ideologiskt kontrakt, det vill säga ett kontrakt baserat på ideologisk samsyn. De menade att det psykologiska kontraktet inte uteslutande baserades på ett monetärt (transaktionellt) respektive socialt (relationellt) utbyte utan också kunde vara grundat i den anställdas ideologi avseende yrket. När så var fallet, menade forskarna, var den anställdas motivation baserad på att åstadkomma något viktigt och djupt meningsfullt. De definierade det ideologiska kontraktet som ett trovärdigt engagemang för att uppfylla ett värderat syfte eller en värderad princip, som inte begränsade sig till egenintresse, och som var implicit i relationen

mellan den anställda och organisationen. Thomson och Bunderson menade också att det ideologiska kontraktet är relaterat till den anställdas sociala identitet och att organisationen förväntas omfatta den anställdas moraliska värden. Ett brott av det ideologiska kontraktet innebär att djupt liggande värden upplevs som svikna, vilket hotar den anställdas självuppfattning. Den anställda kan alltså ta det personligt när hen upplever att organisationen bryter det ideologiska kontraktet, även om hen inte är personligt involverad i det skeendet [18]. Ett brutet ideologiskt kontrakt medför även att meningsfullheten i arbetet undermineras och därmed motivationen [17]. Det gör även att tilliten till organisationen och dess företrädare eroderas. Vår egen tidigare forskning visade att vårdpersonalens grundläggande antagande om arbetet, det vill säga deras ideologi avseende arbetet, i hög grad är etiskt betingat. Det grundläggande antagandet vi kunde identifiera - världens "prio ett" - var att patientens fysiska hälsa och välbefinnande ska värnas [19]. Vi har också tidigare kunnat konstatera att på vårdenheter där vårdpersonalen uppfattade att ledningen delar personalens grundläggande ideologi, att patienternas behov har främsta prioritet, där känner personalen stolthet över sitt arbete och över vårdenheten. Detta, i sin tur, var gynnsamt för såväl personalens som patienternas säkerhet [9, 20, 21]. Andra forskare har funnit att det psykologiska kontraktet bland sjuksköterskor vanligen är relationellt snarare än transaktionellt, och vilar tungt på ideologiska värden som professionell expertis, patientfokus och att bidra till det gemensamma goda, snarare än till egen nytta [18]. I samma studie framhöll de intervjuade sjuksköterskorna vårdorganisationens förpliktelse att understödja sådana professionella bidrag.



5. Bokens mål och målgrupp

Den här boken bygger på resultat från forskningsprojektet 'Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor'. Projektet finansierades av AFA Försäkring och genomfördes 2019 - 2021 i ett samarbete mellan Göteborgs universitet, Högskolan Väst i Trollhättan, Högskolan i Skövde samt Region Jönköpings län och Skaraborgs sjukhus i Västra Götalands län. Med boken vill vi göra forskningsprojektets resultat lätt tillgängliga för framför allt beslutsfattare på alla nivåer inom vårdsektorn, men också för fackliga förtroendepersoner och för personal i administrativa stöd- och stabsfunktioner i vården. Vi vill ge forskningsbaserad kunskap om psykosociala faktorerens betydelse för effektivitet, kvalitet

och personalhälsa i vården, och hur de organisatoriska processer ser ut som gynnar respektive missgynnar en bra utveckling av dessa fundamentala kriterier på god och kostnadseffektiv vård. På så sätt hoppas vi kunna beskriva organisering och arbetsätt som bidrar till förmågan att göra ett bra jobb bland alla som har betydelse för vårdens styrning och långsiktiga utveckling. Forskningsprojektet fokuserade sjuksköterskors och vårdenhetschefers arbetsförhållanden, men då betydelsen av de teoretiska begrepp vi grundar arbetet på har mycket starkt forskningsstöd i andra branscher än vården menar vi att merparten av resultaten har relevans även för andra grupper av vårdpersonal. Du som läsare har sannolikt god förmåga att bedöma om så är fallet.

6. Olika organisatoriska mål kan gå hand i hand

Bättre psykosocial arbetsmiljö och högre patientsäkerhet är alltså angeläget, såväl för att minska lidande som av samhällsekonomiska skäl. I ett tidigare forskningsprojekt undersökte vi dels hur personalsäkerhet och patientsäkerhet förhöll sig till varandra och dels vilka organisatoriska och psykosociala förhållanden som bidrar till utveckling av hög säkerhet för såväl personal som patienter [9]. Studien omfattade 167 sjukvårds- och omsorgsenheter, de flesta inom sjukhusvård, men även några inom äldreomsorg och primärvård. Studien bestod dels av en enkätundersökning till läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetade inom de vård- och omsorgsenheter som deltog i studien (4252 personer, varav 58% besvarade enkäten). Vi gjorde även individuella djupintervjuer med 36 läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, och fokusgruppsintervjuer med deltagare från alla de tre yrkeskategorierna. Resultaten av enkätstudien visade att personalsäkerhet och patientsäkerhet på ett tydligt sätt går hand i hand [22]. Vård- eller omsorgsenheter med ett högt patientsäkerhetsklimat hade vanligen också ett högt personalsäkerhetsklimat. På enheter där det ena var lågt var i allmänhet även det andra lågt. Enkätstudien visade också att personalens tillgång till arbetsresurser i form av en god psykosocial arbetsmiljö, tillit till sin närmaste chef, och en god kollegial sammanhållning på vårdenheten var betydelsefullt för såväl patienters som personalens säkerhet.

En god psykosocial arbetsmiljö har således potential att förbättra såväl vårdens patientsäkerhet som dess effektivitet.

Intervjustudierna i det tidigare projektet gav resultat som bekräftade enkätresultaten och gav ytterligare 'kött på benen'. De visade att hög säkerhet för såväl personal som patienter var beroende av olika aktörers förhållningssätt och agerande. Det handlade dels om den enskilda individen; att varje anställd tog eget ansvar genom att såväl följa säkerhetsregler och rutiner som genom ett delaktigt säkerhetsbeteende, där var och en efter bästa förmåga gör vad som behövs för att hålla en hög säkerhetsnivå. Intervjuerna pekade också på kollegernas betydelse, där en god gruppssammanhållning med ett bra socialt kapital var viktigt för både patienters och personalens säkerhet. En stödjande chef som tar tillvara personalens synpunkter och förslag och som delar personalens etiska värderingar och syn på vad som är god vård framhölls också som centralt. En stödjande högre ledning var också betydelsefullt [20]. Vidare framhölls god organisering och koordinering av arbetet som viktigt för en hög säkerhet för såväl personal som patienter. Det bidrog till välfungerande patientflöden och skapades bland annat genom god kompetensanvändning och möjlighet att lära av och med varandra, bra samverkan och kommunikation mellan vårdenheter och professioner, samt att vårdens komplexa system inte styrdes genom förenklingar och fragmentisering [20].

7. Värdekonflikter – en påfrestande men normal del av arbetet

Olika organisatoriska värden kan alltså gå hand i hand, där det som gynnar ett värde samtidigt gynnar ett helt annat. Men värdekonflikter eller paradoxala krav förekommer också i alla typer av arbete. Bra arbetsförhållanden är viktiga men kräver resurser och ingenstans är resurserna oändliga. Samtidigt måste affärsdrivande organisationer få ut mesta möjliga av sina resurser för att kunna hålla rimliga priser och därmed klara sig i konkurrensen med andra. Skattefinansierade verksamheter är inte alltid konkurrensutsatta men måste hushålla maximalt med sina resurser. Att finansiera ökade kostnader med ökat skatteuttag är ofta svårt eftersom detta i en demokrati kräver folklig acceptans. Saknas den, röstas det styrande partiet/partierna ut i nästa val, och resurserna kan åter dras in. Kostnadseffektivitet och hög produktivitet är alltså viktigt för alla typer av organisationer. Men det räcker i allmänhet inte heller att vara kortsiktigt framgångsrik genom hög produktivitet. För att överleva långsiktigt och fortsätta ligga i framkant måste de flesta organisationer också vara innovativa. Detta kräver att tid som skulle kunnat användas för produktion istället tas i bruk för forskning och utveckling, och

möjlighet att pröva nya idéer. Alla dessa organisatoriska behov är självklara och oproblematiske när man ser på dem var för sig, men kan ofta vara paradoxala när man ser på dem samtidigt. Forskarna Smith och Lewis definierade organisatoriska paradoxer som "motsägande men ändå interrelaterade element som existerar samtidigt och kvarstår över tid" [23], s 382; egen översättning). Smith och Lewis menar att elementen i paradoxen förefaller logiska när de ses var för sig, men motsägande, eller till och med absurda, när de ställs mot varandra. Paradoxala behov eller krav är alltså båda viktiga eller rent av nödvändiga men omöjliga att tillfredsställa samtidigt, då tillfredsställandet av det ena motverkar tillfredsställandet av det andra. Att hantera sådana paradoxala behov eller krav kan ligga på strategisk planeringsnivå i organisationen, där man drar upp långsiktiga planer för hur resurser ska fördelas mellan olika, viktiga organisatoriska värden. Men paradoxala krav visar sig också ofta i värdekonflikter som uppstår, ofta oförutsett, i specifika situationer i det dagliga arbetet. Sådana värdekonflikter skapar press på personalen. Frågan uppstår; hur kan vi minska sådan press?

8. Etiska värdekonflikter är särskilt påfrestande

En särskild utmaning i vården är att värdekonflikter i vårdarbetet ofta är av etisk karaktär, där organisatoriska krav upplevs stå i konflikt med personalens etiska värderingar avseende sin yrkesutövning [24]. Eftersom vårdarbete handlar om att värna patienternas liv och hälsa är sådana etiska värdekonflikter särskilt påfrestande. Det kan ställas krav på en som anställd som står i konflikt med det man anser man måste göra för att på bästa sätt värna patienternas liv och hälsa. Här utmanas alltså djupa etiska värden. Etiskt betingade värden är starkt förknippade med meningsfullhet i arbetet och därmed betydelsefulla för ens psykisk hälsa [25]. Etiska värdekonflikter kan ge upphov till s.k. etisk stress (ibland benämnt moralisk stress, eng.: moral distress).

Sjuksköterskor, liksom flera andra grupper av vårdpersonal, är underställda två olika

organisatoriska auktoriteter, den administrativa ledningen och den medicinska. Dessa auktoriteter ger olika typer av restriktioner som kan innebära att vårdpersonalen upplever sig oförmögna att agera i enlighet med de egna professionsetiska värderingarna [26, 27]. Man står då inför ett etiskt dilemma, och kan uppleva etisk stress. Forskaren Kälve-mark och hennes kolleger [28] identifierade ännu en orsak till etisk stress; att man agerar i enlighet med sin professionella övertygelse, men i vetskap om att detta innebär formella regelbrott. Dessa forskare definierade därför etisk stress i sjukvård som "traditionella negativa stresssymtom som uppstår på grund av situationer som involverar etiska dimensioner och där vårdgivaren känner sig oförmögen att skydda alla intressen och värden som står på spel" ([28], s.1082).

9. Etisk stress – ett hot mot vårdens effektivitet och kvalitet

I en studie bland cirka 600 läkare och sjuksköterskor konstaterade forskarna att etisk stress förekom i båda yrkesgrupperna, men att sjuksköterskorna hade signifikant högre nivåer [29]. Forskarna fann även ett starkt samband mellan etisk stress och funderingar på att lämna yrket. En litteraturöversikt över forskningsstudier visade att sjuksköterskor som ofta upplevde etisk stress, i högre grad var känslomässig utmattade och känslomässigt distanserade från patienterna [30]. En av

studierna i översikten konstaterade att hälften av de sjuksköterskor som angav hög grad av etisk stress hade en cynisk inställning till patienterna. Sex av studierna i översikten fann ett tydligt samband mellan etisk stress och att sjuksköterskor lämnat yrket eller övervägde att göra detta. Tidigare forskning indikerar alltså att etisk stress inte bara utgör en hälsofara för vårdpersonalen, och en riskfaktor för att de ska lämna yrket, utan att det även är ett hot mot kvaliteten i vården.

10. Från antingen/eller till både-och

Det finns mycket forskning om förutsättningar för psykisk hälsa i arbetslivet. Det finns även mycket forskning om kvalitet respektive effektivitet i organisationer. Men dessa typer av forskning bedrivs huvudsakligen i åtskilda forskningsfält, ofta med ett antingen/eller-perspektiv [31], där villkor som gynnar ett område noggrant specificeras, men hänsyn sällan tas till effekten på andra viktiga mål. Vi menar att detta gör det svårare för organisationer att nyttiggöra den kunskap som forskningen genererar. Att försöka minska pressen som uppstår i samband med värdekonflikter i arbetet genom att instruera personalen att ett värde alltid har företräde, är att göra det alltför lätt för sig. Som praktiker måste man klara att hålla en rad viktiga värden levande i organisationen trots att de kortsiktigt och i enskilda situationer kan stå i direkt konflikt med varandra. Chefer som ska leda utvecklingsarbetet behöver tillgång till forskningsbaserad kunskap om hur de kan skapa förutsättningar för medarbetarna att hantera värdekonflikter på ett sätt som

gynnar såväl psykisk hälsa som effektivitet och kvalitet i arbetet.

På senare år har behovet att flytta fokus i organisationsforskningen, från ett antingen/eller-perspektiv till ett perspektiv som är öppet för paradoxer, både-och, påpekats allt oftare [31, 32]. Forskaren Johnson menar att paradoxer i organisationer inte kan hanteras som antingen-eller, utan utgörs av ömsesidigt beroende värdepar [33]. Prioritering av ett värde framför ett annat kan tillfälligt minska obehaget men kommer inte att lösa spänningen. Istället ökar då behovet av det andra värdet eftersom de båda polerna i paradoxen är ömsesidigt beroende av varandra. Då ökar åter spänningen. Det är alltså inte bara möjligt att välja både och, det är nödvändigt, menar Johnson. Istället för att försöka lösa upp den spänning som uppstår när olika värden står i konflikt med varandra bör man därför underlätta för personalen att hantera dessa värdekonflikter. Men hur gör man då? Den här boken har som ambition att ge viss vägledning kring detta.

11. Organisatoriskt stöd för hantering av värdekonflikter

Som vi tidigare nämnt är etiska värdekonflikter ett vanligt och allvarligt problem i vårdarbetet. En del etiska konflikter kan elimineras genom att sjukvårdsledningen på alla nivåer skaffar sig en sammantagen överblick över de olika krav som ställs på vårdpersonalen, och hur dessa krav förhåller sig till de professions-etiska normerna och behoven för att kunna göra ett arbete av hög kvalitet. En sådan analys, som förstås bör ske med delaktighet från berörd vårdpersonal, kan ge underlag för åtgärder som minskar de etiska konflikterna. Men, som vi tidigare konstaterat, kan inte alla etiska värdekonflikter elimineras, då de konflikterande värdena samtidigt är ömsesidigt beroende av varandra. Här behöver åtgärder vidtas som underlättar för personalen att hantera värdekonflikter i arbetet, så att samtliga ingående värden långsiktigt kan värnas.

Forskaren Lewis menade att hanteringen av paradoxer i organisationer kan underlättas genom att man intar ett överordnat sätt att tänka, ett så kallat andra ordningens tänkande [34]. Man intar ett 'fågelperspektiv' på arbetet, och i ett sådant perspektiv kan motsatser inrymmas [34]. Genom att på detta sätt ge organisatoriska fenomen en förändrad inramning ges också utrymme för en dramatisk förändring i den mening man tillskriver de olika fenomenen och deras inbördes relationer, menar Lewis. Lewis och hennes

kollega Smith vidareutvecklade teorin om hantering av paradoxer i organisationer och framhöll att ett sådant övergripande perspektiv möjliggör en dynamisk jämvikt, där aktören kan göra kortsiktiga val i paradoxala situationer men fortfarande vara medvetna om och acceptera motsägelser långsiktigt [23]. Ett sådant förändrat perspektiv möjliggör, menar forskarna, en bredare beteenderepertoar och en aktiv och flexibel hantering av paradoxala krav. Med detta som utgångspunkt ställde vi oss frågan hur en vårdorganisation kan skapa förutsättningar för personalen att inta ett sådant utvecklat förhållningssätt för att underlätta hanteringen av värdekonflikter. Ett sådant utvecklat förhållningssätt gör att den anställda momentant kan känna trygghet i den egna bedömningen att prioritera ett värde framför ett annat, men långsiktigt värna alla viktiga värden. I vår egen tidigare forskning konstaterar vi att de grundläggande antagandena och värdena i en professionskultur (se fördjupningsruta 'Organisationskultur, professionskultur och organisationsklimat') kan bilda utgångspunkt för ett sådant övergripande perspektiv på verksamheten och därmed hjälpa vårdpersonal att flexibelt och väl anpassat till situationen hantera värdekonflikter i arbetet [19]. En stark etiskt betingad professionskultur är alltså ett viktigt värde i sjukvårdsorganisationen; ett värde

som bör värnas. I ett annat projekt – i helt andra branscher än vården – fick vi resultat som indikerade att en specifik typ av organisatoriskt stöd, Perceived Organizational Support, POS, [35] kan hjälpa anställda att

intäta ett övergripande perspektiv på verksamheten som underlättar deras hantering av värdekonflikter [32]. Detta ville vi undersöka mer i det här aktuella forskningsprojektet.

12. Uppfattat organisatoriskt stöd - POS

Som vi nämnde i kapitlet 'Olika organisatoriska mål kan gå hand i hand' har vi i vår tidigare forskning kunnat konstatera att god patientsäkerhet, god personalsäkerhet och effektivitet i vården hänger samman, och att personalens psykosociala arbetsförhållanden är av central betydelse för alla dessa mål [20, 22]. Uppfattat organisatoriskt stöd, POS (den engelska akronymen för Perceived organizational support) omfattar två specifika aspekter, nämligen att den anställda uppfattar att organisationen bryr sig om ens välbefinnande, och uppskattar ens bidrag till verksamheten. POS-teori baseras dels på att människor, för att må psykiskt bra, har fundamentala behov av socialt erkännande, egenvärde och meningsfullhet [25, 36]. Arbetsförhållanden som tillgodoser sådana behov kommer därför att gynna de anställdas psykiska hälsa. POS-teori baseras även på teori om ömsesidighet i socialt utbyte [37] som en förutsättning för samarbete. Människor är sociala varelser och det som

framför allt gjort oss framgångsrika som art är vår förmåga att samarbeta [38]. Bra samarbete innebär ett givande och ett tagande. Enligt teori om socialt utbyte kommer anställda som erbjuds goda arbetsförhållanden att eftersträva att återgälda detta genom att bidra till den givande partens mål, dvs organisationens. Tidigare forskning i en rad olika branscher visar övertygande att POS har samband med ett brett spektrum av organisatoriska mål, såsom arbetstillfredsställelse, engagemang för arbetet eller organisationen (så kallat commitment), samt mindre stress och utbrändhet [39, 40]. Forskningen visar också att POS har samband med produktionsförmåga och de anställdas avsikt att stanna kvar i organisationen [40]. Vår egen forskning inom bygg- och gruvindustri indikerade att ett överordnat (andra ordningens) organisationsklimat av POS bidrog till såväl personsäkerhet och personalens hälsa som teameffektivitet och innovativitet [32].

13. En teori om POS betydelse för sjuksköterskors hantering av etiska värdekonflikter

Vår hypotes är att eftersom POS har samband med ett så brett spektrum av viktiga mål i organisationer så kan det indikera att POS stärker den anställdas förmåga att inta ett övergripande 'fågelperspektiv' på arbetet. Detta, menar vi, kan stärka förmågan att momentant och väl anpassat till situationen prioritera mellan olika värden när dessa står i konflikt med varandra, och samtidigt långsiktigt värna samtliga centrala värden i organisationen. Vår teori är att POS stärker självförtroende och upplevelsen att vara respekterad i organisationen, både för den man är och det man kan och gör. Detta stärker engagemanget för organisationen, upplevelse av meningsfullhet i arbetet, men det bidrar också till 'empowerment'. Det finns ingen riktigt bra svensk motsvarighet till det engelska begreppet empowerment. Ibland används uttrycket 'bemyndigande'. Det handlar om att ledningen ger de anställda möjlighet att på olika sätt använda och utveckla sin kompetens. På ett informellt sätt delegerar ledningen på så sätt

makt till de anställda, vilket är ett bra sätt att visa att man känner tillit till de anställdas förmåga och motivation att självständigt agera för organisationens bästa. Detta i sin tur stärker den anställdes tillit till den egna förmågan att bedöma och agera i arbetets olika situationer. Man känner sig bemyndigad. Det förefaller alltså möjligt, att om man känner sig övertygad om organisationens stöd så kan, vill och vågar man lita på sin egen bedömning av den aktuella situationen och för ögonblicket prioritera ett värde framför ett annat, baserat på den egna bedömningen av vilket behov i arbetet som är mest angeläget att tillfredsställa just då. Detta medger också att man långsiktigt kan och vill värna ett brett spektrum av organisatoriska värden. I forskningsprojektet 'Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor' ville vi undersöka bland annat detta närmare.

Organisationskultur, professionskultur och organisationsklimat

Begreppet professionskultur baseras på begreppet *organisationskultur*. Organisationskultur har definierats som organisationsmedlemmarnas "gemensamma värden och grundläggande antaganden som förklarar varför organisationer gör vad de gör och fokuserar på det de gör; den existerar på en fundamental, kanske undermedveten, nivå, är grundad i historia och tradition och är en källa till kollektiv identitet och engagemang" [1] (s. 468 i referensen). Man kan säga att organisationskulturen utgör en för medlemmarna i organisationen, eller delar av organisationen, gemensam 'världsbild' avseende organisationen.

När denna kultur är grundad i en profession snarare än i en organisation talar man om *professionskultur*. Då delas alltså 'världsbilden' av medlemmar i professionen och sträcker sig därmed på tvärs över olika organisationer.

Organisationsklimat är ett begrepp som är relaterat till kulturbegreppet. Medan organisationskulturen och professionskulturen är djupt liggande fenomen som utvecklats under en lång tid är organisationsklimatet något ytligare. Organisationsklimatet baseras på iakttagelser bland organisationsmedlemmarna av vad som faktiskt händer och sker i organisationen; på iakttagelser av organisationens policyer, procedurer och praktik. Genom sådana

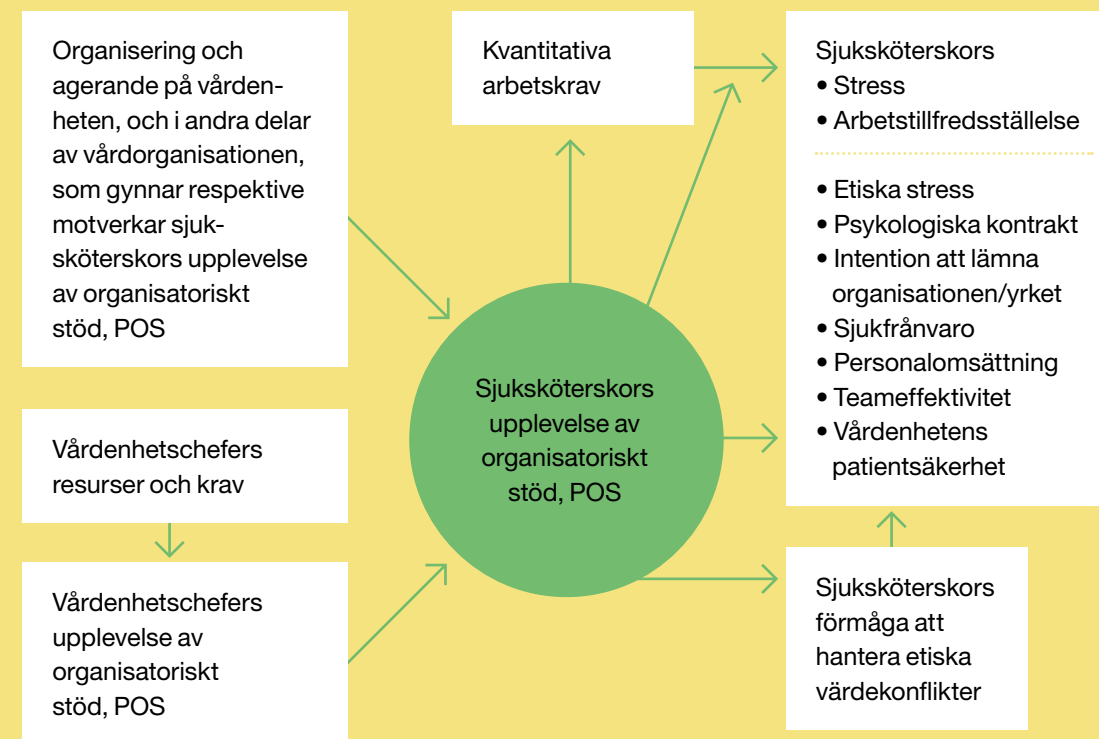
iakttagelser uppfattar man en ordning i organisationen, men man drar också slutsatser utifrån det man iakttar. Genom den dagliga kommunikationen och sociala interaktionen med arbetskamrater och chefer tolkar organisationsmedlemmarna gemensamt betydelsen av det man iakttar. På så sätt skapar man gemensamma teorier om hur världen (organisationen) är ordnad [2, 3]. Särskilt viktiga signalsändare för organisationsklimatet är agerandet bland chefer, och kolleger med hög status i organisationen. Deras agerande ger viktiga ledtrådar till "vad som (egentligen) gäller här". Organisationsklimatet kan på så sätt sägas vara ett uttryck för organisationskulturen.

Såväl organisationskultur och professionskultur som organisationsklimat fyller viktiga funktioner för organisationsmedlemmarna. Den gemensamma "världsbilden" gör livet i organisationen begripligt och förutsägbart för dess medlemmar och skapar en referensram för det egna beteendet. Man vet hur man ska förhålla sig och agera för att vara "rätt". Detta är i sin tur en viktig förutsättning för att man ska kunna koordinera sitt arbete, samarbeta och gemensamt ta sig an den uppgift organisationen eller professionen har. Kulturen och klimatet skapar också grupptillhörighet, trygghet och en upplevelse av kontroll, fenomen som alla är stressreducerande.

14. Syftet med forskningsprojektet

Syftet med forskningsprojektet 'Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor' var att undersöka om uppfattat organisatoriskt stöd, POS, stärker sjuksköterskors förmåga att hantera etiska värdekonflikter i arbetet och därmed bidrar till bättre hälsa och mer arbetstillfredsställelse, högre teameffektivitet och patientsäkerhet, och lägre personalomsättning bland sjuksköterskor. Ytterligare en fråga vi ville undersöka var om POS kunde ha en buffrande effekt. Mycket höga kvantitativa krav i arbetet, det vill säga när man upplever att man har mer att göra än man egentligen hinner med, har i mycken tidigare forskning visat klara samband med utveckling av stress och därmed psykisk ohälsa [41]. Upplevelse av organisatoriskt stöd, POS, skulle möjligen kunna fungera som en buffert, så att mycket höga kvantitativa krav i arbetet i lägre grad leder till stress och ohälsa om den anställda samtidigt upplever ett högt organisatoriskt stöd. Detta ville vi undersöka.

Om resultaten av dessa undersökningar indikerade att POS faktiskt har en positiv effekt på sjuksköterskors hälsa och arbetstillfredsställelse, liksom på deras teameffektivitet och på patientsäkerheten så gav det skäl att gå vidare. Vi ville då belysa vilka psykosociala förhållanden på arbetsplatsen och - ännu mer specifikt - vilka konkreta företeelser i vårdarbetet och vårdorganisationen som gynnar respektive motverkar utvecklingen av POS bland sjuksköterskorna. Här insåg vi att sjuksköterskornas närmaste chef, vårdenhetschefen, kunde ha en central betydelse. Vi undersökte därför vad vårdenhetschefen behöver för förutsättningar i sitt arbete för att kunna arbeta på ett sätt som förmedlar organisatoriskt stöd till sjuksköterskorna, samt vilken betydelse vårdenhetschefens egen POS har för sjuksköterskornas POS och därmed, till syvende och sist, för sjuksköterskors hälsa, vårdeffektiviteten och patientsäkerheten. Samtliga fenomen och samband som vi ville studera i forskningsprojektet illustreras i modellen i Figur 1.



Figur 1. Modell över de fenomen och samband som studerats inom forskningsprojektet 'Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor'.

15. Så genomfördes forskningsprojektet

15.1 Våra forskningsmiljöer

Projektet genomfördes i två regioner, med fyra respektive tre sjukhus. Den ena regionen, region A, omfattade fyra sjukhus med sammanlagt 1603 verksamma sjuksköterskor på 15 verksamheter/kliniker och 142 vårdenheter. Den andra regionen, region B, omfattade

2237 verksamma sjuksköterskor på tre sjukhus med 43 verksamheter/kliniker och 154 vårdenheter. Personer som av olika anledningar var långtidslediga ingick inte i studien.

15.2 Kvantitativa och kvalitativa metoder kompletterar varandra

Forskningsdata insamlades med hjälp av såväl kvalitativa som kvantitativa metoder. Kvalitativa metoder används för att på djupet och detaljerat undersöka förhållanden som man inte vet så mycket om, eller där man inte vill styras så mycket av tidigare kunskap. Här vänder man sig i allmänhet till ett mindre antal forskningspersoner. Man kan exempelvis i intervjuer ge dem stort utrymme att, inom vissa ramar, själva reflektera kring och beskriva fenomen som man som forskare önskar få belysta. Syftet med kvalitativ metodik är i allmänhet inte att jämföra olika grupper (men detta kan också förekomma) utan att få en bättre kunskap om förhållanden som kan vara viktiga för att förstå det man studerar.

Kvantitativa metoder, å andra sidan, används för att, ofta i stora, representativt

utvalda grupper av forskningspersoner, undersöka hur generellt giltiga eller vanliga de fenomen och samband är som man som forskare är intresserad av. De samband man undersöker har oftast sin teoretiska grund i tidigare forskning. Ofta jämför man olika subgrupper med varandra.

Syftet med att kombinera kvantitativa och kvalitativa metoder är dels att de kompletterar varandra. Man fångar upp *olika* fenomen med de olika metoderna. Ett annat skäl är att genom att betrakta *ett och samma* fenomen med hjälp av olika metoder fångar man upp olika aspekter av fenomenet i fråga. Ett tredje skäl att använda olika kvantitativa och kvalitativa metoder är att de möjliggör *validering* av forskningsresultaten. Om olika metoder ger resultat som bekräftar varandra så blir det mer troligt att resultaten är giltiga,

att de inte är slumpmässiga eller beror på något fel i insamlingsmetoden. I projektet 'Bättre psykisk personalthälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor' använde vi oss av två kvantitativa delstudier; en enkätstudie riktad till samtliga sjuksköterskor på de deltagande sjukhusen, och en annan riktad till alla deras vårdenhetschefer. Båda enkätstudierna var longitudinella. Det innebär att man upprepar undersökningen vid mer än ett mätillfälle med viss tid emellan. I vårt fall använde vi två mätpunkter med ett års intervall. Syftet med en longitudinell studie är att ge viss kunskap om orsak och verkan. Om man studerar hur olika fenomen, exempelvis höga krav och stress, förhåller sig till varandra så kan man genom en tvärsnittsundersökning (undersökning vid endast ett tillfälle), kanske, konstatera att det finns ett samband. Man kan dock inte uttala sig om orsak och verkan. Man kan å ena sidan förvänta att mycket höga krav ger upphov till stress, men det är också fullt möjligt att stress ger upphov till att kraven i arbetet upplevs som högre. I båda fallen finns ett positivt samband mellan krav och stress, men det går inte att uttala sig om vad som orsakar vad. Risken finns även att man drar helt fel slutsatser från det samband man konstaterat i tvärsnittsundersökningen. Man kan ju ha en förväntan att höga krav leder till

stress och tolkar sambandet som en bekräftelse på detta. Men risken finns att stressen egentligen beror på helt andra saker, som man inte mätt i sin enkät. De svarande kanske exempelvis upplever ett dåligt gruppklimat bland arbetskamraterna, eller en dålig relation till chefen, och att det är detta som skapar stress. Longitudinell metodik eliminerar förstås inte dessa problem, men den minskar dem. Om man mäter vid flera tillfällen så kan man kanske se att det ena föregår det andra, och har då fått visst stöd för att det ena orsakar det andra. Av samma skäl kan en kombination av kvantitativ och kvalitativ metod också vara gynnsamt. Finner man att hög stress är ett problem bland personer som besvarat enkäten kan intervjuer eller annan kvalitativ metod ge förklaringar till vad som orsakar stressen.

Utöver de två longitudinella enkätstudierna omfattade forskningsprojektet också tre olika kvalitativa studier. Vi gjorde djupintervjuer med ett urval sjuksköterskor, djupintervjuer med ett urval vårdenhetschefer, samt så kallade fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor. I alla de kvalitativa delstudierna valde vi strategiskt ut våra forskningspersoner, för att få frågorna vi ställde belysta ur olika perspektiv.

Såväl de kvantitativa som de kvalitativa delstudierna beskrivs mer ingående nedan.

15.3 Delstudie 1: enkäter till sjuksköterskor

Delstudie 1 bestod av en longitudinell enkätundersökning med två mätpunkter, riktad till sjuksköterskor. Målgruppen här var samtliga sjuksköterskor på de deltagande sjukhusen, men vid mätomgång 1 kunde sjuksköterskorna vid ett sjukhus av tekniska skäl inte nås, varför de exkluderades ur målgruppen. Mätning 1 genomfördes november 2019 till januari 2020. Mätning 2 gjordes vid samma tid ett år senare. Pappersenkäter sändes till alla vårdenhetschefer som delade ut enkäterna till samtliga sjuksköterskor vid respektive vårdenhet. Enkäterna var märkta på ett sätt som gjorde att vi kunde följa hur svaren från varje enskild deltagare förändrades över tid. Total målgrupp sjuksköterskor i mätning 1 var 3471 personer på 278 vårdenheter och svarsfrekvensen var 52%. Vi var intresserade

av hur förhållanden i sjukvårdsorganisationen som sjuksköterskorna upplevde vid det första mättillfället påverkade upplevelsen av andra arbetsrelaterade fenomen vid mättillfälle 2. Därför sände vi enkäten vid mättillfälle 2 endast till de sjuksköterskor som fått den även ett år tidigare och som fortfarande var anställda i samma sjukvårdsorganisation. Den slutliga målgruppen i mätning två bestod av 2997 sjuksköterskor vid 243 olika vårdenheter. Svarsfrekvensen var 45%. Enkäterna fylldes i på arbetstid, las av varje svarande i ett till forskargruppen föradresserat och frankerat kuvert som förseglades och postades. Mer detaljer om målgrupp och svarsfrekvens i respektive region vid de båda mättillfällena presenteras i Tabell 1.

	Region A		Region B	
	Mätning 1	Mätning 2	Mätning 1	Mätning 2
<i>Målgrupp, antal sjuksköterskor</i>	1234	1059	2237	1938
<i>Respondenter, antal, (%)</i>	618 (50%)	465 (44%)	1199 (54%)	897 (46%)
<i>Ålder, m (SD)</i>	44,21 (12,4)	45,2 (11,9)	41,5 (12,0)	43,4 (11,9)
<i>Kön</i>	K: 536 M:82 Annat: - Ej svar: -	K: 395 M:66 Annat:1 Ej svar: 3	K: 1016 M: 180 Annat: 1 Ej svar: 2	K: 770 M: 126 Annat: - Ej svar: 1
<i>Erfarenhet, år (SD)</i>	16,4 (11,4)	17,2 (11,1)	14,5 (11,3)	16,4 (11,4)
<i>Tjänstgöringsgrad %, m (SD)</i>	94,0 (13,0)	94,1 (12,1)	91,6 (12,1)	91,0 (12,7)
<i>Arbetsledande funktion (utöver rollen som sjuksköterska) (%)</i>	11%	15%	12%	12%
<i>Specialistutbildade (%)</i>	47%	45%	49%	52%
<i>Genomgått introduktionsprogram (%)</i>	8%	12%	11%	12%
<i>Anställningstid i nuvarande region (%)</i>				
<1 år				
1-5 år	6%	-	6%	-
5-10 år	21%	20%	25%	22%
>10 år	12%	16%	20%	20%
	61%	64%	50%	58%
<i>Anställningstid på nuvarande vårdenhet (%)</i>				
<1 år	13%	4%	13%	4%
1-5 år	33%	36%	37%	40%
5-10 år	17%	20%	18%	21%
>10 år	37%	40%	32%	36%
<i>Anställningsform:</i>				
<i>Direktanställd (%)</i>	99,5%	99,4%	99,7%	99,0%
<i>Anställd via bemanningsföretag (%)</i>	0,5%	0,6%	0,3%	1,0%

Tabell 1. Målgrupp och svarande i delstudie 1, enkätstudie bland sjuksköterskor. (m anger medelvärde; SD anger standardavvikelse).

Data från enkätundersökningen användes för att belysa flera olika forskningsfrågeställningar som presenteras ingående i kommande kapitel. Så långt möjligt använde vi befintliga och beprövade enkätskalor. I vissa fall vidareutvecklade vi befintliga skalor eller anpassade dem till den aktuella vårdkontexten. I några fall utvecklade vi egna mätskalor. Enkäten omfattade följande:

- Organisationsklimat av uppfattat organisatoriskt stöd, POS-klimat, [42] baserat på Eisenbergers och hans kollegers arbete [35]. Organisationsklimat avser den i arbetsgruppen gemensamma synen på ett visst fenomen, i detta fall om företrädarna för organisationen visar att de bryr sig om personalens hälsa och välbefinnande och visar uppskattning för deras bidrag till verksamheten (Se även fördjupningsrutan Organisationskultur, professionskultur och organisationsklimat).
- Typ av psykologiskt kontrakt mellan arbetstagare och arbetsgivare, ur arbetstagarens perspektiv. Kontraktet kan vara av relationell eller transaktionell karaktär [15]. Frågorna anpassades till vårdkontext. Det psykologiska kontraktet kan också vara baserat på ideologisk samsyn avseende yrkesutövningen mellan arbetstagare och arbetsgivare. Här användes en egenutvecklad skala baserad på tidigare forskning [17, 18], (se även kapitlet 'Meningsfullhet och psykologiskt kontrakt').
- Kvantitativa krav (COPSOQ-II; [43]).
- Patientsäkerhet (frågor från Hospital survey of patient safety culture [44], svensk översättning av SKL, 2013, Att mäta patientsäkerhetskulturen. Handbok för patientsäkerhetsbeteende). Frågorna avsåg

a) patientsäkerhetsklimat, samt b) övergripande skattning av patientsäkerhetsnivån på vårdenheten.

- Sjuksköterskornas eget regelföljande respektive delaktigt patientsäkerhetsbeteende [21]. Frågorna baserades på riskdomäner som identifierats av Socialstyrelsen [12].
- Teameffektivitet [45]. Skalan anpassades till förhållanden i vården.
- Arbetstillfredsställelse (tre frågor ur Rubenowitz PAK, Psykosocial arbetsmiljökartläggning) [46].
- Förekomst av etiska värdekonflikter och etisk påfrestning (etisk stress, ibland benämnt moralisk stress) [47]; anpassad efter Kälvemark m fl [28]. (Se kapitel 8 'Etiska värdekonflikter är särskilt påfrestande').
- Upplevd stress [48].
- Burnout [43].
- Avsikt att lämna organisationen [49], baserad på [50].

Då enkätundersökningens andra mätning genomfördes under pågående COVID-19-pandemi konstruerade vi en tilläggsfråga om hur sjuksköterskorna upplevde att deras arbete påverkats av pandemin.

Innan vi sände ut enkäten för den första mätningen testades den i en panel av åtta personer med gedigen erfarenhet från vårdsektorn i olika roller, varav sex hade en grundprofession som sjuksköterskor med 15-36 års klinisk yrkeserfarenhet inom olika verksamhetsområden. Efter synpunkter från panelen reviderades enkäten och pilottestades bland 385 sjuksköterskor på 34 vårdenheter

inom fyra andra regioner än den slutliga målgruppen. Statistiska tester av de resultaten visade att endast smärre justeringar behövde göras av enkäten. Den slutliga enkäten omfattade 140 frågor, varav 11 bakgrundsfrågor.

Statistik över sjukfrånvaro och personalomsättning bland sjuksköterskorna vid var och en av de deltagande vårdenheterna inhämtades från sjukhusens HR-avdelningar i samband med utskick av enkäterna.



15.4 Delstudie 2: enkät till vårdenhetschefer

Sjuksköterskeenkäten kompletterades med en enkät som riktades till samtliga vårdenhetschefer vid de deltagande sjukhusen. Syftet med denna enkät var dels att inhämta vårdenhetschefernas skattningar av enhetens teameffektivitet. Frågor om teameffektivitet ställdes även till sjuksköterskorna själva (se sammanställning ovan), men för att undvika att dra felaktiga slutsatser om samband mellan orsak och verkan så är det värdefullt att, om möjligt, ha olika källor till dessa två typer av information.

Enkäten till vårdenhetscheferna omfattade även frågor om deras egen arbetssituation. Vi undersökte chefernas upplevelse av organisatoriskt stöd, POS, [51] för egen del, samt deras upplevelse av psykosociala stressorer och resurser i sitt arbete [52]. Stressorerna var dels relaterade till medarbetarna, exempelvis om det fanns samarbetsproblem eller konflikter mellan medarbetare. Andra frågor om stressorer var relaterade till vårdenhetschefernas överordnade ledning, exempelvis i vad

mån man upplevde överordnad chefs krav och förväntningar som otydliga. Resurserna avsåg stöd från chefskolleger, överordnad ledning respektive administrativa enheter. Datainsamlingen skedde vid samma två tidpunkter som enkätundersökningen bland sjuksköterskorna. Då även i detta fall enkätmätning två genomfördes under pågående COVID-19 pandemi konstruerade vi en tillägsfråga om hur vårdenhetscheferna upplevde att deras tillgänglighet för sjuksköterskorna påverkats av pandemin.

Pappersenkäter sändes till respektive vårdenhetschef. Enkäterna var märkta för att möjliggöra uppföljning av var och en av chefernas svar vid mättillfälle två. Enkäterna fylldes i på arbetstid, las av varje chef i ett till forskargruppen föradresserat kuvert som förseglades och postades. Målgrupp och svarande bland vårdenhetscheferna vid respektive region vid de två mättillfällena presenteras i Tabell 2.

	Region A		Region B	
	Mätning 1	Mätning 2	Mätning 1	Mätning 2
Målgrupp:				
Antal	127	89	149	154
Respondenter:				
Antal (%)	53 (42%)	44 (49%)	92 (62%)	84 (57%)
Ålder, m (SD)	51,1 (7,8)	50,6 (7,9)	50,6 (7,3)	51,1 (7,9)
Kön, antal av vardera	K: 46 M: 7	K: 38 M: 6	K: 82 M: 10	K: 76 M: 8
Antal år som vårdenhetschef m (SD)	8,8 (7,5)	9,5 (7,9)	7,9 (7,8)	7,8 (7,3)

Tabell 2. Målgrupp och svarande i delstudie 2, enkätstudie bland vårdenhetschefer. (m anger medelvärde; SD anger standardavvikelse).

15.5 Statistiska analyser av enkätdata

Vid analysen av data från de två enkätundersökningarna användes avancerad statistisk metodik. Dessa analysmetoder kommer inte att redovisas här. Ett par saker kan dock påpekas. I analyserna av enkätdata säkerställde vi i ett första steg att de frågor vi använt för att mäta de olika fenomenen mätte "samma sak på samma sätt" över tid. Resultaten av dessa analyser var tillfredsställande och vi kunde därför använda våra data för att undersöka samband mellan variabler såväl vid ett och samma tillfälle som longitudinellt, över tid. När man undersöker orsakssamband över tid, det vill säga om fenomen A påverkar fenomen

B över tid, så är det också viktigt att ta hänsyn till nivån på B vid det första mättillfället, så att man inte drar felaktiga slutsatser. I samtliga analyser kontrollerade vi därför för nivån på B vid det första mättillfället. För specifik och ingående metodologisk information hänvisar vi den intresserade till våra vetenskapliga publikationer från projektet. Dessa kommer, vartefter de publiceras i vetenskapliga tidskrifter, att listas i författarnas publikationsdatabaser vid respektive universitet. Publikationsdatabaserna vid Göteborgs universitet nås via länken <https://www.gu.se/om-universitetet/hitta-person/>

15.6 Delstudie 3: intervjuer med sjuksköterskor

Forskningsprojektets tredje delstudie omfattade djupintervjuer med sjuksköterskor om deras upplevelse av organisatoriskt stöd, POS. Syftet var att undersöka vilka konkreta organisatoriska förhållanden som gynnar respektive missgynnar en upplevelse av POS bland sjuksköterskor.

Tjugofyra sjuksköterskor utvaldes strate-

giskt, 12 från var och en av de deltagande regionerna. Urvalet skulle spegla samtliga sju deltagande sjukhus, olika verksamhetsområden, erfarenhet, ålder och kön. Samtliga tillfrågade sjuksköterskor accepterade att delta i intervjuerna, som leddes av två av forskarna. Deltagarna beskrivs i Tabell 3.

<i>Antal intervjuer/personer/region</i>	Region A: 12; Region B: 12
<i>Ålder, m (SD)</i>	36,7 (11,6)
<i>Kön, antal av vardera</i>	K: 23; M: 1
<i>År som sjuksköterska, m (SD)</i>	11,0 (12,0)
<i>Genomgått specialistsjuksköterskeutbildning, antal (%)</i>	5 (21%)
<i>Medelarbets tid, % av heltid (SD)</i>	95 (14)
<i>Representerade verksamhetsområden (antal intervjuade)</i>	Kirurgi (5); internmedicin (7), geriatrisk akutvård (1); geriatrisk öppenvård (1); ortopedi (2); ortopedisk medicin (1); intensivvård (1); infektionssjukdomar (1), förlossning och gynekologi (1); barnmedicin (2); barnortopedi (1), neonatalvård (1)

Tabell 3. Deltagare i delstudie tre, djupintervjuer med sjuksköterskor. (m anger medelvärde och SD anger standardavvikelse).

15.6.1 Så här genomfördes intervjuerna med sjuksköterskor

I intervjuerna var det viktigt att försöka fånga sjuksköterskornas egna reflektioner kring vad som bidrar till - respektive motverkar - upplevelsen av organisatoriskt stöd, POS. Om man ställer frågor kring specifika teman som man som forskare tror kan vara betydelsefulla kommer de svarande att fokusera på dessa teman även om de egentligen inte själva upplever dem som de mest centrala. Risken är då stor att man, när man tolkar resultaten, överskattar betydelsen av just dessa teman. Det finns även en risk att man svarar på ett förväntat, lite stereotypt sätt eftersom man själv förmodligen hört och deltagit i många samtal där vissa frågor som ”ligger i tiden” behandlats. För att i så hög grad som möjligt undvika att styra de intervjuades svar använde vi oss därför av en intervjumethodik som kallas critical incident [53] (ungefär ’kritiska händelser’). Vi bad de svarande att så fullödigt och detaljerat som möjligt beskriva fyra typer av situationer de varit med om; två situationer där de upplevt att organisationen visat omsorg om deras välbefinnande, respektive visat

uppskattning för deras bidrag, samt två situationer där de upplevt att organisationen underlåtit att visa sådan omsorg respektive uppskattning. Dessa två aspekter utgör ju, som beskrivits tidigare, de två facetterna av POS (Se kapitlet ’Uppfattat organisatoriskt stöd – POS’). Intervjuledarna ställde sedan följdfrågor endast för att fördjupa och tydliggöra de beskrivningar sjuksköterskorna själva gett, och utan att föra in nya, egna teman. När de svarande gett en uttömmande beskrivning av situationen ifråga ombads de beskriva nästa situation. Genom critical incident-tekniken undviker intervjuaren alltså i hög grad oönskad påverkan på informanterna. Men tekniken har även andra fördelar. Genom att be informanten återkalla i minnet situationer hen upplevt understöder det också informantens tillgång till sina kontextspecifika minnen och personliga upplevelser av relevanta situationer [54, 55]. Man återupplever i någon mån händelsen och minns då känslor och omständigheter man annars lätt glömmer eller utelämnar.

15.6.2 Så här analyserades sjuksköterskeintervjuerna

Intervjuerna spelades in och skrevs ut ordagrant. Därefter analyserades de med hjälp av så kallad tematisk innehållsanalys. Denna metod går ut på att extrahera all information kring forskningsfrågan och samla dessa informationsbitar i övergripande teman eller kategorier. Kategoriseringen innebär att man tolkar utsagorna, det vill säga abstraherar innehållet en nivå och på så sätt kan beskriva

”den gemensamma nämnaren” för de ingående informationsbitarna. Detta kräver upprepade diskussioner mellan forskarna och upprepade analyser. Analysen är klar först när forskarna är eniga om att varje informationsbit ligger i rätt kategori, att analysen och den övergripande tolkningen och beskrivningen av kategorin på ett riktigt sätt beskriver informanternas mening fångad i de olika

utsagorna. Analysen ska även vara heltäckande, det vill säga, all information i intervjuerna som berör forskningsfrågan ska inkluderas. I ett nästa steg ordnar man kategorierna efter hur de förhåller sig till varandra. Även denna analys görs genom en iterativ process, där forskarna läser intervjutexten och diskuterar i flera omgångar tills man är helt överens.

Slutligen går man tillbaka till texten och säkerställer att man inte under analysprocessen ’drivit bort’ från den ursprungliga meningen i intervjuerna. När man redovisar resultaten av analysen är det vanligt att man illustrerar innehållet i kategorierna genom att återge ett eller flera citat från intervjuerna.



15.7 Delstudie 4: intervjuer med vårdenhetschefer

Delstudie fyra omfattade djupintervjuer med vårdenhetschefer, som utgör sjuksköterskornas närmaste chefer. Syftet var att undersöka hur vårdenhetschefer arbetar för att understödja sjuksköterskors upplevelse av organisatoriskt stöd, POS, samt vad de själva behöver för organisatoriska förutsättningar för att arbeta på ett sådant stödjande sätt.

Tjugo vårdenhetschefer valdes ut strategiskt. Urvalet baserades dels på att få likartad fördelning mellan de två regionerna, dels på att spegla förhållanden för chefer som själva uppgett låg respektive hög POS i enkätundersökningen (se delstudie 2). Ett tredje urvalskriterium var att spegla enheter där sjuksköterskorna skattat POS-klimatet på sin

vårdenhet som högt respektive lågt i enkäten (delstudie 1). De två forskare som genomförde intervjuerna hölls ovetande om vilken typ av vårdenhet enligt dessa kriterier som intervjupersonerna hämtats från. Deltagarna presenteras i Tabell 4.

Intervjuerna planerades innan utbrottet av COVID-19-pandemin. När pandemins första våg bröt ut avsåg vi att skjuta på intervjuerna, men såväl vårdorganisationerna som flertalet av de utvalda vårdenhetscheferna såg genomförandet av intervjuerna som angeläget, varför de flesta intervjuer genomfördes under den pågående första vågen av pandemin, våren 2020. De sista intervjuerna genomfördes när den första vågen avklingat, i september 2020.

15.7.1 Så här genomfördes och analyserades intervjuerna med vårdenhetschefer

I intervjuerna med vårdenhetscheferna ville vi få kunskap om vad vårdenhetschefer gör, och hur de organiserar sitt arbete, för att försöka åstadkomma arbetsförhållanden som bidrar till upplevelsen av organisatoriskt stöd bland sjuksköterskorna. Vi ville även få kunskap om vilka förhållanden i vårdenhetschefernas egen arbetssituation som underlättar respektive försvårar sådana arbetssätt. Även nu använde vi oss av critical incident-teknik [53] (se kapitlet 'Så här genomfördes intervjuerna med sjuksköterskor'). Vi inledde intervjuerna med en tematiserad presentation av resultaten av intervjuerna med sjuksköterskor i delstudie 3. Dessa resultat presenterade sjuksköterskornas uppfattningar om vad som bidrog till deras upplevelse av organisatoriskt stöd, POS.

Vi bad därefter cheferna välja något av de områden som sjuksköterskorna lyft fram som viktiga för upplevelsen av organisatoriskt stöd, POS. Vi bad dem beskriva en situation då de som chefer kunnat arbeta med detta område på ett bra sätt, samt vad som hade möjliggjort eller underlättat ett sådant arbetssätt. Som vanligt ställde vi bara klargörande följdfrågor. När inget mer fanns att säga om det aktuella området bad vi dem välja ett annat område av understödjande förhållanden, och så vidare. Därefter upprepades denna procedur med att vi på motsvarande sätt bad vårdenhetscheferna välja ett område och beskriva situationer då de *inte* kunnat arbeta med detta område på ett bra sätt, och vad som motverkat detta. När detta

Antal/region	A: 9 B: 11
Ålder, år (SD)	52 (9,8)
Kön, antal	K: 18 M: 2
Erfarenhet som chef, år m (SD)	9,4 (9,4)
År av erfarenhet som sjuksköterska (n=18)*, m (SD)	18,0 (12,6)
Representerade verksamhetsområden (antal intervjuade)	Internmedicin (3), geriatrik (1), operation (2), kirurgi (2), psykiatri (7), onkologi (1), urologi (1), ambulans (3)

Tabell 4. Deltagare i delstudie 4, intervjuer med vårdenhetschefer. (m anger medelvärde och SD anger standardavvikelse).
* Två av vårdenhetscheferna hade annan professionell bakgrund än som sjuksköterska.

också var uttömt, och vårdenhetschefen inte valde fler sådana områden och situationer att beskriva, gavs frågan om det var något i vårdenhetschefens chefsroll eller arbetssituation hen skulle vilja förändra eller utveckla för att underlätta att främja det stöd till sjuksköterskorna som dessa efterfrågade. De första 15 intervjuerna genomfördes på samma sätt men i de följande fem intervjuerna lät vi också metodiken inspireras av så kallad Grounded Theory-metodik [56]. I vårt fall innebar detta att vi lät våra erfarenheter från de första 15 intervjuerna informera och precisera frågorna som ställdes i de sista fem. När 15 intervjuer genomförts påbörjade vi således analysen. Baserat på preliminära resultat fokuserade vi de fem återstående intervjuerna mot några områden som framstod som särskilt viktiga och som vi därför ville få djupare belysta i de återstående intervjuerna. Även de sista fem intervjuerna inleddes med en presentation av resultaten från sjuksköterskeintervjuerna. Därefter bad

vi nu vårdenhetscheferna reflektera kring vilket stöd man fått eller skulle önska att man fick från *den överordnade ledningen* (ex. verksamhetschef, områdeschef, sjukhusledning), respektive *administrativa stödfunktioner och specialistfunktioner*, och som skulle underlätta ett arbetssätt som stöder sjuksköterskornas utveckling av POS.

Eftersom intervjuerna med vårdenhetscheferna genomfördes under pågående COVID-19-pandemi önskade vi även fånga upp om vårdenhetschefernas förutsättningar att stödja sjuksköterskorna på de sätt de beskrivit som önskvärt påverkats av Covid-19-epidemin, och i så fall hur. Vi bad även cheferna ge exempel på förhållanden i chefsrollen eller på vårdenheten som påverkats betydelsefullt av COVID-19-pandemin. Intervjuerna med vårdenhetscheferna analyserades och kategoriserades enligt liknande metodik som beskrivs i kapitlet 'Så här analyserades sjuksköterskeintervjuerna'.

15.8 Delstudie 5: fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor

Delstudie 5 byggde vidare på alla fyra föregående delstudier och utgjordes av fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor. I fokusgruppsintervjuer eftersöker man inte individens syn på det aktuella ämnet. Man samlar istället en mindre grupp personer som har erfarenhet av området man vill studera. I fokusgruppsintervjun eftersträvar man att få till stånd ett samtal inom gruppen, där gruppen tillsammans utvecklar sin gemensamma syn på det som samtalet rör, genom att alla tillför information, utbyter synpunkter, nyanserar och successivt fokuserar och kvalificerar beskrivningarna. I de här intervjuerna eftersökte vi sjuksköterskornas gemensamma syn på *hur* uppfattat organisatoriskt stöd, POS, och faktorer som gynnar/missgynnar POS, kan inverka på deras förmåga att hantera etiska värdekonflikter. Syftet var att utveckla en teoretisk modell över relationen mellan organisationens agerande, POS, och sjuksköterskors förmåga att hantera värdekonflikter. Genom att förstå hur detta hänger samman kan man få kvalificerad vägledning i det organisatoriska utvecklingsarbetet mot såväl bättre personalhälsa som högre effektivitet och kvalitet i vården.

Fyra fokusgruppsintervjuer genomfördes; två i var och en av de deltagande regionerna. Varje grupp omfattade fem till sex sjuksköterskor som valdes ut strategiskt från olika vårdenheter. Informanter till tre av grupperna utvaldes baserat på svaren i enkätundersökningen i delstudie 1, med en grupp från olika vårdenheter där sjuksköterskorna skattat

POS-klimatet som högt och två grupper från enheter där de skattat det som lågt. I dessa fall hade de två forskarna som ledde intervjuerna ingen kännedom om från vilken typ av vårdenhet, enligt detta kriterium, som deltagarna i de olika grupperna hämtats. Informanter till den fjärde gruppen valdes bland sjuksköterskor som genomgick en specialistutbildning inom intensivvård. Dessa hade egna erfarenheter från intensivvård i samband med COVID-19-pandemin och valdes för att de kunde förmodas ha aktuella erfarenheter av svåra situationer med etiska värdekonflikter.

Efter en kort presentation av hur intervjun skulle gå till och vikten av delaktighet, öppenhet och respekt för varandra i samtalet, inleddes intervjun med ett samtal om värdekonflikter i vårdarbetet och deltagarna reflekterade kring sådana konflikter de själva upplevt. Syftet med detta var att underlätta för deltagarna att "zooma in" på området etiska värdekonflikter i arbetet, att minnas och reflektera inför de kommande frågorna.

I nästa steg beskrev vi att vi i den enkätundersökning vi genomfört fått resultat som visade att sjuksköterskor som arbetar på en vårdenhet där de upplever att organisationen verkligen uppskattar deras arbetsinsats och bryr sig om deras hälsa och välbefinnande upplevde färre etiska konflikter i arbetet. Vi bad sedan deltagarna samtala om hur detta skulle kunna förklaras, det vill säga på vilket sätt upplevelsen av POS kan leda till att man upplever färre etiska konflikter i sitt arbete. Vi bad dem sedan även konkretisera vad en

organisation gör som ger ett sådant stöd, som underlättar ens hantering av etiska dilemmasituationer, och hur ett starkt stöd från organisationen har betydelse för hur man själv känner och agerar i sådana situationer.

Metoden för datainsamling och -analys av fokusgruppsintervjuerna var inspirerad av

Grounded Theory [56]. Intervjuer och analys genomfördes därför iterativt, så att analyserna successivt informerades och förfinades frågeställningarna i de efterföljande intervjuerna. Deltagarna i fokusgrupperna presenteras i Tabell 5.

<i>Deltagare/region, antal</i>	A: 10 B: 11
<i>Ålder, år, m (SD)</i>	39,2 (12,3)
<i>Kön (antal av vardera)</i>	K: 17 M: 4
<i>Erfarenhet som sjuksköterska, år, m (SD)</i>	11,8 (12,3)
<i>Representerade verksamheter</i>	Anestesi, operation, psykiatri, medicin, akutmottagning, onkologi, ortopedi, neonatal, ambulans, mag/tarm

Tabell 5. Deltagare i delstudie fem, fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor. (m respektive SD anger medelvärde respektive standardavvikelse avseende samtliga fokusgruppsdeltagare).

16. Våra forskningsfrågor

Med de fem delstudierna vi presenterat ovan hade vi ett rikt datamaterial som kunde användas för att belysa en rad olika forskningsfrågor. I den följande presentationen fokuserar vi på en eller flera specifika forskningsfrågor i taget och använder oss av data från en eller flera av delstudierna för att besvara dessa frågor, i en logisk turordning som beskrivs nedan.

- Vilka etiska värdekonflikter är vanliga bland sjuksköterskor, vilken grad av mental påfrestning ger de upphov till och hur påverkar de sjuksköterskors hälsa, intention att lämna organisationen, värdeeffektivitet och patientsäkerhet?
- Har sjuksköterskors upplevelse av organisatoriskt stöd, POS, någon betydelse för sjuksköterskornas hälsa och arbetstillfredsställelse, deras personalomsättning, team-effektivitet och för vårdenhetens patientsäkerhet?

OM JA...

- kan en möjlig mekanism i ett samband mellan sjuksköterskors POS och vårdorganisationens måluppfyllelse vara att POS underlättar hanteringen av etiska värdekonflikter?

OM JA...

- vad behöver sjuksköterskor för typ av stöd för att uppleva POS?

I SÅ FALL...

- hur arbetar vårdenhetschefer för att tillfredsställa dessa behov, och vad behöver vårdenhetscheferna själva för stöd för att kunna arbeta på ett sådant stödjande sätt?

Eftersom COVID-19-pandemin slog till under pågående projekt var det viktigt att undersöka dess påverkan på vårdorganisationernas förmåga att förmedla organisatoriskt stöd till personalen. Vi beslöt därför att även försöka belysa följande fråga:

- Hur agerar en vårdorganisation under stark press (COVID-19 pandemin), hur påverkas vårdenhetschefernas stöd till sjuksköterskorna under en sådan kris och hur påverkas sjuksköterskornas arbetssituation?

17. Våra resultat

17.1 Etiska värdekonflikter och deras betydelse för sjuksköterskors hälsa, avsikt att lämna organisationen och för värdeeffektivitet och patientsäkerhet

I denna delstudie undersökte vi vilken typ av etiska värdekonflikter som förekommer ofta i sjuksköterskornas arbete, samt vilken typ av etiska värdekonflikter som ger mest mental påfrestning när de förekommer. Vi undersökte även vilken betydelse förekomst respektive upplevd påfrestning på grund av etiska värdekonflikter har för upplevd stress, burnout, avsikt att lämna organisationen, värdeeffektivitet och patientsäkerhet. Vi gjorde dels tvärsnittsanalyser baserade på svar från 1817 sjuksköterskor vid mätillfälle 1. Vi gjorde även longitudinella analyser baserade på svar från 965 sjuksköterskor vid 190 vårdenheter, som besvarat enkäten vid båda mätillfällena och som arbetat kvar vid samma vårdenhet.

Till att börja med kunde vi med hjälp av den statistiska analysmetoden faktoranalys konstatera att de etiska värdekonflikterna kunde grupperas i två olika typer som förekom i olika utsträckning och hade olika inverkan på sjuksköterskornas arbetssituation. Den första typen (typ 1) uppstår i situationer som kommer av att inte ha tillräckligt med resurser till förfogande för att utföra arbetet i enlighet med värderingar grundade i professionsetiken, till exempel genom låg bemanningsnivå, tidsbrist, hög

arbetsbelastning, överbeläggning. Den andra typen (typ 2) orsakas av hindrande regler, rutiner eller normer, eller bristande kompetens, samarbete eller samsyn på vården mellan professioner.

För att undersöka vilken betydelse förekomst av etiska värdekonflikter respektive upplevd mental påfrestning på grund av dessa värdekonflikter har för upplevd stress, burnout, avsikt att lämna organisationen, värdeeffektivitet och patientsäkerhet användes tre olika analysstrategier. Den första var att i tvärsnittsdata undersöka samband mellan å ena sidan förekomst av värdekonflikter av typ 1 eller typ 2, respektive mental påfrestning när de förekommer, och å andra sidan de olika utfallen; stress, burnout, avsikt att lämna organisationen, värdeeffektivitet respektive patientsäkerhet.

Den andra analysstrategin tillämpades på longitudinella enkätdata från de två mätillfällena. Här använde vi individuella skattningar av värdekonflikters förekomst respektive påfrestning och undersökte eventuell effekt av detta på vårdenhetens genomsnittliga skattningar av stress, burnout, avsikt att lämna organisationen, värdeeffektivitet och patientsäkerhet. Detta är en lite ”tuffare” strategi. Dels eftersom vi undersöker effekten

över tid, dels för att vi också kontrollerade för den tidigare nivån på de olika utfallen, vilket gör att sådant som vid mättillfälle ett är gemensamt mellan etiska värdekonflikter och utfallet ifråga ”filtreras bort” ur analysen, och slutligen dels för att de tre prediktorerna (förekomst respektive påfrestning) förs in i analysen samtidigt vilket gör att det unika bidraget av varje prediktor kan uppskattas.

I den tredje analysstrategin, som också var longitudinell, gjorde vi på liknande sätt som i strategi två, men här använde vi dels individuella skattningar, dels vårdenhetens genomsnittliga skattning av prediktorerna etiska värdekonflikters förekomst/påfrestning och undersökte effekten på både individnivå och vårdenhetens genomsnittliga skattningar av de olika utfallen. På detta sätt kunde vi undersöka dels i vad mån olika upplevelser av etiska värdekonflikters förekomst respektive påfrestning mellan *olika vårdenheter* påverkade utfallen, dels i vad mån effekten framför allt berodde på olikheter i upplevelsen av prediktorerna mellan olika *individer inom vårdenheterna*.

Förekomst av etiska värdekonflikter bedömdes på en skala ”aldrig” (0) till ”mycket ofta” (4). Medelvärden för olika situationer varierade mellan som lägst 0,65 och som högst 1,98. De fem vanligast förekommande etiska värdekonflikterna var (med medelvärde för förekomst inom parentes):

1. Se patienter bli lidande för att kontinuiteten i vården brister (M= 1,98).
2. Arbeta med riskabelt låg bemanningsnivå av sjuksköterskor eller annan vårdpersonal (M= 1,94).

3. Ge god vård åt pågående patienter men på bekostnad av att kommande patienter får vänta (M= 1,85).
4. Vara tvungen att genomföra administrativa arbetsuppgifter på bekostnad av patientvården (M= 1,83).
5. Arbeta med sjuksköterskor eller annan vårdpersonal som inte är tillräckligt kompetenta (M= 1,66).

Totalt sett var etiska värdekonflikter av typ 1 (handlingsbegränsning för att man saknar tillräckliga resurser för att utföra arbetet i enlighet med värderingar grundade i professionsetiken) vanligare förekommande än situationer representerande faktor 2 (handlingsbegränsningar orsakade av regler, normer och samspel inom och mellan professioner). Två situationer kunde inte inordnas i denna kategorisering: ”Se patienter bli lidande för att kontinuiteten i vården brister” (som var den vanligast förekommande situationen) och ”Åsidosätta patienters integritet för att hinna med arbetet”. Dessa situationer var förknippade med de två typerna ungefär lika mycket.

Den mentala påfrestningen av de etiska värdekonflikterna när de förekom bedömdes på en skala ”inte alls påfrestande” (0) till ”mycket påfrestande” (4). Medelvärden för olika situationer varierade mellan som lägst 1,71 och som högst 3,15. Det betyder att flertalet situationer bedömdes i den högre delen av svarsskalan. De fem etiska värdekonflikterna som bedömdes som mest påfrestande var (med medelvärde för förekomst inom parentes):

1. Arbeta med riskabelt låg bemanningsnivå av sjuksköterskor eller annan vårdpersonal (M= 3,15).
2. Av resursskäl behöva ge avkall på kvaliteten i patientvården (M= 2,95).
3. Se patienter bli lidande för att kontinuiteten i vården brister (M= 2,93).
4. Arbeta med sjuksköterskor eller annan vårdpersonal som inte är tillräckligt kompetenta (M= 2,92).
5. Av tidsbrist tvingas utföra vård utan att känna mig säker på att vården är av god kvalitet (M= 2,64).

Om man granskar rangordningen av situationer baserade på frekvens respektive påfrestning så finner man att de i viss utsträckning överensstämmer. Det betyder att i stort sett så var ofta förekommande situationer också påfrestande och vice versa. Men det fanns några undantag. Exempelvis var ”Ge god vård åt pågående patienter men på bekostnad av att kommande patienter får vänta” relativt vanligt förekommande men var samtidigt relativt sett mindre påfrestande. I kontrast så var situationen ”Av tidsbrist tvingas utföra vård som inte är i linje med en professionell sjuksköterskas agerande” relativt ovanligt förekommande men när det skedde så var påfrestningen hög.

På individnivå kunde vi också konstatera ett samband mellan frekvens och påfrestning. Det betyder att sjuksköterskor som angav en hög förekomst av etiska värdekonflikter också tenderade att rapportera en hög påfrestning.

Vi undersökte för varje värdekonfliktsituation hur stor andel av variationen i skattningarna som kunde knytas till den vårdenhet

man arbetar på. Om andelen är hög kan man anta att orsaken till värdekonflikterna är förhållanden som är gemensamma på vårdenheten. Detta värde varierade betydligt mellan olika situationer. För förekomst varierade det mellan som lägst 1% till som högst 38%. För påfrestning varierade andelen mellan som lägst 3% till som högst 18%. Andelen var generellt högre för förekomst än för påfrestning. De högsta andelarna förekomst av värdekonflikter som kunde knytas till vårdenhetstillhörighet avsåg situationer av typ ett (begränsade resurser). Det betyder att förekomst av etiska värdekonflikter baserade i resursbrist i hög grad berodde på processer på organisationsnivå.

Alla de tre aspekterna av etiska värdekonflikter (förekomst av typ 1; förekomst av typ 2; respektive påfrestning av samtliga typer av värdekonflikter) hade samband med upplevd stress vid samma tidpunkt. Det innebär att *individer* som rapporterade mycket förekomst och påfrestning av etiska värdekonflikter också rapporterade mycket stress (och vice versa). På vårdenheter där den genomsnittliga skattningen av påfrestning på grund av etiska värdekonflikter var hög vid mättillfälle ett hade stressen även ökat vid det andra mättillfället.

Alla de tre aspekterna av etiska värdekonflikter hade även samband med burnout-symptom. Det innebär att individer som rapporterade mycket förekomst och påfrestning av etiska värdekonflikter också rapporterade mycket burnout (och vice versa). Förekomst av värdekonflikter av typ 1 (resurser) ledde även till ökad burnout över tid, och detta var framför allt individbundet. Det innebär att individer som rapporterade en större förekomst av sådana etiska värdekonflikter

relativt andra individer på samma vårdenhets visade en ökning av burnout symptom vid mättillfälle två.

Alla tre aspekterna av etiska värdekonflikter hade samband med en avsikt att lämna organisationen. Det innebär att individer som rapporterade mycket förekomst och påfrestning av etiska värdekonflikter också rapporterade att de ville lämna organisationen (och vice versa) vid ett och samma mättillfälle. Vi kunde dock inte se att etiska värdekonflikter hade någon påverkan på avsikt att lämna organisationen när analysen gjordes över tid.

Alla tre aspekter av etiska värdekonflikter hade samband med lägre värdeeffektivitet vid samma tidpunkt. Det innebär att individer som rapporterade låg förekomst och påfrestning av etiska värdekonflikter också rapporterade hög värdeeffektivitet (och vice versa). I den kontrollerade regressionsmodellen hade förekomst (typ 2) en negativ påverkan på bedömd värdeeffektivitet. När variablerna delades upp i sina komponenter så fanns påverkan kvar men på olika nivåer för olika komponenter. När vi undersökte påverkan över tid fann vi att processerna såg lite olika ut för de olika typerna av värdekonflikter. Processerna för värdekonflikter av typ 1

(resurser) låg framför allt på organisationsnivå. Det innebär att på *vårdenheter* som i genomsnitt angav en lägre förekomst av etiska värdekonflikter av denna typ än *andra vårdenheter*, där upplevde sjuksköterskorna också en allt bättre värdeeffektivitet över tid. Processen för värdekonflikter av typ två låg däremot huvudsakligen på individnivå. *Individer* som rapporterade en lägre förekomst av etiska värdekonflikter av typ 2 än *andra individer* på samma vårdenhets visade en ökning av bedömd värdeeffektivitet över tid.

Förekomst av etiska värdekonflikter av såväl typ ett som typ två hade negativt samband med bedömd patientsäkerhet vid samma tidpunkt. Det innebär att individer som rapporterade låg förekomst av etiska värdekonflikter rapporterade hög bedömd patientsäkerhet (och vice versa). Vi kunde också konstatera att individer som rapporterade en lägre förekomst av etiska värdekonflikter av typ 2 upplevde en ökande patientsäkerhet över tid. För förekomst av värdekonflikter av typ 1 kunde vi inte fastställa ett sådant samband över tid. Påfrestning på grund av etiska värdekonflikter hade inget samband med patientsäkerheten såsom den bedömdes av sjuksköterskorna.

17.2 Betydelsen av sjuksköterskors POS-klimat för förekomst av etiska värdekonflikter och etisk stress

Den här analysen baserade vi på svaren från 711 sjuksköterskor som besvarade enkäten vid båda mättillfällena, som arbetade kvar vid samma vårdenhets visade en ökning av burnout symptom vid mättillfälle två. Alla tre aspekterna av etiska värdekonflikter hade samband med en avsikt att lämna organisationen. Det innebär att individer som rapporterade mycket förekomst och påfrestning av etiska värdekonflikter också rapporterade att de ville lämna organisationen (och vice versa) vid ett och samma mättillfälle. Vi kunde dock inte se att etiska värdekonflikter hade någon påverkan på avsikt att lämna organisationen när analysen gjordes över tid. Alla tre aspekter av etiska värdekonflikter hade samband med lägre värdeeffektivitet vid samma tidpunkt. Det innebär att individer som rapporterade låg förekomst och påfrestning av etiska värdekonflikter också rapporterade hög värdeeffektivitet (och vice versa). I den kontrollerade regressionsmodellen hade förekomst (typ 2) en negativ påverkan på bedömd värdeeffektivitet. När variablerna delades upp i sina komponenter så fanns påverkan kvar men på olika nivåer för olika komponenter. När vi undersökte påverkan över tid fann vi att processerna såg lite olika ut för de olika typerna av värdekonflikter. Processerna för värdekonflikter av typ 1 (resurser) låg framför allt på organisationsnivå. Det innebär att på *vårdenheter* som i genomsnitt angav en lägre förekomst av etiska värdekonflikter av denna typ än *andra vårdenheter*, där upplevde sjuksköterskorna också en allt bättre värdeeffektivitet över tid. Processen för värdekonflikter av typ två låg däremot huvudsakligen på individnivå. *Individer* som rapporterade en lägre förekomst av etiska värdekonflikter av typ 2 än *andra individer* på samma vårdenhets visade en ökning av bedömd värdeeffektivitet över tid. Förekomst av etiska värdekonflikter av såväl typ ett som typ två hade negativt samband med bedömd patientsäkerhet vid samma tidpunkt. Det innebär att individer som rapporterade låg förekomst av etiska värdekonflikter rapporterade hög bedömd patientsäkerhet (och vice versa). Vi kunde också konstatera att individer som rapporterade en lägre förekomst av etiska värdekonflikter av typ 2 upplevde en ökande patientsäkerhet över tid. För förekomst av värdekonflikter av typ 1 kunde vi inte fastställa ett sådant samband över tid. Påfrestning på grund av etiska värdekonflikter hade inget samband med patientsäkerheten såsom den bedömdes av sjuksköterskorna.

Sjuksköterskor som vid den första enkätmätningen angav ett starkt klimat av organisatoriskt stöd, POS, rapporterade färre etiska värdekonflikter i arbetet vid nästa mättillfälle än de som vid första mättillfället angav ett svagt POS. Sjuksköterskor som upplevde ett lägre POS-klimat upplevde fler värdekonflikter. Vårdarbete omfattar ibland etiska värdekonflikter som sjuksköterskorna inte kan lösa även om de upplever starkt stöd och tilltro från organisationen. Vi hade ju tidigare konstaterat att värdekonflikterna kunde vara av två olika typer, dels sådana som orsakats av resursbrist och sådana som hade sin grund i regler, normer och samspel inom och mellan professioner. Vi kunde konstatera att POS reducerade förekomsten av båda dess typer av

värdekonflikter. Vi fann också ett visst stöd för en effekt i andra riktningen. Sjuksköterskor som vid det första mättillfället uppgav färre etiska konflikter orsakade av resursbrist (typ 1) uppgav ett än högre POS-klimat vid mättillfälle två. Detta samband var inte statistiskt signifikant men det antyder ändå en positiv spiral, där ett bra POS-klimat hjälper sjuksköterskorna att hantera etiskt problematiska situationer utan att det uppstår olösliga värdekonflikter, och där färre sådana konflikter, speciellt sådana som är resursrelaterade, ytterligare stärker POS-klimatet över tid.

Vi undersökte också om den mentala påfrestning sjuksköterskor upplever som ett resultat av etiska värdekonflikter var lägre för de sjuksköterskor som upplevde ett starkt klimat av organisatoriskt stöd, POS, men här fann vi ingen skillnad. När etiska värdekonflikter väl förekommer är den mentala påfrestningen lika hög oavsett om man upplever organisatoriskt stöd eller ej.

17.3 Betydelsen av sjuksköterskors POS-klimat för deras hälsa, arbetstillfredsställelse, planer på att lämna organisationen och faktisk personalomsättning, samt för teameffektivitet och patientsäkerhet

Betydelsen av sjuksköterskors POS för deras psykiska hälsa, arbetstillfredsställelse och avsikt att stanna kvar i organisationen, samt för teameffektivitet och patientsäkerhetsklimat undersöktes genom såväl tvärsnittsanalys av enkätdata från sjuksköterskorna vid mättilfälle 1 (1817 sjuksköterskor respektive 228 vårdenheter) och mättilfälle 2 (1362 sjuksköterskor respektive 213 vårdenheter), som genom longitudinella analyser av enkätdata från båda mättilfällena (711 sjuksköterskor respektive 140 vårdenheter)

(delstudie 1). Stress, burnout, arbetstillfredsställelse och intention att lämna organisationen (ITL) behandlades i analyserna som individuella fenomen. Teameffektivitet, patientsäkerhetsklimat och patientsäkerhet betraktades som ett för vårdenheten gemensamt fenomen, d.v.s. data aggregerades och medelvärdet för samtliga svarande sjuksköterskor vid enheten beräknades. POS-klimatet undersöktes både som ett individuellt uppfattat och som ett på enheten gemensamt fenomen.

17.3.1 POS-klimatets betydelse för sjuksköterskors hälsa och arbetstillfredsställelse

Här undersökte vi dels vilken eventuell påverkan som fanns över tid i den förväntade riktningen, det vill säga POS-klimatets påverkan på burnout och arbetstillfredsställelse. Men vi undersökte även så kallad omvänd kausalitet, det vill säga om burnout respektive arbetstillfredsställelse påverkade POS-klimatet över tid. Resultaten visade att POS-klimatet hade samband med burnout och arbetstillfredsställelse vid ett och samma tillfälle. Med andra ord, sjuksköterskor som upplevde ett gott POS-klimat rapporterade också generellt sett mindre burnout och högre arbetstillfredsställelse.

När vi undersökte effekter över tid så såg vi en tendens till att POS-klimatet vid mättilfälle 1 minskade burnout vid mättilfälle två. Detta samband var dock inte statistiskt signifikant. POS-klimatet påverkade dock arbetstillfredsställelsen och detta var statistiskt säkerställt. Med andra ord, sjuksköterskor som upplevde ett högt POS-klimat vid mättilfälle 1 rapporterade i allmänhet högre arbetstillfredsställelse vid T2. Vi fann också omvända kausala effekter. Burnout hade en negativ inverkan på POS-klimatet medan arbetstillfredsställelse hade en positiv inverkan.

17.3.2 POS-klimatet som buffert för hög arbetsbelastning

Som tidigare nämnts har tidigare forskning visat att mycket höga krav i arbetet kan leda till stress och därmed psykisk ohälsa [41]. Vi ville därför undersöka om ett bra POS-klimat skulle kunna fungera som en buffert som kan mildra negativa effekter av mycket höga kvantitativa krav i arbetet, det vill säga när man upplever att man har mer att göra än man hinner med. Här gjorde vi analyserna i tvärsnittsdata från mättilfälle 1. Vi undersökte om POS-klimatet buffrade sambandet mellan höga kvantitativa krav och utfallen stress, burnout och arbetstillfredsställelse, liksom förekomst av etiska värdekonflikter. Vi gjorde analyserna genom att dela in de svarande i två grupper; de sjuksköterskor som arbetade på en vårdenheter där POS-klimatet (medelvärdet av skattningarna från samtliga svarande sjuksköterskor vid respektive vårdenheter) bedömdes som lågt (under medianen) respektive där POS-klimatet skattades som högt (över medianen). Vi kontrollerade här att vårdenheter där sjuksköterskorna rapporterat ett lägre POS-klimat inte skilde sig systematiskt från dem som rapporterat ett högt sådant stöd när det gällde sjuksköterskornas genomsnittliga ålder eller erfarenhetsgrad. Vi fann inga sådana skillnader och olika verksamhetsområden var också representerade i båda grupperna.

Resultaten visar att ett högt POS-klimat buffrar den negativa hälsoeffekten av höga kvantitativa krav i arbetet. På vårdenheter där

sjuksköterskorna upplevde ett högt POS-klimat var höga krav i lägre utsträckning förknippade med stress och burnout. Där emot fann vi inte att POS-klimatet buffrade effekten av höga krav på arbetstillfredsställelse. Det förelåg alltså ett samband mellan höga kvantitativa krav i arbetet och lägre arbetstillfredsställelse bland sjuksköterskorna, oavsett nivå på uppfattat organisatoriskt stöd.

De etiska värdekonflikterna kunde ju indelas i två olika typer. Den första typen (typ 1) uppstår i situationer som kommer av att inte ha tillräckligt med resurser till förfogande för att utföra arbetet i enlighet med värderingar grundade i professionsetiken, tex genom låg bemanningsnivå, tidsbrist, hög arbetsbelastning, överbeläggning. Den andra typen (typ 2) orsakas av hindrande regler, rutiner eller normer, eller bristande kompetens, samarbete eller samsyn på vården mellan professioner. Här fann vi att ett bra POS-klimat buffrade sambandet mellan höga kvantitativa krav och förekomst av etiska värdekonflikter av typ 1, men inte förekomst av etiska värdekonflikter typ 2. Där POS-klimatet var gott kunde sjuksköterskorna alltså i högre utsträckning hantera hög arbetsbelastning utan att det orsakade etiska värdekonflikter relaterade till resursbrist. Upplevelsen av etiska värdekonflikter på grund av hindrande regler eller bristande samarbete påverkades dock inte av POS-klimatet.

17.3.3 POS-klimatets betydelse för sjuksköterskors avsikt att lämna organisationen

Analyser av tvärsnittsdata från de båda mätillfällena visade ett negativt samband mellan POS-klimatet och en avsikt att lämna organisationen, det vill säga, sjuksköterskor som upplevde ett högt POS-klimat avsåg i allmänhet att behålla sin anställning. Analysen av longitudinella data visade dock att

POS-klimatet inte påverkade intentionen att stanna eller lämna anställningen från mätillfälle 1 till 2. Däremot kunde vi konstatera en omvänd kausal effekt. Sjuksköterskor som vid mätillfälle 1 planerade att lämna organisationen upplevde ett sämre POS-klimat vid nästa mätillfälle.

17.3.4 Betydelsen av POS för personalomsättningen bland sjuksköterskor

Betydelsen av POS-klimatet för personalomsättningen undersöktes dels i tvärsnittsdata, dels longitudinellt mellan de två mätillfällena. Uppgifter avseende POS-klimatet på enhetsnivå och registerdata för personalomsättning fanns tillgängliga för drygt 100 vårdenheter. I de longitudinella analyserna använde vi data från 75 av dessa vårdenheter där inget chefs-

byte skett mellan mätillfällena.

POS-klimatet hade inget samband med personalomsättning i tvärsnittsdata. Det fanns dock en tendens att vårdenheter med hög personalomsättning vid mätillfälle 1 upplevde ett lägre POS-klimat vid mätillfälle 2.

17.3.5 POS-klimatets betydelse för sjuksköterskors teameffektivitet och för patientsäkerheten

Vi undersökte sambanden mellan POS-klimatet och teameffektivitet och patientsäkerhet i såväl tvärsnittsdata som longitudinellt. Härutöver undersöktes sambandet mellan vårdenheternas POS-klimat och vårdenhetschefernas bedömning av vårdenheternas teameffektivitet. Även dessa analyser gjordes såväl i tvärsnitt som longitudinellt. I analyserna av tvärsnittsdata fann vi att POS-klimatet hade samband med teameffektivitet såväl när teameffektiviteten skattades av sjuksköterskorna själva som när den skattades av deras vårdenhetschef. I vårdenhetschefernas skattningar var dock samban-

det statistiskt signifikant endast vid det första mätillfället. POS-klimatet hade också samband med patientsäkerhetsklimat och med den övergripande bedömning sjuksköterskorna gjorde av patientsäkerheten vid den egna vårdenheten. Vårdenheter med högt POS-klimat tenderade alltså att också ha högre teameffektivitet, högre patientsäkerhetsklimat och högre övergripande bedömd patientsäkerhet.

De longitudinella analyserna, med kontroll för tidigare nivåer av teameffektivitet, patientsäkerhetsklimat och patientsäkerhet, påvisade dock inga sådana samband.

POS-klimatet påverkade vare sig teameffektivitet, patientsäkerhetsklimat eller bedömd patientsäkerhet mätt över tid. Det fanns en tendens för den övergripande patientsäker-

hetsbedömningen att påverka POS-klimatet över tid, men detta samband var inte statistiskt signifikant.

17.4 Betydelsen av psykologiskt kontrakt för POS-klimatet

Här utgick vi från enkätsvaren från sjuksköterskor som hade förblivit verksamma vid samma vårdenhet och under samma vårdenhetschef vid båda mätillfällena (711 sjuksköterskor på 133 olika vårdenheter). Vi undersökte POS-klimatet och dess betydelse för ett relationellt psykologiskt kontrakt, ett transaktionellt psykologiskt kontrakt respektive ett ideologiskt psykologiskt kontrakt. Vi började med analyser i tvärsnittsdata från första mätillfället och kunde konstatera att ett högt POS-klimat var tydligt positivt associerat med ett såväl relationellt psykologiskt kontrakt som med ett ideologiskt kontrakt. Svarande som upplevde ett högt POS-klimat upplevde alltså vanligen även en hög grad av såväl relationellt som ideologiskt psykologiskt kontrakt med arbetsgivaren. POS-klimatet var däremot inte på något sätt relaterat till ett transaktionellt psykologiskt kontrakt. Ett relationellt och ideologiskt kontrakt var även positivt relaterade till varandra, det vill säga upplevde man i hög grad den ena av dessa typer av psykologiskt kontrakt så upplevde man i allmänhet även i hög grad det andra, medan ingen av dessa typer av kontrakt var associerade med ett transaktionellt psykologiskt kontrakt. Ett transaktionellt psykologiskt kontrakt visade sig alltså här inte ha någon egentlig betydelse i det här sammanhanget. Detta går på tvärs

mot tidigare forskning som visat att i ju högre grad den anställda upplever sig ha ett transaktionellt psykologiskt kontrakt med arbetsgivaren, i desto lägre grad upplever man ett relationellt psykologiskt kontrakt, och vice versa [57]. I vår studie så lever istället det transaktionella kontraktet ”ett eget liv”. Sjuksköterskor med ett högt relationellt psykologiskt kontrakt kunde lika gärna uppleva ett högt som ett lågt transaktionellt kontrakt. Detsamma gällde relationen mellan ett transaktionellt kontrakt och ett ideologiskt. En möjlig förklaring till våra resultat kan vara att på en välreglerad arbetsmarknad som den svenska är de anställdas tillit hög till att arbetsgivaren, speciellt en stor offentlig sådan, kommer att hålla ingångna formella avtal, och skulle man trots allt inte det kan stöd hämtas i en stark personallagstiftning och starka fackföreningar. Under sådana förhållanden tas sannolikt de transaktionella aspekterna av ett psykologiskt kontrakt, som också är de som regleras i det formella kontrakt man har med arbetsgivaren, för givet och varken hotar eller förstärker de psykosociala aspekterna av arbetet. Detta innebär förstås inte att man som anställd nödvändigtvis är nöjd med de formella aspekterna av avtalet, exempelvis lönen (vilket vi kommer att se i resultaten av intervjuerna med sjuksköterskorna).

När vi så studerade orsakssambanden mellan de psykologiska kontrakten och POS-klimatet i våra longitudinella enkätresultat fann vi att det ideologiska kontraktet vid mättilfälle 1 påverkade POS-klimatet vid mättilfälle 2. Högre nivåer av ideologiskt kontrakt ledde alltså till ett högre POS-klimat, under kontroll för tidigare nivå på POS-klimatet. Vare sig ett relationellt eller transaktionellt kontrakt hade dock någon signifikant inverkan på POS-klimatet.

17.5 Slutsatser om betydelsen av ett bra POS-klimat

Som framgår av de resultat vi presenterat ovan så påverkade sjuksköterskornas upplevelse av värdekonflikter deras egen hälsa. Etiska värdekonflikter hade också samband med en högre intention att lämna organisationen, liksom med lägre teameffektivitet och patientsäkerhet. Vi kunde också konstatera att POS reducerade förekomsten av etiska värdekonflikter. På vårdenheter med högt POS-klimat upplevde sjuksköterskorna färre sådana värdekonflikter. Dessutom fanns en tendens att upplevelsen av få etiska värdekonflikter stärkte POS-klimatet ytterligare. Här tycks det alltså föreligga en positiv spiral. POS hade även samband med ett brett spektrum av andra önskvärda organisatoriska mål; sjuksköterskors hälsa, arbetstillfredsställelse och deras avsikt att stanna kvar i organisationen, samt med hög teameffektivitet och patientsäkerhet. Vi fann vidare att ett bra POS-klimat hade en buffrande effekt och gjorde att mycket höga kvantitativa krav i arbetet i lägre utsträckning ledde till stress

POS-klimatet i sin tur påverkade dock såväl relationellt kontrakt som ideologiskt kontrakt. POS-klimatet hade ingen inverkan på transaktionellt kontrakt. Sammantaget tycktes det alltså finnas en positiv spiral mellan ett ideologiskt psykologiskt kontrakt och ett högt POS-klimat, där båda förstärkte varandra över tid. POS-klimatet påverkade även ensidigt upplevelsen av ett relationellt psykologiskt kontrakt med arbetsgivaren i positiv riktning.

och utbrändhet. Ett relationellt psykologiskt kontrakt hängde samman med ett psykologiskt kontrakt av ideologisk samsyn på yrket och sjuksköterskornas upplevelse att man hade en sådan ideologisk samsyn med arbetsgivaren inverkade gynnsamt på POS-klimat på vårdenheter. Även här kunde vi konstatera en positiv spiral där ett bra POS-klimat i sin tur ytterligare stärkte upplevelsen av ideologisk samsyn.

Eftersom POS alltså i våra enkätresultat visat sig var positivt förknippat med ett brett spektrum av organisatoriska mål och värden, och att ett bra POS-klimat ledde till att sjuksköterskorna upplevde färre etiska värdekonflikter i arbetet menar vi att dessa resultat gav stöd för vår hypotes att POS underlättar flexibel hantering av värdekonflikter. Det var nu därför dags att försöka förstå vad en vårdorganisation bör göra för att bistå utvecklingen av POS, och vad den bör undvika att göra.



17.6 Organisatoriska förutsättningar för sjuksköterskors upplevelse av organisatoriskt stöd – POS

Vi hade konstaterat att på vårdenheter där sjuksköterskorna upplevde ett arbetsklimat av starkt organisatoriskt stöd, POS-klimat, hade detta en positiv inverkan på ett brett spektrum av viktiga organisatoriska mål. Vi hade också konstaterat att en mekanism i detta tycktes vara att POS-klimatet underlättade hanteringen av etiska värdekonflikter, så att sjuksköterskor med ett högt POS-klimat upplevde färre sådana etiska dilemmasitua-

17.6.1 Aktörer inom organisationen med betydande inverkan på sjuksköterskornas upplevelse av POS

Våra intervjuer visade att sjuksköterskorna huvudsakligen uppfattade tre typer av aktörer i organisationen som viktiga för hur deras upplevelse av organisatoriskt stöd, POS, utvecklade sig. En viktig aktör var den egna vårdenhetschefen. En annan var företrädare för den överordnade vårdledningen såväl inom den utförande delen av organisationen (sjukhusen) som i den beställande delen, på regionnivå. Den tredje aktören var kollegiet, främst på den egna vårdenheten men även på andra. Sjuksköterskorna upplevde också att dessa tre typer av aktörer i viss mån var beroende av varandra på ett sätt som påverkade deras upplevelse av POS.

Den egna vårdenhetschefen var den primära företrädaren för organisationen och upplevdes som ansvarig för en rad olika förhållanden som påverkade sjuksköterskornas upplevelse av POS. Den överordnade

tioner. Det blir därmed viktigt att bättre förstå vilka de organisatoriska förutsättningarna är för att sjuksköterskor ska uppleva POS, det vill säga att organisationen bryr sig om deras välbefinnande och att den uppskattar deras bidrag. Detta undersökte vi genom djupintervjuer med sjuksköterskor (delstudie 3). I redovisningen nedan låter vi citat från intervjuerna illustrera resultaten.

vårdledningen uppfattades också som en viktig aktör med påverkan på POS, men uppfattningarna om hur denna påverkan skedde var vagare. Medan merparten av informanterna uttryckte förtroende för den egna vårdenhetschefen och upplevde att denna person brydde sig om deras välbefinnande och uppskattade deras bidrag, så uttrycktes detta sällan med avseende på den överordnade vårdledningen. Sjuksköterskorna upplevde istället att vårdenhetschefen måste försvara deras intressen gentemot den överordnade ledningen och gav uttryck för en upplevelse av 'vi och dom'. Den överordnade vårdledningen uppfattades vara alltför upptagen med att styra vårdorganisationen, d.v.s. sjukhuset eller regionens hela vårdsektor, för att vara medveten om sjuksköterskornas bidrag och välbefinnande. Den var därför även oförmögen att engagera sig i och ut-

trycka uppskattning för arbetet på enskilda vårdenheter. Denna uppfattning påverkade sjuksköterskornas upplevelse av POS negativt. En sjuksköterska uttryckte sig så här: ”Jag tror den här organisationen är för stor. Gapet är för stort mellan oss som faktiskt vårdar patienten, och sjukhusdirektören och ledningsfunktionerna. Jag tror inte någon som inte har arbetat inom vården kan förstå hur svårt och slitsamt det är att arbeta som sjuksköterska. Det är hemskt ibland. Men

det är också det snällaste och mest vårdande man kan göra. Men det är inget kall. Det är ett yrke och liksom alla andra yrken förtjänar vi uppskattning för vårt arbete.”

Kollegiet, manifesterat genom sociala interaktioner främst med de närmaste kollegerna, men också kolleger på andra vårdenheter och vårdpersonal inom andra professioner, sågs som en tredje viktig aktör i organisationen och påverkade sjuksköterskornas upplevelse av POS.

17.6.2 Organisatoriska förhållanden som påverkar sjuksköterskors POS

De organisatoriska förhållanden som påverkade sjuksköterskornas upplevelse av POS kunde beskrivas inom två teman, med vardera två respektive fem underteman. Vi fann även att de två aspekterna av POS inte var distinkt åtskiljbara, utan påverkade varandra. I redovisningen nedan presenteras därför resultaten huvudsakligen samlat, det

vill säga de fenomen som lyfts fram var betydelsefulla för sjuksköterskornas upplevelse av såväl organisationens omsorg om deras välbefinnande som uppskattning av deras bidrag. I några fall var påverkan specifik på den ena eller andra aspekten av POS, och där så var fallet tydliggör vi det.

17.6.2.1 Tema 1: Organisatorisk strukturering och strukturer som understöder sjuksköterskornas professionella arbete och deras välbefinnande

Detta tema omfattade två aspekter, fasta arbetsstrukturer respektive responsiv och situationsanpassad omstrukturering av arbetet. Detta tema var det klart mest förekommande i intervjuerna och hade betydelse för båda aspekterna av POS. Strukturer och omstrukturering inverkar på sjuksköterskornas förmåga att utföra sitt arbete, det var tydligt organisatoriskt bundet och utom kontroll för den enskilda sjuksköterskan. Genomarbetade, hållbara organisatoriska strukturer stöder såväl professionellt arbete som välbefinnande. En sköterska beskrev på

följande sätt betydelsen av sådana strukturer och hur de utvecklades:

”Vår vårdenhet var tidigare väldigt oorganiserad. Vi hade en struktur som motverkade patientsäkerheten genom blotta antalet arbetsuppgifter varje sjuksköterska skulle utföra. Vi hade därför ingen möjlighet att göra uppgifterna på ett bra sätt. Men då organiserade vi om vårt arbete. Omorganisationen initierades av vår chef men vi [sköterskor] var alltid delaktiga i det. Omorganisationen resulterade i att vi nu har en mycket bättre kontinuitet med patienterna vi vårdar

och kan därför erbjuda vård av högre kvalitet. Omorganisationen har resulterat i att vi kan göra ett mycket bättre jobb än vad de tidigare strukturerna tillät.”

Detta var ett positivt exempel, men sjuksköterskorna beskrev oftare situationer där strukturerna var olämpliga eller till och med saknades, vilket påverkade deras upplevelse av POS. I ett sådant exempel var sjuksköterskorna själva ansvariga för att kalla in extra personal när bemanningen var otillräcklig, samtidigt som de förväntades att utföra sina reguljära arbetsuppgifter. Flera sjuksköterskor uttryckte att de förväntades lösa sådana situationer efter bästa förmåga. De upplevde därför ofta att det saknades funktionella strukturer för att säkerställa adekvat bemanning. Detta skapade en uppfattning att organisationen inte var uppmärksam på, eller brydde sig om, deras arbetssituation utan bara fokuserade på att fortsätta leverera vård.

Sjuksköterskorna beskrev också situationer där de själva förväntades att lösa problem som berodde på bristande framförhållning i schemalaggningen. Sådana problem bottnade ofta i policyn att ge sjuksköterskorna inflytande över sina egna arbetsscheman. En del sjuksköterskor, ofta med lång erfarenhet, konstaterade att denna frihet var en fördel och ett uttryck för att organisationen brydde sig om deras välbefinnande. Schema-flexibiliteten medgav att de kunde ta hänsyn till sina fritidsaktiviteter och familjeliv. Å andra sidan upplevde en del sjuksköterskor negativa konsekvenser av avsaknaden av en tydlig struktur i schemalaggningen. Dessa negativa konsekvenser rörde ofta dilemman mellan ens ansvar att å ena sidan erbjuda högkvalitativ vård och å den andra, egna och kollegers behov av återhämtningstid mellan arbets-

passen, och att kunna ha ett fungerande privatliv. En sköterska reflekterade över vikten av stödjande arbetsstrukturer på följande sätt:

”Det gör att jag känner mig lugn och trygg och ger mig möjlighet att fokusera på att vara sjuksköterska. Jag behöver inte gå till jobbet och vara irriterad och frustrerad över strukturer eller själva organisationen.”

Tillfällig, kortsiktig och responsiv omstrukturering är ofta nödvändig i vårdorganisationer. Det omfattar rörligt, omedelbart och spontant agerande från organisationens aktörer och formar sjuksköterskornas arbetsförutsättningar. Strukturering rörde vanligen omfördelning av arbetsuppgifter mellan anställda och att säkerställa tillräcklig bemanning. De flesta intervjupersonerna framhöll att en vårdenhetschef som klarar att lösa strukturella utmaningar på ett sätt som stöder alla inblandade uppfattas såväl bevaka sjuksköterskornas välbefinnande som visa uppskattning för deras bidrag. Men när organisationen utsattes för alltför mycket omstrukturering och alltför ofta, och där systematiskt kortsiktig strukturering påverkade sjuksköterskornas förmåga att säkerställa en hög kvalitetsnivå i arbetet, liksom deras välbefinnande, så hade det en negativ inverkan på POS. Intervjupersonerna beskrev också ett flertal situationer där vårdenhetschefen inte hanterat struktureringen på ett stödjande sätt. Detta var situationer där sjuksköterskorna upplevde att chefernas fokus låg på att upprätthålla vårdproduktionsnivån, och där deras förmåga att utföra ett högkvalitativt arbete inte beaktades och deras välbefinnande inte värnades. Det handlade ofta om att man förväntades utföra arbetsuppgifter utan att det gavs tillräcklig tid vare sig för arbetet eller för återhämtning efteråt. Denna

typ av strukturering var förknippad med en upplevelse av utmattning och även med att man sökte annan anställning. Påverkan på POS var starkt negativ. En sjuksköterska reflekterade på följande sätt över konflikten mellan organisationens sätt att strukturera arbetet och individuella behov:

”Det har funnits flera situationer då jag känt att jag inte har någon prioritet alls. Det är bara leverans av vård som gäller. Och jag förstår att det måste prioriteras, men jag vill ändå att dom [organisationen] tar hänsyn till mina individuella behov och önskemål. Jag vill inte ses bara som en ansiktslös drönare i organisationen, som bara är till för att utföra vissa uppgifter och fylla en viss funktion. Att tillförsäkra mitt välbefinnande borde vara nödvändigt för dem.”

17.6.2.2 Tema 2: Att bli sedd som individ och få professionell respekt och uppskattning

Medan tema 1 handlade om strukturer och strukturering som en förutsättning för arbetet, handlade tema 2 mer om individuella och sociala behov. Temat pekar på förutsättningar som tillfredsställer behovet att bli sedd, uppskattad och respekterad som person och som professionsutövare. Sjuksköterskorna ville att deras personliga situation såväl som deras professionella erfarenhet, kompetens och ansträngningar beaktas och uppmärksammas i det dagliga arbetet.

17.6.2.2.1 Att bli sedd och uppskattad
Ett viktigt undertema handlade om upplevelser av att vara sedd och uppskattad av sin vårdenhetschef. Detta tema manifesterades i vardagliga, ibland till synes triviala situationer, såsom att personalen hälsade på varandra när de kom till arbetet, och att vårdenhetschefen

Sjuksköterskorna presenterade flera utförliga argument för varför organisationens aktörer borde hållas ansvariga för sådana tillkortakommanden. En del la hela ansvaret på vårdenhetschefens oförmåga att strukturera arbetet, och att detta resulterade i överbeläggningar eller underbemanning. Andra menade att vårdenhetschefen inte har mandat att påverka organisatorisk strukturering och la istället ansvaret högre upp i organisationen. Ytterligare andra framhöll sitt eget ansvar och la skulden för en otillfredsställande situation på egen brist på skicklighet, erfarenhet och att ge högkvalitativ vård i högt tempo.

Strukturella behov som inte löstes på ett stödjande sätt beskrevs ofta och kunde indikera brister i mer långsiktiga strukturer och planering av patientvården.

gav uttryck för uppskattning för den enskilda sjuksköterskans arbete. Sådan kommunikation påverkade sjuksköterskornas POS positivt och när sådan basal kommunikation uteblev, eller när vårdenhetschefen inte gav akt på sjuksköterskornas arbetsförhållanden, speciellt arbetsbelastning som var mycket hög, hade det en negativ effekt på POS. En sjuksköterska uttryckte sig så här:

”När jag sa till min chef att ingen sjuksköterska vill fortsätta arbeta på den här avdelningen på grund av den omöjliga arbetsbelastningen, svarade chefen helt enkelt att ’det är ingen av er sjuksköterskor som är vare sig ovärderlig eller oersättlig.’”

Även enkla tecken på uppskattning, såsom en skål godis när sjuksköterskorna måste arbeta övertid, var viktiga uttryck för uppskattning och respekt för sjuk-

sköterskornas arbetsinsats.

Feedback från chef på sjuksköterskors specifika arbetsinsatser påverkade upplevelsen av organisatoriskt stöd. När vårdenhetschefen regelbundet gav medarbetarna feedback och professionella råd, liksom när hen vidarebefordrade feedback från andra, exempelvis patienter eller andra vårdenheter, bidrog det till sjuksköterskornas upplevelse att vara högt värderade. När chefen underlät att ge sådan feedback hade det motsatt effekt. Det förmedlade upplevelsen att närmaste chef var omedveten om, eller till och med ointresserad av, den enskilda sjuksköterskans arbetsinsats.

Sjuksköterskorna beskrev även betydelsen av att vara sedd och uppskattad av sina kolleger. Att få uppskattning och uppmärksamhet för sin skicklighet och expertis och att motta konstruktiv och relevant feedback från kolleger bidrog på ett betydelsefullt sätt till upplevelsen av organisatoriskt stöd. Dessa interaktioner omfattade huvudsakligen andra sjuksköterskor, men ibland även andra professionsgrupper. De situationer som beskrevs var professionella, men upplevelsen förstärktes genom relationer i arbetsgruppen utöver den strikt professionella rollen. Sådana relationer var av social karaktär, där sjuksköterskorna hade trevligt och kunde skratta tillsammans, och där det fanns hög tolerans för olika synsätt och uppfattningar.

Situationer som involverade kolleger och där intervjupersonerna upplevde att organisationen inte brydde sig om deras välbefinnande rörde huvudsakligen interaktioner med läkare eller sjuksköterskekolleger utanför den egna arbetsgruppen. Det kunde handla om att man fick kritik för att inte ha utfört arbetsuppgifter, ofta sällan förekommande sådana,

på ett förväntat sätt. Ofta förklarade informanterna de uppkomna situationerna med bristande kommunikation mellan olika delar av organisationen.

17.6.2.2.2 Värdering och nyttiggörande av individuell kompetens
Sjuksköterskornas upplevelse av organisatoriskt stöd, POS, påverkades av hur deras individuella kompetens värderades och togs i anspråk. När man upplevde att ens kompetens var värderad och togs i bruk på ett adekvat sätt, framför allt av närmaste chef, upplevdes en positiv inverkan på POS. När man å andra sidan upplevde att ens specifika kompetens inte respekterades eller användes på ett lämpligt sätt påverkades POS negativt. Det kunde handla om att man flyttades till vårdenheter där man inte upplevde sig ha tillräcklig kompetens men ändå förväntades ta fullt ansvar för arbetsuppgifterna. Det kunde också handla om att patienter med åkommor som låg utanför ens specifika kompetensområde flyttades till den egna vårdenheten och att man därför kände professionell osäkerhet. POS påverkades också negativt när det krävdes att man skulle utföra arbetsuppgifter eller procedurer som ingick i den egna vårdenhetens arbetsområde men som man som individ upplevde sig ha otillräcklig kompetens för eller erfarenhet av. Framför allt hade detta negativ inverkan på upplevelsen att organisationen uppskattar ens bidrag. Det kunde handla om att man förväntades utföra komplicerade medicinska interventioner utan tillräcklig träning eller expertis. Det kunde också avse situationer där man, oftast på grund av personalbrist, förväntades utföra arbetsuppgifter som låg utanför sjuksköterskerollen, sådant som

egentligen hörde till undersköterskornas eller läkarnas uppgifter.

17.6.2.2.3 Möjlighet att utveckla professionell kompetens och ges utökat ansvar
Sjuksköterskornas upplevelse av POS påverkades positivt av att närmaste chef stödde deras professionella utveckling och tilldelade dem utökat ansvar inom kompetensområdet. Generellt upplevde intervjupersonerna goda möjligheter att utvecklas professionellt genom kurser och utökad träning. Många uttryckte även att de hade goda möjligheter att använda och utveckla sin kompetens genom att ta på sig ansvar för specifika arbetsområden på vårdenheten, exempelvis handledning av sjuksköterskeelever eller patientsäkerhetsarbete. I de flesta fall tog sjuksköterskorna själva initiativet genom att föreslå chefen att de fick gå en utbildning eller ta ansvar för ett specifikt utvecklingsområde. När man gavs sådana möjligheter upplevde man det som ett uttryck för att ledningen uppskattade ens bidrag till organisationen, och att den brydde sig om ens välbefinnande. När man istället upplevde att vårdenhetschefen inte uppmunttrade och gav en utrymme att utvecklas professionellt, eller erbjöd möjligheter att ta utökat ansvar, såg man det som uttryck för att organisationen vare sig uppskattade ens arbete eller brydde sig om ens välbefinnande. En sjuksköterska uttryckte sig så här: *”Jag skulle ha blivit väldigt besviken om jag inte tillåtits att gå den här speciella kursen. Jag har arbetat här i två år nu och jag har inte haft möjlighet att gå några kurser tidigare.”*

17.6.2.2.4 Tillmötesgående av individuella önskemål och behov
Sjuksköterskornas upplevelse av POS påverkades positivt av ett ledarskap där chefen försökte tillmötesgå personalens individuella behov och önskemål. Sådant tillmötesgående kunde gälla arbetssituationen, exempelvis anskaffning av arbetsutrustning eller dator-tillbehör som kunde reducera fysisk belastning. De flesta situationer som återgavs var dock relaterade till privatlivet. Här handlade det om olika typer av individuella anpassningar relaterade till exempelvis sjukfrånvaro, graviditet eller en närståendes hälsosituation. Sjuksköterskornas upplevelse var mestadels att vårdenhetschefen gjorde sitt bästa för att tillmötesgå denna typ av önskemål, men det fanns också exempel på motsatsen och då var upplevelsen att organisationen inte brydde sig om ens välbefinnande. En sjuksköterska beskrev en situation där hen mött frustration från sin chef när hen efter lång tjänstgöring och av hälsoskäl bad att få slippa nattarbete: *”Det kändes som att [chefen] tyckte att jag var väldigt krävande.... [chefen] sa 'fler och fler av er sköterskor har påpekat att ni inte kan jobba nattsift. Det kommer att sluta med att många av er måste hitta andra jobb.' Jag blev verkligen upprörd eftersom jag inte vill ha något annat jobb. Jag gillar verkligen det här jobbet. Så till slut kommer jag att säga, 'Okay, jag jobbar nattsift igen' eftersom jag vill behålla det här jobbet.”*

17.6.2.2.5 Lönen
Lönenivån var också relevant för hur sjuksköterskorna uppfattade att deras bidrag och välbefinnande värderades. Den vanligaste kritiken här var att sjuksköterskornas löner är låga i förhållande till jobbets innehåll.

Intervjupersonerna jämförde då ofta lönen som sjuksköterska i sjukhusvården med lönen hos sjuksköterskor i kommunal vård och omsorg och i privata vårdföretag. Man upplevde också att det saknades möjligheter och forum att diskutera lön med sina överordnade och att kopplingen mellan individuell arbetsinsats och löneutveckling var svag eller saknades helt. Detta bidrog till upplevelsen att organisationen inte uppskattar deras bidrag till arbetet. Ibland förklarades detta med att närmaste chef i realiteten hade små möjligheter att faktiskt påverka sjuksköterskornas löner, på grund av budgetramar. En

sköterska citerade svaret hon fått från sin chef när lönen diskuterades vid ett årligt utvecklingssamtal: ”Det är ingen idé att du nämner siffror. Du vet att vi inte diskuterar lön”. Andra sjuksköterskor menade att anledningen till att man inte diskuterar lön är att sjuksköterskans arbete fortfarande i viss mån ses som ett kall. Då ska lönen inte vara en viktig fråga, utan arbetet i sig är belönande nog. Sjuksköterskor som upplevde att de inte kunde påverka sin lön, eller ens baserat på sin arbetsprestation diskutera frågan på ett meningsfullt sätt med sin chef, upplevde att organisationen inte uppskattade deras bidrag.

17.7 Vårdenhetschefers arbete för att erbjuda sjuksköterskor organisatoriskt stöd, och vad de själva behöver för stöd för detta

Intervjuundersökningen med sjuksköterskor utmejslade således de förhållanden i organisationen som var viktiga för att sjuksköterskor skulle uppleva en hög grad av organisatoriskt stöd, POS. Den visade även vilka som var de viktiga aktörerna för detta i organisationen, och att vårdenhetschefen hade en mycket central roll. Det blir därmed angeläget att undersöka hur vårdenhetschefer arbetar för att tillfredsställa de behov sjuksköterskorna i intervjuerna uttryckte som väsentliga för upplevelsen av POS. Det blir också viktigt att förstå vilka organisatoriska förutsättningar som underlättar respektive hindrar vårdenhetschefernas POS-stödjande arbete.

Den första frågeställningen, hur vårdenhetschefer arbetar för att understödja utvecklingen av POS bland sjuksköterskorna, belyste vi kvalitativt genom djupintervjuer med vården-

hetschefer (delstudie 4). Den andra frågeställningen, vilka organisatoriska förutsättningar som underlättar respektive hindrar sådant arbete, belyste kvalitativt genom samma intervjustudie men också kvantitativt genom analys av enkätdata inhämtade från vårdenhetscheferna och deras underställda sjuksköterskor på respektive vårdenhet (delstudie 1 och 2). Resultaten av intervjuerna med vårdenhetscheferna presenterar dels hur de agerar och (försöker) organisera sitt arbete för att skapa de förhållanden som sjuksköterskorna i intervjuerna anger som förutsättningar för att uppleva organisatoriskt stöd. Intervjuresultaten beskriver även vilken typ av stöd vårdenhetscheferna själva behöver för att kunna arbeta på ett sådant stödjande sätt, varifrån detta stöd hämtas, och hur brist på stöd inverkar menligt på deras förmåga att



erbjuda sjuksköterskorna organisatoriskt stöd. Resultaten av enkäterna belyser i vad mån vårdenhetschefers arbetskrav respektive -resurser inverkar på sjuksköterskornas upplevelse av POS-klimatet på vårdenheten,

men också på chefernas egen upplevelse av POS. Genom enkätdata undersökte vi även relationen mellan vårdenhetschefernas POS och sjuksköterskornas POS-klimat vid motsvarande enheter.

17.7.1 Sätt att agera och organisera arbetet: interaktion med och inom vårdenheten

Samtliga vårdenhetschefer underströk att för att kunna stödja sjuksköterskorna och bidra till deras upplevelse av organisatoriskt stöd, var det mest centrala att vara tillgänglig för sjuksköterskorna. En chef uttryckte det på följande sätt: ”tillgänglighet för personalen leder inte till beroende, det skapar självständighet”. Tillgänglighet möjliggör informationsförmedling, men även att göra sjuksköterskorna delaktiga i utveckling av verksamheten. Det ger möjlighet att uppmärksamma och stödja enskilda individer, skapa engagemang och stödja utvecklingen av tillit inom vårdteamet. Hög grad av närvaro möjliggjorde tidigt uppmärksammande av individuella och kollektiva behov, att ”se vad som är på gång och ligga steget före”, som en vårdenhetschef uttryckte saken. Tillgänglighet åstadkom vårdenhetscheferna genom att regelbundet delta i det kliniska vårdarbetet, att (om möjligt) ha kontoret beläget i nära anslutning till vårdenheten, alltid ha ”dörren öppen” för personalen, och delta i enhetens möten och raster. De flesta vårdenhetschefer i svensk sjukvård har själva en bakgrund som sjuksköterskor och genom att en del av sin tid delta i det praktiska vårdarbetet upprätthöll man sin kliniska kompetens. Det bidrog även till trovärdighet hos personalen och att man som chef hade en djup kunskap om deras behov och problem. Korta, välstrukturerade,

regelbundna och frekventa personalmöten, där man eftersträvade hög delaktighet i samtalen med personalen, nämndes också som ett viktigt sätt att erbjuda sjuksköterskorna organisatoriskt stöd. Vid sådana möten kunde all närvarande personal informeras om det dagsaktuella läget på enheten och bemanningen kunde anpassas flexibelt till aktuella behov. Även de årliga utvecklingssamtalen med var och en i personalen hjälpte vårdenhetscheferna att tillförsäkra ett minimum av tillgänglighet och individuellt stöd till varje anställd.

Samtidigt som hög tillgänglighet framhölls som essentiellt för att kunna erbjuda sjuksköterskorna ett bra organisatoriskt stöd så upplevde så gott som alla intervjuade vårdenhetschefer att de inte kunde vara tillgängliga i tillräckligt hög grad. Orsakerna till detta var hög administrativ arbetsbörda, mycket tid uppbunden i möten utanför vårdenheten, ett stort antal underställda eller att de hade kontoret placerat långt från vårdenheten. Bristen på tillgänglighet ledde till en konstant känsla av otillräcklighet och stress, vilket minskade tillgängligheten ytterligare då ”ingen vill störa en stressad chef”. Vårdenhetscheferna kompenserade sin bristande möjlighet att vara fysiskt närvarande och tillgängliga för sin personal på olika sätt, ofta genom att vara tillgängliga även utanför arbetstid.

Detta inkräktade förstås på chefernas eget behov av återhämtning. Ett annat sätt att skapa tillgänglighet var att utse någon sjuksköterska som fungerade som vårdenhetschefens ”känslspröt” ute på vårdenheten. Det var en person med vilken vårdenhetschefen utvecklat en särskilt förtroendefull relation, som fångade upp behov och uppseglande problem på enheten och höll vårdenhetschefen kontinuerligt informerad om detta. Dessa sjuksköterskor var ofta formellt utsedda arbetsmiljöombud, men kunde även spontant ha påtagit sig rollen som ”känslspröt”.

Vårdenhetscheferna underströk vikten av ett tillitsfullt arbetsklimat på vårdenheten, med riklig och öppen kommunikation, högt arbetsengagemang och där arbetskamraterna gav varandra ett starkt såväl professionellt som socialt stöd. Cheferna uppmärksammade också sig själva som centrala för att bidra till ett sådant klimat. De framhöll även vikten av att vårdenhetschef och personal ömsesidigt stöttade varandra.

Ett mycket viktigt sätt att erbjuda organisatoriskt stöd till sjuksköterskorna var att bidra till deras professionella utveckling. Detta kunde göras genom att avsätta resurser för handledning och mentorskap till nyutexaminerade sjuksköterskor och vidareutbildning till mer seniora. Ökad kompetens möjliggjorde karriärutveckling för sjuksköterskorna.

17.7.1.1 Förutsättningar uppifrån: tillit från överordnad ledning med öppen kommunikation, delaktighet och autonomi

Beslut och agerande från överordnad ledning var avgörande för vårdenhetschefernas möjlighet att erbjuda den typ av organisatoriskt stöd som sjuksköterskorna efterfrågade. Standardiserade beslut och budgetrestriktio-

ner hindrade vårdenhetscheferna från att beakta lokala förhållanden när besluten implementerades. Trots att sådana beslut hade mycket stor inverkan på vårdenheterna konsulterades sällan vårdenhetscheferna på professionell vidareutveckling från sjuksköterskorna. Samtidigt upplevdes möjligheterna som begränsade att erbjuda arbetsuppgifter inom vårdenheten som tog tillvara den utökade kompetensen, vilket var ett problem. Men kompetensutveckling skapade en ökad trygghet i en utvidgad professionell roll. Sådan rolltrygghet bidrog till en högre beredskap att hjälpa varandra över organisationsgränser och möjliggjorde därmed mer flexibel bemanning mellan verksamhetsmässigt närliggande vårdteam och vårdenheter, anpassad efter omedelbara behov. Sådan flexibilitet kunde även ha en positiv effekt på kontinuiteten i vården av patienterna och därmed vårdkvalitet och patientsäkerhet. Flexibel användning av sjuksköterskornas kompetens, som tog utgångspunkt i deras professionella kompetens och rolltrygghet, underlättades också av gott kollegialt samarbete mellan vårdenhetscheferna.

Kompetensväxling mellan vårdens yrkeskategorier beskrevs också som ett led i kompetensutvecklingen. Genom kompetensväxling kunde sjuksköterskorna (men också läkarna) avlastas vissa arbetsuppgifter som, under handledning, lika väl kunde utföras av undersköterskor (respektive sjuksköterskor) och då medföra professionell utveckling för de ”nya” utförarna.

ner hindrade vårdenhetscheferna från att beakta lokala förhållanden när besluten implementerades. Trots att sådana beslut hade mycket stor inverkan på vårdenheterna konsulterades sällan vårdenhetscheferna

innan besluten fattats. En vårdenhetschef uttryckte: ”*Aldrig under mina många år som vårdenhetschef har någon frågat mig vad jag behöver för att kunna göra mitt jobb*”.

Bristande helhetssyn med koordinering mellan olika ledningsfunktioner var ett problem. Samtidiga men okoordinerade direktiv krävde agerande från vårdenhetscheferna, med kortsiktiga deadlines. Detta skapade hög press och störde vårdenhetschefernas tidplaner, ofta på bekostnad av tillgänglighet för personalen och personalorienterade aktiviteter.

Kvaliteten på relationerna och interaktionen med närmast överordnad chef var fundamental för vad som kunde göras på vårdenheten inom ramen för de direktiv som gavs. En konstruktiv relation karaktäri-

serades av ömsesidig tillit. Detta gav vårdenhetschefen en betydande grad av autonomi i det dagliga arbetet, och i beslut som rörde vårdenhetens utveckling och bemanning. Vårdenhetschefer som upplevde en tillitsfull relation med sin närmaste chef uttryckte att öppna diskussioner med hen ofta hjälpte dem att finna nya och konstruktiva sätt att tänka och agera.

Vårdenhetschefens inflytande över arbetsförhållandena på vårdenheten begränsades av standardiserade policyer som gav upphov till byråkratisk kontroll över vardagspraktiken och begränsade anpassligheten till specifika behov och förhållanden på vårdenheten. Detta minskade vårdenhetschefens möjlighet att tillförsäkra en sund arbetsbelastning för sjuksköterskorna och säkra god gruppdynamik.

17.7.1.2 Förutsättningar från sidan: expertis, guidning genom procedurer, och lokalt anpassade lösningar från de sjukvårdsadministrativa enheterna

Vårdenhetschefernas interaktioner med, och stöd från, de administrativa enheterna påverkade i hög grad deras förmåga att erbjuda sjuksköterskorna organisatoriskt stöd. Hög kvalitet på interaktionen med personalavdelningen (HR) var särskilt betydelsefull. De flesta vårdenhetschefer, men särskilt de som var nya i sin roll, uttryckte att de hade låg kunskap om HR-procedurerna och de lagar som reglerade dem, och liten erfarenhet av de digitala administrativa system som användes i detta arbete. Därför upplevdes det HR-relaterade arbetet på vårdenheten ofta som stressande och krävde att vårdenhetschefen avsatte mycket tid för att lära sig och utföra administrativa arbetsuppgifter. Detta minskade den tid de kunde ägna åt att direkt stödja sjuksköterskorna och

säkerställa en god arbetsmiljö för personalen. Några informanter angav att HR-personalen erbjöd bra och välbehövligt stöd genom sin expertis i lagverket kring HR-frågor. HR hade också gett guidning genom de administrativa procedurerna och ibland även utfört sådana arbetsuppgifter för vårdenhetschefen. Denna typ av stöd frigjorde mycket tid för vårdenhetscheferna till vad dessa upplevde som centrala arbetsuppgifter i sin chefsroll, istället för att, som någon uttryckte det, ”fastna bakom datorn”. Bra HR-stöd i rekryteringsprocessen underlättade vårdenhetschefernas beslut avseende vem man valde att rekrytera för att kunna säkerställa effektiv gruppdynamik på vårdenheten och komplettera befintlig kompetens. Detta hade mycket stor och långsiktig inverkan på arbetet på vårdenheten.

Vårdenhetschefernas upplevelse av stödet från HR-enheten berodde i hög grad på vilken relation man hade till kontaktpersonen på HR, och hens personliga förhållningssätt och inställning. En långsiktig relation med en och samma HR-expert skapade betydande kunskap hos HR-experten om de kontextspecifika förhållandena på vårdenheten, liksom om vårdenhetschefens specifika behov och förmågor. Sådana långsiktiga relationer förhindrades dock bland annat av en hög personalomsättning på HR-enheten. Ett annat hinder var en ökande specialisering på HR-enheten där, enligt informanterna, varje HR-expert hanterade ett allt smalare område av frågor men över hela sjukvårdsorganisationen som omfattade flera sjukhus. Detta ledde till att vårdenhetscheferna hade olika kontaktpersoner på HR för olika typer av

17.7.1.3 Förutsättningar inifrån: kollegial dialog och erfarenhetsutbyte med chefskolleger

Vårdenhetschefernas chefskolleger var en viktig källa till stöd för chefsarbetet. En variant av sådant stöd var genom delat ledarskap, där två vårdenhetschefer delade på ansvaret för chefsarbetet på vårdenheten. En annan variant var att vårdenhetschefen avlastades vissa uppgifter, ofta administrativa och relaterade till schemaläggning, genom en biträdande chef. Med denna biträdande chef

17.7.1.4 Resurser och stressorer i vårdenhetschefernas arbete

Frågan vad vårdenhetschefer behöver för organisatoriska förutsättningar för att erbjuda sjuksköterskor organisatoriskt stöd belystes även kvantitativt, genom enkätundersökningarna. I denna undersökning användes dels data från enkäten till vården-

heten. Det hade en negativ inverkan på upplevd tillgänglighet till HR-expertis, dessas kunskap om de specifika vårdenheterna, liksom på möjligheten att utveckla djupa och effektiva relationer mellan HR-personal och vårdenhetschefer. En vårdenhetschef uttryckte att ”HR-personalen blir fler och fler, men de ger mindre och mindre stöd”.

Flera vårdenhetschefer upplevde att HR-personalen uppfattade sin roll som kontrollerande snarare än stödjande av vårdenhetschefens arbete. HR-enheten uppfattades då agera utslutande för att, på sjukvårdsledningens uppdrag, genomdriva organisationspolicyer, och ovillig eller förhindrad att beakta kontextspecifika förhållanden på vårdenheten.

kunde vårdenhetschefen också diskutera känsliga ledningsfrågor. Båda dessa lösningar frigjorde tid till att vara närvarande i det dagliga arbetet på vårdenheten. En annan viktig typ av stöd från chefskolleger erhöles genom täta och regelbundna möten med klinikens samtliga vårdenhetschefer, där man diskuterade gemensamma problem och på ett öppet sätt delade erfarenheter.

hetschefer, dels enkäten till sjuksköterskorna där vi beräknade medelvärden i sjuksköterskornas skattningar för respektive vårdenhet. Data från såväl vårdenhetschef som sjuksköterskor vid samma enhet fanns för 139 vårdenheter.

Till att börja med undersökte vi hur vårdenhetschefernas stressorer i arbetet påverkade deras egen upplevelse av organisatoriskt stöd, POS. Med stressorer menar vi här omständigheter i arbetet som skapar press på vårdenhetscheferna. Vi undersökte dels effekten av stressorer som hade sin källa i organisationen eller överordnad ledning, exempelvis resursbrist, brist på inflytande över beslut, och rollstress eller rollöverlastning. Dels undersökte vi stressorer som berodde på svårigheter mellan eller i relationen till medarbetarna. Vi undersökte även hur vårdenhetschefernas resurser i arbetet påverkade deras upplevelse av POS, och med resurser avsåg vi här stöd från överordnad ledning och HR-avdelningen, respektive stöd från chefskolleger.

Resultaten visade att stressorer i vårdenhetschefernas arbete samverkar, och att resurser samverkar. De visade också att resurser minskar upplevelsen av stressorer bland vårdenhetscheferna. Vårdenhetschefer som

17.7.1.5 Betydelsen av vårdenhetscheferns resurser och stressorer för egen och sjuksköterskornas POS

Vårdenhetschefer som upplevde högre tillgång till resurser i sitt arbete, framför allt i form av stöd från den överordnade ledningen, upplevde också i högre grad organisatoriskt stöd, POS, för egen del. Vårdenhetschefernas ålder eller erfarenhetsgrad påverkade inte resultaten.

Vårdenhetschefens upplevelse av POS hade samband med sjuksköterskornas POS-klimat vid samma enhet. På enheter där vårdenhetschefen upplevde högt organisatoriskt stöd för egen del upplevde även sjuksköterskorna ett högre arbetsklimat av POS. Vårdenhetschefer

upplevde höga stressorer från organisation och ledning upplevde vanligen även höga stressorer från medarbetargruppen. På motsvarande sätt var vårdenhetscheferns olika typer av resurser, det vill säga stöd från den överordnade ledningen, stabsfunktioner och chefskolleger, positivt korrelerade. Kände man stöd från en av dessa parter gjorde man det även ofta från de andra. Vårdenhetschefer som upplevde god tillgång till resurser i sitt arbete upplevde dessutom lägre grad av stressorer från organisation och ledning, medan låg tillgång till resurser var förknippat med högre grad av stressorer från organisation och ledning. Stressorer som uppkom på grund av problem i medarbetargruppen var relaterade till antalet medarbetare; fler medarbetare – högre grad av stressorer från detta håll. Tillgång till resurser påverkade inte vårdenhetschefernas upplevelse av stressorer från medarbetarna.

som har bra stöd från ledningen, och därmed själva upplever högre POS, tycks alltså vara bättre på att stödja utvecklingen av organisatoriskt stöd bland sina medarbetare.

Vi fann även några intressanta, och delvis kanske oväntade, direkta samband mellan vårdenhetschefens arbetsförhållanden och sjuksköterskornas upplevelse av organisatoriskt stöd, POS. Vid vårdenheter där chefen upplevde högt stöd från chefskolleger men också en hög grad av stressorer relaterade till sin chefsroll, exempelvis slitningar mellan administrativt arbete, verksamhetsutveckling

och kontakten med medarbetarna, upplevde sjuksköterskorna högre organisatoriskt stöd. De i det förra stycket presenterade resultaten lät oss ju ana att vårdenhetschefens resurser var positivt relaterat till sjuksköterskors POS. Något mer förvånande är det kanske att hög rollstress skulle vara det. Här är det viktigt att påpeka att de här presenterade enkätresultaten inte var longitudinella utan byggde på första mätningens tvärsnittsresultat. Vi vet alltså inte vad som är orsak och verkan här, bara att det finns ett säkerställt samband. Sambandet ska därför, menar vi, inte tolkas som att hög rollstress bland chefer leder till högre POS bland sjuksköterskor, utan snarare det omvända. I intervjuerna beskrev vårdenhetscheferna hur de agerar och försöker organisera sitt arbete för att understödja utvecklingen av uppfattat organisatoriskt stöd, POS, bland sjuksköterskorna. De framhöll vikten av att kunna vara tillgänglig för sin personal och beskrev hur de arbetade för att åstadkomma detta. Samtidigt upplevde så gott som alla intervjuade vårdenhetschefer att de inte kunde vara tillgängliga i tillräckligt

hög grad. Hög tillgänglighet för personalen tycks alltså ofta ske till priset av rollöverlastning. Chefer som lägger mycket av sin tid på att vara tillgänglig för sin personal för att understödja utvecklingen av personalens upplevelse av organisatoriskt stöd kommer, om de sammantagna kraven på cheferna inte är väl anpassade till den tid som finns tillgänglig, att uppleva en konflikt mellan tid för tillgänglighet för personalen, och tid för administrativt arbete och verksamhetsutvecklingsarbete. Vi såg också i de ovan presenterade resultaten (kapitlet 'Förutsättningar uppifrån') att bristande koordinering mellan olika ledningsfunktioner var ett problem, där okoordinerade direktiv krävde agerande från vårdenhetscheferna, med kortsiktiga deadlines, och att detta skapade hög press på vårdenhetscheferna och störde deras tidplaner. Det är alltså viktigt att den överordnade sjukvårdsledningen har en helhetssyn vid den övergripande planeringen av vårdenhetscheferns arbete, för att minimera rollkonflikter och rollstress hos vårdenhetscheferna.

17.8 Vad en vårdorganisation gör som understöder utvecklingen av POS, och hur detta påverkar sjuksköterskors hantering av etiska dilemman

Vi hade genom enkätundersökningen sett att sjuksköterskor som upplevde starkt stöd från organisationen i form av POS var bättre rustade att hantera etiskt komplicerade situationer och därmed minskade upplevelsen av olösliga etiska konflikter. Vi ville nu få djupare kunskap i på vilket sätt POS hade en sådan effekt. Vi ville också se om vi ytterligare kunde väva samman resultaten från de olika delstudierna, och fördjupa kunskapen om vad en organisation kan göra för att understödja utvecklingen av POS bland vårdpersonalen. Det gjorde vi genom fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor (delstudie 5).

Den första frågan vi bad fokusgrupperna

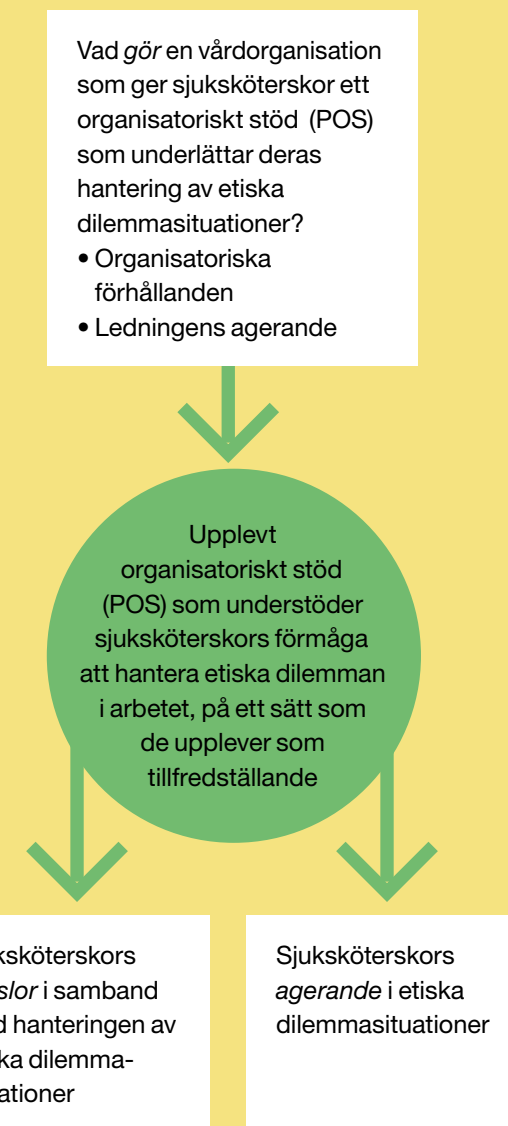
samtala om avsåg att undersöka om de bekräftade enkätresultaten, det vill säga påverkar uppfattat organisatoriskt stöd (POS) sjuksköterskors upplevelse och hantering av etiska värdekonflikter i vårdarbetet och i så fall hur? I nästa steg ville vi utröna vad en organisation gör som ger sjuksköterskor ett sådant organisatoriskt stöd. Den tredje frågan, slutligen, handlade om hur sjuksköterskor upplever etiska dilemmasituationer, och hur de agerar i sådana situationer när organisationen erbjuder respektive inte erbjuder organisatoriskt stöd. En modell över våra forskningsfrågor, och hur de förhöll sig till varandra presenteras i Figur 2.

17.8.1 POS skapar empowerment

Analysen av fokusgruppsintervjuerna visade att POS medför empowerment¹ av sjuksköterskorna och bidrar till såväl deras förmåga som motivation att hantera och lösa värdekonflikter i arbetet. En sjuksköterska, på så sätt stärkt av POS, känner tillit till sin egen kompetens och trygghet i den professionella rollen. Hen är trygg med att ta beslut som är väl avvägda och anpassade till den aktuella situationen, där ett spektrum av viktiga organisatoriska värden beaktas och värnas långsiktigt. På så sätt kan patienternas behov tillgodoses och kolleger erbjudas adekvat

stöd. En sjuksköterska som är stärkt av POS stimuleras av och känner stolthet över sitt arbete och upplever arbetet som glädjefyllt och meningsfullt. Vi fann att de organisatoriska resurser som bidrog till POS på ett sätt som utvecklade sådana resursstarka sjuksköterskor, kompetenta att verkningsfullt hantera och lösa etiska dilemmasituationer, kunde inordnas i fem olika teman. Vi beskriver dessa teman i följande kapitel.

¹ Begreppet empowerment förklaras i kapitlet 'En teori om POS betydelse för sjuksköterskors hantering av etiska värdekonflikter'.



Figur 2. Modell över frågeställningarna i fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor.



17.8.2 Ideologisk samsyn kring vårduppdraget

Ideologisk samsyn avseende vårduppdraget, mellan olika professionella grupper och hierarkiska nivåer i vårdorganisationen, ansågs vara en central organisatorisk resurs. Detta innebar att man delade ideologin att patientens behov stod i centrum, och att god säker vård skulle ges. Sjuksköterskorna underströk vikten av att organisationen visar respekt för deras ansträngningar att inta ett holistiskt perspektiv på patienten och hans anhöriga. Ideologisk samsyn gjorde att man kände stimulans, stolthet och meningsfullhet i arbetet och stärkte förmågan att lösa etiska värdekonflikter på ett funktionellt sätt. En vårdenhetschef som underströk att "vi är här för patienterna och deras anhöriga" ingöt mod och handlingsberedskap i sådana svåra situationer. Ideologisk samsyn klargjorde riktningen exempelvis i situationer då man var underbemannad och underlättade därmed handlingsbeslut. Inter-professionell ideologisk samsyn i vårdteamet klargjorde också vad som var "rätt sätt att agera" vilket även det underlättade ställningstaganden och agerande i etiska värdekonflikter. När resursbrist gav upphov till värdekonflikter som ledde till att man inte kunde erbjuda vård som motsvarade ens professionsetik så signalerade det bristande ideologisk samsyn i

organisationen. Detta kunde leda till att man som sjuksköterska kände resignation och cynism gentemot organisationen. Här kan vi påminna oss resultaten från enkätundersökningen bland sjuksköterskorna (delstudie 1) som visade att etiska värdekonflikter som gav upphov till högst mental påfrestning ofta var relaterade till resursbrist. Att 'arbeta med riskabelt låg bemanningsnivå av sjuksköterskor eller annan vårdpersonal'; 'av resursskäl behöva ge avkall på kvaliteten i patientvården'; respektive att 'se patienter bli lidande för att kontinuiteten i vården brister' var de tre typer av värdekonfliktsituationer som orsakade högst mental påfrestning när de förekom. Att 'arbeta med riskabelt låg bemanningsnivå av sjuksköterskor eller annan vårdpersonal' var dessutom den näst vanligast förekommande etiska värdekonfliktsituationen.

Den longitudinella enkätundersökningen visade också att ett psykologiskt kontrakt av ideologisk samsyn var tydligt relaterat till POS. Ett bra POS-klimat bidrog till ett psykologiskt kontrakt av ideologisk samsyn, och ett sådant ideologiskt baserat psykologiskt kontrakt stärkte i sin tur ytterligare POS-klimatet.

17.8.3 Tydliga strukturer och gemensam strategi

Sjuksköterskorna i fokusgrupperna beskrev vikten av tydliga och väl anpassade ansvarsområden som en viktig organisatorisk resurs. Detta bidrog till POS på ett sätt som utvecklade deras förmåga att verkningfullt hantera och lösa etiska värdekonflikter. Genom att organisationen ger rollklarhet i relation till övriga medlemmar i vårdteamet, tydliga förväntningar om vad som är ”tillräckligt bra”, stöd för prioriteringar och tydliga och väl implementerade arbetsprocedurer ”att hålla fast vid” understöds sjuksköterskornas förmåga att lösa etiska värdekonflikter. Sådan rolltrygghet ansågs särskilt viktig för nyutbildade sjuksköterskor. Betydelsen av fasta arbetsprocedurer framhölls speciellt när patienter vägrade ta emot rekommenderad vård och sjuksköterskan kunde hållas ansvarig för resultatet. Tydliga mål för vårdenhetens arbete och fastlagda arbetsprocedurer skapade också motståndskraft mot otillbörlig påverkan och hjälpte en att dra gränser för vilken vård och service man kan erbjuda när patienter eller anhöriga har förväntningar och krav som inte kan tillgodoses. Utan

sådana tydliga gränser var risken stor att man som sjuksköterska upplevde otillräcklighet, etisk stress och till och med resignation.

Det var också viktigt med tydliga ansvarsområden för de olika professionerna, och att andra professionella grupper utförde sina uppgifter i rimlig tid. Detta var särskilt centralt i akutvårdssituationer. Om sådan tydlighet i ansvarsfördelning saknades kunde sjuksköterskorna känna sig tvingade att ta ansvar för uppgifter som låg utanför deras kompetens- eller ansvarsområde.

Tydlig ansvarsfördelning var också viktig mellan vårdgivare i hela vårdkedjan, så att patienter inte kunde ”hamna mellan stolarna”. Sjuksköterskorna efterfrågade långsiktig, proaktiv strategisk planering av samarbetet mellan vårdenheter och organisationer, då detta underlättade planeringen även inom den egna vårdenheten. När alla enheter samarbetade väl för att ge god vård på rätt nivå genom hela vårdkedjan kände man trygghet, stolthet och meningsfullhet, och etisk stress kunde förebyggas.

17.8.4 Adekvat kompetensanvändning och kompetensutveckling

Sjuksköterskorna framhöll möjligheten att tillägna sig den kompetens som behövdes, och att deras kompetens nyttiggjordes på ett adekvat sätt, som betydelsefulla resurser för deras förmåga att lösa etiska värdekonflikter. Man beskrev att vårdenhetschefen har en viktig roll för att erbjuda stöd och inge sjuksköterskorna självförtroende i utvecklingen och nyttiggörandet av deras färdigheter.

Det var även viktigt att vårdenhetschefen uppmärksammade individer med otillräcklig kompetens och agerade resolut och på ett sätt som en sådan situation kräver. Detta ökade trygghet och självförtroende i resten av personalgruppen. Vidare, en vårdenhetschef som systematiskt och på ett kompetent sätt förberedde sjuksköterskorna på nya praktiska arbetsuppgifter, och som var tillgänglig för att

erbjuda stöd i komplexa vårdssituationer, gav sjuksköterskorna känslomässig avlastning.

Behovet av vårdenhetschefens stöd var, knappast förvånande, särskilt stort bland de nyligen utbildade sjuksköterskorna. Många etiska värdekonflikter bland de nyexaminerade var relaterade till upplevelsen att inte vara tillräckligt kompetent eller erfaren, och till att rollen som sjuksköterska inte var helt tydlig. En vårdenhetschef som gav kontinuerlig feedback och uppmuntran, och som samtidigt tillförsäkrade att handledning fasades ut i rätt takt, bidrog till att stärka de nyligen examinerade sjuksköterskorna. Genom successivt utökat ansvar skapades självförtroende och rolltrygghet.

En vårdenhetschef som förmådde ta vara på personalens kunskap och erfarenhet på bästa sätt upplevdes som stödjande av sjuksköterskorna. Mer specifikt handlade detta om att när vårdenhetschefen efterfrågade och var responsiv för sjuksköterskornas lokala förbättringsförslag gynnade detta kvalitetsutvecklingen i vården och bidrog till att sjuksköterskorna kände stolthet över sitt

17.8.5 Aktivt stödjande ledning

För att kunna agera på ett effektivt och bra sätt i situationer då viktiga värden stod i konflikt med varandra underströk sjuksköterskorna betydelsen av att etablera en tillitsfull relation med sin vårdenhetschef och ledningen i stort. Ett aktivt stöd från alla ledningsnivåer, där sjuksköterskornas arbete respekterades, där kommunikationen fungerade väl mellan olika ledningsnivåer och samsyn rådde mellan dessa olika nivåer, bidrog till mod och trygghet i hanteringen av etiska

arbete. Sammantaget skapade detta en upplevelse av att teamet är resursstarkt och kan erbjuda vård av hög kvalitet.

När vårdenhetschefen erbjöd sjuksköterskorna möjligheter att ta ansvar baserat på deras individuella kompetens och erfarenhet skapade detta en känsla av trygghet och minskade förekomsten av etiska värdekonflikter. Samtidigt beskrev sjuksköterskorna vi intervjuade flera situationer där vårdenhetschefer inte kunnat tillförsäkra att sjuksköterskornas arbetsuppgifter var väl anpassade till deras kompetens och erfarenhet. Sådana krav skapade värdekonflikter, stress, osäkerhet och sårbarhet. Ibland sattes nyutbildade sjuksköterskor att utföra arbetsuppgifter de inte kände sig kompetenta att hantera, vilket skapade etisk stress på grund av rädslan att göra misstag, ge vård av undermålig kvalitet eller inte kunna hänga med i arbetstakten. Även erfarna sjuksköterskor som utan föregående träning förväntades ge vård till patientgrupper som var nya för dem upplevde sådana situationer som etiskt stressiga.

konflikter. Sådant stöd skapade en övertygelse bland sjuksköterskorna att ledningen skulle komma att stå bakom och stödja personalen om något gick fel eller om man kritiserades av en patient eller dess anhöriga. En stödjande vårdenhetschef som visar tillit till personalen stärker sjuksköterskornas tilltro till sin egen förmåga, deras mod att fatta egna beslut och agera, men också att tillstå egna misstag. Det ansågs särskilt viktigt att vårdenhetschefen är tillgänglig,

lyssnar, ger professionell feedback och bekräftar sjuksköterskornas arbete. För att bygga sådan tillit och respekt krävs, menade de intervjuade, en långsiktig relation mellan chef och personal. Sjuksköterskorna beskrev också hur en vårdenhetschef som misstrodde sin personal bidrog till försämrad arbetstillfredsställelse, skapade en tystnadskultur och en ovilja eller till och med rädsla bland personalen att ta egna initiativ och beslut, och att detta ledde till försämrad vårdkvalitet och patientsäkerhet.

Vårdenhetschefer som på ett tydligt sätt lyfter personalens behov till högre ledning, och som visar att relationen mellan dem själva och de överordnade cheferna är tillitsfull, skapade också trygghet bland sjuksköterskorna att hantera etiska värdekonflikter. När chefer på högre nivå visade intresse och förståelse för

vårdpersonalens behov och svårigheter, och även visade förmåga att ta anpassade, stödjande beslut, så stärkte det sjuksköterskornas upplevelse av eget ansvar liksom deras uthållighet och förmåga att agera i situationer med etiska värdekonflikter. När den högre ledningen istället är ”osynlig” och upplevs sakna kunskap om och förståelse för det dagliga arbetet på vårdenheten så eroderas tilliten och starka och djupa negativa känslor uppstår bland sjuksköterskorna. Detsamma händer när ledningen individualiserar problematik som rör personalens överbelastning. En distanserad ledning skapar även en osäkerhet bland sjuksköterskorna om huruvida man kan räkna med att ledningen kommer att stå upp för sin personal om något går fel, eller personalen blir kritiserad.

vårdsituation som kräver extra uppmärksamhet eller tid. Sådant kollegialt stöd förebyggde etiska värdekonflikter och vetskapen att sådant stöd fanns att tillgå i gruppen när behov uppstår reducerade stressen.

Bred kompetens i arbetsgruppen sågs också som en viktig resurs för att kunna identifiera, tolka, och hantera etiska värdekonflikter med självförtroende. Tillgång till erfarna kolleger som ”bollplank” att konsultera inför egna beslut framhölls som viktigt. Samtidigt var det viktigt att inte vara ensam erfaren på plats. Att vara den enda erfarna sjuksköterskan på vårdenheten innebar alltför mycket ansvar och bidrog till stress.

Sjuksköterskorna underströk vikten av att kunna dela erfarenheter och bedömningar i

arbetsgruppen och att detta bidrog till självtillit och förmåga att agera i etiska värdekonflikter. Professionell feedback och ofta förekommande kollegiala diskussioner i syfte att nå en samsyn inom arbetsgruppen avseende etiska frågor var ett bra stöd.

Otillräcklig bemanning eller kompetens i arbetsgruppen var relaterat till etiska värdekonflikter. När man var för få var man förhindrad att bistå patienter, anhöriga och arbetskamrater på ett sätt som ansågs säkert och i enlighet med god vård. För att såväl kunna förebygga som hantera etiska värdekonflikter ansågs det vara synnerligen viktigt att vårdorganisationen tillförsäkrade att personalens arbetsbelastning var anpassad till arbetsgruppens storlek och kompetens.

En bra arbetsgrupp bidrog till självförtroende och stärkte förmågan att acceptera förekomsten av etiska värdekonflikter i arbetet, liksom att agera i sådana situationer. Sjuksköterskorna framhöll här vikten av en stabil grupp och bra organisatoriska strukturer och att detta bidrog till arbetsengagemang, utvecklade gruppens kompetens, team-anda och trygghet. I en sådan grupp tar man stöd i gruppen men tar också ansvar för att själv vara en god arbetskamrat. När man som sjuksköterska är respekterad i det interprofessionella vård-teamet känner man sig redo och förberedd, betydelsefull och

trygg i sin roll. När exempelvis läkare uppmärksammade och respekterade sjuksköterskans professionella arbete gentemot patienterna ingav det tillit till den egna förmågan att ta sig an arbetsuppgifter även utanför den egna ”komfortzonen”.

Svåra etiska värdekonflikter och att hantera dessa ansågs vara en del av jobbet som sjuksköterska. Strukturerade arbetssätt att processa särskilt svåra sådana händelser ansågs avgörande för att kunna gå vidare och undvika att destruktiva känslor ”lagrades upp”. Fokusgruppsdeltagarna beskrev att regelbundna uppföljande gemensamma reflektioner i arbetsgruppen, ibland ledda av en professionell samtalsledare, kring hur etiska dilemman hanterats, kunde hjälpa till att processa och förebygga etisk stress. I sådana gemensamma reflektioner med sina arbetskamrater kunde agerande, känslor och perspektiv på etiska värdekonflikter synliggöras, processas och normaliseras. Ett sådant erfarenhetsutbyte bidrog därmed till lärande och en utökad förmåga att agera situationsanpassat i framtida dilemmasituationer. Genom att känslor av otillräcklighet i det dagliga arbetet bekräftades lättade även trycket på den enskilda individen. Genom en sådan delad förståelse i arbetsgruppen minskade stressen och självtillit och rolltrygghet stärktes.

17.8.6 Ett samarbetsinriktat och resursstarkt vårdteam och dito vårdkedja

Tillgång till kunniga kolleger och en stabil, väletablerad arbetsgrupp framstod i våra fokusgruppsintervjuer som viktiga resurser för att förebygga, buffra och hantera etiska värdekonflikter i det dagliga arbetet. En förutsättning för detta är en välfungerande arbetsgrupp vars medlemmar visar varandra respekt, kan samarbeta väl, ger varandra positiv feedback och understödjer förmågan att öppet uppmärksamma och diskutera svåra vårdsituationer. Kolleger som är eller gör sig tillgängliga för sina kolleger i oklara eller på annat sätt svåra vårdsituationer är en betydelsefull resurs i arbetet. Det kunde handla om att snabbt ta över ansvar för patienter eller administrativa uppgifter och på så sätt avlasta en kollega och ge hen tid att fokusera på en

17.9 Organisatoriskt stöd i en vårdorganisation under stark press

Vårt forskningsprojekt inleddes i december 2018, det vill säga ett år innan COVID-19-pandemin drabbade världen och därmed vården. Intervjuerna med sjuksköterskor (delstudie 3) och den första enkätundersökningen (delstudie 1 och 2, mätning 1) genomfördes innan pandemin fått genomslag i Sverige. Enkätmätning 2 genomfördes mitt under pågående pandemi (nov 2020-januari 2021). Detsamma gällde intervjuer med vårdenhetschefer (våren-sommaren 2020), medan fokusgruppsintervjuerna genomfördes när pandemins våg tre ebbade/ebbat ut (juni-okt 2021). Det är väl känt att COVID-19-pandemin innebar en extremt hög påfrestning på vården. Pandemin innebar en så kallad naturlig intervention i forskningsprojektet som vi inte kunde ignorera. Det gav oss samtidigt ett unikt tillfälle att undersöka vilka effekter hård och långvarig press får på vårdenhetscheferns möjlighet att stödja sin personal, hur detta påverkades av chefernas egna krav och resurser i arbetet, samt hur sjuksköterskorna upplevde att krisen påverkade deras arbete. Vi tog alltså upp sådana frågor i enkätmätning två till såväl sjuksköterskor som vårdenhetschefer, samt i intervjuerna med vårdenhetscheferna. Vid andra mätillfället med enkäten bad vi sjuksköterskorna att ta ställning till om de upplevt att arbete påverkats positivt respektive negativt av Covid-19 epidemin. Av de 1362 sjuksköterskor som deltog vid detta mätillfälle, svarade ca 21% att deras arbete påverkats positivt i viss mån, medan ca 6% svarade att deras arbete påverkats positivt i stor eller i

mycket stor mån. På frågan om arbetet påverkats negativt av Covid-19 epidemin svarade ca 27% att deras arbete påverkats negativt i viss mån medan ca 63% svarade att deras arbete påverkats negativt i stor eller i mycket stor mån.

I enkätmätning två bad vi också, som tillägg till övriga frågor, vårdenhetscheferna välja vilket som stämde bäst överens med deras upplevelse med anledning av COVID-19-pandemin. Hade pandemin 1) lett till att de i högre grad ägnat sig åt att vara en närvarande och stödjande chef för sina medarbetare; 2) att de varit tvungna att ägna mindre tid åt att stödja sina medarbetare i deras arbete; eller 3) inte påtagligt påverkat deras arbete gentemot sina medarbetare? Analysen av chefsenkätresultaten visade att ca 59% av vårdenhetscheferna angav att COVID-19-pandemin lett till att de varit mer närvarande och stödjande för sin personal, medan 26% menade att pandemin tvingat dem att vara mindre närvarande och stödjande. Ungefär 15% upplevde att pandemin inte påverkat detta förhållande. När vi undersökte hur möjligheten att vara närvarande och stödjande för sin personal påverkats av var och en av de faktorer i chefernas egen arbetssituation som vi undersökte i enkäterna fann vi att chefer som angav att de i högre grad än vanligt varit närvarande och stödjande för personalen själva upplevde en hög grad av organisatoriskt stöd, POS, och att de upplevde lägre grad av organisatoriska stressorer och roll-stressorer. Med andra ord fann vi att oddsen för att man som chef, på

grund av pandemin, var mer närvarande och stödjande för sin personal var högre för chefer som upplevde hög POS, och lägre för dem som upplevde höga organisatoriska stressorer och hög rollstress. Vårdenhetscheferns POS framstod alltså som en viktig resurs för att kunna leda under en svår kris. Hur länge man arbetat som vårdenhetschef påverkade inte oddsen för att man ägnat mer tid åt att vara en närvarande och stödjande chef till följd av pandemin. Det hade heller ingen statistiskt säkerställd betydelse om man upplevde hög grad av stressorer från medarbetarna eller om man hade ett stort antal underställda medarbetare, även om vi här kunde se en viss tendens i förväntad riktning, det vill säga mer stressorer och fler medarbetare tenderade att vara förknippat med lägre närvaro och stöd. Resurser i form av stöd från överordnad ledning respektive stöd från chefskolleger visade heller inga direkta och statistiskt säkerställda samband med vårdenhetschefernas närvaro och stöd för sin personal som effekt av COVID-19-pandemin, men även här fanns en tendens i förväntad riktning, det vill säga att chefer som upplevde gott stöd från sina överordnade chefer och från chefskolleger var mer närvarande och stödjande för personalen.

I intervjuerna med vårdenhetscheferna bad

vi dem beskriva om deras förutsättningar att stödja sjuksköterskorna, på det sätt som dessa förklarar att de behövde för att uppleva organisatoriskt stöd, hade påverkats av den pågående COVID-19-pandemin, och i så fall hur. Vi bad även de intervjuade vårdenhetscheferna ge exempel på förhållanden i deras chefsroll eller på vårdenheten som påverkats betydelsefullt av COVID-19-pandemin. Intervjuerna bekräftade att COVID-19-pandemin orsakat nya och höga krav i chefsarbetet. Det handlade om att hantera en ny och oförutsedd verklighet som innebar nya arbetsuppgifter och krävde snabb, kontinuerlig och responsiv omstrukturering av arbetet på enheten. Samtidigt var kunskapen och därmed informationen om sjukdomen begränsad och föränderlig. En vårdenhetschef beskrev arbetet under pandemin som att "leda i limbo". Pandemin innebar också att vårdenhetscheferna behövde hantera personalens oro avseende pandemin och dess konsekvenser, och vara närvarande och tillgänglig för att tillgodose nya och kraftigt ökade behov hos personalen. Men intervjuerna visade också att pandemin tillgängliggjorde resurser i organisationen men också inom personalgruppen som underlättat omstrukturering av arbetet och hantering av krisen.

17.9.1 Ökade arbetskrav relaterade till omstrukturering av arbetet

COVID-19-pandemin förändrade drastiskt arbetsförhållandena och medförde nya och högre krav på alla chefer och all personal i vårdorganisationerna. Den ökade kravet på vårdenhetscheferna att delta i administrativa möten, vilket tog mycket tid i anspråk. Under pandemins tidiga skede förändrades och

uppdaterades kontinuerligt riktlinjerna för hur den skulle hanteras, vilket skapade osäkerhet och frustration bland personalen. Samtidigt ställdes många lokala, fysiska arbetsplatsträffar in. Därmed berövades man ett viktigt forum att diskutera och lösa uppseglade problem. Vårdenhetschefer

beskrev även att befogenhet att fatta vissa typer av beslut flyttades från dem och las på högre nivå i organisationen, vilket komplicerade besluts- och implementeringsprocesserna för vårdenhetschefen. Patienter som ställde in planerade besök, på grund av risken att smittas på sjukhuset, innebar också mer administration. Samtidigt medförde pandemin en ny, tung arbetsbörda i form av infektionsspårning på sjukhusen. Detta belastade också vårdenhetscheferna mer.

Den nytillkomna och mycket höga belastningen på akutvården som COVID-pandemin förorsakade innebar att personal måste flyttas inom och mellan kliniker/verksamheter och vårdenheter. Nya procedurer för att hindra infektionsspridning bland såväl personal som patienter måste också utvecklas. Många sjuksköterskor flyttades till vårdenheter med arbetsuppgifter som låg utanför deras specifika kompetens, fick ansvar för nya patientgrupper och måste arbeta fler och längre skift, fler helger och skjuta upp planerad ledighet. Genomförandet av sedan tidigare planerade förbättringar, såsom utökad bemanning eller införandet av arbetsscheman som möjliggjorde effektivare

återhämtning, måste skjutas på framtiden. Omstruktureringen av arbetet krävde närvaro, beslutskompetens och en känslighet hos vårdenhetscheferna för hur förändringarna påverkade olika individer i personalen. Vårdenhetscheferna beskrev att de la mycket tid på information, stödjande samtal och uppgiftsträning av personalen för att på så sätt förbereda dem så att de skulle känna sig trygga med förflyttningen till andra vårdenheter. Vårdenhetschefen måste också noga överväga vilka i personalen som skulle klara en förflyttning till enheter där de skulle vårda svårt sjuka COVID-patienter, eller arbeta med akutvård.

COVID-19-pandemin innebar också mycket arbete för vårdenhetscheferna med ”att släcka bränder”, det vill säga, ta snabba beslut för att lösa akuta störningar eller dilemman på vårdenheten. Det kunde handla om akuta åtgärder för att förhindra smittspridning på enheten, isolera COVID-patienter, ändra bemanningen, omorganisera patientflöden på grund av sjukskriven personal, implementera nya riktlinjer och sprida information om läget till personalen.

välinformerad var en utmaning: ”Personalen vill ha information och förväntar att du som chef ska kunna ge svar”. Särskilt de mindre erfarna vårdenhetscheferna upplevde detta som svårt.

COVID-19-pandemin ökade ytterligare det redan höga behovet att vårdenhetschefen var närvarande på vårdenheten, för att ge personalen möjlighet att uttrycka och processa sin

oro kring pandemin. Denna oro rörde såväl sjukdomen som sådan som osäkerhet kring de nya vårdriktlinjer och -procedurer som den medförde. Den handlade även om sjuksköterskornas osäkerhet inför nya arbetsuppgifter och arbete på nya kliniker och vårdenheter, liksom om deras oro att själva bli smittade. Att vårda COVID-19-smittade patienter innebar en påfrestning på sjuksköterskorna, och vårdenhetscheferna framhöll vikten av att vara observant på varje individs förmåga att hantera situationen.

Många vårdenhetschefer beskrev ett oroligt klimat på vårdenheterna, där ett antal faktorer bidrog, såsom diskussioner i massmedia, begränsad tillgång till personlig skyddsutrustning och oklarhet om när och hur sådan skulle användas. Vårdenhetscheferna måste adressera detta genom att inhämta fakta, ge individuellt stöd, dela erfarenheter och implementera riktlinjer. De ägnade mycket tid varje dag åt att stödja sin personal genom att vara närvarande, lyssna, diskutera, bekräfta personalens känslor och följa upp hur de mädde. De beskrev även att sjuksköterskorna behövde stöd i att lösa angelägna problem där det inte alltid fanns

några tydliga svar eller lösningar. Sådana problem innebar ibland etiska dilemman och krävde därför både diskussion och reflektion för att kunna lösas på ett acceptabelt sätt. Eftersom fysiska arbetsplatsträffar ställts in, på grund av risken för smittspridning bland personalen, påverkades också möjligheten att tillsammans diskutera och lösa sådana problem i arbetsgruppen. För att kompensera för detta försökte vårdenhetscheferna vara närvarande på enheterna så mycket som möjligt och kommunicera med personalen. De erbjöd även handfast hjälp till sjuksköterskor som kände sig osäkra, i sin grundläggande kompetens eller specifikt avseende nya ansvarsområden. Sådan hjälp kunde utgöras av att handleda arbetet eller själv ta över vissa arbetsuppgifter. Vårdenhetscheferna förklarade också hur de försökte ”skydda” sin personal i en situation där osäkerheten skulle fortsätta att vara hög för en lång tid framöver. Man gjorde detta exempelvis genom att planera in sommarsemestrar trots att det rådde stor osäkerhet kring pandemins utveckling och därmed möjligheterna att faktiskt låta personalen ta ut sin semester.

17.9.2 Ökade arbetskrav relaterade till personalen

Att kontinuerligt hålla personalen uppdaterad med aktuell information relaterad till COVID-19 var centralt för att minska oron bland personalen, menade vårdenhetscheferna. De ägnade därför mycket tid åt att gå igenom och sovra i informationsflödet, för att kunna sammanställa och förmedla det viktigaste till personalen. De framhöll också att förväntningarna på dem att ständigt hålla personalen

17.9.3 Arbetsresurser relaterade till arbetsuppgifter eller organisation

Pandemin innebar alltså avsevärt ökade krav på vårdenhetscheferna. Men som tidigare nämndes tillgängliggjorde pandemin också resurser som underlättade hanteringen av dessa. Vårdenhetscheferna beskrev att vårdorganisationen under pandemin helt fokuserade på patientvård och förhindrandet av smittspridning. Flertalet utvecklingsprojekt pausades och sjuksköterskorna som

tidigare varit involverade i dessa projekt var plötsligt tillgängliga för vårdenhetschefen att sätta in i vårdarbetet. Vårdenhetscheferna kände stor meningsfullhet i att släppa många administrativa arbetsuppgifter och istället koncentrera arbetet på det de uppfattade som vårdarbetets kärna, nämligen direkt patientvård.

Vårdenhetscheferna ägnade mycket tid åt

att samla och sprida information till sin personal, men flera av dem menade också att deras överordnade i hög grad ombesörjde mycket god tillgång till uppdaterad information. De konstaterade också att stödet till dem från chefläkare och infektionsläkare varit gott. Vidare menade man att även om COVID-19-pandemin initialt rev upp befintliga rutiner och introducerade stor osäkerhet, så fann arbetet ganska snabbt nya och välfungerande former.

Samtidigt som COVID-19-pandemin gjorde att pågående, långsiktiga utvecklingsprojekt stoppades upp så initierade den annan organisatorisk utveckling. Detta krävde arbete från vårdenhetscheferna för omstrukturering och en ordnad och god implementering av nya rutiner med stöd för sjuksköterskorna, men det öppnade också ett ”fönster” för innovativt tänkande och utveckling. Till exempel hade det tidigare varit en tröghet i att

få vårdhygienrutiner fullt implementerade bland personalen, vilket hade krävt mycket tid och ansträngning från vårdenhetschefernas sida. Men med COVID-19 pandemin ökade acceptansen för dessa rutiner, och de var snabbt väl implementerade, vilket frigjorde tid och kraft för vårdenhetschefen. Även helt nya utvecklingsidéer kom fram under pandemin och ledde till nya sätt att arbeta. Flera av dessa lösningar skulle komma att bestå även efter pandemin och ha långsiktigt goda effekter, menade man. Det kunde exempelvis handla om att vissa arbetsuppgifter omfördelades mellan olika professionella grupper, och att korta, frekventa, digitala arbetsplatsträffar infördes. Pandemin gav även upphov till en förbättrad koordinering av vårdenheternas arbete sinsemellan, vilket ledde till bättre och mer flexibelt samarbete över enhetsgränser.

17.9.4 Arbetsresurser relaterade till personalgruppen

Vårdenhetscheferna konstaterade att det tydliga fokuset på direkt patientarbete hade en enande effekt på personalen runt vad man upplevde vara kärnan i vårdarbete. De beskrev också ett starkt socialt stöd mellan arbetskamraterna i personalgruppen som kom till uttryck i omsorg om varandra och informella avlastningssamtal. Försämringarna i sjuksköterskornas arbetsvillkor på grund av

pandemin, avseende arbetsscheman, fler skift och indragen ledighet innebar att vårdenhetschefen tvingades vädja till de anställdas förståelse och solidaritet. Många vårdenhetschefer vittnade om att personalen hade visat en djup förståelse för situationen, uppvisat stor flexibilitet och frivilligt tagit ett stort socialt ansvar. Detta hade samlats och förenat personalen under COVID-19-pandemin.



18. Diskussion och reflektion kring våra resultat

Forskningsprojektet 'Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor' tar sin utgångspunkt i begreppet Perceived organizational support (POS), det vill säga, uppfattat organisatoriskt stöd. Anledningen till att vi i forskargruppen under flera år ägnat detta begrepp mycket uppmärksamhet är att vi önskat in ett övergripande perspektiv på vad som utgör en god psykosocial arbetsmiljö och därigenom bidra till att förklara varför sådant som brukar definiera en sådan arbetsmiljö är gynnsamt. Vi försöker förstå detta utifrån vad som utgör fundamentala, existentiella, psykologiska, mänskliga behov och som kan ha relevans i ett socialt sammanhang, såsom arbetslivet. Sådana behov är alltså grundläggande för vår mentala hälsa. Först och främst fokuserade vi på behovet av mening och meningsfullhet. Mening är en förutsättning för vårt liv. Vi är sociala varelser. Vi behöver alltså varandra, inte bara för att det är trevligt, utan för att det utgör förutsättningen för överlevnad ur ett evolutionärt perspektiv. Som art är vi inte (och nu bortser vi från våra hemska, moderna vapen) störst och starkast på jorden och har alltså inte kunnat slå ihjäl allt farligt som närmat sig oss på ett aggressivt sätt. Men vi är extremt bra på att samarbeta. För att vi ska kunna samarbeta måste vi kunna koordinera oss. Och för att kunna

göra det måste världen göras begriplig. Vi måste kunna tolka varandra och vad som händer och sker omkring oss, dra vettiga slutsatser från våra iakttagelser, och anpassa vårt eget beteende utifrån detta. Vi måste förstå meningen med vad som sker omkring oss. Utan mening blir livet alltså inte bara meningslöst, det blir obegripligt. Om vi inte kan tolka in mening i vad som händer och sker omkring oss har vi heller ingen aning om hur vi själva ska agera. Mening skapar kontroll och därmed trygghet. Eftersom vi framför allt är samarbetande varelser är det också fundamentalt viktigt för oss att få tillhöra gruppen, att vara accepterade och respekterade; att ha en viss social status. Att känna att det vi gör inte är meningslöst utan att det bidrar till gruppens gemensamma ansträngningar ökar tillhörigheten till gruppen och vår status i gruppen. Social status och uppskattning från gruppen bidrar också till att stärka vår egen självbild – att vi kan respektera och värdera oss själva som individer. Detta är också fundamentalt för vår mentala hälsa. Forskarna Aronsson och Lindh [14] undersökte vad i anställdas arbetsförhållanden som var viktigt för långtidsfriskhet, det vill säga vad som utmärkte arbetsförhållandena bland personer som under ett par år inte hade någon sjukfrånvaro och inte heller någon sjuknärvaro. De viktigaste enskilda förhållandena var att

man upplevde att man gavs tillräckliga resurser att göra ett bra jobb och att man kände sig nöjd med kvaliteten på sitt arbete. Det är lätt att se att detta hänger samman med upplevelsen av meningsfullhet och självrespekt. Den utgångspunkt vi valt för att förstå hälsobringande och motiverande psykologiska och sociala processer i arbetet är alltså behovet av meningsfullhet, social status och självrespekt. Projektet tar därmed i grunden ett så kallat salutogent perspektiv. Vi försöker inte förstå vad som gör oss sjuka i arbetet, utan snarare hur arbetsförhållanden ser ut som kan göra oss friskare.

En annan viktig utgångspunkt för forskningsprojektet var erfarenheten, efter (för några av författarna) flera decennier som arbetslivsforskare, att trots att det finns mängder av forskning som beskriver vad som utgör goda arbetsförhållanden, så har inte denna kunskap implementerats i den omfattning som skulle kunna förväntas och förtjänas. Varför det är så är en fråga som också länge intresserat oss i forskargruppen. En anledning tror vi kan vara att en organisation måste kunna uppnå många olika typer av mål, och därmed värna flera olika typer av viktiga värden såsom, förutom goda arbetsförhållanden, hög effektivitet, hög kvalitet och innovativitet. Det finns mycket forskning inom alla dessa områden, men den bedrivs i alltför hög utsträckning i åtskilda forskningsfält och när de möts är det ofta utifrån ett antingen/eller-perspektiv, snarare än både-och. I det här forskningsprojektet utgick vi därför från att för att vi som forskare ska kunna bidra till effektiv organisationsutveckling, måste forskningen beakta vikten av såväl vårdpersonalens hälsa som vårdeffektivitet och vårdkvalitet, och att dessa värden

långsiktigt är ömsesidigt beroende av varandra även om de kortsiktigt kan stå i konflikt med varandra. Vi ville studera hur organisationen kan underlätta för personalen att hantera värdekonflikter i arbetet. Tidigare forskning indikerar att Perceived organizational support, POS, kan vara en väg att förstå hur detta kan göras.

Ett stort antal tidigare forskningsstudier i olika branscher visar att anställdas upplevelse av organisatoriskt stöd, POS, har samband med mindre stress och burnout, högre arbetstillfredsställelse, engagemang för arbetet (s.k. commitment), prestation i arbetet, och en avsikt att stanna kvar i organisationen [40]. Vår egen tidigare forskning indikerar att det även gynnar arbetssäkerhet, teameffektivitet och teamets innovationsförmåga [32]. Eftersom POS alltså är förknippat med ett så brett spektrum av önskvärda organisatoriska mål så kan det betyda att det underlättar för de anställda att hantera situationer i arbetet där dessa olika värden står i konflikt med varandra. Detta var värt att undersöka djupare. Få eller inga studier av POS har specifikt studerat vården och mycket få studier av POS är longitudinella. I projektet Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor, önskade vi bidra till att fylla dessa luckor i forskningen. Vi tror att kunskap om POS och dess betydelse inom vården, för vårdpersonalens hälsa och arbetstillfredsställelse, liksom för patientsäkerhet och vårdeffektivitet, kan vara användbar i utvecklingsarbetet. Även med de utmaningar vi anar i framtiden kan det bidra till att fortsatt säkerställa effektiv vård av hög kvalitet.

Vi valde att fokusera på sjuksköterskorna, eftersom de utgör en mycket stor och betydelse-

full andel av de vårdanställda. Det är också en grupp där vården under lång tid upplevt problem med hög personalomsättning. Vi menar dock att våra forskningsresultat sannolikt har hög relevans även för andra grupper av vårdpersonal.

Vi började arbetet med att skaffa oss en bild av vad konkret i vårdarbetet, dess ledning och organisering som bidrar till att sjuksköterskor upplever ett organisatoriskt stöd, POS. I djupintervjuer med sjuksköterskor bad vi dem så detaljerat som möjligt beskriva situationer då de upplevt de olika aspekterna av POS, att organisationen brytt sig om deras välbefinnande respektive visat att den uppskattar deras bidrag till vårdarbetet. Våra analyser visade att sjuksköterskor uppfattar tre typer av aktörer som centrala för deras upplevelse av POS: vårdenhetschef, högre vårdledning på flera nivåer, samt kollegerna, omfattande främst den egna vårdprofessionen men också andra. Att närmaste chef och kolleger är betydelsefulla aktörer för anställas POS är i linje med tidigare forskning i andra branscher [40]. Men medan sjuksköterskorna i vår studie ofta hade mycket tydliga uppfattningar om den närmaste chefen (vårdenhetschef), och denne/a ofta uppfattades skydda deras välbefinnande och förmedla uppskattning, så var uppfattningar om den överordnade ledningen betydligt vagare och samtidigt betydligt mer negativ. Även om olika hierarkiska ledningsnivåer är betydelsefulla för vårdanställdas POS så kan kvaliteten i dessa olika nivåers påverkan vara mycket olika. Att olika organisatoriska nivåer har olika betydelse för de anställdas uppfattningar om organisationen, liksom att högre ledning ofta uppfattas ha en mer negativ inverkan på arbetsförutsättningarna, är i linje med vår

tidigare forskning om säkerhetsklimat i vården [22]. Där fann vi också att vårdpersonalen hade betydligt vagare uppfattning om den högre ledningen än den närmaste ledningen. Liknande resultat har konstaterats av andra forskare [58]. Resultaten indikerar att högre ledning skulle kunna stärka vårdpersonalens upplevelse av POS, och därmed såväl deras hälsa och arbetstillfredsställelse, som vårdens effektivitet och kvalitet, genom att öka den direkta interaktionen med vårdpersonalen. Genom att tydligare visa uppskattning för personalens arbete och omsorg om deras välbefinnande, bli mer synlig och närvarande i vårdpersonalens vardag, samt lyssna på personalens behov och hur de upplever sin arbetssituation, ges möjlighet till bättre underbyggda beslut. Det ger också möjlighet att förklara ledningsbeslut, ge information som kan reducera onödig oro och skapa en mer tillitsfull relation. Allt detta skulle sannolikt förbättra medarbetarnas upplevelse av POS liksom såväl kvalitet som effektivitet i vårdarbetet, och därmed väl kompensera den tidsåtgång som krävs för ett sådant ökat engagemang från den högre ledningens sida.

Ett framträdande resultat av intervjuerna med sjuksköterskorna var att social interaktion med kollegerna var viktig för upplevelsen av erkänsla och egen förmåga, och därmed för POS. Detta kan delvis förstås i relation till tidigare forskning om professionaliseringen av sjuksköterskeyrket som tenderar att ha förstärkt kollegialiteten i yrket [59, 60]. Det är också i linje med säkerhetsforskning inom annan typ av verksamhet. Den kanadensiske forskaren Jackson [61] konstaterar i sin doktorsavhandling att delad erfarenhet, social anknytning och tillit kolleger emellan bidrog till att individen identifierade sig med

gruppen och inkorporerade dess säkerhetsprioriteringar i den egna självbilden. Socialt stöd och tillit från arbetskamraterna validerade individens upplevelse av egen kompetens. Detta, i sin tur, var av central betydelse för att kunna hantera tvetydiga situationer i arbetet men förankrade även en djupare yrkesidentitet. I vår egen forskning om säkerhet inom kärnkraftsindustrin fann vi att genom frekventa och spontana diskussioner mellan kolleger skapades konsensus om hur generella säkerhetsregler skulle tolkas och tillämpas i specifika situationer. På så sätt kunde man utveckla gemensamma handlingsstrategier och minskade risken att enskilda individer 'drev iväg' och avvek från en godtagbar praxis. De kollegiala diskussionerna hjälpte även individen att balansera olika organisatoriska värden, såsom säkerhet och effektivitet [62]. Vår tidigare forskning inom vårdsektorn har också pekat på vikten av goda sociala relationer, såväl inom som mellan vårdprofessionerna, för personalens hälsa och patienternas säkerhet [20], liksom för generell kvalitetsutveckling i vården [63, 64].

Förutsättningarna för sjuksköterskors upplevelse av POS kunde inordnas under två huvudteman. Det första rörde organisatoriska strukturer, där ett av de två undertemana handlade om vikten av hållbara, goda strukturer. Tydliga strukturer och gemensam strategi för arbetet framhölls även i fokusgruppsintervjuerna som viktigt för att skapa den empowerment som karaktäriserade god förmåga att på ett funktionellt sätt hantera och lösa värdekonflikter i arbetet. Goda strukturer och av lagom detaljeringsgrad har även i tidigare forskning visat sig betydelsefullt för kvaliteten i vården. Forskaren Katz-Navon med kolleger [65] konstaterade i

en studie av säkerhetsklimat i vården att såväl mycket hög som mycket låg detaljeringsgrad i säkerhetsprocedurerna kan öka risken för behandlingsmisstag, och att detta samband tycks vara starkare på vårdenheter där medarbetarna uppfattade att ledningens säkerhetsprioritering, d.v.s. en av grundstenarna i ett bra säkerhetsklimat, är låg.

I vårt forskningsprojekt kunde vi konstatera att sättet vårdenhetschefen organiserade den löpande omstruktureringen var betydelsefullt. Syftet med sådan kontinuerlig omstrukturering är framför allt att anpassa fördelningen av personal till vårdtryck och personaltillgång, så att en tillräckligt god bemanning kan upprätthållas. Om sjuksköterskorna uppfattade att denna omstrukturering hade som mål att upprätthålla en hög vårdproduktionstakt, men var organiserad på ett sätt som försvårade deras möjligheter att göra ett arbete av tillräckligt god kvalitet, så hade detta en negativ inverkan på deras upplevelse av POS. Vi har i ett tidigare forskningsprojekt funnit att ett grundläggande professionskulturellt antagande bland läkare och sjuksköterskor är att patientens fysiska hälsa och välbefinnande ska värnas [19]. Det är alltså detta som är den yttersta och grundläggande meningen i arbetet. Det är av stor betydelse för POS att personalen upplever att ledningens värden är samstämmiga med de egna professionella värdena [66-68]. En chef som signalerar hög produktionstakt som mest centralt, utan hänsyn till vilka förutsättningar som krävs och behöver utvecklas för att personalen ska kunna göra ett arbete med god kvalitet och på ett för deras egen hälsa långsiktigt hållbart sätt, eroderar personalens förtroende, meningsfullheten i arbetet och stoltheten över sitt arbete. I flera av del-

studierna framkom att ideologisk samsyn avseende vårduppdraget, mellan olika professionella grupper och hierarkiska nivåer i vårdorganisationen är centralt för såväl sjuksköterskors hälsa och välbefinnande som för effektivitet och kvalitet i vården. Fokusgrupp-sintervjuerna visade att ideologisk samsyn var en central organisatorisk resurs för att skapa den rolltrygghet och handlingsberedskap som behövdes för att sjuksköterskorna skulle kunna hantera och lösa etiska värdekonflikter på ett funktionellt sätt. När man på grund av värdekonflikter som orsakades av resursbrist inte kunde erbjuda vård som motsvarade ens professionsetik så signalerade det bristande ideologisk samsyn i organisationen. Detta kunde leda till att man som sjuksköterska kände resignation och cynism gentemot organisationen. Enkätundersökningen bland sjuksköterskor belyste också detta. Där framkom att värdekonflikter där man av tidsbrist tvingades utföra vård som inte är i linje med en professionell sjuksköterskas agerande var relativt ovanligt förekommande men när det skedde så var den mentala påfrestningen hög. Vi kunde också i resultaten av enkätundersökningarna konstatera att sjuksköterskor som upplevde ett högt POS-klimat på vårdenheten vanligen även upplevde hög grad av såväl relationellt som ideologiskt psykologiskt kontrakt med arbetsgivaren, samt att det fanns en positiv spiral mellan ett ideologiskt psykologiskt kontrakt och ett högt POS-klimat, där båda förstärkte varandra över tid.

Det andra huvudtemat som kom fram i analysen av sjuksköterskeintervjuerna var relaterat till förutsättningar för att göra ett bra jobb, utvecklas i sitt arbete, och få individuell erkänsla och återkoppling, men

också att bli sedd och respekterad på ett mer allmänmänskligt plan. Dessa resultat resonerar väl med den teoretiska grunden för POS, nämligen våra socio-emotionella behov av meningsfullhet, socialt erkännande och självrespekt [35, 36, 69].

Även om många andra förhållanden än lönen fördes fram som centrala för upplevelsen av att ens arbete uppskattades, så framhölls den som betydelsefull av många av informanterna. Många av de aspekter som här fördes fram var relaterade till rättvisa, att yngre oerfarna kunde få högre lön än de erfarna och välmeriterade och att lönespridningen var så liten att det inte alls kunde avspegla faktiska skillnader i kompetens eller visat engagemang i arbetet. Betydelsen av rättvisa organisatoriska procedurer för medarbetarnas motivation och välbefinnande är väl känd [70-73]. Dessutom har organisatorisk rättvisa i en omfattande meta-analys av tidigare studier i andra typer av verksamhet visat sig vara en av de viktigaste förutsättningarna för upplevelsen av POS [40].

Resultaten av intervjuerna med vårdenhetscheferna gav djupa och kontextualiserade beskrivningar av hur vårdenhetscheferna agerar och (försöker) organisera sitt arbete för att kunna erbjuda sjuksköterskorna ett efterfrågat organisatoriskt stöd. Resultaten mejslade även fram den typ av stöd vårdenhetscheferna själva behöver för att möjliggöra ett sådant arbetssätt, och vilka de viktigaste källorna för detta stöd var. Vårdenhetschefernas arbetsförhållanden var avgörande såväl för deras egen upplevelse av POS, som för deras förmåga att understödja utvecklingen av POS bland sjuksköterskorna. Autonomi och möjlighet att påverka beslut och anpassa dem till vårdenhetens specifika behov och

förutsättningar var viktigt för att kunna erbjuda sjuksköterskorna stöd som bidrog till dessas POS. Dessa resultat är i samklang med resultaten av en tidigare mycket omfattande metaanalys av tidigare POS-forskning [40] som visade att resurser i form av autonomi och arbetsinflytande är viktiga förutsättningar för POS.

Våra resultat av de två enkätundersökningarna, till sjuksköterskor och deras respektive vårdenhetschefer, visade att vårdenhetschefernas POS var relaterat till sjuksköterskornas POS. På vårdenheter där chefen upplevde en hög grad av POS skattade också sjuksköterskorna POS-klimatet på enheten som högre. Ett sådant samband kan i någon mån förväntas genom det sätt som POS-klimatet operationaliserades. Både chefer och sjuksköterskor instruerades att uttala sig om sin uppfattning om organisationen i sin helhet, vilket ju i båda fallen omfattar ledningen på samtliga nivåer. Såväl sjuksköterskor som chefer skattade därmed till viss del samma sak. Här bör vi dock dra oss till minnes att när vi intervjuade sjuksköterskorna om vad som för dem la grunden för en upplevelse av organisatoriskt stöd så framhöll de vårdenhetschefen som en central aktör. Samtidigt var deras uppfattning om den högre ledningen mycket diffus. Vi vill därför framhålla betydelsen av att första linjens chefer, vårdenhetscheferna, upplever ett starkt organisatoriskt stöd, för att de ska kunna förmedla sådant stöd till sina medarbetare. Detta är även i överensstämmelse med tidigare forskning som konstaterat att arbetsledares upplevelse av POS är relaterad till medarbetarnas upplevelse av POS, och att detta samband förmedlades genom att medarbetarna upplevde stöd från sin arbets-

ledare [69]. Intervjuerna med vårdenhetscheferna fördjupade detta och visade att cheferna behöver flexibelt anpassat stöd, från såväl sina överordnade chefer som från de administrativa stödfunktionerna för att kunna implementera nya direktiv på ett sätt som är väl anpassat till vårdenhetens specifika behov och förutsättningar.

Enkätresultaten visade att chefer på vårdenheter där sjuksköterskornas POS-klimat var högt upplevde en hög grad av rollstress. I intervjuerna beskrev vårdenhetscheferna hur de agerar och försöker organisera sitt arbete för att understödja utvecklingen av uppfattat organisatoriskt stöd, POS, bland sjuksköterskorna. De framhöll vikten av att kunna vara tillgänglig för sin personal och beskrev hur de arbetade för att åstadkomma detta. Samtidigt beskrev så gott som samtliga vårdenhetschefer att de inte kunde vara tillgängliga i den utsträckning de menade behövdes. Hög tillgänglighet för personalen tycks alltså ofta ske på bekostnad av rollöverlastning. Chefer som lägger mycket av sin tid på att vara tillgänglig för sin personal för att understödja utvecklingen av personalens upplevelse av organisatoriskt stöd kommer, om de sammantagna kraven på cheferna inte är väl anpassade till den tid som finns tillgänglig, att uppleva en konflikt mellan tid för tillgänglighet för personalen, och tid för administrativt arbete och deltagande i verksamhetsutvecklingsarbete. Flera vårdenhetschefer angav också hur de kompenserade för otillräcklig tillgänglighet genom att vara tillgängliga även på fritiden, något som försvårar återhämtning och inte är långsiktigt hållbart. Helhetssyn på vårdenhetscheferns arbete med undvikande av rollkonflikt och rollstress är alltså viktigt för den överordnade



sjukvårdsledningen att beakta vid den övergripande planeringen av vårdenhetschefers arbete.

Avseende stödet från de administrativa enheterna framhöll vårdenhetscheferna framför allt vikten av goda relationer med HR-enheten. Vårdenhetscheferna i allmänhet, men främst de som var nya i sin roll uttryckte att de hade låg kunskap om HR-procedureerna och de lagar som reglerar dem. Generellt hade de även liten tidigare kunskap om användningen av de digitala system som användes i HR-arbetet. Detta pekar på behovet av mer och bättre utbildning i personallagstiftning och i HR-procedurer och -verktyg till blivande vårdenhetschefer innan de inträder i denna roll, samt att förse befintliga vårdenhetschefer med vidareutbildning inom dessa områden. Sådan kunskap kan avlasta vårdenhetscheferna betydande stress och frigöra tid som bättre kan användas till direkt ledarskap. Det skulle också kunna medföra att HR-personalens expertkunskap kan användas mer effektivt.

Stöd från HR-enheten för strategisk rekrytering till vårdenheterna framhölls som synnerligen viktigt, men detta hindrades av HR-enhetens egen organisering. Vårdenhetscheferna menade att HR-personalen i allt högre grad var specialiserad inom smala HR-områden inom vilka de servade ett mycket stort antal vårdenheter på flera sjukhus. Denna specialisering kom till priset av förlorad kunskap om de specifika förhållandena på de olika vårdenheterna, och vårdenhetschefernas specifika behov och förutsättningar. Vårdenhetscheferna uttryckte att långsiktiga relationer med en specifik HR-expert var effektivt, men flera konstaterade en hög personalomsättning på HR-enheten,

som motverkade detta. Om detta är fallet bör orsakerna till denna höga personalomsättning undersökas. Ses arbete på sjukhusens HR-enheter endast som ett steg i HR-karriären? Hur uppfattar HR-personalen sin roll och de förhållanden som styr deras möjligheter att utföra sitt jobb på ett meningsfullt sätt?

Vårdenhetscheferna upplevde mycket begränsat utrymme att fatta beslut som var anpassade till enhetens behov när de försökte implementera övergripande organisatoriska policyer på ett sätt som fungerade väl för arbetet på vårdenheten. För detta behövde de anpassat stöd från de administrativa enheterna, men sådan anpassning hindrades av standardiserade direktiv. En vanlig uppfattning bland vårdenhetscheferna var att HR-personalens roll var att kontrollera snarare än stödja vårdenhetschefernas arbete. HR-enheten uppfattades då att agera på överordnad lednings direktiv för att strikt implementera organisationens policyer och ovillig eller oförmögen att beakta kontextspecifika förhållanden på vårdenheten. Man kan spekulera kring om detta indikerar ett grundläggande problem relaterat till styrning av vårdorganisationer, där budgetramar sätts genom orubbliga politiska beslut som inte korresponderar med de faktiska vårdbehoven. I en sådan organisation kan ledningen komma att sträva efter att undvika konfrontation med de faktiska behoven och de etiska konflikter mellan budgetrestriktioner och vårdkvalitet som blir resultatet, genom att delegera ansvaret för implementering av besluten [74]. Ekonomi- och HR-enheter ges ansvar att implementera besluten på vårdenheterna, refererande till ledningsbeslut och utan mandat att vara flexibla. En sådan kontrollerande och genomdrivande funktion

kan också bidra till att man undviker en nära relation till vårdenhetscheferna. Det skulle kanske även, delvis, kunna förklara en hög personalomsättning på HR-enheten.

På enkätfrågor om hur COVID-19-pandemin påverkat vårdenhetschefernas möjlighet att vara närvarande och tillgängliga för sin personal svarade 59% att de varit mer närvarande för att stödja personalen. Tjugosex procent hade varit mindre närvarande. De som angett högre närvaro var de som själva upplevde ett högre organisatoriskt stöd, POS. Detta indikerar att chefers POS är en viktig resurs för att kunna utöva ett bra ledarskap. Samtidigt visade resultaten att vårdenhetschefer som upplevde höga organisatoriska stressorer och hög rollstress i lägre omfattning varit närvarande och tillgängliga för personalen under pandemin. Att stärka chefers POS och reducera organisatoriska stressorer framstår alltså som en viktig väg att gå för vårdorganisationer som vill stärka förmågan att hantera framtida kriser. Hög rollstress är här (liksom när det gäller sambandet mellan chefers rollstress och sjuksköterskornas POS-klimat, se resonemanget ovan) sannolikt en effekt av att man som chef försökt att i möjligaste mån vara tillgänglig för sin personal, och att priset för detta varit rollöverlastning.

I intervjuerna med vårdenhetscheferna om COVID-19-pandemins påverkan på arbetet framgår också att de tvingats lägga mycket tid på att omstrukturera arbetet på vårdenheten, fatta snabba beslut trots stor osäkerhet, och hantera personalens oro. Samtidigt menade de att även om pandemin innebar stor osäkerhet, bröt upp befintliga strukturer och krävde snabba beslut om omorganisering och nya rutiner, så fann arbetet ganska snabbt

nya funktionella former. Detta möjliggjordes genom resurser som blev tillgängliga i form av väl tillgänglig och ständigt uppdaterad information från ledningen och kontinuerligt stöd från chefsläkare och infektionsspecialister. Pandemin tillgängliggjorde även personalresurser genom att administrativa projekt pausades och personal därmed frigjordes att delta i det kliniska arbetet, något som också upplevdes som mycket meningsfullt av cheferna. Intervjuerna visade också att pandemin skapade resurser genom att den nya och ständigt föränderliga situationen möjliggjorde och framtvängde nya innovativa sätt att tänka. Det ledde till organisatoriska lösningar och fördjupade samarbeten som man menade sannolikt kommer att bestå även på längre sikt. Ytterligare en viktig resurs som tydliggjordes under pandemin hade sin källa i en hög nivå på kollegialitet bland personalen. Dessa tog stort ansvar för att vården skulle fungera och även socialt ansvar för varandras hälsa och förmåga. Detta sätter ljuset på vikten att skapa arbetsförhållanden som gör att sådan kollegialitet kan utvecklas. Det pekar på vikten av stabila arbetsgrupper, som kan 'jobba ihop sig' och utveckla såväl den individuella som den kollektiva kompetensen. En sådan grupp är i allmänhet mer utvecklingsorienterad och enskilda medlemmar ofta tillräckligt trygga i sin roll för att våga och vilja gå utanför 'komfortzonen', prova nya arbetsuppgifter och tillfälligt arbeta i andra grupper. För att travestera en av de intervjuade vårdenhetscheferna (se kapitlet 'Sätt att agera och organisera arbetet: interaktion med och inom vårdenheten'): en trygg grupp skapar inte beroende, det skapar självständighet.

18.1 Metodologiska begränsningar

Forskningsprojektet Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor, var tämligen omfattande. Med fem delstudier i två olika sjukvårdsregioner och sju deltagande sjukhus och där vi använde oss av såväl longitudinell kvantitativ metodik som olika typer av kvalitativ intervju-metodik, tillförsäkrades en både bred och djup belysning av de fenomen vi ville studera. I enkätundersökningarna gjorde vi också ett totalurval av båda målgrupperna, sjuksköterskor och vårdenhetschefer, och svarsfrekvensen var acceptabel, inte minst med hänsyn till att mätning två inträffade under fullt härjande COVID-19-pandemi, då vården var extremt hårt belastad. I intervjuerna gjorde vi strategiska urval av deltagare och eftersträvade då så stor variation som möjligt med avseende på ålder, erfarenhet, kön, verksamhetsområde och geografi. Icke desto mindre finns vissa metodologiska begränsningar. Sverige omfattar långt fler än två regioner och giltigheten av våra resultat i andra regioner än de vi studerade får läsaren avgöra. Det är också sannolikt att även andra typer av krav och resurser i arbetet, utöver dem vi undersökte, har betydelse för såväl chefers som personalens POS. Sambanden mellan sjuk-

sköterskornas POS-klimat och de olika önskvärda utfall vi undersökte var tydliga, men orsakssambanden behöver undersökas mer i framtida forskning. Resultaten här tyder på att det kan finnas bakomliggande fenomen, som vi inte mätte, och som kan påverka såväl POS som de effekter vi undersökte. Här stärker dock resultaten från de kvantitativa och kvalitativa resultaten varandra. Vårt centrala budskap är att POS har en central roll för personalens hälsa och välbefinnande, liksom för teameffektivitet och patientsäkerhet och önskan att stanna kvar i organisationen. Vi har även visat att vårdenhetschefernas arbetsförhållande har betydelse för inte bara deras egen POS utan även för POS-klimatet på vårdenheten. Vi har på ett övertygande sätt kunnat visa att vårdenhetschefernas arbetsförhållande har central betydelse för personalens hälsa, deras motivation och förmåga att leverera effektiv vård av hög kvalitet, samt för deras önskan att stanna kvar och bidra till organisationen. Ideologisk samsyn i organisationen på vad vårduppdraget till syvende och sist går ut på, och där patienternas hälsa och välbefinnande är själva kärnan, framstår i flera av delstudierna som en central faktor för personalens välbefinnande och motivation.

19. Sammanfattning och våra slutsatser

Minskad personalhälsa och upplevelse av meningsfullhet i arbetet är ett hot mot vårdens effektivitet och kvalitet. Vården är personalintensiv och personalens hälsa är därför av största vikt för att vården ska fungera väl. Valfungerande vård förutsätter alltså goda psykosociala arbetsförhållanden för vårdpersonalen.

Syftet med forskningsprojektet 'Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor' var att undersöka om ett organisationsklimat av Perceived organizational support, POS, (uppfattat organisatoriskt stöd) gynnar sjuksköterskors förmåga att hantera etiska värdekonflikter i arbetet och därmed bidrar till mindre etisk stress, utbrändhet, högre arbetstillfredsställelse, teameffektivitet och patientsäkerhet, och lägre intention att lämna organisationen. Vi önskade även belysa vilka psykosociala förhållanden och konkreta företeelser i vårdarbetet och vårdorganisationen som gynnar respektive motverkar utvecklingen av ett högt POS-klimat bland sjuksköterskorna. Projektet omfattade såväl kvantitativ som kvalitativ forskningsmetodik, i fem delstudier.

Projektet är såväl vetenskapligt som praktiskt nydanande genom att vi undersökt orsakssamband som är kraftigt understuderade i arbetslivsforskningen och utgår från att framgångsrika organisationer måste kunna omfatta och värna olika, samtidiga och

ibland motstridiga värden. Forskningen är även nydanande på så sätt att den är en av mycket få longitudinella studier av POS, dess orsaker och effekter, där flera mätpunkter gör det möjligt att studera orsakssamband.

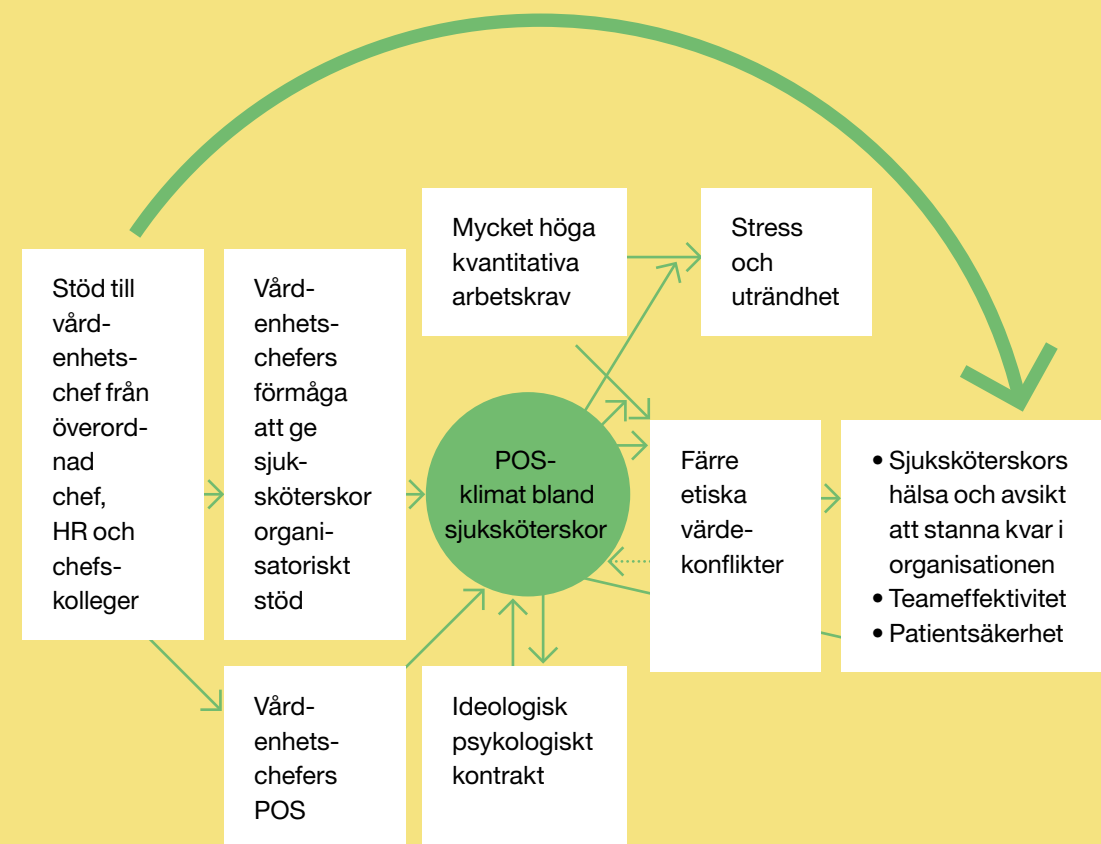
Projektet har ett salutogent perspektiv. Det är baserat på teori om fundamentala mänskliga behov av egenvärde, meningsfullhet och samarbete, och beskriver arbetsförhållanden som gör att ett brett spektrum av organisatoriska mål kan uppnås genom att tillgodose sådana behov. En sådan arbetsituation reducerar inte bara arbetsrelaterade hälsorisker utan har goda förutsättningar att göra arbetet hälsobringande.

Ett grundläggande antagande bakom projektet var att POS är empowering², vilket också tydligt kom till uttryck i fokusgruppsintervjuerna med sjuksköterskor. Om man upplever sig respekterad som människa av organisationen, genom att den visar att den bryr sig om ens välbefinnande, samt att den visar att den uppskattar ens bidrag till verksamheten, så stärks meningsfullheten och rolltryggheten där man känner tilltro till den egna förmågan att bedöma komplicerade situationer, fatta beslut och agera självständigt. Man känner sig också trygg med att man har organisationens stöd, så att om något ibland går fel så kommer man att behandlas rättvist snarare än skuldbeläggas.

Resultaten belyser hur och i vad mån ett organisationsklimat av POS kan underlätta

personalens hantering av etiska värdekonflikter, och beskriver konkreta förutsättningar och åtgärder som är hälsobringande för

personalen *samtidigt* som de gynnar effektivitet och kvalitet i vården. De huvudsakliga resultaten av projektet illustreras i Figur 3.



Figur 3. Denna modell sammanfattar och illustrerar de övergripande resultaten av forskningsprojektet. Modellen kombinerar resultaten från samtliga delstudier, såväl kvantitativa som kvalitativa. Den streckade pilen representerar ett kvantitativt resultat som inte var statistiskt signifikant ($p > 0,05$), men där det fanns en tydlig tendens ($p < 0,1$). Den böjda och tjocka pilen illustrerar att sammanfattningsvis hade vårdenhetschefernas psykosociala arbetsförhållanden en tydlig koppling till sjuksköterskornas hälsa och (därmed) till såväl effektivitet som kvalitet i den vård som utförs "på vårdgolvet". Upplevelse av organisatoriskt stöd i form av Perceived organizational support, POS, såväl bland vårdenhetschefer som sjuksköterskor, spelade en nyckelroll i dessa samband.

2 Se kapitlet 'En teori om POS betydelse för sjuksköterskors hantering av etiska och andra värdekonflikter'.

De longitudinella analyserna visade att vårdenhetens POS-klimat påverkade sjuksköterskornas arbetstillfredsställelse positivt över tid. Samtidigt befanns arbetstillfredsställelse ha en positiv påverkan på POS-klimatet. Här tycks alltså föreligga en positiv spiral. På motsvarande sätt tycktes det föreligga en negativ spiral där lågt POS-klimat tenderade att leda till burnout, som i sin tur ledde till ett lägre POS-klimat. Sjuksköterskor som upplevde ett högt POS-klimat upplevde lägre förekomst av mycket höga kvantitativa arbetskrav, och hög grad av socialt stöd från kolleger och av inflytande i arbetet. Inflytande i arbetet påverkade även POS-klimatet positivt över tid. En jämförelse mellan vårdenheter med högt respektive lågt POS-klimat bland sjuksköterskorna visade att på vårdenheter där sjuksköterskorna upplevde ett högt POS-klimat så var höga krav i lägre utsträckning förknippade med stress, burnout och med förekomst av etiska konflikter. Däremot fann vi inte att POS buffrade effekten av höga krav på arbetstillfredsställelse. Det förelåg alltså ett negativt samband mellan höga kvantitativa krav i arbetet och lägre arbetstillfredsställelse bland sjuksköterskorna, oavsett nivån på uppfattat organisatoriskt stöd.

POS visade sig ha betydelse för anställdas förmåga att hantera värdekonflikter. På enheter där POS-klimatet var högt upplevde sjuksköterskorna färre etiska värdekonflikter. Det fanns även en tendens att färre värdekonflikter i sin tur ytterligare stärkte POS-klimatet. Även här tycks alltså föreligga en positiv spiral.

De etiska värdekonflikterna kunde inordnas under två olika typer. Den första typen (typ 1) handlar om situationer som kommer

av att inte ha tillräckligt med resurser till förfogande för att kunna utföra arbetet i enlighet med värderingar grundade i professionsetiken, till exempel genom låg bemanningsnivå, tidsbrist, hög arbetsbelastning, överbeläggning. Den andra typen (typ 2) orsakas av hindrande regler, rutiner eller normer, eller bristande kompetens, samarbete eller samsyn på vården inom eller mellan professioner. Sammantaget var mönstret att situationer som representerade den första typen var vanligare förekommande än situationer representerande typ 2. Etiska värdekonflikter hade en negativ påverkan på den enskilda sjuksköterskan genom en ökad risk att utveckla stressrelaterad sjukdom i form av utbrändhet. Det var framförallt förekomsten av etiska värdekonflikter av typ 1, det vill säga förknippade med resursbrist, som var drivande för en sådan utveckling. Men även en gemensam uppfattning på vårdenheten om att man upplevde en hög grad av påfrestning till följd av etiska värdekonflikter medförde en ökning av upplevd stress över tid. Teameffektivitet och patientsäkerhet är indikatorer för en välfungerande verksamhet. Det sammantagna mönstret var att också dessa förhållanden missgynnas av etiska värdekonflikter. Fokusgruppsintervjuerna om på vilket sätt POS hjälpte sjuksköterskorna att lösa etiskt komplicerade situationer visade att fem olika typer av resurser var viktiga förutsättningar, nämligen ett aktivt stödjande ledarskap; tydliga strukturer och tydliga och gemensamma strategier i arbetet; att ens specifika kompetens togs i anspråk på ett adekvat sätt och att man gavs möjlighet till kompetensutveckling; ideologisk samsyn bland personal och chefer avseende vårduppdraget; samt samarbete och hög kompetens i vårdteamet

och i hela vårdkedjan, med en helhetssyn på patienten. Sådana förutsättningar gynnade utvecklingen av POS genom att det skapade trovärdighet för ledningen och upplevelsen hos sjuksköterskorna att vara sedda och respekterade. Det skapade robusthet och tydlighet och stärkte såväl individuell som kollektiv kompetens och kompetenstillgång. Det gynnade vi-känslan i arbetsgruppen och stärkte samarbetet. Det var också mentalt avlastande. Sammantaget skapade det rolltrygghet och tillit till den egna kompetensen. Om den anställda upplever ett starkt stöd från organisationen, en övertygelse om att organisationen bryr sig om ens hälsa och välbefinnande och uppskattar ens bidrag till organisationen, så är detta empowering - den anställda känner sig bemyndigad. Det reducerade förekomsten av etiska värdekonflikter och gjorde att patienterna kunde känna sig trygga. Det skapade engagemang, beslutskompetens och individuellt ansvarstagande och att man avsåg att stanna kvar i organisationen. Det gav handlingsberedskap och tillgång till en bredare handlingsrepertoar; att man kan, vill och vågar agera självständigt och anpassat till situationen i etiska värdekonfliktsituationer och samtidigt långsiktigt kan värna ett brett spektrum av organisatoriska värden.

POS gjorde dock inte att man kunde lösa samtliga etiska värdekonflikter i vårdarbetet. En 'empowered' sjuksköterska kan lösa vissa komplexa situationer genom eget omdöme och genom kontakt och diskussion med andra vårdprofessionella. Vissa etiska värdekonflikter kan dock svårligen påverkas av den enskilda sjuksköterskan oavsett hur stärkt av POS hen är. När dessa etiska värdekonflikter förekom var upplevelsen av etisk påfrestning

på samma nivå oavsett om man upplevde organisatoriskt stöd eller ej.

Sjuksköterskor som upplevde ett högt POS-klimat upplevde vanligen en hög grad av såväl relationellt som ideologiskt psykologiskt kontrakt med arbetsgivaren. Relationellt och ideologiskt psykologiskt kontrakt var även positivt relaterade till varandra. Det ideologiska psykologiska kontraktet påverkade även POS-klimatet, så att högre nivåer av ideologiskt kontrakt ledde till högre POS-klimat. När vi undersökte effekten i motsatt riktning fann vi att POS-klimatet i sin tur hade en positiv effekt på såväl relationellt kontrakt som ideologiskt kontrakt. Ideologisk samsyn på vad arbetet som sjuksköterska går ut på framstår alltså som centralt, vilket också framkommer i andra delar av studien. Däremot fann vi att POS-klimatet var oberoende av ett transaktionellt psykologiskt kontrakt. Ett transaktionellt psykologiskt kontrakt tycks varken påverka eller påverkas av upplevelsen av organisatoriskt stöd. I tidigare forskning har man funnit att relationellt och transaktionellt kontrakt är invert korrelerade, det vill säga ju mer av ett, desto mindre av det andra (Millward & Hopkins, 1998). Något sådant fann vi inte här. Man kan tänka sig att på en välreglerad arbetsmarknad som den svenska är de anställdas tillit hög till att arbetsgivaren, speciellt en stor offentlig sådan, kommer att hålla sig till ingångna avtal, och skulle man trots allt inte det, kan stöd hämtas i en stark personallagstiftning och starka fackföreningar. Under sådana förhållanden tas sannolikt de transaktionella aspekterna av ett psykologiskt kontrakt, som också är de som regleras i det formella kontrakt man har med arbetsgivaren, för givet och varken hotar eller förstärker

de psykosociala aspekterna av arbetet. Detta innebär förstås inte att man som anställd är helt nöjd med de formella aspekterna av avtalet, exempelvis lönen (vilket också framgår av intervjuerna med sjuksköterskorna).

Att stärka POS bland vårdpersonalen framstår alltså som en viktig väg att stärka vården. Vår studie visar på en rad möjligheter och arbetssätt för hur ledningen kan gå tillväga för att stärka vårdens förmåga att erbjuda god och effektiv vård, med en personal som trivs och mår bra i sitt arbete, är motiverad och engagerad i vårdarbetet och i att utveckla vården. Våra resultat tyder på att även om olika hierarkiska ledningsnivåer är betydelsefulla för anställdas POS så kan dessa olika nivåers påverkan vara mycket olika. Resultaten indikerar att högre ledning skulle kunna stärka vårdpersonalens upplevelse av POS genom att förstärka den direkta interaktionen med sjuksköterskorna. Detta skulle ge möjligheter att lyssna på personalens behov och hur de upplever sin arbetssituation och därmed möjliggöra bättre underbyggda beslut. Det ger också möjlighet att förklara ledningsbeslut, ge information som kan reducera onödig oro och skapa en mer tillitsfull relation, samt visa uppskattning för personalens arbete.

Resultaten beskriver även vilka psykosociala arbetsresurser vårdenhetscheferna behöver för att kunna erbjuda sjuksköterskorna arbetsförhållanden som stärker POS. Vi har på ett övertygande sätt kunnat visa att vårdenhetschefernas arbetsförhållande har direkt betydelse för personalens upplevelse av organisatoriskt stöd och därmed deras hälsa, deras motivation och förmåga att leverera effektiv vård av hög kvalitet, samt för deras

önskan att stanna kvar och bidra till organisationen. Krav och resurser från överordnad ledning och stab, samt stödet från chefskollegerna, påverkar inte bara vårdenhetschefernas egen upplevelse av organisatoriskt stöd, utan också deras förmåga att erbjuda sina medarbetare sådant stöd. Vårdenhetschefernas arbetsförhållanden har alltså en avgörande betydelse för såväl kvalitet som effektivitet i den vård som levereras 'på golvet'. Krav som hade sitt upphov i konflikter och andra problem bland medarbetarna kan vara stressande men påverkade inte vårdenhetschefernas upplevelse av organisatoriskt stöd, POS.

Vår studie av hur COVID-19-pandemin påverkade vårdenhetschefernas arbete gentemot sin personal visade hur vårdorganisationer fungerar under stark press och vilka effekter det får på relationen mellan vårdenhetschefer och personal. Här underströks ytterligare vikten av vårdenhetschefernas psykosociala arbetsförhållanden. Chefernas egen upplevelse av organisatoriskt stöd, POS, var en viktig resurs som stärkte deras förmåga att vara tillgängliga och stödjande för sin personal under den långa och allvarliga krisen. En hög nivå av stressorer från organisationen var istället kontraproduktivt för att kunna erbjuda sådant stöd. God tillgång till kontinuerligt uppdaterad information om COVID-19 sjukdomen och dess behandling liksom god tillgänglighet till stöd från chefsläkare och infektionsspecialister var viktiga arbetsresurser för vårdenhetscheferna. Ytterligare en viktig källa till stöd för vårdenhetscheferna att hantera COVID-19-krisen var en hög nivå på lojalitet och kollegialt och socialt stöd bland sjuksköterskorna själva.

20. Forskargruppen

Forskargruppen som genomförde projektet 'Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor' bestod av följande personer:

Marianne Törner (projektledare), dr. med. sc., forskare vid Arbets- och miljömedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet, och ledare för forskargruppen Säkerhet, organisation och ledarskap. Marianne är även docent vid Chalmers tekniska högskola och var tidigare gästprofessor i Human Factors med inriktning mot säkerhet vid Högskolan Väst i Trollhättan. Marianne är naturvetare men har sedan mitten av 1990-talet forskat om hur man åstadkommer beteendeförändringar i en organisation, och organisationskulturens och organisationsklimatets betydelse för människors beteende, särskilt med fokus på olika typer av säkerhet.

Christian Gadolin, ekon. dr., universitetslektor i företagsekonomi, Institutionen för ekonomi och IT, Högskolan Väst. Christian disputerade 2017 på en avhandling om förändringsarbete i hälso- och sjukvården vid Handelshögskolan, Göteborgs Universitet. Sedan dess har han fortsatt studera styrning, ledning och organisering i vården. Christian har även tidigare varit gästforskare på Centre for Healthcare Improvement (CHI), en centrumbildning vid Chalmers tekniska högskola som bedriver forskning och utbildning inom förbättring, innovation och transformation av hälso- och sjukvård.

Pernilla Larsman, fil. dr., universitetslektor i psykologi vid Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet. Pernilla är docent i psykologi med inriktning mot arbets- och organisationspsykologi. Hon disputerade 2006 på en avhandling om psykosocial arbetsmiljö och muskulo-skelettala symptom, och har sedan dess fortsatt att forska om bland annat psykosocial arbetsmiljö och arbetsrelaterad ohälsa.

Anders Pousette, legitimerad psykolog, fil. dr., och lektor vid Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet. Anders forskning är inriktad mot psykosocial arbetsmiljö. En betydande del av hans forskning avser hur ledarskap och organisatoriska och sociala faktorer påverkar olika typer av säkerhet i organisationer, med särskilt fokus på betydelsen av säkerhetskultur och säkerhetsklimat.

Axel Ros, med. dr., fil. dr., är legitimerad läkare med specialitet i allmän kirurgi och var tidigare verksamhetschef på kirurgikliniken på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Axel är chefsläkare i Region Jönköpings län sedan 2012. Han är också adjungerad universitetslektor vid Hälsöhögskolan i Jönköping (Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Jönköping University), med inriktning på undervisning

och forskning om patientsäkerhet. Vidare har Axel ett uppdrag i nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet i regionernas i Sverige samverkan i nationellt system för kunskapsstyrning.

Maria Skyvell Nilsson, fil. dr. och universitetslektor vid Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst, Trollhättan. Maria är legitimerad sjuksköterska med specialitet inom anesthesi- och intensivvård samt vårdlärare. Maria är verksamhetsledare för

forskningsmiljön Lärande och vårdande för hållbar hälsa (LOVHH) på Högskolan Väst. Sedan början av 2000-talet har hon forskat om lärande av yrkeskunskap i vårddyrken (läkare och sjuksköterskor). De senaste tio åren har forskningen fokuserat sjuksköterskors lärande, professionella utveckling och hälsa. Utöver forskning undervisar Maria inom vårdutbildningar på avancerad nivå samt handleder doktorander inom ämnet Arbetsintegrerat lärande -Tema vård.

21. Etik

Forskningsprojektet krävde inte godkännande från Etikprövningsmyndigheten. En ansökan om rådgivande yttrande insändes dock och ett sådant avgavs 2018-05-17, dnr 264-18.

Det rådgivande yttrandet följdes till alla delar. Alla intervjupersoner och personer som besvarande enkäten gav sitt informerade samtycke att delta i projektet.

22. Uppmärksammanden

Forskningsprojektet 'Bättre psykisk personalhälsa, patientsäkerhet och effektivitet i vården, och mindre personalomsättning bland sjuksköterskor', liksom framställning av föreliggande skrift, finansierades av AFA Försäkring (dnr 180085, och 210056) vilket härmed tacksamt uppmärksammas.

Vi vill även framföra vårt varma tack till de deltagande sjukhusorganisationerna som gett oss möjlighet att genomföra projektet, till deras HR-personal som tagit fram omfattande underlag för våra kvantitativa delstudier, och framför allt till alla de sjuksköterskor och

vårdenhetschefer som la sin tid och kraft på att seriöst och med stor noggrannhet besvara alla våra frågor i enkäter och intervjuer.

För att kontinuerligt tillförsäkra relevans i projektet, men också för att skapa kanaler för nyttiggörande av resultaten följdes projektet av en referensgrupp bestående av representanter från Vårdförbundet, Arbetsmiljöverket, Sveriges Kommuner och Regioner, samt de två deltagande vårdorganisationerna. Vi vill framföra vårt tack för referensgruppens värdefulla och mycket engagerade arbete.

23. Referenser

- Schneider, B., et al., *Organizational climate and culture: reflections on the history of the construct in JAP*. Journal of Applied Psychology, 2017. 102(3): p. 468–482.
- Schneider, B., *Organizational climates: an essay*. Personnel Psychology, 1975. 28: p. 447-479.
- Schneider, B., *Organizational climate and culture*. The Jossey-Bass Management Series; The Jossey-Bass Social and Behavioral Science Series; Frontiers of Industrial and Organizational Psychology, ed. I. Goldstein, L. 1990, San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers. 449.
- Demerouti, E., et al., *The job demands-resources model of burnout*. Journal of Applied Psychology, 2001. 86(3): p. 499-512.
- O’Keeffe, V., M. Tuckey, and A. Naweed, *Whose safety? Flexible risk assessment boundaries balance nurse safety with patient care*. Safety Science, 2015. 76: p. 111-120.
- Lövtrup, M. and E. Ohlin, *Läkarens arbetsmiljö har blivit sämre*. Läkartidningen, 2016(01-02).
- Lövtrup, M. and E. Nylund, *Den psykiska ohälsan ökar bland läkare. De kvinnliga läkarna är de som drabbas hårdast*. Läkartidningen, 2016(01-02).
- Kuntz, L., R. Menniken, and S. Scholtes, *Stress on the ward: evidence of safety tipping points in hospitals*. Management Science, 2015. 61(4): p. 754-771.
- Törner, M., et al., *Säkerhetskultur i vård och omsorg - stöd och hinder*. 2014, Göteborg: Göteborgs universitet.
- Organ, D., *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*. 1988, MA Lexington.
- Organ, W.D., *Organizational Citizenship Behavior: It’s construct clean-up time*. Human Performance, 1997. 10(2): p. 85-97.
- Socialstyrelsen, *Vårdskador*. 2008, National Board of Health and Welfare: Stockholm.
- Vincent, C., *Social scientists and patient safety: critics or contributors?* Social Science and Medicine, 2009. 69: p. 1777-1779.
- Aronsson, G. and T. Lindh, *Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationssstudie., in Arbete och hälsa Vetenskaplig skriftserie*. 2004: Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Rousseau, D.M., *Psychological and implied contracts in organizations*. Employee Responsibilities and Rights Journal, 1989. 2(2): p. 121-139.
- Trybou, J., et al., *The importance of social exchange to nurses and nurse assistants: impact on retention factors*. Journal of Nursing Management, 2014. 22: p. 563-571.
- Thomson, J. and S. Bunderson, *Violations of principle: ideological currency in the psychological contract*. Academy of Management review, 2003. 28(4): p. 571-586.
- O’Donohue, W. and L. Nelson, *Lets be professional about this: ideology and the psychological contracts of registered nurses*. Journal of Nursing Management, 2007. 15: p. 547-555.
- Skyvell-Nilsson, M., A. Pousette, and M. Törner, *Professional culture, information security and healthcare quality - physicians’ and nurses’ perspective on value conflicts in the use of electronic information systems*. Safety in Health, 2018. 4(11).
- Eklöf, M., M. Törner, and A. Pousette, *Organizational and social-psychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurses*. Safety Science, 2014. 70: p. 211-221.
- Törner, M., et al., *Säkerhetsklimat i vård och omsorg. Bakomliggande faktorer och betydelse för personalsäkerhet och patientsäkerhet*. 2013, University of Gothenburg: Gothenburg.
- Pousette, A., et al., *The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare - a multi-level investigation*. Journal of Safety Research, 2017. 61: p. 187-198.
- Smith, W. and M. Lewis, *Toward a theory of paradox: a dynamic equilibriummodel of organizing*. Academy of Management Review, 2011. 36(2): p. 381-403.
- Lamiani, G., L. Borghi, and P. Argente-ro, *When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates*. Journal of Health Psychology, 2017. 22(1): p. 51-67.
- Antonovsky, A., *Unraveling the mystery of health*. 1987, San Francisco: Jossey-Bass.
- Gadolin, C., *The logics of healthcare – in quality improvement work*, in *School of Business, Economics and Law*. 2017, University of Gothenburg: Gothenburg, Sweden.
- Corley, M., et al., *Development and evaluation of a moral distress scale*. Journal of Advanced Nursing, 2001. 33(2): p. 250-256.
- Kälvemark, S., et al., *Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system*. Social Science and Medicine, 2004. 58(7): p. 1075-1084.
- Whitehead, P., et al., *Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey*. Journal of Nursing Scholarship, 2014. 47(2): p. 117-125.
- Oh, Y. and C. Gastmans, *Moral distress experienced by nurses: a quantitative literatyre review*. Nursing Ethics, 2015. 22(1): p. 15-31.
- MacCormick, J.S. and S.K. Parker, *A multiple climates approach to understanding business unit effectiveness*. Human Relations, 2010. 63(11): p. 1771-1806.

32. Törner, M., et al., *Coping with paradoxical demands through an organizational climate of Perceived Organizational Support. An empirical study among workers in construction and mining industry.* Journal of Applied Behavioral Science, 2017. 53(1): p. 117-141.
33. Johnson, B., *Reflections: A perspective on paradox and its application to modern management.* Journal of Applied Behavioral Science, 2014. 50(2): p. 206-212.
34. Lewis, M., *Exploring paradox: toward a more comprehensive guide.* Academy of Management Review, 2000. 25(4): p. 760-776.
35. Eisenberger, R., et al., *Perceived organizational support.* Journal of Applied Psychology, 1986. 71(3): p. 500-507.
36. Rhoades Shanock, L. and R. Eisenberger, *Perceived organizational support: A review of the literature.* Journal of Applied Psychology, 2002. 87(4): p. 698-714.
37. Blau, P.M., *Exchange and power in social life.* 12 ed. 2008 (1964), New York: Transaction Publishers, Rutgers - The State University, New Jersey.
38. Berg, L., *Gryning över Kalahari. Hur människan blev människa.* 2005, Stockholm: Ordfront.
39. Riggle, R.J., D.R. Edmondson, and J.D. Hansen, *A meta-analysis of the relationship between perceived organizational support and job outcomes: 20 years of research.* Journal of Business Research, 2009. 62(10): p. 1027-1030.
40. Kurtessis, J.N., et al., *Perceived organizational support: a meta-analytic evaluation of organizational support theory.* Journal of Management, 2017. 43(6): p. 1854-1884.
41. Bakker, A.B., E. Demerouti, and W. Verbeke, *Using the job demands-resources model to predict burnout and performance.* Human Resource Management, 2004. 43(1): p. 83-104.
42. Nyhus, A. and K. Sjöström, *Går det att mäta ett arbetsklimat med 17 items? Validering av en ny klimatskala.* 2016, Högskolan Väst: Trollhättan.
43. Pejtersen, J.H., et al., *The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire.* Scandinavian Journal of Public Health, 2010. 38: p. 8-24.
44. Sorra, J. and V.F. Nieva, *Hospital Survey on Patient Safety Culture, in AHRQ Publications.* 2004.
45. Gibson, C.B., M.E. Zellmer-Bruhn, and D.P. Schwab, *Team effectiveness in multinational organisations. Evaluation across contexts.* Group and Organization Management, 2003. 28(4): p. 444-474.
46. Poussette, A. and J. Johansson Hanse, *Job characteristics as predictors of ill-health and sickness absenteeism in different occupational types - a multigroup structural equation modelling approach.* Work and Stress, 2002. 16: p. 229-250.
47. Hamric, A., C. Borchers, and E. Epstein, *Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals.* AJOB Primary Research, 2012. 3(2).
48. Kjellberg, A. and S. Iwanowski, *Stress/energi-formuläret: utveckling av en metod för skattning av sinnesstämning i arbetet. (In Swedish).* 1989, National Institute for Working Life: Solna.
49. Rudman, A., P. Gustavsson, and D. Hultell, *A prospective study of nurses' intention to leave the profession during their first five years of practice in Sweden.* International Journal of Nursing Studies, 2014. 51.
50. Cohen, A., *An examination of the relationship between work commitment and work outcomes among hospital nurses.* Scand Journal of Management, 1998. 14(1/2): p. 1-17.
51. Neves, P. and R. Eisenberger, *Management Communication and Employee Performance: The Contribution of Perceived Organizational Support.* Human Performance, 2012. 25(5): p. 452-464.
52. Eklöf, M., et al., *Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI): Utveckling av ett variations-och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1: a och 2: a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg, in ISM-rapport.* 2010, Institutet för stressmedicin, Gothenburg.
53. Flanagan, J.C., *The critical incident technique.* Psychological Bulletin, 1954. 51(4): p. 327-357.
54. Wheeler, M.A., D.T. Stuss, and E. Tulving, *Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness.* Psychological Bulletin, 1997. 121(3): p. 331-354.
55. Grill, M. and K. Nielsen, *Promoting and impeding safety – A qualitative study into direct and indirect safety leadership practices of constructions site managers.* Safety Science, 2019. 114: p. 148-159.
56. Strauss, A. and J. Corbin, *Grounded Theory Methodology, in Handbook of qualitative research.,* N.K. Denzin and Y.S. Lincoln, Editors. 1994, SAGE Publications, Inc.: London. p. 273-285.
57. Millward, L. and L. Hopkins, *Psychological contracts, organizational and job commitment.* Journal of Applied Psychology, 1998. 28(16): p. 1530-1556.
58. Zohar, D., *Safety climate and beyond: A multi-level multi-climate framework.* Safety Science, 2008. 46: p. 376-387.
59. Freidson, E., *Professional Powers.* 1986, Chicago, IL.: University of Chicago Press.
60. Freidson, E., *Professionalism: The Third Logic.* 2001, Chicago, IL.: University of Chicago Press.
61. Jackson, J., *Coworker influence upon individual internalization of safety, in Faculty of Graduate and Postdoctoral Affairs.* 2017, Carleton University, Ottawa, Ontario: Ontario.
62. Gyllensten, K. and M. Törner, *Prerequisites for information security in a nuclear power industry – the role of organizational and social factors.* Organizational Cybersecurity Journal: Practice, Process and People, 2021.

-
63. Gadolin, C. and T. Andersson, *Healthcare quality improvement work: a professional employee perspective*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 2017. 30(5): p. 410-423.
64. Gadolin, C., *Professional employees' strategic employment of the managerial logic in healthcare*. Qualitative Research in Organizations and Management, 2018. 13(2): p. 126-143.
65. Katz-Navon, T., E. Naveh, and Z. Stern, *Safety climate in health care organizations: A multidimensional approach*. Academy of Management Journal, 2005. 48(6): p. 1075-1089.
66. Erdogan, B., M.L. Kraimer, and R.C. Liden, *Work value congruence and intrinsic career success: the compensatory roles of leader-member exchange and perceived organizational support*. Personnel Psychology, 2004. 57(2): p. 305-332.
67. Edwards, J.R. and D.M. Cable, *The value of value congruence*. Journal of Applied Psychology and Health, 2009. 94(3): p. 654-677.
68. Hoffman, B.J., et al., *Person-organization value congruence: how transformational leaders influence work group effectiveness*. Academy of Management Journal, 2011. 54 (4): p. 779-796.
69. Rhoades Shanock, L. and R. Eisenberger, *When supervisors feel supported: Relationships with subordinates' perceived supervisor support, perceived organizational support, and performance*. Journal of Applied Psychology, 2006. 91(3): p. 689-695.
70. Moorman, R.H., *Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship?* Journal of Applied Psychology, 1991. 76(6): p. 845-855.
71. Colquitt, J.A., et al., *Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research*. Journal of Applied Psychology, 2001. 86 (3): p. 425-445.
72. Viswesvaran, C. and D.S. Ones, *Examining the construct of organizational justice: a meta-analytic evaluation of relations with work attitudes and behaviors*. Journal of Business Ethics, 2002. 38(3): p. 193-203.
73. Bell, C.M. and C. Khoury, *Organizational powerlessness, dehumanization, and gendered effects of procedural justice*. Journal of Managerial Psychology, 2016. 31 (2): p. 570-585.
74. Tengelin, E., et al., *Chefskap i sjukvårdsmiljö: Avgränsning och kommunikation av egen stress (Management in a health-care environment: delineation and communication about own stress) (In Swedish)*. Arbete och Hälsa (Work and Health), 2011. 45(1).
-

Göteborgs universitet
Institutionen för medicin, Samhällsmedicin och folkhälsa
Arbets- och miljömedicin
www.gu.se
