

# **Den skiftesansvariga sjukskötarens beslutsprocess i fördelningen av vårdpersonalresursen**

En kvalitativ studie

Anna Schildt

Masterarbete / Master's Thesis

Avancerad klinisk vård

2020

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildning:	Avancerad klinisk vård (HYH)
Identifikationsnummer:	7657
Författare:	Anna Schildt
Arbetets namn:	Den skiftesansvariga sjukskötarens beslutsprocess i fördelningen av vårdpersonalresursen – En kvalitativ studie
Handledare (Arcada):	Heikki Paakkonen
Uppdragsgivare:	U2, Brännskadecentrum och intensivvård, HUS Jorvs sjukhus
<p>Sammandrag:</p> <p>Fördelningen av vårdpersonalresursen har en betydande inverkan på vårdens patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet. Fördelningen av vårdpersonalen inverkar även på vårdarnas arbetstillfredsställelse och arbetsatmosfär, vilka i sin tur även inverkar på patientsäkerheten och vårdkvaliteten. Betydelsen av en ändamålsenlig och övervägd fördelning av vårdpersonalresursen förstärks då vårdpersonalresursen är knapp eller otillräcklig. Denna studie utfördes som ett beställningsarbete för avdelning U2, brännskadecentrum och intensivvård, HUS Jorvs sjukhus. Studien fördjupar sig i hur de skiftesansvariga sjukskötarna hanterar resursfördelningen. Syftet med studien är att uppnå förståelse om den tankeprocess en skiftesansvarig sjukskötare utför och vilka faktorer som påverkar besluten kring resursfördelningen. Studien har även fokus på de skiftesansvariga sjukskötarnas stöd i resursfördelningen. Studiens teoretiska referensram granskar beslutsfattande ur den analytiska, den intuitiva samt den analytisk-intuitiva tankeprocessen beskrivet av Lauri et al. Metoden i den kvalitativa studien är en kombination av individuella intervjuer (N=6) samt ett utvärderingsformulär (N=21) i vilka informanterna bestod av avdelningens skiftesansvariga sjukskötare. Materialet analyserades med en induktiv innehållsanalys. Studiens resultat är mångskiftande och beskriver hur de patient- och vårdpersonalrelaterade faktorerna samt gestaltandet av helheten beaktas i resursfördelningen. Informanternas beskrivningar visar på en analytisk-intuitiv tankeprocess i deras beslutsfattande. Beslutsfattande bör betraktas som en kontinuerlig process där inget slutgiltigt beslut fattas i den dynamiska vårdverkligheten. Individens inverkan på processen stiger tydligt fram, där erfarenhet och kompetens har en betydande roll. Även om informanterna upplevde sig få stöd i sitt arbete, saknades ändå ett tydligare delat ansvar samt närvaro av förmännen. Det kollegiala stödet bör samtidigt erkännas både med tanke på dess närvaro samt frånvaro. Den vårdtyngdsmätare som för tillfället används på avdelningen ansågs inte stöda beslutsprocessen. För att möjliggöra en mera enhetlig verksamhetsmodell krävs validerade mätverktyg för patienternas vårdbehov, men även för vårdarnas arbetsbelastning.</p>	
Nyckelord:	Resursfördelning, beslutsfattande, vårdpersonalresurs, skiftesansvarig, allokering, vårdarbete
Sidantal:	110
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	18.12.2020

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Advanced clinical care (Master's degree)
Identification number:	7657
Author:	Anna Schildt
Title:	The decision-making process of the charge nurse in nursing personnel resources allocation – A qualitative study
Supervisor (Arcada):	Heikki Paakkonen
Commissioned by:	Ward U2, Burn Centre and Intensive Care, HUS Jorvi hospital
<p><b>Abstract:</b></p> <p>The allocation of nursing personnel resources has a considerable effect on patient safety, quality and efficiency of the care. The allocation of nursing personnel also influences the nurses' job satisfaction and work atmosphere, which in turn has an effect on patient safety and the quality of care. The importance of adequate and considered allocation of nursing personnel resources is reinforced when the nursing personnel is scarce or insufficient. This study is commissioned by Ward U2, Burn Centre and Intensive Care at HUS Jorvi hospital. The study delves into how the charge nurse manages the resource allocation. The aim of the study is to achieve an understanding of the charge nurses thought process and which factors affect the decision-making in the resource allocation. The focus of the study is also on the support for the charge nurse in handling the resource allocation. The theoretical frame of reference for the study reviews the decision-making through the analytical, the intuitive and the analytical-intuitive thought process as presented by Lauri et al. The method in this qualitative study is a combination of individual interviews (N=6) and an evaluation form (N=21), in which the participants consist of charge nurses from the ward. The data was analysed using an inductive content analysis. The results of the study are diverse and describe how patient- and medical staff-related factors, in addition to the shaping of a holistic view, are considered in the resource allocation. The descriptions of the informants indicate the use of an analytical-intuitive thought process in their decision-making. The decision-making should be viewed as a continuous process, where no final decision is made in the dynamic reality of care work. The individuals' influence on the process clearly emerges, and here, the role of experience and competence is considerable. Although the informants experienced support in their work, there is still a need for a pronounced shared responsibility and the presence of the supervisors. The collegial support should simultaneously be recognized in considering both the presence and the absence of it. The patient classification tool that is presently used at the ward was not considered to be a support for the decision-making. To enable a more uniform mode of operation, there is a need for better measurement tools for patient care and the nurse's workload.</p>	
Keywords:	Resource allocation, decision making, nursing personnel, charge nurse, allocation of resources, nursing care
Number of pages:	110
Language:	Swedish
Date of acceptance:	18.12.2020

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kliininen asiantuntija (YAMK)
Tunnistenumero:	7657
Tekijä:	Anna Schildt
Työn nimi:	Vuorovastaavan sairaanhoitajan päätöksentekoprosessi hoitohenkilöstöresurssin jaossa – Kvalitatiivinen tutkimus
Työn ohjaaja (Arcada):	Heikki Paakkonen
Toimeksiantaja:	Osasto U2, palovammakeskus ja tehohoito, HUS Jorvin sairaala
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Hoitohenkilöstöresurssin jako vaikuttaa merkittävästi hoidon potilasturvallisuuteen, laatuun sekä tehokkuuteen. Henkilöstöresurssin jaolla on vaikutusta myös hoitohenkilöstön työtyytyväisyyteen ja työilmapiiriin, jotka puolestaan jälleen vaikuttavat potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun. Hoitohenkilöstöresurssin ollessa niukka tai riittämätön, tarkoituksenmukaisen ja harkitun henkilöstöresurssijaon merkityksellisyys vahvistuu. Tämä tutkimus toteutettiin tilaustyönä osastolle U2, palovammakeskus ja tehohoito, HUS Jorvin sairaala. Tutkimuksessa syvennytään vuorovastaavien sairaanhoitajien tapaan käsitellä resurssijakoa. Tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää vuorovastaavien ajatteluprosessia sekä resurssijaon päätökseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus keskittyy myös vuorovastaavien tukeen resurssijaossa. Tutkimuksen viitekehys tarkastelee päätöksentekoa Lauri et al.:n kuvaaman analyttisen, intuitiivisen sekä analyttis-intuitiivisen ajatteluprosessin näkökulmista. Tässä kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusmenetelmänä käytettiin yksilohaastatteluiden (N=6) ja arviointilomakkeen (N=21) yhdistelmää, johon osallistui osaston vuorovastaavina toimivat sairaanhoitajat. Materiaali analysoitiin induktiivisella sisältöanalyysillä. Tutkimustulos on monisävyinen ja kuvaa, miten potilaisiin ja hoitohenkilöstöön liittyvät tekijät sekä kokonaisuuden hahmottaminen vaikuttavat resurssijakoon. Haastateltavien ja tutkimukseen osallistuneiden kuvaukset osoittavat heidän käyttävän analyttis-intuitiivista ajatteluprosessia päätöksenteossa. Resurssijaon päätöksentekoa tulee havainnoida jatkuvana prosessina dynamisessa hoitotodellisuudessa, jossa ei tehdä lopullista päätöstä. Esille nousee selvästi yksilön vaikutus prosessiin, jossa kokemuksella ja pätevyydellä on merkittävä rooli. Vaikka haastateltavat kokivat saavansa tukea työssään, he jäivät kaipaamaan selkeämmin jaettua vastuuta ja läsnäoloa esimiehiltä. Samanaikaisesti tulee tunnistaa kollegiaalisen tuen merkitys, huomioiden yhtä lailla sekä sen läsnäolo, että sen puuttuminen. Osastolla käytössä olevan hoitoisuusluokitusmittarin ei koettu tukevan päätöksentekoprosessia. Jotta yhtenäisempi toimintamalli olisi mahdollinen, tarvitaan parempia potilaiden hoitoisuutta ja hoitohenkilökunnan kuormitusta mittaavia välineitä.</p>	
Avainsanat:	resurssijako, päätöksenteko, hoitohenkilöstöresurssi vuorovastaava, hoitotyön jakaminen,
Sivumäärä:	110
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	18.12.2020

# INNEHÅLL

## FÖRORD

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>10</b>
2.1	Centrala begrepp.....	10
2.2	Avdelning U2.....	12
2.3	Faktorer och verktyg i fördelning av vårdpersonalresursen.....	16
2.4	Litteraturstudie om vårdtyngdsmätare.....	18
<b>3</b>	<b>TIDIGARE FORSKNING</b> .....	<b>19</b>
3.1	Patientsäkerhet.....	20
3.2	Vårdtyngdsmätare som stöd för resursfördelningen.....	23
3.3	Ändamålsenlig dimensionering av vårdpersonal.....	24
<b>4</b>	<b>TEORETISK REFERENS RAM</b> .....	<b>25</b>
4.1	Teori för beslutsfattande.....	25
<b>5</b>	<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>METOD</b> .....	<b>28</b>
6.1	Datainsamling och innehållsanalys.....	29
6.2	Etiska överväganden.....	34
<b>7</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>35</b>
7.1	Intervjuerna.....	35
7.1.1	<i>Tema - Faktorer</i> .....	35
7.1.2	<i>Tema – Stöd</i> .....	43
7.1.3	<i>Tema - Utmaningar</i> .....	48
7.2	Utvärderingsformulär.....	54
7.2.1	<i>Flervalsfrågorna</i> .....	54
7.2.2	<i>Öppna frågor</i> .....	59
7.3	Sammanfattning av resultat.....	63
<b>8</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>65</b>
8.1	Metoddiskussion.....	65
8.2	Diskussion utgående från resultat och forskningsfrågor.....	67
8.3	Diskussion i förhållande till tidigare forskning.....	73
8.4	Diskussion i förhållande till den teoretiska referensramen.....	77
8.5	Slutsatser.....	79

<b>9</b>	<b>KRITISK GRANSKNING .....</b>	<b>80</b>
	<b>Källor / References .....</b>	<b>85</b>
	<b>BILAGOR .....</b>	<b>88</b>
	<b>Bilaga 1. Modell för skiftesansvarigas expertisområden</b>	
	<b>Bilaga 2. U2 vårdtyngdsmätare</b>	
	<b>Bilaga 3. Visuell modell av effekten av för stor arbetsbelastning</b>	
	<b>Bilaga 4. Litteratursökning</b>	
	<b>Bilaga 5. Intervjuguide för individuella intervjuer</b>	
	<b>Bilaga 6. Informantbrev, svensk och finsk version</b>	
	<b>Bilaga 7. Utvärderingsformulär</b>	
	<b>Bilaga 8. Informantbrev för utvärderingsformulär, svensk och finsk version</b>	
	<b>Bilaga 9. Informerat samtycke</b>	
	<b>Bilaga 10. Tabell på svaren i utvärderingsformulärets öppnafrågor</b>	

## **Figurer**

Figur 1. Metoddesign med tidsaxel .....	27
Figur 2. Fördelningen av svaren i kategorin Klinisk kunskap, (N=21).....	54
Figur 3. Fördelningen av svaren i kategorin Processhantering, N=21 .....	55
Figur 4. Fördelningen av svaren i kategorin Internt ledarskap, N=21 .....	56
Figur 5. Fördelningen av svaren i kategorin Kommunikation och interaktion, N=21 ...	57
Figur 6. Visuell framställning av den skiftesansvariga sjukskötarens tankeprocess kring besluts-fattande i fördelningen av vårdpersonalresursen .....	63

## FÖRORD

Jag vill framföra mitt varmaste tack till mina handledare, docent Heikki Paakkonen och överlärare emerita Eivor Wallinvirta, för ert stöd och er vägledning genom hela processen. Det har varit en lång process under vilken jag lärt mig mycket och fått nya insikter, mycket tack vare alla diskussioner som förts kring detta masterarbete.

Ett stort tack till mina kolleger avdelningssköterna Helena Siivonen och Sari Ilmarinen samt biträdande avdelningsskötare Anne Tsurkka, samt alla andra kolleger på avdelning U2, för er tro på mig och ert intresse för mitt arbete. Jag vill speciellt tacka de som ställde upp för intervjuerna och som deltog i utvärderingsformuläret, ert deltagande har varit värdefullt.

Jag är enormt tacksam för mina korrekturläsare Hazel Salminen, min pappa Tryggve Forssell samt min man Mikko Schildt.

Tack till min underbara studiegrupp AKV17, ni har varit den bästa inspirationskällan för att komma vidare då det varit trögt. Ett nöje att lära sig känna er alla!

Tack min kära familj Mikko, Lukas, Rebecka, Jonah och Veronica, för ert ovärderliga tålamod och stöd. Tack för att ni gjorde detta möjligt!

Vanda 26.11.2020

Anna Schildt

*“I seldom end up where I wanted to go, but almost always end up where I need to be.”*

Douglas Adams

## 1 INLEDNING

Då målet med sjukvården är att ge alla patienter säker och högkvalitativ vård i rätt tid, innebär fördelningen av tillgängliga resurser stora utmaningar, såväl på organisationsnivå som på avdelningsnivå. Flera olika faktorer påverkar behoven och tillgängligheten av vårdpersonalresurser där förändringar i den dagliga vårdverksamheten sker konstant. Detta gör vårdpersonalresursens fördelning till en krävande uppgift där ett flertal faktorer måste beaktas. Resursfördelningen utförs av förmän, men också av sjukskötare med längre erfarenhet som fungerar som skiftesansvariga sjukskötare. Att fördela vårdpersonalresursen är ingen lätt uppgift utan kräver kompetens på flera områden och kännedom om avdelningens personal samt sjukhusets verksamhet.

Enligt Patient- och klientsäkerhetsstrategi 2017–2021, innebär patient- och klientsäkerhet att ”den vård, omsorg och service en person får främjar personens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande och orsakar så liten skada som möjligt”. Strategin framhåller vidare att till ledningens uppgift hör att fastställa de resurser som krävs för att garantera en säker vård och omsorg samt säkerställa tillgången till dem (Social- och hälsovårdsministeriet, 2017). I Hälso- och sjukvårdslagen (30.12.2010/1326) 8 § beskrivs kvalitet och patient-säkerhet: hälso- och sjukvårdsverksamheten ska vara högkvalitativ och säker och bedrivas på behörigt sätt.

Fördelningen av vårdpersonalresurser på en sjukhusavdelning har stor betydelse för patientsäkerhet och vårdkvalitet men även för vårdpersonalens arbetstillfredsställelse. Missnöjet bland personalen ökar till följd av överbelastning, känsla av otillräcklighet samt upplevd orättvisa i arbetsfördelningen och leder ofta till ökning i sjukfrånvaron, utbrändhet samt byte av arbetsplats (Aiken et al. 2011, Svenson & Edland 2013). En ojämnt fördelad arbetsmängd på avdelningen kan orsaka spänningar bland personalen, vilket har en negativ inverkan på arbetsmiljön. Ett flertal studier som utförts i ämnet pekar alla mot det faktum att såväl vårdmiljön som patienternas vårdtyngd samt den tillgängliga vårdresursen inverkar på patientutfallet (Kalisch et al. 2009). Med en för stor arbetsbelastning för sjukskötare ökar antalet felbehandlingar och misstag i vården (Akien et al. 2014, Cho et al. 2015, Fagerström et al. 2018).

Kostnadsfrågor är alltid relevanta i beslutsfattande gällande personalstorlek och personalens användningsgrad. Däremot är kostnaderna för överbelastning av personalen och felanvändning av personalresurserna inte alltid lätta att uppskatta. Kostnaderna för felbehandling och möjligen förlängda sjukhusvistelser till följd av överbelastade vårdare är heller inte lätt att uppskatta som en linjär företeelse. Om skötarnas arbetstyngd är för stor ökar antalet misstag och nära misstag i vården (Akien et al. 2014, Cho et al. 2015, Fagerström et al. 2018). De finansiella påverkningarna härrör sig till att befintlig arbetskraft inte används ändamålsenligt samt att brist på vårdpersonal inte nödvändigtvis konstateras eller åtgärdas. Finansiella besparingar som resulterar i sänkt vårdkvalitet, förlängd vårdtid, samt potentiell felbehandling kan inte försvaras. Konsekvenserna för patienten kan vara betydande: ökat lidande, förlängd vårdtid, behov av ytterligare ingrepp och även grov patientskada med fatalt utfall. (Malmister 1999) Därmed är det viktigt att inse att finansiella besparingsåtgärder som resulterar i patientskada även medför betydande finansiella förluster.

Vårdpersonalen har en avgörande roll i hälsovårdstjänsternas verksamhet. Allt sjukare patienter kan erbjudas ändamålsenlig vård i och med kompetent vårdpersonal och avancerade vårdmetoder. Denna utveckling ökar vårdens intensitet och vårduppgifter och bidrar således till en mer komplex vårdverklighet. (Pitkäaho 2011) Utmaningarna inom vården ökar också i och med den stigande arbetskraftsbristen inom vårdbranschen då nästan en tredjedel av vårdarbetarna, primär- och närvårdare samt sjukskötare, inom kommunala sektorn gått i pension under åren 2010–2020 (Halmeenmäki 2009). KEVAs (tidigare Kommunernas Pensionsförsäkring) prognos för åren 2020–2039 visar på att detta är en fortgående trend. Under de kommande tio åren kommer ytterligare en tredjedel av kommunalt anställda när- och primärvårdarna samt en fjärde del av de kommunalt anställda sjuksköterna att pensioneras. (Sohlman 2020) Detta indikerar att de reformer och den utveckling som krävs inom hälso- och sjukvårdsorganisationerna bör ha ett klart fokus på personalledning och personalpolitik. För att kunna möta kraven på hälso- och sjukvård är det avgörande att personalen är motiverad samt ändamålsenligt utbildad. (Buchan 2004)

De undantagstillstånd som inleddes under våren 2020, i och med Covid 19-epidemin, ställde fördelningen av vårdpersonalresursen inför ytterligare utmaningar då patient-

materialet inom vården och i synnerhet inom intensivvården ökade kraftigt. De specialåtgärder som vidtagits i form av kohortvård och nya intensivvårdsavdelningar samt utökning av vårdpersonalen, förstärker utmaningarna och betydelsen av vårdpersonalresursens fördelning. Kompletterande personal från andra avdelningar snabbutbildades för att de skulle kunna anta nya arbetsuppgifter i de förändrade förhållandena. Detta förstärker vidare vikten av att tillräcklig kompetens måste beaktas då den tillgängliga vårdpersonalen fördelas.

Denna studie har gjorts som ett beställningsarbete för avdelning U2, brännskadecentrum och intensivvård, på Jorvs sjukhus. Studien fördjupar sig i hur skiftesansvariga sjukskötare på en stor och mångsidig avdelning hanterar fördelningen av vårdpersonalresurserna. Genom intervju kartläggs skiftesansvariga sjukskötares beslutsfattande kring fördelningen av vårdpersonalen. Intervjuerna kompletteras därefter med dokumentanalys som innefattar ett utvärderingsformulär som fylls i av skiftesansvariga sjukskötare.

## **2 BAKGRUND**

I detta kapitel beskrivs avdelningen där studien utförs för att klargöra och betona avdelningens särdrag. Vidare ges en beskrivning av skiftesansvariga sjukskötare och deras uppgifter samt en beskrivning av hur fördelningen av vårdpersonalresursen utförs. Vid resursfördelningen tillhandahåller en skiftesansvarig skötare en samling information som styr resursfördelningen. Vad denna information består av och hur den erhålls beskrivs också i detta kapitel.

### **2.1 Centrala begrepp**

Begrepp som är centrala för detta arbete beskrivs nedan för att klargöra i vilket sammanhang dessa begrepp används i detta arbete.

#### *Skiftesansvariga sjukskötare*

Enligt Helsingfors och Nylands sjukhusdistrikts delegationsbeslut 7.2.2010 (HUS dele-gaatiopäätös, 2010) bör varje avdelning, för varje arbetsskift ha en utnämnd ansvarig

sjukskötare som ansvarar för vårdarbetet utanför tjänstetiden. Varje arbetsskift bör ha en skiftesansvarig sjukskötare som är utnämnd av avdelningsskötaren. Den skiftesansvariga sjukskötaren ska vara bestämd på förhand, utmärkt i arbetsskiftsplanen och i kännedom av alla närvarande under arbetsskiftet. (HUS delegaatiopäätös 2010)

Under ett arbetsskift ansvarar skiftesansvariga sjukskötare för effektiv ledning, ledning av praktiskt arbete, situationshantering samt stöd och handledning av personalen (Kovanen 2012). Skiftesansvariga sjukskötare bör inneha kunskap på kompetent nivå, då deras uppgifter omfattar koordineringen av vården, säkrandet av avdelningens verksamhet och kontinuiteten av patienternas vård. Den skiftesansvariga sjukskötaren är en del av det interprofessionella vårdteamet. (Kotila & Ylikukkonen 2016)

En skiftesansvarig sjukskötare ansvarar dock inte för andra vårdares arbete. I de av Finland sjuksköterskeförbund rf (1996) fastställda etiska riktlinjerna för sjukskötare bär varje sjukskötare personligen ansvar för sitt arbete. ”Sjukskötaren ansvarar personligen för det vårdarbete hon utför. Hon bedömer sin egen och andras kompetens när hon åtar sig uppgifter och fördelar sådana till andra.” (Finlands sjukskötarförbund rf 1996)

Motsvarande termer för ansvarig sjukskötare som förekommer i litteraturen:

Engelska: Nurse in Charge, Charge Nurse, Shift Nurse

Finska: vuorovastaava (sairaanhoitaja), vastuuhoitaja, vastaava hoitaja

### *Vårdtyngd*

Vårdtyngd härleds i detta arbete från engelskans “nursing intensity” (NI) och vårdarnas arbetsbelastning motsvaras av “nursing workload” (NWL). Enligt Finsk-svensk ordlista i hälso- och sjukvård (2008) motsvaras “vårdtyngd” av finskans “hoitoisuus”.

I en koncept analys av Nursing Workload (Alghamdi 2016), förekommer fem huvudkategorier för vårdtyngdens egenskaper i litteraturen. Dessa fem kategorier är den använda vårdartiden, vårdarens kompetensnivå, tyngden av den direkta patientvården, den fysiska ansträngningen samt vårdens komplexitet. (Alghamdi 2016)

## Vårdtyngdsmätare

Eftersom definitionen av konceptet ”arbetsbelastning” redan i sig är utmanande och saknar en allmänt accepterad definition, blir det även mera utmanande att bestämma hur arbetsbelastningen mäts. Det finns nästan lika många sätt att mäta arbetsbelastningen som det finns arbeten som behöver ett mätinstrument. (Miller 2001)

För att garantera en tillräcklig mängd skötare för vården av patienterna finns det flera faktorer att beakta då avdelningen bemannas. Den givna personalmängden i sig förser inte personalledningen med information om hur arbetsbelastningen bör fördelas mellan vårdarna. Patientantalet och arbetsbelastningen, patienternas vårdtyngd, ändras konstant och för att underlätta beslutsfattandet i denna process behövs verktyg för att stöda arbetsfördelningen. (Sir et al. 2015) Med vårdtyngdsmätare menas i detta arbete kategorisering av patienter utgående från vårdintensitet och arbetsbelastning. Patienternas vårdtyngd visar således på patienternas behov av vårdpersonal.

## 2.2 Avdelning U2

I januari 2016 kombinerades Finlands nationella brännskadecentrum (tidigare beläget i HUS Tölö sjukhus) med den allmänna intensivvårdsavdelningen på Jorvs sjukhus. Detta blev avdelning U2, brännskadecentrum och intensivvård, och är belägen på Jorvs sjukhus inom HUS Helsingfors Universitetssjukhus. På avdelningens intensivvård vårdas allmänintensivvårdspatienter samt brännskadepatienter i behov av intensivvård. Avdelningens bäddvårdsavdelning är ämnad för brännskadepatienter samt andra patienter med betydande hudskador. Avdelningens polikliniska mottagning behandlar förutom brännskadepatienter även andra plastikkirurgiska patienter som kräver den expertis som avdelningens plastikkirurger erbjuder.

Brännskadecentret bär nationellt ansvar för specialsjukvården av brännskadepatienter och är Finlands enda brännskadecentrum. Vården av brännskadepatienter är omfattande, med ett stort interprofessionellt vårdteam samt ett starkt fokus på rehabilitering. Avdelningens allmänintensivvårdsplatser är ämnade för patienter från Helsingfors och Nylands sjuk-

vårdsdistrikt. Intensivvårdsavdelningens patienter är huvudsakligen jourartade och avdelningens intensivvårdsplatser kompletterar de intensivvårdsplatser som finns på HUS Mejlans sjukhus.

Intensivvårdsavdelningen har tolv bäddar varav fyra är i isoleringsrum. Isoleringsrummen är ämnade för immunsuppressiva patienter, så som brännskadepatienterna, eller för patienter med smittorisk, som antas bära eller bevisligen bär på smittosamma mikrober. Bäddavdelningen har åtta bäddplatser var av fyra är i isoleringsrum. Avdelningens poliklinikmottagning fungerar i utrymmen som är kombinerade med bäddvårdsavdelningen. Poliklinikmottagningen är öppen på vardagar under tjänstetid. Avdelningen har en vårdpersonal på ca 85 vårdare. Detta är en betydande ökning då de två sammanslagna avdelningarna tidigare hade en personal på ca 30 vårdare var. Dessa 85 vårdare fördelas på hela avdelningen innefattande intensivvårds och bäddvårdsavdelningen samt polikliniken.

Under de dryga fyra år som avdelningen varit verksam har den maximala intensivvårds kapaciteten varit ca åtta till tio intensivvårdspatienter samt sex till åtta bäddvårdspatienter. En viss flexibilitet kan tillämpas på bäddvårdspatienterna, som i vissa fall vårdas i isoleringsrum på intensivvårdssidan, i övergångsstadiet mellan intensivvård och bäddvårdsavdelningen. Det patientantal som avdelningen klarar av att vårda är beroende av vårdpersonalens antal samt antalet intensivvårds-isoleringsrum som är i användning. Utöver detta måste patienternas vårdtyngd beaktas samt även personalens kompetens i olika arbetsskift.

I och med att vårdpersonalen är stor och enskilda vårdare innehar varierande kunskap och kompetens, är det utmanande att fördela vårdpersonalresurserna. Det finns få avdelningar i Finland med liknande uppsättning som den på U2. Patientmaterialet är mycket varierande och sträcker sig från allmän intensivvård till poliklinisk vård. I och med denna breda uppsättning kräver det bra koordinationsförmåga för att kunna fördela vårdpersonalresurserna på ett effektivt sätt. Samtidigt är det också viktigt att arbetsuppgifterna fördelas så rättvist och jämnt som möjligt bland vårdpersonalen. Detta kräver kännedom om olika vårdares kompetens och möjlig specialkunskap, men också individuella vårdares restriktioner eller brist på kompetens inom något område.

## *Den dagliga fördelningen av vårdpersonalresursen på avdelning U2*

Som grund för personalresursen ligger avdelningens vårdpersonal, fastanställda och korttidsanställda. Den dagliga personalresursen för morgon-, kväll- och nattskiftena bestäms genom arbetsskifteslistor. Den tillgängliga personalen fördelas mellan morgon, kväll och nattskift samt möjliga skolningar och andra för avdelningens verksamhet nödvändiga utvecklingsprojekt.

Vid planeringen av arbetsskiftet på U2 bör vårdarnas olika kompetenser beaktas för att säkra en tillräcklig kompetens i varje arbetsskift. De kompetenser som bör beaktas vid planeringen av skiftesbemanningen är dialyskompetens, kompetens i vård av brännskador, MET-kompetens (MET från engelska Medical Emergency Team), kompetens för skiftesansvarighet, samt poliklinikkompetens. Kompetensen i de olika områdena innehas endast av en del av personalen, vilket bidrar till att dessa särskilt måste beaktas i skiftesbemanningen.

Vid planeringen samt slutföringen av arbetslistorna har den tillgängliga personalresursen en betydande inverkan på skiftesbemanningen. Under vissa perioder kan inte den riktiga minimipersonalbemanningen uppnås. Detta utgör en utmaning under semesterperioden samt då flera helgdagar infaller på samma arbetslista. I dessa fall måste skiftesbemanningen för morgon-, kväll, och nattskiftena jämt reduceras. Är personalbemanningen generellt låg under en längre period kan det vara tvunget att s.a.s. ”stänga” bäddar på avdelningen, för att kunna säkra att de patienter som vårdas på avdelningen får säker och högkvalitativ vård.

Då arbetslistorna slutförts görs s.k. daglistor där bemanningen för varje skift är listad med skötarens namn samt kompetens. Daglistorna innehåller information om dagens möjliga skolningar och annat program som påverkar vårdpersonalens närvaro på arbetsfältet.

Fördelningen av vårdpersonalen sker på en magnetavla där avdelningens patienter tilldelas en sjukskötare, när- eller primärvårdare. Patienter som vårdas i isoleringsrum kräver ofta en större resurs än de som vårdas i öppna salar där en sjukskötare lättare kan hålla uppsyn över flera patienter samtidigt. Resursfördelningen för följande dag görs oftast under morgonturen. Under kvälls- och nattskiftet kan dock justeringar göras då situationen

på avdelningen ändras. Två dagars resursfördelning är synlig åt gången, den aktuella dagen och följande dag.

### *Beskrivning av den skiftesansvariga sjukskötarens uppgifter*

Den dagliga fördelningen av vårdpersonalresursen har under de senaste 10 åren skiftat från avdelningens förmän till skiftesansvariga sjukskötare. Att ha skiftesansvariga sjukskötare är relativt nytt och deras uppgifter på olika avdelningar är varierande, beroende på avdelningens karaktär och behov. Det är dock klart att deras insats är mycket viktig och förstärks då snabba och oväntade förändringar sker under arbetsskiftet. För att minska på de variationer som framkommer i olika individers förfaranden som skiftesansvariga, har regler, instruktioner och en uppgiftsbeskrivning gjorts bl.a. inom HUS Helsingfors universitetssjukhus. (Hietaranta et al. 2011)

På avdelningar där verksamheten pågår dygnet runt jobbar skiftesansvariga sjukskötare i alla skiftet. De skiftesansvariga bär ansvaret för avdelningens funktion utanför tjänstetiden och måste känna till vårdpersonalen och i vilka uppgifter de är fördelade. Vid förändringar i arbetsuppgifter och överraskande förändringar i vården måste de fatta beslut om eventuell omfördelning av arbetsuppgifterna och även då vara väl bekant med personalens kunskap och kompetens. (Kotila & Ylikukkonen 2016)

På avdelning U2 har följande uppgifter tilldelats den ansvariga sjukskötarens:

Den skiftesansvariga sjukskötarens ska koordinera vårdarbetet, svara för en ostörd och säker verksamhet på avdelningen samt säkerställa patienternas kontinuerliga vård och säkerhet i alla situationer. Vid plötsligt bortfall av vårdpersonal tar den skiftesansvariga skötaren hand om förvärvandet av ersättande vårdpersonal, i de fall avdelningens verksamhet kräver det. Den skiftesansvariga sjukskötarens fungerar i samarbete med avdelningens läkare och vid behov med ansvariga sjukskötare på andra avdelningar. Den skiftesansvariga sjukskötarens ansvarar för att patienternas vård, där patienternas placering sker enligt på sjukhuset överenskommen praxis. Vidare ansvarar den skiftesansvariga sjukskötarens för att avdelningens fysiska utrymmen snabbt återställs till arbetsskick vid avvikande situationer som vattenskada. Vid nödsituationer eller undantagsförhållanden

fungerar den skiftesansvariga sjukskötaren enligt avdelningens eller sjukhusets instruktioner och organiserar vid behov rekryterandet av ersättande personal.

Den skiftesansvariga sjukskötarens arbetsuppgifter är mycket utmanande och kräver därför erfarenhet och kompetens av sjukskötaren. I arbetet måste man behärska och styra verksamheten under snabba förändringar och oförutsägbara förhållanden. Man ska kunna uppskatta helheten, inneha en bra organisations- och beslutsfattningsförmåga samt känna till vårdarnas kompetens och stöda dem. (Kotila & Ylikukkonen 2016) Även om en del beslut fattas med intuition, beaktar individen även då en mängd information som situationen och händelserna erbjuder samt som individen känner till från tidigare (Lauri et al. 1998). Det är viktigt att komma ihåg att vårdarens självständiga uppskattning av situationen bör få utrymme i tankeprocessen, för att hen skall kunna fatta det beslut som varje enskild situation kräver.

För att klara av de ständigt växande utmaningarna i arbetet ska en skiftesansvarig sjukskötare erhålla tillräcklig skolning och introduktion till arbetsuppgifterna. För att kunna fungera i rollen som skiftansvarig bör sjukskötaren inneha minst 1–2 års erfarenhet samt övning och kompetens i grupparbete och interaktion. Om möjligt skulle den skiftesansvariga sjukskötaren inte ha ansvar för egna patienter och sjukhuset rekommenderas tillse tillräcklig personalresurs. (Mahlmeister 1999) I sitt mastersarbete har Anne Kovanen (2012) beskrivit skiftesansvariga skötarens kompetensområden visuellt, se bilaga 1. Kovanens modell kommer att användas i denna studie.

### **2.3 Faktorer och verktyg i fördelning av vårdpersonalresursen**

För att utföra resursfördelningen förlitar sig den skiftesansvariga sjukskötaren på sin egen kompetens samt förkännedom om personalen och verksamheten. I sitt beslutsfattande beaktar den skiftesansvariga sjukskötaren information som finns tillgänglig från olika källor. Här redogörs för en del av dessa informationskällor som finns tillgängliga för den skiftesansvariga sjukskötaren. Möjliga latent källor som kan bestå av vårdpersonalens uttalade eller outtalade åsikter och preferenser kan vara betydande, men även om dessa beaktas kan de inte redogöras för i samma utsträckning.

## *Daglistorna*

Daglistorna innehåller en stor mängd information om den tillgängliga resursen för arbetsskiftet. Förutom antalet skötare innehåller de information om skötarnas kompetens och möjliga begränsningar. Frånvaron eller byten av arbetsturer ska klart och tydligt utmärkas i daglistan som endast finns i ett original och alltid är tillgängligt för den skiftesansvariga sjukskötaren under arbetsskiftet.

Denna lista är som grund för den ansvariga sjukskötaren då arbetsskiftets resursfördelning utförs. Informationen som listan innehåller gällande olika skötarens kompetenser är mycket viktig då omfördelning av den tillgänglig vårdpersonal blir nödvändig. Den innehåller dock inte all information om avdelningens alla skötare, och en viss del mer personlig information uteblir.

Att känna till alla i personalen kan anses viktigt, men kravet blir utmanande då personalen är stor. Utanför daglistorna kan anas ytterligare information som olika individer kan beakta eller avstå från att beakta. Information som en del vårdare känner till om individer i personalen, önskemål, preferenser samt dold eller bristande kompetens kan inverka på beslutsfattande. Även fördomar och personkemi kan inverka medvetet eller omedvetet på beslutsfattandet.

## *Kommunikation*

Som del av det interprofessionella teamet på avdelningen hör kommunikationen med senior- eller jourhavandeintensivvårdsläkaren och kirurger naturligt till den skiftesansvariga sjukskötarens uppgifter. Även kommunikationen med avdelningens andra intensivvårdsläkare samt andra yrkesgrupper som deltar i vården av avdelningens patienter är av stor vikt. Information om patienttrafiken samt vilken vård och vårdkompetens avdelningens patienter är i behov av måste kommuniceras tydligt. Ifall personalresursen är överbelastad eller i risk att bli det under kommande skift, bör beslut om omfördelning av vårdpersonalen samt begränsning av bäddar diskuteras öppet.

## *Vårdtyngdsmätare*

Information som fås från vårdtyngdsmätare kan beaktas i beslutsfattandet. Det är dock viktigt att känna till vad den aktuella vårdtyngdsmätaren mäter och kunna använda denna information på ett ändamålsenligt sätt. Att kunna mäta patienternas vårdtyngd med verk- lighetstrogna resultat är en utmaning. Ett sådant resultat kräver att flera synvinklar på patientens vård beaktas i den komplexa vårdverkligheten samt att olika patienters mätre- sultat är jämförbara sinsemellan. Någon enstaka vårdtyngdsmätare som omfattar alla syn- vinklar finns inte för tillfället. Detta innebär att de vårdtyngdsmätare som väljs för använd- ning endast avbildar en del av sanningen. De bör därför också avläsas och tolkas för det som verkligen mäts med den aktuella vårdtyngdsmätaren. (Rauhala 2008)

På avdelning U2 har en egen vårdtyngdsmätare (bilaga 2) utvecklats för att mäta patien- ternas vårdtyngd. Instrumentet beaktar patienternas stödberoende samt vårdintensitet. Ut- värderingen går snabbt och relativt lätt att utföra men är samtidigt approximativt och rikt- ningsgivande. Resultaten ges på en klar skala och är lätta att avläsa. På basen av resultatet av vårdtyngdsmätaren ger instrumentet också en uppskattning för behovet av vårdare för patienten i fråga. Detta instrument är inte validerat och kräver vidare utveckling för att öka användbarheten.

## *Stöd av förmän*

Utöver dessa hjälpmedel finns avdelningsskötare och biträdande avdelningsskötare på plats under tjänstetid. För att stärka detta stöd och förmännens närvaro, utnämns dagligen en förman till morgonskiftets stöd och kontaktperson för den skiftesansvariga sjuksköta- ren. Hur detta stöd upplevs och tillämpas borde utredas då denna praxis är nyligen införd.

## **2.4 Litteraturstudie om vårdtyngdsmätare**

För att öka förståelsen för problemen relaterade till fördelningen av personalresurser och för att fördjupa kunskaperna om de befintliga verktyg som används för att mäta vårdtyng- den genomförde skribenten en systematisk litteraturstudie 2019. Litteraturstudien utför-

des som ett projektarbete där studier och avhandlingar, som behandlade olika vårdtyngdsmätare och deras användbarhet i fördelningen av vårdpersonalresursen granskades. I detta kapitel lyfter jag kort fram resultaten av denna litteraturstudie.

Ett återkommande problem är att de befintliga verktygen för att uppskatta patienternas krav på vård och skötarnas arbetsbelastning inte representerar verkligheten på ett korrekt sätt. Fördelningen av arbetskraften på en avdelning upplevs ojämn och orättvis och stöder inte patientsäkerheten samt bidrar till att vårdkvaliteten kan lida.

Brist på personal och ännu viktigare, brist på kompetent personal är också utmanande att mäta i siffror. Detta märks speciellt om denna brist inte kan relateras till en pålitlig uppskattning av patienternas vårdtyngd och således vårdarnas arbetsbelastning samt kraven på kompetent vårdpersonal. Personalens missnöje ökar till följd av överbelastningen, känslan av otillräcklighet samt den upplevda orättvisan i arbetsfördelningen och leder ofta till mer sjukfrånvaro, utbrändhet samt byte av arbetsplats (Aiken et al. 2011, Svenson & Edland 2013).

Patienternas vårdtyngd, en överbelastad personal, personalbristen och förekomsten av felbehandlingar bildar en ond cirkel som matar sig själv om man inte lyckas bryta den. En modell på hur denna onda cirkel matar sig själv framställs visuellt i bilaga 3. Denna modell utvecklades av skribenten för ett projektarbete 2019, Vårdtyngdsmätare - verktyg och instrument för att uppskatta vårdarnas arbetsbelastning. I vissa fall är det svårt att känna igen detta fenomen innan situationen blir överväldigande. Med hjälp av validerade och för verksamheten ändamålsenliga verktyg för att mäta vårdtyngd skulle det vara möjligt att vara bättre uppdaterad om avdelningens eller organisationens situation. En aktuell och välinformerad överblick möjliggör att övervägda ingrepp i rätt tid kan vidtas för att hindra att man hamnar i en ond cirkel.

### **3 TIDIGARE FORSKNING**

Sökningarna gjordes i Academic Search Elite (EBSCO), Cinahl (EBSCO) och Pubmed med begränsning till de senaste 15 åren. Vidare begränsades sökningen till tillgänglig ”full text” samt till artiklar på svenska, engelska och finska, vilket reducerade träffarna

till sammanlagt 146. Efter granskning av titel och abstrakt valdes 21 artiklar för närmare genomgång. Sökningen i dessa databaser presenteras i tabellform i bilaga 4. Utöver dessa sökningar gjordes sökningar även i Arcada Finna samt Google Scholar med motsvarande sökord. Även genomgång av andra arbetens källförteckning ledde vidare till relevanta forskningar i ämnet. Materialet utökades med två doktorsavhandlingar och tre avhandlingar. Av dessa var en doktorsavhandling från Sverige och de andra från Finland.

### **3.1 Patientsäkerhet**

#### *Proaktiv säkerhetsledning*

För att vården ska vara säker och högkvalitativ ska den befintliga personalresursen vara tillräcklig samt fördelas så att patienternas vårdbehov tillgodoses. Med hjälp av verktyg som pålitligt och ändamålsenligt uppskattar vårdarnas arbetsbelastning, kan sjuksköterskoresursen fördelas ändamålsenligt och rättvist. Ändamålsenlig och rättvis resursfördelning möjliggör bästa effektivitet av den tillgängliga resursen samt ökar vårdarnas trivsel i arbetet. Verktygen bör kunna vara förutseende för att kunna stöda resursfördelningen. Om uppskattningen av vårdarbetets belastning görs i efterhand, fungerar informationen som statistisk data.

Reiman & Pietikäinen (2013) behandlar proaktiv ledning av patientsäkerhetsarbete genom användandet av indikatorer för patientsäkerhet. För att hjälpa ledare att vägleda systemet behövs nya indikatorer för patientsäkerhet. För ett proaktivt och patientsäkert vägledande bör fem principer beaktas:

- vägledande principer för beslutsfattande
- en miljö som stöder interaktion
- möjlighet att självorganisera
- gränser och begränsningar, men även standardrutiner (och ”barriärer”)
- målinriktad styrning

(Reiman & Pietikäinen 2013)

En säkerhetsindikator kan vara ett verktyg som förmedlar information gällande en specifik organisations prestation ur ett säkerhetsperspektiv och därigenom motiverar personalen att arbeta för patientsäkerheten och bidra till en ökning i organisationens säkerhetspotential. Indikatorerna ska kunna öka förståelsen och stöda lärandet i organisationen och inte endast bidra med data och klar evidens, även om detta kunde tilltala i och med möjligheten till jämförbarhet. Indikatorerna ska kunna stöda organisationens säkerhet genom att öka förståelsen för och stöda lärandet. För att organisationen ska utvecklas, krävs en mer proaktiv metod. (Reiman & Pietikäinen 2013) Indikatorerna för patientsäkerhet bör också kunna ses som mer än endast frånvaro av oönskade händelser, de innebär även närvaro av positiva händelser och funktioner (Hollnagel 2008). Indikatorerna i allmänhet uppfattas gärna som kvantitativa, men det är även viktigt att beakta kvalitativa indikatorer som t.ex. de anställdas oro beträffande patientsäkerheten (Reiman & Pietikäinen 2013).

### *Säkerhetskultur*

För att uppnå säkerhet bör det i organisationens finnas förmåga och vilja att förstå säkerhet, risker och förebyggande metoder. De av säkerhetskulturen skapade förhandsvillkoren omsätts i praktiken till situationer som är beroende av uppgifts- och situationsspecifika variabler: patienter, vårdpersonal, arbetsomgivning mm., med de tillhörande egenskaper som fristående aktörer har. De komplexa och dynamiska hälso- och sjukvårdsorganisationerna med dels fristående aktörer, innebär en klar utmaning i strävan efter att uppnå en bra säkerhetsnivå. (Reiman & Pietikäinen 2013)

En annan aspekt som gäller säkerhet är människan som resurs, närmare bestämt individens kapacitet att hantera tidspress (Svenson & Edland 2013). Säkerhet, tidspress och besluts kvalitet är länkade genom människans kapacitet att hantera balansen mellan de tillgängliga resurserna och pressen på att uppehålla hög kvalitet. Effekten av allvarlig tidspress påverkar beslutsfattande negativt och leder till tunnelseende, handlingsförlamning och ytlig informationssökning samt gör det svårt att skilja på relevant och irrelevant information. Vi människor innehar en viss kapacitet att anpassa oss till situationer som kräver mera resurser än vad som är oss tillgängliga med avseende på kunskap, tillgänglig

tid och psykisk energi. Då det kontinuerligt krävs mer anpassning och uttag av reservresurser leder detta till hälsoproblem, som t.ex. överansträngning och utmattningsdepression. (Svenson & Edland 2013)

Tidspressen kan således inverka negativt dels på patientens vård, patientsäkerheten och patientutfall, dels på vårdarnas välmående och trivsel i arbetet. Förutom dessa direkta effekter av tidspress på patientsäkerheten lider organisationen av personalens sjukskrivningar och ökad personalomsättning. För att åtgärda tidspressens effekt föreslår Svenson & Edland (2013) en enkel lösning: att eliminera tidspressen. Nyckelåtgärden för att förändra balansen mellan behovet av resurser och de tillgängliga resurserna är planering av resursbehovet (Svenson & Edland 2013).

### *Resursfördelning och -ransonering*

Från ett patientsäkerhetsperspektiv har det en stor betydelse ifall vård och resurserna fördelas eller ransoneras, vilket Scott et al (2018) lyfter fram. En fördelning av resurser, ur ett etiskt perspektiv, förhåller sig moraliskt neutralt i beslutet om fördelningen. Då resurserna fördelas kan alla alternativ anses vara möjliga och ingen ståndpunkt tas till huruvida resurserna är tillräckliga. Talar man om ransonering av befintliga resurser antyder detta en nödvändig "trade-off", en byteshandel, som grundar sig i att en resursbrist är underliggande i beslutsfattandet. En ransonering innebär således att en behövlig resurs är utesluten och att konsekvensen för en möjlig mottagare av ransonerad resurs är mindre optimal. (Scott et al. 2018)

Kalisch et al. (2009) lyfter även fram konceptet "utebliven vård" ("care left undone"). Detta beskriver det dilemma som vårdare ställs inför i sin strävan att förse patienten med bästa möjliga vård, när resurserna till handa är begränsade. En mängd faktorer i den komplexa vårdverkligheten kan leda en vårdare in i en pressad situation, där hen omöjligt kan fullfölja alla sina vårduppgifter. Vårdaren blir således tvungen att fördröja, kompromissa eller utelämna behövlig vård. (Kalisch et. al. 2009) Detta är ett patientsäkerhetsproblem, som är jämförbart med dold ransonering av vård (Scott et al. 2018).

### 3.2 Vårdtyngdsmätare som stöd för resursfördelningen

Det finns ett klart behov av verktyg som hjälper att förutse patienternas vårdbehov och därigenom uppnå en bättre fördelning av personalresurser. Konsekvenserna och riskerna med en icke ändamålsenlig arbetsfördelning är många och existerar på olika plan i den dynamiska vårdorganisationen. Patientsäkerheten kan äventyras och vårdkvaliteten lida om arbetsbördan blir för stor för vårdpersonalen, medan en låg arbetsbelastning inte är kostnadseffektiv. Olika patientklassificeringsverktyg används på olika avdelningar men de beskriver inte alltid tillräckligt bra patienternas vårdbehov, samtidigt som de ofta används i statistiskt syfte eller som grund för vårdavgifter.

Att uppskatta vårdarnas arbetstyngd och arbetsbelastning är ovärderligt då det är klart förknippat med effekten av vårdkvalitet och patientutfall (Larson 2017). Hög arbetstyngd bidrar till otillfredsställelse i arbetet, högre personalomsättning, utbrändhet (Akien et al. 2011) och vidare till allvarigare konsekvenser som t.ex. sänkt patientsäkerhet och vårdkvalitet samt ökad mängd oönskade vårdhändelser, allvarlig felbehandling och ökad mortalitet (Akien et al. 2014, Cho et al. 2015, Fagerström et al. 2018).

Viktigare än hur arbetsbelastningen mäts är hur mätinstrumentet används. Om arbetsbelastningen studeras i simulerade förhållanden utan tillämpning i verkligheten, blir studien värdelös. (Miller 2001) I Kaustinens (2011) studie visar det sig att uppskattningen av vårdtyngden var problematisk om verktyget inte tar i beaktande patientens individuella vårdbehov. Att uppskatta vårdarbetets tyngd och belastning genom informationssystem kan vara behändigt men det visar sig att avsaknaden av standardisering och skillnader i mätningar medför utmaningar (Kiema 2013).

Ett patientklassificerings verktyg kan lämpa sig för att styra fördelningen av vårdpersonalen på en avdelning, men är inte ensamt tillräckligt specifikt utan kräver stöd av andra indikatorer. Verktyget mäter endast utfört arbete och lämpar sig inte för att förutspå personalbehovet eller personalstrukturen. (Kiema 2013)

Kiema (2013) anser att det finns problem med åtkomsten av uppgifter ur informationssystemen och att jämförbarheten är osäker. Den tillgängliga informationen borde presenteras på ett användbart sätt med standardiserad terminologi som inte är beroende av programmet i fråga. (Kiema 2013) Då den utförda vården mäts med ett instrument, är det grundläggande att fråga om vården då verkligen motsvarar patientens individuella behov. Motsvarar inte den uppskattade vården patientens egentliga behov kan resultatet inte anses garantera en högkvalitativ vård. (Kaustinen 2011) Enligt Miller (2001) kan ett mätinstrument som verkligen mäter det som den är avsedd att mäta anses vara valid som mätinstrument. Ett tillförlitligt instrument bör fungera konsekvent och uppnå lika resultat för samma mängd arbete. (Miller 2001)

För att kunna förbättra fördelningen av sjukskötarens arbetsuppgifter och arbetsbelastning behövs fungerande verktyg med kapacitet att förutse vårdtyngden för kommande arbetsskift på givna avdelningar. Den information som ett ändamålsenligt verktyg kan generera ska sedan kunna användas i resursfördelningen av personalen. Arbetsfördelningen måste även kunna vara flexibel för att kunna adaptera sig i den dynamiska vårdverkligheten.

### **3.3 Ändamålsenlig dimensionering av vårdpersonal**

En lämpligt dimensionerad vårdpersonal klarar av att möta patienternas behov och vårdarnas kompetens och fördelning möjliggör då att de kan ge säker och högkvalitativ vård. Det är av stor vikt att dimensioneringen kan uppskattas korrekt även om den är utmanande att mäta. Mycket få verktyg lämpar sig för en daglig uppskattning av lämplig personalstyrka. Användningen av dessa verktyg är utmanande speciellt på avdelningar som vårdar akutpatienter, där patientantalet och vårdbehovet kan variera oförutsägbart. (Tuominen 2020) Att basera vårdpersonalens dimensionering på patient-vårdrelationen uppmärksammar endast antalet vårdare, inte patienternas vårdbehov eller vårdarnas kompetens. Likaså bör inses att avdelningar med lika mängd patienter per vårdare inte automatiskt kan antas innebära samma arbetsbelastning. (Kiema 2013)

Arbetsbelastningen upplevs olika av olika individer. Arbetsbelastningen bör relateras till vårdarens egen kompetens. En hög arbetsbelastning inverkar på vårdarnas mentala och

fysiska hälsa samt predisponerar för arbetsrelaterade skador. (Tuominen 2020) Tidigare forskning tyder på att en stor del av vårdpersonalen överväger att byta arbetsplats eller lämna yrket på grund av överbelastning men även på grund av brister i arbetsmiljö och vårdkvalitet på avdelningen. För att behålla vårdare och förstärka rekryteringsutsikterna bör ledningen vara uppmärksam på arbetsförhållandena inom vården. Att avdelningens patientsäkerhet anses vara stark, kan kopplas till att det finns tillräckligt med personal och resurser för att kunna ge vård av hög kvalitet. (Smeds 2019)

En avdelnings behov av vårdpersonal påverkas och styrs av flera olika faktorer som t.ex. avdelningens egenskaper, vårdledningen, patienternas vårdbehov, vårdperiodens längd och vårdarnas kompetens. Hur dessa mäts eller uppskattas kan variera beroende på den modell som används. Genom att använda gemensamma identifikationskoder på faktorerna i beslutsfattandet, möjliggör man att effekten kan uppföljas och beslutsfattandet blir mera bevisbaserat. (Kiema 2013)

## **4 TEORETISK REFERENSRAM**

### **4.1 Teori för beslutsfattande**

I litteraturen påträffas ett stort antal teorier och modeller om beslutsfattande var av de tidigaste har sitt ursprung på 1600-talet. Det finns många olika sätt att närma sig beslutsfattande, vilket har resulterat i ett flertal olika teorier. Olika akademiker inom filosofi, psykologi, samhällsvetenskap, ekonomi och socialvetenskap har utvecklat sina egna teorier om beslutsfattande. (Hansson 1994)

Simon (1997) lyfter fram faktorer som påverkar en individs rationella beslut och vidhåller att en människa strävar efter att fatta beslut som tillfredsställer det egna sinnets begränsningar. De tre faktorer som påverkar individens resonemang är: brist på information, kognitiv begränsning och begränsad tidsfrist. Brist på information uppstår när individen inte innehar eller är medveten om information som skulle bidra till ett optimalt beslutsfattande. Kognitiv begränsning grundar sig i människans tendens till fördomar och partisk-

het samt hennes begränsningar i att hantera all komplex, tillgänglig information. Den begränsade tiden är alltid närvarande i mänskligheten. Beslut fattas ofta under tidspress på grund av situationers brådskande karaktär och nödsituationer. (Simon 1997)

I detta arbete kommer jag att fokusera på de teorier om beslutsfattande som Lauri et al. (1998) beskriver, med både de analytiska och intuitiva tankeprocesserna. Dessa tankeprocesser och teorier kommer att beaktas i analysen av insamlade data, eftersom dessa tankeprocesser är aktuella i det beslutsfattande som utförs i dagligt vårdarbete. Simons modell för beslutsfattande, som ligger som grund för flera andra teorier om beslutsfattande, beskriver bra de fundamentala begränsningarna människor har gällande beslutsfattande och medverkar i detta arbete närmast för att beskriva de mänskliga dragen i beslutsfattande.

Lauri et al. (1998) lyfter fram två tankeprocesser, den analytiska och den intuitiva, som de dominerande gällande beslutsfattandet inom vården. Viktigt att nämna är också att de analytiska och intuitiva tankeprocesserna inte utesluter varandra. (Lauri 1998)

Lauri et al. (1998) presenterar två variationer av den analytiska tankeprocessen, den rationella och den informativa. I den rationella tankeprocessen insamlas och analyseras information. Beslutsfattandet fortskrider i en steg-för-steg-process. Den rationella tankeprocessen lämpar sig för beslutsfattande i specifika och begränsade frågor. Eftersom man i den rationella tankeprocessen fokuserar på detaljer kan beslut som innefattar större helheter dock innehålla fel. Den informativa tankeprocessen kallas även problemlösningsprocessen. I denna tankeprocess görs först en systematisk informationssökning där man söker olika ledtrådar gällande problemet eller ämnet. Utgående från ledtrådarna bildas olika hypoteser eller antaganden. Hypoteserna testas, varefter de antingen godkänns eller förkastas. (Lauri et al. 1998)

I den intuitiva tankeprocessen definieras intuition som omedveten och medveten intellektuell verksamhet. Processen innebär en snabb uppskattning av helheten samt en insikt av det väsentliga problemet eller problemen. Utmaningen med ett intuitivt beslut är att det i helheten kan vara rätt men på detaljnivå är beslutet ofta ospecifikt och kan därför innehålla felaktigheter. (Lauri et al. 1998)

Lauri et al. (1998) beskriver beslutsfattande som ett resultat av en tankeprocess. Grunden för beslutsfattandet ligger i beslutsfattarens kunskap om det fenomen som behandlas. Enligt studier om beslutsfattande används analytiska och intuitiva tankeprocesser samt kombinationer av dessa. Beslutsteorier där dessa kombineras kallas analytisk-intuitivbeslutsteori. Lauris och kollegernas ”*Hoidollinen päätöksenteko*” är en analytisk-intuitivbeslutsteori som utvecklats för att beskriva beslutsfattande i vården. (Lauri et al. 1998)

I den analytisk-intuitiva beslutsteori ingår följande utgångspunkter: 1) den mänskliga beslutskapaciteten har begränsningar, t.ex. i form av begränsad tillgång och inverkan på information om problemet, 2) att lösa problem som angår människor innehåller alltid osäkerheter, 3) de praktiska beslutssituationerna är mycket olika och sällan entydiga och klara samt 4) problemets karaktär och problemmiljön inverkar på tankeprocessen i beslutsfattandet. (Lauri et al. 1998)

## 5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

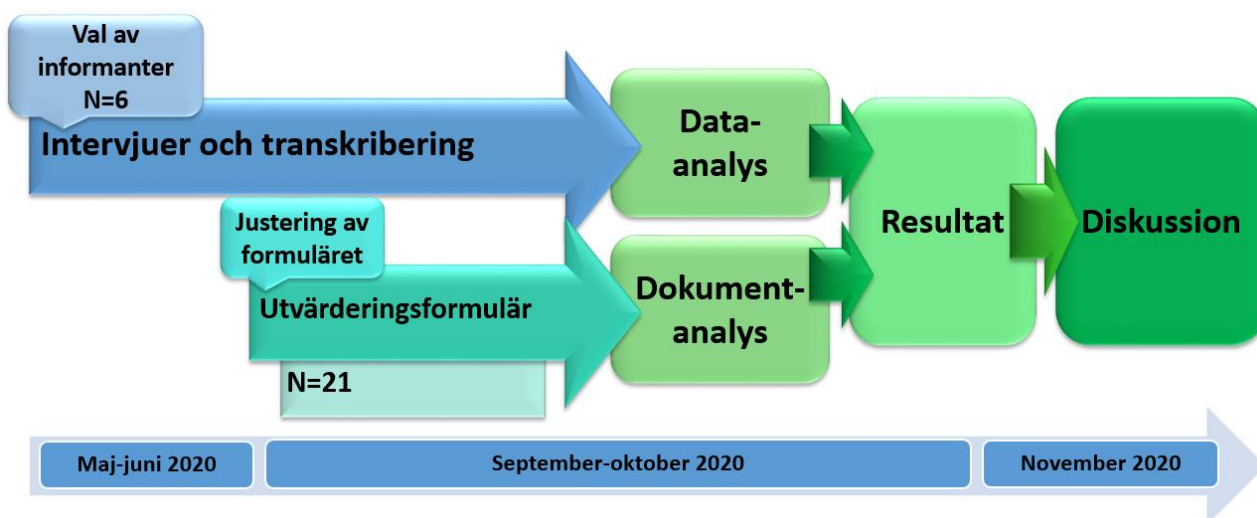
Syftet med studien är att uppnå förståelse om den tankeprocess en skiftesansvarig utför och vilka faktorer som starkast påverkar besluten kring resursfördelningen. Genom förståelse för hur de skiftesansvariga utför resursfördelningen och de resultat som stiger fram i studien är syftet att kunna utveckla klarare direktiv för resursfördelningen. Med de insikter studien ger, ska stödet för de skiftesansvariga förbättras och därigenom minska deras upplevelse av stress. Målet är också att öka personalens förståelse för arbetsprocessen och utmaningarna med resursfördelningen, för att minska upplevelsen av orättvisa i resursfördelningen. Därigenom ökar patientsäkerhet och vårdkvalitet i vårdarbetet samt arbetstillfredsställelse bland personalen.

Studiens frågeställningar är följande:

1. Vilka faktorer påverkar beslutsfattandet vid fördelningen av personalresursen?
2. Vilken prioritering görs mellan de olika faktorerna som påverkar beslutsfattande?
3. Vad är de skiftesansvariga sjukskötarens behov av stöd i fördelningen av personalresursen?

## 6 METOD

Studien utförs som en kvalitativ studie med intervjuer samt ett utvärderingsformulär. För att uppnå en förståelse om de ansvariga sjukskötarens arbete och beslutsfattande gällande resursfördelningen utförs sex semi-strukturerade intervjuer med sjukskötare som jobbar som ansvariga sjukskötare på avdelning U2. Intervjuerna kompletteras med en dokumentanalys i form av utvärderingsformulär gällande tankeprocessen efter utförd fördelning av sjukvårdspersonalresursen. Metoddesignen framställs i figur 1 för översikt.



Figur 1. Metoddesign med tidsaxel

Valet av en semi-strukturerad intervju möjliggör att intervjun kan flyta tämligen fritt och att informanten får berätta med egna ord om sin upplevelse och erfarenhet. Intervjuprocessen är flexibel, med vikt på informantens uppfattning av frågorna. Situationerna kan beskrivas enligt det informanten upplever är viktigt i händelser, mönster och beteenden. (Bryman 2002)

I en semi-strukturerad intervju, kallas även intervju med öppna frågor, har öppna frågor fastställts i en intervjuguide. Frågorna eller frågeområdena som ska behandlas kan förekomma i valfri ordning under olika intervjuer. Samtliga områden eller frågor ska dock behandlas. (Henricsson 2012, Bryman 2002) I en öppen intervju är ämnesområdena löst definierade och förflyttningen till följande ämne sker på informantens villkor (Hirsjärvi & Hurme 2001). I den halvstrukturerade intervjun strävar skribenten efter djup i svaren

och förklaringarna för att uppnå en djupare förståelse i ämnet. Intervjuguiden byggs upp för att säkra att vissa specifika teman behandlas i intervjun. Forskarens huvuduppgift är att fördjupa informanternas svar samt bygga vidare på intervjun genom de givna svaren (Hirsjärvi & Hurme 2001). Den semi-strukturerade intervjun har intervjuguiden som stöd men tanken är att tillåta en så avspänd diskussion som möjligt, som kan flyta vidare på informantens villkor. Intervjuguiden kan ses i bilaga 5.

En testintervju utfördes för att testa intervjuguiden samt för att förbereda skribenten för intervjutillfällena. Testintervjun fortlöpte smidigt och intervjuguiden samt frågorna i intervjuguiden förstods bra av testinformanten. Skribenten upplevde att intervjuguiden åstadkom en bra dialog samt genererade tillfredställande svar relaterat till studiens syfte. Inga justeringar av intervjuguiden ansågs nödvändiga.

För att vidare utveckla förståelsen kring beslutsfattandet gällande resursfördelningen utfördes en dokumentanalys. Kombinationen av olika datainsamlingsmetoder kan förväntas ge en större bredd och variation i det empiriska materialet och en djupare förståelse av det studerade fenomenet. Med en dokumentanalys kompletteras intervjuundersökningar på ett fördelaktigt sätt och möjliggör en mer fullständig förståelse av det som studeras. Kombinationer av olika metoder ökar undersökningens värde. Dessa två metoder kan ge resultat som konstaterar samma fenomen, men det kan likväl ge avvikande resultat. Även om resultaten inte stämmer överens, behöver det inte innebära att utfallet inte stämmer, utan kan istället betyda att man lyckats omfatta varierande synvinklar på fenomenet som annars kunde blivit dolt. (Simonsson et al. 1998)

## **6.1 Datainsamling och innehållsanalys**

### **Intervjuer**

#### *Val av informanter*

För att uppnå djup i intervjuerna är det viktigt att valet av deltagare i intervjuerna inte görs slumpmässigt utan att enstaka informanter väljs ut med eftertanke. (Hirsjärvi & Hurme 2001) Av de 85 vårdare som är anställda på U2 har 26 sjukskötare kompetens

samt fått skolning för att fungera som skiftesansvariga sjukskötare. För att göra studien så objektiv som möjligt valdes informanterna av avdelningens ena avdelningsskötare.

Avdelningsskötaren kontaktade personligen de sjukskötare som ansågs bäst lämpliga för deltagandet i intervju, beaktande en spridning i ålder och erfarenhet inom yrket samt som skiftesansvariga sjukskötare. De tillfrågade sjuksköterna tilldelades information om studien samt om deras roll som deltagare genom ett informantbrev. Deltagande i intervjuerna var frivilligt och deltagandet kunde avbrytas när helst de ville. Samtliga tillfrågade valde att delta i studien. Informantbrevet till intervjustudien finns som bilaga 6.

Sex intervjuer utfördes mellan den 26.5.-1.6.2020 i ett reserverat mötesrum på sjukhuset. Intervjuerna utfördes under informanternas arbetstid, i de flesta fall i början eller slutet av deras arbetsskift.

Informanterna var i åldern mellan 30 och 41 år, med erfarenhet inom yrket från fem till 17 år. Alla hade minst två års erfarenhet som skiftesansvariga på U2, medan vissa varit skiftesansvariga sedan avdelningen grundades i januari 2016. Alla informanter hade även erfarenhet av att fungera som skiftesansvariga på annan avdelning från tidigare. Samtliga informanter var kvinnor, men det bör nämnas att alla skiftesansvariga sjukskötare på avdelningen under tiden för studien var kvinnor. Alla intervjuerna utfördes på finska, vilket var samtliga informanternas modersmål.

För att säkra informanternas konfidentialitet, tilldelades informanterna ett nummer i början av intervjuerna och deras namn nämndes inte under intervjuerna. Intervjuerna bandades in på en Yamaha, Pocketrak PR7 som lämpade sig väl för ändamålet. Ljudfilerna med intervjuerna raderas från apparaten efter att studien slutförts och sparas inte på något annat underlag.

## **Utvärderingsformulär**

För att vidare förtydliga de skiftesansvariga sjuksköternas tankeprocess i beslutsfattandet i resursfördelningen utvecklades ett utvärderingsformulär. Utvärderingsformuläret baserades på Kovanens (2012) modell för *skiftesansvarigas expertisområden* (se bilaga

1), samt på de beslutsfattnings teorier (Lauri et al. 1998) som presenteras i den teoretiska referensramen.

Efter att en första analys utförts på intervjudata, justerades utvärderingsformuläret för att stärka dess kapacitet att lyfta fram väsentlig information gällande beslutsfattandet i resursfördelningen. Justeringen av utvärderingsformuläret innebar att fyra öppna frågor tillades för att möjliggöra en djupare förståelse av tankeprocessen hos den skiftesansvariga. Utvärderingsformuläret finns som bilaga 7.

Att fylla i formuläret bör vara lätt att utföra samt kännas viktigt för informanten. Detta är viktigt för att säkra att uppgiften utförs, samt att den utförs med eftertanke för att få högkvalitativa svar. Om inte uppgiften anses betydelsefull är det sannolikt att den blir ogjord eller görs i all hast. Det är därför viktigt att tydliggöra värdet av informanternas svar och studiens syfte.

Utvärderingsformuläret introduceras för de skiftesansvariga sjukskötarna på avdelningen i slutet på augusti på ett informationstillfälle för skiftesansvariga. Eftersom endast en del av avdelningens skiftesansvariga sjukskötare kunde närvara skickades samtliga skiftesansvariga sjukskötare information om formuläret på e-post samt via Yammer, (intern informationskanal). Informationen gällande formuläret bestod av ett informantbrev (se bilaga 8) samt en kort beskrivning av tidsperioden och instruktioner för när formuläret bör fyllas i.

Utvärderingsformuläret fylldes i av den sjukskötare som under den aktuella dagen fungerade som skiftesansvarig och utförde resursfördelningen. Då resursfördelningen slutförts utvärderade den skiftesansvariga sjukskötaren sin arbetsprocess och sitt beslutsfattande genom att fylla i formuläret. I de öppna frågorna kunde informanten lyfta fram specifika aspekter som påverkat den aktuella dagens resursfördelning.

Formuläret var ämnat för att utvärdera den aktuella dagens fördelning av vårdpersonalresursen vilket i regel utförs en gång om dagen. Skribenten var närvarande på avdelningen i början av utvärderingsformulärets period. Skribenten var även tillgänglig per telefon för möjliga frågor under tiden för utvärderingsformuläret.

Utvärderingsformulären fylldes i under en fem veckors period, 31.8.-4.10.2020 och 21 ifyllda formulär erhöles. Ursprungligen avsågs en period på fyra veckor för ifyllnaden av utvärderingsformulär, men perioden förlängdes med en vecka då antalet erhållna svar efter nära på fyra veckor visade sig låg. Under den förlängda tiden har skribenten dagligen varit i kontakt med skiftesansvariga under morgonskiftet för att påminna om utvärderingsformuläret. Det bör åter påpekas att deltagandet i studien alltid varit frivilligt och deltagarna inte pressats till att delta. Fördelen med att delta i studien har dock framförts i informantbrevet där syftet för studien lyfts fram.

### *Inverkan av Covid-19*

Den avvikande period som orsakades av COVID-19 epidemin under våren 2020 innebar stora förändringar på avdelningen. Undantags tillfället inträffade just innan intervjuerna utfördes och vid tiden för intervjuerna hade avdelningen nyligen återgått till normalt läge. I vissa fall framkom det att denna avvikande period påverkat informanternas svar. Samtidigt visade det sig att den avvikande perioden även bidragit med ett nytt perspektiv samt vissa förändringar i verksamheten.

Under den fem veckors period från 31.8.-4.10.2020 då utvärderingsformulären fylldes i, ökade åter antalen smittor av COVID-19 och en andra våg var på antågande. Avdelning U2 är en av de första avdelningarna inom HUS som ansvarar för intensivvården av COVID-19 patienter i och med möjligheten till isolering. Den inverkan COVID-19 epidemin haft på denna studie syns till en del i svaren men är inte överröstande. COVID-19 utgör en ny utmaning som hanteras på avdelningen, så som många andra.

### *Induktiv innehållsanalys*

Intervjuerna analyserades induktivt genom en kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys möjliggör en mer djupgående beskrivning samt tolkning av innehållet (Henricson 2012).

Intervjuerna transkriberades i sin helhet till ett Word dokument bestående av sammanlagt 50 sidor. Under transkriberingen lyssnades intervjuerna igenom upprepade gånger för att kunna återge allt tal, inkluderade möjliga tilläggs ljud som skratt och pauser av

betydelse, som innefattades i informanten svar. För att kunna skilja på de olika informanternas kommentarer färgades varje informanternas svar med en egen textfärg. Under upprepade genomläsningar belystes de delar av innehållet som var relevanta för undersökningen och forskningsfrågorna, dvs. domän plockades fram.

Domänen extraherades från texten och sorterades systematiskt, till en början i grupper som till stor del baserade sig på de ställda frågorna i intervjuerna. Tanken med denna uppdelning var att uppehålla kopplingen mellan domänen och sammanhanget i intervjuerna. Dessa utgjorde då ett dokument som bestod av 24 sidor. Domänen kondenserades sedan till meningsenheter där det väsentliga lyftes fram och utfyllnadsord från talspråk plockades bort. Skribenten pendlade konstant tillbaka till den ursprungliga transkriberade texten då meningsenheterna formades, för att förvissa sig om att kontexten motsvarar det ursprungliga.

Meningsenheterna överfördes till en Excel-fil där de kodades. Under upprepade genomläsningar enhetlig gjordes koder för meningsenheter som behandlade samma tema eller sammanhang. De meningsenheter och koder med liknande innehåll grupperades och kategorier samt subkategorier började urskiljas. Från det induktiva materialets kategorier och subkategorier steg tre teman fram som svarar på forskningsfrågorna och relaterar till studiens syfte. Materialet delades upp i tre separata Excel-filer, en för varje tema. Varje tema innefattade kategorier vars innehåll analyserades vidare för att komma åt det latent innehåll.

Då alla intervjuer utfördes på finska behandlades det transkriberade materialet på originalspråket fram till kodningen. Meningsenheterna kodades således på svenska och kategorierna samt temaområdena som koderna grupperades i, har svenska benämningar. Detta tillvägagångssätt valde skribenten för att behålla de ursprungliga kommentarerna genom hela studien. Endast de delar av texten som valdes ut att belysa resultatet i form av citat översattes till svenska.

Svaren i utvärderingsformulären behandlades i två faser. I den första fasen sammanställdes resultaten i flervalsfrågorna till diagram för att kunna överblicka resultaten. Svaren i

utvärderingsformulärets öppna frågor sammanställdes i en tabell för att kunna sammanställa svaren och hitta likheter i dem. Tabellen omarbetades så att liknande utmaningar och problem grupperades för att sedan kunna granska hur dessa åtgärdats.

Data från intervjuerna och utvärderingsformulären analyserades först skilt, resultaten jämfördes sedan med varandra för att hitta gemensamma nämnare. I analysen speglades resultaten mot den teoretiska referensramen.

## **6.2 Etiska överväganden**

Studien utfördes enligt god vetenskaplig praxis i enlighet med Forskningsetiska delegationens riktlinjer. Forskaren bör utföra studien hederligt, omsorgsfullt och noggrant så väl i datainsamlingen, dokumenteringen som presentationen. I studien tar forskaren hänsyn till andra forskares arbeten och hänvisar till deras publikationer på ett korrekt sätt. (Forskningsetiska delegationen 2013)

Skribenten handlar enligt Yrkeshögskolan Arcadas direktiv om god vetenskaplig praxis i forskningens alla skeden. Skribenten handlar i enlighet med kriterier för forsknings- och utvecklingsarbete som är etiskt hållbara i sina undersöknings-, dataanskaffnings- och bedömningsmetoder. Undersökningensresultaten publiceras med samma öppenhet och ansvarsfulla kommunikation som karakteriserar akademisk verksamhet. Skribenten tar hänsyn till etiken inom det egna yrkesområdet i forskningen.

Gällande intervjuerna samt utvärderingsformuläret tilldelades informanterna information om forskningens syfte och deras rättigheter i studien genom informantbrev samt muntligen vid intervjutillfället. I och med att informanterna i studien är anställda vid Helsingfors och Nylands sjukvårdsområde (HUS) krävdes ansökning samt godkännande av forskningslov från organisationen. Forskningslovet beviljades i 19 maj 2020.

Skribenten har tagit i beaktande hur denna forskning kan inverka på de informanterna som intervjuas. Informanternas integritet och konfidentialitet beaktades i forskningens alla skeden. Informanterna gav sitt medgivande till deltagande i forskningen genom for-

mulär för informerat samtycke. Informanterna hade rätt att åtra sitt samtycke till forskningen när helst de vill. (Hirsjärvi & Hurme 2001) Informerat samtyckeformulär finns som bilaga 9.

## **7 RESULTAT**

I resultatdelen presenteras först resultaten i intervjuerna. Där efter presenteras resultaten från utvärderingsformulären. Till slut görs en sammanfattning av resultaten.

### **7.1 Intervjuerna**

Resultaten i intervjuerna presenteras enligt de tre teman som steg fram i analysen av materialet. Dessa tre teman är Faktorer, Stöd och Utmaningar. Varje tema presenteras med en kartläggning av kategorier samt möjliga subkategorier enligt vilka resultaten redovisas samt förstärks med citat ur materialet.

#### **7.1.1 Tema - Faktorer**

I temat Faktorer redogörs för de faktorer som påverkar fördelningen av vårdpersonalresursen och som lyfts fram av informanterna. För att kunna utföra fördelningen av vårdpersonalresursen är det viktigt att samla in information om vilken resurs som är tillgänglig och vilket behov som finns på arbetsfältet, för att därigenom kunna bilda sig en helhetsuppfattning. Kategorierna som representeras i detta tema är således Patienter, Vårdpersonal, De skiftesansvarigas gestaltning av helheten samt Prioritering av faktorer. Kategorierna formas ur det som informanterna lyfte fram om faktorer som beaktas i resursfördelningen.

*”patientsituationen och vilken sort patienter är”*

*”skiftesansvarigas uppgift är att kolla daglistan, att vem är, kommer på jobb nästa dag och till vilket arbetsskift”*

## Patienter

I denna kategori behandlas de olika sätt som den skiftesansvariga sjukskötaren erhåller eller samlar information om patienterna. Här behandlas även vilka verktyg gällande patienterna som tillämpas eller finns tillgängliga. Subkategorierna är Rapportering, Medicinsk information samt Egen uppskattning.

### *Rapportering*

Alla informanterna betonade vikten av den skriftliga rapporteringen som består av en patientlista som uppdateras och printas ut av den skiftesansvariga. Det som informanterna uppskattade med rapportlistan var att den kan uppdateras för hand under dagen med egna observationer och att den fungerar som stöd för minnet. Rapportlistan uppskattades även för att viktig information är komprimerat samlad på ett ställe.

*”de är bra desto mera komprimerat informationen är, den viktiga informationen är på ett ställe, därför tycker jag att rapportlappen var bra”*

*”...på den kan de skiftesansvariga skriva sådana faktorer som påverkar resursallokering av vårdpersonalen”*

En informant berättade att rapportlistan används även då de skiftesansvariga sjukskötarna har skiftesbyte. De går då igenom patienterna och deras tillstånd utgående från rapportlistan. Denna muntliga rapport ansågs viktig i och med att tilläggsuppgifter kan tas fram och frågor kan ställas för att klargöra möjligen oklara detaljer.

*”När de där patientlistorna finns så kan det hända att jag skriver något på dem, några ord, aldrig nåt långt. ...jag upplever själv att den verbala kommunikationen är allra lättast. Då uppstår kanske inte missförstånd, när ärendet överlämnas med det samma med den andra människan. Om det blir missförstånd så kan de korrigeras direkt...”*

En annan form av rapportering sker under läkarronden och intensivläkarnas morgon rapportrunda, där varje patients tillstånd och senaste utveckling behandlas. Efter detta behandlas brännskadepatienterna, inkluderande bäddvårdsavdelningen under kirurgernas rond. Alla informanterna framhöll att de under dessa ronder fått viktig information om

patienterna. Flera av informanterna upplevde det viktigt att själv se patienterna på avdelningen för att så bilda sig en egen uppfattning om deras tillstånd.

*”Den skiftesansvariga är med på läkarronden och besöker patientplatsen, ser lite nästippen av patienten och vet vad hälsotillstånd är.”*

Alla informanter berättade att de vänder sig till patientens egen vårdare om de saknar information om någon patient. De diskuterades ofta med patientens egna vårdaren om hur patienten mår, i vilken riktning tillståndet utvecklades och vilka möjliga åtgärder som kunde komma att behövas.

*”Helt genom att fråga där, den egna vårdaren som är i arbetsskiftet, att vad är planen för morgondagen och vad är patients tillstånd”*

*”Jag intervjuar hellre dem (vårdarna), för då kan jag förstå hur de ser situationen.”*

### *Medicinsk information*

Informanterna berättade att det är viktigt att få information om dialysvård, sårvård och förbandsbyten, operationer samt andra ingrepp som bör beaktas i resursfördelningen. Dessa åtgärder bör tas i beaktande då det kan krävas extra vårdpersonal eller specialkompetens som endast en del av vårdpersonalen innehar. Även med tanke på tidsplaneringen ansågs det viktigt att ha information om alla ingrepp och vårdåtgärder. Att ha tillräcklig information om patienternas medicinska tillstånd gör det möjligt att vara förutseende gällande kritiska patienter, förklarade en av informanterna. I tre av intervjuerna lyfte informanterna fram att de kan följa med patienters tillstånd via patientjournalen eller patientmonitorerna.

*”Som skiftesansvarig måste man kanske kunna uppskatta också sådant att i vilket skede olika saker sker.”*

### *Egen uppskattning*

Informanterna beskrev att de lätt bildar sig en egen uppskattning om patienterna. Uppskattningen bygger på det informanterna själva observerar och det de diskuterar med pa-

tientens egna skötare, vilket de upplevde ge en mera omfattande bild av patienternas tillstånd. I intervjuerna nämndes flera gånger att kommande åtgärder diskuteras med den ansvariga läkaren eller med patientens egna vårdare.

*”Om jag är skiftesansvarig, så med den egna vårdaren, den patientens hälsotillstånd, och uppskattar där tillsammans åt vilket håll dens tillstånd kanske fortskrider. Att är här nåt på kommande, några åtgärder eller stora förbandsbyten. Eller att nu ser det ut som den här patientens tillstånd är på väg att försämras och inte förbättras så...”*

Uppskattningen av hur patienterna mår tangerar uppskattningen av patienternas vårdtyngd. Uppskattningen av vårdtyngden utförs tre gånger dagligen av patientens egna vårdare, genom att använda avdelningens vårdtyngdsmätare. Samtliga informanter upplevde dock att denna vårdtyngds uppskattning blir opålitlig då den färgas för starkt av känslomässiga aspekter och vårdarens egen kompetens. Informanterna berättade att de inte tillämpar den vårdtyngds uppskattning som görs vid fördelningen av vårdpersonalresursen. Flera av informanterna ansåg att vårdtyngdsmätningen inte var till någon nytta.

*”Jag upplever åtminstone inte själv, att den där vårdtyngdsklassificeringen skulle ha varit till någon nytta.”*

*”Människor uppskattar den på mycket olika sätt, fast det finns kriterier. Känns som om skötarna uppskattar utgående från sin egen känsla och upplevelse.”*

Vid frågan om något mera pålitligt mätsystem kunde implementeras, ansågs det att ett mätsystem möjligen kunde ge något stöd, men möttes med skepticism. En av informanterna poängterade att patientens vårdtyngd inte alltid beskriver behovet av vårdare, då detta även bör relateras till vårdarens kompetens. En del av informanterna bedömde att patientmaterialet i sin helhet inte var så stor och därför lättare att greppa.

*”För mig kan någon vårdtung patient vara riktigt trevlig och lätt. För någon annan kan den vara en tickande bomb (”täys pommi”) och vise versa så att så,... Men igen efter att ha gjort så mycket inom vårdarbete, kan man nog som skiftesansvarig uppskatta patienten från en annan synvinkel.”*

*”...inte har vi ändå så många patienter, när där finns de 10 eller 12 intensivvårdsplatser, så jo nog kan man liksom uppskatta dem, plus sedan bäddvårdsavdelningen.”*

## Vårdpersonalen

Den information som de skiftesansvariga behöver om vårdpersonalen, behandlas i denna kategori. Utöver vårdpersonalens kompetens, förväntas även att vårdpersonalens egna preferenser, kunskapsträning samt ork i arbetet beaktas i fördelningen av arbetsuppgifterna.

Som grund för fördelningen av vårdpersonalen använde informanterna daglistan, där alla vårdare för dags, kvälls och nattskiftet är listade. Även denna lista uppskattade informanterna för dess egenskap att den innehåller komprimerat mycket information. Den gillades också för att den är lätt att uppdatera för hand.

*”...och sen den där daglistan där alla vårdare är listade enligt arbetsskiftet, med var och ens kompetens, den.”*

*”Daglistorna, de är ju oändligt, ja upplever dem bra. I dem kan man skriva, om vi har några möten eller avdelningstimme, om någon har en sammankomst, arbetshälsovård, diverse förkortningar, förlängningar. Den lever liksom med arbetsdagen.”*

Att känna vårdpersonalen upplevdes bland informanterna vara viktigt. De vårdare de känner, vet de vad de klarar av samt vilka deras styrkor och möjliga svagheter är. Alla informanter upplevde att de känner personalen väl. Alla hade ändå upplevt det utmanande då det kommit många nya vårdare samtidigt och de inte riktigt känt dem, varken till utseende, bakgrund eller kompetens. Detta problem ansåg de att ofta kunde lösas genom kommunikation och med tiden.

*”I början får man inte riktigt information om nya vårdare, om man inte har arbetet mycket med dessa vårdare, ... Speciellt om man har varit på fältet och arbetet tillsammans med de nyare vårdarna, så då känner man ofta dem. Och genom att fråga.”*

*”jag frågar möjligen hen, -tror du att du kan sköta den här patienten, så att det skulle vara säkert.”*

Utöver listan med vårdpersonalens kompetens har vårdarna nyligen delats in i vårdarmoduler enligt den preferens som vårdarna har uttryckt men även enligt den arbetsorientering

de fått på avdelningen. Det finns huvudsakligen tre moduler, intensivvårdsmodulen, brännskademodulen samt intensiv- och brännskademodulen. Vårdarna i brännskademodulen kan beroende på sin egen kompetens även sköta brännskadepatienter inom intensivvården men i vissa fall vara begränsade till att arbeta på bäddvårdsavdelningen. Vårdarna i intensivvårdsmodulen är också i vissa fall begränsade från bäddvårdsavdelningen p.g.a. avsaknad arbetsorientering, men också på grund av egen preferens.

Vårdarnas modulindelning upplevdes av informanterna som delvis hjälpsam, i och med att vårdarnas egen preferens lättare kunde beaktas. Å andra sidan fördes det fram att den även medfört utmaningar. Om patientmaterialet inte möter alla vårdares preferenser kan det leda till att den skiftesansvariga sjukskötaren blir tvungen att bryta mot modulindelningen, för att möta patienternas behov. Dessa beslut är naturligtvis nödvändiga att fatta men upplevdes problematiska av en del informanter, då det kan orsaka osämja och missnöje bland kolleger.

*”modulmodellen, den har också lite underlättat det, men sen har den å andra sidan också fört med sig nya svårigheter.”*

*”Det är klart att man försöker beakta den (modulmodellen) men det beror på vilket utbudet är på olika färgkodade vårdare. Att om där finns endast blåa typ i arbetsskiftet, och jag behöver en vårdare till bäddvårdsavdelningen så nog plockar jag sen bara någon såklart, fast hen skulle villa vara på intensivvårdssidan.”*

Flera av informanterna sade sig sprida ut de erfarna skötarna, så att de mindre erfarna alltid skulle ha ett stöd i närheten. Flera uttryckte oro för vårdpersonalens missnöje, men också för hur vårdpersonalen orkar i sitt arbete. En informant påminde att alla bör ha möjlighet att ta paus under arbetsskiftet. Informanterna ansåg det viktigt att kunna lätta på vårdarnas arbetsbelastning, om till exempel en patient visar sig vara tung att sköta flera turer i rad.

*”det skulle finnas jämligt kompetensen på alla platser och sen skulle det liksom finnas tillräckligt av människor där.”*

Att säkra att vårdpersonalens kompetens är jämnt utspridd, handlar också om att möjliggöra kunskapsträning för de vårdare som behöver mera erfarenhet, berättade flera av informanterna. Tre informanter förklarade att nyare vårdare eller vårdare som behöver kunskapsövning, kan ta på sig mera ansvarsfulla uppgifter om det finns erfarna vårdare nära intill. Att möjliggöra kunskapsträning anses viktigt av alla informanter och är en förutsättning för att öka kompetensen hos vårdpersonalen.

*”Jag strävar efter att mer oerfarna emellanåt skulle få svårare patienter, om hen har en erfaren vårdare som stöd, så att de också lär sig.”*

### **De skiftesansvarigas gestaltning av helheten**

För att ändamålsenligt kunna fördela personalen ansåg samtliga informanter att den skiftesansvariga sjukskötaren bör ha en bra helhetsuppfattning. Till denna beskrevs tillhörande kännedom om patientmaterialet, den tillgängliga vårdpersonalen, dagens agenda samt andra planerade händelser under kommande dygn. Hur denna helhet gestaltades av informanterna var individuellt. Två av informanterna beskrev att de har en karta i huvudet där de placerar in olika element och faktorer för att ha en översikt av avdelningen. De flesta upplevde att de gärna gör flera arbetsskift som skiftesansvarig i sträck, eftersom de då lättare kan behålla en översikt av helheten. Flera informanter ansåg det viktigt att beakta den tidigare fördelningen av vårdpersonalen för att möjliggöra kontinuiteten även för vårdarna och patientvården.

*”desto flera turer man liksom har i rad som skiftesansvarig, desto lättare blir det att gestalta upplägget.”*

*”Sen har vi föregående dags, eller den aktuella dagens fördelning som syns där, så också utgående från den liksom lite kontinuitet i vården.”*

Då de varit tvungna att ta situationen i besiktning på grund av längre frånvaro eller drastiskt förändrade situationer på avdelningen, upplevde informanterna det ofta utmanande. En informant sade att hon börjar bearbeta läget bit för bit. Som en annan informanterna uttryckte det: *”Den känslan går om på ca en halv timme. Det hjälper inte annat än att bara att sätta igång”*.

Den skiftesansvariga behöver ha en uppfattning om tidsaspekten för planerade ingrepp, vårdåtgärder och undersökningar som kräver vårdpersonalresurs. Informanterna ansåg att de som skiftesansvariga har den bästa helhetsuppfattningen om avdelningens verksamhet. I och med detta är det de skiftesansvariga som kan diskutera justeringar i de planerade tidtabellerna med såväl vårdpersonalen som läkarna.

Samtliga informanter betonade igen betydelsen av kommunikationen med kollegerna. Information från bland annat vårdarkolleger upplevdes nyttig, då flera individers synvinkel på situationen kan beaktas. Den information som informanterna tilldelats övervägdes nog, då olika individer ansågs ha varierande uppfattningar om situationerna. Enligt informanterna uppskattades patienternas vårdbehov och resursbehovet olika av olika vårdare.

*”Men sen bäddvårdspatienterna är sådana att deras tillstånd, när det är mycket varierande, att sen måste man bara kommunicera med deras vårdare om resursen och liksom att hur mycket hjälp som behövs.”*

*”Fast man försöker fundera jämligt på det, så har sedan andra en olik syn på det, och skiftesansvariga har en olik syn på det att andra ser saker på helt olika sätt där. Ibland är det jätte bra, att det kommer bra grejer, att -hej, bra att du sa, att jag skulle inte själv ha kommit att tänka på det.”*

### **Prioritering av faktorerna**

De prioriteringar som steg fram ur intervjumaterialet var: jämn fördelning av kompetens, kontinuitet i vården, kunskapsträning och arbetsorientering, ork i jobbet, patientsäkerhet, vårdpersonalens preferenser och begränsningar, patienternas behov samt vårdpersonalens kompetens och specialkunskap. En av informanterna ansåg att det inte var lätt att förklara vilken prioritering som görs mellan de olika faktorerna.

*”...sedan i intensivsalarna så måste det såklart finnas någon erfaren på båda sidorna, att alla nyare kan inte vara för sig själva.”*

Resursfördelningen beskrevs som ett komplext pussel av en informant, vilket är ett sätt att konkretisera utmaningen med prioriteringen i fördelningen av vårdpersonalresursen.

Två av informanterna poängterade starkt att prioriteterna bör ligga på patientsäkerheten men även vårdpersonalens arbetsvälstånd är viktigt att beakta.

*”små bitar här ifrån och där ifrån, när man tänker, att det är liksom ett pussel.”*

*”Det handlar om kompetens, patientsäkerhet, någon annan har sagt att hen inte orkar sköta om en viss patient, att kan hen komma bort, eller helt liksom nåt, det finns miljoner orsaker. Det är klar att man strävar efter att vårdarna inte belastas mera än nödvändigt.”*

### **7.1.2 Tema – Stöd**

Detta tema handlar om det stöd som de skiftesansvariga sjuksköterna upplever samt i vissa fall saknar när det gäller fördelningen av vårdpersonalresursen. Ur materialet stiger fyra kategorier fram som behandlar de skiftesansvariga sjuksköternas stödformer: Stöd av förmän, Stöd av kolleger, Egen erfarenhet samt Andra former av stöd.

#### **Stöd av förmän**

Samtliga informanter upplevde att de fått stöd av förmännen då de varit på plats. De flesta sade också att de ber om hjälp när det behöver. En av informanterna berättade att hon nog alltid fått hjälp då hon behövt men att hon är dålig på att be om hjälp. I intervjuerna kom det fram att det är bra att förmännen finns tillgängliga, men en informant nämnde att hon inte vill ha *”någon som står och kollar in vad man gör”*. Kommunikationen med förmännen ansågs fungera bra; ingen av informanterna uttryckte att det skulle ha varit svårt att närma sig förmännen med problem.

*”Om jag har en sådan känsla att jag inte vet hur jag ska lösa det här, så nog frågar jag då någon förman.”*

*”jag har alltid upplevt att just nu när resursfördelningen utförs... att jag har nog kunnat fråga (hjälp av förman)”*

Utanför tjänstetiden upplevdes en klar skillnad då förmännen inte var på plats. En av informanterna funderade om behovet av stöd utanför tjänstetiden kanske inte är så stort. Informanterna berättade att det i nästan alla arbetsskift finns andra sjukskötare som också fungerar som skiftesansvariga som de kan vända sig till.

*”Nog är det naturligtvis betydligt lättare under tjänstetid, när de (förmännen) är på plats, men... jag tror liksom inte att man saknar det natt tid eller utanför tjänstetiden. Eftersom om man funderar på nåt, och det känns som om man inte kommer till något förnuftigt, då kan det ofta hända att man tar någon annan skötare med för att reflektera över det.”*

Det har även funnits tillfällen där informanterna känt sig ensamma med sin uppgift men detta sades ha blivit bättre på senaste tiden. Situationer som krävt snabba beslut beskrevs också. Detta kunde innefatta tillfällen då beslutet fattats ensam. Informanternas beslut hade då baserats på det som i stunden ansågs vara det bästa alternativet.

*”Nån gång har jag haft, fast inte på länge, en känsla av att man blir ensam med fördelningen. På sistone har man också fått bra med stöd.”*

De tillfällen där informanterna hade önskat sig stöd, hade att göra med bortfall av vårdpersonal samt hantering av problematisk situationen. I dessa fall handlade det dels om att rekrytera ersättande personal, dels om hur många patienter som kan vårdas med den befintliga personalen. Dessa frågor diskuterades med intensivläkarna, kirurgerna och förmännen för att komma överens om en enhetlig strategi. Informanterna sade vidare att man bör beakta vilka förändringar som ytterligare kunde komplicera situationen och vad man då måste vara beredd på. En frågeställning som togs upp i två av intervjuerna var ifall alla förmännen innehar en tillräcklig överblick av situationen på avdelningen. Vidare uttryckte två av informanterna en viss oro för att alla förmännen inte skulle ha en tillräcklig kontakt med arbetsfältet.

*”å andra sidan hoppas man att det skulle vara en sån person, som känner till vad som händer på fältet och kan uppfatta helheten. Det är utmanande, med en förman som inte alls arbetar på fältet, och inte fungerar som skiftesansvarig, om hen inte kan uppfatta helheten, då blir det ganska jobbigt att begrunda det med hen.”*

En av informanterna upplevde att fördelningen av vårdpersonalresursen i helhet är ett stort och betungande ansvar. Informantens förslag var att uppgiften helt skulle överföras från de skiftesansvariga sjuksköterna till förmännen. Här åberopades ett delat ansvar i beslutsfattandet, att även förmännen skulle stå bakom beslutet. Vad informanten upplevde

var att de beslut man är tvungen att fatta som skiftesansvarig gällande personalfördelningen belastar förhållandet till kollegerna. Denna åsikt uttrycktes inte av de andra informanterna i intervjuerna.

*”Det är tråkigt att jag är tvungen att fatta beslut som anstränger min relation till mina kolleger, det är en annan sak att förmanen säger.”*

## **Stöd av kolleger**

Denna kategori handlar om det stöd som kolleger kan erbjuda. I intervjuerna uttryckte vissa informanter inte specifikt ifall de menade vårdarkolleger eller kolleger som också jobbar som skiftesansvariga. I dessa fall antas svaren gälla vårdarkolleger i allmänhet.

Det ansågs särskilt betydelsefullt för informanterna att kunna vända sig till en kollega för att få råd då förmännen inte är på plats. Flera av informanterna berättade att de i många fall snarare vänder sig till sina kolleger för råd och åsikter än till en förman. Informanterna känner och litar på sina kolleger och deras specialkunnande i frågor som de själva inte innehar expertis om. Vid varje skiftesbyte hålls en muntlig rapport, där avdelningens och alla patienters situation behandlas. Flera av informanterna sade att de då gärna går igenom den fördelning av vårdpersonalresursen som de gjort, för att kunna fundera över möjliga problem och alternativa lösningar.

En av informanterna berättade att hon lättare ger efter ifall någon mer erfaren kollega ifrågasätter hennes beslut, även om hon i vissa fall ansåg sin egen tanke vara bättre. Att ifrågasätta en kollegas beslut var något hon inte själv skulle göra.

Då det gäller läkarkolleger upplevde samtliga informanter att kommunikationen huvudsakligen fungerar bra. De gånger de behövt lösa eller diskutera problem som gällde vårdpersonalens tillräcklighet har de kunnat ta upp det med den ansvariga läkaren. Vissa utmaningar hade upplevts då två av informanterna framfört sin oro över bristen på vårdpersonal och hur många patienter som kan vårdas med den befintliga personalen. Även mindre brister i kommunikationen nämndes, då den skiftesansvariga sjukskötaren inte blivit underrättad om förändrade situationer.

*”Huvudsakligen intensivläkarna kommunikationen fungerar nog med dem, vi kan tillsammans uppskatta vad resurserna räcker till.”*

*”vi har ett jätte bra samarbete med läkarna”*

## **Erfarenhet**

Den skiftesansvariga sjukskötarens egen erfarenhet utgör ett inre stöd, vilket lyftes fram i alla intervjuer. Den egna erfarenheten kom upp i intervjuerna på lite varierande sätt och informanterna uttryckte sig på olika sätt om sin egen erfarenhet. Dessa variationer beror till en del på informanternas olika personligheter. Det som steg klart fram ur materialet var betydelsen av denna erfarenhet, dels i yrket, dels som skiftesansvarig.

Att ha erfarenhet gör det ofta lättare att fatta beslut i sig, men informanterna lyfte även fram ett antal andra aspekter relaterade till erfarenhet som stöder beslutsfattandet. Enligt informanterna kan det vara lättare att ta på sig den skiftesansvariga sjukskötarens uppgifter om man har flera års erfarenhet. Erfarenheten ansågs underlätta förståelsen av hur patienternas vård fortskrider och uppskattningen av patienternas tillstånd. Att uppskatta helheten ansågs blir lättare då man känner till avdelningen och vilken sorts patienter som vårdas. En informant menade att det utan erfarenhet finns en risk att man inte känner igen en allvarlig situation och inte förstår att ingripa.

*”...absolut måste man ha erfarenhet. Utan erfarenhet är det möjligt att man inte inser att situationen är allvarlig.”*

*”Jo, visst ger det stöd i beslutsfattandet, när man har en ”känsla” av hur vårdstigen löper, vilka händelser som kan inträffa.”*

Det kom också fram i intervjuerna att det har en viss betydelse vilken erfarenhet en skiftesansvarig skötare har. I intervjuerna beskrev två av informanterna hur erfarenhet kan ha en inverkan på hur olika situationer uppfattas samt då inverka på det beslut som fattas.

*”Man kan förutse händelserna, ibland syns det att man inte kan då det saknas erfarenhet i intensivvård, situationerna förutses kanske inte.”*

*”Det märks, om den skiftesansvariga inte är brännskadeexpert, hen tänker inte nödvändigtvis på saker som en brännskadeexpert tänker.”*

En av informanterna menade att en del av erfarenheten handlar om att ha människokännedom, yrkeskunskap och livserfarenhet. En annan informant vidhöll att det är viktigt att veta hur man bemöter människor men också att ha kapacitet att kunna se situationer från olika individers synvinkel. Informanterna ansåg också att erfarenhet medför öppenhet för att lära sig nytt, att kunna inse sin egen felbarhet och att kunna göra förändringar i redan fattade beslut. En informant beskrev att erhållen erfarenhet hjälper att förstå rikedomen i personalens mångfald och möjligheterna i att lära sig av varandra. Ett par informanter ansåg att erfarenhet ofta medförde mod att möta olika situationer.

*”Du har alltjämt yrkeskunnighet, du har arbetet med människor, du kan bemöta människor, du har upplevt situationer, och du vet mycket om arbetet, du har speljäser (pelinappuloita), bara du själv kan ta dem i bruk. Mod att öppna munnen och mod att be om hjälp, mod att fatta beslut. Men det är på sätt och vis också säkerhet som kommer med åldern ganska långt”*

Informanterna förde också fram att erfarenheten måste kunna byggas upp genom att man utsätts för olika situationer. Att vara skiftesansvarig under tjänstetid när förmännen är på plats ansågs förbereder skötaren för att hantera situationer utanför tjänstetiden. Det ansågs också vara viktigt att få tillräckligt med upprepning i arbetet, tillräckligt många arbetsturer som skiftesansvarig, för att uppehålla sin kompetens som skiftesansvarig sjukskötare. Detta menades vara särskilt viktigt då nya skiftesansvariga sjukskötare skolas in, vilket vidare förstärker betydelsen av det kollegiala stödet skiftesansvariga sjukskötare emellan.

*”Ju mera sällan du gör det, desto mindre kan man förvänta sig att du hanterar uppgiften (skiftesansvarigas uppgift).”*

### **Andra former av stöd**

I intervjuerna nämndes även den mapp med direktiv för olika tänkbara situationer som finns till stöd för den skiftesansvariga sjukskötaren. Detta stöd är snarast av materiell karaktär. Ett annat verktyg som togs upp som hjälp med resursfördelningen var de olika vårdprotokoll som har etablerats i avdelningens verksamhet. I protokollen har fastslagits lämpliga vårdpersonalresurser för bland annat mottagande av en ny patient. Som en av

informerarna framhöll, bör hon kunna lita på att den resurs hon reserverat är tillräcklig om vårdarna håller sig till det överenskomna protokollet.

*”låt oss alla följa de protokoll som vi har, det finns mottagningsprotokoll (patientmottagning-), om man håller sig till det så borde man klara sig med denna resurs.*

### **7.1.3 Tema - Utmaningar**

I det sista temat behandlas de utmaningar de skiftesansvariga sjukskötarna upplevde i fördelningen av vårdpersonalresursen. Fem kategorier kom fram ur intervjumaterialet: Kommunikation, Ansvar, Avbrott, Förändringar i situationen och Beslutsfattande.

#### **Kommunikation**

När det kommer till kommunikationen som en utmaning handlar det ofta om kommunikationen mellan de skiftesansvariga och vårdpersonalen. Samtliga informanter beskrev situationer då de upplevt osaklig kommunikation eller då någon höjt på rösten. Även om sådana situationer enligt informanterna nuförtiden sker mer sällan innebär det en klar utmaning att möta dem.

*”Varierande, mycket varierande, beror på människorna. Bra, måttligt, dåligt, några gånger mycket dåligt.”*

*”Det beror på hur man uttrycker sig. Det kan uttryckas helt sakligt, eller så att man står o ropar röd i ansiktet.”*

Att kunna diskutera möjliga meningsskiljaktigheter gällande resursfördelningen välkomnades av samtliga informanter så länge som diskussionen sker på saklig nivå. Informanterna sade sig föredra att kollegerna meddelar direkt ifall de upplever problem med fördelningen. Detta ansågs möjliggöra att man tillsammans kan överväga behovet av justering och för den skiftesansvariga att kunna motivera sitt beslut. Informanterna upplevde att vårdarna ofta endast såg situationen från sin egen synvinkel och inte kunde uppskatta helheten och orsakerna bakom beslutet. En del informanter ansåg att en motivering från den ansvariga sjukskötaren kan hjälpa att förstå beslutet. Informanterna ansåg att det framförda problemet i många fall var möjligt att åtgärda utan större ansträngningar. Då var det naturligtvis viktigt att diskussionen hade förts på ett kollegialt sätt. Att någon blir

arg och upprörd innan problemet har diskuterats upplevdes mycket tungt av informanterna.

*”Några kanske frågar att, kan jag fortsätta där när jag var där igår. Om det inte finns någon märkvärdigare orsak så är det klart att vi kan byta.”*

*”Jag tycker att vi lyckas lösa dem, och jag försöker sen motivera, alltid berätta varför man gjort så. Ibland är de, liksom, ser sen med nya ögon. Att sen kan nog ändra också, att inte är det alltid hugget i sten det som jag tänkt ut. Oftast har vi nog hittat en kompromiss där.”*

Flera av informanterna poängterade att den egna attityden spelar en stor roll i kommunikationen. Alla borde fundera på sin egen inställning och attityd i kommunikationen, så väl de skiftesansvariga som annan vårdpersonal. Informanterna framhöll att de problem som framförts ofta kunnat lösas genom diskussion.

*”Allmänt fungerar allt helt bra. Och jag anser att ganska bra, genom att diskutera, att det är nog upp till en själv med vilken attityd man börjar prata med andra.”*

*”Det som jag önskar av vårdarna är att om man är missnöjd med den egna placeringen, att man direkt säger till skiftesansvariga, eller frågar varför. Det finns alltid en orsak.”*

Där en av informanterna sagt sig eftersträva en lösning som fungerar för alla, funderade en annan informant på om det är den skiftesansvarigas ansvar att alltid behaga. I intervjuerna kom det fram att allas vilja inte kan uppfyllas men att man ändå måste kunna stå vid sitt beslut. I intervjuerna uttryckte informanterna sin strävan till att vara rättvisa, men inte utan att poängtera att det ibland finns situationer när ett beslut bara måste accepteras och där alla utför sina uppgifter som planerat.

*”Ibland är man av olika åsikt, men sen -helt samma, man kan inte alltid vara alla till lags. Dethär är ändå vårt arbete och det måste göras.”*

## **Ansvar**

Kategorin Ansvar tangerar det som behandlades under kategorin Kommunikation, gällande det missnöje som de skiftesansvariga sjukskötarna möter. Informanterna lyfte fram

känslor av obehag då deras beslut om resursfördelningen kritiserats och orsakat missnöje. En informant sade att det är en sak att utföra fördelningen av vårdpersonalresursen som arbetsuppgift medan det är en annan om man ensam står till svars för den och är tvungen att motivera sitt beslut för arbetstagarna. Att möta missnöje och irritation av sina kolleger upplevdes som tungt. Informanterna uttryckte en önskan om att kollegerna skulle ha bättre förståelse för de beslut de är tvungna att fatta. Flera av informanterna sade sig förstå att alla kolleger inte ser helheten och inte förstår alla faktorer som måste beaktas i fördelningen. De ifrågasatte ändå huruvida det är deras ansvar att förklara och rättfärdiga arbetsplatsens driftmodell.

De känslor som informanterna upplevt då de mött missnöje och irritation gällande resursfördelningen var varierande. Informanternas upplevelser beskrevs som att känna sig ensam, bli ledsen, att åka hem med dålig känsla från arbetsskiftet, känna avsky för mängden av klagomål, bli irriterade samt att ha känslor av ångest. En av informanterna uttryckte det som om en del individer har brister i gott uppförande, vilket även beskrevs av de andra informanterna. Flera av informanterna tyckte att situationen blivit betydligt bättre under åren. En informant upplevde sig sällan få personlig kritik.

Annat ansvar, gällande resursfördelningen som informanterna upplevde tungt att bära var hur vårdpersonalresursen ska räcka till, då vårdbehovet och tillgänglig vårdpersonal inte möts. Att kunna vara rättvis i fördelningen ansågs inte alltid vara möjligt, vilket ökade tyngden av ansvaret. Två av informanterna menade att en del kollegers kompetens och specialkompetens kan leda till att arbetsuppgifterna tidvis för dem blir klart tyngre än de för mindre kompetenta. Detta upplevdes strida mot en rättvis fördelning av arbetsbelastningen och kändes därför svårt.

## **Avbrott**

En utmaning som alla informanter beskrev sig möta i fördelningen av vårdpersonalresursen är avbrott. Detta gällde speciellt då resursfördelningen skulle göras för det kommande dygnet. I vissa fall utmanade avbrotten deras tankeprocess även då förändringar gjordes i den befintliga fördelningen.

Avbrotten som informanterna beskrev berodde på flera olika orsaker och antalet avbrott varierade mycket från dag till dag. Den vanligaste orsaken var att den skiftesansvarigas telefon ringde, vilket kunde innebära en mängd olika åtgärder, från att lösa någons problem per telefon till att uträtta olika ärenden. Så gott som alla upplevde konstanta avbrott i utförandet av resursfördelningen och beskrev att de utförde uppgiften i flera etapper längs med dagen.

*”Telefonerna ringer och det frågas efter det ena och sen ska man hit, det är så splittrat det där arbetet när man måste hoppa till många ställen.”*

*”Nog är det emellanåt ganska påfrestande. Att hela tiden allt vad du gör så avbryts.”*

De flesta informanter skulle föredra att få jobba mer i lugn och ro, men samtidigt rapporterade de att de inte kände sig pressade med att få uppgiften slutförd. Flera accepterade lugnt att uppgiften skulle dra ut till eftermiddagen. Informanterna menade att de kunde dra nytta av den inkommande skiftesansvariga för kvällsturen och tillsammans slutföra resursfördelningen. En informant påpekar att om man själv fortsätter som skiftesansvarig även på kvällsturen, går det bra att lämna uppgiften till eftermiddagen. Ingen av informanterna uttryckte sig uppleva någon tidspress även om uppgiften ofta stördes av avbrott.

*”Nog är det lite lättare att göra om du kan koncentrera dig på det ens lite, att det inte hela tiden blev avbrott.”*

*”Jag upplever inte att tiden skulle ta slut, utan det att det blir avbrott, vilket är helt förståeligt. ...men det skapar en viss utmaning.*

Upplevelserna av avbrotten var mycket lika hos alla informanterna. Hur och när de valde att utföra uppgiften varierade mellan olika informanter. Alla informanterna sade även att dagarna är mycket varierande. En del föredrar att börja processen redan på morgonen och tar god tid på sig under dagen. Andra väljer att lämna uppgiften till senare då de kan jobba mer koncentrerat. En av informanterna berättade att hon inte blir besvärad av att det blir en massa avbrott i uppgiften under dagen. En annan ansåg att personalen ofta förstår att ge lugn och ro till de skiftesansvariga då de jobbar med resurstavlan. *”Var och en kan själv välja när och hur uppgiften utförs och göra det på det sättet som passar en själv bäst”*, förklarade en av informanterna.

Det kom också fram i intervjuerna att man måste ta sig den tid man behöver och möjligen begränsa sig från att sköta andra uppgifter som någon annan kan ta hand om. En informant beskrev hur resursfördelningen är en pågående process i huvudet även om man inte aktivt jobbar med den. En annan informant poängterade att avdelningens situation lever konstant så sannolikheten att man måste göra förändringar är mycket stor.

*”skulle hoppas att alla förstår den press den skiftesansvarigas har, det är en mängd komponenter som måste beaktas.”*

## **Förändringar**

Att situationen förändras på avdelningen är en naturlig del av händelsers förlopp, men innebär ofta en viss utmaning för den skiftesansvariga sjukskötaren. I vissa fall innebär förändringen även större utmaningar på flera plan. Även om förändringar på avdelningen är att förvänta, är de inte alltid lätt att förutse eller åtgärda. I intervjuerna beskrev alla informanter att de tänker ut en reservplan och i vissa fall flera alternativa lösningar för möjliga förändringar.

*”Helst är jag förutseende i situationer och oftast går det bra. ... Trevligare att ha en reservplan och en reservplansreservplan.”*

*”...att man alltid försöker vara förutseende. Att sen behöver man inte börja fundera att vad ska jag göra nu.”*

Hur informanterna tar itu med att hitta en lösning beskrivs så här: *”Om det anmäls sjukfrånvaron så uppskattas läget på nytt, räcker personalen eller måste man hitta ersättande...”, ”man sätter igång lugnt och systematiskt, en bit i taget, tålmodigt ringer efter personal, så att patientsäkerheten säkras.”, ”Det hjälps inte riktigt annat än att oftast bara fundera om fördelningen.”* Även om det stundvis kan vara mycket utmanande att hantera situationer med betydande förändringar, visade sig samtliga informanter vara vana med och särdeles självsäkra i hur de ska sköta sådana situationer.

## **Beslutsfattande**

I kategorin Beslutsfattande grupperades svaren i tre subkategorier: Fatta beslut, Hitta lösningar och Reservplan som behandlas var för sig. Utmaningarna med att fatta beslut är många i och med de talrika faktorer som måste beaktas.

## *Fatta beslut*

I och med de förändringar som sker på avdelningen dels i patientmaterialet, dels i vårdpersonalresursen är den skiftesansvariga sjukskötaren tvungen att göra förändringar i resursfördelningen och tidvis fatta snabba beslut. Gällande detta beslutsfattande beskrev några att det är lätt att fatta beslut och att det sker naturligt, som en naturlig del av arbetet. Gemensamt för allas upplevelser var att det krävde mycket omtanke innan beslutet fattades.

*”det hör till det här arbetet, man ska inte gå med i det som kommer utifrån, det finns en gräns, att nu är det såhär och punkt.”*

*”Jo, anser nog att det är naturligt för mig att fatta ett beslut. Jag upplever inte att det skulle var på något sätt svårt att motivera mitt beslut.”*

## *Hitta lösningar*

Att fatta beslut om resursfördelningen och förändringar som görs i resursfördelningen beskrevs av de flesta som ett pusselarbete, där man söker en lösning där de olika pusselbitarna passar in. Informanterna karakteriserade det bland annat som att hitta den lösning som passar den aktuella situationen bäst eller att hitta den enklaste och mest förnuftiga lösningen för patienterna och vårdpersonalen. Många variabler måste beaktas samtidigt som man beaktar helheten.

*”Nojo, det här är sånt här pusslande, när så många saker inverkar på varandra i en kedjereaktion. Det är svårt att förklara i ord...”*

*”Inte bara det som är den lättaste förändringen utan det som samtidigt är det mest förnuftiga förändringen, från vilket ställe man kan flytta resurser till ett annat.”*

## *Reservplan*

Samtliga informanter berättade vid flera tillfällen hur de redan på förhand förbereder sig på att det kan ske förändringar. Alla hade färdigt tänkt ut minst en, om inte flera alternativa reservplaner, för hur resursfördelningen kunde justeras. I vissa fall diskuterade de situationen med den ansvariga läkaren för att förvissa sig om att alla har en enhetlig uppfattning om läget och uppföljningsplanen.

*”jag kanske tar en titt på tavlan och sen vet jag på sätt och vis redan att om det skulle komma en sån situation så sen är jag liksom att okej...”*

*”I situationer då alla bäddar faktiskt är fulla så då föredrar jag att det är färdigt uttänkt med läkaren, att vilken patient det är som i förstahand flyttas för att ge plats åt den nya patienten.”*

## **7.2 Utvärderingsformulär**

I detta kapitel presenteras resultaten från utvärderingsformulären. Utvärderingsformulären bestod av dels flervalsfrågor, dels av öppna frågor. Resultaten från flervalsfrågorna presenteras först vartefter svaren i de öppna frågorna behandlas. Instruktionerna för ifyllnaden av utvärderingsformuläret var att fokusera på den aktuella dagens fördelning av vårdpersonalresursen och utföra utvärderingen efter att resursfördelningen gjorts. Under den fem veckors period som utvärderingsformuläret kunde fyllas i, erhöles 21 ifyllda utvärderingsformulär.

Svaren i utvärderingsformulärets flervalsfrågor beskrev vilka element som starkast påverkat beslutsfattandet gällande fördelningen av vårdpersonalresursen. De öppna frågorna i utvärderingsformuläret gav möjlighet att beskriva vilka utmaningar varit aktuella under dagen för utvärderingen. Utvärderingsformuläret finns som bilaga 7. Målet med utvärderingsformuläret är inte att kunna erbjuda statistiskt betydande resultat. Syftet är snarare att få inblick i hur olika dagar tett sig samt uppfatta möjliga variationer och likheter. Genom de öppna frågorna kan specifika utmaningar belysas och möjliga återkommande utmaningar observeras.

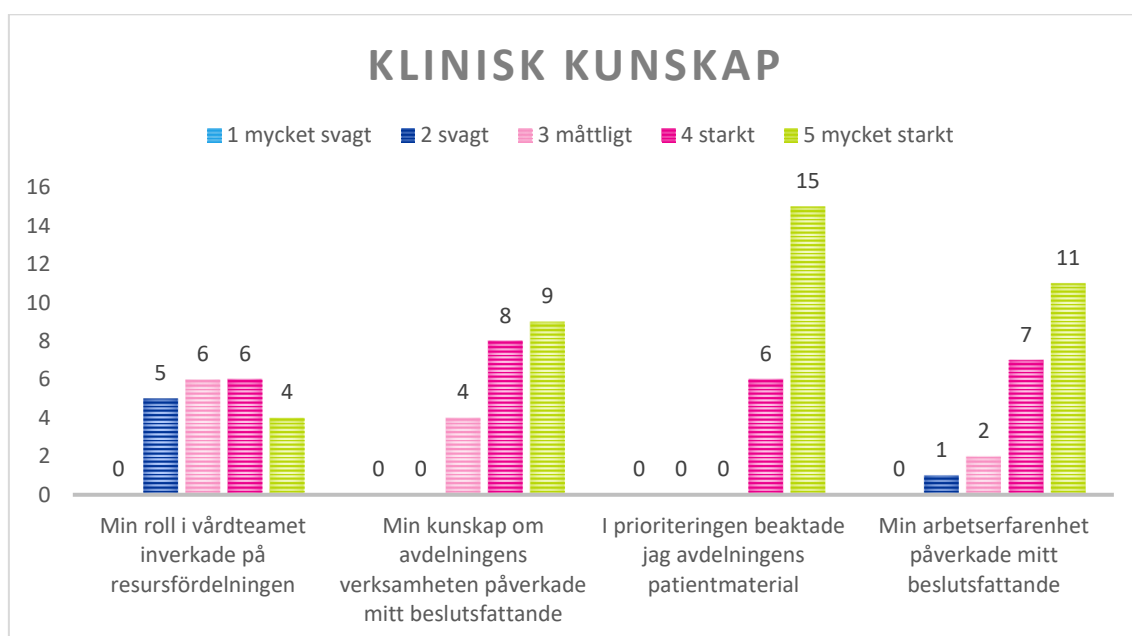
### **7.2.1 Flervalsfrågorna**

Resultaten av flervalsfrågorna presenteras enligt utvärderingsformulärets struktur, som baserar sig på Kovanens (2012) modell av de skiftesansvarigas expertisområden (se bilaga 1). Expertisområdena är Klinisk kunskap, Processhantering, Intern ledarskap samt Kommunikation och interaktion.

I utvärderingen har informanterna valt hur starkt eller svagt respektive påstående inverkat på resursfördelningen. Skalan går från 1 till 5 där siffrorna motsvarar inverkan enligt följande: 1 mycket svagt, 2 svagt, 3 måttligt, 4 starkt, 5 mycket starkt. Resultaten presenteras med stapeldiagram samt en förklaring och tolkning.

### *Klinisk kunskap*

Svaren i denna kategori visar att informanternas kliniska kunskap haft en stark eller relativt stark inverkan på beslutsfattandet gällande resursfördelningen. Se figur 2 för hur svaren fördelade sig.

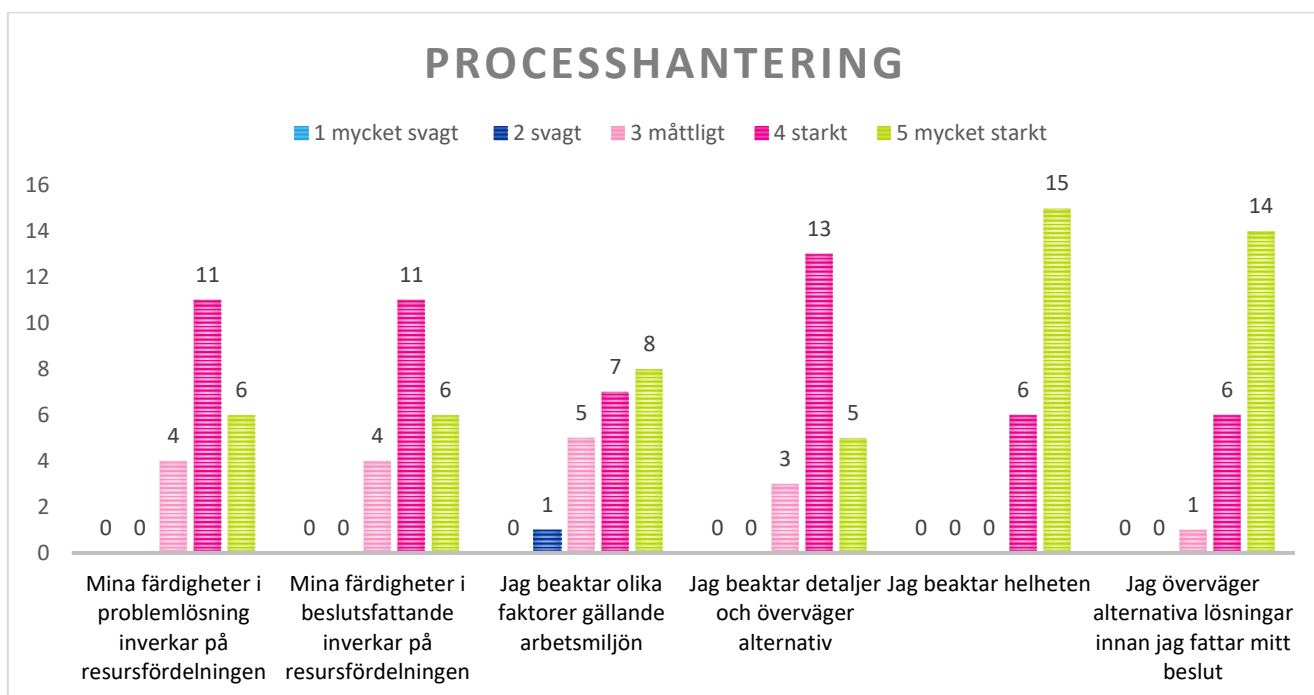


Figur 2. Fördelningen av svaren i kategorin Klinisk kunskap, N=21

Informantens egen roll i vårdteamet upplevdes ha minst betydelse enligt svaren. Sannolikt kan det tolkas som att informanterna inte aktivt deltar i vårdarbetet på avdelningen och att de därför i rollen som skiftesansvarig separerar sig från vårdteamet. I de andra frågorna föll svaren mera konsekvent på starkt och mycket starkt, med få svar där betydelsen var måttlig eller svag. Dessa variationer kan antas bero på variationer mellan de olika dagarna och vilka utmaningar varit betydande eller helt frånvarande.

## Processhantering

Figur 3 visar hur informanterna svarat gällande processhanteringen. Genom svaren i processhanteringen kan man se trender i hur beslutsfattandet utfördes av informanterna.



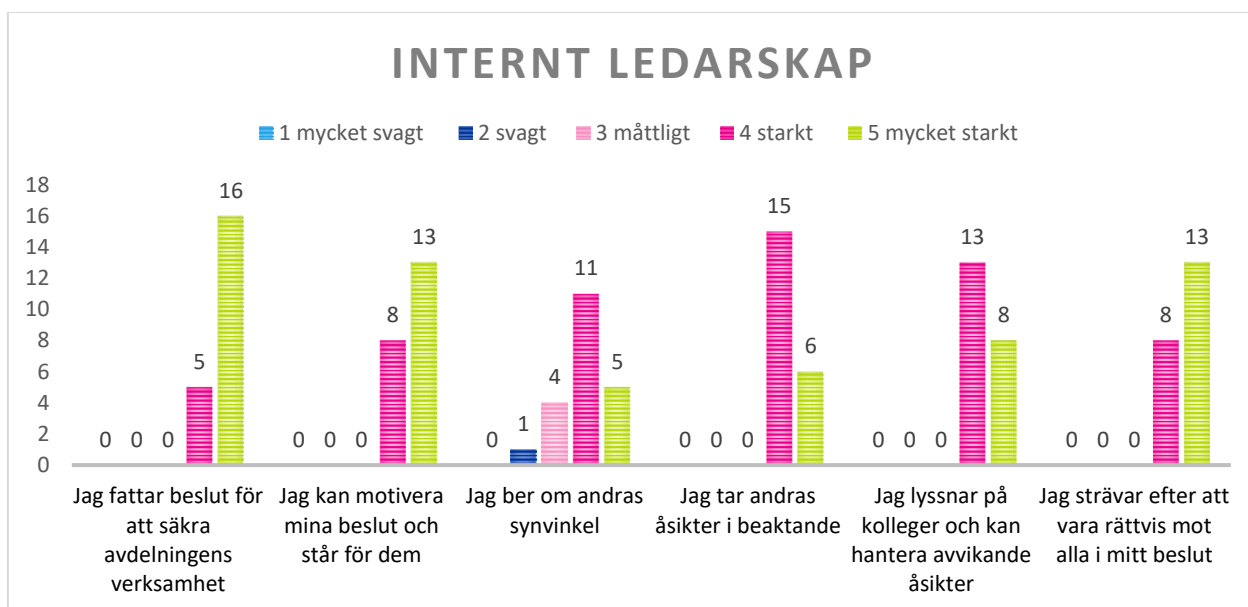
Figur 3. Fördelningen av svaren i kategorin Processhantering,  $N=21$

Färdigheterna både i problemlösning och i beslutsfattande ansågs huvudsakligen ha haft en stark inverkan på resursfördelningen. Gällande hur olika faktorer i arbetsmiljön beaktades föll majoriteten av svaren på starkt och mycket starkt, medan några informanter har värderat svaren till måttligt och svagt. Att beakta detaljer, överväga alternativ samt att beakta helheten visade båda ha haft en klart stark relevans i värderingen. Nästan alla informanter gav en mycket hög eller hög relevans till att överväga alternativa lösningar innan de har fattat ett beslut. Endast en informant har värderade övervägandet av alternativa lösningar till måttligt.

Både problemlösning och beslutsfattande är viktiga egenskaper hos en skiftesansvarig sjukskötare, vilket klart kom fram i utvärderingen. De fyra sista kategorierna beskriver väl elementen i en beslutsfattnings-process. Dessa element är aktuella i en analytisk tankeprocess i beslutsfattande men även i ett intuitivt beslutsfattande kan de kännas igen.

### Internt ledarskap

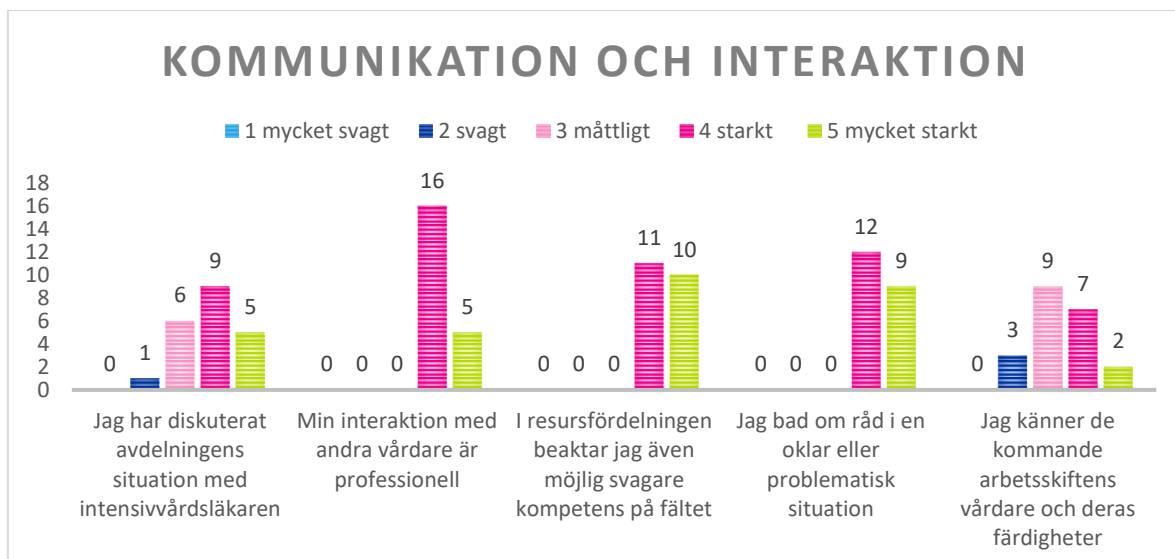
I denna kategori upplevdes alla påståenden, nästan uteslutande, ha en stark eller mycket stark inverkan på beslutsfattandet i resursfördelningen. Endast påståendet ”Jag ber om andras synvinkel” har värderats inverka svagt av en informant och måttligt av fyra. Detta visar på att dessa faktorer hade hög prioritet i resursfördelningen. Internt ledarskap är en stark egenskap hos informanterna. Se figur 4 för resultaten.



Figur 4. Fördelningen av svaren i kategorin Internt ledarskap, N=21

### Kommunikation och interaktion

I kategorin Kommunikation och interaktion gav första och sista påståendet en lite större variation i svaren än de tre andra. Informanterna upplevde enhetligt att deras interaktion med andra vårdare varit professionell, att de uppmärksammat möjliga variationer i vårdarnas kompetensnivå och att de kunnat be om råd. Figur 5 visar hur svaren fördelat sig bland informanterna.



Figur 5. Fördelningen av svaren i kategorin Kommunikation och interaktion, N=21

I frågan om avdelningens situation har diskuterats med intensivvårdsläkaren, tyder svaren på att detta varit mindre relevant. Detta kan bero på att situationen på avdelningen under ifrågavarande dag varit lugn eller att det inte funnits orsak att diskutera situationen. Det är även möjligt att intensivvårdsläkaren inte varit tillgänglig. Något sådant har dock inte rapporterats i de öppna frågorna.

Gällande hur väl informanterna upplevde sig känna den vårdpersonal som de fördelat i arbetsskiften, föll svaren med knapp majoritet på måttligt och svagt. Sju informanter svarade starkt och endast två mycket starkt. Svaren i detta påstående beskriver dels variationen på vårdpersonalens sammansättning under olika dagar och arbetsskift, dels hur väl den skiftesansvariga kände vårdpersonalen i arbetsskiften.

Svaren i utvärderingen tyder på att informanterna värdesatte kommunikation och interaktion med vårdarna. Informanterna ha utfört uppgiften professionellt och de har varit medvetna om skillnaderna i vårdarnas kompetens. Tröskeln för att be om råd i problematiska situationer har varit låg.

## 7.2.2 Öppna frågor

Resultaten i de öppna frågorna i utvärderingsformuläret presenteras som ett sammandrag, med fokus på vilka åtgärder vidtagits för att lösa problem. Av de 21 utvärderingsformulären som returnerades hade 3 informanter valt att inte svara på de öppna frågorna. Det innebär att de problem som behandlas representerar 18 separata dagar. Svaren har placerats i tabellform och finns som bilaga 10 för en mera översiktlig uppfattning av resultaten. Det är anmärkningsvärt att vissa dagar innehållit flera utmaningar samtidigt.

De utmaningar och problem som påträffades är brist på personal, brist på kompetens, patient- och verksamhetsrelaterade utmaningar, personalens missnöje, arbetsorientering, kunskapsträning och handledning samt andra utmaningar. Vilka åtgärder informanterna vidtog redogörs för varje kategori.

### *Brist på personal*

Totalt kan konstateras att elva informanter har upplevt utmaning med brist på personal. I nio av fallen handlade det om bortfall av vårdpersonal av olika skäl, oftast sjukfrånvaron. Den vanligaste åtgärden som informanterna vidtagit för att åtgärda bristen på personal var att rekrytera ersättande personal. Alternativen var övertidsarbete eller arbetsskiftsjustering av egen personal, be om ”låne-” vårdare från annan avdelning eller använda inhoppare från bemanningsföretag som har kompetens att jobba på avdelningen. Enligt informanterna har dessa försök ibland löst situationen men ibland inte.

Andra åtgärder som nämndes var att be om stöd av förmän och kolleger gällande hur resursfördelningen kunde lösas. En av informanterna har även löst utmaningarna genom samarbete med olika yrkesgrupper. Som en annan informant beskrev är en lugn planering till hjälp för att lösa utmaningarna, speciellt i hektiska situationer.

Den andra orsaken till bristen på vårdpersonal härrör sig till den moduluppdelning som gjorts på avdelningen, enligt preferens samt kompetens. Detta visade sig orsaka en utmaning i fördelningen av vårdpersonalresursen då patienternas vårdbehov inte alltid möts av

den tillgängliga vårdpersonalresursen. I vissa fall var en bidragande faktor personalbortfall, vilket i sig inte hade orsakat problem ifall den kvarvarande kompetensen hade motsvarat behovet.

### *Brist på kompetens*

Brist på kompetens orsakade problem i nio av informanternas beskrivningar. Informanterna upplevde att kompetensen inte motsvarade patienternas vårdbehov vilket upplevdes leda till orättvisa i fördelningen av arbetsuppgifterna.

Åtgärderna som informanterna rapporterade var varierande. I fyra av fallen har informanterna fattat eller varit tvungna, att fatta ett beslut som de upplevde strida mot sin egen uppfattning eller givna instruktioner. I två av fallen ansåg informanterna att fördelningen varit låst i och med kraven på specialkompetens eller modulindelningen av vårdpersonalen. Detta upplevde informanterna att resulterade i att arbetsbelastningen fördelades ojämnt. I ett av fallen var en informant tvungen att fördela kompetensen ofördelaktigt på grund av vårdarnas preferens samt brist i kompetens. I ett annat fall fördelade informanten resursen mot vårdarnas meddelade preferens. I alla fallen utgjorde fördelningen en utmaning för både vårdarna och patientsäkerheten, även då alternativa lösningar inte kunnat konstateras.

I de fem andra fallen där informanterna upplevt brist på kompetens innebar åtgärderna konsultation av förman eller kolleger, ersättande av personalbrist med rätt kompetens och förändringar i resursfördelningen. En av informanterna sade sig inte ha upplevt svårigheter med åtgärderna, som är en del av arbetet.

### *Patient- och verksamhetsrelaterade*

I åtta utvärderingsformulär rapporterades patient- och verksamhetsrelaterade utmaningar. Informanterna hade upplevt utmaningar gällande brännskadepatienternas vård, både gällande mottagande av nya patienter och gällande förbandsombyten. Patientmaterialet rapporterades ha varit stort till antalet och med stort vårdbehov, vilket krävt mycket vårdpersonal. Vid utförandet av resursfördelningen oroade sig informanterna för personalens ork.

Åtgärder som rapporterades av informanterna handlade mycket om kommunikation. Diskussioner med kollegerna fördes för att reda ut hur de upplevt alternativen och hur de orkade i sitt arbete. I ett av fallen kunde den egna personalen ta på sig att ersätta bristerna i personalen och kompetensen. Även samarbete med olika yrkesgrupper visade sig vara en lösning i ett av fallen.

### *Personalens missnöje*

Av de 21 ifyllda utvärderingsformulären hade en informant rapporterat gnäll och missnöje från vårdpersonalen angående resursfördelningen och hur arbetsuppgifterna fördelats. Denna situation lyckades informanten lösa genom diskussion och delegering av arbetsuppgifter.

### *Orientering i arbetsuppgifter, kunskapsträning och handledning*

Två av informanterna upplevde utmaningar med att möjliggöra arbetsorientering, kunskapsträning samt handledning för ny och egen personal samt studerande. Åtgärderna för att lösa utmaningarna innefattade ombyte i arbetsturena samt en väl planerad resursfördelning där alla aspekter kunde beaktas.

### *Övriga utmaningar*

Av de övriga utmaningar som rapporterades av tre informanter kan nämnas: konstant telefon”rumba”, tekniska problem, telefonkonsultationer, reparations ärenden samt brist på tid för resursfördelningen. Dessa utmaningar påverkade resursfördelningen närmast genom att minska tiden för uppgiften men orsakade även avbrott och distraherade från arbetsuppgiften. De åtgärder som vidtogs har nämnts ovan men inga direkta lösningar har beskrivs för att åtgärda dessa övriga utmaningar.

### *Förslag till utveckling*

I nio av utvärderingsformulären har informanterna gett förslag för att utveckla eller underlätta fördelningen av vårdpersonalresursen. I vissa fall var informanterna inne på samma linje. Förslagen kombineras därför att beskriva dem gemensamt.

En del av informanterna önskade förstärkning av vårdpersonalresursen samt förstärkning av kompetensen hos vårdpersonalen. Informanterna önskade en bredare kompetens hos alla vårdare för att kunna jämna ut arbetsbelastningen. Man lyfte även fram avskaffandet av modulindelningen där vårdarnas preferenser begränsade dem från att sköta bland annat bäddvårdspatienter på avdelningen.

Den kompetens som saknades mest var för vården av bäddvårdspatienter. Förslaget innebär att alla nya vårdare skulle få arbetsorientering till vården av bäddvårdspatienter. Vidare föreslogs att alla med fyra till fem års erfarenhet skulle kunna vårda patienter med brännskador, vilket kunde åstadkommas genom avskaffande av modulindelningen av vårdpersonalen.

Gällande personliga begränsningar som hindrade vårdare från att sköta vissa uppgifter på den egna avdelningen föreslogs ett utbyte av vårdare från en annan avdelning. Detta utbyte ansågs kunna jämna ut arbetsbelastningen av vårdpersonalen i kohort vården.

Andra informanter lyfte fram möjligheten att biträdande avdelningsskötare kunde medverka starkare i resursfördelningen. Ett förslag var att biträdande avdelningsskötaren vid behov kunde överta den skiftesansvariga sjukskötarens uppgifter. En annan informant föreslog att den biträdande avdelningsskötaren, eller alternativt någon annan, skulle kunna utföra resursfördelningen under hektiska dagar. Samma informant konstaterade dock att den skiftesansvariga ändå skulle vara tvungen att rapportera väsentliga uppgifter och kunde vara tvungen att göra ändringar i resursfördelningen. Ett tredje förslag var att förmännen skulle delta i resursfördelningen under vardagsmorgnarna.

En av informanterna föreslog att en lista på ny vårdpersonal skulle upprättas. Listan skulle förse den skiftesansvariga med information om de nya vårdarnas bakgrund, kompetens samt fortsatt plan för orientering. Det framfördes också en önskan om att alla instruktioner och uppföljningslistor skulle vara lättillgängliga och klart markerade. Det önskades även att intensivvårdsläkarna skulle ha bättre förståelse för arbetsbelastningen i vården av bäddvårdspatienter.

## *Andra kommentarer*

I Andra kommentarer lyfte informanterna fram sina egna observationer om utmaningar och om arbetet som skiftesansvarig skötare. Ett par av dessa löd enligt följande:

*”Kommunikation med andra skötare är nyckeln till framgång.”*

*”Ibland är det tungt att fungera som skiftesansvarig, som idag, ibland är det relativt lätt.”*

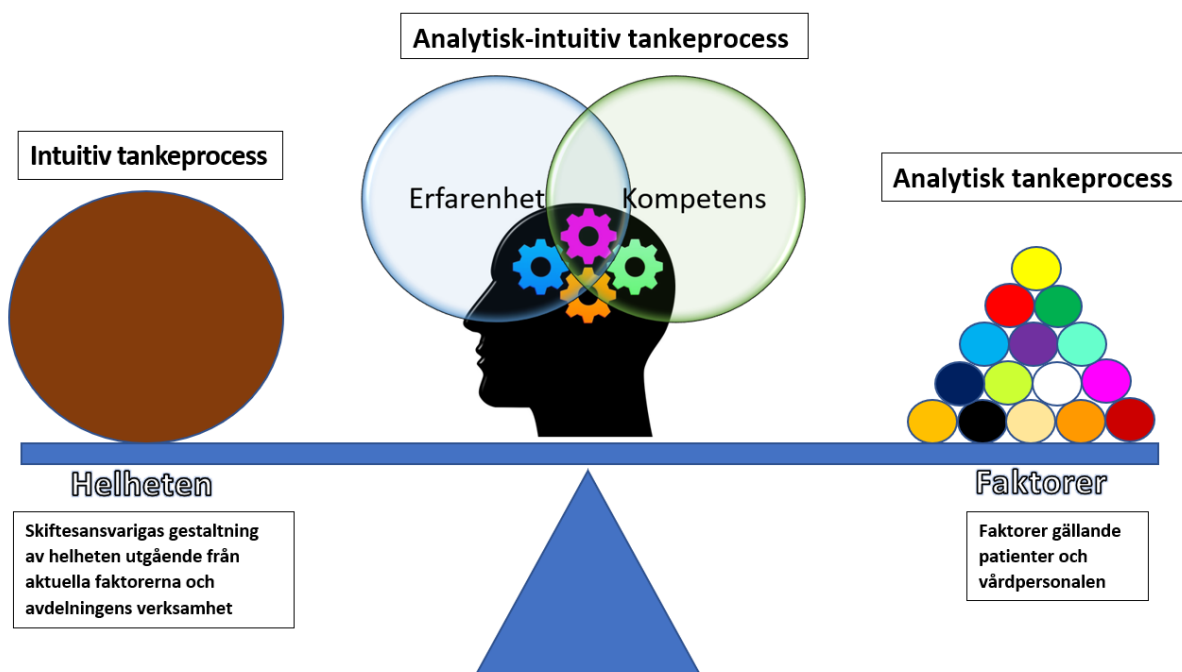
Andra kommentarer behandlade upplevd orättvisa angående vårdpersonalens kompetens samt patienternas lika rätt till vård. En av informanterna lyfte även fram vissa effekter av COVID-19 som under september 2020 var inne i sin andra ”våg” i Finland. Dessa effekter gällde personalens sjukfrånvaro och effekterna av isolering och kohort på avdelningen.

## **7.3 Sammanfattning av resultat**

I intervjuerna kom det fram att informanterna beaktar ett flertal faktorer gällande patienterna och vårdarna i sitt beslutsfattande. Samtidigt är det nödvändigt att bilda sig en uppfattning om helheten på avdelningen där tidtabeller beaktas och faktorerna om patienterna och vårdpersonalen relateras till helheten. I utvärderingsformuläret visade informanternas svar på att deras kliniska kunskap samt processhanterings kompetens hade stark inverkan på deras beslutsfattande i fördelningen av vårdpersonalresursen. Både den kompetens och erfarenhet den skiftesansvariga sjukskötaren har inverkade på beslutsfattande. Erfarenhet innebär även ett inre stöd för informanterna. Så som informanter i intervjuerna beskrev det, handlar det om ett komplext pussel: man tar det bit för bit, man måste ha en uppfattning om helheten, man bygger en karta i huvudet där man placerar in olika element för att skapa en bild av helheten. En visuell gestaltning av tankeprocessen utformades av skribenten i figur 6.

Informanterna diskuterade i intervjuerna kring det utomstående stödet i fördelningen av vårdpersonalresursen. Informanterna upplevde sig få stöd av avdelningens förmän, men det handlade också om att informanten själv oftare kunde be om stöd. Informanterna öns-

kade en starkare närvaro av förmännen samt ett delat ansvar i de beslut som fattas angående resursfördelningen. Dessa aspekter kom också fram i utvärderingsformulärets öppna frågor där en del informanter önskade bättre närvaro och deltagande av förmännen.



Figur 6. Visuell framställning av den skiftesansvariga sjukskötarens tankeprocess kring beslutsfattande i fördelningen av vårdpersonalresursen.

I intervjuerna kom det klart fram att kollegerna utgör ett viktigt stöd för de skiftesansvariga sjukskötarna. Informanterna konsulterar gärna kolleger, som också fungerar i roll av skiftesansvarig, för att få stöd i sina beslut eller att lösa problem. Detta stöd upplevdes speciellt viktigt utanför tjänstetid och föredrogs ibland även under tjänstetiden, framom att vända sig till en förman. I utvärderingsformuläret kom det också fram att flera av utmaningarna som påträffades kunde lösas genom kommunikation och gemensam diskussion.

Utmaningarna som lyftes fram i intervjuerna berörde främst det ansvar som upplevs som skiftesansvarig sjukskötare samt utmaningar i kommunikationen med vårdpersonalen. De utmaningar som härrörde sig från att arbetet innehåller mycket avbrott, ansågs av infor-

manterna mindre besvärande. Likaså var informanterna väl bekanta med vårdverklighetens dynamiska karaktär och de konstanta förändringarna som sker i avdelningens verksamhet, vilket visade sig i färdigt uttänkta alternativa planer och lösningar.

Svaren i utvärderingsformulären, där det interna ledarskapet värderades ha stark inverkan på beslutsfattandet, lyfte fram informanternas kompetens att beakta sina kolleger och deras åsikter i beslutsfattandet. Svaren belyste även strävan efter rättvisa i besluten, vilket också betonades i intervjuerna. Informanterna ansåg att det vara svårt att fatta beslut som inte kändes rättvisa.

## **8 DISKUSSION**

Diskussionen inleds med en metoddiskussion. Resultaten i studien diskuteras sedan från tre infallsvinklar för att kunna greppa innehållet. Diskussionen sker i relation till studiens forskningsfrågor, tidigare forskning samt mot den teoretiska referensramen.

### **8.1 Metoddiskussion**

Studien utfördes som en kvalitativ studie med datainsamling genom intervju och utvärderingsformulär. Att kombinera två metoder för insamling av data gav en bredare infallsvinkel till det studerade ämnet.

Antalet intervjuer fastslogs till sex, vilket representerar nästan en fjärdedel av de sjukskötare som arbetade som skiftesansvariga på avdelningen under tiden för studien. Valet av informanter utfördes av avdelningens ena avdelningsskötare. Urvalet representerar väl variationen både i ålder och erfarenhet. Möjligen kunde ett större antal informanter ha gett en bredare representation, men även inneburit en större arbetsinsats av både personalen och skribenten.

De halvstrukturerade intervjuerna tillät informanterna att fritt berätta från sin egen synvinkel om hur de utför fördelningen av vårdpersonalresursen. Stundvis kunde man ana att intervjutillfället även upplevdes terapeutiskt, som tillfälle att få tala ut om de utmaningar man möter. Skribenten upplevde att stämningen under intervjuerna var avslappnad och

informanterna hade lätt för att uttrycka sig. Intervjuerna bidrog med ett brett och rikt material.

Utvärderingsformulären utvecklades på förhand, innan intervjuerna gjordes, dels för att undvika två ansökningar om forskningslov dels för att effektivera tidtabellen. Skulle utvärderingsformuläret utvecklats efter intervjuerna kunde det möjligen ha fått en annan struktur. Efter transkriberingen av intervjuerna gjordes en justering av formuläret i form av att lägga till de öppna frågorna. Strukturen visade sig trots allt lämpa sig väl för att få en överblick av vad informanterna värderade i resursfördelningsprocessen. Svaren på de öppna frågorna möjliggjorde att informanterna kunde beskriva specifika problem under den aktuella dagen.

Eftersom utvärderingsformuläret endast var meningen att fyllas i efter utförd resursfördelning, blev antalet ifyllda formulär blygsamma 21. Här kunde en annan struktur ha möjliggjort att formuläret kunde ha fyllts i under alla arbetsskift men fokuset skulle då ha varit en annat. En längre period en de fem veckor som nu reserverats för detta ändamål, kunde sannolikt också ha bidragit till flera svar. I detta fall begränsades en längre period av skribentens tidtabell. Det kan även diskuteras om en längre period verkligen skulle ha bidragit med betydligt flera svar, då det tenderar att bli en viss trötthet på likande uppdrag i längden.

I utvärderingsformuläret uppskattade informanterna hur stark inverkan olika aspekter haft på den resursfördelning de utfört. Det bör konstateras att även om de flesta aspekterna kunde anses entydiga är det möjligt att en del inneburit någon form av informanternas egen tolkning. Svaren fördelar sig dock relativt jämt i de flesta kategorierna och ger således en uppfattning om enhetlighet i hur dessa aspekter inverkat på uppgiften. Den tolkning som möjligen skett kan antas ha haft inverkan på resultatet av en specifik aspekt men inte en betydande inverkan på hela kategorin.

Analysen utfördes som en induktiv innehållsanalys och utgick således från materialet. Att använda sig av dessa två metoder för datainsamling, bidrog till ett omfångsrikt material, vilket i sin tur innebar vissa utmaningar i analysen. Möjligen kunde en deduktiv analys

med klar struktur ha underlättat analysen av materialet, men då skulle inte resultaten blivit de samma och inte stigit ur materialet.

## **8.2 Diskussion utgående från resultat och forskningsfrågor**

På den första forskningsfrågan: ”Vilka faktorer påverkar beslutsfattandet vid fördelningen av personalresursen?” anser jag att det inte finns något enkelt och entydigt svar på. Således kommer svaret att delas upp på dels faktorerna dels processen för att nå beslutet.

I början av denna studie har det funnits en tanke om att hitta ett klart mönster som följs. Till en del stämmer det då man ser på insamlingen av information och den information som finns till handa för den skiftesansvariga sjukskötaren. Men för att nå ett beslut i fördelningen av vårdpersonalresursen anser jag att det handlar om en individuell tankeprocess som de skiftesansvariga genomgår. Tankeprocessen innefattar både analytiskt och intuitivt tänkande och ett balanserande mellan dessa. Den påverkas av varje individs egna erfarenheter och kompetens samt det aktuella läget. En visuell beskrivning av denna tankeprocess framförs i figur 6 på sidan 64. En djupare diskussion kring denna tankeprocess förs i kapitel 9.4. Diskussion i förhållande till den teoretiska referensramen.

### *Faktorer och information*

Ser man på faktorer som beaktas, härrör de sig som förväntat till dels patienterna, dels vårdpersonalen. Utöver detta beaktas avdelningens verksamhet och, vilket alla informanter poängterade, den gestaltade helheten. Det aktuella läget innebär, att beakta vilka behov som i stunden måste tillfredsställas samt hur verksamheten och tidtabeller samtidigt kan fortlöpa säkert och smidigt. Vissa individuella skillnader mellan informanterna kan konstateras och beror på vilken vikt som läggs vid olika delar av informationen. Dessa variationer har till en del att göra med informantens egen erfarenhet och möjlig specialkunskap.

I informationsinsamlingen användes verktyg, som daglistor och rapportlistor som uppskattades för den komprimerade och rikliga informationen. Mera sällan, om alls, användes verktyg som är utvecklade för att uppskatta patienternas vårdtyngd. Samtliga informanter i intervjuerna upplevde sig inte ha nytta av dem främst för att de ansågs opålitliga och retrospektiva. Informanterna upplevde att de bäst bildade sig en uppfattning om patienternas tillstånd och behov utgående från rapporter samt genom att själv observera patienterna och kommunicera med deras vårdare. Detta förstärker vidare vikten av den egna kliniska kunskapen och erfarenheten. En del av informanterna observerade även att deras egen specialkompetens hjälpte dem i uppskattningen av specifika situationer, emedan avsaknaden av någon specialkompetens gjorde det svårare att greppa andra situationer. För att lösa detta kände samtliga informanter, att de alltid kunde förlita sig på en kollega, för deras åsikt och insikt.

Information som var svårare att komma åt, var informationen om ny vårdpersonal, vilket kom fram i både intervjuerna och utvärderingsformuläret. Även här upplevde informanterna i intervjuerna att effektivaste lösningen var kommunikation, antingen med vårdaren i fråga eller med annan vårdpersonal. Både i intervjuerna och i utvecklingsförslag på formuläret diskuterades en möjlig lista på ny vårdpersonal. Listan skulle innehålla information om nya vårdares erfarenhet, bakgrund och möjlig inriktning för att bättre beskriva deras kompetens. Detta utvecklingsförslag kunde med fördel vidare bearbetas och tas i bruk.

Även i andra problematiska situationer då informanterna varit osäkra på vad som kan förväntas, vilka alternativ som kunde användas eller hur en tvist kunde klaras upp, var lösningen oftast kommunikation. Detta kommer även fram i utvärderingsformuläret, både i delen ”Kommunikation och interaktion”, men speciellt i de åtgärder som vidtogs då informanterna stött på problem och utmaningar.

Bland informanterna var det tydligt att var och en föredrog att bilda sig en egen uppfattning om avdelningens patienter. Uppfattningen byggde mycket på den kommunikation som förts mellan skiftesansvariga sjukskötare, avdelningens läkare samt vårdpersonalen. Den andra viktiga delen var den skriftliga rapporten om patienterna, som uppdateras vart efter information erhålls, samt stöder den skiftesansvarigas minne.

De flesta av aspekterna som de skiftesansvariga sjukskötarna beaktar i fördelningen av vårdpersonalen, vare sig det gäller patientmaterialet eller vårdarnas kompetens, kan alltid härledas till att säkra patientsäkerheten. Informanterna i intervjuerna ansåg det viktigt att trygga patientsäkerheten. Det var viktigt att sprida ut kompetensen så att de med svagare kompetens hade det stöd de behövde. I vissa fall kollades läget upp med de nyare vårdarna, för att säkra att de upplevde sig klara av de planerade arbetsuppgifterna. Även om det framkom aspekter som kunde skifta beslutsfattandet i någon mån, var det ändå patienternas säkerhet som slutligen styrde beslutsfattandet. Det handlar inte bara om att uppfylla preferenser i fördelningen utan om att säkra att alla jobbar enligt sin egen kompetens och ork.

### *Prioritering*

För att svara på den andra forskningsfrågan: ”Vilken prioritering görs mellan de olika faktorerna som påverkar beslutsfattande?”, relateras diskussionen till vilken prioritering som görs i beslutsfattandet. Även denna fråga visade sig svårare än förväntat att svara på. Denna diskussion bygger vidare på det som diskuterades under faktorerna och information.

Ur informanternas beskrivningar steg inte fram något klart mönster hur prioriteringen utförs. Där en informant upplevde det svårt att beskriva hur prioriteringen utförs, liknas resursfördelningen av en annan vid ett komplext pussel. Jag upplever att detta väl beskriver processen som består av att samla bitar av information från flera källor, som i vissa fall kan ha motsägelsefulla agendan gällande vården och tidtabeller.

De faktorer som betonades av informanterna var: jämn fördelning av kompetens, kontinuitet i vården, kunskapsträning och arbetsorientering, ork i jobbet, patientsäkerhet, vårdpersonalens preferenser och begränsningar, patienternas behov samt vårdpersonalens kompetens och specialkunskap. Informanterna poängterade betydelsen av att ha en helhetsuppfattning om avdelningen och verksamheten. De olika faktorerna som beaktades relaterades till helheten för att kunna ställas i proportion. Genom att ställa faktorerna i proportion till helheten, och där med varandra, formades prioriteringen för det aktuella läget. Detta innebär att prioritering var beroende av den aktuella situationen. Samtidigt

innebär den aktuella situationen att det är individens uppskattning av läget, och är således åter igen kopplat till individens gestaltning av helheten, utgående från hens erfarenhet och kompetens.

Informanterna strävade efter att fatta det beslut som upplevdes vara det bästa i stunden, med den information de hade tillgång till. De skiftesansvariga sjukskötarens beslutsfattande handlar om en kontinuerlig process. De fattar inte bara ett beslut utan många. Inget beslut är heller slutgiltigt eftersom beslutsfattande gäller en dynamisk verklighet. När det sker förändringar i verkligheten kan det innebära att justeringar måste göras i resursfördelningen. I och med detta kan prioriteringen samt beslutsfattandet ses som en dynamisk process där man söker en riktning för framtiden. Det mål man har i sikte är att vårda avdelningens patienter säkert och högkvalitativt samt säkra personalens välmående. Dessa mål kan uppnås, emedan beslutsfattandet gällande resursfördelningen aldrig är slutgiltigt eller färdigt.

### *Stöd i resursfördelningen*

Den tredje forskningsfrågan berör de skiftesansvariga sjukskötarens behov av stöd i resursfördelningen. Det stöd de skiftesansvariga skötarna får kommer från avdelningens förmän och kolleger, men innefattar även det interna stödet av deras egen erfarenhet och kompetens. Att kunna förlita sig på sin egen erfarenhet förutsätter att individen har en stark självkänsla. Men även med en stark självkänsla kan man börja vackla i sin tro på sig själv om den ifrågasätts utifrån. Därför är det mycket viktigt att de skiftesansvariga sjukskötarens får ett starkt stöd av förmännen och känner sig stöttade och uppskattade för det arbete de utför. Alla kanske inte ens känner att de blir ifrågasatta, men samtidigt finns det även individer som inte har en lika stark självkänsla. Det ska vara ett grundantagande att alla behöver stöd, oberoende av personlighet eller vilka utmaningar man möter.

I intervjuerna sade alla informanter att de fått stöd då de bett om det. De upplevde att kommunikationen med förmännen var smidig och lätt, vilket också verkade vara fallet då svaren i utvärderingsformuläret granskades. Informanterna upplevde ändå ett behov för starkare närvaro av förmännen samt att deras egna beslut tydligare skulle backas upp.

Det kollegiala stödet fanns tydligt då informanterna sökte råd eller hjälp samt samlade information. Speciellt starkt upplevdes stödet skiftesansvariga sjukskötare emellan, där de ofta förlitade sig på varandra i omtvistade frågor, speciellt utanför tjänstetid. I intervjuerna berättade informanterna också om negativa upplevelser med vårdpersonalen, då starkt missnöje hade visats angående resursfördelningen. I ett av utvärderingsformulären nämndes också en incident där missnöje gällande fördelningen framförts. I dessa situationer hade kommunikationen inte alltid varit saklig. Ofta har dessa situationer dock kunnat lösas genom diskussion, men det har också hänt sig att de lämnat arbetsplatsen med tungt sinne. För att kunna avlasta de skiftesansvariga i denna fråga, borde en representant för förmännen kunna vara mottagare för dessa klagomål genom att vara närvarande vid skiftesbyten, i mån av möjlighet.

### *Utmaningar som möts i fördelningen av vårdpersonalresursen*

Många av de utmaningar som rapporterades av informanterna var utmaningar som naturligt ingår i det arbete de utför och som de oftast löste smidigt. Dessa gällde förändringar i patientmaterialet och bortfall av vårdpersonal. Det kommer alltid att finnas ett balanserande mellan efterfrågan och utbud gällande sjukvårdspersonal, då det ligger parallellt med kravet på kostnadseffektivitet.

Frekvensen av vissa utmaningar visar ändå på att någon mera omfattande lösning borde finnas. Även om situationerna oftast kan åtgärdas, kan det även finnas konsekvenser på längre sikt som uppfattas av de skiftesansvariga sjukskötarna. I de fall som kommer fram i intervjuerna och utvärderingsformulären handlar det starkast om bristen på kompetens samt begränsningar i vårdpersonalen. Konsekvenserna blir orättvis fördelning av arbetsbelastningen samt möjligen överbelastning för en del vårdare. Detta leder lätt till sjukskrivningar och personalomsättning som åter försämrar både personalantalet och personalens kompetens.

### *Ansvar*

De skiftesansvariga sjukskötarna svarade i utvärderingsformuläret att elementen i kategorin ”Internt ledarskap” nästan uteslutande hade stark eller mycket stark inverkan på resursfördelningen. Detta talar om att det interna ledarskapet var starkt närvarande och en

naturlig del av deras arbete. Även om det stundvis i intervjuerna kunde tolkas som om en del av informanterna inte kände sig bekväma med ansvaret som ålades dem, hade de bra färdigheter att utföra uppgiften. Det som är viktigt att observera är, att de måste känna sig stöttade av förmännen och få erkännande för sitt arbete.

Här anas ett sökande efter en jämnvikt mellan självständighet i eget arbete och tyngden av att bära ett stort ansvar. Även om informanterna upplevde sig klara av sina uppgifter samt att de huvudsakligen fick stöd när de behövde det, kunde ansvaret ändå kännas tungt för vissa informanter. Att stödet finns under tjänstetid är viktigt för att kunna sköta sin uppgift även utanför tjänstetiden och då kunna lita på att man handlar rätt. Samtidigt finns det en stor tillit från förmännen, som har valt ut och skolat, de sjukskötare som ansetts lämpliga för skiftesansvarigas uppgifter och ansvar. Det är viktigt att kunna åtgärda känslan av det betungande ansvaret som en del av informanterna uttryckte, och sannolikt även andra kan uppleva.

Ansvaret som de skiftesansvariga sjukskötarna bär på är större än bara fördelningen av vårdpersonalresursen, men endast den känns redan stor nog för flera av de skiftesansvariga. Det verkliga ansvaret, och speciellt den upplevda tyngden av ansvaret, kunde sannolikt minskas med att klarare visa på ett delat ansvar. Huruvida de åtgärder som kan vidtas verkligen bidrar till att minska det tyngande ansvaret kan inte garanteras. Det bör klart visas att ansvaret är ett delat ansvar och att avdelningsskötaren står bakom de beslut den skiftesansvariga sjukskötaren fattar.

Kollegernas stöd är mycket viktigt och värdesätts högt av de skiftesansvariga. Således är även bristen på stöd ett relativt hårt bakslag för de flesta skiftesansvariga sjukskötarna. I och med att det från tidigare finns upplevelser av klagomål, missnöje samt osaklig kommunikation, orsakar det en viss spänning och de skiftesansvariga är lätt "lite på tårna" inför möte med personalen när fördelningen är klar. Det är viktigt att var och en skulle förstå utmaningarna och respektera svårigheterna med resursfördelningen. Som flera av informanter framhåller, är kommunikationen viktig men bör alltid vara saklig.

En av informanterna lyfte fram ett viktigt faktum, att innan vårdpersonalens kompetens jämnas ut, är man tvungen att acceptera att mycket är ofullständigt. Sannolikheten att

vårdpersonalen kommer att uppnå en kompetensnivå som kan anses fulländad är liten och kanske bara tillfällig, eftersom personalomsättning sker regelbundet. Det är förståeligt att en stabilare kompetens saknas och inte upplevs existera eftersom avdelningen ännu är särdeles ung, likaså personalen. Detta stärker dock vikten av att befintlig personal kan öka sin kompetens och att kunskapsträning är möjlig på fältet.

### **8.3 Diskussion i förhållande till tidigare forskning**

För att kunna agera proaktivt gällande patientsäkerheten bör man kunna föreställa sig flera tänkbara händelseförlopp. För att kunna påverka eller kontrollera utfallet, bör man känna till vad som hänt tidigare, vad den aktuella situationen varit, möjliga framtida händelser, förstå vilka åtgärder som ska vidtas och vilka resurser som krävs för att förverkliga dem. (Reiman & Pietikäinen 2013) Detta upplever jag att beskriver den skiftesansvariga sjukskötarens kompetens och tankeprocess väl. Även om säkerhetsledning främst syftar på ledningens verksamhet anser jag att även de skiftesansvariga ålagts ett klart ansvar i säkerhetsledning i och med att de övertar ledningen över vårdpersonalen utanför tjänstetiden. Även under tjänstetid bär de ett starkt ansvar över verksamheten.

Reiman & Pietikäinen (2013) beskriver säkerhetsledning och säkerhetsstyrning som aktiviteter i den interaktion som sker mellan individerna i organisationen i det dagliga arbetet. Säkerhetskultur handlar om organisationens förmåga att välja säkra arbetsmetoder i olika situationer. (Reiman & Pietikäinen 2013) Även här kommer den skiftesansvariga sjukskötarens uppgift i fördelningen av vårdpersonalresursen väl fram. Beslutsfattande kring resursdelningen innebär ofta kommunikation med flera inom vårdpersonalen, för att samla information om avdelningens patienter och aktiviteter. Informanterna berättade också att de ofta försäkrade sig om att vårdarna kände sig säkra på att de kunde utföra de uppgifter som tilldelats dem.

I intervjuerna kom det fram att prioriteringen utgick från patientsäkerhet, i att säkra att alla patienter får den vård som de behöver. Även vårdpersonalens välmående var en viktig faktor, som säkrar att vårdarna orkar i sitt arbete och kan utföra säker vård. Svaren i utvärderingsformulären visade att informanternas interna ledarskap hade en betydande inverkan på resursfördelningen. Detta visar på att de skiftesansvariga sjukskötarna innehar

egenskap för ledarskap och att denna egenskap är betydelsefull, speciellt i resursfördelningen.

Informanterna framförde alla att de alltid var förberedda för möjliga förändringar och att de utvecklat en reservplan. Detta visar klart på ett proaktivt tänkande för att säkra vården. Denna plan kollades gärna upp med jourhavande intensivvårdsläkare för att säkra sig om ett enhetligt tillvägagångssätt. Tyvärr kom det fram att detta inte ingick i någon rutin, utan var beroende på individernas vanor. Här kunde rekommenderas att ett uppkollande av planen alltid skulle höra till rutinen för skiftesansvariga och jourhavande.

Gällande de säkerhetsindikatorer som Reiman & Pietikäinen (2013) beskriver, skulle det finnas skäl att granska implementeringen av sådana, dels för att underlätta skiftesansvariga sjukskötares arbete, dels för att visa på effekten av deras arbete. Så som Reiman & Pietikäinen (2013) vidare framhåller syftar dessa säkerhetsindikatorer på att även motivera personalen att arbeta för patientsäkerheten.

Även om säkerhetskulturen i sig inte direkt var föremål för denna studie anser jag att informanterna i både intervjuerna och utvärderingsformulären betonar patientsäkerheten i sina svar. Det finns förståelse för situationerna och att besluten styrs utgående från patientsäkerheten. Informanterna uttrycker både vilja och motivation att utveckla och förbättra verksamheten för att uppnå bättre säkerhet. Detta visar på en stark säkerhetskultur samt kapacitet att styra aktiviteter mot patientsäkert mål.

Informanternas beslutsfattande i resursfördelningen kan granskas ur det perspektiv som Svenson & Edland (2013) beskriver gällande säkerhet i individens besluts kvalitet och kapacitet att hantera tidspress. De beskriver tidspressens negativa inverkan på beslutsfattande, vilket kan leda till tunnelseende, handlingsförlamning, yttlig informationssökning och utmaningen i att skilja på relevant och irrelevant information. (Svenson & Edland 2013) I intervjuerna kommer det klart fram att det fanns utmaningar i utförandet av resursfördelningen som till största del handlade om avbrott i processen. Det samma belyses även i svaren på de öppna frågorna i utvärderingsformuläret. Det visar sig ändå att informanterna inte upplevde tidspress i utförandet av uppgiften. De framförde att uppgiften

väl kunde skjutas upp och även utföras eller slutföras av följande skiftesansvariga. Detta talar för att deras beslutsfattande inte kompromissas av tidspress.

Vidare beskrevs under intervjuerna en mycket utförlig genomgång av all information som samlas in för att fatta ett övervägt beslut. Informanterna i intervjuerna samt ett av svaren i de öppna frågorna poängterade ett lugnt tillvägagångssätt för att hantera även krävande situationer. Dessa aspekter talar också starkt för att de beslut som fattas gällande resursfördelningen sällan skulle utföras förhastat eller under tidspress. Där Svenson & Edland (2013) anser att nyckelåtgärden för att eliminera effekten av tidspressen är att eliminera tidspressen, kan här konstateras att den inte upplevs påverka informanternas beslutsfattande.

Tidspress kan dock påverka den vårdresurs som fördelas på avdelningen och där igenom patientsäkerheten. Detta uttryckte informanterna att de kände till och strävade efter att minimera genom de beslut de själva fattade gällande resursfördelningen. För att förbättra balansen mellan behovet och tillgång av resurser är lösningen planering av resursbehovet (Svenson & Edland 2013). Denna planering är kärnan i resursfördelningen. Informanterna i både intervjuerna och utvärderingsformuläret beskrev otillräckliga resurser som en utmaning som de eftersträvade att åtgärda på olika sätt. Alternativen var att förvärva ersätande eller ytterligare personal för att möta behovet eller att diskutera antalet patientbäddar på avdelningen.

I svaren på de öppna frågorna beskrevs dock situationer då rekryteringen inte gett resultat eller situationer då den resursfördelning som man varit tvunget att göra inte fullt motsvarade patienternas behov. Huruvida dessa verkligen äventyrade någon patients säkerhet kan inte säkert fastställas men beskriver ändå den oro som upplevts för bristande säkerhet. Det som dessa situationer beskriver tas också upp av Scott et al (2018) då skillnaden på resursfördelning och ransonering diskuteras. Då resurser fördelas kan alla alternativ anses möjliga och resursens tillräcklighet eller brist diskuteras inte. Vid ransonering innebär det en nödvändig ”trade-off”, som att en nödvändig resurs uteblir och mottagaren blir ransonerad en mindre optimal resurs. (Scott et al. 2018)

Utgående från intervjuerna och utvärderingsformuläret kan det i vissa fall anas en viss ransonering av resurserna. Detta beskriver åtminstone informanternas upplevelse av den

resursfördelning som de utfört och de val de upplevt sig vara tvungna att göra. Deras upplevelse av situationen är äkta och viktig att beakta. Det bör också tas i beaktande att utan några mätbara indikatorer förblir detta en upplevelse av otillräckliga resurser. För att kunna åtgärda en avdelnings personalresurs i en stor organisation krävs klar evidens. Data om patientutfall samt vårdmisstag och nära misstag samlas kontinuerligt, men hur de kopplas ihop med den dynamiska verksamheten av vårdverkligheten är inte lätt att konstatera.

Även om upplevelsen är att personalresurserna är otillräckliga, är det möjligt att patient-säkerheten inte äventyrades i verkligheten. Det är å andra sidan också möjligt att vårdpersonalens arbetsbelastning varit mycket hög och resulterat eller kommer att resultera i överbelastning. För att kunna påvisa vårdpersonalens arbetsbelastning skulle det behövas ett mätinstrument eller indikator för att ge användbara resultat.

De problem som kan konstateras med befintliga mätinstrument (Tuominen 2020, Kiema 2013, Kaustinen 2011) beskrivs även av informanterna i intervjuerna. Informanterna ansåg att den vårdtyngdsmätare som används på avdelningen inte ger pålitliga data. Orsaken upplevdes vara att värderingen för starkt påverkas av den individ som utför värderingen och därför inte blir jämförbar. Ett annat problem med vårdtyngdsmätaren är att den inte är prognostisk, vilket också Kiema (2013) lyfter fram med mätverktyg som mäter utfört arbete. Detta innebär att verktyget inte kan förutspå personalbehovet. Kiema (2013) framhåller också att patientklassificeringsverktyg kan vara till nytta i fördelningen av vårdpersonalen men att de också kräver stöd av andra indikatorer för att uppnå bättre resultat. Miller (2001) anser att ett tillförlitligt instrument bör fungera konsekvent och uppnå lika resultat för samma mängd arbete.

En del av informanterna ansåg att avdelning U2:s patientmaterial inte var så stort och att de därför upplevde att de själva kunde greppa det och bilda sig en bra uppfattning om patienternas vårdbehov. En sådan uppskattning blir bunden till individen och är aktuell för stunden och kan därför sällan anses jämförbar. Utan gemensamma termer för att uttrycka vårdtyngden kan en sådan uppskattning heller inte föras vidare till nästa arbetstur. Informanterna lyfte själva fram variationerna i hur olika situationer uppskattas av andra skiftesansvariga.

Ett alternativt verktyg för att mäta vårdtyngd uppskattades möjligen kunna vara till nytta, men informanterna ifrågasatte ett sådant verktygs validitet. En viktig poäng som framfördes av informanterna var också att värderingen av patientens arbetstyngd inte beaktade vårdarnas kompetens. Det kommer tydligt fram i både intervjuerna samt i formulären att personalens kompetens inte är homogen utan innefattar variationer i kompetens och begränsningar för att utföra vård. Att arbetsbelastningen upplevs olika av olika individer belyser även Tuominen (2020).

Utmaningarna med mätinstrument ligger således i den stora variationen mellan olika avdelningar och patienter, men även i vårdpersonalen. Det är svårt att hitta mätinstrument som erbjuder jämförbara resultat, ens på delområden. Ju mera homogent en avdelnings patientmaterial är desto lättare kan uppskattningen av vårdbehovet möjligen bli. Samtidigt bör patienternas individuella vårdbehov kunna beaktas men också variationer i personalens kompetens.

Smeds (2019) vill uppmärksamgöra ledningen på arbetsförhållandena, för att kunna undvika överbelastning och brister i vårdens kvalitet. Hennes avhandling visar på att en avdelnings patientsäkerhet kopplas till tillräckliga personalresurser för att kunna utföra vård av hög kvalitet. Brister i arbetsförhållanden och arbetsmiljö kan leda till vårdpersonalens vilja att lämna avdelningen och även yrket. (Smeds 2019) Detta är en oro som studiens informanter också upplever i sitt arbete, speciellt då det är brist på vårdpersonal.

## **8.4 Diskussion i förhållande till den teoretiska referensramen**

I detta kapitel granskas resultaten i relation till den teoretiska referensramen vilket innebär att granska tankeprocesserna i informanternas beslutsfattande gällande fördelningen av vårdpersonalresursen.

Lauri et al (1998) beskriver två dominerande tankeprocesser som styr beslutsfattande i vården. Den intuitiva tankeprocessen samt den analytiska tankeprocessens, där fokus är på den informativa tankeprocessen, även kallad problemlösningsprocessen. Gällande beslutsfattande i vården har teorier om analytisk-intuitiva tankeprocesser utvecklats, vilka kombinerar analytiskt och intuitivt tänkande. (Lauri 1998)

I den informativa tankeprocessen samlas data och ledtrådar systematiskt in gällande det aktuella problemet. Baserat på tidigare kunskap och den insamlade informationen bildas alternativa lösningar. Dessa lösningar övervägs för att godkännas eller förkastas. (Lauri 1998) Detta beskriver väl den process som informanterna i intervjuerna utförde då de samlade in information om olika faktorer. Mycket av informationen och observationerna relaterades till tidigare kunskap och erfarenhet om motsvarande ämne. Samtliga informanter berättade, att de själva utvecklat alternativa lösningar att ta till ifall det sker förändringar i situationen.

Informanterna beskrev också att det var viktigt att beakta helheten. Och en del av informanterna upplevde också själva att de hade en intuitiv förhållningsätt. Speciellt då situationer förändrades och justeringar måste göras i resursfördelningen, fattade de snabba beslut. Besluten upplevdes av flera lätta att fatta samt ansågs vara en naturlig del av arbetet. Detta talar för en mera intuitiv tankeprocess, som Lauri et al (1998) beskriver. I ett intuitivt beslut beaktas helheten utan fokus på detaljerna, beslutet är snabbt och leder direkt till aktivitet. Den intuitiva tankeprocessen baserar sig på tidigare kunskap och erfarenhet i att man söker bekanta mönster i den nya situationen och kan dra snabba slutsatser gällande alternativa lösningar. I den intuitiva tankeprocessen relateras problem och faktorer till helheten och väsentliga saker kan prioriteras. (Lauri 1998)

Informanternas helhetsgestaltning grundade sig också på den erfarenhet och kunskap som de skiftesansvariga sjukskötarna har från tidigare. Detta innebär alltså att individen är en del av processen och helheten i och med den erfarenhet hen har. När det kommer till beslutsfattande gällande fördelningen av vårdpersonalresursen visar resultaten klart att det är mycket som beaktas innan ett beslut fattas. Det handlar inte endast om att beakta enskilda faktorer utan de måste ses i relation till helheten. Vilken prioritering som görs handlar heller inte om att väga olika faktorer mot varandra, utan även här relateras de till hur de inverkar på helheten.

Det blir en balansgång mellan att beakta detaljer samt att se helheten. Den helhet som de skiftesansvariga sjukskötarna gestaltar byggs upp av all den information de samlar in om den aktuella situationen. Det beskrevs av några informanter som att bygga ett pussel av

den insamlade information för att gestalta helheten, således är helheten beroende av de olika delarna som den är uppbyggd av.

Båda dessa tankesätt representeras i informanternas svar i intervjuerna men förstärks även av svaren i utvärderingsformulären. Delen Klinisk kunskap belyser hur informanterna stödde sig på den kunskap och erfarenhet de har. Svaren i Processhantering beskriver bra hur färdigheter i både problemlösning och beslutsfattande inverkade på beslutsfattande. Vidare framkommer i Processhanterings-delen hur informanterna tydligt beaktade både detaljer och helheten samt övervägde alternativa lösningar.

Utgående från detta kan beslutsfattandet i resursfördelningen anses vara kombination av dessa, en analytisk-intuitiv tankeprocess. Processen skiftar sannolikt i balansen mellan den analytiska och intuitiva, beroende på personen om utför den, det aktuella sammanhanget samt vilka utmaningar som ingår i beslutsfattandet.

Att de skiftesansvariga sjukskötarna använder både analytiska och intuitiva tankeprocesser i sitt beslut, talar för att de inte följer någon enstaka formel eller modell. Även om informationsinsamlingen till en del följer ett mönster och varje informant behöver information om samma faktorer användes också den intuitiva tankeprocessen där läget granskas ur helhetsperspektivet. Varje individ väljer att använda vald proportion av den intuitiva tankeprocessen i sitt beslut. Individens erfarenhet och kompetens inverkar både på hur helheten gestaltas samt på den intuitiva tankeprocessen. Detta innebär att någon enhetlig modell för beslutsfattande inte följs eller ens existerar. Beslutsfattandet är en individuell process och individens egen erfarenhet och kompetens inverkar på hur faktorerna prioriteras och helheten gestaltas. I och med att informanterna beaktade andras åsikter samt bad om insikt i sitt beslut innebär det också att det inte blir ett ”enväldigt” beslut.

## **8.5 Slutsatser**

I detta kapitel samlas studiens viktigaste slutsatser.

Det beslutsfattande som den skiftesansvariga sjukskötaren gör vid fördelningen av vårdpersonalresursen innefattar en analytisk-intuitiv tankeprocess. I tankeprocessen behandlas faktorer gällande patienterna och vårdpersonalen men dessa relateras alltid till den helhetsuppfattning som den skiftesansvariga sjukskötaren bygger upp. Individens samt dennes erfarenhet och kunskap i detta beslutsfattande är betydelsefulla.

Beslutsfattandet och prioriteringen av faktorerna bör ses som en kontinuerlig process i den komplexa och dynamiska vårdverkligheten. Prioriteringen formas av att faktorerna och helheten relateras till varandra i den aktuella situationen. Beslutet styrs slutligen av säkrandet av patientsäkerheten.

De skiftesansvariga sjukskötarnas har ett bra stöd i resursfördelningen, vilket består av stödet av förmännen, kollegerna samt den egna erfarenheten. I studien visar det sig ändå att de saknar en starkare närvaro av förmännen och att ansvaret skulle vara ett uttalat delat ansvar.

Den befintliga vårdtyngdsmätaren upplevdes inte pålitlig och användes inte i fördelningen av vårdpersonalresursen. Verktøget kan inte förutspå patienternas vårdbehov. För att stöda fördelningen av vårdpersonalresursen bör mätverktyg beakta patienternas vårdbehov, vårdarnas arbetsbelastning samt deras kompetens. Verktøgen bör gärna vara validerade och lämpliga för den aktuella avdelningen.

Två klara åtgärder steg fram i studien för att underlätta de skiftesansvarigas sjukskötarnas resursfördelning. Den ena innebär upprättande av en lista på nya vårdare för att öka kännedomen om nya vårdares bakgrund och kompetens. Den andra var att införa rutin på möte mellan skiftesansvarig sjukskötare och jourhavande läkare för att fastställa gemensam strategi för det kommande skiftet. Andra åtgärder kan gärna utvecklas men bör ske i samarbete med de som fungerar som skiftesansvariga sjukskötare på avdelningen.

## **9 KRITISK GRANSKNING**

I den kritiska granskningen diskuteras studien utgående från reliabilitet, validitet och generaliserbarhet utgående från Jacobsen (2012). Syftet med att kritiskt granska validitet

och reliabilitet i en kvalitativ studie innebär att man försöker förhålla sig kritiskt till kvaliteten på det data som samlats in. Fokuset ligger på att säkra att man fångat det som varit ämnat, att det är överförbart till andra sammanhang och det insamlade data är pålitligt. (Jacobsen 2012)

Gällande studiens reliabilitet diskuteras undersökningsmetoden samt skribentens möjliga påverkan på studiens resultat. I alla undersökningar utsätts undersökningsobjekten för olika former av påverkan. Redan vetskapen av att delta i en undersökning laddar informanten med olika förhandsuppfattningar. Vid en intervju kan informanten redan på förhand ha förberett svar på förväntade frågor. Undersökaren själv kan inverka på det som undersöks. Detta gäller även vid intervjutillfället då informanten reagerar på intervjuaren. (Jacobsen 2012)

I och med att skribenten arbetar på ifrågavarande avdelning innebär att informanterna samt skribenten känner varandra arbetsmässigt från tidigare. Eftersom skribenten innehar en förmansposition som biträdande avdelningsskötare på avdelningen, finns även en risk att informanterna inte känner sig kunna vara fullt frispråkiga i intervjuerna. För att minska betydelsen av denna risk har skribenten i början av varje intervju betonat sin roll som utomstående i intervjun. Informanterna har även blivit påmind om att intervjuerna är konfidentiella samt att deras svar inte ska kunna igenkännas eller kopplas till informanterna.

Ur skribentens synvinkel kan konstateras att en viss spänning i alla fall kunde anas hos en del av informanterna i början av intervjuerna. Stämningen lättades ändå snabbt upp då intervjuerna kom igång och dialogen löpte smidigt. I och med att informanterna och skribenten kände varandra från förut kan delvis ha bidragit till att stämningen var avslappnad. Att kunna tolka stämningen underlättades av att skribenten känner informanterna och deras personligheter. Samtidigt kan tolkning således anses partisk då den utförs av skribenten.

Intervjuerna gjordes och utvärderingsformulären fylldes i på informanternas arbetsplats vilket bidrar till att göra sammanhanget naturligt. Tiden för intervjuerna bokades så att informanterna kunde delta under sin arbetstid. Vidare valdes intervjutiderna så att de inte

orsakade stress eller tidspress för informanterna att lösgöra sig från andra arbetsuppgifter. Utvärderingsformulären fylldes i av informanterna under självvald tidpunkt under arbetstid. Det är möjligt att en del dagar varit arbetsdryga och tidtabellen inte tillåtit arbetsskiftets skiftesansvariga sjukskötare att fylla i formuläret, vilket inverkat på antalet ifyllda formulär. Att ifyllnad av formuläret uteblivit kan även förknippas med glömska, ovilja eller brist på intresse. Frivilligheten i deltagandet av studien har poängterats i informantbrev.

Intervjuerna bandades in i sin helhet och kunde avlyssnas upprepade gånger för att garantera att de transkriberades så korrekt som möjligt. Det transkriberade intervjumaterialet blev mycket omfattande vilket skapade en viss utmaning i analysprocessen. Skribenten strävade efter stor noggrannhet och ett systematiskt tillvägagångssätt i urvalet och kodningen av materialet. Det finns alltid en risk med att man inte valt rätt citat (Jacobsen 2012). Detta har skribenten försökt undvika genom att upprepade gånger återvända till både det transkriberade materialet och till det kodade materialet för att garantera rätt kontext. Det är dock sannolikt, så som Jacobsen (2012) noterar, att man tenderar se det samma man sett tidigare och åter gör ett likadant val.

Skribentens förförståelse i ämnet kan ses som både en svaghet och en styrka. Denna kännedom om skiftesansvarigas arbete har ursprungligen varit orsaken till att denna studie utförs. Förståelse och kännedom om arbetsfältet och arbetsuppgifterna kan inte helt förbises och till viss del har de varit närvarande i intervjuerna. Kännedomen om arbetet underlättar förståelsen då situationer beskrivs av informanterna samt möjliggör att följdfrågor kan ställas för att belysa väsentliga aspekter. I intervjuerna har skribenten dock eftersträvat en utomstående roll och förhållning till informanternas svar.

Studiens validitet, även benämnd bekräftbarhet, granskar huruvida studiens resultat är riktiga, med andra ord om beskrivningen av fenomenen är riktig. Där en individs upplevelse är sann för individen själv, innebär det inte att det är sanning ur andra perspektiv. Däremot kan man argumentera för att ju flera som ger en liknande beskrivning av ett kvalitativt fenomen, desto sannare är det. (Jacobsen 2012)

Validiteten av insamlade data är beroende av att data kommer från riktiga källor. Även om källorna kan anses vara rätta, garanterar det inte att de lämnar ifrån sig riktig information. (Jacobsen 2012) I denna studie kan, de av avdelningsskötarens utvalda, informanterna i intervjuerna bedömas vara lämpliga att belysa det studerade fenomenet i och med att de beskriver sitt eget arbete. Informanternas svar både i intervjuerna och utvärderingsformuläret kan dock påverkas av deras inställning till studien, skribenten eller avdelningens verksamhet. Informanterna som deltog i studien tilldelades information om studien i form av informantbrev för att beskriva syftet. Skribenten utgår från att de svar som ges av informanterna är sanningsenliga och har till syfte att klargöra de fenomen som studeras. Skribenten kan inte identifiera någon orsak för informanterna att inte vara uppriktiga i sina svar.

Resultaten i studien diskuteras mot tidigare forskning inom ämnet. Det finns många likheter som kunnat konstateras. Studiens vinkling är dock avvikande i flera avseenden och alla fynd finner inte en motsvarighet i den tidigare forskningen som beaktats i detta arbete.

I studien har ingen respondentvalidering utförts. Resultaten i detta arbete kommer dock att presenteras för de anställda på avdelningen för studien. Eventuella åtgärder och utveckling av verksamheten som studiens resultat kunde bidra till kommer att diskuteras med avdelningens skiftesansvariga. Åtgärder och utveckling av verksamheten skulle även involvera dem och deras insats.

Studiens generaliserbarhet, överförbarhet eller extern validitet syftar på hur väl upptäckterna i studien av några få enheter kan generaliseras till andra enheter som inte ingått i studien. I kvalitativa metoder är huvudsyftet inte att generalisera från valda enheter till en större grupp enheter. Målet är snarare att förstå och fördjupa fenomen. (Jacobsen 2012)

Avdelning U2, brännskadecentrum och intensivvård, på Jorvs sjukhus inom HUS Helsingfors Universitetssjukhus, blev fokus för denna studie i och med sin speciella karaktär med intensivvård, bäddavdelning och poliklinik. Även skribentens klara koppling

till avdelningen inverkar på valet. Även om avdelningen har utmaningar som kan anses specifika för just den utvalda avdelningen innebär det inte att andra avdelningar inte skulle kunna stå inför liknande utmaningar. Många likheter i problematiken med en avdelningens resurser och resursfördelning framkommer i tidigare forskning. Det finns ett klart intresse för att reda ut hur resursfördelningen kan effektivieras samt tydligare baseras på evidens.

Det kan antas att varje avdelning, och möjligen även arbetsplats, påverkas av sjukfrånvaron och förändringar i verksamheten som kräver att resurserna måste omfördelas för att möjliggöra verksamhetens smidighet. Inom sjukvården stärks dock problematiken och allvaret i att hitta en lösning då patientsäkerheten och vårdkvaliteten samtidigt står på spel. De problem som framkommer i informanternas svar kan således kännas igen på många fronter. Att kunna identifiera utmaningarna är en förutsättning för att kunna åtgärda dem. Således anser jag att de resultat som kommit fram i detta arbete även kan vara till nytta på andra sjukhusavdelningar.

## KÄLLOR / REFERENCES

- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M., Moreo-Casbas, M., Rafferty, A., Schwendimann, R., Scott, A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., 2014, Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : a retrospective observational study, *The Lancet*, vol 383, nr 9931, s. 1824-1830.
- Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M., Aunguroch, Y., 2011, Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries, *International Journal of Quality Health Care*, vol 23, nr 4, s. 357-364.
- Bryman, A., 2002, *Samhällsvetenskapliga metoder*, Liber Ekonomi, Stockholm, s 301-304.
- Buchan, J., 2004, What difference does ("good") HRM make?, *Human Resources for Health*, 2 (6).
- Cho, E., Sloane, D., Kim, E., Kim, S., Choi, M., Yoo, I., Lee, H., Aiken, L., 2015, Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study, *International Journal of Nursing Studies*, vol 52, nr 2, s. 535-542.
- Fagerström, L., Kinnunen, M., Saarela, J., 2018, Nursing workload, patient safety incidents and mortality : an observational study from Finland, *BMJ journals*, vol 8, nr 4.
- Finlands sjuksköterskeförbund rf, 1996, *Etiska riktlinjer för sjukskötare*, Tillgänglig: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Etiska-riktlinjer-f%C3%B6r-sjuksk%C3%B6tare.pdf> Hämtad: 22.2.2020
- Finlex 2010/1326, Hälso- och sjukvårdslag, Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326> Hämtad: 19.2.2020
- Finsk-svensk ordlista i hälso- och sjukvård, Uppdaterad 31.1.2008, Tillgänglig: <http://kaino.kotus.fi/www/ordlistor/medordlista.html> Hämtad: 15.11.2020
- Forskningsetiska delegationen, 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*, Helsingfors 2013
- Halmeenmäki, T., 2009, *Kunta-alan eläkepoistuma 2010-2030, Kuntien eläkevakuutusraportteja 2/2009*, Kuntien eläkevakuutus
- Hansson, S., 1994 *Decision Theory - A Brief Introduction*, revisions 2005. Tillgänglig: [https://www.researchgate.net/publication/210642121\\_Decision\\_Theory\\_A\\_Brief\\_Introduction](https://www.researchgate.net/publication/210642121_Decision_Theory_A_Brief_Introduction) Hämtad: 28.2.2020

- Hietaranta, T., Lindholm, P., Sjöström, Pirjo., 2011, *Yhtenäinen ohjeistus vuorovastaa-ville: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin teho- ja valvontaosastoilla*, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.
- Hollnagel, E., 2008, Safety Management : looking back or looking forward, I: Hollnagel, E., Nemeth, C., Dekker, S., *Resilience Engineering Perspectives, Volume 1 : Remaining Sensitive to the Possibility of Failure*, Aldershot, Ashgate, s. 63-76.
- HUS delegaatiopäätös, 7.2.2010§1/Reijo Haapiainen.
- Jacobsen, D., 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring*, Studentlitteratur Ab, Lund
- Kalisch, B., Landstrom, G., Hinshaw, A., 2009, Missed nursingcare: a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, vol 65, nr 7, s 1509–1517.
- Kaustinen, T., 2011, *Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta*, Oulun yliopisto, Oulu.
- Kiema, A., 2013, *Hoitotyön henkilöstömitoituksen laskenta- ja suunnittelumallit – kirjallisuuskatsaus vuosilta 2000-2012*, Itä-suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta.
- Kotila, J. & Ylikukkonen, P., 2016, *Vuorovastaavan tehtävien tukeminen neurokirurgian tehovalvontaosastolla*, Spirium, vol 51 nr 2, s 36-39.
- Kovanen A. 2012. *Vastuuhoitajan osaamisen tunnistaminen Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksessä*, Opinnäytetyö YAMK, Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Larson, E., Cohen, B., Liu, J., Zachariah, P., Yao, D., Shang, J., 2017, Assessing Intensity of Nursing Care Needs Using Electronically Available Data, *Computers, Informatics, Nursing*, vol 35, nr 12.
- Lauri, S., Eriksson, E., Hupli, M., 1998, *Hoidollinen päätöksenteko*, WSOY/ Oppimateriaalit, Helsinki.
- Malmeister, L., 1999, Professional Accountability and Legal Liability for the Team Leader and the Charge Nurse, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol 28, s 300-309.
- Miller, S., 2001, *Literature review : Workload Measures*, National Advanced Driving Simulator, University of Iowa.
- Rauhala, A., 2008, *The validity and feasibility of measurement tools for human resource management in nursing: Case of the RAFAELA system*, Doktors avhandling, Kuopion Yliopisto, Kuopion yliopiston julkaisuja e. yhteiskuntatieteet 159

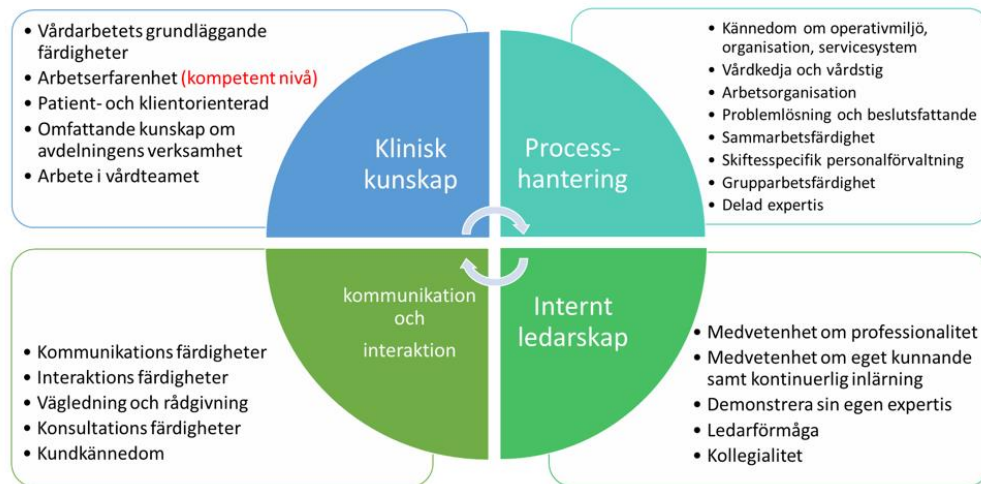
- Reiman, T. & Pietikäinen, E., 2013, Indikatorer för patientsäkerhet som verktyg för proaktiv säkerhetsledning, I: Ödegård, S. (red.), *Patientsäkerhet : Teori och praktik*, Liber Ab, Stockholm, s. 329-350
- Schildt, A., 2019, *Vårdtygndsmätare - verktyg och instrument för att uppskatta vårdarnas arbetsbelastning*, Yrkeshögskolan Arcada, Helsingfors, opublicerat projektarbete
- Scott, A., Harvey, C., Feltzmann, H., Suhonen, R., Habermann, M., Halvorsen, K., Christiansen, K., Toffoli, L., Papastavrou, E., 2019, Resource allocation and rationing in health care: A discussion paper, *Nursing Ethics*, Vol 26, nr 5.
- Simon, H., 1997, *Models of Bounded Rationality: Empirically grounded economic reason*, The MIT press, Cambridge, Massachusetts, s 291-298.
- Simonsson, C., Hjorth, M., Sandberg, H., Thelander, Å., 1998, *Möten på fältet. Kvalitativ metod i teori och praktik*, Working Paper, vol. 1998:1, Department of Sociology, Lund University.
- Sir, M., Dundar, B., Barker Steege, L., Pasupathy, K., 2015, Nurse–patient assignment models considering patient acuity metrics and nurses’ perceived workload, *Journal of Biomedical Informatics*, 55, s. 237–248.
- Smeds, L. 2019, *Factors in the nurse work environment related to safe and high quality care in acute care hospitals*, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Sohlman, P., 2020, *Kunta-alan ja valtion eläköitymisennuste 2020-2039*, KEVA Tillgänglig: <https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/tama-on-keva--tiedostot/kunta-alan-ja-valtion-elakoitymisennuste-2020-2039.pdf> Hämtad: 23.3.2020
- Statsrådets principbeslut *Patient- och klient-säkerhetsstrategi 2017–2021*, 2017 Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2017:10
- Svenson, O. & Edland, A., 2013, Tidspress, besluts kvalitet och säkerhet i arbetslivet, I: Ödegård, S. (red.), *Patientsäkerhet : Teori och praktik*, Liber Ab, Stockholm, s. 425-437.
- Tuominen, O., 2020, *Rescheduling sudden absences of nursing staff in hospital settings*, University of Turku, Painosalama Oy, Turku.

## BILAGOR

### BILAGA 1. Modell för skiftesansvarigas expertisområden

Skiftesansvarigas expertisområden. (Kovanen 2012, översatt till svenska Schildt 2020)

#### Skiftesansvarigas expertisområde



#### Vuorovastaavan osaamisalueet



Kovanen, Anne. Vastuuhoitajan osaamisen tunnistaminen Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Opinnäytetyö YAMK 2/2012. Jyväskylän ammattikorkeakoulu

## BILAGA 2. U2 vårdtyngdsmätare

### U2 Vårdtyngdsmätare

	Fungerar och rör sig självständigt, ringer på klockan	Behöver direktiv samt lätt assistans	Delvis övervakning/ behöver mycket assistans	Övervakning 24/7, behöver assistans med allting	Labil, övervakning 24/7, isoleringsrum/ högt assistanskrav, suspensioner
Dagliga vårdåtgärder/ skiftesuppgifter	0	1	2	3	4
+ Mindre vårdåtgärder 0,5–1 h 1 skötare	1	2	3	4	5
+ Måttliga vårdåtgärder 0,5–1,5 h 2 skötare	2	3	4	5	6
+ Stora vårdåtgärder 1.5–3 h 2–3 skötare/ dialysvård 4-24h 1 skötare	3	4	5	6	7
+ Stora och krävande vårdåtgärder 3–8 h 3–4 skötare	4	5	6	7	8

klass 0–1	1 vårdare	3–4 patienter morgon-/kvällsskift / 4–5 patienter nattsifte
klass 1–2	1 vårdare	1–2 patienter morgon-/kvällsskift / 3–4 patienter nattsifte
klass 3	1 vårdare	1 patient, vårdaren behöver hjälp under vårdåtgärder samt för paus. Vårdaren kan stundvis även övervaka 1–2 patienter utöver den egna.
klass 3–6	2 vårdare	1–2 patienter, möjligen assistans vid vårdåtgärder
klass 4–8	2–3 vårdare	1 patient, möjligen assistans vid vårdåtgärder

## U2 Hoitoisuusluokitus

	Omatoiminen, liikkuu itsenäisesti, soittaa kelloa	Ohjattava, kevyesti avustettava/ siirtyvä potilas	Osittain valvottava/ paljon apua tarvitseva	Valvottava 24/7 / vaatii apua kaikissa toiminnoissa	Labiili, 24/7 valvottava/ eristyshuoneessa/ täysin autettava ripustukset ym.
Päivittäiset hoidot, käännöt ja vuorohoidot	0	1	2	3	4
+ Pienet hoidot 0,5-1 h 1 hoitaja	1	2	3	4	5
+ Kohtalaiset hoidot 0,5-1.5 2 hoitajaa	2	3	4	5	6
+ Isot hoidot 1,5-3 h 2-3 hoitajaa/ dialyysi 4-24 h 1 hoitaja	3	4	5	6	7
+ Isot ja vaativat hoidot 3-8 h 3-4 hoitajaa	4	5	6	7	8

luokka 0-1	1 hoitaja	3-4 potilasta aamu/ iltavuorossa / 4-5 potilasta yövuorossa
luokka 1-2	1 hoitaja	1-2 potilasta aamu/ iltavuorossa / 3-4 potilasta yövuorossa
luokka 3	1 hoitaja	1 potilas, lisäksi hoitajalle tarvittaessa apua hoidoille ja tauotukseen. Hoitaja voi valvoa hetkellisesti oman potilaansa lisäksi 1-2 muuta potilasta.
luokka 3-6	2 hoitaja	1-2 potilasta, lisäksi tarvittaessa lisä apua hoidoille
luokka 4-8	2-3 hoitaja	1 potilas, lisäksi tarvittaessa lisä apua hoidoille

### BILAGA 3. Visuell modell av effekten av för stor arbetsbelastning

*Ond cirkel - effekten av för stor arbetsbelastning (Schildt 2019)*



## BILAGA 4. Litteratursökning

Sökord	begränsning	Databas	träffar	utvalda
Resource management AND (nursing personnel OR nursing staff)	Publicationsår: 2005-2020  Free fulltext  spårk: Svenska, Engelska, Finska  Nyckelord I title/abstract	Ebsco- Academic Search Elite	12	1
		Ebsco - Cinahl	6	1
		Pubmed	8	5
Resource management AND nurse allocation	Publicationsår: 2005-2020  Free fulltext  spårk: Svenska, Engelska, Finska  Nyckelord I ti- tle/abstract	Ebsco- Academic Search Elite	1	1
		Ebsco - Cinahl	1	1 (duplikat)
		Pubmed	0	0
Workforce manage- ment AND (nursing person- nel OR nursing staff)	Publicationsår: 2005-2020  Free fulltext  spårk: Svenska, Engelska, Finska  Nyckelord I ti- tle/abstract	Ebsco- Academic Search Elite	15	2
		Ebsco - Cinahl	1	0
		Pubmed	11	0
(Staff nurse OR Charge Nurse OR nurse in Charge)  AND (allocation of re- sources OR resource allocation OR staff as- signment)	Publicationsår: 2005-2020  Free fulltext  spårk: Svenska, Engelska, Finska  Nyckelord I ti- tle/abstract	Ebsco- Academic Search Elite	2	1
		Ebsco - Cinahl	14	3
		Pubmed	1	1

(Personnel management OR Human resource management)  AND (nursing personnel OR nursing staff)  AND (Shift nurse OR charge nurse OR Nurse in charge)	Publicationsår: 2005-2020	Ebsco- Academic Search Elite	8	1
	Free fulltext	Ebsco - Cinahl	0	0
	spårk: Svenska, Engelska, Finska  Nyckelord i title/abstract	Pubmed	3	0
(Staff nurse OR Charge Nurse OR nurse in Charge)  AND (decision making OR decision-making OR decision making process OR decision-making process)	Publicationsår: 2005-2020	Ebsco- Academic Search Elite	11	4 (2 duplikat)
	Free fulltext	Ebsco - Cinahl	3	2
	spårk: Svenska, Engelska, Finska  Nyckelord i title/abstract	Pubmed	3	1 (duplikat)
(Allocation of resources OR resource allocation OR staff assignment)  AND nursing  AND (decision making OR decision-making OR decision making process OR decision-making process)	Publicationsår: 2005-2020	Ebsco- Academic Search Elite	16	2 (duplicat)
	Free fulltext	Ebsco - Cinahl	5	1
	spårk: svenska, engelska, finska  Nyckelord i title/abstract	Pubmed	25	2 (duplicat)

## BILAGA 5. Intervjuguide för individuella intervjuer

### Intervjuguide

#### Bakgrundsinformation

-signum- alias

-yrke

-ålder

-arbetserfarenhet inom yrket

- arbetserfarenhet i organisationen

- arbetserfarenhet som skiftesansvarig skötare på U2

-arbetserfarenhet som skiftesansvarig skötare på annan avdelning

- Hur utför du fördelningen av vårdpersonalen?
- Hur hanterar du förändringar som kräver omfördelning av vårdpersonalen?
- Vilka faktorer beaktas vid beslutsfattande?
  - vilka faktorer finns det otillräckligt med information om?
  - finns det information som du saknar?
- Hur upplever du den tillgängliga tiden för beslutsfattande?
  - dåligt med tid/ krav på snabba beslut
  - Kan beslutet vänta på sig om det krävs mera tid för att göra ett övervägt beslut?
- Viket stöd får den skiftesansvariga skötaren gällande resursfördelningen?
  - viket stöd saknas?
- Hur fungerar kommunikationen gällande personalfördelningen/ personalresurser?
  - vårdar kolleger
  - förmän
  - kirurger / intensivister
  - annan personal
- Hur upplever du att det beslutsfattandet som den skiftesansvarig skötare gör bemöts?

## **BILAGA 6. Informantbrev, svensk och finsk version**

### INFORMANTBREV

Välkommen att delta i en intervjustudie som ingår i masterarbete för högre yrkeshögskoleexamen.

#### *Skiftesansvariga sjukskötares beslutsfattande i fördelning av vårdpersonalresursen*

Fördelning av vårdpersonalresurser har stor betydelse för patientsäkerhet och vårdkvalitet men även för vårdpersonalens arbetstillfredsställelse. Missnöjet bland personalen ökar till följd av överbelastningen, känsla av otillräcklighet samt upplevd orättvisa i arbetsfördelningen och leder ofta till flera sjukfrånvaron, utbrändhet samt ökad personalomsättning. Att arbetsmängden på avdelningen fördelas ojämnt orsakar spänningar bland personalen, vilket har en negativ inverkan på arbetsmiljön. Flera studier som utförts i ämnet pekar alla mot det faktum att så väl vårdmiljön som patienternas vårdtyngd samt den tillgängliga vårdresursen inverkar på patientutfallet.

Syftet med denna studie är att öka förståelsen kring skiftesansvariga skötares beslutsfattande i personalresursfördelningen. Med resultaten i studien är avsikten att främja skiftesansvariga sjukskötares tillgång till vägledning och stöd i sitt beslutsfattande. Studien utförs som beställningsarbete till avdelning U2, på Jorvs sjukhus, HUS Helsingfors universitetssjukhus. Denna studie ingår i mitt examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen i avancerad klinisk vård på Arcada.

Ni har valts ut som informanter till intervjustudien för att med era personliga erfarenheter och kunskap bidra till studien. Studien kommer att genomföras som en intervjustudie med semistrukturerade individuella intervjuer. Deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst under studiens gång.

Intervjuerna kommer att spelas in, transkriberas och analyseras. Intervjun samt intervju-materialet behandlas konfidentiellt och inspelat samt transkriberat material kommer att förstöras efter att studien slutförts. Enskilda informanter kommer inte att kunna identifieras. Studien är ett masterarbete och kommer att publiceras på databasen Theseus.

Intresse av att delta i studien anmäls via avdelningsskötaren på U2. Intervjutid och -plats bokas individuellt med varje informant. För intervjun är det bra att reservera tid cirka 1 timme. Intervjuerna kommer att ske under våren 2020.

Ert deltagande är värdefullt och jag uppskattar högt om ni tar er tid att delta i studien.

Handledare för studien:

Heikki Paakkonen

HvD, docent

[heikki.paakkonen@arcada.fi](mailto:heikki.paakkonen@arcada.fi)

040 5926777

Tilläggsinformation samt frågor angående studien:

Anna Schildt, sjukskötare, biträdande avdelningsskötare

[anna.schildt@arcada.fi](mailto:anna.schildt@arcada.fi)

050 3682978

Vänliga hälsningar,

Anna Schildt

## SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN

Tervetuloa osallistumaan haastattelututkimukseen, joka sisältyy ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöhön.

### *Vuorovastaavan sairaanhoitajan päätöksenteko hoitohenkilöstöresurssin jaossa*

Hoitohenkilöstön resurssijako vaikuttaa suuresti potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun, mutta myös hoitohenkilöstön työtyytyväisyyteen. Ylikuormittuminen, riittämättömyden tunne sekä epäoikeudenmukaisuus työn jaossa lisäävät työtytymättömyyttä, jonka seurauksena niin henkilöstön sairaspotilaat kuin myös loppuun palaminen ja henkilöstön vaihtuvuus lisääntyy. Epätasapuolisesti jaettu työtaakka aiheuttaa jännitteitä henkilöstön kesken, jolla on epäsuotuisa vaikutus työilmapiiriin. Useat tutkimukset aiheesta vahvistavat, että potilaiden hoitotuloksiin vaikuttaa niin hoitoilmapiiri, potilaan hoitoisuus kuin myös käytössä oleva hoitoresurssi.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on laajentaa käsitystä vuorovastaavina toimivien hoitajien päätöksentekoprosessista päivittäisessä hoitohenkilöstöresurssin jaossa. Tutkimuksen tuloksien myötä on tarkoitus kyetä lisäämään vuorovastaavana hoitajana toimivien opastusta ja tukea päätöksenteossa. Tutkimus tehdään opinnäytetyönä osastolle U2, Jorvin sairaala, HUS Helsingin yliopistollinen sairaala. Opinnäytetyö suoritetaan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa varten, kliininen asiantuntija ohjelmassa Arcadan ammattikorkeakoulussa.

Teidät on valittu haastattelututkimukseen, jossa Teidän henkilökohtainen kokemuksenne ja tietotaitonne tuovat merkitystä tutkimukseen. Tutkimushaastattelu suoritetaan puolistrukturoituna yksilöhaastatteluna. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää milloin tahansa tutkimuksen aikana.

Kaikki haastattelut nauhoitetaan, litteroidaan ja analysoidaan. Haastattelu ja haastatteluaineiston käsittely tapahtuu luottamuksellisesti ja nauhoitettu ja litteroitu aineisto tuhoaan tutkimuksen valmistuttua. Yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa valmiista tutkimuksesta. Tutkimus on opinnäytetyö, joka julkaistaan Theseus-tietokannassa.

Halukkuutensa osallistua haastattelututkimukseen voi ilmoittaa U2:n osastonhoitajalle. Haastattelu-aika ja paikka sovitaan kunkin haastateltavan kanssa erikseen. Haastatteluun on hyvä varata aikaa noin 1 tunti. Haastattelut toteutetaan keväällä 2020.

Kiitos että otat aikaa osallistua tutkimukseen, osallistumisesi on minulle arvokasta.

Opinnäytetyön ohjaaja:

Heikki Paakkonen,  
HvD, dosentti  
heikki.paakkonen@arcada.fi  
040 5926777

Lisätietoja tai kysymyksiä tutkimuksesta:

Anna Schildt, sairaanhoitaja, apulaisosaston hoitaja

[anna.schildt@arcada.fi](mailto:anna.schildt@arcada.fi)

050 3682978

Ystävällisin terveisin,

Anna Schildt

## BILAGA 7. Utvärderingsformulär

### Formulär för utvärdering av den dagliga resursfördelningen (Schildt 2020)

Kryssa i enlig hur stark relevans eller inverkade påståendena hade på resursfördelningen eller beslutsfattandet i resursfördelningen. Skalan är 1–5 där 1 är lägsta relevans och 5 högsta relevans

1 Mycket svag, 2 Svag, 3 Måttlig, 4 Stark, 5 Mycket stark

<b>Klinisk kunskap</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Min roll i vårdteamet inverkade på resursfördelningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min kunskap om avdelningens verksamhet påverkade mitt beslutsfattande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I prioriteringen beaktade jag avdelningens patientmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min arbetserfarenhet påverkade mitt beslutsfattande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Processhantering</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Mina färdigheter i problemlösning inverkar på fördelningen av personalresursen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina färdigheter i beslutsfattande inverkar på fördelningen av personalresursen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag beaktar olika faktorer gällande arbetsmiljön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag beaktade detaljer och övervägde alternativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag beaktar helheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag överväger alternativa lösningar innan jag fattar mitt beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Internt ledarskap</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Jag fattar beslut för att säkra avdelningens verksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan motivera mina beslut och står för dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ber om andras synvinkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tar andras åsikter i beaktande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag lyssnar på kolleger och kan hantera avvikande åsikter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag strävar efter att vara rättvis mot alla i mitt beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation och interaktion</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Jag har diskuterat avdelningens situation med intensivvårdsläkaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min interaktionen med andra vårdare är professionell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I resursfördelningen beaktar jag även möjlig svagare kompetens på fältet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag bad om råd i en oklar eller problematisk situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner de kommande arbetsskiftens vårdare och deras färdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Beskriv med egna ord:**

Vilka utmaningar eller problem stötte du på idag gällande fördelningen av vårdpersonalresursen?

Hur löste du de utmaningar eller problem du stötte på?

Hur anser du att verksamheten borde utvecklas för att underlätta den skiftesansvariga sjukskötarens fördelning av vårdpersonalresursen?

Andra kommentarer?

---

*Tack!*

**Päivittäisen hoitohenkilöstöresurssin jaon arviointikaavake (Schildt 2020)**

Rastita ruutu sen mukaan miten vahva merkitys tai vaikutus väitteillä oli henkilöstöresurssin jaossa tai siihen liittyvässä päätöksenteossa. Arviointiasteikko on 1-5, 1 edustaa pienintä ja 5 suurinta merkitystä.

**1 Erittäin heikko, 2 Heikko, 3 Kohtalainen, 4 Vahva, 5 Erittäin vahva**

<b>Kliininen osaaminen</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Oma roolini osana hoitotiimiä, vaikutti henkilöstöresurssin jakoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minun laaja tietoperusta osaston toiminnasta vaikutti päätöksentekooni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Priorisoinnissa otin huomioon osaston potilasmateriaalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työkokemukseni vaikutti päätöksentekoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prosessijohtaminen</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ongelmaratkaisukykyeni vaikutti henkilöstöresurssin jakoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päätöksentekokykyeni vaikutti henkilöstöresurssin jakoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huomioin erilaisia tekijöitä, jotka koskevat työympäristöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huomioin yksityiskohtia ja harkitsen vaihtoehtoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huomioin kokonaisuuden / kokonaistilanteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harkitsin vaihtoehtoisia ratkaisuja ennen päätöksentekoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sisäinen johtajuus</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Teen päätöksiä turvatakseni osaston toiminnan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voin perustella päätökseni ja seison niiden takana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyydän muiden näkökantaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otan toisten mielipiteet huomioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuuntelen kollegoita ja kykenen käsittelemään poikkeavia mielipiteitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyrin olemaan oikeudenmukainen kaikkia kohtaan päätöksissäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikaation ja vuorovaikutus</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Keskustelen osaston tilanteesta tehollääkärin kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuorovaikutukseni muiden hoitajien kanssa on ammatillinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henkilöstöresurssin jaossa huomioin myös kentällä olevan heikomman pätevyyden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyysin neuvoa/tukea epäselvässä tai ongelmallisessa tilanteessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunnen tulevien työvuorojen hoitajat ja heidän osaamistasonsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kuvaile omi sanoin:**

Mitä haasteita tai ongelmia kohtasit tänään liittyen hoitohenkilöstöresurssin jakoon?

Miten ratkaisit kohtaamasi haasteet tai ongelmat?

Miten toimintaa tulisi mielestäsi kehittää, helpottaakseen vuorovastaavan hoitohenkilöstöresurssin jakoa?

Muuta kommentoitavaa?

---

*Kiitos!*

## **BILAGA 8. Informantbrev för utvärderingsformulär, svensk och finsk version**

### INFORMANTBREV FÖR DELTAGANDE I STUDIE

Tack för ditt deltagande i min studie gällande *Skiftesansvariga sjukskötares beslutsfattande i fördelning av vårdpersonalresursen*, som ingår i mitt masterarbete för högre yrkeshögskoleexamen i avancerad klinisk vård på Arcada.

Fördelning av vårdpersonalresurser har stor betydelse för patientsäkerhet och vårdkvalitet men även för vårdpersonalens arbetstillfredsställelse. Missnöjet bland personalen ökar till följd av överbelastningen, känsla av otillräcklighet samt upplevd orättvisa i arbetsfördelningen och leder ofta till flera sjukfrånvaron, utbrändhet samt ökad personalomsättning. Att arbetsmängden på avdelningen fördelas ojämnt orsakar spänningar bland personalen, vilket har en negativ inverkan på arbetsmiljön. Flera studier som utförts i ämnet pekar alla mot det faktum att så väl vårdmiljön som patienternas vårdtyngd samt den tillgängliga vårdresursen inverkar på patientutfallet.

Syftet med denna studie är att öka förståelsen kring skiftesansvariga skötares beslutsfattande i fördelningen av vårdpersonalresursen. Med studiens resultat är avsikten att främja skiftesansvariga sjukskötares tillgång till vägledning och stöd i sitt beslutsfattande. Studien utförs som beställningsarbete till avdelning U2, på Jorvs sjukhus, HUS Helsingfors universitetssjukhus.

Ni har valts ut som informanter till studien för att med era personliga erfarenheter och kunskap bidra till studien. Denna del av studien kommer att genomföras som en dokumentanalys som innefattar ett utvärderingsformulär. Som informant fyller ni i utvärderingsformuläret efter utförd fördelningen av vårdpersonalresursen för kommande dygn. Deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst under studiens gång.

All insamlade data kommer att behandlas konfidentiellt och enskilda informanter kommer inte att kunna identifieras ur det slutliga materialet. Studien är ett masterarbete och kommer att publiceras på databasen Theseus.

Ert deltagande är värdefullt och jag uppskattar högt om ni tar er tid att delta i studien.

Handledare för studien:

Heikki Paakkonen  
HvD, docent  
heikki.paakkonen@arcada.fi  
040 5926777

Tilläggsinformation samt frågor angående studien:

Anna Schildt, sjukskötare, biträdande avdelningsskötare  
anna.schildt@arcada.fi  
050 3682978

Vänliga hälsningar,

Anna Schildt

#### SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN

Kiitos osallistumisesta tutkimukseeni, joka käsittelee *Vuorovastaavaan sairaanhoitajan päätöksentekoa hoitohenkilöstönresurssin jaossa*. Tutkimus sisältyy opinnäytetyöhön, jonka suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa varten, kliininen asiantuntija ohjelmassa Arcadan ammattikorkeakoulussa.

Hoitohenkilöstön resurssijako vaikuttaa suuresti potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun, mutta myös hoitohenkilöstön työtyytyväisyyteen. Ylikuormittuminen, riittämättömyyden tunne sekä epäoikeudenmukaisuus työn jaossa lisäävät työtyytymättömyyttä, jonka seurauksena niin henkilöstön sairaspöissaolot kuin myös loppuun palaminen ja henkilöstön vaihtuvuus lisääntyy. Epätasapuolisesti jaettu työtaakka aiheuttaa jännitteitä henkilöstön kesken, jolla on epäsuotuisa vaikutus työilmapiiriin. Useat tutkimukset aiheesta vahvistavat, että potilaiden hoitotuloksiin vaikuttaa niin hoitoilmapiiri, potilaan hoitoisuus kuin myös käytössä oleva hoitoresurssi.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on laajentaa käsitystä vuorovastaavina toimivien hoitajien päätöksentekoprosessista päivittäisessä hoitohenkilöstönresurssin jaossa. Tutkimustuloksien myötä on tarkoitus kyetä lisäämään vuorovastaavana sairaanhoitajana toimivien

opastusta ja tukea päätöksenteossa. Tutkimus tehdään opinnäytetyönä osastolle U2, Jorvin sairaala, HUS Helsingin yliopistollinen sairaala.

Teidät on valittu tutkimukseen, jossa Teidän henkilökohtainen kokemuksenne ja tietotaitonne tuovat merkitystä tutkimukseen. Tämä tutkimuksen osa suoritetaan aineistanalyysinä, jossa aineistoon sisältyy arviointilomake. Tutkimukseen osallistuessa täytetään arviointilomake, kun seuraavan vuorokauden hoitajaresurssi jako on tehty. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää milloin tahansa tutkimuksen aikana.

Kaikki tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäisiä henkilöitä voi tunnistaa valmiista tutkielmasta. Tutkimus on opinnäytetyö, joka julkaistaan Theseus-tietokannassa.

Osallistumisesi on minulle arvokasta ja arvostan myös, että otat aikaa osallistua tutkimukseen.

Opinnäytetyön ohjaaja:

Heikki Paakkonen,  
HvD, dosent  
heikki.paakkonen@arcada.fi  
040 5926777

Lisätietoa tai kysymyksiä tutkimuksesta:

Anna Schildt, sairaanhoitaja, apulaisosaston hoitaja  
anna.schildt@arcada.fi  
050 3682978

Ystävällisin terveisin,

Anna Schildt

## **BILAGA 9. Informerat samtycke**

### **INFORMERAT SAMTYCKE**

Jag har tilldelats, läst och förstått informantbrevet gällande studien och fått tillräcklig redogörelse om studien *Skiftesansvariga sjukskötares beslutsfattande i fördelning av vårdpersonalresursen*, samt om insamling, behandling samt utlämning av till studien tillhörande data. Jag har haft tillräcklig tid att överväga mitt beslut att delta i studien. Jag har fått svar på alla frågor gällande studien.

Jag förstår att mitt deltagande i denna studie är frivilligt. Jag har rätt att avbryta mitt deltagande i studien när som helst under studien gång utan vidare motiveringar.

Jag tillåter att Arcadas masterstudent Anna Schildt använder, det material som hon insamlat av mig via intervju, som data i examensarbetet.

Detta kontrakt finns i två exemplar, ena tillhörande informanten och den andra tillhörande skribenten.

Plats / datum Informantens underskrift samt namnförtydligande

kontaktuppgifter:

Plats / datum Mottagare av informerat samtycke, underskrift samt namnförtydligande

kontaktuppgifter: Anna Schildt

050 368 2978 / anna.schildt@arcada.fi

### **SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN**

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimusta käsittelevän tiedotteen ja olen siitä saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta *Vuorovastaavan sairaanhoitajan päätöksenteo hoitohenkilöstöresurssin jaossa* ja siihen liittyvästä tietojen keräämisestä, käsitteilystä ja luovuttamisesta. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Lisäksi olen saanut vastaukset kaikkiin tutkimusta

koskeviin kysymyksiin.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus missä tutkimuksentekovaiheessa tahansa, perustelematta, keskeyttää tutkimukseen osallistuminen.

Annan Arcadan, YAMK-tutkinnon suorittavalle, Anna Schildtille, luvan käyttää haastattelulla minulta keräämäänsä tietoa opinnäytetyö-tutkimuksensa aineistona.

Tätä sopimusta on tehty kaksi samansisältöistä kappaletta, toinen haastateltavalle ja toinen tutkijalle.

paikka/pvm Tutkimukseen osallistujan allekirjoitus ja nimenselvennys

yhteystiedot:

paikka/pvm Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja

nimenselvennys

yhteystiedot: Anna Schildt

050 368 2978 / [anna.schildt@arcada.fi](mailto:anna.schildt@arcada.fi)

## BILAGA 10. Tabell på svaren i utvärderingsformulärets öppnafrågor

Brist på personal	Fre-kvens	Åtgärd
vårdpersonalresursen för lite -bortfall av vårdpersonal	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekryterings försök via intern socialme- dia kanal utan resultat.</li> <li>• Ersättande låne-sjukskötare från annan avdelning (annat sjukhus).</li> <li>• Förändringar i patientsituationen under- lättade läget</li> <li>• ersättande personal och byte av arbets- turer</li> <li>• Bad om förmans samt kollegers åsikter gällande plan för resursfördelningen.</li> <li>• Samarbete med olika yrkesgrupper.</li> </ul>
Nya bortfall ur vårdper- sonalen från nattskiftet och patientmaterialet stort och belastande.	1	Informerat intensivvårdsläkarna om situationen men fått en nedvärderande kommentar av en av läkarna, som ansåg att vården av bäddvårdspati- enter kan minskas. Inte en solidarisk / kollegial el- ler patientjämnlik lösning.
Utmaningen utgörs av vårdare som inte kan el- ler vill sköta alla slags patienter.	2	Igen lösning. (Kommunikation med andra skötare är nyckeln till framgång.)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bortfall av vård- personal</li> <li>• vårdarnas be- gränsningar</li> <li>• personalens ork i jobbet</li> <li>• jämn fördelning av arbetsbelast- ningen</li> <li>• COVID -19 ko- hort</li> </ul>	1	Resonerande, diskuterande med kolleger samt lugn planering.
Patient- och verksam- hetsrelaterade	Fre- kvens	Åtgärd
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installering av kohort,</li> <li>• COVID-19 ko- hort</li> <li>• nya brännskade- patienter</li> </ul>	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbete med olika yrkesgrupper.</li> <li>• Övertalade vårdpersonal från morgon- skiftet att fortsätta till kvällen med alarm- ersättning. Skötte en sak i taget. Tack vare ett långt arbetsskift lyckades sköta alla ärenden.</li> <li>• Frågade andra skiftesansvariga sjuksköta- res åsikter och strävade efter att fatta</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• patientmaterialet stort och belastande</li> <li>• förbandsomläggningar</li> <li>• patienternas utspridda placering + isoleringsrum</li> <li>• undvika överbelastning av vårdpersonalen.</li> </ul>		<p>bästa möjliga beslut under givna omständigheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frågade efter vårdarnas åsikter i kohorten och kontrollerade kohort-övervakningslista.</li> <li>• Frågade annan skiftesansvarig kollegas åsikt och ordnade med en ersättande vårdare (brist på två). Säkra kommande arbetsskift</li> </ul>
<b>Brist på kompetens</b>	<b>Frekvens</b>	<b>Åtgärd</b>
<p>Vårdpersonalens kompetens VS patientmaterialets behov.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• speciellt utmanande under nattskift</li> <li>• upplevd orättvisa i fördelningen</li> </ul>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vårdpersonalens kompetens fördelas ofördelaktigt och orättvist pga begränsningar i kompetens eller pga preferens hos annan vårdpersonal</li> <li>• Inga alternativa lösningar... begränsningar</li> <li>• Vårdare fördelade mot den primära preferensen möjligen med bristande kompetens för ifrågavarande patientbehov.</li> <li>• Resursfördelningen inte optimal med tanke på fördelningen av kompetens och preferens.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brist på specialkompetens</li> <li>• Covid-19 kohort, fördelningen är låst p.g.a. brist på specialkompetens</li> <li>• Nattskiftets kompetens svag</li> </ul>	5	<p>Ersättande personal låne-skötare Förändringar i resursfördelningen. Skiftesansvariga förflyttas till patientvård vid behov.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bad om förmans samt kollegers åsikter gällande plan för resursfördelningen. Beaktande avdelningens verksamhet och patientsäkerheten.</li> <li>• Covid-kohort, fördelningen är låst pga begränsningar i kompetens till (bl.a. MET)</li> <li>• Inga större utmaningar att lösa utmaningarna.</li> </ul>
<b>Personalens missnöje</b>	<b>Frekvens</b>	<b>Åtgärd</b>
Gnäll och missnöje angående resursfördelning och fördelning av arbetsuppgifter.	I	Diskussion samt delegering av arbetsuppgifter.
<b>Inkörning, kunskapsutbildning och skolning</b>	<b>Frekvens</b>	<b>Åtgärd</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ny vårdpersonal</li> </ul>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ombyte i arbetsturerna från annan dag löste problemet.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• inkörning och kunskapsträning</li> <li>• studerande</li> <li>• behov av handledare</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beaktande avdelningens verksamhet och patientsäkerheten möjliggjordes inkörning av ny vårdare och kunskapsövning i brännskador samt dialys.</li> </ul>
<b>Övriga utmaningar</b>	<b>Frekvens</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• reparations grejer</li> <li>• konstant telefonrumba</li> <li>• tekniska problem och många telefonkonsultationer</li> <li>• svårt att hitta tid för resursfördelningen</li> </ul>	3	